PLEMENT au n° du 31 décembre 1844.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 6, DEUXIÈME SÉRIE,

(1844)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 2, ET JEUDI 4 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 1. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 1er JANVIER 1844.

L'année qui commence nous promet de graves sujets de méditation en ce qui concerne les institutions médicales. D'après le discours de la couronne, les chambres auront à s'occuper, cette année, de la loi sur l'instruction secondaire, et la loi sur les patentes, restée, à la session dernière, à l'état de rapport, sera nécessairement discutée pendant la session actuelle.

Dans la loi sur l'instruction secondaire comprendra-t-on celle depuis si long-temps promise sur l'enseignement et l'exercice de la médecine? Nous n'osons le croire; et à vrai dire, nous ne le désirons pas. Les hommes qui sont à la tête des affaires, les hommes qui dirigent nos institutions médicales ne nous inspirent pas assez de confiance pour que nous puissions désirer que la loi qui nous concerne soit préparée par eux. Rien de grand, d'élevé, de généreux ne peut venir de ce côté. Depuis douze ans nous les voyons à l'œuvre, et ce qu'ils ont fait donne la mesure de ce que nous aurions à en attendre encore. Nous estimons qu'il vaut mieux subir le *statu quo*, tout déplorable qu'il est, que d'enchaîner nos destinées aux idées gouvernementales du moment. Nous ne trouverions peut-être pas dans le sein des chambres des connaissances suffisantes de la matière pour paralyser les mauvaises intentions dont, à bon droit, nous redoutons l'influence. D'ailleurs, parmi nous, sont-ils nombreux les médecins qui se soient occupés de ce grave sujet, qui puissent apporter dans la discussion l'élaboration consciencieuse d'un travail réfléchi? La presse elle-même a-t-elle suffisamment préparé les esprits à ces hautes questions d'où dépendent l'avenir de la profession, l'existence même de la science? Non, il faut le reconnaître; nous sentons bien que nous vivons d'une vie anormale, nous éprouvons la douleur de notre fausse position; mais, qu'on nous passe ici cette comparaison, nous sommes le pauvre malade qui gémit sur ses souffrances et qui écoute imprudemment les conseils des commères ou les prescriptions des charlatans. Le médecin prudent, honnête et éclairé n'est pas encore venu; sachons l'attendre en étudiant avec soin les symptômes et les causes de notre maladie, pour pouvoir lui en rendre un compte fidèle.

Le temps est arrivé, ce nous semble, où toute indifférence à cet égard doit cesser. Si nous n'espérons rien du présent, nous avons foi en l'avenir. Or, comme le disait Leibnitz, le présent est gros de l'avenir, c'est-à-dire qu'on se prépare des destinées futures plus ou moins heureuses, selon qu'on travaille actuellement à obtenir ce qu'on désire. Tel est le motif qui nous engage à présenter à nos lecteurs, dans le courant de cette année, nos réflexions sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. Nous le croyons utile à plus d'un titre.

D'abord pour stimuler le zèle de nos confrères en faveur d'une réforme dont ils sentent tous l'urgence, mais à laquelle ils ne se rallient pas, peut-être faute d'un point de ralliement. Nous avons l'ambition de le leur offrir, en leur promettant sympathique et cordial accueil pour leur adhésion aux principes que nous défendons. Un exemple récent leur a montré toute la puissance, toute la fécondité de l'association quand elle repose sur une base légitime et véritablement libérale.

Ensuite, comme nous serons forcés de dire ce qui est, avant de dire ce qui devrait être, nous sommes convaincus que la simple exposition de l'état des choses conduira dans les voies de la réforme un grand nombre d'esprits qui, soit par ignorance de la vérité, soit par appréciation erronée, ont vécu jusque-là dans une quiète insouciance.

Enfin, et c'est pour nous le point décisif, nous croyons avoir d'utiles et d'importantes vérités à faire prévaloir, et pour leur propagation nous nous sentons toute l'ardeur que peut donner une honnête et généreuse conviction.

Notre programme d'ailleurs est simple et se réduit aux propositions suivantes:

Pour l'enseignement, fidèle à nos principes de 1830, nous voulons aujourd'hui ce que la Charte nous promit alors, la liberté. Nous savons bien que par une inconcevable faiblesse du pouvoir, cette question si simple et si claire s'est obscurcie de toutes les mauvaises passions que l'intolérance et le jésuitisme y ont sciemment introduites. Nous savons bien qu'aujourd'hui, faire de l'opposition à l'autocratie intolérable de l'Université, c'est en apparence se rallier aux attaques intéressées du clergé provocateur et menaçant. Mais, pour notre compte, nous sommes peu effrayés de cette émeute de sacristie; le clergé court après un principe où il doit trouver autre chose que ce qu'il y cherche; d'un principe vrai, libéral, révolutionnaire il ne peut sortir la consécration du mensonge, de l'absolutisme et de l'immobilité. Le clergé demande une arme qui doit crever entre ses mains, une arme avec laquelle, au contraire, la liberté marchera plus sûrement vers ses irrévocables destinées.

Peu nous importe donc de rencontrer sur ce terrain les jésuites de toute robe. Qu'ils obtiennent pour eux la liberté d'enseignement, nous l'obtiendrons aussi pour nous et, les choses en étant venues là, la victoire ne sera pas long-temps douteuse.

La liberté d'enseignement n'entraîne pas pour nous l'idée nécessaire de la destruction des corps enseignants tels qu'ils existent actuellement. Nous voulons leur modification, non leur suppression. Et, par exemple, notre radicalisme ne va pas jusqu'à vouloir anéantir les facultés de médecine, nous désirons seulement qu'on en change la nature et le but. Telles qu'elles sont instituées, les facultés constituent une sorte de petite église au milieu de la grande communauté médicale. Il est dangereux de livrer aux mêmes mains l'enseignement et le pouvoir de conférer les grades. L'aspirant au doctorat, exclusivement examiné par ses maîtres, n'apprendra que ce que ses maîtres enseignent, leurs opinions, leurs doctrines, quelquefois leurs erreurs: cela s'est vu. L'enseignement d'une école peut d'ailleurs, cela se voit, être en opposition avec les opinions généralement régnantes.

Il peut arriver aussi qu'une faculté autrefois brillante, composée de professeurs d'une célébrité européenne, qu'une faculté qui a possédé les Dupuytren, les Pinel, les Hallé, les Boyer, les Corvisart, les Laënnec, les Broussais, etc., ne remplace ces grandes illustrations qui cachaient sous leur gloire les défauts de l'institution, que par des médiocrités plus ou moins remuantes auprès desquelles les jeunes gens soient cependant forcés de venir recevoir une éducation médicale insuffisante, incomplète et viciée. Car selon les tendances et les habitudes du chef de cette cabale, il pourra se faire, et l'exemple ne nous manquerait pas, que la direction des études soit poussée dans des voies opposées à la véritable science médicale, que les études dites accessoires aient pris un développement tel, que les autres branches bien plus indispensables souffrent et languissent; par suite de cette direction, il pourrait se faire que les juges d'un concours pour l'internat et l'externat se plaignissent hautement et publiquement de la faiblesse en anatomie des élèves d'une école qui, sous d'autres directions, a dû précisément toute sa prépondérance à la culture de cette science négligée ailleurs.

Par tous ces motifs que nous ne faisons qu'indiquer, par beaucoup d'autres encore que nous développerons à mesure, nous soutiendrons cette opinion, que l'on doit enlever aux Facultés le droit de conférer des grades; que ces écoles doivent être transformées en établissements d'instruction supérieure, ou quelque chose d'analogue à ce qui existe au collége de France, dont les élèves ne suivent les cours que tout autant que ces cours ont de l'éclat et de la solidité. Nous dirons par quels moyens on peut remplacer les cours obligatoires des Facultés, et nous indiquerons la série des modifications que nous voudrions voir apporter à l'enseignement des sciences médicales et aux épreuves pour obtenir les grades.

Mais il est un point sur lequel nous tenons dès aujourd'hui à renouveler notre vieille profession de foi, le concours. Pour nous, cette institution est une de nos plus belles conquêtes, et, malgré toutes les iniquités qui se sont cachées sous son manteau, elle trouvera toujours dans ce journal défense et protection. Ces iniquités, d'ailleurs, sont le produit des hom-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Bonne année. — Réalisation d'une prophétie. — Le professeur de physique. — Une attaque au feuilleton. Citation diolatique. — Lea cartes de visite. — L'hypochondrie. — La chemise d'un homme heureux......

Je vous souhaite à tous une bonne année accompagnée de plusieurs autres.

J'ai voulu chercher une formule un peu plus neuve, je n'en ai pas trouvé de plus naïve et qui rendît aussi complétement toute l'extension de mes désirs et de mes vœux. Une bonne année, cela veut tout dire et s'étend à tout. Le plus profond et aussi le plus amusant des philosophes, Molière, a très judicieusement parodié cette formule par ces souhaits célèbres:

Salut, honor et argentum
Atque bonum appetitum.

Voilà le *nec plus ultrà* des désirs à exprimer et voilà aussi, sans additions ni suppressions, tout ce qui est nécessaire pour passer une bonne année, ce que je vous souhaite du meilleur de mon cœur. *Salut*, c'est-à-dire bonnes et confraternelles relations entre nous, absence de discussions irritantes, cessation de toute querelle, feu de joie de papier timbré, expulsion des robes noires du sanctuaire de la science et accolade générale. *Honor*, c'est-à-dire succès dans vos ambitions légitimes de gloire et de renommée, victoire dans vos concours, réussite dans vos sollicitations, chances pour vos candidatures soit à la députation soit aux fonctions de maire, soit à celles plus modestes de conseiller municipal; *et argentum*, c'est-à-dire clientèle nombreuse, choisie et surtout bien payante, qui vous permette des économies, de placer vos garçons, de marier vos filles, de vous procurer pour vos vieux jours une confortable aisance. *Atque bonum appetitum*, c'est-à-dire la santé sans laquelle tout le reste n'est rien ou peu de chose. Tout cela je vous le souhaite et vous le donne d'intention. J'y ajoute encore une bonne et jolie femme — remarquez que je dis bonne avant jolie; — deux ou trois, pas plus, petits marmots bien barbouillés de confitures, un bon cheval pour vos courses, au retour un bon feu, bon potage et surtout bon accueil, de bonnes dents, un bon estomac, un petit boursicault en cas de grêle; que pouvez-vous souhaiter de plus? Vous aurez tout cela, je vous le prédis et je suis bon prophète. Exemple:

J'ai prédit la nomination de M. Gavarret à la chaire de physique, et M. Gavarret vient d'être nommé. Non sans efforts, cependant; car il a fallu quatre tours de scrutin pour fixer la victoire long-temps indécise entre M. Maissiat et lui. Le succès de ce jeune candidat qui apparaissait pour la première fois dans les luttes de la Faculté, est assurément fort remarquable, et il faut admettre que les épreuves ont témoigné d'une supériorité bien évidente, pour que le jury lui ait donné gain de cause sur ses honorables concurrents; sur M. Person qui, en 1831, obtint pour cette même chaire le suffrage de Dulong et de Savart; sur M. Guérard, ce vétéran de nos concours dans lesquels il paraît toujours avec la plus grande distinction, et qu'une sorte de fatalité cruelle éloigne toujours du scrutin; sur M. Baudrimont, que la chimie réclame et à qui elle prépare incontestablement de plus heureuses destinées; sur M. Maissiat, enfin, qui a tellement approché du but cette fois, que sa défaite est assurément un triomphe. A M. Gavarret donc échoit la tache de remplacer M. Pelletan, professeur disert, élégant et facile, dont les élèves suivaient avec empressement les cours, quoique, à vrai dire, ses cours ne fussent pas ce qu'ils auraient dû être, c'est-à-dire, des cours de physique *médicale*. Le nouveau professeur comprendra autrement, il faut l'espérer, la nature et le caractère de cet enseignement. Les grands cours de physique générale et expérimentale ont d'autres interprètes et d'autres amphithéâtres que le professeur et l'amphithéâtre de la Faculté. C'est à la Sorbonne, au Collége de France ou au Muséum, que cette science reçoit tous les développements dont elle est susceptible. A la Faculté, il ne peut être question que de ses applications à la science de la vie, et le programme qu'on peut tracer sous ce point de vue est encore suffisamment étendu pour fournir matière à un très beau cours. Le professeur de la Faculté doit se rappeler sans cesse que les élèves n'ont et ne peuvent avoir que des notions incomplètes et bornées sur la physique, qu'ils sont peu ou point algébristes, et qu'il faut par conséquent leur présenter la science, non pas en géomètre, mais en médecin.

Pour ne pas commencer l'année par des récriminations, je passerai sous silence une attaque fort injuste dirigée contre le feuilleton par un journal qui écrit la science en petits bouts d'articles, en *pensées* comme Pascal, en *maximes* comme Larochefoucauld. Il nous a fait l'honneur, je dis nous, car il s'adresse aux feuilletonistes, de nous placer entre un aphorisme sur les *tumeurs de mauvaise nature*, et une apophthegme sur le *cancer*. Ce monsieur qui n'écrit pas des feuilletons et qui abomine ceux qui ont l'âme assez noire pour se livrer à cette damnable distraction, a cependant le plus grand tort de ne pas cultiver ce genre de littérature, car son style léger, gracieux et plein de distinction, lui procurerait les plus brillants succès. J'en citerai pour preuve une seule phrase extraite de ce même journal, où les limites du genre m'ont paru dépassées. L'auteur rend compte d'une traduction récente d'Hippocrate, et parlant du retour des esprits vers les principes de la médecine grecque, il en attribue en grande partie la gloire aux publications de la *Revue médicale*, non toutefois sans quelques correctifs: « Il est vrai encore, dit ce spirituel critique, que les » préoccupations personnelles et polémiques, j'allais dire politiques, de » la *Revue*, la distrayaient souvent de son noble but. Malgré tout cela » pourtant, on peut dire que la *Revue* a donné un bon coup d'épaule à » Hippocrate, et *un bon coup de pied* à ses ennemis. » N'est-ce pas que cette image est charmante, et délicate et gracieuse? Et n'admirez-vous pas que, parlant d'un coup de pied, le prude écrivain nous ait fait grâce de la partie lésée?

Je suis fort étonné tous les ans, au 1er janvier, de voir combien le cercle de mes connaissances s'agrandit, ou plutôt de combien de gens j'ai l'honneur d'être connu que j'ignorais complétement. Je reçois une infinité de cartes tout-à-fait inattendues et qui mettent aouvent l'esprit à la torture. Ainsi je vois là, sur ma table, un M. Poinsot, qui m'adresse un charmant petit paysage où rien ne manque, ni la petite maisonnette et son tuyau fumant, ni les arbres pittoresquement groupés, ni la prairie où paissent la vache et la chèvre et l'ânesse, ni la gentille fermière en jupons courts. Quel est donc, me disais-je, ce bucolique confrère qui grave ainsi son nom sur l'écorce des arbres et qui m'envoie, pour carte de visite, une idylle de Gessner? J'ai fini par découvrir et je suis tout fier de ma perspicacité, que M. Poinsot était tout simplement un honorable *nourrisseur* qui, au lieu de faire vulgairement écrire sur sa carte les articles de son commerce, les a ingénieusement placés en emblème, ce qui ne me paraît *point sot*, en vérité. Voici M. Pissot qui m'adrease avec *adresse* un gentil petit almanach en lettres d'or, tout ornementé d'arabesques et de bandages herniaires. Voici l'*eau de Pulna* qui me souhaite la bonne année, et puis un chocolat ferrugineux, que dis-je? six ou sept de ces cacaos plus ou moins chalybés; et puis un ventouseur, un dépôt de nourrices, trois fabricants de biberons, deux clysoirs, que sais-je? Mais celui que je garde pour la bonne bouche, c'est un certain M. Potel, fabricant de... en vérité, je n'ose dire ce que ce monsieur fabrique; et cependant, voyez, c'est écrit en toutea lettres, fabricant de... de quelque chose qui a un nom tout à fait impropre, car ce qu'on y met ne se *garde* pas, au contraire, et ne ressemble à aucune espèce de *robe*. Fi donc! monsieur; je ne donne pas de pareilles étrennes. Comme circonstance atténuante, je dois ajouter cependant que ce que ce monsieur fabrique est hygiénique et *hydrogliffe*, ce qui pour moi est un peu hiérogliffe.

Pour dissiper toutes ces mauvaises odeurs, permettez-moi de vous dire quelque chose qui, quoique m'étant un peu personnel, peut cependant être raconté sans blesser aucune convenance. Ce que je vais dire s'ailleurs rentre tout à fait dans le domaine de la médecine mo-

mes qui ont exploité le principe et non le résultat du principe lui-même. Et si, au grand jour, en face d'épreuves publiques, l'intrigue et le favoritisme peuvent encore trop souvent jouer adroitement leur rôle, que serait-ce donc si on leur laissait le champ tout à fait libre, si les mauvaises passions pouvaient manœuvrer à leur aise dans l'ombre et le mystère du huis-clos? Considérez d'ailleurs par quels hommes et dans quels intérêts le concours est attaqué, et vos sentiments élevés et généreux vous feront embrasser la défense de cette institution dont d'hypocrites ambitions ont pu fausser quelques applications, mais non compromettre l'avenir.

Relativement aux dispositions légales promises sur l'exercice de la médecine, le nombre et la complexité des questions qui se rattachent à ce sujet nous empêchent de formuler clairement et en quelques mots nos opinions. Disons que toute mesure qui garantira l'honorabilité et la dignité de notre profession, en tant qu'elle sera compatible avec les principes de liberté et d'indépendance qui la caractérisent, que cette mesure nous trouvera pour défenseurs. La question très grave des conseils de discipline sera par nous examinée avec le plus grand soin. Un grand nombre de préjugés, d'idées fausses et dangereuses ont été répandues à dessein ou sans intention sur la nécessité trompeuse de leur création. Nous espérons à cet égard pouvoir ramener nos lecteurs aux véritables principes, et, sans nous expliquer plus nettement aujourd'hui, nous dirons, en temps et lieu, pour quels misérables intérêts, pour quelles passions coupables, pour quelles intentions visibles d'aristocratie quelques hommes voudraient légalement, et par des apparences fallacieuses, soumettre le corps médical à une hiérarchie tyrannique.

Qu'on le croie bien, dans toutes ces discussions que nous voulons nettement et loyalement aborder, nous ferons tous nos efforts pour que notre opposition s'arrête aux choses et évite les hommes. Nos principes planent au-dessus de ces mesquines et vulgaires questions d'individualité. Nous ne gâterons pas notre cause, que nous croyons belle, par une polémique outrageante et de mauvais goût. Les principes d'abord, les hommes ensuite, telle a été, telle sera toujours notre règle de conduite.

Il est une autre question toute palpitante d'actualité et qui se rattache pour nous — car tout s'enchaîne dans les convictions sérieuses et réfléchies — aux principes de libéralité que nous voudrions faire prévaloir dans nos institutions médicales; nous voulons parler du droit de critique et de libre examen dont, par la plus étrange des aberrations, on cherche encore, à l'heure qu'il est, à fausser le caractère, à dénaturer le sens, à affaiblir la portée pour y substituer on ne sait quelle obscure et métaphysique combinaison dont l'application est certainement absurde, mais dont l'intention est visible et palpable. Dégagée des nuages dont un intérêt trop évident l'enveloppe, la question se présente éblouissante de clarté; pour nous et pour tout homme de sens qui vit avec les lumières et les exigences de son siècle, elle se formule ainsi: Tout homme de science qui avance un fait d'un ordre scientifique doit la preuve de ce fait; si cette preuve est absente, la critique a le droit de le dire, la critique a le droit de recherche, et si cette recherche conduit à la négation du fait, c'est le droit, c'est le devoir de la critique de le proclamer. Eh bien! cette vérité de sens commun, ce principe si clair qu'on est confus d'avoir à le poser, un écrivain les conteste et, renversant la proposition et avec elle le sens commun, il ose dire que c'est d'abord au critique à faire la preuve de la fausseté des faits, et que jusque-là toute allégation, quelque invraisemblable qu'elle soit; toute énonciation d'un fait, ce fait fût-il surnaturel et phénoménal, doivent être crues sur parole jusqu'à démonstration du contraire. Cela s'appelle faire de la critique *morale!* Il est temps de combattre des prétentions aussi étranges, il est temps de soumettre à un examen sévère les opinions qu'on cherche à introduire dans le domaine de la critique, il est temps de mettre un terme à une exposition d'idées aussi subversives des principes qui dirigent les écrivains consciencieux. Nous ne faiblirons pas dans cette tache pénible, mais honorable, et nous sommes certains de rencontrer au bout la sympathique adhésion de nos confrères.

Un mot encore sur la loi des patentes. Nos lecteurs savent que c'est dans le courant de la session actuelle que cette loi va être discutée. Ils savent encore que le rapporteur de cette loi a été favorable à nos légitimes récriminations. Mais nous les supplions de ne pas s'endormir sur la foi d'un avenir qui paraît favorable. Toutes les convictions ne sont pas gagnées dans le sein des chambres; bien des préjugés y existent encore. Il est donc urgent de se remettre à l'œuvre; réunissez-vous, pétitionnez collectivement; le temps presse, hâtez-vous; ne craignez pas de redire ce qui cent fois a été dit; insistez sur cette assimilation inique et absurde de la profession médicale avec le commerce, sur l'exemption de la patente accordée à toutes les professions libérales, à l'exception de la plus libérale de toutes, celle qui exige le plus de dévouement, le plus d'abnégation, le plus de désintéressement; puisez vos arguments dans le cœur et dans l'esprit; mais encore une fois hâtez-vous!

Voilà ce qu'il nous a paru utile de dire à nos lecteurs au commencement de cette année. Ils y verront clairement que nos principes d'aujourd'hui sont ceux à la défense desquels nous avons consacré en tout temps notre zèle et nos efforts. La calomnie, sous quelque forme qu'elle se présentât, ou brutale, ou hypocrite, a été impuissante à nous trouver infidèle à nos antécédents. Comme le philosophe antique, à ceux qui niaisement nous accusaient d'immobilité, nous avons répondu en marchant en avant. Dans cette fiévreuse et inquiète agitation qui tourmente la société actuelle, dans cette aspiration générale vers un avenir meilleur et plus moral, le corps médical seul ne peut rester attaché à un ordre de choses incompatible avec l'accomplissement de ses nobles destinées. Il suivra le mouvement ou sera entraîné par lui. La *Gazette des Hôpitaux* s'est donné la mission de représenter, d'indiquer, de diriger par fois toutes ces idées jeunes, généreuses, rénovatrices, qui fermentent dans les esprits intelligents et dévoués. Le présent est triste, mais l'avenir se lève radieux. Sachons attendre, sachons surtout réunir en un faisceau commun toutes les intentions pures et honnêtes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Exemple rare de lichen gyratus, à désigner sous le nom de lichen perpendicularis.

On s'accorde aujourd'hui à désigner sous le nom de *lichen*, toute élevure papuleuse pyramidale plus ou moins large, développée à la surface de la peau, principalement dans le sens de l'extension des membres, ayant tous les caractères inflammatoires de ce que l'on nomme vulgairement un bouton, à cette différence que presque jamais l'élevure papuleuse n'arrive spontanément à suppuration, et que la saillie enflammée se dessine très nettement de la peau saine. Les espèces du *lichen* ont été caractérisées par les épithètes *simplex*, *pilaris*, *circumscriptus*, *agrius*, *lividus*, *tropicus* et *urticatus*, qui indiquent assez les modifications que peut présenter cette affection. Toutefois, Biett aurait signalé l'existence d'une variété qu'il aurait observée une seule fois, et qu'il aurait appelée *lichen gyratus*. M. Cazenave en expose les caractères ainsi qu'il suit (Abrégé pratique des maladies de la peau, p. 299): « Les papules disposées en petits groupes, forment une espèce de ruban qui partant de la partie antérieure de la poitrine, gagnait la partie interne du bras, dont il longeait en se contournant tout le bord externe jusqu'à l'extrémité du petit doigt, en suivant exactement le trajet du nerf cubinal. »

Biett a compris cette forme de lichen dans le *lichen simplex*.

Mais dans le cas que je vais rapporter, et que j'ai traité dans mon service, c'était moins un *lichen simplex* qu'un *lichen agrius*, *ferus;* le volume des papules, la vive démangeaison qu'elles causaient, la persistance du mal, son ancienneté et sa forme, constituent autant de circonstances que je regarde comme propres à caractériser cette affection.

Suivant les dermatologistes, le *lichen agrius* se présente presque toujours sous forme de plaques arrondies siégeant principalement au jarret, au pli du coude, dans les points de flexion des membres, tandis que les autres variétés de lichen en occupent la partie externe. Pour moi, le *lichen agrius* peut exister sous deux dispositions principales; d'abord sous celle de plaques, ainsi qu'on l'a principalement décrit; ensuite sous celle de ruban. La première occupe le point de flexion des membres, principalement le jarret et le pli du coude. La seconde siége le long de la partie interne des cuisses et des bras, sous forme de prolongements obliques de dehors en dedans et de haut en bas. Je pense que trois conditions principales doivent caractériser le *lichen agrius:* 1° Le volume plus considérable des élevures lichénoïdes; 2° la vive démangeaison qu'elles causent; 3° la persistance de la maladie et sa ténacité à résister au traitement souvent le plus rationnel. A ces divers titres, le lichen décrit par notre savant prédécesseur Biett doit être plutôt considéré comme un lichen *agrius* que comme un lichen *simplex*.

Nous pensons aussi que l'expression *gyratus* ne convient pas à cette maladie. Cette qualification suppose une disposition arrondie ou contournée d'une ligne ou d'un ruban, tandis que l'espèce de lichen très rare que nous décrivons est tout à fait longitudinale; aussi nous proposons de l'appeler *lichen perpendicularis*.

Voici maintenant la description du fait que nous avons eu à traiter.

Le nommé L... (Antoine), âgé de trente-sept ans, bijoutier, entre dans notre service le 3 mai 1843 (ce malade nous avait été adressé par M. le docteur B...). Sa constitution est bonne; il est d'un tempérament sanguin; il habite une chambre à un étage élevé; il n'a jamais souffert de la misère. Son père a eu des dartres dites farineuses. Quant à lui, il n'a jamais été malade qu'une seule fois, d'une phlegmasie aiguë de la poitrine. Il n'a eu ni gale, ni maladie vénérienne.

Il y a dix mois (juillet 1842), après trois semaines d'un travail soutenu pendant quinze à vingt heures par jour dans la position assise, il éprouva une assez vive démangeaison à l'anus, suivie bientôt de l'apparition de boutons à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, disposés sous la forme d'un ruban, et qui envahirent peu à peu toute la longueur du membre jusque sur la face dorsale du pied. Ces boutons prirent de l'accroissement en donnant lieu à une démangeaison qui se faisait surtout sentir pendant toute augmentation dans la chaleur du corps.

A son entrée à l'hôpital, ces boutons, ou mieux ces élevures papuleuses étaient généralement volumineuses et, terme moyen, présentaient la largeur d'une lentille. Disposées sous forme d'un ruban, elles prenaient naissance au voisinage et

---

rale. — Je connais, à Paris, une dame qui, quoique jeune, jolie, aimable et riche, a été atteinte de cette affreuse maladie dont rient avec le vulgaire les médecins ignorants, que comprennent et à laquelle compatissent les médecins dignes de ce nom, je veux dire l'hypocondrie. Au sein du luxe, au milieu des distractions et des plaisirs du monde, adorée par un mari auquel elle a, par inclination seule, uni sa destinée, mère de deux petits enfants charmants, cette jeune femme, placée comme à souhait dans une de ces conditions les plus favorables de la vie, éprouve cependant de la vie le plus profond dégoût; un triste, mortel et constant ennui pèse sur son existence, a flétri ses illusions, ses désirs, ses espérances. Bref, cette pauvre femme est malade, et cela sans cause appréciable, sans motif apparent.

Le sujet favori de ses conversations, c'est la possibilité du bonheur dont elle se croit à jamais déshéritée, et la recherche des moyens propres à l'atteindre, qui lui manqueront toujours, dit-elle. Je crois que, dans ces cas surtout où l'intelligence n'est que partiellement malade, les principes de la médication morale posés par M. Leuret sont éminemment applicables, aussi les ai-je mis en pratique d'une manière continue et par des moyens qu'il serait trop long de dire ici. Le succès couronnera-t-il mes efforts? Je ne puis l'assurer, quoique une circonstance toute récente soit propre à me donner quelque espoir.

C'était samedi soir. J'étais depuis un quart d'heure avec la malade, dont la conversation ne s'était pas portée jusque-là sur ses idées ordinaires, le bonheur, mais qu'elle reprit tout à coup avec l'accent de la plus profonde tristesse. Et moi de les combattre de plus belle. Le bonheur, lui disais-je, est de sa nature même incompatible avec l'humaine organisation qui ne peut rien, absolument rien supporter de constant, de durable, de continu. L'idée de bonheur entraîne nécessairement celle de jouissance, de plaisir; or, plaisir et durée sont deux choses incompatibles. Le plaisir n'est plaisir que parce qu'il est fugace, éphémère. Une jouissance prolongée devient fatigue et quelquefois supplice. La nature prévoyante n'a donné à l'homme que la faculté du plaisir, comme elle l'a doté aussi d'une force de réaction prodigieuse contre la peine, qui n'est pas plus le malheur que le plaisir n'est le bonheur. Il n'y a dans la vie ni bonheur, ni malheur, il y a plaisir et peine, jouissance et douleur, et rien de tout cela n'est permanent, mais se succède alternativement et dans des proportions à peu près égales pour la généralité des hommes. Courir après le bonheur constant et parfait, c'est courir après la plus complète et la plus folle des chimères. Tenez, madame, voici à ce sujet ce que rapporte un de nos médecins arabes qui était en même temps un grand philosophe. Je vous laisse le soin de faire l'application.

Un grand et puissant calife, jeune et beau, tomba dans la plus profonde mélancolie. Les médecins les plus habiles furent appelés, mais vainement employèrent-ils les ressources de leur art, tout fut inutile. C'est alors qu'on apprit que dans un faubourg de Bagdad vivait un solitaire qui, disait-on, posédait des secrets pour guérir tous les maux. On le mande au palais, il arrive et, après un examen du malade, il prononce gravement ces paroles: Le prince ne guérira qu'en portant pendant huit jours la chemise d'un homme heureux. Un double motif mit vite en campagne les courtisans du prince, d'abord celui de lui prouver leur empressement à le guérir, celui de lui montrer ensuite combien était facile de trouver sous son règne des sujets heureux. Ils s'adressèrent d'abord au plus riche financier de la capitale en lui disant: Vous devez être assurément le plus heureux des hommes, vous regorgez d'or et d'argent, vos vaisseaux, chargés de richesses, encombrent le port, vite donnez-nous votre chemise pour guérir le calife. Hélas! répondit-il, je suis riche, il est vrai; mais l'or ne suffit pas au bonheur; ma femme, la plus méchante des créatures, remplit ma maison de chagrin et de tribulations. Je suis le plus malheureux des hommes, allez ailleurs. Ils allèrent chez l'homme le plus puissant du royaume après le prince: Vous êtes au comble des honneurs et de la gloire, rien ne manque à votre félicité, donnez-nous votre chemise. Que dites-vous, répondit-il? A quoi serviront mes honneurs et mes titres puisque je n'ai pas d'héritier qui puisse en perpétuer le souvenir? Voilà le malheur de ma vie, allez ailleurs. Ils parcoururent ainsi tout le royaume, allant des plus hautes sommités aux plus infimes classes, nulle part ils ne rencontrèrent un homme qui leur dît: Je suis heureux.

Tristes et découragés, ils regagnaient la capitale, quand, dans un champ voisin, ils entendirent une chanson joyeuse chantée avec l'accent de la plus vive gaieté. C'était un pauvre laboureur qui faisait ainsi retentir l'air de sa satisfaction.

— Eh, l'ami! tu parais bien content aujourd'hui, lui crie l'un d'eux.

— C'est qu'apparemment j'ai lieu de l'être, reprit-il. Aujourd'hui comme hier c'est toujours ainsi, messieurs.

— Vrai, tu es toujours content?

— Toujours.

— Quoi! tu ne désires rien?

— Rien.

— Tu as tout ce que tu désires?

— Tout.

— Tu es donc un homme heureux?

— Parfaitement heureux.

Voilà enfin notre homme, dirent les courtisans, et sur l'ordre qu'ils donnèrent des soldats s'emparèrent du pauvre laboureur pour le conduire au palais du prince.

Le bruit se répandit bientôt de l'arrivée de l'homme heureux, et toute la cour fut convoquée pour la cérémonie de la chemise, qui eut lieu le lendemain.

Le laboureur introduit, les courtisans le déshabillent.... O douleur! cruelle et amère déception!

L'homme heureux n'avait pas de chemise!...

— O mon Dieu! s'écria ma pauvre malade. Docteur, je comprends votre histoire, ajouta-t-elle d'une voix émue; et me pressant la main: Merci, merci, dit-elle.

Depuis trois jours, en effet, un changement notable s'est opéré dans ses habitudes. Ce n'est pas encore de la gaieté, mais ce n'est déjà plus de la tristesse, et voilà comme un homme sans chemise peut être bon à quelque chose.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

La liste de présentation pour le remplacement de M. Edwards à l'Académie des sciences morales et politiques, a été ainsi communiquée:

En première ligne, M. Peisse.

En seconde ligne, *ex æquo*, MM. Buchez, Dubois (d'Amiens), Garnier, Lelut.

— Nous avons reçu une réclamation de M. Oulmont relative au prix des internes. Nous regrettons que le défaut d'espace nous force à remettre cette insertion au prochain numéro.

— On écrit de Quedlinbourg, le 4 décembre:

« Le roi de Prusse, pendant le séjour qu'il a fait, vers la fin du mois dernier, à Quedlinbourg, a visité en détail le célèbre caveau qui se trouve au-dessous de la chapelle du château de cette ville, chapelle qui est construite entièrement en grès (*sandstein*), dont on prétend que les exhalaisons ont la vertu de conserver intacts les cadavres. S. M., pour s'en convaincre, fit ouvrir le tombeau renfermant le corps de l'empereur Henri Ier, mort en 936, et celui où se trouvent déposés les restes mortels de la célèbre comtesse de Kœningsmark, mère du maréchal de Saxe, morte en 1728. Le corps de l'empereur Henri était desséché et tout à fait méconnaissable, et ses vêtements réduits en poussière, tandis que le corps de la comtesse était merveilleusement conservé, et l'on pouvait reconnaître à sa figure la grande beauté qui la distinguait. Son costume, composé d'une robe en brocart d'argent, d'un bonnet à la Marie-Stuart, en velours blanc brodé d'argent et de perles, de bas de soie blancs, et de souliers en satin de la même couleur, avait tout l'éclat de la nouveauté. »

— On lit dans la *Nederlandsch Lancet* (sept. 1843) l'histoire d'un enfant épileptique qui après chaque accès croissait d'un à un et demi centimètre en longueur.

au-dessus de l'anus, gagnaient le pli de la fesse, toute la partie interne de la cuisse, longeaient le jarret, la partie interne de la jambe, se contournaient derrière la malléole interne, passaient sous la malléole externe et venaient se terminer sur le coude-pied, au voisinage de la naissance du petit orteil. Çà et là on voyait quelques papules rassemblées sous forme d'un ruban d'un centimètre de largeur; mais dans la majeure partie de l'étendue du mal, les élevures papuleuses étaient nettement isolées et se suivaient les unes les autres, et leur volume égalait en moyenne celui d'une lentille, les unes plus grosses, les autres plus petites. Elles étaient coniques, et le sommet de quelques-unes d'entre elles avait été excorié par arrachement; aussi étaient-elles recouvertes de petites éailles ou squames, ou de croûtes mêlées d'un peu de sang desséché.

La forme de la maladie, son ancienneté (neuf mois), les symptômes apparents, les démangeaisons qui l'accompagnaient, la persistance du mal, malgré de nombreux moyens employés par le malade pour combattre cette éruption, l'absence de toute cause syphilitique, ne pouvaient induire en erreur sous le rapport du diagnostic: c'était un *lichen agrius*.

La maladie avait résisté à l'usage de la tisane de fumeterre, aux bains simples et sulfureux, à des pommades ayant pour principes actifs le soufre, le calomel, etc.

Dans cet état de choses, je mis le malade à l'usage des bains de vapeur, en même temps que je crus devoir modifier la partie malade à l'aide de cautérisations, d'abord avec la solution de nitrate d'argent au cinquième, puis avec l'iode caustique employé tous les jours. Je prescrivis à l'intérieur de la tisane de chicorée et la teinture de cantharides, commencée à la dose de quatre gouttes dans un julep, puis augmentée tous les deux jours de deux gouttes de manière à arriver à trente gouttes. C'est un agent très propre à combattre les affections papuleuses, et en particulier le *lichen agrius*. En même temps les papules étaient le soir recouvertes d'axonge, et le matin le malade se lavait avec une eau alcaline.

Ce traitement apporta de l'amélioration dans la maladie, en ce sens que certaines papules disparurent, que les plus volumineuses diminuèrent, et que la démangeaison perdit de son intensité; mais, les voyant persister encore, j'eus recours durant le mois de juin à la pommade de protoiodure de mercure, qui produisit un affaissement plus notable des papules. Peu à peu leur nombre diminua et quelques portions de peau se guérirent complètement, en sorte qu'il existait à cette époque des intersections dans l'espèce de ruban que présentait l'affection à son origine.

En juillet, j'eus recours à l'application permanente d'un sparadrap de Vigo et aux bains alcalins; la résolution s'accrut, et enfin ce ne fut qu'en août que le malade put sortir de l'hôpital, délivré d'une affection cutanée qu'il avait depuis treize mois.

J'ai tenu à rapporter cette observation avec quelques détails, attendu que c'est le second fait de cette nature que la science possède. Le lichen est une des maladies les plus communes; on la voit se développer à tous les âges, et, dans l'enfance, on la prend souvent pour la gale. A l'état de *lichen simplex*, *pilaris*, *urticatus*, elle est généralement facile à guérir, même chez l'adulte; mais du moment qu'elle revêt la forme *agrius*, elle se perpétue durant des années dans l'adolescence et se reproduit souvent à de longs intervalles: tenace surtout chez les sujets d'un tempérament scrofuleux.

Les bains simples ou émollients ne sont utiles que dans les premiers temps de l'apparition de la maladie. Les bains sulfureux et alcalins l'exaspèrent souvent. Les bains de vapeur et les bains russes ou les bains de sublimé sont ceux dont l'emploi m'a toujours paru plus efficace. Mais les bains seuls, fussent-ils aidés d'une médication externe puisée dans les pommades résolutives, sont toujours insuffisants pour obtenir la guérison; il faut y joindre une médication interne, et de tous les modificateurs c'est à la teinture de cantharides que j'ai donné la préférence. Je la mets en usage même chez les enfants de six à sept ans sans qu'elle cause d'accidents. Je l'ai encore employée il y a peu temps chez une petite demoiselle qui, depuis quatre ans, était atteinte d'un lichen chronique. Cette petite fille avait reçu les soins de médecins habitués à traiter les maladies de l'enfance, mais en vain. Les éruptions incessantes, les démangeaisons qui les accompagnaient avaient amené l'insomnie, porté le trouble dans les fonctions digestives et par suite l'amaigrissement. La teinture de cantharides a puissamment modifié l'état général et local, et cette jeune enfant, quoique âgée de sept ans, a pris jusqu'à seize gouttes de cette teinture, moitié le matin, moitié le soir. Peu à peu l'affection cutanée a diminué, les digestions sont devenues meilleures, l'énergie et la vivacité, l'animation de la figure sont revenues, et dans l'espace de quatre mois la maladie avait totalement disparu.

En vain craindra-t-on l'action de ce médicament sur les parties génitales. S'il est vrai que dans quelques cas on puisse observer une certaine excitation des parties génitales, elle sera très bornée; je n'en connais que deux exemples, celui d'un jeune homme qui prenait vingt-cinq gouttes du médicament, et celui d'une femme qui était à la dose de vingt gouttes. Au surplus ces accidents sont peu marqués et très passagers; ils cessent aussitôt que l'on vient à diminuer la dose de la teinture, et quelques frictions avec une pommade camphrée sur les parties génitales suffisent pour les faire cesser immédiatement.

DEVERGIE.

ACCOUCHEMENT.

Présentation de l'épaule avec issue du bras. Evolution spontanée du fœtus. Par le docteur G. GOYRAND, d'Aix.

Le 23 mars 1842, on est venu m'appeler à minuit, pour une femme en travail d'enfantement. Cette femme, âgée de trente-deux ans, a eu déjà deux accouchements naturels et à terme. Arrivée à la fin de sa troisième grossesse, elle a ressenti, hier, les premières douleurs de l'accouchement; et assistée d'une sage-femme, elle a accouché naturellement d'une fille bien portante à dix heures et demie du soir. Après la sortie de cet enfant, le ventre est resté gros. Bientôt, les douleurs ont commencé, une nouvelle poche s'est formée, et, à la rupture de cette poche, le bras d'un second enfant est sorti. Il était alors onze heures.

A minuit et quart, j'arrive auprès de la femme. Le bras droit de l'enfant est tout dehors; il est livide et sans mouvement; la tête est dans la fosse iliaque droite (deuxième position de l'épaule droite). Au-dessus de l'ombilic, existe une tumeur sphérique et dure, que j'aurais prise pour la tête, si je n'avais pas vu le bras hors de la vulve. Je fais placer la femme sur le bord du lit, les pieds appuyés sur deux chaises, pour opérer la version; mais la poitrine de l'enfant est tellement engagée dans le bassin, que ma main ne peut passer. Cependant, les douleurs sont fortes et fréquentes, et je m'aperçois que chaque contraction utérine fait descendre un peu plus le membre dégagé et la poitrine. Quand l'épaule est arrivée sous l'arcade pubienne elle y reste arc-boutée. La poitrine continue de descendre et vient se montrer à la vulve. Chaque douleur soulève davantage le périnée et écarte les bords de la vulve. Enfin, une contraction plus énergique et plus soutenue fait passer successivement au-devant de la commissure postérieure de la vulve la base du thorax, le flanc, la hanche et les membres inférieurs, sans que l'épaule, qui est sortie d'abord, ait changé de place. Le corps de l'enfant se trouve ainsi tout à l'extérieur, moins la tête, qui est placée comme dans la deuxième position des pieds (calcanéo-cotyloïdienne droite), et le bras gauche, qui est relevé sur le côté correspondant du cou et de la tête. Je dégage ce membre, puis la tête, d'après les règles ordinaires.

L'enfant, du sexe masculin, est né mort, avec le bras et l'épaule qui s'étaient présentés d'abord à l'orifice tuméfiés et livides.

La délivrance présente quelques difficultés. Les placentas sont chatonnés dans une arrière-cavité de l'utérus, qui forme la tumeur sphérique que j'ai remarquée au-dessus de l'ombilic. Je glisse la main dans cette arrière-cavité, dont l'orifice est étroit, et j'extrais l'arrière-faix, que je trouve décollé. Il existe deux placentas réunis par un chorion commun. Les deux amnios sont distincts.

L'enfant est bien constitué et assez gros; il pèse 2 kilogr. 900 grammes.

— Ce fait présente un exemple remarquable de l'évolution spontanée du fœtus, telle que la décrivait M. le professeur Velpeau dans la séance de l'Académie de médecine du 10 octobre.

On remarquera que dans ce cas le fœtus était assez gros.

Qu'il n'était nullement ramolli, puisqu'il était mort seulement pendant le travail, ainsi que le prouve la lividité de l'épaule et du bras, qui étaient sortis au moment de la rupture des membranes.

Que la seule circonstance favorable à l'évolution spontanée qui existât dans ce cas, était la dilatation des parties de la mère par la sortie d'un premier enfant, et que cependant le fœtus a été expulsé avec facilité, puisqu'il ne s'est écoulé que deux heures entre la sortie du premier enfant et celle du second.

Je ne pense pas que la mort de l'enfant puisse être attribuée à la position, car l'accouchement a été facile. Il est bien plus probable qu'elle est résultée du décollement prématuré du placenta, qui a sans doute eu lieu après la sortie du premier enfant, quand le fond de l'utérus s'est resserré sur l'arrière-faix pour le chatonner.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1844. — Présidence de M. FERRUS.

M. Macartan, nommé membre de deux commissions permanentes, demande à ne faire partie que de celle des remèdes secrets. M. Guibourt est nommé à sa place.

— *M. Dubois* (d'Amiens), d'après le désir exprimé par le conseil, donne lecture d'une lettre de M. Aubert-Roche, ainsi conçue:

« Je crois devoir intervenir dans la question qui se débat devant vous, afin de la replacer, pour ce qui me regarde, sur le terrain où je l'ai posée, celui des faits et des chiffres.

» Voici ce que j'ai dit:

1° L'Autriche et l'Angleterre ont aboli leurs quarantaines; la France conserve les siennes. Donc il faut une réforme des lois sanitaires de l'Europe.

» 2° Tout bâtiment arrivé sans attaque de peste dans un port d'Europe est resté sans attaque.

» Lorsqu'un bâtiment était pestiféré, la maladie s'est toujours manifestée dans les huit jours, au plus, qui ont suivi le jour du départ. Telle est la base de la réforme que j'ai proposée. Ces deux résumés, clairs et précis, seraient très faciles à réfuter s'ils étaient faux.

» Le fait de l'Autriche et de l'Angleterre est authentique. Les deux propositions, base de la réforme, découlent d'une expérience de cent-vingt-quatre ans.

» Pour les combattre que l'on apporte donc, au lieu de suppositions, des faits qui prouvent le contraire.

Lorsque dans la discussion on a parlé de la période d'incubation, toujours on a semblé la présenter au point de vue scientifique. M. Hamont vous a même cité l'opinion de divers auteurs, qui donnent à cette période de la manifestation de la maladie, plus de huit jours. Cela ne regarde en rien mes propositions, puisque les cas ont eu lieu à terre et non à bord d'un navire en mer. Il a dit, de plus, que la peste se transportait. Tout ceci est écrit dans mon mémoire. Au reste, qu'importe, puisque, dans tous les cas de transport, et il y en a eu soixante-quatre en cent-vingt-quatre ans, ils ont toujours commencé en mer, à bord du navire. Or, j'ai abandonné les bâtiments qui avaient eu des attaques en mer à la suprême direction des intendances sanitaires.

» Dans une discussion, il est facile de faire de l'érudition; mais ce qui est très difficile, je dirai plus, impossible, c'est de trouver un fait qui constate: 1° que la peste s'est manifestée en mer après le huitième jour du départ; 2° qu'un bâtiment arrivé sans attaque en a eu après son arrivée.

» J'ai donné des faits et des chiffres, que l'on m'oppose des faits et des chiffres.

» Quant aux questions scientifiques qui regardent la peste et que j'apprécie autant que qui que ce soit, il est loisible à l'Académie de s'en occuper, mais je ne les ai pas posées, et je croirais manquer en ce moment à mon devoir de médecin et de Français si je m'y laissais entraîner.

» L'Académie me pardonnera donc si j'insiste aussi fortement pour rappeler les débats sur le terrain des faits. Je ne vois que le but et le but national, que la solution et la solution la plus rapide; car où les intérêts de la France ou la santé publique sont aujourd'hui compromis. »

Le conseil a aussi voté la lecture d'une lettre de *M. Chassinat* sur le même sujet. M. Chassinat craint que M. Aubert n'ait pas tenu compte de tous les faits. Ainsi il n'a pas parlé du fait relatif au paquebot-poste *le Léonidas*. Ce bâtiment parti de Marseille en juin 1837 pour Constantinople, arrive dans le port de cette ville où régnait la peste. Les hommes de l'équipage allèrent à terre, et fréquentèrent surtout les mauvais cafés du faubourg Galetta. Le bâtiment quitte Constantinople le 27 juillet; il touche à Smyrne, où régnait aussi la peste, et après plusieurs autres relâches arrive à Marseille le 15 août. Le rapport du médecin de bord constata que la santé de l'équipage avait été excellente partout. Un homme seulement éprouvait depuis deux jours des phénomènes que le médecin rapportait à une gastro-entérite. Ce malade succomba au troisième jour de son arrivée. Les médecins du lazareth présents à l'autopsie ne furent pas bien convaincus que ce fût là un cas de gastro-entérite. Le lendemain, un autre homme de l'équipage tomba malade, et succomba avec tous les caractères de la peste. Un peu plus tard, troisième malade qui meurt également avec le bubon caractéristique. Or, si l'on considère le premier malade comme atteint de peste, ce qui est très probable, la peste se serait déclarée sur ce bâtiment treize jours après le départ en comptant de Constantinople, ou onze jours en comptant de Smyrne, et pour les deux autres malades seize et dix-sept jours après l'infection probable. Ce fait paraît donc en opposition avec les opinions de M. Aubert.

M. Londe. La version de M. Chassinat est en opposition avec les documents publiés par le ministre du commerce. Il résulterait, en effet, de ces documents que le premier malade du *Léonidas* aurait été atteint dans les premiers jours du départ. Ce fait rentrerait alors dans la loi posée par M. Aubert.

Le bureau fera prendre des renseignements à cet égard.

— *M. le président* lit à l'Académie le discours qu'il a adressé au roi à l'occasion du nouvel an, et la réponse de S. M.

M. le président adresse aussi une allocution à l'Académie pour la remercier de l'honneur qu'elle lui a fait.

Il propose, en outre, de voter des remercîments à M. P. Dubois, président sortant. Cette proposition est adoptée.

— *M. Thillaye* lit un rapport sur un nouveau pupitre imaginé par M. de Taschr. D'après le rapporteur, ce pupitre sera rarement utile, souvent commode, toujours inoffensif.

Sur la proposition de *M. Villeneuve*, l'Académie passe à l'ordre du jour.

— *M. Fleury*, en son nom et en celui de *M. Monneret*, lit un mémoire sur les causes, la nature et le traitement de l'œdème laryngienne œdémateuse.

L'angine laryngienne œdémateuse est-elle une maladie existant par elle-même, ou un épiphénomène anatomo pathologique de la laryngite? En d'autres termes, est-elle une laryngite œdémateuse ou une hydropisie laryngienne?

Cette question n'a point été résolue, parce que les auteurs se sont placés à un point de vue trop exclusif, en ne voulant voir, *dans tous les cas*, les uns, qu'une hydropisie *essentielles*, les autres, qu'un accident inflammatoire.

M. Fleury a établi que l'œdème laryngien est une hydropisie pouvant se développer sous l'influence des différentes causes qui produisent toutes les hydropisies en générale et l'anasarque partiel (œdème) en particulier; que cette hydropisie est dans quelques cas inflammatoire, mais que le plus ordinairement elle est entièrement étrangère à l'inflammation.

M. Fleury fonde sa démonstration sur l'analogie et sur l'observation, en montrant que l'œdème laryngienne se développe quelquefois chez des sujets débilités pendant la convalescence des fièvres graves, en l'absence de toute altération antérieure ou concomitante du larynx.

Il résulte de cette première partie du travail de M. Fleury: 1° que c'est à tort que M. Blache a déclaré qu'il n'existait pas dans la science un seul exemple d'œdème essentiel du larynx; 2° qu'il n'est point possible de ne voir dans l'œdème laryngien que le premier degré de la laryngite sous-muqueuse; 3° que décrire sous le nom d'angine laryngienne œdémateuse des caries, des nécroses, des abcès du larynx existants sans aucune trace d'inflammation séreuse, c'est dire qu'il existe un œdème laryngien sans œdème.

Après avoir terminé cette discussion de pathogénie, M. Fleury combat l'opinion généralement adoptée qui prescrit d'opposer à l'angine laryngite œdémateuse la médication antiphlogistique la plus énergique; et après avoir montré que les partisans les plus exclusifs de ce traitement ont été obligés de reconnaître son inefficacité, il établit que les moyens thérapeutiques doivent varier avec la cause de l'œdème, et qu'à cet égard il faut obéir aux médications qui constituent la thérapeutique des hydropisies en général.

MM. Cruveilhier, Bouillaud et Bricheteau examineront ce travail.

— *M. Cornay* lit un mémoire sur la topographie de Rochefort.

Renvoi à la commission de topographie.

— *M. Marchal* (de Calvi) communique un fait de corps étranger dans l'oreille.

Deux erreurs d'un genre opposé, dit M. Marchal, peuvent être commises au sujet des corps étrangers du conduit auditif externe. On peut croire erronément à l'existence d'un corps étranger dans l'oreille d'un individu qui n'a rien de semblable, et se livrer à des perquisitions susceptibles d'amener des accidents. Ce cas n'est pas une pure supposition. D'un autre côté, il arrive assez souvent que l'on méconnaît la cause matérielle d'accidents positivement dus à un corps étranger de l'oreille. Des exemples de ce dernier genre sont rapportés par divers chirurgiens, entre autres par Power et Fabrice de Hilden.

Dans le cas de Fabrice, il s'agissait d'une boule de verre que l'on essaya d'abord vainement d'extraire, et que l'on oublia par la suite. Ce corps étranger amena des accidents d'une gravité extrême, entre autres des convulsions et de la paralysie. Celle-ci, à son tour, donna lieu à l'atrophie d'un bras. Convulsions et paralysie se dissipèrent, et la jeune fille, sujet de cette intéressante observation, revint à la santé après l'extraction de la boule de verre, dont l'introduction, fort antérieure, fut fortuitement rappelée à Fabrice de Hilden.

Dans l'observation de Power, la présence ignorée d'une grande quantité de laine dans le conduit auditif détermina une salivation qui conduisit la malade (également une jeune fille) au marasme et tout près de sa fin. L'inspection du conduit auditif fit reconnaître le corps étranger, à l'extraction duquel on procéda. Dès ce moment l'état de la jeune fille s'améliora, et elle se rétablit. Le fait que j'ai à communiquer à l'Académie est un exemple du second genre d'erreur précité: c'est-à-dire que l'existence d'un corps étranger du conduit auditif fut méconnue, et que les accidents dus à ce corps étranger furent attribués à une autre cause.

M. de Smidt, officier de cavalerie, aujourd'hui attaché au dépôt de recrutement de la Seine, dont je fais partie moi-même, éprouva, dans l'hiver de 1821, de la surdité du côté droit. Un jour, à la manœuvre, étant à cheval, au soleil, il sentit quelque chose se déplacer dans son oreille, et il entendit dans ce moment-là et pendant quelque temps.

Plus tard, il fut sujet à des alternatives de surdité et de rétablissement de l'ouïe. Au commencement de cet hiver il éprouva de la surdité toujours du côté droit, une céphalalgie intense et continuelle, des étourdissements violents aussitôt qu'il se baissait. Je fis tirer du sang. Les symptômes persistant, j'examinai l'oreille et je vis au fond une sorte de cérumen épaissi. Je prescrivis des injections, après l'une desquelles s'échappa ce corps étranger, qui est un grain de chapelet très altéré. M. de Smidt ayant cinquante ans, à supposer que ce corps ait été introduit dans l'oreille à l'âge de cinq ans (cet officier n'a aucune idee de l'époque de cette introduction), il aurait séjourné dans le conduit auditif externe pendant quarante-cinq ans environ. Tous les accidents ont cessé depuis la sortie du corps étranger.

M. Marchal termine cette communication en rappelant un fait du barron Larrey, qui s'est passé pendant l'inspection de cet illustre chirurgien en Afrique. On lui présenta un soldat atteint d'une otorrhée. Il introduisit une pince dans le conduit auditif, et en retira un ver. L'homme guérit promptement.

— *M. Begin.* Plusieurs faits semblables ont été observés en Algérie, et j'ai deposé au Musée du Val-de-Grâce un bocal renfermant des larves d'insectes retirées de l'oreille d'un soldat.

— *M. Virey.* Itard et M. de Humboldt out signalé des faits analogues.

— *M. le président* présente le modèle en plâtre de la tête de la petite fille anencéphale qui a été vue dans une des dernières séances.

— *M. Souberbielle* adresse une lettre de fait de lithotomie dont il a été déjà question.

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 janvier 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. le Dr Guépin, de Nantes, adresse quelques observations sur la myotomie oculaire.

Un marinier s'aperçoit un matin que son œil gauche voit bien moins; pendant deux mois le mal s'aggrave, et quand il nous arrive il voit à peine à se conduire les deux yeux ouverts, il voit mieux en se servant seulement de l'œil le moins malade. Je coupe le droit interne gauche, et aussitôt la diplopie cesse sans que le malade puisse cependant porter l'œil en dehors. J'emploie alors un traitement anti-amaurotique, et au bout de huit jours le malade me quitte se trouvant guéri, mais ne pouvant encore porter son œil en dehors. Dans ce cas, la diplopie n'existait pas pour les objets vus de près.

Un meunier présentait les mêmes symptômes que le malade précédent; mais la diplopie était d'autant plus prononcée que les objets étaient vus de plus près. La maladie, moins ancienne, ne datait que de quinze jours. Je coupe le droit interne de l'œil droit, qui était l'œil malade, et aussitôt la myotilité oculaire reprend l'état normal; mais la diplopie, quoique bien diminuée, ne cesse pas entièrement. Quatre jours plus tard, le malade quittait Nantes se croyant guéri, et voyant en effet bien mieux.

Une demoiselle de douze à treize ans avait été soignée à Angers par M. le docteur Mirault, pour une amaurose de l'œil gauche. Elle est complétement borgne, et l'autre œil se trouve menacé. Je remarque que l'œil amaurotique ne peut se tourner en dehors, et je pratique la section du droit interne. Le lendemain, légère amélioration qui a marché en croissant. Deux mois après l'opération, les deux yeux voient également.

J'ai fait une quatrième opération chez un amaurotique, chez lequel un léger strabisme unioculaire s'était manifesté en même temps que l'amaurose. Il n'y a eu aucune amélioration ni pour la vision, ni pour le strabisme.

Quatre fois nous avons coupé le droit interne chez des myopes. Voici les faits :

1er *cas.* Strabisme léger, et myopie prononcée de l'œil gauche; résultat nul sous tous les rapports.

2e *cas.* Semblable en apparence; amélioration sensible et immédiate.

3e *cas.* Myopie excessive accompagnée de strabisme; guérison immédiate et entière.

4e *cas.* Œil droit du même; cet œil avait été louche autrefois. Aussitôt la section musculaire, la vision se modifie entièrement et la guérison est parfaite.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas de névrose guérie par la racine de colombo; observation publiée par M. le docteur Manfredonia.

Un militaire, effrayé par le danger d'une attaque, fut saisi tout à coup de douleurs atroces et continues à l'estomac et au bas-ventre, avec accompagnement de vomissements et d'évacuations diarrhéiques. Ces douleurs, qui revenaient par accès, se reproduisaient sept ou huit fois par jour. La diarrhée céda au bout de peu de jours, mais le vomissement persista, et il y avait déjà treize mois qu'il résistait à tous les moyens employés pour le combattre, lorsque le malade commença à recevoir les soins de l'auteur. Tout son ensemble indiquait un état cachectique; le visage était d'une teinte légèrement jaunâtre, la conjonctive de couleur bleuâtre, la langue blanchâtre, la bouche sèche; il y avait anorexie et une légère douleur qui se faisait sentir à l'épigastre, précédait un vomissement d'un liquide aqueux blanc-jaunâtre et de consistance visqueuse, qui se reproduisait six ou sept fois dans la journée. Il existait un sentiment de lassitude, les matières alvines étaient liquides et exhalaient une odeur infecte; il y avait de l'incontinence d'urine.

M. Manfredonia essaya sans aucun avantage l'usage des bains tièdes, de la potion anti-émétique de Rivière, des terres absorbantes, des limonades minérales, du lait d'ânesse coupé d'eau, des révulsifs appliqués sur l'abdomen, de l'opium, des lavements irritants, et enfin des moxas à l'épigastre.

Après quatre mois de ces divers traitements, le malade arrivait à un véritable état de consomption. C'est alors qu'il fut mis à l'usage de la poudre de racine de colombo, à la dose de quinze décigrammes en quatre prises chaque jour; par dessus chaque prise, on lui donnait une tasse de lait de chèvre. L'avantage de cette médication paraissait se réduire à peu de chose au bout de vingt jours; néanmoins, le vomissement était déjà un peu moins fort, et la nutrition paraissait s'être améliorée tant soit peu. Mais, à partir de ce moment, le malade ayant été mis à l'usage de la décoction de la même racine, on vit, dans l'espace de trois mois, les vomissements aller peu à peu en diminuant par degrés, les digestions s'améliorer, les forces et la nutrition se rétablir, et enfin le malade revenir à un état de parfaite santé.

M. Manfredonia pense que, dans le cas dont il s'agit, le vomissement était purement symptomatique, et que la maladie n'était autre qu'une névrose essentielle. *(Il Severino)*

Efficacité de l'émétique à haute dose contre l'hémoptysie; par M. le docteur Joly, de Bruxelles.

Une dame âgée de trente-six ans, mère de plusieurs enfants, ayant éprouvé déjà en quatre ans trois hémoptysies, et présentant tous les signes qui dénotent l'existence des tubercules pulmonaires, fut prise d'un crachement de sang au cinquième mois d'une nouvelle grossesse.

M. Joly ayant été appelé, et ayant reconnu qu'il avait été expectoré environ 150 grammes d'un sang rutilant, pratiqua aussitôt une saignée de deux palettes à l'un des bras; il prescrivit en outre un repos et un silence absolus, le renouvellement fréquent de l'air de l'appartement, et l'usage de boissons froides.

Le lendemain, en raison de la persistance des accidents, une seconde saignée, aussi forte que celle de la veille, fut pratiquée; dix sangsues furent en outre appliquées sur le côté, où il existait un point douloureux; la limonade citrique fut donnée pour boisson.

L'hémoptysie continuant malgré ces moyens, on recourut une troisième fois à la saignée; mais il survint une syncope qui ne permit plus de compter davantage sur les émissions sanguines.

Alors, on prescrivit l'alun, le ratanhia, le tania pur et à l'intérieur, et des applications révulsives sur les extrémités. Mais, comme la malade s'affaiblissait, que les crachats étaient toujours fortement mélangés de sang, que le pouls était petit et fréquent, M. Joly demanda un confrère en consultation; ce fut M. le docteur Thibou qui fut appelé.

Ce praticien, appuyé sur des faits observés par lui antérieurement, et dans lesquels il avait réprimé des hémoptysies en administrant le tartre stibié à haute dose, propose l'emploi de ce médicament à l'intérieur.

En conséquence, on prescrivit l'usage d'une potion composée de 40 centigrammes d'émétique dissous dans 240 grammes d'eau gommée, avec addition de 15 grammes de sirop diacode. Cette potion fut donnée à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures.

Après les deux premières prises, la tolérance s'établit, et à partir de ce moment l'hémoptysie céda comme par enchantement, et tout rentra dans l'ordre. La même potion fut répétée une seconde fois pour consolider la cessation des accidents, et pour prévenir une récidive.

La malade arriva au terme de sa grossesse sans éprouver rien de fâcheux; mais, plus tard, elle succomba aux progrès de l'affection tuberculeuse dont elle était atteinte.

(Journ. de méd. de la Société méd. de Bruxelles.)

Analyse du sang dans un cas de colique saturnine; par M. le professeur A. Cozzi.

M. A. Cozzi, chargé d'analyser une certaine quantité de sang tiré de la veine d'un sujet atteint de colique saturnine, a recherché si ce liquide renfermait des sels ou des oxydes de plomb, et si ces substances se trouvaient combinées avec tous les principes immédiats du sang ou seulement avec quelques-uns d'entre eux.

Il y a constaté la présence d'un sel et d'un oxyde de ce métal, et il a reconnu de plus qu'au lieu d'être unis à l'hématosine, au périglobule, à la fibrine, ils étaient entrés en combinaison avec l'albumine.

Cette analyse, qui vient à l'appui des théories déjà exposées par Schuebler, Berzélius, Lassaigne et Taddei, est la première qui nous ait fait connaître avec lequel des matériaux immédiats du sang le plomb entrait réellement en combinaison.

(Giornale per servire ai progressi, etc.)

Samedi dernier, à trois heures, le jury du concours pour la chaire de physique, s'est réuni pour procéder à la nomination du professeur.

Le résultat n'en a pas été rendu public; les juges ont voté dans la salle du conseil, et les élèves, réunis dans la cour, n'ont appris la décision que d'une façon indirecte. Voici, d'après nos renseignements, comment les choses se sont passées :

Les juges étaient au nombre de 12.

Premier tour de scrutin.

MM. Maissiat obtient	4 voix.
Gavarret,	3
Guérard,	3
Person,	1
Baudrimont,	1

Deuxième tour de scrutin.

Gavarret,	6
Maissiat,	5
Guérard,	1

Troisième tour de scrutin.

Gavarret,	6
Maissiat,	6

En cas de partage, la voix du président est prépondérante; M. Pouillet, président, interpellé sur son vote, a déclaré avoir voté pour M. Gavarret qui, ayant ainsi obtenu la majorité, a été déclaré professeur de physique.

Nous pourrions, à côté de ces chiffres, mettre le nom des votants; nous croyons devoir nous en abstenir. Disons seulement que la nomination de M. Gavarret est un nouvel et grave échec pour l'influence de M. Orfila, qui, malgré l'emploi de toutes ses ressources, n'a pu enlever la nomination de son candidat.

La Société phrénologique de Paris siégeant à l'Athénée royal, vient, aux termes de son règlement, de renouveler son bureau pour l'année 1844. Ont été nommés :

M. Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine, député, président honoraire.
M. le comte de Las-Cases, député, président annuel.
MM. les docteurs Dauuecy, Belhomme, vices-présidents.
M. le docteur Place, secrétaire-général.
M. le docteur Le Couteulx, trésorier.
MM. les docteurs Faivre, Rivail, secrétaires-rédacteurs.
M. le docteur Le Tellier, archiviste-conservateur.

— M. le docteur Currel, qui depuis quelques années réside en Chine, vient d'écrire au rédacteur des *Annales d'oculistique* qu'une ophthalmie offrant la plus parfaite analogie avec l'ophthalmie d'Egypte est endémique dans diverses parties du celeste empire. Souvent elle a régné épidémiquement et a exercé les plus grands ravages. M. Currel annonce l'envoi d'un mémoire sur cette affection et sur diverses autres maladies particulières au peuple chinois.

Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique, Considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'obstétrique et à la médecine opératoire; par J.-E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur-adjoint à l'Ecole de médecine de la même ville, membre de plusieurs sociétés savantes nationales et étrangères.

Un vol. in-8e de plus de 800 pages. Prix, 8 fr. — Chez J.-B. Baillière et Germer Baillière, à Paris; Guyot, à Lyon; Sévalle, à Montpellier; Dérivaux, à Strasbourg; Gimet, à Toulouse.

M. Béchard, breveté (médaille d'honneur 1843), mérite l'attention pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégants et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont renfermées dans des corsels élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 2. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 5 JANVIER 1844.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE. (7e Chambre.)

Audience du 5 janvier. — Présidence de M. PINONNEL.

Procédé d'embaumement. — Contrefaçon. — M. Gannal contre M. le docteur Marchal (de Calvi.)

Le jugement est prononcé. M. Marchal (de Calvi) est renvoyé des fins de la plainte, et M. Gannal, partie civile, est condamné aux dépens.

Nous avons déjà fait la part de M. Marchal; nous avons dit que, par sa fermeté à défendre le droit commun, il a bien mérité du corps médical; nous avons mis son discours sous les yeux de nos lecteurs; ils ont pu l'apprécier., et nous n'avons probablement rien à ajouter à l'impression qu'ils en ont ressentie.

Nous n'avons pas à revenir non plus sur les conclusions si morales, si savantes, et à la fois si lucide, de M. l'avocat du roi.

Il nous reste à exprimer notre opinion sur le jugement, et nons sommes assurés d'être ici les interprêtes du sentiment public.

Ce jugement est empreint d'une grande élévation. Le tribunal n'a pas même voulu se préoccuper de la question de ait. M. Marchal avait bien employé la méthode d'embaumement par injection, mais il avait nommément fait usage d'un procédé décrit deux ans avant le brevet de M. Gannal. Le tribunal, disons-nous, a laissé de côté cette question, et on verra qu'il a agi logiquement. Le seul point qui ait fixé son attention, est celui de savoir s'il doit être permis d'assimiler, en un cas quelconque, le corps humain à une marchandise, et il a répondu par la négative. Partant de là, l'opération de l'embaumement se pratiquant sur le corps humain, il a déclaré cette opération non brevetable.

Il n'y a, dans le jugement, que deux considérants: celui que nous venons d'indiquer, et un autre, qui n'en est que le corollaire, et par lequel il est établi que l'opération qui consiste à découvrir une artère sur le corps humain, étant analogue à une opération de chirurgie, elle ne peut être l'objet d'un brevet. Ainsi, pour deux raisons, le brevet de M. Gannal est frappé de nullité. On voit maintenant pourquoi le tribunal n'a pas dû se préoccuper de la question de fait.

Nous sommes heureux d'avoir à enregistrer ce jugement, moins pour nous que pour la moralité publique, qui était encore plus en cause que l'intérêt des médecins. Le tribunal n'a pas voulu qu'il fût dit qu'en France on estimait le corps humain à l'égal d'une matière à brevet d'invention. Nous lui en exprimons notre reconnaissance, non plus comme médecins, mais comme hommes et comme citoyens. Nous sommes certains de ne pas nous faire illusion en pensant que ce jugement a une grande portée et une grande signification. L'industrialisme en était venu à mettre la main sur le corps humain; la justice lui a ôté cette proie. Honneur à elle!

Nous n'avons pas été passionnés par la lutte; nous ne sommes pas énorgueillis par le triomphe. Au contraire, nous pensons, avec un profond sentiment de tristesse, à l'industriel qui, par un calcul téméraire, a compromis une position avantageuse. Ce sentiment est si sincère, que nous ne nous sentons pas la force de donner plus d'extension à ces remarques.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Angine pseudo-membraneuse, ou diphthérite. — De sa nature et de son traitement.

Au n° 7 de la salle Sainte-Catherine a été couchée une jeune fille de neuf ans, malade depuis six jours, au dire des parents.

D'une bonne constitution, assez forte, d'un tempérament lymphatique, cette enfant est habituellement bien portante. Elle a eu, à l'âge de deux ans, la rougeole; mais cette affection a été assez bénigne, et s'est passée sans l'emploi d'aucune médication active. Depuis ce temps, elle semble avoir toujours été bien portante, sauf quelques maux de gorge, mais sans intensité, la plupart du temps. Six jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'un mal de gorge assez intense, qui causa dès le premier jour une gêne notable dans la déglutition. En même temps frissons, suivie de chaleur et de sueur, céphalalgie; symptômes qui ont persisté jusqu'au moment où les parents se sont décidés à l'amener à l'hôpital. On s'est borné, pour tout traitement, à réduire la quantité des aliments, et à faire prendre à l'enfant quelques boissons gommeuses.

Voici l'état qu'elle présente au moment de la visite:

Visage rouge, animé, surtout aux pommettes. Peau chaude, sudorale; pouls à 108-112, petit, peu développé, non redoublé. Langue blanche, un peu saburrale, rouge aux bords et à la pointe. Pas d'appétit; soif vive. L'enfant demande souvent à boire. La douleur de gorge, quoique persistant encore, est beaucoup moins forte que pendant les premiers jours. Gêne assez considérable de la déglutition, même pour les liquides. L'intérieur de la bouche et le pharynx, examinés avec soin, présentent, à considérer, une rougeur vive de la muqueuse buccale; la portion de la muqueuse qui recouvre les amygdales est rouge, gonflée, recouverte çà et là de plaques blanches, caséiformes: dans quelques points, ces plaques sont d'un jaune clair. La membrane muqueuse de la luette et du pharynx, autant qu'on peut l'apercevoir, semble recouverte dans la plus grande portion de son étendue de productions blanches, caséiformes, analogues à celles qui sont sur les amygdales. Les ganglions sous-maxillaires un peu gonflés, sensibles à la pression, sont faciles à sentir à l'extérieur, en promenant le doigt sous la mâchoire inférieure. La voix est rauque, pénible. L'enfant ni les parents ne savent à quelle cause attribuer la production de la maladie.

Solution de sirop de gomme. Gargarisme avec le miel rosat; toucher la muqueuse du pharynx et des amygdales avec l'acide hydrochlorique éteudu d'eau.

Le surlendemain, l'enfant se trouve un peu mieux. Le pouls est toujours fréquent, à 104-108, petit, peu développé. Le visage est moins animé, plus calme; la peau est moins chaude, moins sudorale; langue toujours blanche; soif; anorexie. La douleur de gorge est presque nulle. La déglutition toujours assez difficile. La rougeur de la muqueuse buccale et pharyngienne est moins considérable. Les plaques sont un peu moins épaisses, commençant à se détacher sur les bords; dans quelques points mêmes elles sont tout à fait tombées, et l'on aperçoit au-dessous d'elles, ou dans les points qu'elles occupaient, la muqueuse enflammée. Le gonflement des ganglions sous-maxillaires est toujours le même, Même boissons. Continuer l'usage de l'acide hydrochlorique. Bouillon coupé.

Le 13, l'amélioration continue. Le pouls est tombé à 92. La peau est moins chaude aussi, moins sudorale. Les ganglions sous-maxillaires semblent peut-être un peu moins volumineux, bien qu'encore sensibles à la pression. Douleur de gorge très peu intense. Déglutition de plus en plus facile. L'examen de la gorge fait apercevoir encore de loin en loin quelques plaques couenneuses, mais en grande partie détachées. Un lambeau de ces fausses membranes, à demi détaché de la luette, est suspendu au voile du palais. L'enfant demande à manger. Un peu de sommeil la nuit dernière. Même traitement.

Le 16, la malade est affectée depuis deux jours d'une bronchite légère, probablement due à un refroidissement subit dont l'enfant ne se sera point aperçue. Toux assez fréquente, sans expectoration notable. Les mousses de la toux ont achevé de détacher toutes les productions pseudo-membraneuses qui subsistaient encore dans le pharynx. L'auscultation et la percussion ne donnent pas de résultats bien sensibles. On ne constate qu'un peu de râle sibilant en arrière des deux côtés. Infusion de fleurs de mauve édulcorée.

Cinq ou six jours après, la guérison de la double affection du pharynx et de la muqueuse bronchique est complète. L'enfant a de l'appétit; la soif est normale; toutes les fonctions s'exécutent bien; la déglutition est facile. Les pseudo-membranes ont tout à fait disparu. Les ganglions sous-maxillaires ont perdu leur volume anormal, et ne conservent qu'un peu d'empâtement. Elle demande et obtient sa sortie.

— Avant d'entrer dans le détail et dans l'examen de quelques-uns des principaux symptômes et de la marche de l'angine couenneuse, pseudo-membraneuse ou diphthéritique, gangréneuse de quelques auteurs, il est nécessaire, ce nous semble, de consacrer quelques lignes à l'examen d'une importante question; nous voulons parler de celle qui a trait à la nature de la maladie et à la place que certains auteurs ont voulu lui assigner dans les classifications nosologiques.

Et d'abord, l'angine pseudo-membraneuse ou diphthéritique, et c'est, disons-le, cette dénomination qui nous semble préférable à toute autre, parce qu'elle se borne à indiquer le symptôme caractéristique de l'affection sans en préjuger la nature, précaution que l'on doit toujours prendre dès qu'il s'agit d'affection sur lesquelles il y a des dissidences; l'angine diphthéritique, disons-nous, est-elle simplement, comme l'ont prétendu quelques auteurs, la terminaison d'une phlegmasie très intense de la muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx? Ou bien est-ce une forme particulière d'une inflammation de la muqueuse, une maladie *sui generis* qui mérite d'être étudiée séparément et en détail, une inflammation gangréneuse?

Il est des auteurs, avons-nous dit, qui ne voient autre chose dans l'angine diphthéritique qu'une terminaison de l'angine pharyngée extrêmement intense. D'autres ont, au contraire,

---

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de l'Ecole de médecine du Caire, par les professeurs nationaux de la nouvelle école arabe d'Egypte. Précédé d'une Note de la commission chargée de son examen par la Société orientale.

NOTE. — Composée d'hommes qui ont, pour la plupart, une connaissance pratique des contrées du Levant, une sorte de juridiction est réservée à la Société orientale, relativement aux nouvelles importantes qui lui parviennent de ces pays, et qui sont tour à tour susceptibles d'éclairer ou d'égarer l'opinion publique. La communication qui a été faite, dans la séance d'hier, du *Compte rendu des travaux de l'Ecole de médecine du Caire*, dont on a demandé l'insertion dans la *Revue de l'Orient* (1), est devenue l'objet d'une discussion vive et sérieuse, à laquelle ont pris part plusieurs membres de la Société. Par suite de cette discussion, une commission a été chargée d'examiner le document adressé par les *professeurs nationaux de la nouvelle école arabe d'Egypte*, et de transmettre immédiatement un premier aperçu, en attendant le rapport, appuyé de preuves, qui sera présenté à la Société orientale dans sa plus prochaine séance, le 5 janvier prochain.

Nous avons tous une connaissance personnelle de l'institution médicale dont il s'agit: les uns à diverses époques, les autres sans interruption, nous avons pu en observer l'origine et les développements depuis 1827 jusqu'en 1842. Ainsi, c'est d'après notre propre observation, et avec toute la sincérité de juges complétement désintéressés dans la question, que nous allons exprimer notre sentiment sur l'Ecole de médecine du Caire.

S'il ne s'agissait que de louer la pensée qui voulut doter l'Egypte et l'islamisme d'institutions scientifiques entièrement perdues dans le pays, depuis la chute des califes protecteurs de la civilisation; s'il ne fallait qu'applaudir au choix qui fut fait de médecins français pour présider à la restauration des sciences médicales; s'il suffisait même de reconnaître qu'il a été fait, dans ce but, de louables efforts, de généreux sacrifices; que quelques difficultés ont été heureusement vaincues; oh! certes, nous joindrions volontiers notre témoignage à celui des auteurs du *Compte rendu* en formant des vœux bien sincères pour l'affermissement et le progrès d'un établissement scientifique sur lequel l'humanité et la civilisation des Orientaux doivent fonder des espérances.

Mais les professeurs nationaux de la nouvelle école arabe sont beaucoup moins réservés dans leurs louanges et leurs prétentions. Le succès que nous souhaitons à leur institution médicale, ils nous l'annoncent comme accompli. A les entendre, « leur école présente un système » d'organisation plus avancé que celui de beaucoup d'universités d'Eu» rope; elle deviendra bientôt la sœur et l'émule de l'école française; » déjà elle se place sans crainte en rivalité avec les meilleures écoles » d Europe, etc., etc. »

Comme il est beaucoup plus facile d'induire le public en erreur que de se tromper soi-même dans l'ordre des faits matériels et intellectuels à la fois, nous voudrions pouvoir démêler si des assertions aussi étrangement décevantes et prétentieuses ont été suggérées par un aveuglement enthousiaste, ou par les calculs de la mauvaise foi. Pour nous, que l'inspection des lieux, la fréquentation des professeurs et des élèves, ont suffisamment éclairés sur les imperfections et les pauvretés de l'Ecole de médecine du Caire, nous sommes profondément affligés de ce panégyrique fait à plaisir et sans pudeur par des hommes à qui leur profession devrait avoir appris à se respecter eux-mêmes en respectant la vérité. Nous savons que penser de ces brillants examens, en arabe, dans lesquels le traducteur suppléait au besoin de l'élève, lorsque le candidat et le juge ne s'étaient pas préalablement entendus sur les questions et les réponses; de ces riches programmes des études qu'il est si facile d'exposer par écrit; de ce nombre de 700 médecins ou pharmaciens sortis de l'école, et qu'il a fallu renvoyer, pour la plupart, du service à l'école, pour cause d'incapacité. Telles sont les misères de cette institution médicale qui *se place sans crainte en rivalité avec les meilleures écoles d'Europe!* qui va bientôt diplômer des *docteurs!*

Jusqu'à ce moment, nous avons confondu l'Ecole de médecine d'Abou-Zabel, avec celle du Caire, qui compte aujourd'hui une existence d'environ seize années. Un mot maintenant sur la nouvelle école arabe, qu'on nous annonce devoir continuer seule l'œuvre scientifique commencée par des Européens, Français pour la plupart. Nous ne ferons pas d'objection au principe de vouloir employer, pour civiliser les Arabes, des Arabes formés aux sources de la civilisation européenne. Mais en dehors du principe civilisateur, nous avons à considérer les instruments de la civilisation eux-mêmes, dont quelques-uns sont connus de nous personnellement; et, nous le déclarons, c'en est fait de l'école naissante, c'en est fait de la médecine en Egypte, si l'on repousse le concours, encore long-temps nécessaire, de professeurs européens. Un soupçon pénible s'est élevé dans notre esprit, en lisant l'annonce de la nouvelle école arabe: nous avons craint d'y voir une préméditation voilée d'éliminer de cette école et des divers emplois qu'ils occupent, des médecins européens que nous jugeons indispensables au maintien et au progrès des institutions scientifiques de l'Egypte. Les Arabes formés par eux étaient, au moment où ils leur furent confiés, dans des conditions intellectuelles trop défectueuses pour pouvoir les suppléer aujourd'hui. D'une instruction plus que médiocre, sans activité, sans dignité, leur incapacité est patente; l'Ecole de médecine égyptienne va dépérir et tomber, si l'autorité se prive du concours des Européens, auxquels devraient l'avoir d'ailleurs attachée les liens de la reconnaissance.

Le public courrait risque de s'abuser étrangement, s'il attribuait aux professeurs nationaux de la nouvelle école arabe la simple rédaction du Compte rendu que nous avons examiné. Quoique cette rédaction n'ait rien de remarquable, il est évident pour nous que les signataires n'en sont pas les auteurs: c'est probablement une de ces réclames déguisées, à l'aide desquelles on est parvenu à tromper l'opinion de la France sur la civilisation de l'Egypte. Pauvre civilisation! contre laquelle protestent l'ignorance, la misère et les malédictions du peuple entier!

(1) C'est à ce recueil que nous empruntons cet article.

prétendu que cette affection ne se présentait pas avec un ensemble de phénomènes inflammatoires semblables à ceux qui accompagnent l'angine grave, et qu'elle revêtait ordinairement une forme tout autre et toute particulière.

M. Bretonneau et ses élèves ont cru que l'angine diphthéritique n'était autre chose qu'un mode spécial de l'inflammation, un état phlegmasique particulier. Peut-être ne paraîtrait-il pas dénué d'intérêt de rapporter, à propos de cette importante question, les paroles mêmes de M. Bretonneau et les conclusions du savant ouvrage qu'il a publié sur ce sujet :

« Cette rougeur de la membrane muqueuse, dit-il, sans épaississement de tissu, si superficielle, et qui cependant s'accompagne d'une exsudation concrète si abondante et si remarquable, me paraît, je l'avoue, un mode inflammatoire très particulier. Je ne dirais pas toute ma pensée si je n'ajoutais que je vois dans cette inflammation couenneuse une inflammation spécifique aussi différente d'une phlogose catarrhale que la pustule maligne l'est du zona ; une maladie plus distincte de l'angine scarlatineuse que la scarlatine elle-même ne l'est de la petite vérole ; enfin, une affection morbide *sui generis* qui n'est pas plus le dernier degré du catarrhe que la dartre squammeuse n'est le dernier degré de l'érysipèle. Dans l'impossibilité d'appliquer à une inflammation spéciale aussi tranchée un seul des noms impropres qui ont été donnés à chacune de ces nuances, qu'il me soit permis de désigner cette phlegmasie sous le nom de diphthérite. »

» Il paraîtrait qu'en certains endroits de son livre, M. Bretonneau aurait quelquefois confondu l'angine diphthéritique avec l'angine gangréneuse. Or, il est bien évident que souvent ces deux affections présentent des caractères bien tranchés qui permettent de les différencier difficilement. Tandis que dans l'angine gangréneuse on constate la prédominance des accidents généraux qui entraînent avec eux un appareil morbide semblable à celui du typhus, et que le mal de gorge ne constitue le plus souvent qu'un épiphénomène, c'est tout le contraire dans l'angine purement pseudo-membraneuse, dans laquelle l'état fébrile est peu prononcé, l'accélération du pouls quelquefois nulle ou presque nulle.

» Dans l'angine gangréneuse existent des eschares plus ou moins profondes qui détruisent les parties, entraînent des pertes de substance plus ou moins considérables. La marche de la maladie est continue, et presque toujours l'affection fait des progrès de plus en plus étendus. Dans l'angine diphthéritique simple, où a pour toute affection locale : une concrétion pelliculaire, lichénoïde, caduque, facile à détacher, essentiellement superficielle, et qui ne peut cesser de l'être sans que la maladie perde de son caractère principal. Après une brusque expansion, les progrès de l'inflammation couenneuse diphthéritique restent momentanément suspendus. »

D'après ce que nous venons de dire, il semble donc nécessaire d'établir une distinction bien manifeste entre l'angine diphthéritique ou pseudo-membraneuse simple, et l'angine gangréneuse. Maintenant, quelle est la véritable nature de l'inflammation diphthéritique? Les caractères de cette phlegmasie se réduisent à trois principaux. D'abord, il faut noter l'excrétion d'une matière mucoso-séreuse qui se montre dans le premier degré de l'inflammation diphthéritique, et semble jouir de la propriété de transmettre cette inflammation à de grandes distances. Puis, la forme de cette maladie qui tend à se propager de proche en proche. Enfin, le peu d'efficacité des médications antiphlogistiques, et des émissions sanguines si utiles ordinairement dans les inflammations franches. De plus, cette phlegmasie offre encore ceci de particulier, qu'elle reste superficielle et se transmet difficilement au tissu cellulaire sous-jacent.

Nous croyons en avoir dit assez sur la nature de l'affection qui nous occupe. Examinons maintenant en peu de mots quelques-uns des principaux symptômes, et le traitement à mettre en usage contre cette maladie. Le principal symptôme, le phénomène caractéristique de la maladie, c'est la présence sur la muqueuse du pharynx des fausses membranes qui lui ont fait donner le nom qu'elle porte. Le plus souvent, les fausses membranes commencent à paraître sur l'une des deux amygdales; de là elles s'étendent assez rapidement sur les piliers du voile du palais, sur la luette, et enfin sur la membrane muqueuse qui tapisse la cavité du pharynx. Lorsque l'inflammation éclate sur plusieurs points à la fois, les plaques couenneuses, en s'étendant, finissent par se rencontrer et par former une surface continue.

Quelques jours après leur première apparition, les fausses membranes acquièrent une épaisseur plus considérable ; en même temps elles perdent leur couleur d'un blanc parfait pour prendre une couleur jaunâtre-lardacé. La plupart des malades étant soumis à un traitement topique, il est assez rare de voir les fausses membranes se terminer d'elles-mêmes, se détacher spontanément et disparaître. Mais lorsque par suite du contact de caustiques ou d'astringents on est parvenu à les faire tomber, la muqueuse qui apparaît au-dessous est rouge, un peu gonflée.

La douleur est loin d'être un symptôme constant. C'est plus souvent au début qu'elle se montre; et dans les trois ou quatre jours qui suivent l'invasion, elle disparaît habituellement. Elle est rarement très violente. Le plus souvent, une fois déclarée, elle n'augmente pas d'une manière progressive, se maintient dans les mêmes limites, et n'est nullement en rapport avec l'intensité apparente de la phlegmasie. La gêne de la déglutition, causée par le gonflement des parties, en impose souvent pour une véritable douleur ; elle est quelquefois déterminée, cette gêne de la déglutition, par l'épaisseur des fausses membranes. En général, cependant, on peut dire que les désordres fonctionnels ne sont pas en rapport avec l'intensité de la maladie. Dans le cas que nous avons rapporté en détail au commencement de cet article, les phénomènes fébriles et réactionnels, fort intenses au début de l'affection, ont rapidement cessé, et la guérison est survenue avec une rapidité surprenante.

Le pronostic de cette affection est variable. Cependant il est rare qu'elle soit grave, à moins qu'elle ne soit épidémique, et encore dans ce cas, ne l'est-elle pas toujours. M. Bretonneau a cité un exemple dans lequel l'angine diphthéritique, quoique dégagée de toute complication, s'est terminée par la mort. Le pronostic est excessivement grave lorsque les fausses membranes se propagent dans le pharynx.

Arrivons au traitement, qui est sans contredit la chose la plus importante ici. Le traitement indiqué contre l'angine diphthéritique est loin d'être le même que celui de l'angine simple, et si l'aphorisme si ancien et si connu est juste: *Naturam morborum ostendunt curationes*, c'est une preuve de plus que l'angine pseudo-membraneuse dont nous nous occupons n'est pas une terminaison de l'angine simple comme nous avons dit que le pensaient quelques auteurs. Les antiphlogistiques une fois écartés dans le plus grand nombre des cas, examinons les diverses méthodes thérapeutiques que l'on doit mettre en usage.

Les préparations caustiques ou astringentes que l'on applique sur la muqueuse malade sont destinées autant à empêcher l'extension des plaques couenneuses sur les portions saines, qu'à substituer une inflammation franche à une inflammation spécifique. Les caustiques les plus usités sont l'acide hydrochlorique étendu d'eau le plus ordinairement, la solution de nitrate d'argent, la poudre d'alun calciné, et le chlorure de chaux.

L'acide hydrochlorique s'emploie pur ou étendu. Le plus souvent on l'affaiblit avec une certaine quantité d'eau. M. Bretonneau a néanmoins conseillé de débuter par deux cautérisations avec l'acide pur, à vingt-quatre heures de distance, afin de porter immédiatement sur les parties malades un trouble violent et salutaire. Si, après cette cautérisation, les membranes paraissent plus épaisses et plus larges, on les voit peu à peu se détacher et laisser au-dessous d'elles à nu la membrane muqueuse du pharynx.

Quand l'on met en usage le nitrate d'argent, ce peut être ou sous forme de solution, ou sous forme de caustique solide. La solution portée à l'aide d'un pinceau semble préférable au nitrate d'argent en crayon, forme sous laquelle il offre une moins grande surface, et est exposé à se briser. L'alun calciné, le calomel et le chlorure de chaux peuvent être également employés avec succès ; on les porte sur le point malade à l'aide d'un pinceau de préférence au doigt, dont se servent quelques médecins. Il est bon quelquefois de mélanger à la poudre caustique un peu de gomme arabique, pour faciliter son adhésion à la partie malade.

Le traitement antiphlogistique est, la plupart du temps, sans efficacité. Cependant, il ne faudrait pas craindre d'y avoir recours lorsque l'enfant est vigoureux et d'une bonne santé habituelle, que l'état fébrile est intense et que la marche de la maladie est très rapide. La grande tendance qu'ont les plaies à devenir pseudo-membraneuses doit le faire proscrire formellement dans les cas de ce genre.

Les vomitifs, quoique rarement indiqués comme constituant la base du traitement, peuvent cependant être utiles dans un grand nombre de cas. Les secousses produites par les efforts du vomissement, auront souvent pour effet de détacher les fausses membranes et de déterminer leur expulsion. De plus, on évite, par l'emploi des médicaments vomitifs, que les fausses membranes, quelquefois décomposées et d'une odeur fétide, ne tombent dans les voies digestives, où elles pourraient produire des résultats fâcheux.

Doit-on, et c'est par là que nous terminerons, soumettre les malades à un traitement général spécifique? Doit-on administrer ces remèdes connus sous le nom d'altérants, et dont l'effet, encore peu connu, est d'introduire dans l'économie des principes qui modifient la composition des liquides et par suite l'état des solides? C'est dans le cas où l'affection a envahi le larynx que l'on doit mettre en usage ces sortes de médications. Mais une médication de cette espèce n'étant jamais sans danger, il faudra toujours avant de l'employer examiner avec soin si la maladie a de la propension à envahir le larynx et les voies aériennes ; si elle présente une forme adynamique. C'est surtout dans la première de ces circonstances que l'on doit mettre en usage la médication altérante, le calomel, les frictions mercurielles, le sulfure de potassium, etc.

Enfin les toniques n'ont pas été sans présenter quelquefois d'heureux résultats, surtout quand la maladie revêt la forme gangréneuse et s'accompagne de diarrhées ou d'hémorrhagies abondantes. L'état général dominant l'état local, c'est à lui que la médication doit s'adresser de préférence.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Hernie ombilicale étranglée. Réduction sans opération.

Au n° 10 de la salle Saint-Paul est couchée une femme âgée de soixante-huit ans, d'une bonne constitution, ayant assez d'embonpoint; elle présentait à son entrée dans l'hôpital une hernie ombilicale étranglée. Dans notre réunion précédente, vous avez vu que j'avais été forcé, pour une hernie crurale étranglée et même gangréneuse, de recourir à la herniotomie et d'ouvrir l'intestin. Au contraire, dans le cas dont je vais vous entretenir, vous allez voir que j'ai obtenu la réduction de la tumeur à l'aide des moyens ordinaires.

Quand j'examinai la malade pour la première fois, je trouvai la cicatrice ombilicale effacée ; mais à ce niveau il existait une hernie du volume des deux poings, dirigée de haut en bas par son propre poids, plus large à sa partie inférieure qu'à sa partie supérieure, qui correspondait à l'anneau ombilical : elle était lobée et passablement irrégulière. Cet aspect lobé, qui se remarque ordinairement dans la hernie ombilicale tient à des causes diverses, parmi lesquelles je vous signalerai l'existence de brides dans le sac herniaire, et la présence du gros intestin qui présente des bosselures très marquées aussitôt qu'il est distendu par les gaz ou les matières fécales.

La tumeur était dure inférieurement, molle supérieurement. Quand on la pressait dans ce dernier point, on ne parvenait pas à la réduire et pourtant on sentait quelque chose d'analogue à une rentrée, comme si des gaz avaient passé de son intérieur dans la cavité abdominale. Le doigt pouvait parcourir assez facilement la demi-circonférence supérieure de l'anneau ombilical. En même temps, douleurs épigastriques très-vives, tiraillements d'estomac, nausées, vomissements, ballonnement et sensibilité considérable du ventre, absence complète

---

Nous justifierons par des faits et des preuves péremptoires, dans notre rapport à la Société orientale, le 5 janvier prochain, le sentiment général que nous venons d'exprimer touchant le Compte rendu de l'organisation et des travaux de la nouvelle Ecole de médecine du Caire.

L. Aubert-Roche, D.-M.-P.; Le Bron de Vexela; Hamont; A. Lagasquie, D.-M.-P.; J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre.

Paris, le 16 décembre 1843.

COMPTE RENDU. — AUX MÉDECINS DE L'EUROPE.

La fondation de l'Ecole de médecine d'Abou-Zabel, en 1827, a eu en Europe quelque retentissement (1). Les comptes rendus, publiés par son fondateur Clot-Bey, en ont fait connaître l'organisation, les progrès, et la translation au Caire en 1837.

On se rappellera sans doute qu'en 1832 nous fûmes, par ordre du vice-roi, choisi au nombre de douze parmi les élèves de l'Ecole d'Abou-Zabel pour être envoyés à Paris. Nous avions alors environ cinq ans d'études. Nous fûmes conduits en France par notre directeur, M. Clot-Bey, pour compléter nos études, devenir plus tard des professeurs, et pouvoir en même temps traduire en arabe les ouvrages nécessaires au perfectionnement des sciences médicales en Egypte.

Nous arrivâmes à Paris en octobre 1832, et le 13 novembre suivant nous subîmes un examen en présence de l'Académie royale de médecine. Nous fûmes interrogés par MM. Orfila, Dupuytren, Roche, Sanson, Breschet, J. Cloquet et Pariset. Différentes questions nous furent posées sur l'anatomie, la physiologie, la chirurgie, la pathologie interne. Il résulta de cet examen que, malgré les difficultés qui avaient embarrassé les fondateurs de l'Ecole d'Abou-Zabel, malgré le travail qu'avait entraîné pour nous l'étude de la langue française, à laquelle nous nous étions livrés, nous avions, en cinq ans, acquis assez de connaissances pour satisfaire avec honneur aux questions élevées qui nous avaient été adressées, et assez d'habitude du français pour répondre clairement à nos interrogateurs.

Le procès-verbal de cet examen a été inséré dans le *Compte rendu* général des travaux de l'Ecole de médecine d'Abou-Zabel, publié par M. Clot-Bey, et imprimé en 1833, à Paris, chez Deville-Cavelin.

Ce document répond suffisamment à certaines déclamations calomnieuses que des esprits aveugles ou méchants ont publiées contre notre école, contre son fondateur, contre nos professeurs et contre nous. Si nous n'étions loin de l'Europe, nous laisserions tous ces dires dans leur nullité, et nous attendrions que le mensonge se dévoilât de lui-même et retombât sur ceux qui l'ont inventé. Mais notre silence, à la distance où nous sommes du grand corps médical européen, pourrait être regardé comme un aveu indirect.

Nous avons donc besoin, pour notre honneur et notre conscience, pour la conscience et l'honneur de notre célèbre fondateur, M. Clot-Bey, du directeur laborieux et éclairé, M. Perron, qui administre l'Ecole aujourd'hui, des médecins européens qui ont fourni leurs lumières à l'Ecole médicale arabe pendant nombre d'années avant nous et nous ont frayé la voie du perfectionnement ; nous avons besoin, disons-nous, d'exposer brièvement et simplement ce qu'a été d'abord et ce qu'est aujourd'hui l'Ecole médicale égyptienne, de dire comment nous avons été chargés peu à peu de l'enseignement : ce sera toute notre réponse.

Après un séjour de plus de quatre années à l'Ecole de Paris, nous revînmes en Egypte. Plusieurs d'entre nous eurent le temps de prendre le titre de docteurs ; les autres furent rappelés précipitamment par le vice-roi pour les besoins du service, et n'eurent pas le loisir de subir l'épreuve exigée pour obtenir leur diplôme. Mais cette différence entre nous est une pure formalité qui n'a rien ajouté aux uns et rien enlevé aux autres,

A notre retour en Egypte, en 1836, nous fûmes attachés à l'Ecole de médecine en qualité de professeurs-adjoints. En 1840, nous occupâmes les chaires comme professeurs en titre. Ce n'est donc qu'après treize ans d'études théoriques et pratiques que nous avons été désignés pour remplacer les professeurs européens.

Nous n'essaierons pas de venger nos maîtres des odieuses calomnies qui ont été débitées et publiées contre eux. Tous hommes honorables, ils sont au-dessus de tout ce que la jalousie, la mauvaise foi ont pu imaginer pour chercher à les déprécier, et par suite nous présenter nous-mêmes comme des hommes incapables ou indignes de remplir les fonctions qui nous ont été confiées. Il est certains de ceux qui nous accusent et se vantent de connaître l'Egypte, qui, n'ayant pas la conscience nette, feraient bien de se taire et de ne pas s'exposer au risque de provoquer seulement quelques lignes de réponse.

Aujourd'hui, par notre âge, par notre position, et par les connaissances que nous avons acquises en seize ou dix-sept années de travail, nous nous croyons en droit et en mesure de prendre la défense de l'institution nationale à laquelle nous sommes attachés, et de justifier 700 élèves arabes médecins ou pharmaciens sortis jusqu'à présent de l'Ecole de médecine, et les 125 élèves qui en forment actuellement l'effectif réglementaire, des accusations d'inaptitude élevées contre eux.

Cette justification, nous la donnerons tout simplement, en exposant les résultats des examens généraux de cette année (1843), dans lesquels 48 élèves de 1re classe, que nous avons instruits depuis les éléments des sciences médicales, et qui vont être élevés au grade de sous aides et appliqués aux services des provinces, ont complétement satisfait les examinateurs composant le jury, et ont mérité les annotations consignées dans le tableau que nous tracerons tout à l'heure. Nous y ajouterons, pour plus ample réponse, le résumé général des notes de tous les élèves.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) La *Gazette des Hôpitaux* a été la première à faire connaître en Europe la fondation et les premiers travaux de cette école.

de la défécation depuis le début des accidents, qui duraient déjà depuis quarante-huit heures. Observant sur sa paroi abdominale antérieure des signes de grossesse antécédente, je demandai à la malade si elle avait eu sa hernie à la suite d'une grossesse : elle me répondit que non ; que c'était bien des années après et sans cause connue ; que du reste elle n'avait eu de sa vie qu'un seul enfant. Cependant je crois que l'affection remonte à cette époque : en effet, dans l'état de gestation, les hernies ombilicales ont une grande tendance à se produire, tant à cause du refoulement des viscères que de l'affaiblissement des parois abdominales par la pression de l'utérus, énormément distendu : et si la femme qui fait le sujet de notre observation ne s'est pas aperçue d'abord de la production de sa hernie, c'est que celle-ci était extrêmement petite et qu'elle a fixé l'attention seulement alors que par une cause ou par une autre son volume a augmenté tout à coup. Quoi qu'il en soit, nous avions affaire à une hernie ombilicale étranglée depuis quarante-huit heures ; il fallait donc se hâter d'agir. Je ne crus pas devoir recourir de suite à l'opération ; l'état de mollesse de la partie supérieure, la sensation toute particulière qu'on éprouvait en palpant cet endroit me firent espér la guérison à l'aide des moyens ordinaires. Au reste, je dois dire qu'ici l'opération eût été extrêmement grave à cause du volume de la partie et sans doute on n'eût obtenu la réduction par ce moyen qu'en attirant un danger de mort sur la malade. Je prescrivis un bain prolongé, des lavements purgatifs et narcotiques, des cataplasmes émollients sur la tumeur et une position convenable de telle sorte que les parois abdominales fussent dans le relâchement le plus complet. Une saignée fut aussi pratiquée à l'instant même : la constitution éminemment sanguine de la malade, un état congestionnel de la face qui frappait chez elle au premier abord, étaient des indications assez formelles. Je revins pendant la journée pour m'assurer de l'effet de ces diverses prescriptions : il n'y avait eu qu'un seul vomissement depuis le matin ; le ventre était plus souple, la tumeur plus molle et moins volumineuse, le gargouillement manifeste ; en un mot, le mieux était très sensible. Il fallait donc moins que jamais songer à opérer. L'amélioration obtenue à l'aide des moyens précédents me fit persister dans leur emploi ; un nouveau bain prolongé fut ordonné, une nouvelle saignée pratiquée, etc., et le lendemain matin les accidents avaient complétement cessé : il me suffit de la plus légère tentative pour réduire la hernie.

Quel était l'espèce d'étranglement auquel nous avions affaire ici ? Etait-ce à l'étranglement par inflammation ou à celui par engouement ? Tout se réunit pour nous faire croire à ce dernier. En effet, dans les hernies ombilicales, l'étranglement par engouement est assez facile pour deux raisons : la première, que ces hernies sont ordinairement formées par le gros intestin qui est le lieu de stase des matières fécales ; la seconde, que l'anse intestinale herniée se réfléchissant de haut en bas sur la demi-circonférence inférieure de l'anneau ombilical forme un coude qui contribue singulièrement aussi à arrêter la circulation de ces matières. Eh bien ! ces deux circonstances se présentaient chez notre malade. De plus, la tumeur n'avait point la dureté ni la rénitence des hernies étranglées avec inflammation. Ajouterai-je cette dernière remarque, savoir : que l'engouement est l'étranglement ordinaire des hernies chez les vieillards à cause de la paresse de l'intestin, et que précisément la femme à qui nous avions affaire était âgée de soixante-huit ans ! Voilà, je pense, assez de raisons pour nous faire croire au simple engouement.

Hernie crurale gauche étranglée. Formation d'un anus artificiel.

Indépendamment du cas précédent, il existe au n° 17 de la salle Saint-Paul, une femme sur laquelle nous avons été obligé d'établir un anus artificiel à la suite d'une hernie crurale gauche étranglée. Cette femme est âgée de quarante-deux ans, d'une bonne constitution ; elle a eu huit enfants. Elle ne porte sa hernie que depuis deux ans et demi environ, quelque temps après sa dernière couche. Un bandage fut appliqué : je ne sais si un trop long usage l'a déformé, mais ce bandage est si mauvais qu'il était plus propre à faire naître des accidents qu'à les faire éviter. Vous savez, en effet, qu'un mauvais bandage peut produire l'étranglement et la gangrène.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, qui eut lieu le soir 12 novembre, la hernie était étranglée depuis vingt-quatre heures. Pendant la nuit on fit usage des moyens ordinaires dont je vous ai déjà parlé, pour tâcher d'obtenir la réduction ; mais les accidents n'avaient point interrompu leur marche. Le lendemain matin, quand je vis la malade, je fis aussi inutilement de légères tentatives de taxis. D'autres tentatives faites en ville à diverses reprises, et par plusieurs médecins, pendant la journée de la veille, n'avaient pas été plus heureuses, mais il est probable que toutes n'avaient pas été dirigées bien méthodiquement et dans une mesure convenable. En effet, plusieurs de nos confrères pensent que pour être suivi de succès, le taxis doit être prolongé long-temps ; mais je m'élève de toutes mes forces contre une pareille conduite : c'est une erreur chirurgicale dont le résultat peut être funeste. Si, comme il arrive le plus souvent, on ne parvient pas à réduire l'intestin, on l'irrite, on le contond fortement par ces manœuvres réitérées et on le met dans des conditions bien défavorables pour l'opération. Ce fait avait déjà été signalé par Desault et un grand nombre de chirurgiens après lui.

N'ayant point réussi à faire rentrer la tumeur, je me décidai à l'opération. Sachez qu'en pareil cas on est trop souvent porté à temporiser, et que l'opération a d'autant plus de chances de réussite qu'elle est pratiquée plus tôt. La peau incisée avec le tissu cellulaire et le fascia sous-cutané, j'arrivai dans l'intérieur d'un kyste rempli de matière filante. Il n'est pas rare, dans les hernies, de trouver de ces kystes communiquant ou non avec l'intérieur du sac herniaire : ici il était tout à fait indépendant. Le deuxième temps de l'opération fut consacré à l'ouverture du sac herniaire. Enfin je passai au troisième temps, au débridement. Dans les hernies crurales, on ne peut débrider, ni en bas à cause de la partie osseuse qui ne s'y prêterait guère, ni en haut à cause du cordon testiculaire chez l'homme et du ligament rond chez la femme qu'on serait exposé à léser avec l'artère plus ou moins volumineuse contenue dans chacune de ces parties, ni en dehors à cause de l'artère épigastrique. J'ai vu un chirurgien distingué qui, dans je ne sais quelle préoccupation d'esprit, opéra le débridement en ce dernier sens : une hémorrhagie en fut la conséquence et fit périr le malade. Dupuytren avait donné le conseil de débrider en haut et en dehors ; il serait assez difficile de dire sur quelle base il fondait sa conduite. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'une pareille manière de faire expose aussi à léser l'artère épigastrique. Reste donc le débridement en dedans : c'est le seul vraiment rationnel et celui que je mis en usage. Je fis tendre le sac herniaire par des aides à l'aide de pinces, afin que le manche du bistouri ne fût arrêté par aucune duplicature ; je glissai ensuite l'instrument sur la pulpe du doigt indicateur dont l'ongle était arc-bouté contre le bord interne de l'anneau. Le débridement fait suivant les règles ordinaires, je cherchai à attirer l'intestin au dehors par des tractions légères, pour voir s'il ne présentait pas quelque altération à l'endroit de la constriction. Je vous recommande toujours cette règle de conduite, car elle peut éviter la réduction d'un intestin frappé de gangrène en un point qui serait resté d'abord inaperçu. Dans le premier moment, je n'avais rien trouvé qui pût me faire soupçonner un état aussi grave, et j'allais réduire, quand tout à coup j'aperçus, et bien heureusement pour la malade, un petit point gangréneux et une éraillure légère. Vous devez comprendre combien cette circonstance fut heureuse : un épanchement dans le péritoine et une péritonite extrêmement grave seraient survenus, et la mort ne se serait pas fait attendre plus de cinq à six heures. Il est probable qu'ici, l'altération était la conséquence des manœuvres faites en ville sur la tumeur.

L'intestin fut repoussé presqu'en entier dans l'abdomen, à l'exception du point malade ; la petite ouverture fut légèrement agrandie, et une sonde introduite pour faciliter l'écoulement des matières au dehors.

Depuis l'opération, la malade continue à être dans un état satisfaisant, et les matières fécales coulent librement par la sonde. Je dois dire pourtant qu'au troisième ou quatrième jour, il y a eu de légères coliques, un peu de météorisme du ventre, et que les matières ont paru s'arrêter ; mais ces symptômes ne vous effraieront pas plus qu'ils ne m'ont effrayé moi-même quand vous saurez qu'ils sont le résultat du gonflement inflammatoire de l'ouverture intestinale, gonflement inévitable à cette époque. Bientôt tout est rentré dans l'ordre ; l'ouverture a continué à donner issue aux matières stercorales, et à l'heure où je vous parle, huit jours environ après l'opération, la malade a déjà rendu quelques gaz et une petite quantité de matières par l'anus. En effet, il n'y a eu qu'un petit point de la paroi intestinale détruit, l'éperon est très peu saillant, et il est très probable que la plaie intestinale va se fermer peu à peu, que peu à peu aussi la quantité de matières fécales coulant par la plaie deviendra moins considérable, et qu'enfin la malade sera délivrée de cette infirmité dégoûtante et si pénible pour les malheureuses qui en sont affectées.

Hernie inguinale droite étranglée. Etablissement d'un anus artificiel. Considérations sur l'entérotomie.

Au n° 32 de la salle Saint-Jean, est couché un jeune homme entré dans nos salles pour une hernie inguinale du côté droit. Il portait cette hernie depuis plusieurs années, et ne l'avait jamais contenue par aucun bandage. Elle sortait et rentrait facilement, quand un jour il s'aperçut qu'elle n'était plus réductible et qu'elle occasionnait de la douleur. Bientôt il survint des coliques, des nausées, des vomissements, et tout le cortége de symptômes qui accompagnent l'étranglement des hernies, et quand je vis le malade l'opération était devenue urgente. Elle fut pratiquée de suite : malheureusement l'intestin était gangrené dans une assez grande étendue, et il me fallut créer une ouverture pour introduire une sonde. Immédiatement les matières fécales s'échappèrent, et le malade fut sensiblement mieux. Les jours suivants, pas de nouveaux accidents ; à part l'existence de l'ouverture intestinale, tout était dans l'état le plus satisfaisant possible. Je dirai seulement qu'un peu au-dessus de cette ouverture, il s'en est formé depuis une autre plus petite ; elle résulte certainement d'un petit point gangréneux de la paroi intestinale qui s'est détaché et s'est ouvert une issue à l'extérieur, ce qui prouve combien nous avons eu raison de pratiquer un anus artificiel.

Vous avez dû remarquer combien, depuis l'opération, notre malade est tourmenté par la faim ; il me réclame sans cesse des aliments. Vous avez pu voir aussi qu'il maigrit considérablement. Cette circonstance donne à penser que la hernie était formée par la partie supérieure de l'intestin grêle. Les substances alimentaires ne parcourant qu'une portion très limitée du courant intestinal pour gagner l'ouverture anormale située très haut, sont loin d'être dépouillées complétement des matériaux nutritifs qu'elles contiennent, et les pertes de l'organisme ne peuvent être suffisamment réparées. A cause de cela, j'ai dû hâter une opération que je n'aurais faite qu'un peu plus tard, alors que la rétraction du mésentère aurait fait rentrer en partie dans l'abdomen l'anse intestinale herniée, et rendu l'éperon de beaucoup moins saillant. Je veux parler de l'opération de l'entérotomie. Mais pour vous mettre à même de bien comprendre cette opération, il faut vous dire quelques mots et de l'instrument dont on se sert, et des parties sur lesquelles on agit. Voyons d'abord ce qui a rapport à ce dernier point. Vous savez qu'une anse intestinale herniée est composée de deux moitiés ; elles commencent toutes deux à l'ouverture herniaire, où elles se continuent, l'une avec le bout supérieur, l'autre avec le bout inférieur de l'intestin, tandis qu'elles se terminent vers le sommet de l'anse intestinale, où elles s'abouchent l'une dans l'autre en même temps que leurs parois contiguës forment un angle ouvert en arrière et saillant en avant : c'est cet angle qu'on désigne sous le nom d'éperon ; c'est lui qui empêche les matière fécales de passer du bout supérieur dans le bout inférieur ; c'est lui enfin qu'il fallait détruire chez le sujet soumis à notre observation. Quant à l'instrument usité pour cela, contentez-vous, pour le moment, de savoir qu'il est désigné sous le nom d'entérotome, et qu'il est formé de deux branches articulées entre elles comme les branches d'un forceps, terminées à l'une de leurs extrémités par des plaques armées de dents, qui peuvent s'engrener les unes dans les autres, faciles d'ailleurs à rapprocher, à serrer plus ou moins fortement à l'aide d'une vis de rappel située à l'autre extrémité.

Quelqu'un de vous se demande peut-être à quoi bon un instrument si compliqué, quand on pourrait tout simplement couper l'éperon avec des ciseaux ; mais en agissant ainsi, on aurait à craindre l'épanchement des matières dans la cavité abdominale, puisque les parois de l'éperon sont seulement contiguës. L'usage de la pince entérotome éloigne cet inconvénient. On introduit l'une des branches dans le bout supérieur de l'intestin, l'autre branche dans le bout inférieur, on les serre ensuite au moyen de la vis de rappel dont je vous ai parlé, de manière que les plaques dentelées puissent pincer plus ou moins fortement les parois de l'éperon ; une inflammation plus ou moins vive en est le résultat ; les parties soumises à l'action de l'instrument se gangrènent, et autour de l'eschare se fait un épanchement de matière plastique qui s'organise et établit des adhérences protectrices. Remarquons toutefois qu'on ne doit pas serrer trop fort les branches de l'instrument. A part d'autres inconvénients dont je vais parler dans un instant, l'eschare pourrait être formée et détachée trop rapidement, et avant que les adhérences fussent assez solides pour résister à une distension un peu forte de l'intestin ; alors l'épanchement dans le péritoine aurait lieu facilement.

Vous voyez que l'entérotomie n'est pas sans danger ; l'inflammation, limitée d'abord aux parois de l'anse intestinale herniée, a d'ailleurs de la tendance à envahir tout le péritoine de la cavité abdominale, et le malade est encore en danger de mort. Mais ces accidents arrivent encore bien moins souvent qu'on pourrait le croire. Pour mon compte, j'ai déjà appliqué la pince entérotome chez sept malades, et tous sept ont guéri sans malheur.

Pour en revenir à notre sujet, j'ai donc appliqué la pince entérotome ; aussitôt qu'elle a été serrée, est survenue une douleur très vive s'irradiant dans l'intérieur du ventre. Cela ne doit pas vous étonner, puisqu'en serrant les parois de l'intestin on produit un étranglement qui, sans être comparable en tout point à l'étranglement herniaire, n'est cependant pas sans présenter avec lui une certaine analogie. Dans quelques cas, l'entérotome détermine des nausées, des vomissements violents ; la douleur est intolérable : on doit se hâter alors d'enlever l'instrument. Pour éviter de pareils accidents, j'ai diminué un peu la pression chez notre malade, et la douleur a diminué d'autant. J''ai pensé qu'elle cesserait complétement dans la journée, à mesure que l'intestin s'habituerait à la présence de l'instrument, et j'ai fixé ce dernier de manière à l'empêcher de vaciller. Toutefois, à mon départ, recommandation a été faite de l'enlever si la douleur redevenait plus vive et s'il survenait des vomissements.

Le lendemain, à la visite, l'entérotome fut trouvé en place. Les douleurs avaient complétement disparu, ou à peu près, et les matières fécales étaient sorties en filant sur le côté des branches de l'instrument. La pression fut augmentée, et aussitôt le malade d'accuser une douleur vive ; mais bientôt il a cessé de se plaindre, et il y a tout lieu de croire que désormais l'eschare va se former et les adhérences s'établir tout autour. Quand l'escharre se détachera, nous en serons avertis par cette circonstance, que la pince entrera plus avant dans l'intestin. Nous verrons aussi les matières fécales et des gaz sortir par l'anus.

Aujourd'hui, 20 novembre, trois jours après l'opération, tout va bien ; il n'y a pas de gêne, pas de douleur, pas de tuméfaction, et le malade me tourmente pour avoir des aliments, mais je ne lui accorderai que des bouillons pendant sept ou huit jours encore. Vous pensez bien qu'en lui donnant des aliments solides, les matériaux, résidus de la digestion, viendraient se heurter contre les mors de l'instrument, et détermineraient peut-être une chute *prématurée* de l'eschare. Je vous ai dit plus haut quelles pouvaient être les conséquences de cet accident.

D....F.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. N° 52. (1848.)

Recherches sur la transmission des hydatides par contagion ;
par le professeur KLENCKE, de Braunschweig.

Ce mémoire est extrait de l'*Archif fur die gesammte medicin*. Nous ne donnerons de ce mémoire que la partie véritablement neuve, celle qui a trait aux expériences de l'auteur sur les hydatides, considérées comme principe contagieux animé.

Fausse hydatide. Pour étudier la faculté reproductrice de cette espèce, je fis choix, dit l'auteur, de deux jeunes chiens et de deux jeunes chats, et je leur injectai dans la cavité abdominale, au moyen d'un trocart, de l'eau tiède contenant de ces hydatides, que je venais de recueillir dans le cerveau frais d'un cadavre humain. Après l'injection j'eus soin de fermer avec précaution l'ouverture. Les animaux ne parurent pas souffrir beaucoup de cette opération ; ils furent rendus à leurs mères. Ils se développèrent parfaitement. Au bout de trois mois je trouvai, en examinant l'abdomen, et partant de la plaie de la ponction, 1° une adhérence de la séreuse pariétale avec l'épiploon, au niveau de la plaie ; sur cette adhérence, aussi bien que sur la face in-

terne du péritoine, au voisinage de la cicatrice, existait chez les deux chiens et chez l'un des chats un très grand nombre de fausses hydatides. Chez l'autre chat, chez lequel il n'y avait point d'adhérence, il n'y avait aucune trace de ces productions au voisinage de la cicatrice, tandis que la tunique péritonéale de la vessie on trouve une masse de fausses hydatides faisant saillie dans l'abdomen.

Je pris de très petites cellules hydatiques dans le plexus choroïde d'un homme et les inoculai dans l'orbite d'une vieille poule. Les accidents inflammatoires s'étaient dissipés le huitième jour. Au bout de treize semaines tout le côté externe de l'orbite était tuméfié et l'œil dévié en dedans. A l'autopsie, on trouva l'orbite rempli d'une masse cellulaire contenant un très grand nombre de fausses hydatides.

Toute la couvée de ces hydatides fut injectée dans la veine fémorale d'un jeune chat. Au bout de trois semaines, l'animal devint morose, somnolence habituelle. A l'autopsie on trouva dans le cœur, et notamment dans l'orifice auriculo-ventriculaire droit, un précipité fibrineux et gélatineux contenant une innombrable quantité de fausses hydatides.

Excessivement communes chez l'homme, les fausses hydatides paraissent être plus rares chez les animaux. Les expériences ont appris à l'auteur que la transmission des hydatides s'opère plus facilement quand l'espèce animale inoculée ne s'éloigne pas trop de celle qui a fourni le parasite. Elle réussit difficilement de l'homme aux oiseaux, et jamais de l'homme aux reptiles, tandis qu'elle réussit quelquefois des oiseaux aux reptiles. De sorte que l'on peut les transmettre de l'homme aux reptiles par l'intermédiaire des oiseaux.

Quant à ses expériences sur les acéphalocystes et les échinocoques, un premier fait, qui paraîtra important pour l'explication de bien des phénomènes, c'est qu'il a trouvé des acéphalocystes dans le lait de vache, et à côté d'elle, nageant dans le sérum, il a retrouvé les petits ovules que l'on rencontre dans le corps de ces animaux. D'un autre côté, on trouve journellement dans la chair et le sang des animaux des acéphalocystes et des ecchymocoques, et si la cuisson ne détruisait ces hydatides, on serait continuellement exposé à la contagion. Une autre question, c'est de savoir si les forces digestives ne les détruisent point. Dans le but d'éclairer ce point, il fit l'expérience suivante :

Il plaça des échinocoques adultes dans le suc gastrique d'un chien et dans celui d'un homme. Au bout de trois heures, les parasites paraissaient morts. Après les avoir bien lavées dans l'eau tiède, il les inocula dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un jeune chat. D'un autre côté, il plongea des échinocoques dans du suc gastrique étendu de moitié d'eau ou de lait. Il les inocula à un jeune chien en fendant la paroi abdominale jusqu'au péritoine, sans ouvrir ce dernier. Il plaça sur le péritoine même deux de ces parasites. Au bout de trois semaines, il retrouva les deux échinocoques notablement modifiées. Elles s'étaient transformées en vésicules, recouvertes à leur face extérieure d'une multitude de bourgeons et de cellules isolées, supportées par des pédicules.

De l'ensemble des expériences de l'auteur, il résulte :

1° Que dans toutes les hydatides on observe une reproduction cyssipare et ovipare

2° Qu'il y a de fausses hydatides qui se propagent par blastidie.

3° Que toutes les hydatides se transmettent d'organisme à organisme, et comme on les trouve dans nos aliments fluides et dans les chairs des animaux, elles peuvent être transmises par infection.

4° Que les acéphalocystes ne sont pas distincts des échinocoques, ce ne sont que des œufs de ces derniers avec ou sans coquille mère.

5° Que le torrent de la circulation sert à répandre les hydatides, quelle que soit la voie par laquelle elles ont pénétré dans l'économie.

6° Qu'il existe dans l'organisme des agents et dans la matière médicale des substances qui peuvent détruire les hydatides.

Nous avons reçu et nous publions aujourd'hui une lettre de M. Oulmont, relative aux prix des internes. Avant son insertion, M. Oulmont, par un avis fort sage, a été invité à soumettre la contestation actuelle à des arbitres amiablement nommés, qui auraient eu à apprécier si le feuilleton de ce Journal du 28 décembre dernier avait rapporté inexactement les faits, comme M. Oulmont l'en accuse. M. Oulmont n'a accepté cet arbitrage qu'à la condition de l'insertion préalable de sa lettre. Cette condition équivaut pour nous à un refus, car M. Oulmont devait certainement prévoir, et il en a été du reste très nettement averti, que l'insertion de sa lettre entraînait nécessairement pour nous le droit d'examen et de réponse, s'il y avait lieu ; que dès lors l'arbitrage devenait inutile, puisque les pièces du procès allaient être portées devant le public. M. Oulmont a persisté dans son désir, auquel, dès lors, nous n'avons pas cru devoir refuser satisfaction.

Mais, en même temps, et pour être juste envers tous, et surtout envers l'auteur du feuilleton, qui soutient l'exactitude de ses renseignements ; pour ne pas prolonger une polémique sans résultat possible, nous avons dû demander des explications à M. Richet lui-même, et nous lui avons communiqué la lettre de M. Oulmont, en le priant de nous donner ses explications propres. La lettre de M. Richet suit celle de M. Oulmont, le public a ainsi les deux opinions sous les yeux ; qu'il juge.

Monsieur le Rédacteur,

Le feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux* du 28 décembre contient, à propos du concours pour le prix des internes, quelques assertions qui me touchent de près, et auxquelles je suis obligé de répondre. On vous a dit que M. Richet avait obtenu 36 points, et M. Oulmont 34 1/2. Cela est inexact. Le jury n'a donné des points que pour l'épreuve orale et l'épreuve écrite. Les points à donner pour les mémoires avaient été proposés par les rapporteurs, admis seulement *à titre provisoire* ; mais non discutés, encore moins adoptés par le jury.

On vous a dit que M. Richet, par générosité pure et aussi parce que ses fonctions de prosecteur eussent été incompatibles avec les fonctions d'interne, aurait proposé au jury de partager le prix entre son collègue et lui. Il y a là plusieurs inexactitudes. Les fonctions de prosecteur s'allient parfaitement aux fonctions d'interne. En outre, M. Richet, pour céder la moitié de son prix, eût dû être certain de l'avoir ; et tout le monde sait qu'avant le vote définitif, personne, pas même les membres du jury, n'a de certitude à cet égard.

La vérité est, Monsieur, qu'avant les deux dernières épreuves, il a été question entre M. Richet et moi de demander le partage du prix, si le concours nous plaçait en première ligne ; que plus tard, les chances paraissant très incertaines entre nous deux, nous nous *accordâmes* l'un et l'autre pour ne pas perdre ce que chacun de nous désirait le plus obtenir, lui la médaille d'or, moi les deux années d'internat. Nous allâmes *ensemble* faire près des juges les démarches nécessaires ; et l'*ex æquo* était d'ailleurs si bien dans l'esprit du jury, qu'il lut voté à l'unanimité. Je puis sans doute invoquer ce fait, qui est connu de M. Richet aussi bien que de moi. Peut-être même, Monsieur, si vous vouliez bien vous enquérir des impressions de chacun des juges, trouveriez-vous que la générosité n'a pas été si clairement du côté qu'on vous avait dit. Mais en réalité, il n'y a eu de générosité d'aucun côté, il y a eu pacte accepté de bonne foi, tenu de bonne foi, et je ne saurais penser que M. Richet soit entré pour quelque chose dans les explications inexactes qu'on vous a données.

Je connais assez votre impartialité, Monsieur le rédacteur, pour être certain que vous insérerez ma réclamation dans votre prochain numéro.

Recevez, etc. OULMONT.

Paris, 29 décembre 1843.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez eu la bonté de me communiquer la lettre de M. Oulmont ; voici la réponse que je crois devoir y faire :

1° M. Oulmont dit qu'il est inexact que j'aie obtenu 36 points et lui 34 1/2. Une simple addition suffira, je pense, pour mettre les choses hors de doute. Dans l'épreuve orale, M. Oulmont a obtenu 7 points 3/6, plus 12 pour la question écrite, plus 15 pour le mémoire. Or, 7 3/6 + 12 + 15 = 34 3/6.

Quant à moi, j'ai obtenu 10 points pour l'épreuve orale, 11 pour la question écrite et 15 pour mon mémoire. Or, 10 + 11 + 15 = 36.

Donc votre feuilleton, Monsieur, a eu raison de dire que j'avais été supérieur en points à mon compétiteur, puisque 34 3/6 n'équivalent pas à 36.

Maintenant, M. Oulmont prétend que les points accordés aux mémoires et dont le maximum avait fixé à 15, n'étaient que provisoires. Provisoires, dites-vous ? Ils l'étaient donc pour nous seulement, puisque nos collègues, tant de la première que de la deuxième série, ont été jugés avec ces mêmes points. Et d'ailleurs, j'ai, toutes les épreuves étant terminées, interrogé les juges pour savoir si, après avoir pris une connaissance plus approfondie et définitive de nos deux mémoires, ils nous conservaient le même nombre de points, et quatre d'entre eux (je n'ai point consulté le cinquième) m'ont répondu affirmativement. Je vous adresse, Monsieur, comme preuve de ce que j'avance, la lettre que j'écrivis à trois de ces messieurs avant le scrutin, pour leur expliquer les motifs qui m'empêchaient d'accepter l'épreuve supplémentaire.

Voici cette lettre :

Monsieur,

L'obligeance que vous avez mise à m'écouter lors de la visite que je vous fis il y a quelque temps, m'engage à vous soumettre la résolution que je viens de prendre.

Vous vous rappelez sans doute que ce fut avec le plus grand plaisir que je consentis au partage du premier prix, mais que tout en adhérant à ce parlage, je vous demandai quelles seraient vos intentions dans le cas où le conseil n'accepterait point la proposition qui lui était soumise.

Votre réponse fut qu'étant *numériquement* supérieur, le résultat ne pouvait être douteux pour moi.

Or, le conseil ayant cru ne pouvoir diviser le prix, et nous croyant d'ailleurs *parfaitement ex æquo*, nous appelle à une épreuve supplémentaire.

Cette nouvelle épreuve me semble remettre en question ce que vous-même aviez déjà décidé.

En conséquence, après avoir pris l'avis de personnes dont les conseils sont pour moi des ordres, je ne puis et ne dois l'accepter.

Ce n'est pas sans un vif regret que je me suis déterminé à cette résolution, qui, j'ose l'espérer, ne pourra me nuire dans votre esprit ; je ne fais que consacrer un principe de justice que mieux que moi sans doute, Monsieur, vous saurez apprécier.

Agréez, etc.

Paris, 24 décembre 1843.

Il est facile de voir, d'après cette lettre, que ces messieurs, lors de la visite que je leur fis, avaient jugé définitifs les soi-disant points provisoires, puisque je n'avais été les voir qu'après toutes les épreuves subies.

2° M. Oulmont prétend qu'il n'y a point eu de ma part concession, et partant point de générosité à demander le partage du prix, puisqu'avant le vote définitif, personne, pas même les membres du jury, ne savent ce qui doit advenir.

Si les choses s'étaient passées telles que le dit M. Oulmont, et avec la couleur qu'il leur donne, sans doute il n'y aurait eu que pari accepté de bonne foi et tenu de bonne foi.

Mais pour être tout à fait exact, mon collègue aurait dû dire que tout en convenant, dès le début du concours, de demander le partage du prix, nous avions ajouté : Si toutefois, d'après les épreuves, il y avait égalité.

Or, je le demande au public, juge impartial en pareille matière, y a-t-il eu égalité ? En un mot, 34 3/6 équivalent-ils à 36 ? Non, sans doute. Donc, en demandant le partage du premier prix, auquel j'avais droit par ma supériorité numérique, je faisais une concession. Donc votre feuilleton du 28 décembre a encore eu raison de dire, M. le Rédacteur, que c'était moi qui avais proposé le partage du prix, et que par conséquent j'avais fait une concession. Voilà, Monsieur, quelles sont les objections que j'avais à faire à la lettre que vous a adressée M. Oulmont. J'ajouterai, seulement pour être complétement exact, que les fonctions de prosecteur ne sont point, *par le réglement*, incompatibles avec celles d'interne ; mais qu'il est très pénible, sinon impossible, de remplir exactement l'une et l'autre place, la préparation du cours d'anatomie de la Faculté devant se faire le matin, à la même heure, où se font les services dans les hôpitaux. Je pense donc que par le mot incompatible, votre feuilleton a seulement voulu parler de la difficulté qu'il y avait à faire à la fois un service d'interne et celui de préparateur des cours.

Agréez, etc. RICHET,

Prosecteur à la Faculté de médecine.

La Société royale de médecine de Bordeaux vient de tenir, le 23 décembre 1843, sa séance annuelle et publique. Elle avait posé au concours une question de haute importance et par elle-même et par son actualité : « De l'influence des divers systèmes pénitentiaires, et en particulier de l'isolement sur la santé des prisonniers, considérée tant sous le rapport physique que sous le rapport moral. » Elle a accordé, *ex æquo*, une médaille d'or et le titre de membre correspondant à M. Varrentrapp, médecin en chef de l'hôpital du Saint-Esprit, à Francfort-sur-Mein, et à M. Emile Chaulfard, interne des hôpitaux de Paris. Elle a, en outre, décerné une mention honorable à M. le docteur Gerbaud (de Lyon), et à M. Niboyet, secrétaire-général du bureau de bienfaisance et de la Société de la morale chrétienne.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 9 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 4. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis,
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Leçons sur les maladies non syphilitiques des organes génitaux de la femme.

Les maladies des organes génitaux de la femme sont pour le moins aussi nombreuses, si elles ne le sont pas davantage, que celles des mêmes organes chez l'homme. Tout à la fois, par la conformation et la disposition de ces organes, du domaine de la chirurgie et de celui de la médecine, il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de diviser ces maladies en médicales et chirurgicales; aussi nous garderons-nous bien de chercher à établir une division de ce genre. Nous suivrons plutôt un ordre anatomo et physiologico-pathologique, et nous diviserons les affections des organes qui composent l'appareil génital chez la femme, en trois grandes classes, que nous passerons successivement en revue dans chacune des grandes sections de l'appareil :

I. La vulve et le vagin;
II. L'utérus et ses annexes;
III. Les mamelles.

Ces trois grandes classes comprennent :

1° Les lésions de nutrition primordiale, anomalies ou vices de conformation;
2° Les lésions physiques;
3° Les lésions vitales;
4° Les lésions organiques (cancers, tubercules, etc.).

Vices de conformation.

Il est bien entendu que, dans la description des vices de conformation, nous n'entrerons pas dans les détails nombreux que comportent les traités de pathologie spéciale. Nous nous bornerons à vous signaler les principales espèces qui peuvent se présenter à votre observation, insistant sur ceux dont nous pourrons vous offrir des exemples parmi les malades actuellement dans nos salles.

Les vices de conformation de la vulve et du vagin peuvent être des vices par défaut ou des vices par excès. Ainsi, par exemple, la vulve peut manquer dans une ou dans quelques-unes de ses parties constituantes; tantôt ce sera le clitoris, tantôt les grandes lèvres, tantôt les nymphes. La membrane hymen elle-même pourra manquer complétement. Il faudra, du reste, se garder de confondre ce vice de conformation par absence congéniale de la membrane hymen avec les cas où son absence est le résultat de la masturbation ou d'un accident.

Il est arrivé quelquefois que par occlusion complète, l'urètre, oblitéré, ne présentât pas de méat urinaire. La science présente un certain nombre de faits de cette espèce. On a vu quelquefois alors les enfants nouveau-nés uriner par l'ombilic, mais ces cas sont assez rares. Les cas d'occlusion et d'absence totale de la vulve ne sont pas très fréquents; mais quand ce vice de conformation se présente, un raphé rouge, inégal, remplace la fente vulvaire. On a vu dans certaines circonstances le canal de l'urètre s'ouvrir dans le vagin, et le vagin dans le rectum. C'est alors par l'anus que s'écoulent, avec les matières fécales, et le sang des règles et l'urine, lorsqu'une opération convenable n'a pas remédié à cette infirmité.

Le vagin peut manquer dans sa totalité, c'est-à-dire qu'il peut y avoir absence complète de ce conduit, ou seulement dans son ouverture inférieure. Dans les deux cas, le sang menstruel ne peut s'écouler au dehors, s'accumule dans la cavité utérine, et peut donner lieu à un développement plus ou moins considérable de l'abdomen et à des accidents souvent très graves. Lorsque le vagin est seulement oblitéré à son extrémité inférieure, un simple coup de bistouri suffit pour rétablir l'ouverture. Mais quand il manque en totalité, il est plus difficile de remédier à ce vice de conformation. Cependant, on a vu pratiquer avec succès un vagin artificiel chez de jeunes filles chez lesquelles il manquait. Enfin, dans des cas où le vagin n'était qu'oblitéré inférieurement, on a vu ce canal s'ouvrir dans la vessie.

Au lieu de présenter l'atrophie que l'on remarque dans les vices de conformation par défaut, et dans la plupart des occlusions dont nous venons de parler, les organes génitaux peuvent présenter un défaut contraire et pécher par excès. Ces altérations peuvent porter sur l'une des parties de la vulve seulement. Un développement excessif des grandes lèvres, par exemple, qui sont anormalement allongées par en bas, vice de conformation dont nous avons maintenant un exemple dans nos salles. Cet excès de développement des grandes lèvres peut donner lieu à des pityriasis, à des eczéma, à des irritations déterminées par le frottement de ces organes pendant la marche.

Le clitoris et les nymphes sont dans le même cas, et susceptibles d'un très grand développement. Pour le clitoris, il peut acquérir de telles dimentions que l'on a parlé de clitoris de 30 cent. de longueur. Les petites lèvres sont souvent d'une longueur anormale, principalement chez les femmes lymphatiques ou scrofuleuses. Dans des cas de ce genre les nymphes pendent entre les grandes lèvres; le frottement produit par la marche irrite et hypertrophie les follicules qu'elles présentent et en changent l'aspect. L'excès de développement du clitoris porte les femmes à l'abus du coït, de la masturbation; on possède des exemples de ce genre, et des cas de guérison obtenus par l'amputation de l'organe hyperthrophié. Quelquefois, chez les enfants, le développement du clitoris a pu faire croire à l'existence du sexe opposé.

Le développement excessif et anormal des nymphes expose la femme, non-seulement à des excoriations déterminées par le frottement, mais encore à une plus grande prédisposition à la contagion syphilitique.

Les caroncules qui existent à l'entrée du vagin peuvent, comme les autres parties des organes génitaux, prendre un accroissement extraordinaire, à tel point qu'il est arrivé qu'on ait pu les prendre pour des excroissances polypiformes. Ces excroissances déforment les organes, gênent le coït et l'émission de l'urine. Dugès et madame Boivin rapportent un fait dans lequel une caroncule atteignit le volume d'une petite poire de 5 centim. environ de longueur, et de 2 centim. de diamètre. M. Moreau en a également observé une de 6 cent. de longueur, mais du volume seulement du tuyau d'une plume d'oie.

Si, abandonnant les parties externes de la génération, nous passons à l'examen des organes intérieurs, nous trouvons que le vagin n'est pas exposé à des vices de conformation moins fréquents. Comme ceux des organes précédents, nous les rangeons en deux classes; l'une comprenant les vices de conformation par excès, l'autre les vices de conformation par défaut. Enfin, une troisième section pourrait comprendre les anomalies du vagin, telles que la disposition bifide, sur laquelle nous reviendrons plus au long.

Le vagin peut présenter une longueur anormale, ce que l'on a quelquefois trouvé provenir d'une adhérence de l'utérus avec quelques-uns des organes contenus dans la cavité abdominale, et même avec les parois de cette cavité pendant une grande dilatation de cet organe. Le vagin peut être double; une cloison verticale peut le partager dans toute sa longueur, et chacun de ces deux conduits peut se rendre, comme on l'a vu quelquefois, à un utérus bien distinct de l'autre; il existe alors deux orifices utérins, disposition de laquelle peuvent résulter deux fécondations, deux grossesses. Ces cas, nous devons le dire, sont excessivement rares.

Il arrive assez fréquemment que des adhérences des grandes lèvres ont lieu, qui sont dues à un trop grand développement de ces organes; mais cette disposition rentrant plutôt dans les vices de conformation des grandes lèvres, nous n'y reviendrons point. Il en est de même des nymphes, qui, par leur adhérence, peuvent oblitérer la vulve. Quelquefois une cloison verticale, une sorte de diaphragme, sépare en deux portions la vessie, perpendiculairement à son grand axe. Une opération chirurgicale a pu remédier à cette conformation vicieuse.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les infortunes de M. Gannal. — Les tribulations d'un bossu. — L'Académie de médecine belge. — Désespoir d'un journaliste. — Guerre intestine à Charenton. — Les entrepreneurs de biographies.

M. Gannal a mal commencé l'année. Le voilà condamné à payer les frais d'un procès qu'il n'aurait pas engagé non plus, s'il avait écouté certains avis fort sages. Mon Dieu, que les hommes sont bien toujours les artisans de leurs propres douleurs! Rien n'est assurément plus éloigné de mon tempérament que d'aggaver la position d'un homme vaincu; mais peut-on s'empêcher de reconnaître et de dire que M. Gannal a cherché ce qui lui arrive? Pourquoi tout ce bruit, cette publicité effrénée, ces récriminations blessantes contre d'honorables confrères qui, obéissant à leur conscience ou à l'ordre des familles, procédaient à l'embaumement par une autre méthode que celle qu'il disait sienne? Ne pouvait-il pas prévoir qu'il amassait sur sa tête un orage qui tôt ou tard devait crever? Et cependant, croyez-le, M. Gannal est loin d'être un méchant homme; si je ne voyais dans cette affaire la consécration judiciaire d'un principe favorable à la dignité du corps médical, je ne me réjouirais pas du resultat. Pourquoi? parce qu'au demeurant M. Gannal est un homme bon, obligeant, serviable et que je connais de lui des faits fort honorables qui me font regretter sa mésaventure. Du reste, et c'est ce qui me console un peu pour lui, pour les esprits ainsi faits une vive commotion morale n'entraîne pas de nécessité la paralysie; battus sur un point, ils se relèvent sur un autre, et si M. Gannal perd le monopole de l'embaumement, soyez sûr que vous entendrez bientôt parler d'un autre. En cas de succès, que je lui souhaite, je lui recommande prudence et modération. Il n'y a pas en ce monde de succès plus solide, plus durable et plus réel que le succès ignoré. Qui trop haut fait claquer son fouet, ameute les passants et réveille l'envie. Le grand art dans la vie, c'est de savoir être heureux incognito.

— On a beaucoup ri dans quelques salons médicaux des tribulations d'un pauvre bossu qui, arrivé à Paris du fond de la Guienne, tombe dans la capitale au beau milieu des circonstances que vous savez, circonstances fort désobligeantes pour l'orthopédie en général et pour une, entre autres, en particulier. Ce jeune homme avait été adressé à un de nos confrères en très grand renom, qui devait le diriger dans le choix des hommes et des moyens à employer. Porteur d'une lettre de son médecin, qui, ignorant les querelles parisiennes, recommandait chaudement un certain établissement, notre bossu mettait le confrère dans un grand embarras, car il ne voulait pas, d'un côté, lui communiquer les doutes qui assiégeaient sa conscience, et sa conscience lui défendant, de l'autre, de conseiller un moyen dont il n'était pas sûr; il s'en tira par l'échappatoire obligée de tous les hommes timorés, en envoyant le bossu demander conseil auprès d'un autre confrère. Celui-ci, homme d'esprit, aperçut vite le danger de la situation, et s'en tira avec adresse et même avec originalité. Mon ami, lui dit-il, allez demain au Palais-de-Justice, tâchez d'entrer à la 6e Chambre, et venez me voir après. Le bossu, fort étonné que pour une affaire de médecine on l'envoyât au palais, revint chez le premier confrère lui rapporter l'avis qu'il venait de recevoir. On vous a donné un bon conseil, lui dit le confrère, et il faut le suivre. Le lendemain, le bossu se rend en effet à l'audience; mais la salle était comble, et il était bien difficile de pénétrer. Il s'informa de la cause qui attirait un public aussi nombreux, et en apprenant qu'il s'agit d'orthopédie, il s'écrie : C'est mon affaire! Le municipal se méprenant sur le sens de l'exclamation, et croyant qu'un bossu pouvait bien être en effet partie intéressée dans une affaire d'orthopédie, lui ouvre la porte en disant à l'audiencier : c'est sans doute un témoin. L'audiencier n'en demande pas plus long, et, sans s'informer davantage, conduit notre pauvre bossu, non pas à l'audience, mais dans la petite salle adjacente destinée aux témoins, en lui disant : Restez là jusqu'à ce qu'on vous appelle. Le malheureux y resta, en effet, depuis dix heures du matin jusqu'à six heures du soir, son tour ne vint jamais. A la fin il s'impatiente, il crie, il frappe à la porte, et ce ne fut qu'après explications qu'il parvint à apprendre le quiproquo de l'huissier et à recouvrer sa liberté. Furieux, il voulait porter plainte en détention arbitraire. Mieux conseillé, il s'apaisa et s'enfuit au plus vite de cette cité inhospitalière où il ne pouvait trouver le redressement à ses torts, et où il fut victime de toutes sortes de mystifications.

La Belgique, nous le savons tous, et messieurs les libraires le savent encore mieux que nous, a une tendance irrésistible à *imiter*, — le mot est parlementaire, — tout ce que fait sa chère sœur la France. Or, la France avait l'inestimable bonheur de posséder une académie de médecine, et nos bons voisins les Belges en étaient absolument privés. Je ne vous dirai pas tout ce que cette privation occasionnait de malheurs à ce bon peuple. Tant y a que des voix éplorées parvinrent jusqu'au trône, et que depuis bientôt deux ans la Belgique n'a plus rien à envier à la France à l'endroit de l'Académie de médecine. Le roi Léopold lui en a donné une bien et dûment conditionnée, qui fonctionne ni plus ni moins que sa consœur française. Il paraît même que de temps à autre les membres de cette docte assemblée, qui ont leur noviciat à faire en discussions scientifiques, poussent l'argumentation jusqu'aux limites voisines du grotesque; ce que la presse reproductrice fidèle des séances académiques, a eu la maladresse de faire connaître dans les comptes-rendus. *Inde iræ.* La docte compagnie s'est fâchée tout rouge, et comme rien n'est aussi vaniteux qu'un parvenu, elle a pris une mesure féroce envers les journalistes, en les expulsant de la salle des séances. Vous concevez tout ce que ce coup d'état académique a pu susciter de récriminations dans la presse et dans le public médical. En France, une mesure semblable perdrait inévitablement l'Académie; mais en France l'Académie a du bon sens, et tandis qu'en Belgique on expulse les journalistes des séances, à Paris on leur prépare une tribune commode, et il est fortement question de leur rendre la libre communication de la correspondance, et de favoriser de la manière la plus large la publicité, devenue aujourd'hui le besoin le plus irrésistible de toute institution. Au lieu d'imiter ce libéral exemple, les académiciens belges ferment leurs portes aux journalistes, ils prennent une mesure rétrograde et absurde! Que les journalistes les laissent faire, tel est mon avis; qu'ils organisent une petite conspiration du silence, et ils verront bientôt tous ces amours propres, toutes ces vanités, toutes ces misères académiques venir tirer leurs sonnettes et leur demander en suppliant, ce qu'orgueilleusement et follement ils refusent aujourd'hui. La presse n'a plus aujourd'hui de concessions à demander, elle n'a que des droits à faire prévaloir ou à défendre. Que nos confrères belges se placent hardiment sur ce terrain du droit, qu'au lieu de transiger avec cette intolérable prétention, ils ne disent rien, absolument rien de leur académie, ils la verront bientôt maudire leur silence et en demander la cessation.

— Puisqu'il s'agit de journalistes belges, il faut que je vous fasse connaître à quelle dure extrémité en a été réduit l'un d'eux pour parvenir à se faire payer le prix de souscription par quelques-uns de ses abonnés. En tête du dernier numéro de l'année dernière, ont lit l'avis suivant, pour lequel tout commentaire serait inutile :

« Nous avons l'honneur de prévenir MM. les docteurs *De C.....*, de *Mald.....* (Flandre-Orientale), Le....., pharmacien à Qu..... (Hainaut) et *F.....*, d'Akk.....-le-Gand, que nous sommes décidés à avoir recours à M. le juge-de-paix de leur canton, si, d'ici à trois jours, ils ne nous ont fait parvenir *franco* le montant de leur abonnement, dont la quittance leur a été vainement présentée.

» *N. B.* Afin que nos lecteurs sachent que nous n'avons pas de sitôt perdu patience, nous leur dirons et leur montrerons au besoin, que, depuis la création de nos Annales, il nous est retourné environ *cent cinquante* quittances de la part de médecins qui nous avaient donné toute espèce de raisons pour les considérer comme abonnés (ainsi que les trois médecins ci-dessus qui ont signé sur le registre d'abonnement, accepté, comme prime, un exemplaire de notre Rapport, et

La nature essentiellement pratique de ces leçons, nous engage à publier en détail l'observation suivante, recueillie à l'hôpital de Lourcine, dans un cas de conformation vicieuse du vagin. L'opération qui fut pratiquée pour y remédier fut suivie du plus heureux résultat.

Le 7 mars, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 18, la nommée Julie R..., âgée de seize ans, domestique, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle. Il y a onze ans, elle eut une variole légère, bien qu'elle eût été vaccinée. Elle n'a jamais été réglée ; mais depuis l'âge de onze à douze ans elle rend à peu près tous les mois une quantité plus ou moins considérable de sang par l'anus en allant à la selle. Cette évacuation dure pendant deux ou trois jours.

Au mois de décembre dernier, après avoir eu successivement avec sept individus des rapports sexuels dans lesquels l'acte de la copulation ne put être entièrement consommé, elle s'aperçut qu'elle était atteinte d'un écoulement abondant, épais, qui tachait son linge en jaune et causait des cuissons à la vulve. La marche était un peu douloureuse. Elle donna une blennorrhagie à l'une des personnes qui la connurent. Cette dernière circonstance, et l'extension de l'inflammation du vagin à la vulve, la déterminèrent à venir à Paris pour se faire traiter.

Le 8 mars, à notre visite du matin, nous constatons l'état suivant : état inflammatoire de toute la vulve, et en particulier des grandes lèvres ; les plis génito-cruraux sont le siége d'une douleur érythémateuse. Un écoulement épais, blanc crémeux, s'écoule du vagin et baigne, non-seulement la face interne des lèvres, mais encore le périnée et ses environs. Aucune sensibilité anormale du vagin. A 9 ou 10 centim. environ de son ouverture, on aperçoit, à l'aide du spéculum, que l'on ne peut introduire plus loin, une membrane qui offre deux ouvertures, l'une près de la paroi inférieure du vagin, capable de recevoir l'extrémité d'une grosse plume, de forme irrégulièrement ovalaire. Son grand diamètre, dirigé transversalement, a environ 7 millim. d'étendue.

En élevant le spéculum, on aperçoit encore une autre ouverture de 1 centim. de diamètre environ, et dont les bords, en avant, se rapprochent de la paroi supérieure du vagin. En arrière, ils sont séparés par la largeur de la membrane elle-même. Celle-ci, du reste, présente le même aspect que les parois du vagin. L'ouverture supérieure a son grand diamètre dirigé d'avant en arrière, en sens inverse du précédent. Par l'ouverture inférieure, sort un liquide jaunâtre absolument semblable à celui de l'écoulement vaginal. En introduisant l'extrémité du doigt indicateur par l'ouverture supérieure, qui se laisse difficilement distendre, on arrive dans une arrière-cavité dans laquelle on sent le col de l'utérus ; mais il est impossible d'arriver jusqu'à son ouverture. Il semble qu'une membrane très mince le recouvre. Lorsque l'on introduit le doigt par l'ouverture supérieure, et une sonde par l'inférieure, on ne peut sentir le contact de la sonde immédiatement. Le doigt en est séparé par une membrane. Au-dessous et en arrière de cette ouverture inférieure, le vagin présente une dépression, ou cul-de-sac, formée aux dépens de sa paroi postérieure. Le doigt, introduit dans le cul-de-sac, qui a environ un pouce d'étendue, remonte au-dessus de la cloison diaphragmatique. Cette dépression du col de la paroi postérieure du vagin nous paraît être le résultat des nombreux efforts qui ont été tentés pour consommer l'acte de la copulation.

Le 14 mars, on agrandit l'ouverture supérieure de la cloison anormale par trois incisions. Le doigt, introduit ensuite, atteint très facilement au col ; mais il semble à quelques personnes présentes à l'opération, que ce col soit enveloppé d'une petite membrane qui empêche d'en sentir l'ouverture. Cependant M. Huguier pense avoir senti parfaitement le col à nu. Le pansement consiste dans l'introduction d'une grosse mèche de charpie dans l'ouverture agrandie.

Le 16, on introduit le spéculum, et l'on aperçoit le col, qui est immédiatement à découvert. On voit aussi son orifice, qui est très petit. Un écoulement blanchâtre crémeux recouvre le col. Les bords de la membrane incisée se durcissent et s'épaississent tout à la fois. Pansement avec une mèche de charpie enduite de cérat, d'un pouce environ de diamètre.

Le 24, depuis hier la malade souffre de l'anus. Quelques-uns des plis de l'anus sont excoriés ; il y a déjà quelques rhagades.

Le 27, on introduit une sonde cannelée dans l'ouverture inférieure, qui siége entre la paroi postérieure du vagin. Le doigt indicateur de la main gauche, porté dans le conduit, reconnaît que l'extrémité de la sonde pénètre jusqu'à la lèvre postérieure du col, en cheminant dans un conduit pratiqué dans l'épaisseur même de la paroi postérieure du vagin. Ce conduit, terminé en cul-de-sac, est de suite incisé à l'aide d'un bistouri long et étroit, conduit le long de la cannelure de la sonde. Même pansement.

Le 2 avril, la malade se plaint d'un écoulement très abondant, tachant le linge en jaune. (Injections alumineuses.) Le pityriasis versicolore que la malade portait, à son entrée, sur le cou et la poitrine, a disparu sous l'influence de la pommade au calomel. Depuis la première opération jusqu'à sa sortie, la malade s'est plaint souvent de douleurs de ventre. Pensant que c'était peut-être l'évacuation menstruelle qui voulait s'établir, on lui a mis des sangsues aux grandes lèvres, et on lui a administré des emménagogues ; mais malgré cette médication les règles n'ont pas paru.

Le 8 mai, les restes de la cloison transversale du vagin forment dans ce conduit des angles ou des promontoires très prononcés, qui gênent encore la libre introduction des corps étrangers. Les restes de la cloison forment, en arrière surtout, une sorte de bride transversale qui a environ un centimètre et demi de profondeur. Le doigt, ou l'extrémité du spéculum, introduit directement dans le vagin, vient heurter contre cette bride ou s'arrêter au-dessous d'elle dans le cul-de-sac. M. Huguier saisit l'une après l'autre toutes ces inégalités, et les enlève avec des ciseaux courbes sur le plat. Il ne survient ni hémorrhagie, ni aucun accident.

Le 24 juillet, la malade sort parfaitement guérie.

Recherches pratiques sur les ulcérations du col de la matrice ; par M. TANCHOU.

> Ad hæc vero ut perfectior institutatur curandi ratio, causam quoque ulceris antecedentem, et quitquid in illius ambitu concedit, etiam atque etiam circonspicere oportet et accuratius explorare.
>
> (Joann. Fernelii, De Extern. corp. affect., libr. VII, p. 347.)

A force de s'occuper des affections de l'utérus, on a fini par les comprendre ; et les trop célèbres opérations que l'on pratiquait sur cet organe, deviennent plus rares. Nous espérons qu'il en sera ainsi pour les maladies du sein, qui ont avec celles-ci plus d'une analogie de cause et de formation, et que les amputations du sein pour de prétendues maladies incurables deviendront aussi rares et aussi raisonnées qu'elles sont fréquentes et irréfléchies aujourd'hui ; nous prétendons prouver par des observations, dans un travail que nous publierons bientôt, que les tumeurs et les engorgements que l'on qualifie de nos jours de cancers, à tort ou à raison, sont susceptibles de résolution plus ou moins complète, et les ulcères qui en sont la suite susceptibles de curation ; en un mot, que les secondes maladies, comme les premières, réclament une révision qui tournera, nous pouvons l'assurer d'avance, au bénéfice de la science et de l'humanité, que l'on sacrifie depuis des siècles, et de nos jours plus que jamais, sans qu'on fasse le moindre effort pour les éviter ni pour les prévenir, les rendre plus rares, et en faire une exception et non pas une règle.

Quoi qu'il en soit, dans ce qui va suivre, nous allons nous occuper des ulcérations du col de l'utérus.

De toutes les maladies qui attaquent l'appareil génital interne de la femme, les ulcérations du col sont assurément les plus fréquentes ; j'ajoute qu'elles sont les moins graves : c'est si vrai, que la plupart des femmes qui ont des pertes blanches en sont affectées sans que leur santé en soit autrement dérangée.

Depuis quelques années il m'a passé sous les yeux plusieurs centaines de ces maladies, et je puis affirmer, écartant du débat les ulcérations de nature cancéreuse, que non-seulement je n'en ai pas vu une seule qui ait amené la perte de la malade, mais que je n'ai jamais eu besoin, pour les guérir, de recourir aux moyens formidables qu'on a préconisés contre elles. J'ai hâte d'ajouter que je ne les regarde pas cependant comme absolument innocentes ; je suis persuadé même que dans beaucoup de cas abandonnées à elle-même, la plupart finiraient par produire des transformations dangereuses, et de même que les maladies de mamelles dont nous venons de parler tout à l'heure on doit les examiner avec attention pour juger des moyens thérapeutiques qu'il convient d'employer contre elles. Cette réserve était nécessaire pour prévenir les reproches que je ne manquerais de m'attirer, car c'est une chose peu compréhensible que la divergence des opinions sur un sujet qui offre tous les éléments du diagnostic le plus précis. Des hommes qu'on a lieu de croire expérimentés émettent tous les jours à ce sujet les plus frappantes hérésies ; les uns préconisent les procédés les plus hardis de la chirurgie, là où les autres veulent qu'on ne fasse rien.

Je n'ai pas l'intention de combattre de semblables opinions ; il en est telle, que celle de l'amputation (dont je n'ai pas encore, soit dit en passant, trouvé une seule fois l'indication sérieuse), sur lesquelles tout lecteur est assez édifié. Je voudrais seulement prouver que la vérité est le juste milieu de ces extrêmes ; que si l'indication de couper l'organe ou de le rôtir sur place se rencontre rarement, on ne saurait non plus, sans danger, abandonner le mal à sa destinée.

Cependant, il serait temps de considérer ces maladies sous leur véritable face et de les ramener aux lois d'une saine thérapeutique ; il semble naturel de penser que le spéculum ait, en quelque sorte, servi de flambeau à leur étude, et qu'il reste peu de chose à faire pour leur traitement. J'avoue que jamais on n'avait mieux jugé de leur couleur, de leur forme, de leur dimension. Mais je ne puis m'empêcher de reconnaître que l'attention concentrée sur les phénomènes matériels, s'est détournée des phénomènes vitaux : le diagnostic uniquement basé sur les caractères physiques, a confondu sous la même dénomination des maladies essentiellement différentes et engendré une thérapeutique bornée ; dans quelle exagération n'est-on pas tombé au sujet de leur gravité ! et quels moyens nouveaux a-t-on découverts pour les guérir ? On n'a pas même tenu compte de la pratique des anciens, qui, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, en savaient plus que nous. Il semble que les plus grandes innovations, en ce dernier point, aient consisté à varier la nature des caustiques et des procédés opératoires. Notre époque, si prétentieuse, refuse en quelque sorte de croire qu'on a fait quelque chose de bien avant elle. Se figurer, par exemple, que l'idée de la cautérisation dans ces maladies nous appartienne, ce serait une erreur grossière. Les accides n'étaient-ils pas employés anciennement dans ce but ? Et Celse lui-même, ne recommande-t-il pas le fer rouge dans les ulcérations fongueuses du col ? D'autres bons moyens dont la thérapeutique s'est enrichie dans ces derniers temps, les pansements dans le vagin, l'insufflation des poudres et les pessaires médicamenteux dont peut-être le premier j'ai renouvelé l'usage, étaient également connus des anciens.

Mais il importe de bien déterminer le sens qu'il faut attacher au mot ulcération, si on veut que la science retire quelque bénéfice des faits que la presse enregistre journellement. Sans doute le nitrate de mercure, celui d'argent, le fer rouge peuvent produire des guérisons ; mais dans quels cas ? C'est là ce qu'il faut spécifier. S'il s'agit d'*ulcération simple*, la chose ne mérite pas d'être prouvée. « Cette espèce d'ulcère n'est » nullement douloureux, et a rarement besoin des secours de » l'art pour sa guérison. » (Hévin, Traité de pathologie et de thérapeutique chirurgicales). S'il s'agit, au contraire, d'*ulcération carcinomateuse*, c'est une autre affaire ; on ne saurait trop le faire connaître et avec détails, afin que le lecteur, possédant tous les éléments d'un jugement impartial, ne rejette pas l'observation dans ce chaos de faits perdus qui augmente tous les jours.

Pour ma part, si je publie des faits, ce n'est pas pour frapper l'attention par des guérisons singulières ou jugées telles, ni pour préconiser des moyens nouveaux ; c'est uniquement dans le but de dépouiller les ulcérations du masque de gravité qui en a fait jusqu'à ce jour un épouvantail aux yeux des médecins peu habitués à l'examen de l'utérus, de démontrer qu'elles ne diffèrent pas de celles qu'on observe sur d'autres parties du corps, et qu'elles guérissent par des moyens analogues.

Les anciens réservaient le nom d'ulcérations du col aux solutions de continuité d'une nature simple, occasionnées le plus souvent par des causes locales. « Ulcera in utero fiunt post » alios morbos, vel post inflammationem, vel abcessum, vel

---

successivement reçu et accepté cinquante-un numéros du journal). Nos frais de publication sont immenses, il faudrait être privé de la moindre dose de bon sens pour ne pas s'en apercevoir, et d'honneur, nous sommes par moments forcé de croire qu'il est une foule de médecins en Belgique qui s'imaginent que c'est l'imprimeur lui-même qui nous paye pour avoir la faveur de publier nos Annales ! — Nous ne l'imposons à personne ; nous ne le délivrons que contre signature ou au moins que contre demande verbale expresse, il est donc juste que l'on nous rembourse les frais qui nous ont incombé par suite de l'envoi du journal à ceux qui nous l'ont demandé, ou n'en ont pas contremandé l'envoi en temps voulu. »

Je reconnais qu'ici l'invention est originale et que ce procédé pour arriver à payement n'est nullement imité de ce qui se pratique en France. Chez nous, d'ailleurs, rien de semblable ne pourrait arriver, tous nos abonnés payent avec la plus scrupuleuse exactitude et nous ne connaissons ni retard ni refus.

— La guerre règne à Charenton, c'est-à-dire dans la maison consacrée au traitement des aliénés. L'histoire du monde est remplie de batailles et de carnage pour la possession des vivants, ici les hostilités n'ont pour but que la possession des morts. La médecine et la chirurgie se disputent le privilége des autopsies, auquel l'une et l'autre croient avoir des droits exclusifs. Je me trompe, la chirurgie ne réclame, à proprement parler, que ses morts à elle, tandis que la médecine revendique avec les siens ceux de la chirurgie. La chirurgie s'obstine et ne veut rien rendre. Bref, le Conseil des hôpitaux est saisi de l'affaire, qui a suscité déjà de part et d'autre un grand nombre de consultations et de mémoires, de protestations et d'adhésions. On craint de la part du Conseil, fort embarrassé en pareille circonstance, un nouveau jugement de Salomon. — Il dira à la médecine : Prenez la tête, pour l'aliénation mentale cela doit vous suffire ; et à la chirurgie : gardez le reste. Je préviens le Conseil que ce jugement ne satisfaisait personne et que la médecine et la chirurgie ne sont pas assez mauvaises mères pour accepter un tel partage.

La question, il faut le reconnaître, est d'ailleurs insidieuse, difficile et délicate. Elle peut se représenter souvent, et à ce titre elle mériterait d'être sérieusement envisagée, je la recommande au rédacteur des colonnes supérieures. Après tout cette querelle est honorable et témoigne une fois de plus du zèle et de l'ardeur de nos confrères en faveur du progrès scientifique. Battez-vous souvent pour de pareils motifs, messieurs, et le monde médical n'y perdra rien en dignité et en considération.

Il existe à Paris, m'a-t-on dit, une, deux et peut-être trois compagnies en commandite et par actions, qui exploitent en grand la biographie contemporaine. Je dis exploiter, et vous verrez tout à l'heure si le mot est impropre. L'idée n'est pas mauvaise assurément, industriellement partant. Il y a deux choses sur lesquelles la spéculation est à peu près certaine de jouer à coup sûr, ce sont la vanité et la gourmandise. Le commerce le plus florissant à Paris est le commerce du luxe, et parmi ses innombrables branches, le commerce des rubans et des comestibles. C'est incroyable ce qui se consomme à Paris de ruban rouge et de friandises. Saint-Mandé, Belleville, Bagnolet et lieux circonvoisins ne sont habités que par des pâtissiers retirés. En dix ans une *brioche* bien faite ou un *baba* moelleux procurent, à Paris, quinze mille livres de rente. En voilà neuf que j'exerce, et *bone Deus*..... ! Mais revenons à nos industriels. Voici comment ils procèdent pour en arriver à leur fin. — Vous êtes médecin en renom, je suppose, et cette supposition est douce, n'est-ce pas ? Un beau jour vous recevez la visite d'un monsieur, très bien couvert, s'exprimant avec grâce et facilité. — Je suis l'éditeur, vous dit-il, de la grande biographie des *célébrités*, des *sommités*, ou des *illustrations* contemporaines. Votre nom ne peut qu'ajouter à la gloire de notre recueil ; mais pour être bien assuré de l'exactitude de nos renseignements, je viens vous prier de me les donner vous-même. Et aussitôt, pour ne pas blesser votre modestie, il s'empresse d'ajouter : — De simples notes, les faits seulement ; nous mettrons la bordure à ce trait esquissé. Vous vous trouverez en bonne compagnie, monsieur ; dans la même livraison, nous donnons Thiers, Lamartine, Berryer, Arago — et puis insidieusement et comme péroraison brûlante, l'adroit éditeur vous citera le nom d'un confrère rival. Que voulez-vous, c'est l'histoire éternellement jeune, toujours vraie, constamment applicable du corbeau et du renard. Tâchez seulement que le fromage ne coûte pas trop cher.

Bref, vous vous laissez aller à ces séduisantes paroles, vous donnez quelques notes, peut-être même lâchez vous le portrait ; qu'arrive-t-il alors ? C'est que quelques jours après vous recevez, proprement enveloppés, cent exemplaires de votre biographie dont d'abord tout vous plait, le papier, le caractère, l'impression. Mais au fond du paquet, vous trouvez aussi une petite lettre et puis une facture de huit cents francs, c'est au plus juste, pour frais de tout genre, et pour l'honneur aussi de figurer à côté de M. Thiers.

Vous croyez peut-être que c'est là une histoire inventée à plaisir ? Non pas certes, et je connais deux professeurs de notre Faculté, à qui, pour leurs étrennes, pareille chose est arrivée. L'un d'eux, inoffensif, peut-être un peu timide, a transigé pour trois cents francs ; l'autre, qui n'entend pas raillerie sur des affaires d'argent, a parlé de quelque chose comme d'un procureur du roi, ce qui a mis en fuite les biographes, mais non la biographie qui, celle-là, ne sera *chère* qu'à l'éditeur infortuné.

Jean RAIMOND.

» post fludus muliebres acres, etc. » (Ronde, cetü method. curandor. omn. morbos, etc., p. 103). Ils décrivaient sous d'autres dénominations les maladies dans lesquelles l'ulcération n'est qu'un épiphénomène secondaire (cancer, squirrhe, chancre, etc.). Dépouillant les ulcérations du col de l'utérus de leur caractère fallacieux d'anatomie pathologique, je les diviserai comme les anciens en deux classes :

La première comprendra des solutions de continuité ayant leur siége à la surface de la membrane muqueuse; ce sont les *ulcérations* du col proprement dites (simples, idiopathiques, bénignes, etc.).

Dans la seconde, je placerai les ulcérations qui attaquent le tissu utérin dans sa profondeur (le squirrhe, le cancer, le tubercule ulcéré, le chancre, etc.).

Dans la première classe, la maladie consiste simplement en une ulcération superficielle. Guérissez-la, et il n'y a plus de maladie. Le mot ulcération est donc employé comme substantif; c'est un terme générique.

Dans la seconde, au contraire, l'ulcération n'est pas la maladie, elle est le résultat et rarement le point de départ; la véritable maladie, c'est le cancer, c'est le squirrhe, c'est le tubercule, etc.

Le mot ulcération ne saurait donc être employé ici dans le langage logique et sévère de la science que comme terme secondaire, comme adjectif; il faut dire squirrhe ulcéré, cancer ulcéré, et non pas ulcération squirrheuse, ulcération cancéreuse.

J'insiste sur ces dénominations, car elles exercent une importance considérable sur le progrès de la science. Je n'en veux pour preuve que la confusion qui a régné dans l'étude des ulcérations du col depuis qu'on a négligé la distinction établie plus haut, et qu'on a confondu sous ce titre d'*ulcérations* des maladies si essentiellement différentes.

Il reste donc bien établi que le cancer et le squirrhe ulcérés ne sont pas pour moi des ulcérations du col, ce sont des maladies d'une nature spéciale, dont l'ulcération ne constitue que le degré plus ou moins avancé; qu'ont-elles de commun, si ce n'est la solution de continuité?

La science ne possède peut-être pas un seul fait bien constaté des premières, tandis que les secondes cèdent avec facilité à l'emploi d'une thérapeutique rationnelle. Ces merveilleux faits de guérison que la presse enregistre chaque jour, ne sont autre chose que des ulcérations simples dont le diagnostic est plus ou moins dissimulé. Car, à qui persuadera-t-on, si ce n'est aux inexpérimentés, qu'on guérit là, dans une région si étroite et si délicate, par des opérations, des maladies incurables partout ailleurs? que le fer et le feu sont propres à détruire le mal en cet endroit, tandis que partout ailleurs il est passé en précepte qu'ils ne font que l'exaspérer? « Levibus » enim non cedit, fortibus remediis excitatur. » (Compendium » medicinæ; Riolan, p. 390).

Les ulcérations du col ont leur siége sur la membrane muqueuse qui revêt cet organe; elles l'attaquent plus ou moins dans son épaisseur, mais il est rare qu'elles pénètrent assez profondément pour atteindre le parenchyme sous-muqueux. « Qu'on ne croie pas que dans ces ulcérations, le tissu de l'u» térus soit affecté profondément; durant l'épidémie choléri» que, nous avons eu la preuve anatomique de leur état de » simplicité. Plusieurs de nos malades ayant succombé, le col » utérin fut l'objet de recherches minutieuses; on trouva la » muqueuse rouge, ramollie, un peu fongueuse, l'ulcération » très superficielle et *au-dessous d'elle le tissu utérin tantôt* » *superficiellement altéré et se laissant déchirer sans effort,* » *quelquefois absolument sain.* » (Leçons sur les maladies de matrice, par Lisfranc, p. 356.)

Quelquefois elles sont constituées par un simple dépouillement de l'épithélium, sans bourgeons charnus et par conséquent sans suppuration; c'est ce qu'on nomme *érosion* ou *excoriation*, maladie souvent douloureuse et grave, presque toujours symptomatique d'une autre affection de l'utérus.

D'autres fois elles sont formées par une véritable plaie suppurante qui présente l'aspect naturel de ces sortes d'affections (ulcération simple); elles peuvent acquérir dans des circonstances données un volume exagéré (ulcération exulcérante), un aspect livide et une consistance molle (ulcération fongueuse), mais on n'y rencontre jamais, quoi qu'en disent ceux qui ont écrit sur la matière, ces arêtes dures, enchâssées dans le tissu de l'organe, ces rétractions des tissus voisins, ces adhérences profondes qui caractérisent les squirrhes ou les cancers ulcérés.

Il va sans dire que les ulcérations du col, comme celles de toute autre partie du corps, participent plus ou moins de la constitution. Faut-il pour cela les ériger en entités et créer des ulcérations scrofuleuses, dartreuses, scorbutiques, etc.? mais alors où s'arrêtera-t-on? L'ulcération du col ne se comporte pas chez les femmes sèches et nerveuses comme chez les femmes sanguines ou lymphatiques; il faudra donc créer des ulcérations nerveuses, sanguines, lymphatiques? De pareilles classifications n'auraient de terme que le ridicule. Les seules divisions qu'il soit permis d'adopter pour élucider le sujet et en faciliter l'étude, sont celles qu'on tire des formes les plus saillantes de la maladie. Nous avons vu qu'elle offrait deux formes primitives : 1° érosion, destruction de l'épithélium, sans bourgeons charnus; 2° ulcération : plaie suppurante avec bourgeons charnus. Cette dernière présente elle-même des formes secondaires, ulcération simple, exubérante, fongueuse, calleuse, etc., dont on ne peut faire des sous-divisions.

L'ulcération occupe constamment l'orifice externe du col, elle s'étend plus ou moins dans sa cavité et sur ses lèvres, mais elle n'a pas, comme on l'a répété si souvent, son siége presque exclusif sur la lèvre postérieure.

S'il est vrai de dire que les ulcérations du col sont de toutes les maladies de l'appareil génital interne de la femme les plus fréquentes, il faut aussi reconnaître que cet organe y est plus exposé que les autres, par sa forme, sa position, ses rapports et surtout par ses fonctions. Mais une chose digne de remarque c'est que leurs causes sont généralement locales; l'immense majorité des ulcérations du col est en effet engendrée et entretenue par des circonstances locales.

Les jeunes filles sont sujettes aux écoulements vulvaires, et on sait que la phlegmasie qui engendre ces écoulements s'étend presque toujours, quand elle règne dans le vagin, jusque sur le col utérin, où elle se transforme aisément en phlegmasie ulcéreuse. On ne sera donc pas surpris que des faits d'ulcération du col aient été observés avant l'âge de puberté; mais il est juste de reconnaître que l'utérus étant alors dans un état rudimentaire, les maladies qui l'affectent n'y prennent jamais un développement sérieux.

La preuve qu'on a singulièrement exagéré les sympathies morbides du col, c'est que cet organe peut être coupé, brûlé, détruit impunément, qu'on peut y appliquer des sangsues sans douleur; ces faits que nous avions déjà signalés depuis longtemps sont désormais acquis à la science.

On rapporte à tort, aux ulcérations du col de l'utérus, certains phénomènes qui appartiennent aux ulcérations du corps ou du moins aux tissus organiques et profonds du museau de tanche; les maux de rein, les douleurs dans le bas-ventre, les tiraillements et autres souffrances sont de ce nombre. Quant à l'ulcération du col elle-même elle est habituellement insensible et elle ne produit que des troubles insignifiants dans l'économie.

Les ulcérations du col ont une grande tendance à se perpétuer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 6 décembre 1843. — Présidence de M. CORNAC.

Ont été envoyés à la Société : 1° le numéro de décembre de la Clinique vétérinaire de M. Leblanc;

2° Plusieurs ouvrages dont M. Adorne s'est chargé au congrès scientifique de Lucques, savoir : par M. Luigi Pacini, *Interno allo stato attuale della scuola medico-chirurgica Lucchese et della chirurgia italiane* (renvoyé à M. Giraldès); par M. Luigi Sementini, *Sull' incertezza de segni della peritonite* (renvoyé à M. Bourjot-Saint-Hilaire); par M. Carlo Cavalli, dottore in medicina, chirurgia e maestro ostetrica dell' I. R. Universita di Pavia, dottore in filosofia e medicina della R. Universita di Torino, *Storia ragionata di straordinaria malattia che dura da vent 'otto anni* 1835 (renvoyé à M. Mojon); par M. Benedetto Trompeo, dottore, *Cenno sulla lebra* (renvoyé à M. Brierre de Boismont); enfin une brochure intitulée : Récit des fêtes célébrées à l'occasion de l'entrée à Genève de Béatrix de Portugal, duchesse de Savoie, d'après un manuscrit du temps, avec une introduction, par MM. les docteurs Coindet et Chaponnière (renvoyé à M. Cherest).

— A propos du procès-verbal, M. Caffe fait observer que les expériences faites par M. Piedagnel n'infirment pas ce qu'il avait dit au sujet du traitement de la névralgie sciatique. Dans celles dont il avait parlé on avait fait usage d'une pâte contenant 24 grammes de poudre de cantharides; on ne peut donc rien arguer de ce qu'on n'obtient pas de bons résultats par l'emploi d'un vésicatoire ordinaire en renfermant environ un gramme.

— *M. Brierre de Boismont* répond à la lecture faite par M. Belhomme, sous le titre : *Des causes physiques et morales de la folie.* La prédominance des causes morales sur les causes physiques dans leurs rapports avec la détermination de la folie était admise dans la science. M. Parchappe avait même démontré que les six-dixièmes des cas devaient leur être attribués. Toutefois un premier travail arrivant à des conclusions diamétralement opposées, avait été lancé dans le monde par M. Desportes, administrateur des hôpitaux. Ce travail avait reçu une espèce de sanction, quand des doutes se sont élevés sur sa rédaction. Alors on a tâché de remonter à la source des documents, et on a trouvé que la plupart manquaient d'un cachet de certitude suffisant; des feuilles avaient été perdues, et on avait dû à la mémoire plus ou moins fidèle d'un employé des données à y substituer. Les résultats de M. Desportes perdirent aussitôt presque toute leur importance; mais ils sembleraient en prendre une nouvelle par la publication de M. Moreau de Jonès. Ephémère comme l'autre, elle ne peut résister à la critique. Pas plus que son prédécesseur, M. Moreau de Jonès n'est en mesure d'apprécier les documents. Il les a puisés aux feuilles transmises par l'administration des hôpitaux au ministère de l'intérieur, où l'impossibilité de remplir les cadres de ces feuilles est de notoriété publique. La seule énumération des causes admises par l'auteur suffit à prouver et son incompétence et le vice de la source; ainsi, il met en première ligne 2,234 idiots; un médecin aurait-il jamais considéré l'idiotie comme une maladie; pour être fou, il faut nécessairement avoir joui de la raison. Viennent ensuite 1,137 épileptiques. Sans doute l'épilepsie est souvent une cause d'aliénation mentale; et pour faire une bonne statistique des causes de la folie, il faudrait compter les cas déterminés par l'épilepsie; mais ce n'est pas ce qui a été fait ici; on a, conformément aux cadres de l'administration, considéré comme aliénés les 1,137 épileptiques, dont le plus grand nombre sans doute n'étaient pas privés de raison. L'ivrognerie figure pour 792 sur 6,964; mais l'ivrognerie est elle-même sous l'influence de causes productrices très complexes. Si on trouve des ivrognes dans le peuple, on en voit aussi parmi les gens riches. Trop d'individus sont conduits à ce vice par des chagrins, pour qu'on puisse le considérer comme une cause physique. Puis l'auteur attribue 655 cas à une irritation excessive. Est-ce d'une surexcitation nerveuse qu'il veut parler? Enfin 293 auraient été déterminés par l'onanisme. Tout médecin s'occupant d'aliénation mentale a sans doute rencontré quelques faits pouvant entrer dans cette catégorie, mais aucun d'eux n'a trouvé la proportion de 293 à 6,964.

En résumé donc la statistique de M. Moreau de Jonès n'a pas de valeur; la prédominance des causes morales est un fait; elle ressort d'ailleurs de notre état de société.

M. Brierre de Boismont termine en répondant à des attaques personnellement dirigées contre lui au sujet de l'influence de la civilisation. « Je n'ai pas prétendu, dit-il, que la bonne civilisation augmentât le nombre des aliénés, mais j'ai dit que nous marchions dans une fausse voie. La civilisation diminuera la folie quand, bien établie, elle donnera le bonheur à tous et non à quelques classes privilégiées. »

M. Belhomme, d'accord avec son collègue en tout ce qui concerne M. Moreau de Jonès, reproduit la substance de sa lecture conduisant à cette conclusion : Les causes physiques de la folie sont aussi nombreuses, sinon plus nombreuses que les causes morales; il répète que parmi les influences réputées causes morales, il y en a d'essentiellement physiques et qu'il y a souvent une succession telle des unes et des autres qu'il est facile à un esprit prévenu de se laisser égarer.

En dernière analyse, si avec les matériaux de M. Moreau de Jonès on tente de faire une statistique meilleure en retranchant les épileptiques et les idiots, il restera augmentation du côté des causes morales; mais si, faisant mieux encore, on tient compte des prédispositions héréditaires on rétablira sans doute l'équilibre.

Pour ce qui est de la civilisation, M. Belhomme fait une remarque à ne pas oublier : on distingue mieux les aliénés dans un pays d'une civilisation avancée, parce qu'il y a des établissements pour les recevoir, et rien ne prouve qu'ils soient moins nombreux là où il est plus difficile de les compter. Si d'ailleurs elle est cause de folie, c'est seulement par ses excès et par ses abus.

— *M. Mojon* lit un rapport sur l'ouvrage du docteur Guastalla, Trieste, ayant pour titre : *Studj medici sull' aqua di mare*; etc.

L'auteur a divisé son ouvrage en cinq parties. Il est question dans la première des propositions physico-chimiques de l'eau de mer. Dans la seconde, de son action prise à l'intérieur et des différents principes qui la constituent. Dans la troisième est exposé l'historique des bains de mer, et plus particulièrement de leur action sur l'économie animale. On trouve dans la quatrième partie des considérations pratiques tirées des auteurs qui ont traité spécialement la matière. Dans la cinquième enfin sont indiquées les règles à suivre dans l'usage de ces bains, sous les rapports de leur température, de leur durée, etc.

Pour bien connaître l'action médicale de l'eau de mer, prise à l'intérieur ou employée en bains, il faut l'étudier analytiquement et synthétiquement; car ce n'est qu'après avoir reproduit, sous l'influence des différents principes minéralisateurs isolés des faits semblables à ceux que les praticiens recueillent empiriquement aux eaux; qu'on pourra formuler rigoureusement la véritable action thérapeutique de ce mélange complexe.

La première question qui se présente, dit l'auteur, c'est de savoir quelle est l'influence des substances organiques en faisant partie. Or, l'impossibilité de les extraire sans altération rend la solution fort difficile, cependant on peut approcher de celle-ci par l'étude des effets des plantes et des animaux marins que nous pouvons y saisir. Parmi les nombreuses plantes qui végètent dans la mer, l'art n'a expérimenté d'une manière suivie que les algues, dont on a fait des décoctions ou des gélatines. Quant aux poissons et aux crustacés, leurs effets, comme aliments et comme remèdes ont été beaucoup mieux étudiés.

De ces études, consciencieusement faites, l'auteur se croit autorisé à adopter l'opinion du professeur Brera, savoir : qu'on ne trouve dans les corps organiques de la mer rien qui puisse les faire regarder comme excitants ou toniques, et que leur partie mucilagineuse paraît, au contraire, de nature à adoucir ce qu'il pourrait y avoir d'irritant dans le contact de certains autres de ses principes.

M. Guastalla passe ensuite à l'étude de chacun des éléments minéralisateurs : l'acide hydrochlorique, hydrochlorates de soude et de magnésie, sulphates, carbonates, iode, etc.; la conséquence de cette étude est, que tous ces élémens étant par eux-mêmes des remèdes au fond antiphlogistiques ou hyposthénisants, l'eau de mer est un antiphlogistique, opinion contraire à celle que professent tous les auteurs.

L'action de l'eau de mer offre des effets analogues à ceux de certains sels, en particulier du sulfate de magnésie; or, ces sels et d'autres semblables, produisent plutôt des effets débilitants ou antiphlogistiques que corroborants, toniques ou stimulants. La résolution des obstructions glandulaires ou viscérales chroniques sous l'influence de l'eau de mer est un fait incontestable; mais cette désobstruction ne résulte pas aux yeux de M. Guastalla d'un effet de tonicité ou de stimulation; loin de là, il y voit une action antiphlogistique générale, laquelle se manifeste d'une manière plus prononcée dans les deux systèmes lymphatique et veineux.

Quelle est donc la raison, se dit-il, qui a pu conduire les médecins français, anglais, allemands, et même en partie les Italiens, à attribuer à l'eau marine, indépendamment de sa vertu résolutive, une action tonique, excitante, capable de corroborer les tissus, de rendre à la fibre affaiblie son ton primitif?

Si l'on examine la question dans ses détails, on trouve que presque tous conviennent que, prise intérieurement, cette eau produit à peu près les mêmes effets résolutifs que les sels connus. D'autre part, un grand nombre de ces mêmes auteurs reconnaissent que, pris isolément, ces sels produisent des effets antiphlogistiques hyposthénisants, mais qu'il en est cependant qui déterminent des effets résolutifs et désobstruants, et qui donnent à l'eau la propriété tonico-résolutive. Il y a évidemment contradiction dans cette manière de voir; car on admet dans le même remède des vertus, des actions diamétralement opposées, ou, pour mieux dire, on accorde au composé des vertus opposées à celles qu'on reconnaît aux composants.

L'auteur passe de cette discussion à un examen plus direct de l'action thérapeutique de l'eau de mer, car c'est dans cette connaissance qu'il base le principe des prescriptions de ce médicament; et de son utilité dans les affections hémorrhoïdales, dans les obstructions de la rate, du foie, des glandes abdominales, dans les engorgements dits lymphatiques, le catarrhe chronique de la vessie, de la matrice, etc. M. Guastalla rapporte toutes ces affections à un travail phlogistique chronique, et les bienfaits de l'eau de mer à son action hyposthénisante.

Dans un fort long article de cet ouvrage, il est question de l'air maritime, considéré comme moyen prophylactique et comme remède. Les nombreuses recherches historiques et scientifiques faites par l'auteur sur ce point offrent une véritable monographie. Puis, s'appuyant sur un grand nombre d'observations qui lui sont particulières, il partage l'opinion de ceux qui regardent l'air maritime comme salutaire dans les inflammations chroniques de la poitrine; et il déclare qu'au lieu d'envoyer les phthisiques à la campagne respirer l'air sec des montagnes, on devrait les adresser à la mer, les faire voyager sur les navires, ou les établir sur des plages maritimes choisies, bien saines.

« L'ouvrage se termine par une exposition très minutieuse et fort bien raisonné : de tous les soins que demandent les bains d'eau de mer, soit quant à la saison et à l'heure du jour; soit quant aux précautions exigées avant de se plonger dans l'eau, pendant qu'on y demeure, et au moment où on sort; soit enfin quant à la température de l'eau, et au nombre des bains.

Voici en résumé les conclusions qu'on peut tirer de l'ouvrage de M. Guastalla :

1° L'usage externe de l'eau de mer n'est réellement utile dans plusieurs maladies chroniques, qu'autant qu'on les continue pendant plusieurs mois;

2° Il n'est pas nécessaire, pour être utile, qu'elle produise des garde-robes;

3° Il importe de faire puiser l'eau de mer pour boisson, loin des côtes, et à une grande profondeur. On la fait ensuite reposer dans des bouteilles pendant quelques heures; on la décante doucement, ou mieux on la filtre, afin de la débarrasser de tous les débris des corps étrangers qu'elle peut contenir;

4° L'eau de mer doit être bue à la température qu'elle présente naturellement; si on l'échauffe, elle excite le vomissement;

5° L'addition de quatre ou cinq volumes d'acide carbonique, loin d'en améliorer le goût, ainsi que le pensent MM. Pasquier et Rayer, la rend plus désagréable, mais en revanche plus facilement supportable par les estomacs très délicats;

6° La dose ordinaire chez les enfants de trois à sept ans, est de quinze à dix-huit décagrammes en deux fois : on peut arriver jusqu'à vingt-huit décagrammes par jour. Chez les adultes on doit commencer la dose de vingt-quatre décagrammes, et on arrive jusqu'à trente-six ou quarante par jour, en deux ou trois intervalles. Quelques médecins anglais l'administrent à des doses beaucoup plus élevées.

7° Les praticiens les plus renommés des villes maritimes italiennes, quels que soient leurs principes théoriques sur l'action de l'eau de mer, la prescrivent largement dans les métrites et les hépatites chroniques, dans les engorgements glandulaires, et dans toute forme possible de dégénérescence scrofuleuse;

8° Lorsque l'eau de mer produit la constipation, ce qui arrive rarement, il faut de temps en temps en suspendre l'usage pour adminis-

trer quelque dose de magnésie ou autre purgatif;

9° Les éléments additionnels que l'atmosphère peut recevoir de la mer lui font acquérir des qualités thérapeutiques très prononcées : aussi, depuis Celse jusqu'à Laënnec et à Clarke, presque tous les praticiens conseillent dans plusieurs maladies les voyages, les longues navigations, le séjour dans des lieux maritimes.

Conclusion. Accorder à l'auteur le titre de membre correspondant sollicité par lui.

Après le dépouillement du scrutin, M. le président proclame M. Guastalla membre correspondant.

— *M. Souberbielle* se plaint de l'oubli dans lequel est tombé un moyen agglutinatif très énergique employé par frère Côme sous le nom de colle antimoniée. Cette préparation, composée de gomme ammoniaque dissoute dans le vinaigre, faisant adhérer très fortement le linge à la peau, permet d'obtenir le rafffinement des tissus dans des cas d'écartements extrêmement considérables. M. Souberbielle dépose sur le bureau deux observations à l'appui. La première est relative à un cas de déchirure complète de la cloison recto-vaginale et vésico-vaginale. Les fesses étant maintenue rapprochées au moyen de la colle antimonée, la guérison fut complète en trois mois, sans qu'il eut été pratiqué un seul point de suture. — Voici le résumé de la seconde : Une femme, soumise à l'ablation d'une tumeur énorme du sein gauche, portait une plaie d'un pied de haut sur dix pouces de large; onze vaisseaux artériels avaient été liés; les fils divisés en deux faisceaux furent logés aux deux extrémités, et la peau maintenue, si bien affrontée, que la solution de continuité fut réduite à une plaie à peu près transversale, dont les deux tiers guérirent par première intention. Au bout de trente jours la guérison était certaine.

— *M. Blatin* présente un appareil destiné à faciliter l'examen des parties génitaux de la femme. Reployé sur lui-même, il ressemble à un marchepied de bibliothèque, et il peut faire l'office; développé, c'est un lit sur lequel le malade s'étend à l'aise, la tête sur un chevet, et les jambes bien soutenues. Elle est placée à une hauteur qui rend pour l'opérateur la manœuvre beaucoup plus facile.

Dr J. CHEREST, *secrétaire annuel.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, novembre 1843.

Considérations pratiques sur la délivrance; par M. BARNETCHE.

Ce travail étendu peut se résumer par ce dernier paragraphe : « La délivrance n'est donc pas pour nous ce qu'on la fait dans les livres du jour, mais telle que l'ont comprise les anciens. Nous croyons que l'utérus, puissant, réagit sur le délivre et l'expulse comme il expulserait tout corps étanger. Nous croyons aussi que l'utérus affaibli, ou même arrivé à l'état d'inertie, revient sur lui-même lorsque, dégagé d'entraves qui dépassent ses forces, rien ne s'oppose plus au développement de sa puissance contractile. L'intervention de la main est alors, à plus d'un titre, la pratique la plus rationnelle. Enfin, en prenant dans son acception la plus générale l'acte physiologique qui constitue la délivrance, nous devons dire, à l'encontre des préceptes professés, que l'intervention immédiate de l'art doit être la règle, et la temporisation l'exception. »

Applications de cautères suivies de tétanos; par le docteur ROUSILHE, de Casteluaudary.

Sur vingt cas de tétanos que l'auteur a observés dans sa pratique, quatre avaient pour cause, dit-il, l'application des cautères.

Sur un enfant de neuf ans, atteint du mal vertébral de Pott, on applique deux cautères sur les côtés de la gibbosité. Tous les symptômes paraissaient s'améliorer, lorsque vers le quinzième jour le malade se plaignit de difficulté d'avaler, avec douleur dans les mâchoires. Le lendemain il y eut trismus, et le troisième jour le tétanus était confirmé. Le malade mourut ce jour-là.

A une jeune fille de dix-huit ans, phthisique, on applique deux cautères sous la clavicule droite. Le onzième jour le tétanos se déclare, et la malade meurt le quatrième jour de son invasion.

Un homme de quarante ans éprouvait des accidents de congestion cérébrale que les évacuations sanguines, les purgatifs et les affusions froides n'avaient pu dissiper. On applique deux cautères à la nuque. Quinze jours après, le malade ayant subi une averse et ayant beaucoup marché, le tétanos se déclare.

Un enfant de seize ans, atteint d'ophthalmie scrofuleuse, fut aussi atteint de tétanos après l'application de deux cautères à la nuque. Les soins prolongés, le musc et l'opium à haute dose, dissipèrent ce redoutable accident.

Empoisonnement par l'eau de javelle; par M. BARBET, pharmacien.

Dans le courant de l'été de 1838, M. le docteur Brulatour et M. Barbet furent priés de se rendre en toute hâte près de la demoiselle X...., qui, assurait-on, venait de s'empoisonner par suite d'un chagrin d'amour. En entrant dans la chambre, nous fumes frappés, dit l'auteur, de l'odeur de chlore qui y était répandue. Cette personne, âgée d'environ vingt-cinq ans, d'une forte constitution, était étendue sur son lit, en proie à une agitation extrême. La figure était légèrement injectée, les yeux larmoyants, les mâchoires faiblement contractées; la bouche exhalait une odeur de chlore, une salive écumeuse, blanchâtre, entourait les lèvres. Elle manifestait un sentiment d'astriction dans le gosier et tout le trajet de l'œsophage, et accusait dans la région épigastrique des souffrances intolérables. En plaçant la main sur cette partie, on ressentait l'estomac violemment convulsé. Le pouls était plein et fréquent, la chaleur développée, mais également répartie, le front couvert de sueur. Du reste, elle semblait repousser tous les secours qu'on voulait lui prodiguer, et répondait à nos questions par des paroles brèves et saccadées. Les personnes de la maison nous présentèrent une bouteille de la contenance de 750 grammes, portant l'étiquette d'eau de javelle et renfermant encore 30 à 40 grammes d'un liquide incolore que nous reconnûmes de suite pour du chlorure de potasse. Elle avait bu tout ce qui manquait à la bouteille; nous en obtînmes l'aveu formel.

Je proposai l'administration de la magnésie calcinée, comme devant diminuer par son alcalinité l'action irritante du chlore libre, et atténuer l'état d'astriction de l'orifice œsophagien, qui empêchait le vomissement de s'effectuer. 20 grammes de magnésie furent délayés dans 200 grammes d'eau sucrée, et l'on obtint de la malade qu'elle but à plusieurs reprises environ la moitié du mélange. Un quart d'heure s'était à peine écoulé, qu'un abondant vomissement survint et expulsa environ deux verrées de liquide, d'une forte odeur de chlore, où nageait la magnésie en flocons coagulés. De nouvelles doses du mélange magnésien amenèrent de nouveaux vomissements, et furent continuées jusqu'à ce que la matière vomie n'eut plus l'odeur du chlore. Alors la magnésie fut supprimée et remplacée par des boissons mucilagineuses. Enfin les accidents se calmèrent, la douleur de l'estomac s'affaiblit, et vingt-quatre heures après la malade put reprendre ses occupations habituelles, ne conservant qu'une sensibilité assez grande à l'épigastre, qui a cédé au bout de quelque temps à un régime doux.

Un deuxième cas est relatif à une jeune personne de vingt ans qui, vers la même époque, chercha pour la même cause à attenter à ses jours en buvant un verre d'eau de javelle. Averti dix minutes après l'injection du poison, M. Barbet n'hésita pas à conseiller la magnésie calcinée, dont elle prit 8 grammes délayés dans de l'eau sucrée. Les vomissements se déclarèrent bientôt, comme dans l'observation précédente, et tout se termina sans le moindre accident, vu le peu de temps que le poison avait séjourné dans l'estomac.

NOUVELLES.

Le concours pour l'agrégation (section de médecine) a commencé hier lundi, à 4 heures du soir. Le jury est composé de MM. Fouquier, président; Cazenave, secrétaire; Andral, Duméril, Bouillaud, Piorry et Legroux; MM. Adelon, Cruveilhier et Gouraud, suppléants.

M. Cruveilhier, à cause de son degré de parenté avec un des candidats, s'est récusé.

Les concurrents sont au nombre de 25. Ce sont MM. Pelletan, Becquerel, Hardy, Grisolles, Vernois, Valleix, Beau, Behier, Gueneau de Mussy, Fleury, Delasiauve, Legrand, Burghière, Vigla, Tardieu, Cazalis, Tanquerel des Planches, Pourniet, Marotte, Baron, Roger, Blandet, Boullay et Fauvel.

Mercredi, à midi, les concurrents auront à répondre à la question écrite.

Les séances de ce concours auront lieu les mardis, jeudis et samedis à quatre heures.

—Notre ville a perdu dans un très court espace de temps deux hommes pleins de modestie et de science, M. le docteur Fabre, M. Trémolière, pharmacien. Nous avons déjà payé notre tribut de regrets au vénérable médecin en chef de l'hospice de la Charité; aujourd'hui nous venons acquitter une dette aussi juste et aussi sacrée envers M. Trémolière, ancien pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, et l'un des botanistes les plus distingués du département.

Par un concours fâcheux de circonstances, les sociétés royale et académique de médecine de notre ville, auxquelles appartenaient MM. Trémolière et Fabre, n'ont pas été prévenues assez tôt pour pouvoir nommer une députation chargée d'exprimer leurs regrets sur la tombe de ces deux hommes, également recommandables par leurs qualités privées et le rang honorable qu'ils s'étaient fait dans la science.

(*La Clinique de Marseille.*)

Voici le texte du jugement rendu dans le procès de M. Gannal contre M. le docteur Marchal (de Calvi) :

« Statuant sur l'exception d'incompétence,

» Attendu que, pour faire une saine interprétation des différentes dispositions de lois qui régissent la matière, il est essentiel de distinguer entre le cas où, soit la déchéance, soit la nullité d'un brevet, sont demandées par action principale, et le cas où, comme dans l'espèce, une personne poursuivie devant la juridiction correctionnelle par le breveté, lui oppose comme exception et comme moyen de défense que le brevet est nul, ou qu'il y a déchéance;

» Attendu que, dans la dernière hypothèse, les Tribunaux correctionnels peuvent en connaître, sans pour cela violer les règles de la compétence;

» Attendu, toutefois, que la décision à intervenir ne peut alors profiter qu'au prévenu, dans son intérêt unique, et non aux tiers étrangers au procès;

» Au fond,

» Attendu qu'il est constant que le gouvernement, en accordant des brevets d'invention ou de perfectionnement, sans examen préalable, ne garantit en aucune façon le mérite de la découverte que les parties intéressées ont le droit de soumettre à l'appréciation des Tribunaux, notamment le point de savoir si le procédé est brevetable;

» Attendu que le Tribunal n'a pas à examiner si le liquide conservateur employé par le sieur Marchal (de Calvi) est semblable à celui dont le sieur Gannal fait usage pour l'embaumement des cadavres, le plaignant n'ayant pas élevé cette prétention, mais bien si le mode, la méthode d'embaumement pour la conservation indéfinie des corps, au moyen d'une incision à l'artère carotide externe par laquelle on injecte le liquide conservateur, le tout sans extraction ou mutilation quelconque, peut faire l'objet d'un brevet; que les termes dans lesquels sont conçues les dispositions de l'article 1er du décret du 31 décembre 1790 justifient la prétention du sieur Marchal (de Calvi), qu'en effet cet article ne parle que des nouvelles inventions *industrielles*, dans tous les genres d'*industrie*, de *fabrication*, dont il a pour objet de garantir la propriété; que le procédé d'embaumement par injection, qu'il faut séparer de l'emploi du liquide conservateur composé par Gannal (lequel liquide serait *brevetable*), ne peut faire l'objet d'un brevet, à raison même *du sujet*, le corps humain, soit avant, soit après le décès, ne pouvant être réputé *marchandise*, et rangé dans la classe des objets d'industrie, quelque latitude qu'on veuille donner aux mots *marchandise*, *industrie*;

» Attendu, enfin, que l'injection par la carotide, après incision de cette artère, constitue une opération analogue à une opération chirurgicale, laquelle ne saurait faire l'objet d'une propriété exclusive, malgré les avantages réels qu'elle présente et la supériorité de cette méthode d'embaumement sur les anciens procédés;

» Attendu que, d'après ce qui précède, il devient superflu d'examiner la question de déchéance;

» Par ces motifs, renvoie Marchal (de Calvi) des fins de la plainte; condamne le sieur Gannal, partie civile, aux frais du procès. »

M. Gannal, présent à l'audience, a annoncé l'intention d'interjeter immédiatement appel.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 4. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Scarlatine — Quelques mots sur le diagnostic et la marche de cette affection.

Au n° 11 de la salle Ste-Catherine a été couché un homme âgé de 18 ans, bijoutier, présentant des symptômes de scarlatine, sur lesquels nous allons revenir plus bas. Il ignore à quel endroit il a pu contracter cette affection. Nous avons déjà, dans d'autres circonstances, eu l'occasion de vous dire que dans les grandes villes rien n'est plus difficile que de suivre la contagion, là où personne ne se connaît, où les rapports sociaux sont rares entre les habitants d'une même maison. Dans les villages, ou du moins dans les petits endroits, cette filiation est plus facile à établir. Vous comprenez que dans une grande ville où tous les jours un millon d'habitants, sans se connaître, se heurtent, se poussent, se frottent les uns contre les autres, la contagion doit avoir des moyens de véhicule tout à fait ignorés. Il est impossible lorsque l'on passe près d'une personne qui a passé la nuit près d'un malade affecté de rougeole ou de scarlatine, il est impossible de savoir quel poison cette personne porte sur elle. C'est donc dans les lieux où la population est peu nombreuse, que l'on devra chercher à examiner la question de contagion. Seulement, on pourrait se demander si le malade n'a pas été pris spontanément de rougeole ou de scarlatine.

Il serait difficile de démontrer que ce dernier cas ne s'est pas présenté. La rougeole, la variole, la scarlatine, sont des maladies qui ne sont pas inhérentes à notre pays. Elles ont paru dans les contrées que nous habitons à une certaine époque, et alors elles ont laissé sur leur passage des traces épouvantables. Mais les causes qui peuvent les faire naître, sous l'influence desquelles elles peuvent se développer, ces causes n'existent pas chez nous. Là seulement où existent les conditions nécessaires à la production de ces maladies, là seulement elles peuvent renaître spontanément. Supposons que ce soit, comme on l'a prétendu, l'Arabie qui soit le berceau de ces affections, l'Europe ne présente pas les conditions nécessaires à la naissance spontanée des fièvres éruptives. Tout porte à croire que, hors les cas de contagion, elles ne peuvent se développer que sous l'influence des conditions premières qui ont présidé à leur première apparition. Il est donc naturel de penser que chez nous un malade n'est affecté de rougeole, de variole ou de scarlatine, que parce qu'il l'a contractée.

C'est, du reste, une conclusion à laquelle nous n'arrivons que par le raisonnement. Dans les petites villes, dans les villages, ces maladies apparaissent à des intervalles éloignés, et l'on sait alors dans ces endroits où tout le monde se connaît, que tel ou tel individu est arrivé venant d'un endroit où il a été en contact avec des sujets malades. Alors l'épidémie qui n'a aucun pouvoir sur eux, qui ont eu déjà la même affection, frappe toute la nouvelle génération qui, existant depuis vingt ou trente ans, par exemple, intervalle écoulé depuis la dernière épidémie, n'a point été préservée par une première atteinte de la maladie. Voilà encore un motif d'admettre que la maladie reconnaît pour cause la contagion, et n'a point une génération spontanée.

Du reste, il faut se conduire, dans des cas pareils, d'après les lois que l'on a été à même d'établir d'après des faits nombreux et positifs. Toutes les fois qu'un sujet se présente à nous avec une de ces maladies dont nous venons de parler, nous pensons toujours pour notre part, et tout d'abord, qu'elle a été contractée. Si nous ne pouvons découvrir ni l'endroit où il l'a gagnée, ni la manière dont il l'a prise, nous regardons la cause comme environnée d'obscurité; mais cela ne détruit en rien notre opinion. Ainsi, dans le cas particulier, nous croyons démontré qu'il a contracté sa maladie par contagion. Ce qu'il y a de curieux dans la relation que ce jeune homme nous a faite de ses antécédents, c'est qu'il prétend avoir eu déjà la scarlatine dans son enfance, à l'âge de six ans. A cette époque il aurait été traité, nous a-t-il dit, à l'hôpital des Enfants. Il n'est certainement pas impossible que la scarlatine se montre deux fois chez le même sujet. Mais cependant, cela constitue un fait exceptionnel, et quand un sujet est pris une seconde fois d'une éruption, comme ici, par exemple, si cette éruption se montre avec les caractères de la scarlatine, que le malade ne conserve aucun souvenir de la rougeole qu'il dit avoir éprouvée, et c'est la maladie qui présente le plus de rapports avec la maladie actuelle, nous pouvons avoir des doutes. Il ne serait pas impossible qu'il y eût eu dans le diagnostic de l'affection quelque erreur, et les parents peuvent ne pas avoir bien présenté à la mémoire l'affection dont il s'agit. Et puis, au début, les deux affections peuvent très bien être confondues. Il me paraît probable ici que la première affection a été la rougeole plutôt que la scarlatine, d'autant plus que le malade ne se rappelle pas avoir eu la rougeole. Nous ne nions pas, encore une fois, la possibilité de la reproduction de ces deux maladies chez un sujet qui en a été atteint une première fois; mais nous devons, autant que possible, mettre de côté les cas exceptionnels. Nous n'acceptons le récit de ce malade que comme incertain, et même comme improbable.

L'affection dont il est atteint maintenant a commencé il y a quatre jours. Cependant, dans un interrogatoire plus étendu et plus détaillé qu'on lui a fait subir, il a parlé d'un léger mal de gorge qu'il aurait eu il y a six jours environ. Ce mal de gorge ne paraît avoir été que peu intense. Il y a quatre jours, il fut pris de frissons; de plus, une certaine rougeur se montra à la peau à peu près le même jour. Nonobstant ces symptômes, il continua à manger et à se livrer à ses occupations. Le lendemain de l'invasion de sa maladie, il continua encore à travailler; il mangea comme à son ordinaire, et n'éprouva, à la suite de son repas, aucun malaise, aucun vomissement, accidents qui surviennent quelquefois spontanément, et sans avoir été provoqués.

Malgré toutes ces imprudences, et bien que se sentant souffrant, il se leva encore hier au matin. Il était rouge, présentait une chaleur fébrile intense. D'après l'avis de son maître il alla consulter le médecin chez lui, se rendit de là au parvis Notre-Dame, à pied, et enfin entra dans notre service. Ce matin la réaction est franche, et ces imprudences n'ont pas aggravé la maladie.

Il y a des affections qui ont un caractère de bénignité telle que les malades pourront commettre les plus graves imprudences sans qu'ils aient lieu de s'en repentir, et sans que leur maladie s'aggrave. D'autres fois, au contraire, les maladies ont un caractère de gravité tellement prononcé, que dès les premiers jours, et malgré les plus grandes précautions, la mort doit survenir dans un intervalle peu éloigné et sans qu'on puisse l'éviter.

Hier donc, après avoir traversé à pied une grande partie de Paris, il est entré dans nos salles. Le chef de clinique a constaté, à la visite du soir, l'état suivant :

Le malade, dont le visage est rouge, a le pouls à 116, assez développé, fort. Céphalalgie assez intense. Il a dormi une partie de la nuit; il n'a eu ni délire, ni rêvasseries, ni rêves pénibles. Ce matin il s'assied facilement sur son lit; il répond nettement aux questions qu'on lui adresse. Son visage est calme et tranquille. En arrivant près de lui, on est frappé tout d'abord de la couleur rouge de la peau, du caractère anomal que présente sa physionomie. Les lèvres sont grosses, gonflées. Il y a sur la lèvre supérieure des squames, comme si une exfoliation de l'épiderme avait lieu. La face, considérée en général, n'est pas sensiblement gonflée. L'éruption, qui a commencé sans doute par ces parties, est dans son déclin à la face.

Nous avons pu, par un interrogatoire minutieux, et par des questions réitérées, nous rendre compte de ce qu'il y a d'inaccoutumé dans le fait de ce jeune homme. Il y avait des boutons sur les lèvres, des vésicules probablement de nature herpétique. Depuis, il s'est formé des croûtes; tous symptômes qui ne tiennent pas à la scarlatine elle-même, mais à une éruption partielle et toute locale qui l'avait précédée. Ces phénomènes sont antérieurs et tout à fait étrangers à la maladie actuelle, et ne doivent pas être mis en ligne de compte. La langue est un peu blanche au milieu, rouge, scarlatineuse sur ses bords et à sa pointe. L'inflammation de la muqueuse buccale suit la marche de l'inflammation de la peau de la face, et, soit dans la variole, soit dans la rougeole ou la scarlatine, elle se développe et parcourt toutes ses phases avec beaucoup plus de rapidité qu'elle ne le fait sur la peau. Nous sommes probablement arrivés à une époque de la maladie où la phlegmasie est à son déclin sur la muqueuse buccale.

Il n'est pas très rare qu'appelé chez un sujet au second jour d'une fièvre éruptive dans laquelle la peau n'est presque pas rouge, vous trouviez dans la bouche ou des pustules de variole déjà développées, ou la rougeur scarlatineuse ou rubéolique. C'est qu'au moment où la phlegmasie commence à peine à poindre à l'extérieur, elle a déjà paru et marché rapidement sur la muqueuse buccale, où elle est déjà terminée quand la peau commence à présenter les symptômes à leur maximum de développement.

Chez notre sujet, la rougeur de la peau est considérable, tant sur la poitrine que sur les bras et les avant-bras. Cette rougeur est à peu près uniforme et répandue également sur ces parties. Elle appartient presque uniquement et évidemment à la scarlatine. Dans certaines périodes de la maladie, la

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DES VERS INTESTINAUX;

Par J.-T. Mondière, D.-M.-P.

(Suite du n° 138.)

Hydrophobie. L'hydrophobie, ou l'horreur des boissons, s'observe dans certaines maladies, et a été attribuée par les uns à une idiosyncrasie des sujets, par les autres à une irritation primitive ou secondaire soit du cerveau, soit du pharynx et de l'œsophage; et je crois avoir démontré, pour ma part, dans mon Mémoire sur l'Œsophagisme (Archives de médecine, 1833, 2e série, t. I, p. 465), que l'hydrophobie reconnaît souvent pour cause un spasme ou une irritation spasmodique primitive ou secondaire de l'œsophage. Parmi les causes de l'œsophagisme, je n'ai point signalé, dans mon mémoire, la présence des vers, parce qu'alors je ne connaissais pas les faits que je vais rapporter; mais aujourd'hui je suis forcé d'admettre cette cause en me fondant sur ces mêmes faits.

En 1812, M. Serres communiqua à la Société médicale d'émulation de Paris (Journal de Boyer, Corvisart, t. XXV, p. 258) l'observation suivante : George, âgé de treize ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution délicate, avait été mordu d'un chien enragé, il y avait six mois. Le 2 septembre il éprouva un malaise général, suivi, la nuit, d'une agitation considérable et d'horreur des liquides. Le 3, cet état continua, le malade refusa tous les aliments, et entrait en fureur quand on lui parlait de boire. La nuit fut agitée comme la précédente.

Le 4, on le porta à l'Hôtel-Dieu. Sa face était décolorée et altérée; les yeux convulsifs; la pupille tantôt dilatée outre mesure, et d'autres fois rétrécie au point de s'oblitérer; la langue était blanchâtre, la soif vive, l'horreur des liquides extrême, l'agitation considérable. On lui mit le corset de force; ce qui augmenta ses efforts. On prescrivit une potion calmante dont il ne voulut point boire, et un vésicatoire derrière le cou qui soulagea peu. A dix heures du soir il mourut, ayant toujours eu cette horreur invincible pour les liquides.

Autopsie. Le cerveau et la moelle épinière n'offrirent rien de remarquable. Les poumons étaient sains; le larynx à l'état naturel. L'estomac ne présentait rien d'extraordinaire; mais les intestins grêles étaient remplis de vers lombrics oblitérant entièrement leur cavité; leur quantité était prodigieuse.

Quoique dans ce cas on ait jugé le chien enragé, rien ne prouve qu'il le fut réellement : l'absence de lésions cadavériques et surtout le temps qui s'écoula entre la morsure et le développement des accidents, contredisent cette manière de voir. On sait, en effet, à quoi s'en tenir maintenant relativement à ces cas de rage développée des mois et même des années après la morsure. Il s'en faut bien d'ailleurs, et cela très heureusement, que tous les chiens que l'on poursuit et que l'on assomme chaque année comme atteints de la rage, aient réellement cette maladie. Depuis douze ans bientôt que j'exerce la médecine à Loudun, j'entends chaque année parler de chiens nombreux tués comme enragés, et d'un bien plus grand nombre encore de chiens et même d'hommes mordus par ces mêmes animaux, sans avoir observé moi-même, ou su que mes confrères eussent observé un seul cas de rage. Eloignant donc ici toute idée de virus rabique, et les recherches cadavériques faites cependant par un habile anatomiste n'ayant rien fait découvrir d'anormal dans les ceintres nerveux, nous sommes en quelque sorte forcé à reconnaître comme cause de l'hydrophobie à laquelle a succombé George, une surexcitation nerveuse des nerfs de la huitième paire, produite sympathiquement par le grand nombre de vers trouvés dans les intestins.

Au reste, nous pouvons citer un autre fait dans lequel on ne peut alléguer cette cause rabique, puisque l'enfant qui en est le sujet n'avait jamais été mordu avant le développement de la maladie qui le fit périr. Voici ce fait qui nous semble encore résoudre affirmativement cette question : l'hydrophobie peut-elle reconnaître pour cause la présence des vers?

Un petit garçon, âgé de neuf ans, fut pris de violentes convulsions, d'une fièvre ardente et de tous les symptômes de l'hydrophobie, quoi qu'il n'eût point été mordu précédemment par aucun chien ni autre animal. Il mourut dans cet état. A peine était-il expiré, qu'il lui sortit par les narines deux houppes de vers lombrics. A l'ouverture du cadavre, on trouva tout le canal intestinal rempli de ces insectes, jusqu'au bout de l'œsophage. (Dict. de méd. en 60 vol., t. IV, p. 243.)

Hystérie. — Nous n'avons trouvé la présence des vers mentionnée, comme cause de l'hystérie, ni par les auteurs qui se sont occupés *ex professo* de cette maladie, ni par les auteurs des articles *Hystérie*, insérés dans les nombreux Dictionnaires de médecine publiés depuis trente ans. Bien plus les recueils périodiques qui ont paru depuis cette époque, n'en présentent aucune observation, et il faut remonter au siècle précédent pour rencontrer des faits qui y soient relatifs. Nous ne chercherons point l'explication de cette singularité, car nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons déjà dit à ce sujet dans divers endroits de ce travail. Il nous paraît, en effet, évident que si les vers ont pu, il y a cinquante ans, donner lieu à des accidents hystériques, ils peuvent encore aujourd'hui produire les mêmes phénomènes, car l'organisation de l'homme n'a point changé et les agents qui l'impressionnent ou la modifient sont encore les mêmes. Aussi en démontrant par quelques faits qu'il peut véritablement exister une hystérie vermineuse, nous pourrons peut-être engager les praticiens à diriger leur observation sur ce point, et alors les faits se multiplieront, nous le croyons du moins.

Delius en rapporte trois observations (Amœnitates Acad., p. 341), et au mois d'août 1768, M. Dufaure, docteur en médecine, en publia une (Ancien journal, t. XXIX, p. 120) que je vais faire connaître succinctement, en négligeant les détails inutiles qu'elle renferme.

Mademoiselle D..., âgée de neuf ans, d'une vivacité singulière, et d'une santé qui jusqu'alors n'avait reçu aucune atteinte, tomba, vers le commencement du mois de mai de l'année 1763, dans une lipothymie accompagnée d'une respiration laborieuse et de différents mouvements nerveux et spasmodiques. Pendant les premiers jours, ces acci-

rougeur de la peau, au lieu d'être uniforme, comme si l'on avait teint la peau avec du jus de framboise, la rougeur, disons-nous, peut présenter un aspect pointillé, et de là erreur de diagnostic, sujet de dissidence parmi les médecins. Il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord de distinguer la rougeole de la scarlatine, et cela surtout quand la scarlatine est accompagnée d'un pointillé assez analogue à celui de la rougeole. En examinant avec soin les deux éruptions, on peut presque sans exception distinguer l'une de l'autre les deux maladies. Il y a des rougeoles où la muqueuse de l'œil, du nez n'est pas affectée. Il y a des scarlatines où la muqueuse de la bouche est saine, et n'offre aucun symptôme particulier.

Lorsque les deux affections se présentent avec leurs caractères les plus évidents, les plus tranchés, il ne peut y avoir d'incertitude pour le diagnostic, même pour les observateurs les moins exercés. Mais elles n'offrent pas toujours des caractères de cette netteté, ni quand elles sont au début, ni quand elles sont à leur déclin, et alors il est difficile de les différencier. Voici quelques signes éminemment pratiques, auxquels j'ai été conduit a me rapporter pour m'aider dans mon diagnostic.

Dans la rougeole, il y a toujours irrégularité et insymétrie dans l'éruption; vous voyez ici une petite tache; là, une grande; ici, une arrondie; là, une triangulaire, ou échancrée. L'une est d'un rouge-vif, l'autre d'un rouge-brun; les unes sont élevées et saillantes au-dessus du niveau de la peau, les autres sont aplaties; enfin, tout est irrégulier dans la rougeole; l'irrégularité dans l'éruption semble être le cachet de cette éruption, et quand vous avez vu seulement une petite portion des téguments d'un rubéolique, vous pouvez hardiment vous prononcer et porter votre diagnostic.

Dans la scarlatine, ou c'est une rougeur uniforme, ou c'est un pointillé très régulier; ce sont de toutes petites taches, rosées, uniformes dans leurs dimensions, dans leur écartement les unes des autres. Ainsi dans la scarlatine, symétrie de l'éruption et régularité comme dans le granité que produisent les peintres sur les papiers de tenture. Dans la très grande majorité des cas, vous trouverez quelques points du corps où existe la rougeur uniforme qui caractérise l'éruption scarlatineuse normale.

Chez le malade qui nous occupe maintenant, ces caractères sont parfaitement tranchés. Indépendamment de ceux-là, il en existe d'autres encore. L'état de la bouche, le gonflement des mains; dans la rougeole, les mains ne sont pas gonflées. Elles le sont souvent dans la scarlatine. Ici, ce caractère manque. Surviendra-t-il plus tard? Nous ne savons; mais le fait est assez bien caractérisé pour que le diagnostic n'en souffre pas. D'habitude, cependant, elles sont gonflées, tendues; une autre circonstance encore, c'est l'existence simultanée de l'éruption miliaire et de l'éruption scarlatineuse. Dans les scarlatines les plus bénignes, il y a des vésicules miliaires qui se montrent à upli des bras, aux aines, et surtout dans le sens de la flexion des membres. Ici, nous en avons trouvé quelques-unes. C'est encore un des caractères de la scarlatine, qui aide le médecin dans le diagnostic.

Enfin, un autre symptôme qui vient lever toute espèce de doutes, c'est l'exfoliation à larges squames de l'épiderme, et la desquamation à laquelle on a donné le nom de desquamation en forme de doigts de gants. Celle qui suit la rougeole se fait par petites squames assez analogues à des écailles de son. De plus, avant de s'effectuer, la desquamation de la peau offre quelque chose de particulier. La peau offre un aspect spécial, quelque chose de lisse, de poli, de luisant. Il semble que les doigts sont recouverts d'une peau très mince de baudruche. Elle a perdu sa souplesse ordinaire. On voit que l'épiderme est déjà mort et qu'il ne tient déjà presque plus. A l'aide de ces signes, on ne peut méconnaître l'éruption; mais il importe de reconnaître l'éruption plus tôt que cela; si l'on s'attachait aux derniers caractères que nous venons de donner, le diagnostic serait posé peut-être un peu tard, et l'on doit chercher à savoir la nature de l'affection avant le jour de la guérison.

Dans l'éruption du jeune homme dont nous nous occupons, nous trouvons des caractères plus que suffisants pour reconnaître la nature de l'affection dont il est atteint. Le pouls est fort, développé, donnait 116 battements par minute hier soir; il en donne 124 ce matin. Mais, du reste, l'état général du malade est remarquablement bon. Nous avons vu dans les antécédents, qu'il avait pu sortir étant déjà malade, prendre des aliments, sans aggraver son état; ce que nous avons dit de la promptitude, de la liberté des mouvements et de la parole, de la gaieté même que le malade conserve, tout est de nature à confirmer ce que nous disions de la bénignité de la maladie.

Le traitement sera simple. Comme toutes les inflammations qui sont le résultat d'une intoxication, la phlegmasie scarlatineuse n'est pas franche. C'est à la cause seule qu'il faut s'attacher. Comme pour la syphilis, c'est dans la cause même que réside la véritable nature de la maladie. Il existe des cas dans la science où l'on a vu une véritable maladie de ce genre sans éruption à la peau, sans le symptôme caractéristique par conséquent sur lequel on base habituellement le diagnostic. La véritable nature de la maladie réside dans des cas de cette espèce dans la cause qui l'a déterminée, et ce n'est pas l'inflammation de la peau, qui est le caractère de la maladie.

La scarlatine ne peut point être définie une inflammation de la peau; c'est une maladie qui a pour effet habituel d'entraîner avec elle une inflammation de la gorge et de la peau; mais ces deux phlegmasies ne sont pas toujours et nécessairement existantes. Le phénomène primitif pour nous, c'est l'infection scarlatineuse. Nous vous disons tout ceci, et nous y insistons longuement parce que, lorsqu'un sujet a une inflammation scarlatineuse de la peau il ne faut pas le soumettre à un traitement semblable à celui que l'on ferait suivre à un sujet affecté de pleuro-pneumonie, par exemple, ou de toute autre inflammation franche. Il faudra, par exemple, se garder des émissions sanguines. L'expérience a suffisamment démontré que les saignées, dans les maladies éruptives, produisaient souvent les plus funestes résultats. Il faut placer d'abord et avant tout le malade dans de bonnes conditions hygiéniques. il ne faut pas le couvrir de couvertures outre mesure pour provoquer, comme disent les gens du peuple, la sortie de l'éruption; il ne faut point non plus ouvrir les fenêtres par un temps froid et courir ainsi d'une extrémité à l'autre.

Ce n'est pas avec des émissions sanguines que l'on parvient à triompher d'une fièvre éruptive. Quand elle est excessivement grave, nous ne disons pas qu'il ne puisse se rencontrer des cas où il ne soit nécessaire de les employer; mais on doit en être sobre et ne pas beaucoup compter sur leurs résultats. C'est plutôt par des révulsifs énergiques que l'on vient à bout de triompher de ces maladies. Faites bien attention que nous ne proscrivons pas d'une manière formelle et exclusive les émissions sanguines dans ces circonstances. Nous ne voulons pas exagérer la frayeur que l'on dit en avoir. Mais, nous le répétons, il faut en être sobre, et s'en abstenir dans les cas ordinaires.

Les Anglais ont préconisé dans les fièvres éruptives qui marchent mal les affusions froides, à cause de la réaction qui s'opère après elles. Les malades, en effet, après ces affusions froides deviennent rouges; la chaleur extérieure du corps s'élève; mais il faut être sûr, pour employer ce moyen, que la réaction pourra s'opérer et sera suivie de bons résultats. Il faut que le sujet soit fort; s'il est faible, vous pourrez commencer à le déprimer à tel point que la réaction ne puisse avoir lieu. Nous avons vu dans nos salles une femme qui arriva à l'hôpital le second ou le troisième jour de l'éruption; elle était dans un état d'affaiblissement presque complet. Au lieu d'employer les affusions froides, nous la fîmes placer dans un bain à 32 ou 33 degrés Réaumur. En sortant de ce bain elle était rouge écarlate, et elle guérit parfaitement. Peut-être l'eau froide eût-elle causé des effets moins favorables.

Relativement à l'intérêt que nous avons dit que peut présenter le diagnostic, nous avons insisté sur la nécessité de savoir si le malade avait ou non la rougeole. Voici encore une raison qui rend important la connaissance de ce précédent. S'il a eu la rougeole, il est bien évident qu'il pourra sans aucun danger pour lui, rendre des soins à des sujets affectés de rougeole, tandis qu'il ne rendra pas ces mêmes soins impunément à un sujet atteint de scarlatine, *et vice versâ*. Un intérêt encore plus immédiat est celui-ci, à savoir que le malade n'est pas exposé, après la rougeole, à l'œdématie qui survient souvent après la scarlatine, accompagnée souvent aussi d'un peu d'albuminerie. Il est donc de la plus haute importance de savoir, avant que la desquamation vienne fournir les derniers renseignements, de quelle maladie était affecté le sujet. Car, dans le cas où il aurait eu la scarlatine, il faudrait pendant vingt ou vingt-cinq jours au moins l'entourer de précautions, le maintenir à l'abri du contact de l'air. Toutes les considérations, dans le détail desquelles nous sommes entrés prouvent d'une manière péremptoire, ce nous semble, que la certitude du diagnostic n'est pas ici une affaire de pure curiosité.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Pneumonie gauche. Efficacité du tartre stibié.

Le nommé Chemin, âgé de 69 ans, journalier, est le sujet de cette observation. Il est habituellement bien portant; ne tousse pas ordinairement. Le 4 novembre, en travaillant comme à l'ordinaire il se refroidit; il a eu du frisson et des sueurs dans la nuit; le soir, point de côté gauche. Le lendemain, fièvre, perte complète d'appétit, toux avec quelques vomissements bilieux. Il est entré à l'hôpital le 7 et est couché au nº 20, salle Saint-Louis.

Le 8 nov. Aujourd'hui, au premier examen qu'en a fait M. Andral, on trouve la langue sèche, avec soif ardente. Le malade est dans une transpiration abondante. Le pouls est à 100 plein. Il y a des crachats visqueux, âcres avec une légère coloration de sucre d'orge. La respiration est à 44 gênée par le point de côté. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne donnent aucun bruit anormal en arrière; il y a un peu de râle crépitant en avant à la base du poumon gauche où existe la douleur, rien à droite. Le cœur ne présente rien d'anormal. Le teint est d'un fond jaunâtre-animé. D'après les symptômes généraux et malgré l'absence de signes stétoscopiques tranchés on diagnostique une pneumonie du côté gauche; dès hier au soir on pratiqua une saignée.

Ce matin, en examinant le sang, on le trouve recouvert d'une couenne épaisse et résistante, et on ordonne une nouvelle saignée de 4 palettes; tisane d'orge, diète.

Le soir, il n'y eut pas beaucoup de toux dans la journée; pas de mal de tête. Le point de côté est disparu pendant la respiration, mais se fait encore sentir dans la toux. En auscultant le poumon gauche on entend parfaitement le râle crépitant qui était à peine sensible ce matin; on l'entend principalement dans l'expiration en avant. En arrière on entend parfaitement aussi des râles de bronchite, qui masquent un souffle profond. Les crachats sont visqueux, aérés, légèrement roux. Pouls à 80, résistant; respiration à 32.

Le 9 novembre, le caillot de la saignée dernière est avec couenne épaisse, ferme. Les pommettes sont rouges sur un fond jaunâtre. La nuit pourtant fut calme. Pas de céphalalgie. Il n'y a plus de point de côté. La langue est sèche, sale; le ventre indolent; pas de selles. Pouls large, résistant, à 100; respiration à 40. Le râle crépitant est diminué dans tout le côté gauche; rien ni en avant, ni en arrière. Les crachats sont visqueux, aérés, de la même couleur que les jours précédents. On ordonne une troisième saignée; mauve sucrée; diète.

Le 10 novembre, le caillot de la saignée est très large, couvert d'une couenne épaisse, un peu molle; la face est abattue, pâle. Cette nuit, il y a eu du délire avec agitation. Le matin le calme est rétabli, le malade répond nettement aux question; sueurs abondantes; pas de céphalalgie. La langue est sale, couverte d'un enduit jaunâtre, épais. Pouls à 104, inégal; respiration à 44. Il y a toujours du râle crépitant à gauche. Potion avec eau de fleur d'oranger, 120 grammes; sirop diacode, 30 grammes, et tartre stibié, 20 centigrammes.

Le soir, le pouls était descendu à 84, très irrégulier, mou. Peau moite. Respiration à 36.

---

dents se dissipèrent assez facilement Vers le cinquième jour ils eurent encore lieu, toujours précédés de lipothymie; mais à la place du calme qui succédait auparavant à son état primitif, il survint des mouvements convulsifs, des contorsions, des rigidités successivement dans tous les membres; la malade, couchée sur son lit, s'élançait quelquefois avec une impétuosité qui demandait la plus exacte vigilance de la part des assistants, souvent on la voyait se livrer à la joie et aux ris les plus immodérés; bientôt après, les larmes, les soupirs, les sanglots formaient le contraste le plus bizarre. Depuis cette époque, tous les symptômes s'aggravèrent, et les acces se répétèrent jusqu'a deux et trois fois dans les vingt-quatre heures.

Pendant la lipothymie, qui était la fidèle précurseur des secousses hystériques, la malade n'était privée de l'exercice d'aucun de ses sens; elle exprimait avec énergie les différentes sensations dont elle était affectée, et répondait à toutes les questions qu'on lui proposait; elle se plaignait plus particulièrement d'un sentiment douloureux, et d'une faiblesse inexprimable dans les jambes; elle croyait sentir le mouvement d'une grosse boule qui, roulant dans l'abdomen, changeait à chaque instant de place. Aussitôt que cette ondulation se portait du bas-ventre à la gorge, elle éprouvait les horreurs d'une suffocation cruelle et d'un étranglement violent; elle perdait la parole, et était exposée aux différents genres de convulsions dont j'ai déjà tracé la peinture. Le prétendu globe était à peine descendu du pharynx à l'estomac, qu'on voyait les premières défaillances remplacer les mouvements convulsifs; ces scènes variées avaient des retours plus ou moins fréquents, suivant la durée de l'attaque, qui ne se prolongeait guère au-delà d'une heure.

Le médecin qui fut consulté supposa la présence des vers, et eut recours aux saignées, à l'émétique, aux purgatifs, etc.; il y eut une légère amélioration, mais qui fut d'une courte durée, et bientôt les accidents reparurent aussi forts et aussi fréquents.

M. Dufau fut appelé plus tard à donner des soins à la malade. Les vers qu'elle avait rendus dans plusieurs occasions, l'odeur particulière de son haleine, le prurit presque continuel de la membrane pituitaire, etc., justifièrent dans son opinion le jugement qui avait été déjà porté. « Il n'était pas possible, dit ce médecin, de se refuser à l'évidence; l'hystérie vermineuse était on ne peut mieux caractérisée. En conséquence, je prescrivis quelques verres d'une limonade émétisée, et le surlendemain une purgation qui avait pour base l'extrait de rhubarbe; les anthelmintiques furent ensuite administrés et continués pendant trois semaines. » La malade rendit une quantité prodigieuse de vers lombricaux et ascarides, et dès lors vit disparaître ses crises nerveuses et consolider sa santé, qui, trois ans après, n'avait encore souffert aucune altération.

Le recueil auquel j'ai emprunté l'observation qui précède en contient encore deux autres (t. XXXVI, p. 38) non moins remarquables. Dans l'une, la mort paraît avoir été produite par un énorme peloton de vers qui remontant de l'estomac dans l'œsophage s'y arrêta.

Palpitations. On admet généralement des palpitations *nerveuses*, c'est-à-dire tout-à-fait indépendantes de lésions organiques du cœur ou de ses annexes; mais on est loin d'être d'accord sur les causes diverses qui peuvent les produire; et parmi celles qui ont été négligées par les écrivains, il faut compter la présence des vers intestinaux. Nos traités généraux et spéciaux présentent donc encore sur ce point une lacune qui, comme tant d'autres, ne pourra disparaître que quand, pour s'élever à une histoire générale de la médecine, on aura senti la nécessité d'analyser avec soin tous les faits que renferment les annales de la science sur chaque point en particulier.

Deux fois il nous a été donné d'observer des palpitations sympathiques de la présence des vers, palpitations qui ont promptement disparu avec leur cause long-temps méconnue chez un de nos malades qui déjà avait été condamné comme atteint d'un anévrisme du cœur. C'était un jeune garçon, âgé de quatorze ans, fort, d'une bonne constitution, qui, depuis six mois, était presque constamment tourmenté par des palpitations qui l'empêchaient de se livrer aux jeux de son âge, le réveillaient fréquemment en sursaut. et l'obligeaient à rester quelquefois fort long-temps assis sur son lit. La cause de ces accidents étant enfin reconnue, les anthelmintiques furent administrés; plus de cent vers furent expulsés dans l'espace de quelques jours, et bientôt après tout mouvement tumultueux du cœur avait cessé, pour ne pas revenir. Chez notre second malade, également un garçon, mais âgé seulement de huit ans, il y eut récidive au bout de dix mois, et nouvelle guérison à l'aide des vermifuges, guérison qui depuis plus de quatre ans ne s'est pas démentie.

Je m'abstiens, à dessein, de relater ces deux faits, qui me sont propres, dans tous leurs détails, et je me hâte de présenter au lecteur une autorité bien plus imposante que la mienne, celle de l'un des meilleurs observateurs de notre époque, autorité que personne ne récusera; c'est celle de M. Andral. Voici ce que rapporte ce professeur distingué. (Bulletin de Thérapeutique, 1838, t. XV, p. 17.)

Une jeune dame espagnole présente à l'observation des palpitations d'une violence extrême; non-seulement la main et l'oreille sont fortement repoussées à l'exploration de la région précordiale; mais encore telle est l'intensité des contractions, qu'à plusieurs pieds du lit sur lequel repose la malade, on entend très distinctement le bruit dont les contractions s'accompagnent. Comme on le pense bien, le pronostic fut des plus graves parmi les médecins consultants, et le plan du traitement le plus énergique à opposer à une maladie organique du cœur fut arrêté. Il n'y avait que quelques jours que ce traitement était commencé, quand la malade rendit spontanément, dans sa garderobe, une grande quantité de vers lombrics. A partir de ce jour, les palpitations diminuèrent d'une manière marquée, puis bientôt disparurent complétement.

Si ce fait intéressant, recueilli par M. Andral, était unique dans la science, on pourrait, jusqu'à un certain point, penser qu'il n'y a eu qu'une double coïncidence fortuite entre la présence de ces vers dans l'intestin et les palpitations, puis entre la cessation brusque de celles-ci et l'évacuation spontanée de ceux-là. Mais il n'en est pas ainsi, et sans rappeler ceux que j'ai recueillis, je dirai que nos annales en contiennent plusieurs autres qui ne peuvent permettre le plus léger doute.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le 11 novembre, la figure est moins abattue; il y a eu plusieurs selles; pas de vomissements. Les crachats sont visqueux, moins jaunes; langue sèche; soif vive. Selles sans coliques; ventre indolent à la pression. Pouls à 88, intermittent; respiration à 36. En arrière, râle muqueux à gauche; en avant quelques bulles disséminées de râle crépitant. On continue la même potion stibiée et la diète.

Le soir, pouls à 84, irrégulier, mou; respiration à 40. La peau est chaude; le teint animé avec un fond jaunâtre; râle crépitant à grosses bulles, abondant à gauche et en arrière dans toute la hauteur du poumon. Respiration soufflante dans le creux de l'aisselle gauche. Respiration puérile à droite en avant.

Le 12, facies calme et reposé. La nuit fut tranquille; la bouche est moins pâteuse; langue médiocrement sèche, visqueuse; pas de selles ni d'envies de vomir. Le pouls à 72. La respiration est à 32. Il y a du souffle profond dans l'épine de l'omoplate dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Bulles de râle muqueux dans ce point et dans le côté. Les crachats sont encore visqueux et un peu couleur sucre d'orge, plus opaques. Même potion; mauve sucrée; diète.

Le 13, la nuit a été bonne. Ce matin le facies est calme; la bouche encore moins pâteuse; la langue est cependant saburrale. Pas de selles ni d'envies de vomir. Pouls à 64; respiration 32. Il y a du souffle tubaire en haut avec crépitation dans toute l'étendue du poumon gauche, entremêlée de gros râles muqueux. Potion gommeuse simple; 2 bouillons.

Le soir la peau est fraîche. Pas de mal de tête. Pouls 64.

Le 14, sommeil avec rêvasseries. Crachats visqueux encore un peu colorés. Langue humide; facies calme, naturel. Ventre souple et excrétion urinaire facile. Pas de selles. Pouls à 68; respiration à 28. Il y a encore un peu de matité en haut en arrière, à gauche, et du souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse. La respiration est un peu rude, sans crépitation dans tout le poumon gauche. Mauve sucrée; 2 bouillons; potion gommeuse simple.

Le 15, plus de crachats rouillés, visqueux, adhérents, gélatiniformes. Une selle spontanée. Nuit calme avec bon sommeil. Pas de mal de tête. La figure est naturelle. Pouls à 60; peau fraîche; respiration à 28, calme. Le souffle se perçoit encore dans le poumon gauche en arrière, mais de plus en plus faible; il est toujours un peu plus rude dans la fosse sous-épineuse. Pas de râle crépitant de retour. Même prescription; 2 potages.

Le 16 novembre, crachats moins visqueux, peu adhérents au vase. Facies calme; teint meilleur, plus naturel. Pouls à 68; peau fraîche; respiration à 24, très calme, un peu rude dans la région indiquée. Une selle ordinaire sans coliques; quelques vents. Pas de râles crépitant de retour. Même prescription.

Le 17, crachats un peu plus adhérents au vase. Pouls à 60; respiration à 24. Une selle spontanée sans douleurs. Bon sommeil. Pas de mal de tête. Le malade se trouve toujours mieux. L'appétit se réveille. Une portion.

Le 18, la figure est excellente; l'appétit très vif. Une selle naturelle. La respiration est pure partout, excepté dans le tiers supérieur du poumon gauche en arrière, où elle est un peu rude encore. Pouls à 60; peau fraiche. Même prescription.

Le 19, le mieux se soutient. Même état qu'hier. Même traitement.

Le 20, hier le malade s'est levé un peu sans rien ressentir. L'appétit est toujours bon et les digestions parfaites. Une selle ordinaire. Le sommeil est bon, tranquille. Apyrexie complète. La respiration est encore un peu rude et soufflante dans la fosse sous-épineuse gauche, pure dans tout le reste du poumon. Deux portions.

Le 21 novembre, les forces reviennent petit à petit. La toux a presque entièrement disparu. L'appétit est excellent. Deux selles ordinaires sans coliques. Pouls normal. Potion gommeuse; 2 portions.

Le 8 décembre, le malade est allé toujours de mieux en mieux; il est arrivé à manger ses trois portions, et sortit parfaitement guéri.

Ce cas de pneumonie est encore un des milliers qui sont venus confirmer les grands avantages du tartre stibié dans le traitement de cette grave maladie. Nous voyons ici la phlegmasie pulmonaire persister dans toute sa force, malgré les saignées répétées, et se modifier rapidement après la première dose d'émétique, et marcher d'une manière franche vers la résolution. C'est désormais un axiome thérapeutique admis par tous les médecins observateurs, que l'efficacité de ce médicament. Ce qui n'est connu et admis encore que par un très petit nombre d'entre eux, c'est son mode d'action véritable; ce sont les avantages immenses qu'on peut tirer d'une foule d'autres substances médicamenteuses employées selon les lois formulées par Rasori et Tommasini, et sanctionnées par l'observation et l'expérience la plus rigoureuse. Nous regrettons vivement que les ouvrages immortels où sont consignées les méditations de ces grands médecins, ne soient presque pas lus en deçà des Alpes; l'art thérapeutique, nous en sommes convaincus, n'aurait qu'y gagner, surtout en France, où depuis long-temps il nous semble marcher dans une voie fausse et se perdre en efforts irrationnels. Nous reviendrons sur cette importante matière plus d'une fois, et nous ne désespérons pas de transmettre à nos lecteurs une partie au moins des convictions que nous avons à cet égard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1844. — Présidence de M. Ferrus.

La correspondance comprend la lettre suivante, de M. *Aubert-Roche*, lue par décision du conseil :

M. Chassinat, médecin du ministère de l'intérieur, s'est chargé de vous transmettre l'historique et les conséquences de ce qui se serait passé à bord du bateau à vapeur le *Léonidas*, en 1837. Ce fait, tel qu'il est raconté, viendrait se mettre en opposition avec les conclusions tirées d'une expérience de 124 ans, et pourrait, comme M. le secrétaire annuel s'est empressé de vous le faire remarquer, servir de réponse à la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser et qui vous a été lue dans la dernière séance.

Probablement M. le médecin du ministère de l'intérieur aura été mal renseigné, ou bien sa mémoire lui aura fait défaut. Le médecin du *Léonidas* était, non M. Cassiat, mais M. Loubet.

Voici le fait tel qu'il s'est passé et puisé aux sources officielles :

Dépêche de Marseille. Ministère de la marine. Bureau des mouvements et de correspondance générale.

« Le *Leonidas* est entré en grande quarantaine à Marseille le 9 juillet 1837. Ce bâtiment a quitté Constantinople le 27 juin, et a passé les Dardanelles le 28; le 29 il a mouillé à Smyrne, d'où il est parti le 30, jour de son arrivée à Syra. Le 1er juillet il est parti de ce dernier port pour Malte, où il est arrivé le 4 et en est parti le 5, et le 8 de Livourne. »

Circulaire. — Intendance sanitaire de Marseille, 17 juillet 1837.

« M. Lorin, lieutenant de vaisseau, commandant le paquebot à vapeur le *Léonidas*, arrivé au port de Frioul le 9 courant, venant de Constantinople et autres ports du Levant, ayant 47 hommes d'équipage et 18 passagers, a déclaré à son arrivée avoir un de ses chauffeurs, Louis Dombois, malade d'une gastrite et quelques autres personnes du bord légèrement indisposées.

» Le 11, le premier malade (Louis Dombois) est mort à bord; le cadavre ayant été transporté au lazaret avec les autres malades, l'autopsie en fut faite en présence des médecins de l'Intendance; elle a présenté à l'inspection de l'estomac, des intestins et du cerveau tous les signes d'une violente inflammation.

» Un second malade, le nommé Jurion, élève mécanicien, s'est plaint d'un violent mal de tête, et le lendemain il a ressenti une douleur accompagnée d'une tumeur au haut de la cuisse gauche qui l'empêchait de marcher. Plus tard les médecins ont reconnu sur l'habitude du corps de ce malade des pétéchies et autres symptômes de peste non douteux, accompagnés d'hémorrhagies, de délire, etc., etc.; il est mort le 17. »

De plus, il est constaté par la correspondance officielle, que l'Intendance de la santé de Marseille a ordonné de brûler les effets de Dombois et de Jurion; que Dombois était malade et alité avant d'arriver à Livourne; qu'il y a eu un troisième cas sur un aide cuisinier; que ces trois attaques ont eu lieu à bord et non au lazaret. Enfin voici comment l'affaire du *Léonidas* est consignée dans le rapport fait sur documents par M. le secrétaire du Conseil supérieur de santé au ministère du commerce.

« En 1837 (*voir* page 19) le paquebot à vapeur de l'Administration des postes, le *Léonidas*, arrive à Marseille ayant un homme malade à bord; cet homme mourut, et il fut reconnu atteint de peste; il y eut deux décès produits par la même maladie. »

D'après ces documents existant aux ministères de la marine, du commerce, à l'hôtel des Postes et à l'intendance sanitaire de Marseille, il est certain que le *Léonidas*, parti le 27 juin, est arrivé à Marseille le 9 juillet : temps de route, 12 jours; que Dombios, 1er mort, était alité de sa prétendue gastrite 1 jour avant d'arriver à Marseille; cette gastrite fut reconnue peste, puisque les effets de ce mort ont été brûlés; Que le *Léonidas* a mouillé à Smyrne le 29 juin, et en est parti le 30. C'était précisément dans un moment où la peste épidémique régnait avec intensité dans Smyrne. Or, du 30 juin au 9 juillet, il n'y a que 9 jours d'intervalle; Dombios ayant été alité 1 jour avant l'arrivée à Marseille, cela fait 8 jours entre le départ d'un point épidémique et le jour de la manifestation de la peste.

Je ne sais comment M. le médecin du ministère de l'intérieur a fait pour trouver un laps de temps de 13 jours. Il est probable que les documents officiels n'auront pas plus fixé son attention que mon travail qu'il s'est chargé de réfuter ! Il s'étonne dans sa lettre que je n'aie pas cité le fait du *Léonidas*; son étonnement et sa réfutation tombent mal; je me suis justement appuyé sur le fait du *Léonidas*, que je cite plusieurs fois (pages 74, 80, 82 des Documents imprimés ci-joints).

Comme temps extrême de la manifestation de la maladie après le départ, j'ai porté ce temps à huit jours.

Ainsi, la conséquence de 64 faits, y compris celui du *Léonidas*, et d'une expérience de 124 ans, constatant que la manifestation de la maladie à bord n'a jamais passé 8 jours, à dater du jour du départ, demeure intacte.

M. Londe établit les mêmes faits qu'il a recueillis par ses renseignements propres. En résumé, il en résulte que le premier malade a été atteint dans l'intervalle des huit jours, et si ce malade a eu la peste, ce qui est aussi probable pour lui que pour les autres, ceux-ci ont pu la contracter sans que la loi de M. Aubert soit en rien infirmée. Du reste, le directeur des postes a promis des renseignements positifs sur les dates, et M. Londe s'empressera de les communiquer à l'Académie.

M. Dubois (d'Amiens) rappelle les faits contenus dans la lettre de M. Chassinat, et en conclut que les opinions de M. Aubert ont besoin d'un sérieux examen.

M. Hamont cherche à rentrer dans la discussion générale; mais il est interrompu par M. le président, qui invoque les exigences de l'ordre du jour.

M. Gérardin demande si la discussion sur ce sujet pourra être reprise dans la séance prochaine.

M. le président répond qu'il ne peut le dire; mardi prochain l'Académie devra se former en comité secret à une heure peu avancée pour entendre le rapport sur les candidatures à la place vacante dans la section de pathologie interne.

M. Royer-Collard saisit cette occasion pour se plaindre du long retard que la commission a apporté à faire ce rapport. La candidature est ouverte depuis dix mois, plusieurs places sont vacantes à l'Académie; si les commissions futures mettaient aussi peu de zèle à s'acquitter de leur devoir, les intérêts de l'Académie en souffriraient.

— *M. A. Bérard* fait un rapport sur un mémoire de M. Lasserre, membre correspondant, relatif aux fractures des malléoles internes et externes, avec issue des fragments à travers la peau.

Ce mémoire renferme quatre observations de cette lésion. La cause a toujours été une chute sur les pieds. La réduction a été toujours facile; mais la coaptation des fragments a été trois fois empêchée par des accidents graves, qui trois fois ont nécessité l'amputation. Dans le quatrième cas, l'auteur s'est servi d'un appareil de contention dont la description n'a pas paru assez claire au rapporteur pour qu'il pût la reproduire. Ce cas s'est terminé heureusement. Ces quatre faits ne paraissent pas suffisants à M. le rapporteur pour décider cette question, savoir, si dans des cas semblables il faut amputer ou s'en tenir aux moyens contentifs. Néanmoins, ils doivent être pris en considération. M. Bérard saisit cette occasion pour appeler l'attention de l'Académie sur sa pratique en pareille circonstance, et qui consiste à faire la section du tendon d'Achille et même des péroniers, afin de faciliter la réduction, et puis à placer le membre dans une gouttière en fil de fer analogue à celle de M. Mayor.

L'auteur étant membre correspondant, ce rapport n'a pas de conclusions.

M. Velpeau. Je m'étonne de n'avoir pas entendu parler de la résection des os comme moyen de faciliter la réduction et d'arriver à la coaptation de ces fractures. Ces fractures graves ont trouvé un bon moyen dans la résection. La réduction en est très difficile; la résection a pour but de la faciliter. Nul doute que la section du tendon d'Achille ne soit un bon moyen pour arriver à ce but; mais le déplacement tend à se reproduire, ce qui n'arrive pas avec la résection. D'ailleurs, par la résection on diminue les chances de tétanos, de déchirure de tissus et autres accidents graves qui surviennent trop souvent dans la réduction simple.

M. Roux. Sans vouloir jeter le moindre doute sur l'authenticité et la véracité des faits rapportés par M. Lasserre, je ne puis cependant ne pas être étonné qu'il ait rencontré quatre faits absolument analogues dans une pratique probablement restreinte. Je n'ai jamais eu l'occasion d'avoir à recourir à la section du tendon d'Achille, qui me paraît un moyen extrême. La résection est toujours ce qui m'a le mieux réussi, et je crois que, pratiquée à temps, elle eût évité à M. Lasserre la douloureuse extrémité de recourir à l'amputation, qui a eu des résultats si funestes.

M. Capuron. On trouve étonnant que M. Lasserre n'ait pas eu recours à la résection; mais on oublie que dans son mémoire il établit que toujours la réduction des fractures lui a été facile.

M. Gerdy. Je ne trouve rien d'étonnant à ce que M. Lasserre, qui pratique à la campagne, ait vu quatre cas de fracture des malléoles. Pour mon compte, j'en ai rencontré trois à l'hôpital Saint-Louis où abondent toutes les lésions résultant de l'emploi de la force. Je ne vois pas dans les observations de M. Lasserre des indications bien évidentes pour l'amputation. Ce n'est pas que j'aie une aussi grande confiance en la résection que M. Velpeau et M. Roux. La section du tendon d'Achille peut en quelques cas trouver son application. D'après ce que j'ai pu comprendre de l'appareil contentif de M. Lasserre, il aurait pour but de prévenir le renversement du pied en dehors. Or, pour moi, ce renversement du pied est excessivement rare et exceptionnel. Dans plus de cent cas de fracture du péroné que j'ai eu occasion d'observer, je ne l'ai pas encore observé une seule fois.

M. Roux. M. Gerdy a été fort heureux de ne jamais rencontrer le renversement du pied. J'en conclus qu'il n'a jamais eu affaire qu'à des fractures légères et simples. Dans celles où il y a rupture des ligaments ou arrachement des malléoles, il existe non-seulement une inclinaison du pied, mais une véritable luxation du pied en dehors, comme l'ont constaté d'ailleurs les recherches de Dupuytren et d'Astley Cooper.

M. A. Bérard. La divergence entre mes deux honorables collègues et moi sur l'opportunité de la résection, est plus apparente que réelle. Cette résection peut s'opérer à deux temps différents : 1° quand la réduction est impossible, ce qui n'est pas le cas des observations de M. Lasserre; 2° quand, la réduction ayant été faite, le déplacement se reproduit. Je n'en conteste l'efficacité ni dans l'un ni dans l'autre de ces cas. Je demande seulement si la résection et la section du tendon d'Achille ne peuvent pas aller ensemble et se prêter un mutuel secours. Dans un cas analogue à ceux observés par M. Lasserre, par quel moyen vaudrait-il mieux commencer? Par la résection, opération grave certainement, ou par la section sous-cutanée du tendon d'Achille, qui ne peut donner lieu à aucun accident? Pour mon compte, la question ainsi posée est résolue, et je préférerai toujours commencer par l'opération la plus innocente, quitte à en venir ensuite, si besoin est, à la résection des os.

La clôture de la discussion sur ce sujet est prononcée.

— *M. Cruveilhier* lit une note sur les corps fibreux de la mamelle, envisagés sous le point de vue anatomique et pratique.

L'auteur présente d'abord des considérations générales sur les corps fibreux qui peuvent se développer dans l'économie. Il les considère sous les points de vue de leurs caractères anatomiques, de leur évolution, de leur siége, de leur terminaison, de leur traitement. Appliquant ces données générales aux corps fibreux du sein, il en trace l'histoire complète sous tous ces rapports, et se résume par les propositions suivantes :

Les corps fibreux des mamelles constituent une affection très fréquente.

Leurs caractères anatomiques diffèrent complétement de ceux des tumeurs cancéreuses.

Leur nature peut être reconnue par leur mobilité; ils roulent sous le doigt, ne sont pas adhérents comme les tumeurs squirrheuses.

Ils ne sont pas susceptibles de dégénérescence.

Ils ne doivent pas être extirpés.

Après l'extirpation, quand elle a été pratiquée par erreur de diagnostic, ils ne repullulent pas.

M. Blandin. Ce travail est fort important, et soulève de grandes questions d'anatomie pathologique et surtout de thérapeutique. L'heure est trop avancée pour commencer la discussion; je demande qu'elle soit renvoyée à la séance prochaine.

Cette proposition étant appuyée, est mise aux voix et adoptée.

— *M. Scoutetten*, membre correspondant, présente à l'Académie les dessins des instruments de chirurgie antique qu'il a eu occasion d'examiner à Herculanum et à Pompéi. On y voit les dessins de toutes les sondes dont se servaient les anciens, et, entre autres, de la sonde droite et de la sonde en S; les instruments pour le cautère actuel, des gouges à résection, des spatules, l'aiguille à séton, les ciseaux, le trocart, etc.

Ce même chirurgien présente un appareil de sustentation des membres dans le cas de fracture, appareil inventé par lui.

— *M. Bouvier* présente les pièces pathologiques résultant d'une fracture de l'axis survenue chez une vieille femme de la Salpêtrière qui se laissa choir de son lit en voulant prendre le bassin.

La séance est levée après cinq heures.

— Le mémoire lu dans la dernière séance par M. Fleury, ne lui est pas commun avec M. Monneret, comme nous l'avions indiqué par erreur; M. Fleury en est le seul auteur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 janvier 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Fuster lit la première partie d'un mémoire, intitulé : Recherches sur le climat de la France. Ces recherches comprennent trois parties : 1° l'exposé des faits touchant les modifications de ce climat; 2° la discussion de ces faits, pour en déduire les caractères des modifications climatologiques; 3° l'examen des circonstances qu'on peut regarder comme les causes de ces modifications. Il ne s'agit dans cette première lecture que de la partie purement historique.

Cette histoire commence à la conquête de la Gaule par Jules César, cinquante ans avant l'ère actuelle. Elle embrasse ainsi dix-neuf cents ans. Elle se compose elle-même de deux périodes bien distinctes : l'une pendant laquelle le climat de la France s'est amélioré par degrés; l'autre pendant laquelle ce climat s'est détérioré par degrés. La lecture d'aujourd'hui ne comprend que la période de son amélioration progressive. Elle s'étend depuis Jules César jusqu'au douzième siècle. Elle embrasse ainsi 1050 ans.

L'auteur s'est attaché d'abord à reproduire l'ensemble des traits du climat de la Gaule au temps de la conquête de César, en la considérant successivement et par ses qualités atmosphériques, et par ses conditions topographiques. Il résulte des faits rassemblés par M. Fuster, que la Gaule, sous Jules César, avait un climat très rigoureux. Ses hivers étaient très froids, très précoces et très longs. Le froid gelait toutes les rivières navigables, y compris le Rhône, et la glace était si forte, qu'elle portait des armées en toute sûreté avec leur train et leurs bagages. M. Fuster pense, d'après ces faits, que ces hivers commen-

çaient au mois d'octobre, et se prolongeaient jusqu'au mois d'avril.

D'abondantes pluies inondaient alors la Gaule ; il s'y joignait des tempêtes si terribles, qu'elles poursuivaient les indigènes même jusque dans l'épaisseur des forêts. Il est certain que ce climat repoussait la culture de la vigne et du figuier, et ce qui prouve que c'est bien sa rigueur qui s'opposait à leur culture, c'est que la vigne peut y croître spontanément.

La culture du sol de la Gaule ne répondait pas à sa fécondité. Des forêts immenses et impénétrables l'enveloppaient de tous côtés. M. Fuster a essayé, en se servant des monuments de l'Espagne et de traces respectées par les âges, de reconstruire les antiques forêts de la Gaule. Il en a suivi ainsi la direction dans le nord, dans le centre et dans le midi. L'auteur a poussé plus loin ses recherches, il a tâché de mesurer la surface de ces forêts. Ses données approximatives l'ont conduit à penser que la Gaule primitive du Rhin aux Pyrénées ne contenait pas moins de 46 millions d'hectares de forêts.—Tel était le climat de la Gaule cinquante ans avant notre ère.

Ce climat s'améliora rapidement. Tous les écrivains du premier siècle déposent de cette amélioration. Il perdit d'abord de son âpreté, sans cesser encore néanmoins d'être très rigoureux. Indépendamment des preuves tirées des caractères atmosphériques, l'auteur cite comme résumé de ses progrès la marche ascensionnelle de la culture de la vigne dans le premier siècle. Arrêtée avant Strabon au pied des Cévennes, elle commence alors à franchir cette barrière. Columelle la rencontre plus tard chez les Allobroges (Dauphiné), et Pline la voit naître spontanément dans le Vivarais, se reproduire dans la Viennoise, parvenir en Auvergne, et atteindre même la Séquanaise, ou Franche-Comté. Enfin lorsque, vers l'an 69 de notre ère, Domitien fit arracher la vigne de la Gaule, on n'avait pu en pousser la culture au-delà des environs d'Autun et du territoire des Bituriges (Berry).

Des modifications topographiques accompagnèrent ces modifications météorologiques. M. Fuster suit ces nouvelles modifications dans l'état des forêts, de l'agriculture et de la civilisation. Ce premier ordre de changements remonte à Auguste, et s'étend jusqu'à Domitien.

Ce climat continue à gagner dans les siècles suivants quand l'empereur Probus permit aux Gaulois de replanter la vigne; sa culture arrêtée en 96, sous le 47e degré de latitude, s'étendit du côté du nord, le long de la Seine. Le figuier, plus sensible au froid, et retenu au commencement de notre ère en deçà des Cévennes, suivit rapidement la marche ascensionnelle de la vigne. Julien, qui se trouvait dans la petite ville de Lutèce au milieu du quatrième siècle, trace un tableau charmant de cette région. Il vante l'extrême douceur de sa température, l'excellence de ses vignes et la rapide multiplication de ses figuiers. Il apprend aussi, par une de ses lettres, que les blés étaient déjà mûrs au solstice d'été dans le nord de la Gaule.

Le midi s'était amélioré comme le nord. Ausone de Bordeaux et Sidoine Apollinaire ne permettent pas d'en douter. Les forêts diminuaient toujours en même temps. L'agriculture et la civilisation faisaient des progrès.

Lorsque les Francs devinrent maîtres de la Gaule sous le nom de France, dans le cinquième siècle, son climat était encore plus doux que du temps de Julien. Il consistait en pluies suivies d'inondations, et en chaleurs intenses, précoces et prolongées ; ce qui procurait presque chaque année, à cette région, deux floraisons et deux fructifications. La vigne atteignit, dès ce moment, les points les plus septentrionaux du royaume ; elle couvrait la Normandie, la Bretagne et la Picardie. Toutes ces vignes rendaient de très belles récoltes de vin, et plusieurs d'entre elles fournissaient un vin très bon. La vendange se faisait au mois de septembre ordinairement, et quelquefois même au mois d'août. La moisson avait lieu aussi, dans ces contrées septentrionales, dans la seconde quinzaine du mois de juillet. Les actes authentiques rassemblés par l'auteur ne laissent pas le moindre doute sur toutes ces observations.

Le neuvième siècle marque les limites du progrès du climat de la France. Toutefois, ce climat ne perdit rien avant le douzième siècle; il parut rester stationnaire pendant deux cents ans. Ses hivers consistaient également en pluies et en tempêtes ; les vignes en couvraient toute la partie septentrionale. La moisson continue à se faire vers le nord à la fin du mois de juillet, et les vendanges à la fin du mois de septembre.

— *M. de Gemini*, de Constantinople, envoie des considérations sur le mode de transmission de la peste, et sur la génération des maladies en général.

L'auteur considère 1° le principe de la peste comme existant dans un fluide composé d'animalcules imperceptibles, lequel, étant assez subtil pour pénétrer les pores du corps humain, s'y combine avec le système humoral et la constitution organique; cette combinaison suspend instantanément l'équilibre des fonctions organiques par la décomposition simultanée des deux principes combinés, c'est-à-dire, des fluides de l'économie et du fluide pénétrant, et développe ainsi le virus morbifique sous des caractères plus ou moins graves, selon les conditions spéciales de la constitution de l'individu.

2° Je n'admets pas le principe de la contagion, c'est-à-dire, la possibilité de la communication soit de la peste, soit de toute autre maladie contagieuse ou épidémique, sans le concours de l'action du fluide électrique.

— *M. Scoutetten* lit une note sur la trachéotomie dans la période extrême du croup. L'auteur rapporte un seul fait qui lui est tout personnel, car il concerne sa fille âgée seulement de six semaines.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Décembre 1843.

De l'emploi des évacuants dans certaines formes de fièvres intermittentes récentes ou réfractaires.

L'auteur anonyme de cet article professe, avec du reste tous les bons observateurs, que la fièvre intermittente est quelquefois liée à un état particulier des voies digestives, état désigné sous le nom de plénitude, qui peut rendre inefficace l'emploi du quinquina jusqu'à ce que la méthode évacuante ait fait disparaître la complication. Quelquefois même un vomitif, administré dans ces circonstances, fait disparaître pour toujours les accidents. C'est ce que prouvent les faits qu'il rapporte et dont nous citerons les suivants :

Un militaire âgé de vingt-trois ans, est pris en route de vagues frissonnements, de céphalalgie, de courbature ; malgré ces accidents, le malade continue sa route en partie à pied, en partie en voiture. Le lendemain du jour où ces accidents se sont développés pour la première fois, et à peu près à leur début, un frisson intense se fait sentir, et il est suivi des phénomènes ordinaires d'un accès fébrile. Pendant trois jours les mêmes accidents se répètent périodiquement. Facies profondément altéré, teinte jaune surtout très prononcée à l'ovale inférieur ; céphalalgie frontale intense ; inappétence, répugnance invincible même pour toute espèce d'alimentation ; langue saburrale, large et comme épaissie ; amertume très grande de la bouche ; sentiment de courbature et de faiblesse tout à la fois ; douleurs vagues parcourant l'abdomen ; garderobes rares ; insomnie complète ; pouls d'une médiocre fréquence ; bien que le malade ait changé de linge pendant la nuit, la peau est encore moite et comme macérée. Prescription : 10 centigrammes de tartre stibié ; vomissements bilieux excessivement abondants. Dès le lendemain, tous les symptômes qui annonçaient une turgescence bilieuse et prononcée se sont effacés, mais, en même temps, à partir de ce jour, la fièvre n'a pas reparu.

La fille Bonnot, d'une constitution d'une force médiocre, jouissant d'une santé habituellement bonne, régulièrement menstruée, et habitant la campagne, est atteinte, au commencement de l'automne de 1842, d'une fièvre tierce à laquelle on oppose d'emblée le sulfate de quinine : cette fièvre, combattue de la même manière à diverses reprises, cesse et reparaît alternativement ; en somme la maladie durait depuis six mois, quand cette femme devint grosse. L'état de grossesse mit fin à la fièvre; mais l'accouchement terminé, le mal reparaît avec le même caractère, c'est-à-dire, sous le type tierce. C'est alors seulement que nous observons la malade; l'affection durait, à partir de l'époque de sa réapparition, depuis deux mois environ. Le facies porte l'empreinte de la cachexie, qu'on a appelée ictère splénique. L'appétit est fort irrégulier, la bouche est pâteuse, la langue saburrale. L'abdomen, exploré, n'offre à la palpation aucune lésion appréciable. Je fais prendre à la malade deux bouteilles d'eau de Sedlitz à deux jours d'intervalle; il en résulta des selles abondantes. Les troubles fonctionnels qui existaient du côté du tube digestif s'effacent peu à peu, de même que la langue se débarrasse de l'enduit saburral qui la chargeait. La fièvre manque complétement le jour où elle devait reparaître; elle ne se montre pas davantage pendant les quinze jours que la malade est restée sous mes yeux. J'ai pu d'ailleurs m'assurer que depuis cette époque l'affection périodique n'a point reparu.

Un mot sur les affections cutanées dyscromateuses, et en particulier sur le traitement de la panne hépatique par la pommade au goudron ; par le docteur DAUVERGNE, médecin de l'hospice de Manosque (Basses-Alpes).

L'auteur appelle panne hépatique, taches hépatiques, une affection de la peau qu'Alibert avait classée dans ses Dermatoses dyscromateuses, et que la plupart des auteurs avaient désignée sous le nom d'*éphélides*, et confondue avec les taches de rousseur, diverses macules scorbutiques, ou les taches inégales que certaines femmes, en faisant abus des chaufferettes, ont en hiver à la partie interne des cuisses.

Dans deux cas rebelles à toute espèce de traitement, M. Dauvergne a réussi à faire disparaître la maladie par des frictions d'une pommade au goudron, dont voici la formule :

Axonge,	30 grammes;
Goudron,	10

Mêlez exactement.

Ces frictions doivent être continuées pendant un temps assez long.

Mémoire sur une nouvelle méthode de hâter la guérison des plaies récentes ; par M. REVEILLÉ-PARISE.

L'auteur termine ainsi son travail : En résumé, le principe d'expulser d'une plaie tout ce qui peut déterminer l'inflammation, retarder la cicatrisation, porte avec lui la conséquence d'un moyen capable d'opérer cette expulsion. L'application d'une ventouse à pompe, dans certaines conditions précédemment déterminées, paraît le moyen le plus convenable et le plus énergique pour atteindre ce but. L'utilité de ce procédé, loin d'être une hypothèse gratuite, repose au contraire sur les faits et le raisonnement, sur les phénomènes de la vie les mieux observés. S'il est prouvé que toute vérité scientifique doit arriver à cet état de clarté, de simplicité qui la rend incontestable nous, croyons y être parvenu pour le procédé objet de ce travail.

L'iodure de potassium jouit encore d'une grande efficacité dans les ulcérations non-vénériennes; par M. ESPEZEL, médecin à Esperaza.

Un homme et sa femme, âgés d'environ trente-six ans, se présentèrent à l'auteur il y a plus de trois mois. Six mois avant, à la suite d'un refroidissement, la femme sentit de la douleur dans le fond de la gorge; peu à peu la douleur augmenta au point de rendre la déglutition pénible. Diverses tisanes n'ayant rien produit, elle se regarda un jour au miroir; et aperçut une sorte de plaie dans l'arrière-gorge. Les commères et les charlatans lui font perdre un tempt précieux ; le mal augmente, la déglutition des liquides est surtout pénible ; de loin en loin il survient des vomissements; la douleur s'étend dans le larynx, dans l'œsophage ; enfin cette femme vint consulter l'auteur. Une ulcération du diamètre d'un écu de six francs occupe la paroi postérieure du pharynx. La muqueuse et la couche musculo-celluleuse sont detruites, et le stylet touche presque à nu le corps des troisième et quatrième vertèbres cervicales. Le fond de la plaie, fort inégal, est couvert d'une couche grisâtre, muqueuse; ses bords sont minces, régulièrement découpés, un peu décollés, de couleur brune. Les réponses assurées de la femme sur l'origine non syphilitique du mal, engagent l'auteur à le considérer comme une ulcération déterminée par une inflammation locale. Mais les bons effets de l'iodure de potassium contre les ulcérations syphilitiques l'engagent aussi à l'essayer ici. Le remède fut ordonné en potion et en gargarisme. Au bout de huit jours, la malade éprouve une amélioration telle, qu'elle vint en faire part au médecin, étonné lui-même des progrès rapides de la guérison. Le vingt-sixième jour de traitement, la cicatrisation est complète, et il serait difficile alors de reconnaître que la paroi postérieure du pharynx a été le siége d'une ulcération très vaste et très profonde. Trente grammes d'iodure de potassium ont suffi pour un si grand et si rapide résultat.

NOUVELLES.

Des plaintes nombreuses et fondées nous arrivent relativement à l'état déplorable dans lequel la Faculté laisse les amphithéâtres de l'Ecole pratique où ont lieu les cours des professeurs particuliers. Non-seulement ils sont sans feu, mais encore on néglige de remplacer, même par du papier, les carreaux cassés; de sorte qu'à la lettre, les élèves gèlent dans ces salles inhospitalières. Les préoccupations de M. le doyen sont donc bien grandes, pour qu'il fasse preuve de tant de négligence envers les élèves ?

— Un concours public sera ouvert, le 2 avril 1844, devant la Faculté de médecine de Montpellier pour sept places d'agrégés, savoir : trois places pour la section de médecines ; deux places pour la section de chirurgie, et deux places pour la section des sciences accessoires. Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront immédiatement en exercice, conformément aux dispositions de l'ordonnance du 10 avril 1840.

— On écrit de Cayenne qu'une épidémie de grippe très meurtrière sévit sur les habitants de cette colonie. Au nombre des personnes qui ont succombé, on cite M. Gallot, chirurgien de la marine.

— La grippe règne aussi d'une manière fort intense à Lyon.

— Le tribunal de première instance de Philippeville vient de juger le sieur M..., docteur en médecine et ex-capitaine de santé de cette ville, prévenu de concussion et de faux en écriture publique dans l'exercice de ses fonctions. Le tribunal a déclaré M... coupable de faux; mais, admettant des circonstances atténuantes, l'a condamné à cinq ans de réclusion et à l'exposition.

— La commission administrative de l'hospice de Vendôme vient de prendre une décision qui lui fait honneur. On sait que jusqu'à présent les malheureux qui décédaient à l'hospice étaient enterrés sans cercueils; c'est l'usage général dans les hôpitaux. L'administration de l'hospice de Vendôme vient de décider qu'à l'avenir un cercueil serait fourni pour chaque trépassé.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 5. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Symptômes syphilitiques secondaires guéris par le proto-iodure de mercure, après avoir résisté à l'usage de l'iodure de potassium.

Dans la salle Saint-Edmond est entré, le 5 octobre dernier, le nommé Roch, âgé de trente-quatre ans, courrier de commerce, pour y être traité d'une affection syphilitique. Ce cas nous a paru assez important pour les réflexions pratiques auxquelles il se prête, et dont nous ferons suivre sa courte histoire.

Cet individu, jouissant d'une bonne santé habituelle, contracte un chancre à la verge à la suite d'un coït impur, le mois de décembre 1841. Le médecin aux soins duquel il se confia, le mit à l'usage des pilules de Dupuytren pendant six semaines. Le malade pendant ce temps continue à sortir et vaquer à ses occupations ordinaires, avec une température atmosphérique froide et humide. Le chancre néanmoins se cicatrisa. Le mois de mai suivant le malade vit paraître deux furoncles, l'un sur le dos, l'autre au jarret; il n'y fit pas d'abord grande attention; mais voyant que la maladie faisait des progrès, que des ulcères de mauvais aspect étaient survenus à la suite des furoncles, il eut de nouveau recours aux hommes de l'art. On reconnût l'existence d'ulcères serpigineux de nature syphilitique, et on ordonne l'emploi de l'iodure de potassium. Le malade en fit usage régulièrement pendant cinq ou six semaines sans aucun résultat; les ulcères restaient à peu près stationnaires. Il se décida enfin à entrer à l'hôpital.

Lors de son entrée à l'hôpital, l'ulcère serpigineux était d'une étendue énorme; il occupait la moitié droite du dos, le moignon de l'épaule correspondante, et la partie supérieure du bras; il y en avait un de même nature au jarret droit. Ces ulcères avaient bien tous les caractères qu'on reconnaît ordinairement aux ulcères de cette nature. En examinant les parties génitales, on trouve une cicatrice profonde au-dessous du méat urinaire. M. Robert soumet immédiatement ce malade à l'usage de l'iodure de potassium, qui est porté graduellement jusqu'à deux grammes par jour. On le continue jusqu'au 22 octobre sans aucun changement notable dans l'état des ulcères, qui restèrent à peu près stationnaires. Alors le chirurgien se décida à substituer à l'iodure de potassium le proto-iodure de mercure à petite doses. Au bout de quelques jours de ce traitement, les ulcères changèrent notablement d'aspect; la cicatrisation s'opérait rapidement, et enfin elle était complète le 1er novembre.

A propos de ce fait, on peut soulever une double question d'une grande importance pratique : 1° Pourquoi, nonobstant l'usage des pilules de Dupuytren pendant six semaines, le chancre chez notre malade a été suivi de phénomènes secondaires? Nous croyons que la raison de cette inefficacité d'un traitement reconnu déjà comme très efficace est double. D'abord nous regardons comme condition indispensable pour la réussite d'un traitement antisyphilitique, l'observance de certaines règles hygiéniques sous lesquelles le traitement le mieux combiné peut échouer. M. Robert a plusieurs faits devant lui qui viennent à l'appui de cette opinion; il nous raconta avoir donné des soins à un employé du ministère pour une maladie vénérienne; le traitement était celui qu'une longue expérience a reconnu héroïque contre les affections de cette nature; mais le malade sortait, continuait à s'occuper des affaires de son emploi, etc. Le malade, bien loin de guérir, empirait; alors le chirurgien lui ordonne comme *conditio sine qua non*, le séjour dans sa chambre, et un régime convenable; les symptômes s'amendèrent promptement, et la guérison fut complète dans un espace de temps assez court. Comment, du reste, peut-on concevoir qu'une maladie devienne constitutionnelle, ou pouvant le devenir, se modifie, disparaisse sous l'influence d'une thérapeutique quelconque, lorsque le malade continue le même genre de vie qu'il tenait à l'état de santé parfait? Est-ce que le régime hygiénique, la soustraction à tous les modificateurs extérieurs n'entrent pas comme éléments dans le traitement rationnel de toute maladie, surtout générale? Ainsi, pour nous, il n'est pas douteux que le régime et le repos plus ou moins absolu soient des conditions indispensables pour qu'un traitement antisyphilitique le mieux conçu et dirigé soit vraiment efficace.

Il y a, en outre, une seconde raison pour laquelle les pilules de Dupuytren n'ont pas préservé notre malade des symptômes consécutifs; c'est le temps trop court pendant lequel on les a employée. Nous savons bien qu'à cet égard les avis sont encore partagés; les uns croient que cinq à six semaines d'un usage non interrompu des médicaments prescrits doivent suffire pour mettre à l'abri d'une infection consécutive. Nous avons entendu M. Chomel professer une opinion contraire, et insister, en s'appuyant sur des faits très nombreux, sur la nécessité de prolonger le traitement antivénérien pendant cinq à six mois, en employant des doses fractionnées des substances qu'on ordonne. Nous partageons volontiers cette doctrine, qui d'ailleurs a toujours l'avantage sur l'autre, de tranquilliser mieux les malades, et de les préserver d'accidents possibles très graves. Il est bien vrai qu'en prolongeant si long-temps la médication, et en observant en même temps les préceptes hygiéniques que nous avons conseillés tout à l'heure, on condamnerait des malades apparemment très bien portants à un régime qu'ils subiraient très difficilement, et qui semblerait même le plus souvent inutile; et à cet égard, nous dirons que M. Chomel a pour pratique de laisser les malades vaquer à leurs affaires, à moins qu'il n'y ait quelque contre-indication particulière; et nous aussi sommes d'avis qu'il n'est pas nécessaire de tenir pendant tout le temps du traitement renfermés les pauvres malades, mais nous croyons aussi qu'il est bien de le faire pendant le premier mois. Qu'est-ce, le sacrifice d'un mois de régime un peu sévère, comparativement au danger auquel on s'expose en faisant autrement, de contracter une maladie constitutionnelle toujours grave dans ses conséquences?

La seconde question qui se présente, est relative à l'efficacité comparative de l'iodure de potassium et du proto-iodure de mercure dans les affections syphilitiques. On sait que la seconde de ces deux préparations est employée le plus souvent pour combattre les phénomènes secondaires récents de la syphilis (telle est au moins l'opinion de M. Ricord, assez puissante dans la matière), tandis qu'on emploie plutôt la première contre les phénomènes tertiaires et invétérés; pourtant, dans le cas actuel, nous avons vu arriver tout l'inverse, ou, pour mieux dire, nous avons vu l'iodure de potassium échouer contre des symptômes constitutionnels assez anciens, et le proto-iodure de mercure produire des résultats complets et rapides. Comment expliquer cela? Pour nous, il paraît plus que probable que ces deux médicaments jouissent d'une action analogue, qu'ils peuvent être administrés indistinctement et avec des effets analogues, mais qu'il peut arriver que l'un échouant, l'autre réussisse *et vice versâ*, et que par conséquent il faut savoir les alterner en temps et lieu pour obtenir le résultat qu'on se propose. Cela, du reste, n'a rien d'étonnant; on l'observe dans une foule d'agents thérapeutiques qui, ayant une action analogue, veulent être alternativement employés l'un après l'autre, toutes les fois que l'organisme en semble saturé.

Pied-bot varus équin. Remarques pratiques sur cette difformité. Entré le 21 juillet, et sorti guéri le 10 novembre dernier.

Le sujet de cette remarquable histoire est un jeune homme de vingt ans, d'une bonne constitution. Il est né sans aucune difformité, et a marché comme tous les autres jusqu'à l'âge de trois ans. A cette époque, il ressentit, sans cause connue, des douleurs dans la jambe droite, qui durèrent long-temps. On n'y fit pas attention autant que cela pouvait mériter, et il en résulta peu à peu, et comme graduellement, une déviation et déformation du pied correspondant. Malgré cette difformité, l'enfant a marché jusqu'à l'âge de quatorze ans, où, ayant fait

FEUILLETON.

Compte rendu des travaux de l'Ecole de médecine du Caire, par les professeurs nationaux de la nouvelle école arabe d'Egypte. Précédé d'une Note *de la commission chargée de son examen par la Société orientale.*

(Suite du n° 2.)

Quant à nos travaux pratiques de médecine et de chirurgie, ils sont nombreux et importants. Dans les cliniques internes, on s'applique avec un soin tout particulier l'étude des maladies qui sévissent en Egypte, notamment à la peste, la variole, la dyssenterie, l'ophthalmie, etc. La clinique externe fournit des observations de haute chirurgie; ainsi il a été fait en opérations chirurgicales, à l'hôpital pratique de Casr-el-Ayni, dans le courant de cette année scolaire : tailles, 16; extractions de calculs par le canal de l'urètre, 4; lithotrities, 2; éléphantiasis du scrotum, 5; hydrocèles, 133; fistules anales, 43; fistules lacrymales, 4; fistules salivaires, 3; excisions d'hémorrhoïdes, 15; grenouillettes, 5; ablation des amygdales, 1; bec-de-lièvre, 5; extirpations de tumeurs cancéreuses, 2; de polypes des fosses nasales, 3; de polypes du sinus maxillaire droit, 1; de tumeurs enkystées, 18; de tumeurs fibreuses, 1; de stéatomes, 2; d'un testicule, 3. Amputations : de la jambe, 7; de la cuisse, 3; de l'avant-bras, 4; du bras, 2; de l'index, 3; du pouce, 2. Fractures : de la mâchoire inférieure, 2; de la clavicule, 4; des côtes, 3; du col de l'humérus, 1; du corps de l'humérus, 5; de l'avant-bras, 6; perforation du sinus maxillaire supérieur pour l'ablation d'une tumeur, 1; réductions de luxations de la mâchoire inférieure, 2; huméro-scapulaires, 3; iléo-fémorale, 1; extractions de balles, 3; opérations de l'hydropisie articulaire du genou, 5; de la gaîne inférieure des muscles droits de la cuisse, 2; cataractes, 19; ectropions, 22; trichiasis, 257. — Total : 635.

Un grand nombre de ces opérations, même des plus graves, ont été faites par les élèves de la première classe, sous les yeux des professeurs. Nous ne parlons pas des opérations simples qui tous les jours s'exécutent dans les salles des malades. Quant aux opérations dont la gravité peut entraîner la mort, nous devons faire observer qu'il ne meurt pas plus de 3 ou 4 opérés sur 100. Pour les autres opérations, toutes ont été suivies de succès, excepté trois opérations de cataracte.

Pour les maladies internes aiguës, la mortalité ne dépassé pas ordinairement 5 ou 6 pour 100.

Indépendamment de nos travaux d'enseignement et du service à l'hôpital de Casr-el-Ayni, chacun de nous s'est occupé et s'occupe encore des traductions les plus utiles à faire pour les progrès de l'Ecole. Jusqu'aujourd'hui, les ouvrages traduits en arabe et imprimés, ou sous presse, ou traduits et attendant l'impression, ou encore en traduction, sont :

1° Ouvrages traduits et imprimés, 17; savoir :

Traité de physique, par M. Perron, directeur de l'Ecole; *Géographie physique*, traduit par Ahmed-el-Rachydy; *Chimie et Analyse chimique*, par M. Perron, directeur de l'Ecole, 2 volumes arabes, traduits par lui-même (le premier volume est imprimé); *Botanique*, par M. Figari; *Anatomie descriptive*, de Bailly; *Abrégé d'anatomie générale*, traduit par Ibrahim-el-Nabarâwy; *Physiologie*, par M. Seisson; *Chirurgie*, par Bégin; *Bandages*, traduit par M. Ibrahim-el-Nabarâwy; *Vade-mecum*; *Pathologie interne*, par Roche et Sanson; *Diagnostic et traitement des maladies*, traduit par Mohammed-Châfey; *Maladies des yeux*, traduit par Ahmed-el-Rachydy; *Accouchements*, traduit par Ahmed-el-Rachydy; *Pharmacie*, traduit par Hussein-el-Rachydy; *Formulaire*; *Hygiène*.

2° Ouvrages sous presse : Le second volume de *Chimie et d'Analyse chimique*; *Opérations chirurgicales*, traduit par Mohammed-Aly.

3° Ouvrages traduits, attendant l'impression prochainement, 6; *Anatomie descriptive* de Cruveilhier, traduite par Mohammed-el-Chabâssy; *Anatomie générale*, de Béclard, traduite par M. Içawy; *Médecine et hygiène populaires*, par Clot-Bey, traduite par M. Châfey; *De la Peste*, par Clot Bey, traduit par Mustafa-Soubky; *Pathologie clinique*, par M. Emangard; *Dictionnaire des termes de médecine*, traduit par tous les professeurs.

4° Ouvrages actuellement en traduction : *Maladies des Femmes et des Enfants*, traduit par Ahmed-el-Rachydy; *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* du docteur Fabre, 28 livraisons; chaque professeur traduit un certain nombre de ces livraisons.

Lorsqu'une traduction est terminée, elle est relue par le scheik réviseur, en réunion académique des professeurs et de M. Perron, directeur de l'Ecole, qui, vu sa connaissance profonde de la langue arabe, préside ce comité de traduction et de révision; en même temps la traduction est comparée avec l'original français. Ensuite la fonction spéciale du scheik est de châtier le style, de suivre l'impression, de corriger les épreuves, d'y apposer, après les corrections faites, le bon à tirer. Lorsque l'impression est achevée, l'ouvrage est encore relu par le scheik avec le traducteur, afin d'extraire ce qui peut s'être glissé d'*errata*.

Toutes ces précautions, que nous indiquons ici en quelques mots, entraînent un long travail, il est vrai, mais elles sont indispensables pour atteindre à toute l'exactitude possible. Il est aisé de voir quelles conséquences peuvent être la suite d'une erreur, ne fût-ce que dans un mot, une lettre, un chiffre, surtout dans les prescriptions médicales.

Aujourd'hui la masse des volumes imprimés par l'enseignement de l'Ecole de médecine est de 14,500 volumes, sans compter les deux traités qui sont actuellement sous presse, et dont l'un est tiré à 500 exemplaires, et l'autre à 1,000.

A la belle époque de l'introduction des lettres et des sciences chez les Arabes, sous Almansour, Aroun-el-Raschyd, el-Mâmoûn, etc., jamais les traductions des livres étrangers ne furent aussi nombreuses, ni aussi exactes et justes, parce qu'alors ceux qui étaient chargés de ces versions, soit du grec, soit de l'hébreu, du syriaque, ou du latin, n'étaient pas assez versés dans les sciences dont ils devaient transporter les traités en langue arabe. C'est ce qui explique comment les traductions d'Hippocrate, de Galien, de Dioscoride, etc., ont été parfois défigurées, et même laissées avec des lacunes. De plus, pour la multiplication des ouvrages, et par conséquent, pour la facilité de l'enseignement et de la propagation des connaissances, nous avons, de plus que ces anciens Arabes, l'immense moyen de l'imprimerie. Quant à la science en elle-même, nous avons encore sur nos ancêtres l'incontestable avantage d'avoir à traduire les ouvrages européens les plus avancés dans toutes les parties de la science médicale, dans les perfectionnements pratiques qu'elle a reçus et qu'elle reçoit sans cesse depuis nombre d'années.

Nous avons de plus qu'eux, grâce encore au génie du grand homme qui gouverne l'Egypte, pu parvenir à nous livrer ici aux études anatomiques avec autant de facilité qu'on le fait dans les écoles d'Europe. Jusqu'à ce siècle-ci, les Arabes n'avaient abordé ces études que théoriquement; et l'on sait que la médecine n'a fait de véritables progrès, dans quelque pays que ce soit, que lorsque les connaissances anatomiques directes et prises sur le corps de l'homme se sont multipliées et étendues. Enfin, à aucune époque de l'histoire scientifique des Arabes, les maladies des femmes n'ont été véritablement étudiées. Aujourd'hui, il existe au Caire une Ecole d'accouchement, dans laquelle tous les cours qui se rapportent à cette partie de la médecine sont faits dans toute leur étendue; un hospice pour les femmes ajoute la pratique à l'enseignement théorique, sert à le vérifier, et le complète.

Maintenant, nous terminerons ce Compte rendu en indiquant en quelques mots l'état actuel de l'Ecole de médecine. L'Ecole de médecine du Caire présente un système d'organisation plus avancé que celui de beaucoup d'universités d'Europe. Dans la même localité se trouvent réunis l'hôpital général militaire de Casr-el-Ayny, la pharmacie centrale, et les laboratoires chimiques, un cabinet de physique, un cabinet d'histoire naturelle, une bibliothèque médicale, et sous peu il y aura un jardin botanique. D'après cet arrangement, les élèves sont à portée de suivre tous les cours théoriques et pratiques, sans sortir de

un faux pas, il tomba, et en reçut une entorse du pied malade. On a traité l'entorse; mais, depuis lors, il n'a pu s'appuyer sur le pied, et fut forcé de se servir d'une béquille pour ne pas être obligé de prendre un point d'appui sur la jambe et le pied droits. Il a continué dans cet état jusqu'à l'époque actuelle, et il se décida à entrer à l'hôpital le 10 juillet dernier.

Voici l'état dans lequel on a trouvé son membre lors de son entrée :

1° Le membre est plus court que le gauche; autant qu'on a pu le constater, la différence de longueur porte plutôt sur la jambe que sur la cuisse. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. Le pied surtout est grêle, et plus court que l'autre; tout le membre est grêle, et pourvu de muscles flasques et faibles.

Le membre gauche présente un état opposé qui contraste avec celui-ci.

2° Le pied est dans un état d'extension permanente et très prononcée, telle que l'axe du pied fait presque suite à celui de la jambe, ou du moins fait un angle très obtus avec celle-ci. Le dos du pied est fortement convexe et dirigé en dehors; lorsque le malade veut s'appuyer sur ce pied, il porte sur la face dorsale et le bord externe du cinquième orteil, où on remarque une callosité à la peau considérable; il y a aussi une saillie au niveau de l'astragale. Le bord interne du pied est assez fortement concave et regarde en haut et en dedans, comme lorsque le pied est dans une adduction forcée.

Les orteils sont très rapprochés et fléchis; le gros orteil est même caché sous le second.

La voûte plantaire est très concave, et regarde en arrière et en dedans.

Si on veut rendre au pied sa forme naturelle au moyen de tractions et de pressions on rencontre des obstacles irrésistibles, qui paraissent uniquement dus aux muscles nombreux de la face postérieure de la jambe et de la plante du pied, raccourcis d'une manière permanente; c'est-à-dire du tendon d'Achille, du tendon du fléchisseur du gros orteil, du fléchisseur commun des orteils et de l'aponévrose plantaire; des jambier postérieur et antérieur.

En résumé, il y a 1° extension et adduction forcée et permanente du pied; flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied; flexion des orteils; 2° raccourcissement de tous les muscles dont l'action est de donner ou de conserver au pied cette attitude; 3° atrophie de tout le membre et de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne du tronc surtout du pied, qui présente le plus grand degré de cet état anormal; 4° flexion de la jambe sur la cuisse.

La flexion de la jambe sur la cuisse semble due à ce que le malade ne pouvant pas s'appuyer sur un pied difforme, est obligé de l'élever parce qu'il en touche autrement le col; peut-être le raccourcissement des muscles jumeaux y est-il aussi pour quelque chose, mais il est bien peu considérable.

La maladie principale ici est positivement celle du pied.

Pour le traitement qu'on a dû entreprendre il a été de toute importance de déterminer l'étiologie de la maladie, et il fut très avantageux de connaître qu'elle n'était pas congéniale, le malade ayant marché quelque temps après la naissance et tout à fait comme les enfants bien conformés; que de l'autre côté elle est antérieure à la contracture des muscles raccourcis.

Si on considère que cette contracture musculaire ne peut s'effectuer que par l'intervention des nerfs, on arrive à cette conclusion que la maladie de difformité dont il s'agit résulte de la contracture même commune et simultanée de tous les muscles placés sous la dépendance de la branche interne du nerf sciatique. C'est là l'opinion de M. Bonnet, qu'il a consignée dans son dernier ouvrage sur la rétraction, page 454. C'est là aussi du reste la doctrine enseignée par les orthopédistes les plus distingués, M. Bouvier, Guérin, etc., et ce dernier insiste surtout avec raison dans l'examen étiologique de ces affections sur les maladies nerveuses, caractérisées par accès convulsifs, que les malades ont pu avoir dans leur première enfance, et qu'il regarde comme la cause première éloignée de presque toutes les difformités non congéniales. C'est pour cela que la contracture musculaire dont nous parlons, et les autres maladies analogues, sont très fréquentes chez les enfants et infiniment rares chez les adultes, à moins qu'une cause traumatique ne vînt à agir.

Dans le principe cette contracture fut active, entretenue par une pure excitation musculaire particulière, mais ayant continué pendant long-temps elle annonce des changements dans la structure même des muscles contractés. Il en résulte une atrophie, un raccourcissement réel de ces organes; la portion fibreuse a presque disparu, la tendineuse, au contraire, a peut-être augmenté en donnant lieu à la difformité dans le membre, principalement dans le pied que nous avons décrit. C'est le dernier terme, le résultat final de la contracture musculaire. Du reste, l'histoire de ces transformations et de leur résultat définitif a été bien faite et décrite dans ces derniers temps dans les ouvrages spéciaux des chirurgiens orthopédistes. Notre intention n'est nullement de répéter ici ce qu'on peut lire d'une manière détaillée dans ces ouvrages, nous nous bornerons à dire que M. Bonnet nous semble avoir résumé d'une manière plus philosophique que les autres l'étiologie et l'évolution de ces difformités, et, pour cela, nous croyons devoir lui emprunter la dénomination qu'il a donnée à cette espèce de pied-bot, et qui, comme toutes les autres, nous semble plus scientifique en l'appelant *pied-bot poplité interne.*

Le pronostic de ces affections peut être grave si les lésions osseuses survenues dans l'articulation tibio-tarsienne et tarso-métacarpienne sont profondes. Dans le cas actuel il n'y avait pas encore de ces lésions graves ni dans l'articulation du pied ni dans celle de la jambe, mais les os de l'articulation métacarpienne ont subi quelque altération, et ce n'était qu'avec le temps qu'on serait arrivé à les ramener plus ou moins à leur état normal. Le résultat, du reste, répondit assez bien à notre attente.

Le traitement qu'on avait à employer ici c'était bien la ténotomie, car dans un degré de difformité si avancé, avec une transformation des parties musculaires si profonde, toute tentative faite avec des appareils orthopédiques aurait certes échoué sans le secours préalable de la ténotomie. Il fallait donc couper les tendons des différents muscles raccourcis en commençant par le tendon d'Achille, comme il est toujours de règle dans ces circonstances. C'est ce qu'on fit le 20 juillet, par la méthode sous-cutanée bien connue.

Après cette première opération thérapeutique, on applique un appareil mécanique convenable et bien construit par M. Pigot, destiné à fléchir le pied et le porter dans sa position normale avec la jambe, ce qu'on a pu exécuter peu à peu sans le moindre accident.

Quand on eut obtenu tout ce qu'on devait attendre de cette opération et de l'appareil orthopédique employé, on procéda, le 20 août suivant, à la section des tendons du jambier postérieur et du fléchisseur commun des orteils; on coupa le fléchisseur commun en dedans et un peu au-dessous de la malléole interne et le jambier postérieur un peu en arrière de l'insertion du scaphoïde. A la suite de ces nouvelles opérations, le pied put être placé dans une position meilleure.

Il restait, pour donner au pied toute sa forme normale, à couper le fléchisseur propre du gros orteil; on n'a pas cru devoir le couper immédiatement et on a attendu le résultat de l'appareil mécanique. L'expectation fut couronnée de succès, car peu à peu le gros orteil se distendit et céda entièrement à la force de la mécanique.

La difformité du pied était à peu près enlevée, et on avait toute raison de se féliciter du traitement employé; mais la jambe qui avait aussi ressenti l'influence de la contracture musculaire dont on parlé plus haut, restait toujours un peu fléchie sur la cuisse. On coupa les tendons du biceps et du demi-tendineux; on plaça ensuite le membre dans un appareil destiné à étendre la jambe, tout en s'adaptant à l'appareil orthopédique du pied. Il n'y eut aucune espèce d'accident; quelques jours après cette application, le malade se promenait avec son appareil dans les salles de l'hôpital.

Le malade se trouve toujours mieux de son membre, il a continué à retenir son appareil tout en marchant, et il continuera à le garder encore quelque temps par précaution après sa sortie, qui a eu lieu le 10 novembre dernier, présentant le pied bien redressé et tout le membre aussi bien que possible.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Pleuro-pneumonie affectant les quatre cinquièmes postérieurs externes du poumon droit au deuxième degré, chez un sujet anémique et chétif. (Casus pessimus et gravissimus.)

La nommée Quéjai, âgée de vingt-six ans, malade depuis cinq jours, entra le 26 novembre 1843, et fut couchée au n° 6 de la salle Sainte-Madeleine.

Constitution faible, tempérament lymphatico-nerveux. Réglée à seize ans, elle le fut, dit-elle, assez régulièrement, mais peu abondamment. Elle est sujette à un peu de leucorrhée et a eu deux enfants. Sa dernière couche a eu lieu il y a cinq mois. Les suites n'ont pas été graves; mais deux mois plus tard elle fut prise d'une perte utérine abondante avec douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine, gêne de la respiration sans expectoration sanguinolente, mouvement fébrile continu. Elle fut traitée au moyen de cataplasmes émollients et de tisane de bourrache. Bien rétablie au bout de trois semaines, elle s'est assez bien portée ensuite. A part la fièvre jaune, qu'elle dit avoir eue en Amérique en 1825, elle s'est toujours assez bien portée, sujette seulement à s'enrhumer tous les hivers.

Il y a cinq jours, elle fut prise tout à coup d'un frisson violent avec douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine, et augmentant par la toux; gêne notable de la respiration. En même temps anorexie, un vomissement bilieux tous les jours; pas de diarrhée, pas de douleurs de ventre; fièvre continue; céphalalgie sans étourdissements ni tournoiements de tête. Insomnie complète.

Alitée depuis le début. Pour traitement, infusion de fleurs de bourrache. Elle a pris un seul bouillon depuis cinq jours. Elle ignore la cause de sa maladie.

A l'entrée, on nota les phénomènes suivants : visage animé aux pommettes; la malade pousse des gémissements de temps en temps; respiration à 40, pouls à 120-124, faible. Rien de bien notable au cœur; en avant, résonnance et respiration un peu faibles à droite, bonnes à gauche. En arrière à droite, résonnance très faible, à peu près mate depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas; râle crépitant et souffle bronchique; retentissement éclatant de la voix dans les mêmes points; résonnance et respiration passables à gauche. Toux assez fré-

---

l'établissement. Car il faut remaquer encore que les élèves sont soumis au régime collégial, c'est-à-dire qu'ils sont instruits, loges et entretenus dans le sein de l'Ecole, aux frais du gouvernement; et de plus, ils sont payés.

Les cours qui composent l'enseignement sont établis et distribués dans l'ordre suivant :

Première année ou année préparatoire, consacrée aux sciences médicales accessoires : *Physique*, professée par Ahmed el-Rachydy; *Chimie*, professée par Derviche Zidân; *Botanique*, professée par Mohammed-el-Fahâm.

Section de médecine. Première année : *Ostéologie*, *Syndesmologie* et *Splanchnologie*, *Anatomie générale*, par Hussein-Auf; *Bandages*, par Ibrahim-el-Deçouky; *Petite Chirurgie*, par Osmân-Ibrahim. Ces trois professeurs, ainsi que Mohammed-el-Fahâm et Derviche Zidân, sont des anciens élèves de l'Ecole, que leurs connaissances et leur supériorité d'intelligence ont portés depuis peu d'années aux fonctions de professeurs adjoints. Un sixième professeur, aussi formé à l'Ecole de médecine et appelé Hassanein Aly, a mérité, par ses connaissances, son activité au travail, son intelligence, son habitude de la langue française qu'il a apprise par lui seul, d'être envoyé à Paris par son Altesse, pour étudier tout ce qui a trait à la fabrication des monnaies.

Deuxième année : *Anatomie descriptive*, professée par M. Chabâssy; *Physiologie*, par M. Mustafa-Soubky; *Chirurgie*, par M. Ibrahim-el-Nabarâwy.

Troisième année : *Anatomie descriptive*, par M. Chabâssy; *Chirurgie*, par M. Nabarâwy; *Matière médicale* et *Pharmacie*, par M. Hussein-el-Rachydy; *Hygiène*, par M. Osmân-Ibrahim.

Quatrième année : *Chirurgie*, par M. Nabarâwy; *Opérations chirurgicales*, par M. Mohammed-Aly; *Pathologie interne*, par M. Châfey; *Ophthalmiatrie*, par M. Soubky; *Matière médicale* et *Pharmacie*, par M. Hussein el-Rachydy; *Histoire naturelle*, par M. Husson, conservateur du cabinet d'histoire naturelle.

Section de pharmacie. Première année : *Chimie*, professée par Derviche Zidân; *Physique*, par M. Rachydy; *Botanique*, par Fahâm.

Deuxième année : *Chimie*, par M. Zidân; *Physique*, par M. Rachydy; *Pharmacie*, par Hussein-el-Rachydy; *Botanique*, par Fahâm; *Matière médicale*, par Hussein-el-Rachydy.

Troisième année : *Chimie* et *Analyse chimique*, par Derviche Zidân; *Physique* et *Météorologie*, par M. Rachydy.

Quatrième année : *Chimie* et *Analyse chimique*, par Zidân; *Physique* et *Géographie physique*, par M. Rachydy; *Pharmacie expérimentale*, par M. Hussein-el-Rachydy; *Botanique* et *Herborisation*, par MM. Fahâm et Husson; *Matière médicale* et *Falsification des drogues*, par Hussein-el-Rachydy; *Histoire naturelle*, par M. Husson.

Cours de langue française et de traduction, professés par M. Baya.

Cliniques. *Clinique chirurgicale*, faite par Nabarâwy; *Seconde clinique chirurgicale*, par M. Aly; *Clinique interne*, par M. Châfey; *Clinique d'ophthalmiatrie*, par M. Soubky.

Les élèves qui ont terminé leurs cours restent ordinairement au moins une année encore à l'Ecole, pour être exercés directement, sous la surveillance et la conduite des professeurs, au traitement des maladies et aux opérations chirurgicales.

Les élèves en pharmacie sont, par groupe et à tour de rôle, attachés au service pharmaceutique à l'hôpital, à la pharmacie de l'hôpital, et à la pharmacie centrale.

D'après le tableau que nous venons d'indiquer, on voit que les études sont de cinq années au moins. Les élèves ne sont reçus à l'Ecole de médecine qu'après trois ans d'études préliminaire à l'école préparatoire, où ils apprennent l'arabe, la géographie, l'histoire, les mathématiques, etc., et de là ils sont distribués aux écoles spéciales.

L'exposé simple de ce Compte-rendu suffit, sans qu'il soit besoin d'y ajouter de réflexions, pour faire juger de l'ordre et de l'état des études médicales en Egypte aujourd'hui.

Nous espérons qu'il prouvera aux médecins, nos confrères d'Occident, que nous ne sommes pas indignes de leur estime et de leur approbation, et que l'école d'Egypte marche d'un pas assuré au développement des connaissances qui entrent dans le cadre si vaste de la médecine.

Grâces soient rendues au prince illustre qui a révivifié et ressuscité les études scientifiques sur le sol d'Egypte, et a recommencé une nouvelle époque de gloire intellectuelle parmi les Arabes.

Grâces soient rendues aussi aux maîtres que sa générosité nous a donnés pour nous faire travailler à cette œuvre de régénération! Par les soins et l'infatigable activité du célèbre fondateur de l'Ecole de médecine d'Egypte, les études médicales ont grandi rapidement parmi nous; par l'attentive administration de notre directeur actuel, par la connaissance profonde qu'il possède de la langue arabe, par sa science si multiple, l'Ecole continue son développement et ses progrès, et elle deviendra bientôt, nous l'espérons, la sœur et l'émule de l'école française, dont nous nous glorifions d'être aussi les élèves.

Toute notre ambition, et celle de nos chefs actuels, est de faire produire au bel établissement médical d'Egypte des résultats que le monde scientifique puisse louer, que les hommes d'*honneur* et de justice approuvent. Et nous ne mentirons point à notre mission.

Désormais on verra sortir du sein de l'Ecole des médecins revêtus du titre de docteurs, et qui l'auront mérités. Son Altesse, cette année, a autorisé à conférer ce titre aux médecins qui, élevés à l'Ecole, et, outre les preuves des examens scolaires annuels, auront été jugés capables, par d'autres épreuves encore, de se livrer à l'exercice de la médecine et de la chirurgie. Les examens et la thèse du doctorat seront exigés, en surplus de tous les examens passés à l'Ecole pendant la durée proprement dite des études. Jusqu'aujourd'hui l'Ecole n'avait pas encore créé le titre de docteur pour les sujets qu'elle forme. Les mouvements des affaires publiques, les besoins incessants des nombreux services, soit militaires, soit administratifs, etc., enlevaient rapidement les élèves. Et d'ailleurs, ce n'est pas dans les premières années de sa vie qu'une école de médecine, surtout dans des pays rénovés, est en état d'enfanter des médecins véritablement dignes du nom de docteurs. Il faut que les esprits se familiarisent long-temps avec toutes les difficultés et les détails des sciences médicales, s'habituent à les digérer, se les identifient, avant qu'on ne commence à inaugurer des médecins et à les charger de la responsabilité si grave que ce nom leur confie. Ce n'est pas assez, comme on le fait à Constantinople, de quatre ou cinq ans, à des jeunes gens qu'une éducation première n'a pas assez développés, à des jeunes gens qui, dès leur premier âge, ne vivent pas au milieu d'hommes très avancés en civilisation, pour être mûrs et bons à recevoir le droit de compter au nombre des médecins, selon le sens qu'on y attache dans les contrées les plus éclairées de l'Europe. Car enfin nul n'est médecin par la seule raison d'un diplôme.

A l'Ecole d'Egypte, il faut passer, outre les cinq années d'études scolaires proprement dites, trois années encore aux études médicales théoriques et pratiques. Joignez à ces huit années de travail les trois années passées à l'école préparatoire. De cette manière, aucun sujet ne peut prétendre seulement à passer ses examens pour le grade de docteur, qu'après onze ans d'éducation; et le temps qu'exige la préparation à ces examens complète douze années.

C'est que, dans l'organisation de l'Ecole, dans ses statuts, dans son enseignement, le but n'est pas seulement de créer des médecins, des aides-médecins; le but est aussi, par la multiplicité des études, par le long temps qui leur est consacré, d'agir profondément sur les esprits, d'y déposer un ferment scientifique qui les anime, les pénètre, les remplisse, et ensuite se réverse sur les autres; le but, en un mot, c'est d'aider puissamment à la civilisation du pays, en produisant des élèves qui en soient les sentinelles avancées au milieu de la population, et les défenseurs éclairés et fervents au milieu des hommes encore ignorants ou incrédules.

Du reste, l'Ecole de médecine égyptienne se place sans crainte en rivalité avec les meilleures écoles d'Europe. Sa réputation, commencée et soutenue par celle de son fondateur, a franchi désormais les limites de l'Egypte; ses succès ont retenti dans l'Orient islamique, et de l'Yémen, du Hedjaz, de la Syrie, de l'Asie mineure, de la Turquie d'Europe, des régences, du Magreb, du Soudan, une foule de malades viennent chaque année nous consulter, solliciter de nous les secours de

quente; crachats albumineux légèrement verdâtres; langue humide, saburrale, rouge au pourtour. Soif, anorexie. Rien de bien notable du côté du ventre; pas de selles depuis trois jours. Céphalalgie; souffle continu très fort dans la carotide droite. Saignée de 3 palettes.

Le 27 novembre elle se sent un peu soulagée. Quintes de toux avec crachats spumeux, albumineux, légèrement safranés en quelques points; douleur de côté; chaleur modérée; moiteur; respiration à 44, pouls à 128, petit, faible, mou. Matité en arrière à droite; crépitation depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, voisine de l'oreille, assez fine, avec un souffle bien distinct vers le bord interne de l'omoplate; retentissement éclatant de la voix sans chevrotement notable.

Caillot bien rétracté, couenne épaisse, résistante, fortement e franchement inflammatoire. Saignée de 3 pal.; vent. scarif. part. post. thor. droit, 3 pal.; guim. sir. gom. 3 p.; sol. sir. gom, 1 p.; catapl.; julep béchique; diète.

Le 28 novembre elle se sent mieux. Ses règles ont apparu hier à peu près à leur époque. Visage moins animé, plus calme; respiration plus libre, à 36; crachats albumineux, offrant çà et là encore une légère teinte safranée; pouls à 116; douleur de côté disparue; chaleur modérée, sueur; persistance du souffle en arrière à droite.

Caillot comme celui de la veille; couenne moins épaisse. La saignée a coulé lentement.

Sérosité des ventouses non rougie; rondelles prises en une masse gélatineuse. Vésicat. post. thorax droit; mêmes tisanes; diète.

Le 29 novembre, elle dit se trouver beaucoup mieux, et avoir à peine toussé. Deux ou trois crachats albumineux, blancs, adhérents; chaleur douce; pouls à 104, respiration à 30. La malade ne paraît éprouver aucune dyspnée; visage calme; décubitus dorsal. Mêmes tisanes; diète.

Le 2 décembre, elle a continué à se trouver bien, n'éprouvant de l'oppression que s'il lui arrive de faire quelques mouvements, comme pour s'asseoir dans son lit; ni toux, ni expectoration. Langue bonne; pouls à 96. Même prescription.

Le 3 décembre, elle continue à bien aller. Le souffle a complétement disparu en arrière à droite, ainsi que la crépitation. Mêmes tisanes; 1 bouillon.

Le 6 décembre, la malade va toujours de mieux en mieux. Respiration à 24, tout à fait libre; pouls à 72.

Guérison consolidée. Solut. sir. gom. 2 pots; 1 port.

Les circonstances désespérées dans lesquelles se trouvait cette malade, et par l'étendue de la phlegmasie, et par le peu de données que fournissait sa chétive constitution à la thérapeutique active des saignées suffisantes, rendaient ce cas fatal et inévitablement mortel.

Quelle conduite tenir cependant? Abandonner la maladie aux seules forces de la nature, ou avoir recours aux méthodes dites contro-stimulantes? Mais l'expérience n'a-t-elle pas démontré leur inefficacité? Il est évident que les saignées étaient la médication qui offrait le plus de chances de succès, et que si le médecin, qui avait un devoir impérieux à remplir, ne pouvait appliquer la formule nouvelle des émissions sanguines dans toute l'énergie que nécessitait l'intensité de la pneumonie, il pouvait au moins en tenter l'administration selon le degré que comportait la constitution du sujet.

Le caractère d'une formule, en général, n'est pas d'être invariable, mais d'être une. Son principe étant identique, son avantage est qu'étant une fois trouvée, il ne s'agit plus que d'en faire l'application à tous les cas, et de là une multitude de variantes analogues aux variantes des formules des sciences physiques. Les conditions, telles que l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution du sujet, l'époque avec l'intensité de la phlegmasie, qui règlent son application, et en sont les bases indispensables, fournissent la mesure exacte des variations qui doivent présider à son administration, ou des doses. Une formule qui n'aurait pas ces fondements serait illusoire; car une thérapeutique sage ne peut puiser ailleurs les principes qui doivent la diriger. Aussi cette formule nouvelle a-t-elle subi d'importantes modifications dans le cas qui nous occupe. Le nombre des saignées n'a été que de trois, dont une application de ventouses *latere affecto*. Aux yeux des personnes ne connaissant pas la formule nouvelle, trois saignées pratiquées dans une pneumonie pourront ne présenter rien d'extraordinaire; mais ce qui étonnera, ce qui n'avait pas été vu dans la science avant la découverte de cette formule, c'est que, chez une malade à laquelle un médecin élevé selon les anciennes doctrines eût tout au plus pratiqué trois saignées dans le cours de la maladie, et de là dépend l'efficacité des émissions sanguines, c'est, dis-je, que ces trois saignées ont été faites dans les premières vingt quatre heures.

Les changements qu'éprouva la pneumonie sous l'influence de ces évacuations sanguines furent sensibles; il survint une diminution notable dans la fréquence du pouls, l'accélération de la respiration, la température du corps, avec disparition de la douleur de côté. Ce soulagement fut loin d'être satisfaisant, les phénomènes physiques persistant à un degré assez élevé. Le pronostic, en prévoyant qu'il est impossible de porter plus loin le nombre des saignées, a jugé leur effet. Si elles eussent dû donner leur résultat accoutumé et pu être portées plus loin, le cas eût cessé d'être très grave sous plusieurs rapports. Mais était-ce l'occasion, après ces saignées, d'administrer l'émétique? Sans nous montrer l'adversaire exclusif du contro-stimulisme, nous dirons que son indication n'était pas plus marquée qu'au début du traitement. Outre son inefficacité, on a évité à la malade l'épuisement qui succède à son administration, et alors on n'eût pas manqué, comme toujours, d'attribuer au tartre stibié une guérison due aux émissions sanguines. Il était plus nécessaire et plus logique de seconder l'action des saignées par l'application d'un vésicatoire, dont l'expérience a démontré l'utilité après l'emploi de ce moyen. C'était aussi maintenir la maladie dans la voie de résolution qu'on avait tentée par les saignées, et le succès a prouvé le bienfait de cette thérapeutique.

Deux mots encore. La convalescence de cettte malade a été très rapide, et il suffit de regarder la date de son entrée à l'hôpital pour s'assurer de la vitesse avec laquelle on est arrivé au résultat. La guérison bien établie, les forces se sont bientôt relevées à la suite d'une nourriture abondante. La convalescence eût-elle été aussi prompte et aussi solide si on eût administré le tartre stibié, ou si on eût abandonné la maladie à la nature? Nous ne le pensons pas, surtout quand nous comparons ce cas et plusieurs traités de la même façon à d'autres, de moindre gravité, traités par les méthodes dont nous venons de parler. Disons plus; la convalescence des individus soumis au contre-stimulisme ou à l'expectation, est souvent traversée d'accidents plus graves que la maladie primitive, et nous ne craignons pas d'être taxé d'exagération en avançant que le tiers au moins des malades traités par ces moyens périssent dans le cours de leur convalescence, à une époque où, par conséquent, on doit recueillir les fruits de la guérison. C'est ici le sujet d'insister sur les avantages de la formule des émissions sanguines suffisantes, qui, classant de suite les cas, leur applique un traitement fondé sur les données qui ont servi à leur assigner leur ordre dans la série, et prévient les lésions graves dont la marche, à une certaine époque, ne peut plus être enrayée. A l'aide de cette formule, la rapidité de la résolution évite à l'économie les altérations qui sont les conséquences nécessaires de la marche des maladies, et la facilité avec laquelle les individus soumis à ce traitement se rétablissent, tient à l'intégrité des fonctions dont les appareils n'ont pu être assez affaiblis ou lésés pour s'opposer à l'élaboration complète des éléments solides ou fluides qui subissent leur action.

H. LEFEBVRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 7 novembre 1843. — Présidence de M. TOIRAC.

M. Belhomme lit, sur les Causes morales et physiques de la folie, une note qui se termine par le résumé suivant :

1° Les causes physiques de la folie sont aussi nombreuses, sinon plus nombreuses, que les causes morales;

2° Il faut éviter les idées systématiques dans l'appréciation des causes de la folie;

3° Il faut tenir compte avant tout de la prédisposition héréditaire ou innée;

4° La folie débute rarement d'une manière spontanée, il y a souvent succession des causes physique ou morales, et il est aussi difficile de se prononcer sur l'action unique d'une cause quelconque, que de reconnaître sa valeur absolue;

5° On ne doit pas faire figurer l'idiotie parmi les causes de la folie, mais les vices d'organisation primitive;

6° L'épilepsie est souvent cause de folie;

7° La civilisation produit autant et peut-être plus de causes physiques que de causes morales;

8° Les causes physiques et morales se tiennent tellement qu'on ne peut concevoir une action immédiate sur l'intelligence et le moral de l'homme, sans l'intermédiaire de ses organes;

9° Pour qu'une statistique ait une valeur réelle, il faudrait que les faits qui y sont relatés fussent observés par le médecin qui fait la statistique.

M. Félix Legros. Si j'ai bien entendu M. Belhomme, il dit n'avoir jamais vu d'épilepsie sans une altération plus ou moins notable des facultés intellectuelles. Cette assertion me paraît beaucoup trop explicite. Dans la plupart des cas, l'accès passé, l'épileptique recouvre l'intégrité de son intelligence.

M. Belhomme affirme que l'épilepsie chronique s'accompagne ordinairement d'un certain trouble de l'intelligence, et qu'en se prolongeant il est rare qu'elle ne finisse pas par amener la folie.

M. Moreau (de Tours). Dans l'épilepsie chronique, les accès sont généralement éloignés, et il est très fréquent de voir, dans l'intervalle de ces accès, les facultés intellectuelles demeurer intactes. Peut-être serait-il plus vrai de dire que le dérangement porte sur les facultés instinctives. Du reste, j'appuie la prédominance attribuée par M. Belhomme aux causes physiques sur les causes morales. Je partage également son avis sur l'influence insuffisamment appréciée de l'hérédité.

M. Belhomme. Voici un fait qui prouve la difficulté d'apprécier quelquefois les causes de la folie. On m'a amené dernièrement une dame qui a éprouvé une impression morale quelque temps avant le développement de sa maladie; elle a été volée par sa domestique; mais, d'un autre côté, cette dame a quarante-cinq ans; elle est mal menstruée. Voilà une cause physique. Suivant leurs idées, les uns diront que c'est la première qui a agi; les autres accuseront la seconde. Il est plus probable que toutes les deux ont eu leur part d'action.

M. Félix Legros. Nous retombons dans les divisions classiques. La suppression des menstrues chez la malade de M. Belhomme sera la cause *prédispasante*; le vol dont elle a été victime, la cause *déterminante*.

M. Deleau. On retrouve l'influence de l'imagination dans le développement d'autres affections; dans celui de la rage, par exemple.

M. Géry. La comparaison n'est pas juste de tout point. En effet, pour que la rage se développe, il faut d'abord que l'individu ait été mordu, ou que le virus rabique lui ait été inoculé de toute autre façon. Cependant voici un fait où l'imagination a suffi pour déterminer, non pas la rage, mais quelques symptômes hydrophobiques. Un homme vint à savoir qu'un chien qui avait passé près de lui quelques jours auparavant, était enragé lors de cette rencontre. Aussitôt il fut saisi d'un sentiment invincible de terreur, avec malaise général, anxiété, spasme du pharynx, constriction à la gorge; enfin difficulté d'avaler les liquides, comme cela s'observe dans la rage. C'est dans cet état qu'il vint me trouver. Je reconnus de suite que tout son mal était dans son imagination Cependant, comme il était affecté au point d'être forcé de suspendre ses travaux, je cherchai à combattre cette sorte d'affaissement nerveux par le sulfate de quinine et le vin de quinquina; puis, je me bornai à lui donner des pilules de mie de pain, lui laissant croire que je lui faisais subir un traitement actif. Cette maladie, toute morale, tourmenta long-temps ce malheureux. Ce ne fut qu'à la longue que son imagination se calma, et que les symptômes se dissipèrent. Mais il en conserva une impression durable, et pendant long-temps encore il ne pouvait s'empêcher de frissonner si quelque chose venait à lui rappeler cet événement.

M. Gaide. Ce fait combat une bonne partie de ceux qui sont allégués depuis qu'il est question de la rage. Les faits de rage très tardive, c'est-à-dire survenant après un long espace de temps, des mois, des années même, comme on l'a prétendu, ces faits, dis-je, existent dans les livres; mais aucun de nous probablement ne pourrait dire en avoir observé. Ceux que les auteurs ont cités rentrent sans doute dans celui de M. Géry. Je crois qu'au bout d'un certain temps il est permis de contester le virus rabique.

M. Ségalas. Il y a une vingtaine d'années, je fus chargé de faire un rapport à l'Académie française sur un moyen proposé contre la rage. A l'occasion de ce rapport, je fis des expériences, des recherches, et je découvris plusieurs faits curieux, entre autres celui-ci : Un médecin de Lyon ayant été mordu par un chien qu'il supposa enragé, se crut, à quelque temps de là, atteint d'hydrophobie, et cheminait triste et sombre, lorsqu'il rencontra un de ses confrères, auquel il fit part de ses craintes. — « Et quand donc, demanda celui-ci, avez-vous ressenti les premiers symptômes? » — « Tel jour, à telle heure. » — « Cela fait plus de trois jours, reprend l'autre en consultant sa montre. Avez-vous jamais vu un hydrophobe vivre plus de trois jours? » Arraché à ses lugubres appréhensions par ces paroles dites avec assurance, l'hydrophobe imaginaire se trouva guéri instantanément.

Je citai ce fait dans mon rapport, continue M. Ségalas, et un membre distingué de l'Académie raconta à ce propos qu'ayant été lui-même mordu par un chien suspect, il en avait reçu une telle impression de crainte, que, pendant plusieurs années, il ne put se défendre d'un sentiment tout particulier de répulsion, chaque fois qu'il lui fallait traverser la Seine.

M. Félix Legros. Pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu, un employé qui avait eu occasion d'y voir plusieurs enragés, fut pris tout à coup des principaux symptômes de l'hydrophobie rabiforme, avec un tel caractère de gravité qu'une consultation générale eut lieu, à la suite de laquelle allait être pratiquée une injection dans les veines, lorsqu'il survint dans l'état du malade un léger amendement bientôt suivi d'une guérison complète.

M. Moreau (de Tours). Voici un autre fait qui m'est personnel. Lorsque j'étais à Charenton, on reçut un jeune homme qui avait mal à la gorge. M. Bretonneau étant venu visiter l'hôpital, vit ce malade, et d'après certains signes, diagnostiqua une hydrophobie commençante. Le soir même, en effet, les symptômes de la rage éclatèrent, et bientôt le malade succomba. Je me rappelai alors qu'en examinant sa gor-

---

l'art, et nous demander de leur pratiquer les plus graves opérations de la chirurgie.

Qu'on nous pardonne ces quelques détails; ils ne nous ont point été inspirés par une intention d'amour-propre exagéré. Hommes d'honneur et de conscience, nous le répétons, nous avions besoin de présenter au tribunal du corps médical européen nos pensées, nos désirs, nos œuvres et nos espérances.

Le prince illustre qui nous gouverne a eu la gloire d'édifier en Egypte la première école médicale qui ait paru en Orient; c'est à nous de l'élever au degré de perfection qui la rende digne de compter avec honneur au nombre des œuvres de la civilisation générale de ce siècle.

Les professeurs de la nouvelle école médicale arabe, les élèves de la Faculté de Paris,

Mohammed-Aly, dr Chabassy, Mostafa, dr Chafey.
Hyssauy, Ibrahim, Rachydy, Hussein.

Caire, novembre 1843.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. MACKENZIE;

Traduit et annoté par *MM. Laugier et Richelot.*

(In-8°, de 800 pages, 1844. Chez Dussillon.)

Un bon traité complet et pratique des maladies des yeux est un livre qui, jusqu'à ces derniers temps, manquait à notre littérature médicale. Les travaux des Demours, des Sichel, des Carron du Villars, des Sanson, etc., ouvrages d'une distinction notable, n'ont touché que des points isolés de la science et ne l'ont point considérée dans son ensemble. Il en est de même des extraits, malheureusement bien incomplets, de Scarpa, qui ont été publiés en français. Tous ces auteurs ont cherché à élucider certains points de la pathologie oculaire; chacun s'est attaché, dans cette spécialité, à un certain nombre de sujets spéciaux, et la science, sous ce rapport, doit beaucoup à ceux qui l'ont enrichie du fruit de leurs travaux. Mais, nous le répétons, un livre manquait qui embrassât toute la pathologie d'un des plus importants organes de l'économie; qui, médical à la fois et chirurgical, ne laissât dans l'ombre aucune question, et pût, au moment où la spécialité envahit de tous côtés notre profession, affranchir le médecin studieux de l'obligation d'appeler à son aide les connaissances de ceux de ses confrères qui ont suivi cette voie.

C'est cette lacune qu'ont cherché à combler MM. Laugier et Richelot; le succès de leur livre prouvera, nous n'en doutons point, qu'ils ont atteint le but qu'ils s'étaient proposé. On ne s'attend point ici que nous fassions l'analyse du traié de M. Mackenzie; c'est un livre dont la réputation est trop solidement établie, le succès trop universel pour que nos éloges ne soient pas superflus. Aux considérations toutes pratiques qui constituent l'ouvrage dans sa presque totalité, viennent se joindre, quand besoin est, des observations d'une netteté et d'une précision remarquables, qui aident singulièrement l'intelligence du lecteur en faisant passer sous ses yeux des exemples des affections les plus importantes. C'est, en un mot, et nous ne faisons que répéter l'opinion des chirurgiens les plus distingués, le meilleur ouvrage et le plus complet sur cette partie de la pathologie.

Outre le mérite du choix du livre dont ils ont entrepris la traduction, MM. Laugier et Richelot ont encore eu celui de le mettre au niveau de la science en réunissant, dans un grand nombre de notes, les principaux progrès qu'a faits l'oculistique depuis quelques années. Ces notes, aussi concises qu'il a été possible aux auteurs de les faire, ont été rassemblées au commencement du volume, où elles n'occupent pas moins de trente pages et ne forment pas la partie la moins intéressante du livre dont nous rendons compte. Elles contiennent elles-mêmes un certain nombre de faits particuliers recueillis principalement par l'un des auteurs, chirurgien consommé, qui dans l'observation particulière des nombreux malades confiés à ses soins à l'hôpital Beaujon, a eu souvent occasion de confirmer les remarques de Mackenzie, ou d'en ajouter de nouvelles qui lui sont propres.

Comme œuvre littéraire, un style facile et châtié, toujours concis, pouvant, chose rare dans une traduction, soutenir le parallèle avec le texte original, d'une exactitude scrupuleuse, et dans lequel on retrouve avec bonheur transportée dans notre langue la vérité de l'expression et de l'idée de l'auteur anglais; telles sont les qualités qui recommandent ce livre à l'attention des praticiens. C'est, du reste, un genre de mérite qui ne peut surprendre ceux qui connaissent MM. Laugier et Richelot, et auquel nous a depuis long-temps accoutumés la plume élégante et fidèle du traducteur des Œuvres de J. Hunter, ce puissant génie qui illustra l'Angleterre au siècle dernier.

En somme, et pour nous résumer, le Traité des maladies des yeux, de M. Mackenzie, est un livre essentiellement pratique, nous ne dirons pas utile, mais indispensable au médecin convaincu de la puissance et de l'utilité de son art. Nous pensons, et le public médical pensera, nous l'espérons, avec nous, que cet ouvrage, qui renferme la généralité de la science, et remplace avec avantage en les complétant chacun des traités partiels publiés jusqu'ici, se trouvera bientôt entre les mains de tous les médecins et des élèves studieux.

Dr A. FOUCART.

ge, j'avais reçu au visage quelques parcelles de mucosités que les contractions du pharynx lui faisaient rejeter. A ce souvenir, je me persuadai que je devais être atteint de la rage, et je me fixai à moi-même le délai de neuf jours comme terme de la maladie. Je passai ces neuf jours en proie à un malaise, à une anxiété inexprimables; puis le temps fatal que mon imagination avait fixé s'étant écoulé sans accident, je recouvrai ma tranquillité ordinaire.

— *M. Blatin* présente à la Société une *brosse à peau*, destinée à remplir, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, l'utile prescription des frictions cutanées. Elle se compose de bandes de flanelle ou de feutre, roulées en forme de petits cylindres, et implantées de champ comme les pinceaux de crin des brosses ordinaires. Les poils de chèvre dont sont faites les brosses connues sous le nom de *brosses à friction*, sont incapables, comme on le sait, de produire une excitation suffisante. Celles de M. Blatin excitent très fortement les surfaces sur lesquelles on les promène; elles produisent promptement une chaleur vive, profonde, permanente, et détachent bien les écailles épidermiques.

Le secrétaire-général, Edouard Louis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. (Janvier 1844.)

Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds;
Par le docteur Aubert Roche.

Ce mémoire très étendu n'est pas terminé.

Du système pénitentiaire; par M. Benoiston de Chateauneuf.

De ce travail important nous ne reproduisons que ce qui touche aux questions d'influence du système pénitentiaire sur la raison ou la vie de celui qu'on y soumet. Nous avons besoin seulement de prévenir nos lecteurs qu'en reproduisant les passages suivants nous n'entendons pas leur donner notre assentiment.

Après avoir posé la question telle que la formulent les adversaires de l'emprisonnement solitaire, M. Benoiston s'exprime ainsi :

« Les faits principaux sur lesquels on s'appuie, sont les suivants : du mois d'octobre 1827 au 31 décembre 1836, c'est-à-dire en neuf ans, on a constaté 16 cas d'aliénation mentale dans le pénitentiaire de Philadelphie et 31 dans celui de Lausanne, du 1er novembre 1834 au 1er janvier 1842. Le premier de ces deux faits, signalé par le docteur Francklin Bache, ne doit pas être séparé des observations dont ce médecin l'a accompagné.

» Selon ce médecin, dont la probité est bien reconnue, sur les 16 détenus qui ont donné des signes de folie, il est prouvé officiellement que dix avaient ressenti les atteintes de cette maladie avant leur entrée dans le pénitencier, et pour 4 autres, on a de fortes raisons de croire qu'il en était ainsi, mais on n'en a pas de preuve directe.

» Le docteur Darrach, qui remplace aujourd'hui le docteur Bache dans les fonctions de médecin du pénitencier de Cherry-Hill, termine son rapport en date du 1er février 1840, par cette conclusion remarquable : « En définitive, dit-il, si une modification dans le système » d'isolement continu était adoptée pour le nombre vraiment extraor- » dinaire de prisonniers de couleur, et l'institution actuelle réservée » pour les blancs seuls, le système d'isolement continu satisferait à » la fois aux exigences de la justice, de la morale, de la santé et de » l'intérêt pénitentiaire. »

» A cette opinion si nettement exprimée vient se joindre celle de la commission nommée par la législature de Philadelphie, pour s'enquérir de l'état sanitaire du pénitencier de Cherry-Hill. « Une sérieuse ob- » jection est faite contre le système de Philadelphie, dit-elle dans son » rapport pour l'année 1838; c'est que la solitude exerce la plus lâ- » cheuse influence sur l'esprit des condamnés, et qu'elle les porte à » l'imbécillité et à la folie. Cette assertion, qui suppose un certain » courage de la part de ceux qui ne craignent pas de la renouveler, est » victorieusement repoussée par ce seul fait qu'on ne croit pas qu'on » puisse citer un seul cas d'aliénation mentale survenu à Cherry-Hill, » et causé par la solitude ou la séparation des détenus entre eux, de- » puis que le pénitencier est soumis à la règle actuelle. »

» De leur côté, les inspecteurs du même pénitencier font les mêmes déclarations.

» Ces déclarations sont formelles. Toutefois, ceux qui les ont faites étant de tous les Américains les plus intéressés à défendre un système qu'ils ont préféré à celui d'Auburn, et qu'ils continuent à appliquer malgré les vives attaques dont il est l'objet, il convient d'ajouter ici le témoignage de M. Crawford venu d'Angleterre en Amérique dans un esprit de recherches et avec une opinion généralement peu favorable au mode d'emprisonnement suivi à Cherry-Hill. « Connaissant, dit-il, les » craintes généralement entretenues sur le danger qui doit résulter » d'une longue période de temps passé dans la solitude, je me suis at- » taché avec un soin particulier à constater les effets qu'elle produit » sur la santé, l'esprit et le caractère des détenus. Ayant obtenu la » permission de les visiter dans leurs cellules à chaque heure du jour, » j'ai eu la facilité de causer avec un grand nombre. La plupart étaient » renfermés depuis quatre années; je ne pus rien apercevoir dans leur » physionomie ou dans leur langage, qui me donnât à penser que la » solitude à laquelle ils avaient été soumis pendant un aussi long es- » pace de temps, eût porté atteinte à leur santé ou affaibli leur in- » telligence. Quoique généralement sérieux, ils n'étaient pas abattus; » plusieurs parlaient avec un air de tranquillité douce, que je ne m'at- » tendais pas à trouver chez des hommes ainsi renfermés. » — »

M. Benoiston cite un passage de M. Demetz, qui est encore plus absolu.

L'auteur passe ensuite au pénitencier de Lausanne et, au moyen de documents émanés soit des médecins, soit de l'administration, il ajoute : « Devant ces déclarations, faites par des hommes graves, consciencieux, habiles en ces matières, il n'y aurait sans doute ni une crédulité trop facile, ni une prévention trop forte à dire que l'accusation portée contre l'emprisonnement solitaire, de rendre fous ceux que l'on y soumet, perd beaucoup de son importance et de sa gravité, néanmoins l'on doit avouer qu'il en reste encore une partie. Mais il faut reconnaître aussi que le petit nombre de faits, toujours à peu près les mêmes, invoqués de part et d'autre dans cette discussion, l'éloignement des lieux où ils se passent, qui rend leur caractère incertain et leur appréciation difficile; les différences de mœurs, de races et de couleur; le mélange des deux systèmes, et d'autres causes encore, entretiennent cette longue controverse, ces réfutations sans fin qui auraient besoin, pour être décisives et fixer l'opinion, de s'engager sur des témoignages plus nombreux et plus certains. »

M. Benoiston passe ensuite à l'examen de l'influence de la prison cellulaire sur la santé générale des prisonniers et sur leur mortalité. Les divers résultats publiés à cet égard lui paraissent fondés sur des bases trop incertaines, trop vagues, trop incomplètes pour qu'il soit possible de tirer aucune conclusion générale positive. « D'ailleurs, dit-il, la question n'est pas là. Il ne s'agit pas de savoir s'il y aura plus de malades dans les nouveaux pénitentiers que dans les autres prisons et dans la vie ordinaire, mais bien s'il y en aura trop.

» Et s'il arrivait qu'il en fût ainsi, que sous la règle sévère de l'isolement continu, le nombre des affections maladives quelles qu'elles fussent, et la mortalité qui en serait la suite, vinssent à blesser trop vivement le sentiment d'humanité que la société, tout en les punissant, conserve encore envers des hommes qui n'en connaissent aucun pour elle, sans doute il faudrait se hâter d'arrêter le mal en détruisant sa cause, et l'on devrait alors adoucir la rigueur d'un châtiment qui tuerait au lieu de corriger. Toutefois, en le modifiant dans l'application, il faudrait toujours s'attacher à conserver le principe de l'isolement continu. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur la valeur thérapeutique du proto-iodure de fer pur;
Par M. le docteur Mialhe.

M. Mialhe, à la suite d'un article destiné à faire connaître un moyen de préparer le proto-iodure de fer neutre à l'état solide, forme sous laquelle nous croyons fermement que ce sel ne pourra jamais être appelé à remplacer avantageusement l'iodure ferrugineux liquide ou *liqueur normale de M. le professeur Dupasquier*, M. Mialhe, disons-nous, se demande s'il est bien certain que ce sel soit l'agent curatif de la phthisie pulmonaire, ainsi que M. Dupasquier l'a si chaudement proclamé? Sans répondre d'une manière absolue à cette question, il se contente de faire observer que cette médication ne peut être également efficace à toutes les époques de la maladie tuberculeuse, et qu'il est même très probable qu'on ne peut en obtenir de bons résultats qu'au début de la maladie, époque à laquelle les préparations ferrugineuses associées à l'iodure de potassium auraient le même effet. Il ajoute que, d'ailleurs, l'iodure ferrugineux n'agit pas long-temps dans l'économie, attendu qu'il ne tarde pas à être décomposé par le carbonate de soude que nos humeurs renferment, et à être par suite transformé en carbonate de fer insoluble, lequel séjourne dans l'économie, et en iodure de sodium soluble, lequel en sort par diverses voies, et notamment par la sécrétion rénale. En conséquence de cette altérabilité si grande du proto-iodure de fer, M. Mialhe croit qu'on devrait de préférence recourir aux iodures de potassium et de sodium qui sont excessivement peu altérables, et auxquels on pourrait associer l'usage des préparations ferrugineuse lorsqu'on désirerait soumettre les sujets à l'action simultanée de l'iode et du fer.

(*Bulletin général de thérapeutique*)

Nous croyons que M. Mialhe s'est exagéré beaucoup l'opinion de M. Dupasquier relativement à l'efficacité curative de l'iodure ferreux dans la phthisie pulmonaire; car le professeur de Lyon a restreint les cas d'indication de ce médicament à ceux où la maladie reconnaît pour cause les écarts de régime et spécialement l'abus des plaisirs vénériens. Du reste, nous ne faisons pas difficulté d'admettre avec l'auteur qu'il y aurait un avantage réel à remplacer, dans la pratique de l'art de guérir, le proto-iodure de fer par les iodures de potassium ou de sodium, associés à une préparation martiale appropriée.

Sur l'infanticide par asphyxie; par M. le docteur Matthyssens.

Dans un grand grand travail sur l'infanticide par asphyxie, M. le docteur Matthyssens a examiné l'infanticide par enfouissement, et il a tiré, des expériences qu'il a faites sur ce point de la science, les conclusions suivantes :

1° La terre ou les cendres que l'on trouve dans la bouche et le pharynx des animaux qui ont été enfouis dans ces milieux, forment pâte avec les mucosités, et adhèrent aux parois de ces cavités de manière que leur progression vers l'œsophage et l'estomac s'en trouve empêchée;

2° La présence de ces corps étrangers dans la bouche, le pharynx et le larynx, peut coexister avec l'enfouissement d'un animal mort ou vivant;

3° La longueur et l'aplatissement du canal œsophagien sont un obstacle suffisant pour que ces corps étrangers n'y pénètrent pas, pour passer de là dans la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, par la simple action de la pesanteur, alors même que l'animal s'est trouvé placé dans une position verticale.

4° La présence de terre ou de cendres dans l'estomac et les intestins d'un animal enfoui dans ces milieux, ne peut y exister sans que ces corps étrangers y aient été introduits par l'acte de la déglutition, et par conséquent sans que l'animal ait été enfoui vivant.

5° L'animal enfoui aura continué de vivre d'autant plus long-temps que le corps étranger sera parvenu à une plus grande profondeur dans le canal intestinal. (*Ann. de la Soc. de Méd. d'Anvers.*)

NOUVELLES.

La liste des docteurs en médecine qui se présentent au concours pour les différentes sections de l'agrégation devant la Faculté de Paris, contient les noms de 66 candidats qui se répartissent ainsi : médecine, 27; chirurgie et accouchements, 21; sciences accessoires, 18. Or, il n'y a que 14 places à donner.

— Le nombre des personnes qui s'occupent à Londres de l'art de guérir est de 2,330, parmi lesquelles on compte 320 médecins (*physicians*), 1400 chirurgiens (*surgeons*), 10 pharmaciens, et 600 chimistes et droguistes exerçant à la fois la profession de pharmacien et de médecin.

— *L'Indicateur de Bordeaux* publie une lettre de Saint-Pierre (Martinique) du 29 novembre, qui annonce que la fièvre jaune vient de faire plusieurs victimes à Saint-Pierre et à Fort-Royal.

— Trois professeurs de la Faculté de Paris sont dans ce moment remplacés dans leurs cours par des agrégés. Ce sont M. Breschet, remplacé par M. Chassaignac pour le cours d'anatomie; M. Fouquier, remplacé par M. Gouraud pour le cours de clinique médicale; M. Duméril, remplacé par M. Legroux pour le cours de pathologie interne.

— Le rapport pour la candidature de l'Académie de médecine, section de pathologie médicale, est annoncé pour mardi prochain. L'élection aura probablement lieu dans la séance suivante. Cette élection sera immédiatement suivie de l'annonce d'une nouvelle place vacante. On s'attend à ce que cette vacance soit déclarée dans la section de pathologie chirurgicale.

— On écrit de Cayenne :

« Notre colonie est atteinte d'une épidémie de grippe qui a rendu tout le monde malade, et qui est mortelle pour les vieillards. Il meurt chaque jour un grand nombre de nègres, et quoique la maladie commence à perdre un peu de son intensité, il y a cependant des habitations et des sucreries où on a été obligé d'abandonner la récolte du girofle, parce que les ateliers étaient presque entièrement malades et qu'on manquait de bras.

— La *Société médicale d'Emulation*, convoquée extraordinairement le 20 décembre 1843 pour procéder, conformément à l'article 14 de son réglement, au renouvellement du bureau, le constitue de la manière suivante :

Président honoraire : M. Cornac, ex-président.
Président : M. Brierre de Boismont, ex-vice-président.
Vice-président : M. Gillette, ex-secrétaire-général.
Secrétaire général : M. Calfe.
Secrétaires particuliers : MM. Cherest, réélu, et Faivre.
Trésorier : M. Adorne-Tscharner, réélu.

Monsieur le Rédacteur,

Je m'attendais à voir mardi dernier l'un de Messieurs les membres de l'Académie de médecine proposer à la docte assemblée d'envoyer une députation pour représenter le corps médical à l'inauguration de la fontaine Molière. Il me semblait qu'il serait de bon goût de montrer que nous ne portons point rancune à notre grand comique des plaisanteries qu'il a dirigées contre nous; plaisanteries qui, du reste, n'atteignent guère notre génération coiffée à la Titus ou à la malcontent, vêtue d'un frac, chaussée de bottes, et formulant en français par grammes et centigrammes. Puisque l'idée n'en est venue à personne, permettez-moi, s'il en est temps encore, de l'insinuer dans votre journal.

J'ai l'honneur, etc. L. D.,
Docteur en médecine, un de vos plus anciens abonnés.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 6. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Méningo-encéphalite. Céphalalgie intense. — Réflexions sur le diagnostic différentiel de la céphalalgie idiopathique.

A la salle Saint-Antoine, n° 29 bis, a été couchée la nommée Rosalie Bordière, âgée de vingt et un ans, plumassière, malade depuis trois semaines.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, à Paris depuis trois ans, d'une bonne santé habituelle, la malade, interrogée sur les antécédents de sa famille, déclare que sa mère est morte du choléra. Son père et ses frères et sœurs sont d'une bonne santé. Il y a trois semaines environ, elle fut prise, sans cause connue, d'une céphalalgie frontale générale extrêmement intense, qui persiste encore au moment de l'entrée. En même temps, douleurs de ventre et maux d'estomac. Cet état a duré pendant quinze jours environ, sans que la malade fît aucun traitement et éprouvât aucun soulagement. Il y a huit jours, elle fut obligée, par la violence de ses douleurs, de cesser son travail.

Depuis ce moment, elle n'a pu prendre un seul instant de repos. Elle éprouve des étourdissements, des bourdonnements et des tintements d'oreille. La vue est bien conservée; la malade se plaint de douleurs dans les membres, et d'une lassitude générale. Frissons assez fréquents, irréguliers. Elle n'a jamais craché de sang, et ne tousse que rarement. Elle ne s'enrhume point facilement. Sujette aux palpitations quand elle se fatigue ou marche vite. Bien réglée. Pas de leucorrhée.

A la visite du soir, elle se plaint de la même céphalalgie frontale violente. Le pouls est à 88, régulier, assez développé. La peau est chaude, moite; sueurs pendant la nuit, surtout depuis quelques jours. Langue un peu rouge à la pointe, blanche au milieu. Bouche sèche, amère. Soif, inappétence. Ni nausées, ni vomissements. Douleurs assez vives dans la région épigastrique; ventre insensible même à la pression. Constipation depuis quelques jours. Résonnance et respiration normales.

Le lendemain, l'état de la malade est le même; le pouls est toujours à 88-92, développé, régulier; persistance de la céphalalgie. La résonnance et la respiration bonnes partout. 32 inspirations par minute. Soif vive; inappétence; bouche amère; la déglutition un peu difficile. Tisane gommée; diète.

Le 13 juillet, peau moite, chaude; frissons toutes les nuits, se reproduisant à des heures différentes, et durant une demi-heure environ; céphalalgie frontale extrêmement violente, continuelle; insomnie; rêvasseries, et un peu d'incohérence dans les idées; quelques étourdissements. La malade a cependant bien toute sa connaissance au moment de la visite du matin. Un peu d'engourdissement dans les membres, tant supérieurs qu'inférieurs, sans paralysie bien marquée. La lumière la fatigue, et elle s'en plaint. Bien qu'il n'y ait pas de délire, l'intelligence est un peu obtuse. Les règles ont paru hier, à leur époque normale, peu abondantes. Pouls à 84-88. Limonade, 3 pots; seize sangsues aux apophyses mastoïdes; pédiluves sinapisés; eau froide sur le front.

Le 14, le pouls est à 76; à peu près même état du reste. Vésicatoire à la nuque.

Le 16, persistance de la céphalalgie toujours intense. Pouls à 88. Même obscurité de l'intelligence, sans délire, mais avec des rêvasseries pendant la nuit. Mouvements nerveux des muscles de la face. Bouteille d'eau de Sedlitz; catapl. sinapisés aux mollets; glace sur le front; diète.

Le 18, pouls à 80 84, régulier, médiocrement développé; la malade se trouve, à très peu de chose près, dans le même état que les jours précédents. Même état de l'intelligence. Engourdissement et fourmillements dans les membres, sans paralysie. Il y a eu cette nuit un peu d'agitation. Quinze sangsues aux apophyses mastoïdes; glace sur la tête.

Le 19, un mieux sensible a suivi l'application des sangsues; le pouls est tombé à 76. Cependant les phénomènes du côté du cerveau persistent encore. Eau de Sedlitz.

Le 22, la malade était en pleine convalescence, et douze jours après elle quittait l'hôpital parfaitement guérie.

— Il est bien évident pour quiconque lira cette observation, que la malade dont nous venons de raconter l'histoire a été affectée d'une méningo-encéphalite, peu intense il est vrai, et qui a promptement cédé au traitement que M. Rostan a mis en usage pour en combattre les symptômes. Si nous avons rapporté ce fait en détail, bien qu'il ne paraisse rien offrir de bien particulier, et surtout aucun phénomène qui semble se dérober aux lois générales, c'est que la malade qui en est l'objet a présenté pendant tout le cours de l'affection et pendant plusieurs jours avant qu'elle n'apparût bien évidemment, un symptôme, assez commun à la vérité, dans les inflammations de l'encéphale et de ses membranes, mais qui ne persiste pas ordinairement d'une manière aussi continue et aussi intense que dans le cas particulier qui nous occupe, nous voulons parler de la céphalalgie, sur laquelle nous allons revenir plus loin, en faisant remarquer avec quelle facilité l'on pourrait s'égarer dans le diagnostic, si l'on ne se guidait que sur les symptômes les plus tranchés et les plus apparents, et non sur l'ensemble des lésions fonctionnelles qui caractérisent la maladie qui nous occupe.

Et d'abord, il n'est pas sans intérêt de remarquer la marche lente et insidieuse qu'a suivie l'inflammation au début. Pendant trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade a éprouvé quelques-uns des symptômes précurseurs de la méningo-encéphalite, sans qu'ils fissent de progrès notables, sans qu'ils se manifestassent avec une intensité plus considérable, mais aussi sans que l'on pût constater aucune amélioration évidente dans son état. Or tel n'est pas d'habitude le début de la méningo-encéphalite. La plupart du temps la maladie débute brusquement, surtout chez les jeunes sujets, dont nous n'avons point, du reste, à nous occuper ici. Mais chez les adultes, aussi, la promptitude de l'invasion peut être telle, qu'elle en impose quelquefois pour une hémorrhagie cérébrale ou pour une congestion. Il y a quelques mois à peine, nous avons observé dans les salles de M. Rostan un homme manifestement atteint d'une méningite aiguë, et chez lequel l'invasion avait été tellement brusque et soudaine, que les parents croyaient, et que l'on eût pu croire à première vue, à l'existence d'une attaque d'apoplexie.

Le pouls s'est toujours, depuis le moment de l'entrée de la malade jusqu'à la convalescence, maintenu à un degré d'élévation à peu près le même, c'est-à-dire, entre 88 et 76; ce qui pourrait presque passer chez certains sujets pour l'état normal, et ce qui tenait peut-être, en admettant que ce fût un véritable état fébrile, à ce que le pouls normal du sujet était lent. Chez les individus qui n'offrent habituellement que 48 ou 52 pulsations par minute à l'état normal, et ils sont plus communs qu'on ne le pense généralement, l'élévation du pouls à 88 constituerait un état fébrile bien prononcé. Mais il est nécessaire de se rappeler ici, ne connaissant pas le rhythme et la fréquence normale du pouls chez notre malade au moment de son entrée, que souvent dans les phlegmasies cérébrales, surtout quand elles affectent une marche lente, le pouls ne présente pas de fréquence anormale; qu'il est au contraire souvent remarquable par sa lenteur; caractère qui ne peut en imposer qu'à l'observateur inexpérimenté ou inattentif. Ainsi donc, dans la méningo-encéphalite en général et en particulier, dans le cas dont nous parlons, le pouls ne pourrait fournir que des indications excessivement vagues et presque dépourvues de toute espèce de valeur. La preuve en est encore que, dans une observation que nous citerons plus bas, et dans laquelle on ne peut découvrir aucune trace d'une inflammation, même la plus légère de l'encéphale ou de ses membranes, mais qui présenta avec celle que nous avons décrite, un point important de ressemblance; la preuve en est, disons nous, que, dans ce cas, le pouls était beaucoup plus

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'Académie de médecine non invitée à l'inauguration de la statue de Molière. — Motifs qui auraient dû la faire s'inviter elle-même. — Proposition nouvelle. — Deux scènes de l'*Amour Médecin*. — Applications. — Concours monstre. — Ce que c'est que l'agrégation. — Bouquet à une dame professeur.

Il a bien raison, notre fidèle et ancien abonné; pourquoi, quand toutes les Académie ont été invitées à l'inauguration de la statue de Molière, pourquoi seule l'Académie de médecine a-t-elle été oubliée, et pourquoi l'ayant été, l'Académie n'a-t-elle pas spontanément provoqué cette invitation? C'eût été faire en même temps acte d'esprit et d'adresse. Bien des gens dans le monde se figurent encore qu'au seul nom de Molière, nous entrons en fureur ou tout ou moins en confusion, que la critique si vive et si pénétrante qu'il fit des médecins de son temps tombe d'aplomb sur notre tête, et que dans les Purgon, les Diafoirus et autres types grotesques nous nous reconnaissons nous-mêmes. Il eût été convenable et digne, spirituel et de bon goût de montrer une fois pour toutes au public et dans une occasion solennelle, que les médecins du dix-neuvième siècle rient avec Molière des ridicules de leurs prédécesseurs, qu'ils savent s'associer aux hommages rendus à nos gloires littéraires, et que pour le grand nom de Molière ils ne professent qu'admiration et respect. Quel effet aurait produit dans le public cette simple addition au programme de la cérémonie: Une députation de l'Académie de médecine fera partie du cortége!

Cette occasion perdue, j'en propose une autre. Le 15 janvier est l'anniversaire de la naissance de Molière; c'est cette époque qu'on a choisie avec juste raison pour inaugurer sa statue. Puisque les médecins n'ont pas été, et qu'ils ne se sont pas eux-mêmes conviés à la fête, je propose qu'ils fassent leur démonstration, en l'honneur de ce grand homme, le 17 février prochain, jour anniversaire de sa mort. Il y aura juste cent soixante et onze ans que Molière est descendu dans la tombe, succombant aux fatigues de la représentation du *Malade imaginaire* où les médecins et la cérémonie de leur réception venaient d'être frappés d'un ridicule ineffaçable. Je propose donc que les médecins de Paris et lieux circonvoisins se cotisent pour subvenir aux frais d'une représentation solennelle composée de pièces de Molière, spectacle qui aura lieu ce jour-là. Le *Malade imaginaire* et la *cérémonie* devront de droit faire partie du spectacle. Pour petite pièce, je propose l'*Amour Médecin* qui se joue rarement, je crois, et peut-être, si peu je suis au courant du répertoire, qui ne se joue plus du tout. Mes motifs de préférence pour cette pièce, c'est que nulle part dans Molière je ne trouve une critique plus vraie, plus directe, plus constamment actuelle contre les médecins que dans celle-là. Rappelez-vous seulement la scène de la consultation entre les quatre médecins Desfonandrès, Tomès, Macroton et Bahis. Les commentateurs s'accordent à dire que sous ces noms tirés du grec et que Boileau lui avait fournis, Molière avait osé se jouer aux quatre premiers médecins de la cour, Desfougerais dont il fit *Desfonandrès*, c'est-à-dire tueur d'hommes; Esprit, qui bredouillait et dont il fit *Bahis*, qui signifie japant, aboyant; Guenat qu'il transforma en *Macroton*, parce qu'il parlait fort lentement; Dacquin, enfin, qu'il appela *Tomès*, ce qui veut dire saigneur, à propos de la grande prédilection de ce médecin pour la saignée. La scène est ravissante. Ils viennent d'examiner la malade; tous les quatre ils s'asseyent, ils toussent:

M. Desfonandrès. Paris est étrangement grand, et il faut faire de longs trajets quand la pratique donne un peu.

M. Tomès. Il faut avouer que j'ai une mule admirable pour cela et qu'on a peine à croire le chemin que je lui fais faire tous les jours.

M. Desfonandrès. J'ai un cheval merveilleux, et c'est un animal infatigable.

M. Tomès. Savez-vous le chemin que ma mule a fait aujourd'hui? J'ai été premièrement tout contre l'Arsenal; de l'Arsenal, au bout du faubourg Saint-Germain; du baubourg Saint-Germain au fond du Marais; du fond du Marais à la porte Saint Honoré; de la porte Saint-Honoré, au faubourg Saint-Jacques; du faubourg Saint-Jacques, à la porte Richelieu; de la porte Richelieu, ici; et d'ici je duis aller encore à la place Royale.

M. Desfonandrès. Mon cheval a fait tout cela aujourd'hui, et de plus j'ai été à Ruel voir un malade.

Dites, n'avez vous pas entendu vingt fois pareille chose? Ne rencontrez-vous pas tous les jours de tels vantards qui vous assourdissent du bruit de leurs exploits, qui ont vu vingt malades dans la journée, qui ont fatigué plusieurs chevaux et dont les occupations pratiques sont telles qu'ils ne peuvent rien voir, rien lire, pas même cette charmante scène de Molière, qui semble faite d'hier et où ils trouveraient de si beaux enseignements!

Bref, nos consultants parlent de la pluie et du beau temps, des modes nouvelles et de la philosophie regnante; mais du malade, point. Le père s'impatiente et vient timidement s'enquérir du résultat de la consultation. Alors ils parlent tous à la fois.

Sganarelle. Eh! messieurs, parlez l'un après l'autre, de grâce.

M. Tomès. Monsieur, nous avons raisonné sur la maladie de votre fille, et mon avis, à moi, est que cela procède d'une grande chaleur du sang, ainsi je conclus à la saigner le plus tôt que vous pourrez.

M. Desfonandrès. Et moi, je dis que sa maladie est une pourriture d'humeurs causée par une trop grande réplétion; ainsi je conclus à lui donner de l'émétique.

M. Tomès. Je soutiens que l'émétique la tuera.

M. Desfonandrès. Et moi, que la saignée la fera mourir.

M. Tomès. C'est bien à vous de faire l'habile homme!

M. Desfonandrès. Oui, c'est à moi; et je vous prêterai le collet en tout genre d'érudition.

M. Tomès. Souvenez-vous de l'homme que vous fîtes crever ces jours passés.

M. Desfonandrès. Souvenez-vous de la dame que vous avez envoyée en l'autre monde il y a trois jours.

Cher et très cher lecteur, mettez là-dessous une fièvre typhoïde moderne et des noms contemporains, la saignée d'un côté et les purgatifs de l'autre, rappelez-vous certaines séances académiques, dites-moi, dites-moi, si cette scène n'est pas aussi neuve et aussi fraîche qu'en 1665? Les choses en viennent au point que toute la maison accourt au bruit de la dispute et que Sganarelle ne sachant à qui entendre renvoie les quatre consultants et va consulter le marchand d'orviétan. Hélas! n'est-ce pas encore là notre histoire quotidienne!

Mais alors arrive M. Fillerin, et les commentateurs supposent que, sous ce nom, qui veut dire *j'aime la mort*, Molière a voulu désigner la Faculté. Ecoutez, écoutez quelques traits de l'admirable discours de M. Fillerin, vous qui, contre mon avis, déroulez devant le public non médical nos misères et nos contradictions, nos discussions et nos luttes intestines, qui portez aux journaux politiques vos doléances, qui étalez devant la justice les tristes passions qui nous divisent!

M. Fillerin. N'avez-vous point de honte, messieurs, de montrer si peu de prudence, pour des gens de votre âge, et de vous être querellés comme de jeunes étourdis? Ne voyez-vous pas bien quel tort ces sortes de querelles nous font parmi le monde?... Pour moi, je ne comprends rien du tout à cette méchante politique de quelques-uns de nos gens, et il faut confesser que toutes ces contestations nous ont décriés depuis peu d'une étrange manière, et que, si nous n'y prenons garde, nous allons nous ruiner nous-mêmes... Toutes ces disputes ne valent rien pour la médecine... Allons donc, messieurs, mettez bas toute rancune, et faisons ici votre accommodement.

L'accommodement en effet a lieu dans la comédie. Où est le Fillerin, où est le Molière qui pourrait aussi, dans le moment actuel, accommoder nos Desfonandrès et nos Tomès modernes?

Je n'en persiste pas moins dans mes conclusions. Je crois que nous devons ce solennel hommage à Molière, ne serait-ce que pour ce que je viens de vous rappeler empreint de tant de vérité, de bon sens et de raison. Nous ne pouvons plus lui élever de monument, puisqu'en voilà un tout neuf; mais nous pouvons aller l'admirer et l'applaudir.

fréquent, puisqu'il s'éleva jusqu'à 112 pulsations par minute.

Des frissons irréguliers, qui se répétèrent plusieurs jours de suite, signalèrent aussi le commencement de l'affection, qui s'accompagna également de quelques troubles dans les fonctions digestives, tels que soif, inappétence, état saburral de la langue, etc. Mais il n'y eut point, phénomène que l'on observe assez souvent, de nausées ni de vomissements. C'est encore plutôt chez les enfants que chez les adultes que ces nausées et vomissements s'observent. Aussi ne sera t on point surpris de ne les avoir point remarqués ici. La constipation, qui fut notée au moment de l'entrée de la malade, est encore un caractère assez fréquent et beaucoup plus commun que la diarrhée.

Si nous passons à l'examen des fonctions de relation, nous verrons que les phénomènes n'ont pas été moins tranchés. Bien qu'elle n'ait pas déliré d'une manière bien notable, même pendant la nuit, au dire des personnes qui étaient à même de la surveiller, l'agitation, les rêvasseries continuelles, l'insomnie, les mouvements nerveux qui furent notés dans les muscles de la face, etc., tous ces phénomènes ne prouvent-ils pas d'une manière évidente que l'organe central du système nerveux était affecté légèrement, si l'on veut, mais bien positivement? Et d'ailleurs, s'ils n'eussent pas suffi pour convaincre l'observateur, le sentiment d'engourdissement des membres qui fut noté pendant le cours de la maladie, n'aurait encore fait que confirmer le diagnostic. C'est par un sentiment d'engourdissement général que commence ordinairement la première série des phénomènes, qui se termine par une paralysie plus ou moins complète, proportionnée à l'intensité de la phlegmasie.

On sait, et nous n'avons pas ici besoin de le répéter, que lorsque la méningite ou la méningo-encéphalite est parvenue à son maximum d'intensité, des phénomènes nerveux se manifestent, très marqués, soit que les malades soient plongés dans un état de coma ou d'assoupissement, avec perte ou demi-perte de connaissance; soit qu'ils présentent des convulsions, des mouvements tétaniques, des contractures proportionnées à l'intensité de l'affection inflammatoire.

La méningo-encéphalite était-elle, dans le cas qui nous occupe, locale ou générale? La question nous semble être très facile à résoudre. Ce n'est que par les symptômes que l'on peut connaître les lésions organiques qui en déterminent la production. Si le cerveau n'était affecté que dans un point, dans un hémisphère, par exemple, un seul côté du corps serait paralysé, en supposant la maladie parvenue à son summum d'intensité, ou, s'il n'y avait point paralysie, l'engourdissement qui a été noté dans l'observation ne se serait étendu qu'à un côté du corps, et l'entrecroisement des nerfs eût produit cet engourdissement dans le côté du corps opposé à celui qu'occupait la maladie. Or, dans le cas actuel, il n'y eut pas de paralysie, mais l'engourdissement dont nous avons parlé était général, preuve certaine que la totalité des organes contenus dans la cavité crânienne était intéressée simultanément et dans leur ensemble, bien qu'à un faible degré.

Les organes des sens avaient conservé leurs facultés intactes, et il n'y eut point, dans le cours de la maladie, de perte de connaissance; ce fut à peine si la vue fut un peu affectée et si les globes oculaires furent un peu sensibles à la lumière.

En présence d'une maladie aussi évidemment caractérisée, le médecin ne devait pas rester dans l'inaction; mais, eu égard au peu d'intensité de la plupart des phénomènes, il ne devenait pas nécessaire de mettre en usage un traitement très énergique. Aussi M. Rostan, tout en prescrivant l'emploi de moyens antiphlogistiques, s'est-il bien gardé de les appliquer dans toute leur rigueur. Deux applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, un vésicatoire à la nuque, deux bouteilles d'eau de Sedlitz : voilà ce qui constitue le traitement actif. Comme moyens adjuvants : la glace sur la tête, des sinapismes aux malléoles. Sous l'influence de cette médication, on a vu dans quel court espace de temps la convalescence survint.

Un des principaux phénomènes qui furent observés dans le fait dont nous avons donné l'histoire et sur lequel nous avons glissé rapidement dans le dessein d'y revenir plus longuement, c'a été la céphalalgie. La céphalalgie est un des phénomènes les plus fréquents de la méningite et de la méningo-encéphalite à son début; mais il est rare qu'elle persiste d'une manière aussi intense, aussi continue que dans le cas actuel, dans lequel, pendant les trois semaines qui précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital, et pendant tout le temps qui s'écoula entre le moment de son arrivée et la guérison, elle constitua en quelque sorte le symptôme prédominant.

Nous avons cru devoir insister sur la valeur de ce signe, la céphalalgie, parce qu'il arrive assez souvent que si l'on s'en laissait imposer par un seul symptôme prédominant, on pourrait tomber dans l'erreur la plus grossière, et affaiblir le malade en le soumettant à un traitement dirigé contre une maladie qui n'existerait pas. L'observation suivante est un exemple d'un cas qui, sans une scrupuleuse attention, eût pu donner lieu à une erreur de ce genre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Opération de strabisme. Quelques réflexions sur le degré de confiance que cette opération doit inspirer.

Félix Serain, cultivateur, âgé de vingt et un ans, est entré le 24 novembre à la Charité, pour demander qu'on l'opérât du strabisme.

Il n'est pas sans intérêt d'examiner la valeur de l'opération qu'on pratique en pareil cas, bien que le nombre des strabiques ait considérablement diminué. Les seuls qui restent sont, en effet, ou des récalcitrants à l'opération, ou des sujets trop jeunes alors qu'elle était en vogue pour avoir pu y être soumis. On en a opéré une quantité immense, et comme on n'a jamais assigné la valeur précise des résultats qu'on pouvait obtenir, il en est ressorti cette conclusion fâcheuse, que pour quelques chirurgiens, l'opération du strabisme ne mérite aucune confiance, tandis que d'autres y voient un moyen de guérison exempt de tout inconvénient.

Entre ces deux opinions extrêmes, il en est une qui, selon nous, a plus de justesse. Sans doute on redresse les yeux par l'opération; sans doute ce redressement est à peu près complet; sans doute c'est sans accidents consécutifs qu'on obtient ce redressement; mais cela n'est vrai que pour la moitié des cas à peu près. Dans l'autre moitié, une portion des opérés ne retire aucun profit de l'opération, et l'autre partie voit la difformité s'aggraver, se compliquer de la proéminence de l'œil ou de son inclinaison en haut, ou bien il survient un creux manifeste à la place de la caroncule, etc.

Il est très vrai que la section des muscles de l'œil est rarement dangereuse, et que pour peu qu'on mette en usage des soins convenables, elle n'est jamais suivie d'accidents sérieux. Un peu d'inflammation, une rougeur qui persiste quelquefois un mois, deux mois même dans certains cas; une petite fongosité qui se pédiculise quand on la laisse vieillir, et qui est fort aisée à enlever, tels sont, en général, les inconvénients légers dont elle peut être la cause.

Nous n'ignorons pas qu'on a cité des exemples dans lesquels l'œil a été complétement perdu. Divers chirurgiens ont observé de ces faits malheureux. Dieffenbach a vu chez une dame très haut placée, la vision détruite dans l'œil opéré. Mais il faut ajouter que cette dame, dans la joie qu'elle ressentait de ne plus loucher, passa la nuit qui suivit l'opération à écrire à ses nombreuses connaissances quel magnifique succès on avait obtenu : elle devint borgne.

M. Velpeau cite deux cas dans lesquels l'œil fut perdu à la suite de l'opération, mais toujours par des circonstances étrangères à elle-même. Ainsi, il opéra une jeune femme qui avait contracté une blennorrhagie qu'elle cacha; l'opération pratiquée, une ophthalmie blennorrhagique s'empara de l'œil. Chez une autre, qui fut opérée d'un strabisme externe par paralysie du moteur oculaire commun, et qui probablement eût retiré peu de bénéfice de l'opération, un bandage compressif mal appliqué amena la suppuration et la perte de l'œil.

On peut donc avancer, sans crainte d'être taxé d'exagération, que l'opération du strabisme n'est pas dangereuse.

Pour ce qui est de fixer la valeur de ses résultats, il faut compter réussir dans la moitié des cas, et l'on doit s'attendre à ce qu'un quart des opérés ne retirera que peu de profit de l'opération, et que l'autre quart conservera la difformité dans le même état, ou une difformité égale à la première.

Conclura-t-on, d'après ces données, au rejet de l'opération? Non, sans doute. En est-il, en chirurgie, qui donne des résultats meilleurs? Nous ne le pensons pas. Qui ne sait que la plus légère peut être suivie d'accidents véritablement graves; qu'une piqûre de sangsue, une moucheture, sont susceptibles d'amener des érysipèles et tout un cortége d'affections qui menacent la vie!

De ce qu'il ne faut pas croire ces spécialistes qui réussissent toujours, et nous pensons pouvoir dire cela tout haut sans diffamer personne, il ne s'ensuit pas qu'il faille rayer l'opération du strabisme du nombre de celles qu'approuve une saine chirurgie; car, outre qu'il n'en est pas qui soient susceptibles d'offrir des résultats plus satisfaisants, elle est d'une facilité qui la met à la portée de tous les praticiens. Nous disons qu'elle est extrêmement facile, cela est vrai; seulement il faut s'entendre, car cette facilité dépend tout à fait du procédé qu'on met en usage, puisque, entre les quarante ou cinquante méthodes à l'aide desquelles on la pratique, il en est qui demandent, dit-on, jusqu'à quinze ou vingt minutes pour leur exécution.

Avec le procédé de M. Velpeau, le blépharergon appliqué, il ne faut guère plus d'une minute pour l'opération toute entière. Ce procédé, que M. Velpeau emploie depuis le mois de janvier 1841, est le plus simple et le plus facile qu'on puisse imaginer.

Préalablement, on applique le blépharergon, instrument imaginé par notre confrère et ami le docteur Jchnnowden et modifié par M. Velpeau. Il consiste en un fil de fer élastique de la grosseur d'une forte aiguille à tricoter, plié en fer à cheval ou en rectangle, auquel il manquerait un des côtés, et dont chacune des branches se contourne en divers sens sans que la totalité s'écarte de l'axe que doivent conserver ces branches pour affecter la forme indiquée. Cet instrument tient les paupières séparées par son élasticité et à lui seul dispense de deux aides qui n'écarteraient pas les paupières aussi bien qu'il le fait.

Le blépharergon placé, au lieu d'aller chercher la conjonctive avec deux érignes fines, M. Velpeau saisit avec une pince à griffes la conjonctive et l'aponévrose du muscle, puis avec une autre pince il embrasse la conjonctive de manière que le muscle se trouve tendu entre les deux pinces; il abandonne la première à un aide, puis, avec des ciseaux courbes ou même droits et mousses, il divise d'un coup la conjonctive et le tendon du muscle dans toute son épaisseur.

Le procédé de Dieffenbach, qu'on trouve décrit, d'après Verhaeghe, dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, art. *Strabisme*, page 294, est une opération véritablement délicate, tandis que le procédé de M. Velpeau est d'une grande facilité à exécuter. MM. Bonnet et Lucien Boyer ont imaginé des pinces propres, selon eux, à mettre en pratique un procédé analogue; mais M. Velpeau les trouve défectueuses en ce sens qu'elles sont trop minces, trop flexibles, et qu'on ne tient pas solidement avec elles.

Les pinces dont se sert M. Velpeau présentent des branches fortes; et de plus, il a eu soin de faire pratiquer une échancrure au-dessus de la griffe dans chacune des branches, de telle façon qu'il y a en cet endroit un élargissement de trois à quatre millimètres, très utile pour permettre aux tissus saisis de s'y loger avec facilité. Cela est surtout nécessaire pour la seconde pince. Ce qui différencie principalement le procédé de M. Velpeau de celui des chirurgiens que nous venons de nommer, c'est que ces derniers se servent de pinces comme les autres se servent des érignes, seulement pour saisir la conjonctive, tandis que M. Velpeau s'empare du même coup de la conjonctive et du tendon.

Du reste, il a pratiqué maintenant plus de deux cents opérations, et il affirme n'avoir jamais éprouvé la moindre difficulté à couper les parties en suivant cette méthode.

Tumeur squirrheuse du sein. Opération. De la distinction nécessaire à établir entre les différentes tumeurs de la mamelle.

Le 24 novembre 1843, est entrée à la Charité la nommée Dufour (Clémentine), née à Amiens, âgée de quarante-six ans. C'est une femme d'une assez bonne constitution, qui porte au sein droit une tumeur située à la paroi supérieure, et qui paraît être d'un tissu squirrheux ou encéphaloïde à l'état cru, avec un point ramolli.

Les tumeurs du sein sont, comme on le sait, une maladie qu'on a fréquemment l'occasion d'observer. On a admis une

---

Donc la souscription est ouverte, et je m'inscris le premier aux bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*.

Du reste, rien de nouveau dans le monde médical, qui me paraît à cette heure parfaitement calme et inoffensif. Nous avons en ce moment le concours monstre de l'agrégation, où presque une centaine de concurrents vont se disputer quatorze places. C'est effrayant! Et remarquez encore que l'agrégation tant ambitionnée et tant courue, n'est rien, ne mène à rien, que c'est un impasse, qu'une fois cet échelon monté vous êtes au bout, sans y voir ni de plus haut, ni de plus loin, que le succès, dans ce concours, ne donne ni privilége, ni garantie pour l'avenir, et que le titre d'agrégé pour une chaire vacante n'est d'aucun poids dans la balance; et soyez étonné, je le veux bien, qu'une foule si nombreuse de jeunes gens d'élite se précipite dans cette lutte avec tant de courage et de résolution. Pour la première fois le jury aura à appliquer les nouvelles dispositions sur les épreuves éliminatoires; tâche difficile, délicate, pénible, que le nombre toujours croissant des concurrents rend, dit-on, indispensable, mais dont l'application exige un sérieux examen. On m'a raconté bien des choses sur ce concours, qui pourraient défrayer plusieurs feuillets du feuilleton; je veux dire de ces choses qui ne se passent pas dans le grand amphithéâtre et en face du public, et qui laissent toujours, quelque soin qu'on y mette, certaines traces à l'aide desquelles rien n'est plus facile que d'en suivre l'origine et la filiation. Je serai discret aujourd'hui, surtout en face de l'épreuve éliminatoire; mais je ne réponds pas de l'être toujours. Ami sincère et dévoué du concours, j'emploirai constamment toutes mes faibles ressources pour le rendre loyal et pur d'intrigue. Juges et concurrents sont, sous ce rapport, justiciables de la presse, et la presse ne manquera ni de franchise, ni au besoin de courage pour signaler et pour flétrir l'intrigue.

Voilà mon butin de la semaine qui, sans Molière, eût été un peu maigre. Si je signale avec plaisir la parfaite harmonie qui semble régner parmi nous, le feuilleton cependant ne s'en accommode guère, et *la cordiale entente* obtiendrait ici peu de succès si nous n'étions avant tout charitable et bon homme.

Je terminerai en offrant un bouquet à une charmante personne dont les habitués de l'Athénée exaltent en ce moment le talent et les grâces. Je dis un bouquet, et c'est de la couleur locale. Voici, en effet, ce que je lis dans un grave journal : « Nous venons d'assister à l'ouverture d'un cours public de botanique pour les femmes, fait à l'Athénée tous les mardis, par mademoiselle Magaud de Beaufort. Attiré par le désir de voir quelle figure pouvait faire une femme à une tribune, nous étions loin de penser que notre curiosité serait suivie d'une impression si différente. Avec quel étonnement nous avons vu cette jeune et jolie personne exciter l'intérêt le plus vif et le plus soutenu par l'élégance de son langage, par la portée de ses réflexions scientifiques et par la finesse de son esprit. Sa modestie, sa timidité et jusqu'à son trouble, n'ont fait que rendre plus intéressant et plus sensible son remarquable talent d'improvisation. Aussi a-t-elle reçu de tout son auditoire l'accueil le plus flatteur et le plus bienveillant, et jamais félicitations ne parurent plus sincères ni mieux méritées. »

Jeune, chevaleresque et incandescent étudiant qui pourriez lire cela, rappelez-vous que ce cours n'est fait que pour les dames, et que M. de Castellane, le Mécène de l'Athénée, vous défendrait probablement d'aller entendre de la bouche charmante et virginale de mademoiselle de Beaufort, la poétique description du mariage des fleurs et de la fécondation du fruit.

Jean RAIMOND.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 janvier 1844. — Présidence de M. DUPIN.

M. Cornay adresse un mémoire sur l'hypertrophie de la rate dans la fièvre intermittente. Ce travail a déjà été lu à l'Académie de médecine et publié dans un jorual.

Le même auteur adresse un mémoire sur les sources des miasmes qui occasionnent les typhus et les fièvres intermittentes à Rochefort. Ce mémoire a été aussi communiqué à l'Académie de médecine.

— *M. Bonjean* adresse une note intitulée : Accidents causés par l'usage du seigle ergoté. Ergotisme convulsifs. Dans le mémoire sur le seigle ergoté, communiqué à l'Académie en 1842, M. Bonjean annonça que des expériences faites sur des animaux l'autorisaient à conclure que l'ergot était moins dangereux *en pain qu'en poudre*, et que la chaleur jointe à la fermentation panaire, loin d'augmenter les vertus toxiques de cet agent, les atténuait au contraire d'une manière plus ou moins sensible, et d'autant plus que le pain avait été plus cuit et desséché au four. M. Bonjean adresse aujourd'hui une nouvelle observation confirmative de ce fait. Une famille nombreuse tomba malade après avoir mangé en quantité du pain contenant du seigle ergoté. L'analyse du pain et de la farine avec laquelle il fut fait, démontra que chaque individu avait dû prendre 48 grammes de seigle ergoté. Cependant les accidents furent peu graves et cédèrent facilement à une médication appropriée. La même quantité de seigle ergoté prise en nature n'aurait pas laissé vivant un seul membre de cette famille.

distinction entre le squirrhe et l'encéphaloïde. Il est parfaitement clair qu'entre une tumeur encéphaloïde constituée par une masse molle, fougueuse, criblée de petits vaisseaux ressemblant à la pulpe cérébrale, et une tumeur squirrheuse proprement dite, caractérisée par une bosse dure, solide, il ne peut y avoir de comparaison à établir ; mais il ne paraît pas que cette tumeur squirrheuse ne puisse pas devenir encéphaloïde par la suite, que ce ne soit pas deux degrés d'une même affection. Toute la question est là.

Mais une division plus importante à bien connaître, et dont les conséquences rejaillissent nécessairement sur le pronostic et la thérapeutique, c'est celle qui fait des tumeurs du sein deux catégories bien tranchées :

1° Celles qui tendent à se reproduire, ou tumeurs malignes ;

2° Celles qui ne se reproduisent pas, ou tumeurs bénignes.

La première classe est, on le conçoit, la plus mauvaise ; car il est à craindre qu'après avoir été enlevées, elles ne repullulent dans les régions voisines, et même dans les régions éloignées. Il semble, à vrai dire, que ces tumeurs-là ne soient que l'ombre du mal et non le mal lui-même, et qu'en frappant sur elles, le traitement ne porte pas sur la cause interne, véritable point de départ de la maladie.

Parmi ces tumeurs de la première catégorie il faut ranger les quatre variétés suivantes, qui ne sont peut-être que des nuances de la même affection : les tumeurs squirrheuses, encéphaloïdes, mélaniques et colloïdes. Ce sont les quatre variétés du cancer proprement dit ; car ce sont les seules qui, abandonnées à elles-mêmes, constituent l'état particulier auquel on a appliqué ce nom. Il faudrait encore en rapprocher certaines tumeurs érectiles qui sont, pour ainsi dire, sur la limite des maladies cancéreuses, et qui même souvent ne sont autre chose que la variété mélanique du cancer.

En face de ces quatre espèces de tumeurs, le danger est le même. Il n'a pas encore été possible de prouver qu'une seule ait été guérie spontanément, pas plus qu'il n'a été démontré jusqu'aujourd'hui qu'à part l'instrument tranchant ou le caustique, aucune médication ait eu prise sur elles. Nous n'ignorons pas qu'on a dit avoir obtenu la guérison de ces tumeurs autrement que par les deux moyens que nous indiquons ; mais nous n'hésitons pas à dire qu'on s'est trompé ou qu'on a voulu tromper, et il ne faut pas croire qu'il soit très difficile de commettre une erreur dans cette question, il est, au contraire, très compréhensible que quelques femmes de bonne-foi aient pu se faire illusion. Que faut-il, en effet, pour penser avoir guéri une tumeur cancéreuse autrement que par le bistouri ou par le caustique ? Une simple faute de diagnostic. Et si l'on réfléchit que sur la table de dissection, alors qu'on a sous les yeux les pièces pathologiques qu'on peut couper, étudier, examiner de toutes les manières possibles, on discute quelquefois sur la nature de ces tumeurs, ne doit-on pas prévoir ce qu'il en sera quand cette tumeur sera encore renfermée dans le sein de la malade.

Les chirurgiens qui n'y regardent pas de très près pourront guérir une tumeur du sein par divers moyens thérapeutiques autres que ceux applicables aux cancers ; mais que prouvera cette guérison ? Il est donc fort important de s'attacher à bien distinguer les tumeurs entre elles.

Les tumeurs bénignes qui forment la seconde classe, c'est-à-dire celles qui ne récidivent pas, sont les tumeurs fibreuses, tuberculeuses, graisseuses, par hypertrophie des tissus sains ; puis toute la série des kystes.

C'est de l'étude comparative de la contexture des tumeurs de ces deux classes, que peuvent résulter des données utiles au diagnostic. Examinons donc les rapports et les différences qu'elles présentent.

Les squirrhes, les encéphaloïdes et les colloïdes, peuvent quelquefois être confondus avec les tumeurs fibreuses et fibrineuses ; leur tissu n'est pas toujours très différent, leur densité est presque égale, mais la coupe des tumeurs fibreuses est homogène ; elles sont, de plus, assez ordinairement isolées, circonscrites dans les tissus. La coupe du squirrhe, au contraire, est granuleuse, semée de points gris, souvent d'une teinte bleuâtre et légèrement diaphane. Si on presse la tumeur, la section laisse échapper une sérosité lactescente ; de plus, les limites de cette espèce sont mal déterminées ; elles s'enfoncent dans les tissus voisins, où on les trouve sans ligne de démarcation bien tranchée. Enfin il existe, sous ce rapport, entre le squirrhe et la tumeur fibreuse, la même différence qu'entre la rougeur de l'érysipèle et celle du phlegmon diffus ; l'une est limitée, l'autre ne l'est pas. Il faut ajouter pourtant, à propos de cette circonscription des tumeurs fibreuses, qu'on l'a trouvée quelquefois dans les tumeurs encéphaloïdes, qui sont véritablement comme enkystées dans certains cas ; mais alors le ramollissement de ces derniers ne permet pas de les confondre avec les tumeurs fibreuses.

Les tumeurs fibrineuses offrent un granulé particulier qui permet de les distinguer assez facilement des tumeurs colloïdes, représentent des pelotons granuleux, des masses dont la coupe rappelle celle du navet (tissu napiforme). Certains kystes concrets pourraient seuls être confondus avec elles ; mais cela ne peut arriver que rarement.

Enfin, la mélanose, caractérisée par une masse noire, charbonée, ne peut être l'objet d'aucune méprise.

Tous les caractères que nous venons d'exposer sont sans doute assez faciles à saisir ; mais il faut, pour cela, que les tissus soient dans la main, qu'on puisse les couper et les examiner avez soin, autrement la distinction entre eux n'est pas aisée à établir ; mais il est d'autres particularités qui se rattachent au diagnostic différentiel des tumeurs du sein, entre elles, qui permettront de les différencier d'une manière approximative sur le vivant.

C'est là une question délicate et fort difficile que nous traiterons quelque jour. D[r] PAJOT.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis de la doctrine médicale de l'Ecole de Montpellier ; par le docteur Alexis ALQUIÉ, professeur-agrégé de cette Faculté, etc. Troisième édition ; 1843. Un vol. in-8°. Prix, 6 fr.

En me chargeant d'analyser cet ouvrage, je fis acte peut-être d'un peu trop d'empressement, croyant d'abord qu'il s'agissait d'un livre comme il en paraît tant de nos jours, c'est-à-dire, léger, contenant peu d'idées en beaucoup de mots, et par suite facile à comprendre et à résumer en quelques phrases. En cela, je me suis grandement trompé, et l'article que j'entreprends est rude à composer, la matière longue et ardue. Il est question dans cet ouvrage des principes d'une école célèbre qui a conservé, épuré et agrandi les dogmes de la médecine ancienne. De notre temps, où le goût des idées philosophiques en médecine se trouve si restreint, où l'habitude des détails nous éloigne involontairement des régions élevées de la science, il n'est pas aisé de rencontrer beaucoup de lecteurs et de bien chauds partisans. Mais le vice assez général de notre siècle ne doit pas nous rendre ingrats envers les hommes qui nous conservent et nous communiquent les travaux de la méditation ; sous ce rapport, il serait nécessaire de donner quelque étendue à cette analyse, vu la multiplicité et la profondeur des sujets dont la doctrine médicale de Montpellier se trouve constituée.

Vous savez que l'illustre professeur Bérard sentit la nécessité de composer un ouvrage pareil à celui que M. Alquié vient de publier : « Cette exposition nous paraissait d'autant plus nécessaire, dit Bérard, qu'aucun des professeurs de notre école n'avait jamais, à proprement parler, entrepris cette tâche importante » Mais Bérard mourut en laissant un volume qui forme une sorte d'introduction à l'ouvrage considérable qu'il se proposait de publier. Le champ restait donc libre, lorsque M. Alquié s'est efforcé de le parcourir. En lisant les œuvres de Bérard et le *Précis de la doctrine* que nous analysons, nous avons remarqué certains rapprochements entre la position respective de ces deux auteurs ; l'un et l'autre n'avaient aucune hypothèse à soutenir, n'avaient fait encore aucun ouvrage qui pût gêner en rien l'appréciation franche de la doctrine médicale de leurs maîtres ; aussi ont-ils pu remplir leur tâche avec impartialité.

Après avoir lu la *Doctrine médicale de Montpellier*, on est surpris de voir qu'un objet aussi important n'ait pas été depuis long-temps publié par les défenseurs habiles qui, d'âge en âge, se sont transmis l'illustration de cette école ; cette négligence remarquable ne tient pas sans doute à la difficulté du sujet, ni à la paresse des écrivains de Montpellier, mais à l'intérêt que la plupart d'entre eux avaient à propager certaines idées particulières, ou, comme le dit M. Alquié, *certaines exagérations personnelles*. On ne saurait donc adresser trop d'éloges au jeune auteur qui n'a pas reculé devant une entreprise aussi pénible et aussi difficile, et y a apporté une sorte d'abnégation de lui-même pour mettre au service de son école son intelligence et son activité. Avant la publication du livre du docteur Alquié, il en était de la doctrine médicale de Montpellier, comme des Œuvres d'Hippocrate, de Galien, de Sydenham, etc., etc., dont beaucoup de médecins parlent, que la plupart se permettent d'approuver ou de critiquer, *sans les avoir lues*. Bien plus, les travaux des grands hommes de la médecine sont colligés, répandus depuis long-temps, et la doctrine de Montpellier se compose de principes multipliés mais épars dans les nombreux ouvrages de ses illustres représentants ; de sorte que, jusqu'à ce jour, celui qui en parlait et celui qui désirait la connaître se trouvaient fort embarrassés pour la trouver quelque part. N'étant que l'*hippocratisme*, cette doctrine s'est sans doute renfermée dans les écrits du père de la médecine ; mais indépendamment du choix difficile à faire entre les œuvres légitimes du divin vieillard, et celles qui lui ont été faussement attribuées, ces dogmes de l'antiquité ont été étendus, épurés, confirmés par les travaux de l'école de Montpellier, qui est parvenue à en former une véritable doctrine complète. Enfin pour faire comprendre le soin bien senti de l'ouvrage que nous analysons, il suffira de dire qu'en peu de temps *trois éditions* se sont déjà succédé.

M. Alquié commence son travail en résumant la philosophie de son école, qui est celle d'Hippocrate, de Bacon, de Newton, c'est-à-dire, l'*induction* ou la *procession du particulier au général*, méthode qui conduit à admettre des forces comme causes des effets observés ; forces dont on ne cherche point à pénétrer la nature, comme le veulent les systématiques ; car l'école de Montpellier *repousse toute hypothèse*. A l'exemple des plus grands génies, elle reconnaît des causes expérimentales qu'elle désigne par des expressions qui ne préjugent rien sur leur essence : tels sont les mots *force vivante*, *dynamisme*, *sens intime*, etc., que les systématiques voudraient remplacer par ceux de *fluide nerveux*, *électricité animale*, *stimulus*, *irritabilité*, etc. Nous devons d'autant plus insister sur ces objets, que l'on est généralement porté à reprocher à la doctrine de Montpellier d'admettre des hypothèses ; mais il faut avouer qu'elle n'en reconnaît pas plus que Newton, qui posa l'*attraction* comme la loi des phénomènes physiques. De là, n'en doutons pas, la véritable raison de la permanence de cette doctrine médicale ; car l'abandon des théories nombreuses et hypothétiques n'a pu entraîner la chute d'une doctrine aussi sévère dans sa méthode et ses dogmes. Comparez, en effet, cette constance de l'école hippocratique, à cette instabilité de l'école opposée, tour à tour ballottée par le *chimisme* ou le *mécanicisme*, l'*humorisme* ou le *solidisme*, par le vitalisme de Bichat, le physiologisme de Broussais, etc., et vous serez au moins disposé en faveur d'une méthode philosophique qui ne met pas votre esprit et vos études à la merci de la mode scientifique. Aussi l'a-t-on dit avec raison, Montpellier seul a des principes et une méthode ; et qu'est-ce, bon Dieu ! qu'une science sans principes et sans méthode !

Il me semble entendre le lecteur s'écrier : le *principe vital* n'est-il pas une hypothèse absurde ? Pas si étrange que vous paraissez le croire. J'ai autant que vous horreur des entités, mais je m'efforce de voir si l'on ne m'aurait pas, à cet égard, inspiré des craintes dénuées de fondement. Vous admettrez, sans doute, que les phénomènes de la vie ont une cause, comme vous pensez que les actes du monde physique sont aussi produits par une ou plusieurs causes ; eh bien ! nous voilà d'accord : les actes du corps humain ont une cause, et le nom que vous lui donnez ne peut être un sujet de contestation, car vous pouvez le choisir vous-même pourvu que vous ne cherchiez point à pénétrer son essence. A Montpellier, d'ailleurs, on n'agit pas autrement ; car ne croyez pas que l'on emploie l'expression de principe vital forcément ; il y est, au contraire, rarement prononcé, et l'on se sert indifféremment des termes force vitale, puissance de la vie, dynamisme humain, etc., etc. Ainsi cette méthode, tout expérimentale, fait reconnaître une cause-action, dont le médecin doit étudier les effets, dont l'activité échappe à notre conscience, à notre être moral, intellectuel, à notre âme enfin, et dont l'existence ne saurait pas davantage être mise en doute. Voilà donc deux forces abstraites, et nullement personnifiées, que l'Ecole de Montpellier admet avec toute l'antiquité.

L'unité qu'elle remarque dans les divers actes physiologiques conduit cette Ecole à proclamer l'unité de la science de l'homme, l'unité de la pathologie et de la physiologie, et à rejeter la distinction chimérique de la spécialité de la médecine et de la chirurgie ; elle est tellement persuadée de l'unité et de la spécialité de la nature humaine, qu'elle enseigne que la pathologie et la physiologie sont indépendantes des lois physiques et chimiques, et que pour connaître l'homme sain ou malade il faut l'étudier en lui-même et abstraction faite des autres sciences. Tout en admettant cette unité et cette indépendance de la science de l'homme vivant, cette Ecole ne saurait reconnaître deux sortes seulement de maladies, comme les systématiques l'avancent. Selon cette Ecole, les causes n'étant pas les mêmes, leur mode d'agir est différent. Les effets des médicaments ne se bornent pas à deux sortes, et par suite, d'après l'expérience clinique, il faut admettre un grand nombre de maladies essentiellement différentes.

Ces principes de pathologie découlent surtout de ce que l'Ecole de Montpellier ne s'arrêtant pas à l'apparence des choses, mais pénétrant jusqu'à la source des actes pathologiques, voit dans presque toutes les maladies deux objets que les autres Ecoles ne distinguent pas : la manifestation morbide ou l'ensemble des symptômes, ce qui tombe enfin sous les sens, et la cause interne de ces phénomènes pathologiques, ou ce qu'on appelle avec Galien l'*affection morbide*. Elle attache la plus haute importance à cette distinction et y trouve le fondement de la véritable médecine pratique. Ainsi quand un individu est atteint de la syphilis, elle y voit deux sujets d'étiologie, de diagnostic et de thérapeutique ; elle se demande si la cause syphilitique a agi seulement dans le lieu où se montre un chancre, et elle reconnaît sans peine que l'économie entière est en même temps viciée quoique actuellement on ne puisse le reconnaître que par l'observation répétée ; elle trouve en cet état morbide deux sources de diagnostic, c'est-à-dire celle des caractères apparents et celle de la lésion interne ; enfin elle y voit deux sujets de thérapeutique, les symptômes et l'affection syphilitique. De là elle est conduite à comprendre que les symptômes de beaucoup de maladies peuvent manquer, bien que l'individu soit réellement atteint, comme dans l'hydrophobie, le cancer, la goutte, etc., état qui constitue la *diathèse*. De là, elle est amenée à ne croire le diagnostic complet qu'autant que les deux faces du problème ont été découvertes ; de là, enfin, elle reconnaît comme rationnel, suffisant le traitement seul qui combat la forme et le fond des états pathologiques : sous ce rapport les principes de l'Ecole de Montpellier ressortent de la pratique médicale la plus éclairée.

Le docteur Alquié continue son ouvrage en abordant la question fondamentale du *siége des maladies* et de l'*anatomie pathologique* ; et ici encore l'appréciation en est tirée de l'expérience clinique, car son école n'attache du prix qu'aux inductions de ce genre. Ne pouvant entrer dans les détails de ce grand problème, je rappellerai seulement les conclusions du *Précis de la doctrine* : Les organiciens ont beaucoup trop attaché d'importance au siége organique des maladies ; lorsque Bichat s'est écrié : Qu'est-ce qu'une maladie si l'on n'en connaît pas le siége ! il a été égaré par la considération des maladies chirurgicales. Il existe, en effet, un grand nombre de maladies que l'on combat en ayant égard seulement à la nature même de l'affection et non à l'organe lésé : tels sont le périodisme, les douleurs, le scorbut, la syphilis, etc. L'école de Montpellier considère donc les altérations organiques comme des caractères et des effets morbides, et nullement comme la partie essentielle à connaître et à combattre.

Vient ensuite l'exposé succinct de la *méthode analytique* et des *éléments des maladies* ; comment résumer en quelques phrases un principe aussi profond et aussi important en pratique ? Disons cependant que l'élément morbide est la lésion interne de l'économie ou l'affection, qui peut se manifester par un groupe de symptômes très divers, mais dont le cachet est cependant toujours le même. Ainsi, l'élément nerveux, ou l'affection nerveuse, se montre tantôt sous la forme de colique, d'éréthisme général, de rhumatisme, etc. ; de sorte que dans chaque cas clinique (rhumatisme, pleurésie, diarrhée, etc) il faut se demander quel est l'élément de ces maladies, de manière à les combattre tantôt par les narcotiques ou les antispasmodiques, tantôt par les antiphlogistiques, d'autres fois par les évacuants, etc. On peut comprendre déjà que cette médecine donne beaucoup à réfléchir ; qu'elle reconnaît des maladies bilieuses, catarrhales, nerveuses, inflammatoires, adynamiques, etc., suivant les éléments morbides d'où elles proviennent et le traitement qu'elles réclament. Mais je m'arrête pour ne pas effaroucher nos modernes organiciens, et, du reste, parce qu'il m'est impossible de donner en quelques mots une doctrine si sévère, si profonde, si pratique.

Je dois me borner à certains aperçus propres à faire sentir la philosophie et la rigueur des principes dont se compose la doctrine médicale de Montpellier ; je renvoie le lecteur à l'ouvrage de M. Alquié, où tous les sujets de la science médicale sont exposés avec méthode, clarté, parfois même avec un chaleureux entraînement. Je ne saurais trop féliciter l'auteur de son heureuse entreprise, et l'Ecole de Montpellier d'avoir un aussi honorable interprète. DELIN, D.-M.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. (Décembre 1843.)

De l'ankylose ; par M. le docteur ED. LACROIX.

Ce travail fort étendu donne lieu aux déductions pratiques suivantes :

L'ankylose est à la fois du domaine de la médecine et de la chirurgie. L'ankylose qui est sous l'influence de causes générales est le résultat d'une modification de la vitalité du tissu fibreux et exige un traitement tout médical ; et les belles recherches sur le rachitisme, qui font voir que l'on peut à volonté soustraire aux os leur phosphate calcaire, pourraient mettre sur la voie des moyens à employer dans cette maladie, assez rare pour que la thérapeutique médicale soit muette à son égard jusqu'à présent.

Pour les moyens chirurgicaux, ils sont nombreux, car de temps immémorial cette affection a été l'objet de l'attention des chirurgiens. Ce travail montre que si dans quelques circonstances l'art a dû être couronné de succès, dans beaucoup d'autres au contraire toute tentative était une témérité blâmable. En effet, une grande quantité d'ankyloses doivent être considérées comme incurables. M. Lacroix démontre que la maladie peut débuter par les os ou par les ligaments. Toutes celles qui débutent par les os sont toujours symptomatiques d'une affection qui les a déterminées, et au-dessus des ressources de l'art ; et l'on conçoit qu'il sera facile, en remontant aux causes, d'apprécier la nature de l'ankylose dans les cas de carie, nécrose, fracture et rachitisme. Celles qui sont de nature spontanée ou idiopathique ont ordinairement pour siége primitif les ligaments et peuvent être déclarées tout d'abord curables en général, à moins que l'ankylose ne soit de longue date, ce que les altérations pathologiques apprennent à reconnaître.

Les ankyloses des articulations arthrodiales peuvent se rattacher à deux types : dans l'un, l'immobilité de l'articulation précède la soudure des os ; dans l'autre, les dépôts osseux précèdent la perte des mouvements de l'articulation. Ces deux modes de formation de l'ankylose montrent que, dans tous les cas, le mouvement est le meilleur moyen à opposer au développement de l'ankylose : dans le premier pour prévenir, et dans le second pour combattre la formation de ces dépôts osseux.

Le lieu où commence l'ankylose montre que c'est sur les parties placées dans l'extension que l'on doit d'abord agir ; il faut même profiter de ce moyen, car ce point, comme superficiellement placé et éloigné des gros vaisseaux, est encore accessible aux moyens chirurgicaux.

Mais plus tard, quand tous les progrès de l'ankylose ont lieu dans la flexion, la chirurgie ne peut plus causer que des fractures ; les altérations se traduiront à l'extérieur par des déformations qui indiqueront quelles sont les limites dans lesquelles un chirurgien devra agir, ou bien devra se résigner à être inactif, s'il ne veut pas être coupable aux yeux de la morale.

Donc quand les diamètres de l'articulation sont diminués, et que les diaphyses des os sont augmentées dans le diamètre antéro postérieur, il faut renoncer à toute opération, parce qu'alors les os ont acquis plus

de solidité dans l'endroit où ils sont réunis que partout ailleurs, et qu'alors la chirurgie pourrait déterminer une fracture au-dessus de l'articulation, qui est moins solide, et que quand même elle pourrait avoir lieu au niveau de l'ancienne articulation, ce serait une fracture comparable à celle qui a lieu dans la continuité des os; que les surfaces articulaires, en admettant que l'on donne lieu à une fausse articulation, n'auraient pas la régularité et l'étendue convenables, et qu'en supposant même que ces conditions se rencontrassent, elles n'auraient pas de ligaments ni de muscles convenables pour la soutenir.

Cette dernière considération donne aussi lieu à faire remarquer que l'examen des saillies d'insertion des ligaments et des muscles pourront faire voir à quel degré avancé se trouve l'ankylose; il n'y aura que les muscles communs à cette articulation et à celles qui sont voisines, qui pourront avoir conservé leur volume normal.

Plus le membre sera soumis à des actions énergiques, plus ces déformations seront promptes à prendre ces caractères d'incurabilité. L'on devra aussi être en garde contre certaines altérations consécutives.

Pour conclure, l'auteur dit que toutes les maladies organiques des os ont aussi un caractère particulier, en ce sens que, comme l'articulation ne lui sert plus de limites, elles sont toutes plus dangereuses par le champ plus vaste où elles peuvent se développer, et que par conséquent le chirurgien ne saurait être trop vigilant à les combattre dans leur début.

L'ankylose *consécutive*, plus difficile à se former, est impossible à combattre; car ce serait souvent vouloir détruire la guérison d'une première maladie des os.

Les seules indications pratiques à tirer, dans les ankyloses succédant à l'anthrocace, c'est que la déformation des os au niveau de l'articulation peut être inverse de ce que l'on rencontre dans l'état normal; mais en dessus et en dessous, les os reprennent les caractères francs de l'ankylose, comme dans celle consécutive aux fractures au niveau des articulations.

Une déduction plus importante à tirer de la marche de l'ankylose consécutive, c'est que dans celles qui succèdent aux luxations, la surface articulaire déplacée ne se déforme que bien après l'os sur la surface duquel se déclarent les premiers vestiges d'une articulation qui doit plus tard se souder avec l'os luxé.

Essai sur les luxations de la clavicule; par M. Morel-Lavallée.

Nous avons analysé ce travail dans le compte-rendu de l'Académie de médecine.

Sur la chirurgie simplifiée; Lettre à M. le docteur Mayor, de Lausanne; par M. A. Vidal (de Cassis).

La raison revêtue d'une forme spirituelle ne s'analyse pas; citer est tout ce qu'on peut faire. Voici donc quelques passages de cet épître:

« Vous avancez que *la simplicité est le caractère de la vérité*; c'est l'épigraphe de votre livre, c'est la base de votre système. J'oserai vous dire, sans vouloir porter un trop mauvais pronostic sur votre ouvrage, que l'amour de la simplicité a perdu plus d'un système et plus d'un livre... Vous rappelez-vous ce système de chimie qui avait poussé la simplicité jusqu'à n'admettre, comme corps élémentaires, que le *sel*, le *soufre* et le *mercure*? Avec ce souvenir, assistez à la première leçon d'un cours de chimie, suivez le professeur quand il trace sur un tableau le nom des corps élémentaires, et vous verrez si ce tableau n'a pas grandi, même depuis que Vauquelin ou Fourcroy étaient chargés de l'accomplir ....

» Descendons davantage dans notre sujet, et puisque c'est surtout dans la thérapeutique chirurgicale que vous voulez introduire la simplicité, remarquez encore ce que sont devenues les *panacées* et par qui elles ont été créées.....

» La simplicité de votre chirurgie vient de ce que toutes ses opérations peuvent être soumises aux lois de la mécanique. C'est donc la connaissance de ces lois qu'il faut d'abord acquérir; une fois en possession de cette connaissance, le jeune praticien, selon vous et selon vos expressions, n'a plus besoin de répéter, de voir répéter des observations, de faire, de refaire des observations, encore moins de les écrire, de les lire. Ainsi les précieux recueils qui nous ont été légués par Paré, par Fabrice de Hilden, par Pott, etc., tout cela doit subir les flammes, puisque de la connaissance de la mécanique on peut arriver à la pratique de la chirurgie dont les difficultés ne sont alors plus qu'un jeu. On concevrait plus facilement votre système, et surtout on l'adopterait avec plus de raison, si la résistance pouvait être calculée comme l'action. Ainsi, pour réduire une luxation, une fracture, on peut d'avance mesurer la force qui sera dépensée; mais la résistance ne peut être prévue, calculée. Et, chose admirable, cette résistance la plus opiniâtre, celle qui pour être domptée nécessiterait un déploiement de forces capables de compromettre immédiatement la vie du malade, cette résistance va s'évanouir sous l'inflence d'un moyen très indirect qui n'est nullement mécanique, par un grain d'opium, et quelquefois sous la parole du chirurgien habile et d'une autorité bien reconnue.

» Ainsi Dupuytren, voyant qu'une réduction de l'humérus ne pouvait s'effectuer par les tractions les plus énergiques, apostrophe la malade en l'accusant d'ivrognerie. A l'instant la malade est prise d'un état nerveux qui produit un relâchement musculaire à la faveur duquel la réduction devient très facile. Sont-ce les lois simples de la mécanique qui pourront nous conduire à prévoir et à déterminer de pareils effets, des résultats analogues? Non certes.

» Vous ne voyez aussi qu'une application des lois de la mécanique dans l'opération de la cataracte, ce qui prouve que vous dédaignez les difficultés que peuvent apporter à l'accomplissement de cette action chirurgicale les divers degrés de contraction de l'iris. Pour placer cet organe dans les meilleures conditions possibles à la réussite de l'opération, est-ce par un moyen mécanique qu'on agit? Est-ce que, par hasard, la belladone serait un agent mécanique, un modificateur qui ne s'adresserait qu'aux propriétés physiques de nos tissus? »

FAITS DIVERS.

Formation extraordinaire d'une cataracte; par M. le docteur Fronmueller, de Fuerth.

Un négociant âgé de soixante-cinq ans, jouissant d'une santé excellente et n'ayant jamais été affecté de maux d'yeux, se trouvait, le 17 avril 1842, dans le courant de l'après-midi, assis dans un café, où il faisait une partie de cartes. Le siége qu'il occupait était placé en face d'une fenêtre, et le soleil lui donnait en plein sur la figure. Il fut tout à coup saisi d'une douleur excessivement vive dans l'œil droit; il se leva avec impétuosité, en s'écriant: « Qu'est-ce que j'ai dans l'œil? Je ne puis le supporter, la douleur est trop forte. » Toutefois, cette douleur ne tarda pas à s'appaiser; mais la vision qui s'exerçait si bien auparavant, resta abolie de ce côté.

Trois jours après, il alla trouver M. Fronmueller, qui diagnostiqua une cataracte lenticulaire de l'œil droit. (Au bout de quelque temps la capsule se troubla aussi.)

M. Fronmueller s'étant rendu au café pour examiner la disposition de la fenêtre, reconnut, sans en être étonné, dans l'un des verres qui la garnissaient, deux convexités bulliformes semblables, pour la grandeur et la forme, à de véritables lentilles. Dès lors, il ne douta plus que l'accident éprouvé par le négociant reconnaissait pour unique cause l'action directe des rayons solaires concentrés par l'une de ces bulles.

(*Journal fuer Chirurgie und Augenheilkunde.*)

Cas d'hémorrhagie spontanée du bulbe de l'œil; par M. le docteur Fronmueller, de Fuerth.

Un vieux ceinturonnier, fort entêté, avait eu, au mois de mai 1840, un commencement de staphylome de l'œil gauche, suite d'une ophthalmie chronique de nature arthritique. En même temps, un flux hémorrhoïdal auquel il était sujet avait perdu beaucoup de son abondance ordinaire.

Bien que l'œil droit fût lui-même affecté d'une assez forte irritation, M. Fronmueller ne put parvenir à lui faire abandonner son travail accoutumé, et tous les sages conseils qu'on lui donna sur ce point restèrent impuissants; les prescriptions elles-mêmes ne furent pas suivies, de manière que ce praticien voyant ses visites inutiles les suspendit.

Plusieurs semaines s'étaient passées depuis cette époque, lorsque M. Fronmueller fut appelé à la hâte. A son arrivée chez le malade, il le trouva assis et tenant à la main un vase dans lequel tombaient à des distances assez rapprochées des gouttes de sang qui s'écoulaient de l'œil gauche. Il apprit de lui qu'il avait ressenti tout à coup de violentes douleurs dans l'œil, et qu'aussitôt l'hémorrhagie avait commencé; une heure s'était écoulée déjà depuis ce moment.

L'examen de l'œil fit reconnaître l'existence d'une tumeur rouge, du volume d'un pois, à pédicule mince, sortant du milieu de la cornée de l'œil gauche: c'était de là que provenait le sang. La quantité de ce liquide qui s'était écoulée était environ de sept cent cinquante grammes; sa couleur était assez foncée. Le pouls n'était pas très déprimé.

Des compresses froides furent appliquées; un pédiluve chaud fut administré.

L'hémorrhagie ne s'arrêtant pas, et la procidence des membranes internes s'augmentant, le médecin en fit la section avec des ciseaux près de la base. A partir de là le sang cessa de couler.

La tumeur enlevée consistait dans un sac membraneux qui paraissait principalement formé par l'iris; il contenait des caillots sanguins.

Depuis cette opération, le bulbe est un peu diminué de grosseur; il est marqué de quatre sillons qui correspondent aux muscles droits. La cornée a perdu sa transparence.

L'amoindrissement des lames de la cornée, unie à une congestion cérébrale dépendant de la diminution du flux hémorrhoïdaire, et à une surexcitation des yeux, paraît avoir amené cet accident rare. (*Ibid.*)

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.

Mercredi dernier, la première épreuve du concours a commencé. Il s'agissait de répondre à une question écrite pour laquelle cinq heures étaient accordées.

La question donnée était ainsi conçue:

« Décrire succinctement la structure et les rapports du foie, la composition, les usages, la sécrétion et l'excretion de la bile. L'ictère, ses causes, son diagnostic, son traitement. »

La lecture de ces compositions a commencé jeudi. MM. Tardieu, Legrand et Hardy ont lu dans cette séance. Samedi, MM. Pelletan, Ponmet et Vernois. Demain, mardi, ce sera le tour de MM. Grisolles, Blandet et Vigla.

MM. Boullay et Barthez se sont retirés.

Chronique.

Une discussion d'un intérêt médiocre comme question générale, mais d'un intérêt réel dans l'espèce, a eu lieu à Charenton entre le médecin en chef et le chirurgien en chef de cet établissement. Voici quel en a été le sujet.

Les aliénés qui, coïncidemment, sont atteints d'une maladie chirurgicale, reçoivent, dans un service spécial, et des mains d'un chirurgien, les soins que leur état réclame. S'ils viennent à décéder dans dans ce service, le médecin a réclamé la liberté d'en pratiquer l'autopsie, soit concurremment avec le chirurgien, soit seul, si l'autopsie ne présente rien qui puisse intéresser la chirurgie. C'est contre cette réclamation que le chirurgien en chef s'est élevé. L'affaire fut portée devant deux arbitres, l'un médecin, l'autre chirurgien, qui décidèrent en faveur des prétentions du médecin en chef de Charenton. Le chirurgien ne voulut pas se soumettre à cette décision arbitrale et amiable, et il porta la question devant le conseil général des hôpitaux. Celui-ci nomma une commission qui, après délibération et examen, fut du même avis que les arbitres. Il paraît néanmoins que l'affaire n'est pas encore terminée, et que le chirurgien en chef, à l'aide des adhésions qu'il cherche à obtenir de la part de ses confrères des hôpitaux, espère faire revenir le conseil d'une décision qu'il croit contraire à ses intérêts scientifiques.

Dans l'espèce, les prétentions du médecin en chef nous paraissent fort légitimes, et partant soutenables. Dans un service spécialement consacré à l'aliénation mentale, les cas chirurgicaux doivent être considérés comme des accidents, ne pouvant en aucune manière priver le médecin qui aura suivi, pendant plusieurs années peut-être, une observation intéressante, de l'occasion de constater les lésions anatomiques de la maladie. Si le service chirurgical n'est qu'accidentel, et nous ne croyons pas qu'on puisse l'envisager différemment dans un hospice d'aliénés, les droits du médecin à l'autopsie sont inattaquables, et ce serait lui faire perdre tous les fruits d'une observation souvent très longue et patiente, en le privant de cette ressource ultime et souvent si importante d'enseignement. En conviant le chirurgien à ces mêmes autopsies, en lui laissant le pouvoir d'examiner aussi ce qu'il peut avoir intérêt à connaître, on ménage tous ses droits, on donne satisfaction à toutes les convenances, et nous sommes étonnés que l'honorable et judicieux chirurgien de Charenton puisse considérer cette affaire sous un autre point de vue.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 7. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, [illegible] 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Dép[illegible] 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etrang[illegible] an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

De la percussion et de l'auscultation comparées chez les enfants du premier âge et chez l'adulte.

Vous avez pu déjà, dans le cours de vos visites, éprouver quelques mécomptes quand vous vouliez appliquer à l'étude des maladies de la poitrine chez les enfants à la mamelle, les notions que vous aviez puisées dans les cliniques des adultes, et même dans celles des enfants du second âge. Il s'est accrédité à ce sujet des erreurs assez notables, et qui peuvent, dans bien des circonstances, jeter la perturbation dans les idées du médecin.

Pour vous bien faire comprendre l'importance relative du système pulmonaire de l'enfant du premier âge, il n'est pas inutile d'entrer dans quelques considérations de physiologie comparée.

Si, parmi les mammifères, vous cherchez à déterminer quels sont ceux dont le système pulmonaire est le plus développé au moment de la naissance, vous voyez que ce sont ceux qui naissent avec les yeux ouverts, et déjà vigoureux, sauteurs et coureurs dès le premier jour de la vie. Tels sont les ruminants, les solipèdes. Voyez sur un poulain, sur un chevreau, combien est développée la cage thoracique, combien l'abdomen est relativement moins volumineux. Au contraire, chez les carnassiers, dont la membrane pupillaire est fermée au moment de la naissance, et qui seront plusieurs mois avant d'acquérir de la vigueur, l'abdomen a un volume énorme, et le thorax est très peu développé.

Comparez maintenant les aptitudes des animaux de la première catégorie à celles des animaux que nous avons placés dans la seconde. Les premiers, d'une énergie extrême, courent avec vélocité, sautent avec énergie dès qu'ils sont nés; ceux-là, au contraire, presque immobiles et sans force pendant une assez longue période, n'arrivent qu'après plusieurs mois au degré d'énergie que les autres ont presque en naissant. La même chose a lieu chez les oiseaux; ceux qui naissent drus, et qui, en naissant, courent avec vivacité, et déjà cherchent et trouvent leur pâture, sont pourvus pendant leur jeunesse de poumons relativement fort grands, tandis que ceux qui, pendant quelque temps, restent dans le nid, où ils ont besoin des secours de leur mère, sont remarquables dans le premier âge par l'ampleur relative de leur abdomen.

Mais, à une époque plus avancée de la vie, lorsque les actes instinctifs de la vie nécessiteront une plus grande dépense de forces musculaires ou de vélocité, la capacité thoracique aura acquis son summum de développement, tandis que, relativement, l'abdomen perdra de son volume. Ces considérations de physiologie comparée sont tellement vraies, que la forme d'un animal étant donnée, au moment de la naissance et dans l'âge adulte, on peut arriver à la connaissance d'une partie de ses instincts et de ses habitudes.

Pardonnez-moi une digression qui peut-être vous semblera hors de saison dans une leçon clinique, mais qui n'était pas sans quelque utilité pour vous faire mieux saisir ce qui me reste à dire.

L'homme, pendant les deux premières années de sa vie, n'existe en quelque sorte que pour les actes nutritifs et intellectuels. Les organes intellectuels sont sans énergie; et, comme conséquence de cette inertie, la cage thoracique est à peine développée. Le poumon, et c'est un fait que l'anatomie peut aisément constater, est relativement moins développé qu'à toute autre période de la vie; mais, dès que la démarche de l'enfant, plus assurée, lui permet de poursuivre les objets de ses sensations, et de donner carrière à l'activité dévorante de son cerveau, la poitrine acquiert promptement une ampleur relativement plus grande, et l'énergie des actes respiratoires augmente en proportion.

Si maintenant on applique l'auscultation et la percussion à l'étude des maladies de l'enfance, on a tout de suite, par ce que j'ai dit plus haut, l'explication de phénomènes généralement fort mal appréciés.

On constate que, chez les enfants à la mamelle, le son de la poitrine est beaucoup moins clair que chez les enfants un peu plus avancés en âge, et que chez eux, également, la respiration est beaucoup plus faible qu'elle ne le sera plus tard; de sorte que l'épithète puérile, donnée si justement par Laënnec à la respiration de l'enfant qui est dans la *pueritia*, c'est-à-dire de trois à quatorze ans, ne s'applique plus à l'*infantia*, c'est-à-dire depuis le moment de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans et demi ou trois ans.

Je ne saurais trop insister sur ces circonstances, parce que, en adoptant sans restriction ce qu'ont dit et écrit des auteurs très recommandables sur la séméiologie des enfants, vous risqueriez de prendre pour l'effet d'une condition pathologique une obscurité du son et une faiblesse du bruit respiratoire qui appartient à l'état sain.

Ce que je viens de vous dire suffit, messieurs, pour vous mettre en garde contre des erreurs assez graves; mais je n'aurais rempli qu'à moitié ma tâche si je ne vous faisais connaître quelques circonstances qui, chez les enfants à la mamelle, bien portants d'ailleurs, peuvent modifier les résultats de la percussion et de l'auscultation.

Pour percuter la poitrine, je n'ai pas besoin de vous dire qu'il faut interposer le doigt entre la main qui percute et les parois du thorax; le plessimètre n'est en général d'aucune utilité; il a même, dans un grand nombre de cas, l'inconvénient de mal s'accommoder aux contours d'une poitrine trop petite. L'enfant est maintenu assis sur les genoux de sa mère, c'est là la meilleure position. D'autres fois il ne veut rester en repos que si on le couche le menton sur l'épaule et le ventre sur le sein de sa nourrice.

Quand l'enfant est assis, la percussion ne donne, s'il est tranquille, rien qui diffère de ce que l'on constate chez l'adulte; seulement le foie, quoique relativement très volumineux, ne donne pas autant d'obscurité à la partie inférieure du côté droit, que dans un âge plus avancé, attendu que, chez le petit enfant, le diaphragme plane, et le foie descend au delà du rebord des côtes. Mais si l'enfant est couché sur le ventre, non-seulement il survient un peu d'obscurité à droite en arrière, mais encore on en observe à gauche, ce qui tient, d'une part, à ce que le foie est refoulé en haut; et, d'autre part, à ce que la flexibilité extrême des côtes permet à ce viscère et au cœur de se rapprocher de la paroi postérieure du thorax.

Ces circonstances sont capitales; l'oubli que j'en ai fait m'a fait commettre des erreurs de diagnostic que je rectifiais aisément en changeant la position de l'enfant.

Le mode de respiration fait encore un peu varier le résultat de la percussion, Si l'enfant est en colère, et qu'il expire fortement, le son est obscur au moment de l'expiration; il redevient clair, au contraire, au moment de l'inspiration forcée. Vous comprenez la cause de ce phénomène sans qu'il soit besoin que je vous en donne l'explication.

Lorsque l'on ausculte, on observe encore quelques particularités qui valent la peine d'être notées.

Si l'enfant est parfaitement calme, la respiration ne diffère pas sensiblement de celle de l'adulte; l'inspiration est assez bruyante, l'expiration est à peine sensible; de plus, la première est excessivement active et lente; la seconde, au contraire, est purement passive et rapide. Mais si l'enfant est irrité, l'inspiration est entièrement rapide, et l'expansion pulmonaire ne peut être perçue, tandis que l'expiration est lente et accomplie avec l'aide de tous les muscles qui concourent,

FEUILLETON.

STATISTIQUE DES HOSPICES ET HOPITAUX DE LA FRANCE.

Un énorme volume in-folio de près de 500 pages, tout hérissé d'innombrables colonnes de chiffres, est sorti, il y a fort peu de temps, des presses de l'imprimerie Royale; c'est le premier tome, consacré à l'administration publique, dans la Statistique de la France que publie le ministère du commerce. Ce volume se partage en divers chapitres, relatifs aux enfants-trouvés, aux aliénés, aux hôpitaux et hospices. Nous prendrons aujourd'hui ces derniers pour sujet de nos recherches.

Les résultats que nous allons exposer se trouvent en germe dans les documents officiels, mais on y chercherait en vain les chiffres que nous donnons; ils sont le fruit des additions, des comparaisons, des confrontations auxquelles nous avons soumis les données de l'administration, données qu'elle expose sans tableau synoptique, laissant à un observateur attentif le soin d'examiner quelles conséquences en découlent.

En fait de travaux statistiques, il serait imprudent, on le sait, de comparer des années isolées; agissons donc sur des périodes triennales:

Il a été admis dans les divers hôpitaux de la France:

De 1833 à 1835,	1,129,094	individus.
De 1836 à 1838,	1,136,008	—
De 1839 à 1841,	1,288,358	—

Il en résulte une augmentation de 12,44 pour cent sur la troisième période comparée à la première.

Durant le même espace, les chiffres à opposer aux entrées se sont présentés de la façon suivante:

	Décès.		Sortis par guérison ou autre cause.	
De 1833 à 1835,	112 424	—	1,023,991	—
De 1836 à 1838,	116 534	—	1,013,037	—
De 1839 à 1841,	133 993	—	1,146,254	—

On trouve ainsi, sur les décès, un accroissement de près de 19 pour cent, lorsqu'on met la troisième période en regard de la première.

Le rapport des décès aux entrées a été:

Pour la première période de,	99	sur 1,000.
Pour la seconde, de	102	—
Pour la troisième, de	104	—

Le nombre des malades, restant dans les hôpitaux, était de 99,886 à la fin de 1833; après être tombé à 96,000 et à 92,000 dans les deux années suivantes, il a graduellement monté jusqu'à 107,370, chiffre du 31 décembre 1840. A la fin de 1841, il s'était un peu réduit; nous le trouvons de 106,055.

L'examen de la mortalité comparée par département pouvant offrir de l'intérêt, nous en avons dressé le tableau suivant; il embrasse, nous le répétons, une période de neuf années (1833–1841).

	Malades.	Décès.
Ain,	38,287	3,226
Aisne,	62,369	4,027
Allier,	32,152	2,501
Alpes (Basses-),	8,427	957
Alpes (Hautes-),	6,455	403
Ardèche,	9,317	1,052
Ardennes,	10,321	719
Ariége,	9,221	652
Aube,	29,720	1,804
Aude,	18.873	1,471
Aveyron,	20,393	1,234
Bouches-du-Rhône,	209,445	23,388
Calvados,	63 174	3,917
Cantal,	10,803	682
Charente,	23,854	1,268
Charente-Inférieure,	30,664	2,098
Cher,	22,497	1,369
Corrèze,	8,773	763
Corse,	2,892	261
Côte-d'Or,	71,121	4,206
Côtes-du-Nord;	17,583	1,711
Creuse,	4,632	366
Dordogne,	14,937	1,759
Doubs,	29,885	2,247
Drôme,	35,250	2,685
Eure,	31,731	2,187
Eure-et-Loir,	35,321	2,213
Finistère,	45,063	4,045
Gard,	69,522	4,367
Haute-Garonne,	46,363	3,807
Gers,	17,326	943
Gironde,	115,164	7,840
Hérault,	97,171	5,969
Ille-et-Vilaine,	65,330	6,312
Indre,	11,442	1,027
Indre-et-Loire,	40,396	2,126
Isère,	61,996	4,636
Jura,	23,184	1,733
Landes,	17,209	1,209
Loir-et-Cher,	38,666	2,513
Loire,	68,361	6,354
Loire (Haute-),	17,516	1,544
Loire-Inférieure,	92,148	9,452
Loiret,	52,770	4,360
Lot,	9,564	820
Lot-et-Garonne,	19,104	1,179
Lozère,	6,668	485
Maine-et-Loire,	118,162	6,587
Manche,	31,093	1,988
Marne,	83,565	5,227
Marne (Haute-),	21,764	1,178
Mayenne,	40,817	3,650
Meurthe,	65,161	4,842
Meuse,	21,127	2,216
Morbihan,	26,643	1,251
Moselle,	19,831	2,072
Nièvre,	20,558	1,887
Nord,	113,765	9,558
Oise,	34,575	2,100
Orne	22,727	1,411
Pas-de-Calais,	66,655	5,061
Puy-de-Dôme,	61,454	3,713
Pyrénées (Basses-),	25,873	1,738
Pyrénées (Hautes-),	6,848	620
Pyrénées-Orientales,	22,560	2,470
Rhin (Bas-),	64,082	5,016
Rhin (Haut-),	26,346	3,040
Rhône,	199,615	21,536
Saône (Haute-),	9,375	555
Saône-et-Loire,	69,219	4,914
Sarthe,	36,876	2,540
Seine,	826,793	72,877
Seine-et-Marne,	51,003	3,207
Seine-et-Oise,	51,312	4,537
Seine-Inférieure,	135,476	18,325
Sèvres (Deux-),	29,968	1,413
Somme,	58,757	4,358
Tarn,	13,214	1,112
Tarn-et-Garonne,	24,328	1,555
Var,	55,120	4,588
Vaucluse,	71,792	6,287

en général, à l'effort. L'air sort de la glotte en un petit filet bruyant. L'evpiration est donc ici essentiellement active, au rebours de ce qu'elle est dans l'état normal; de plus, et j'insiste sur ce point, elle doit être très lente, tandis que l'inspiration est rapide.

Ce rhythme nouveau est bien es[illegible] lieu à [illegible]connaître, parce qu'il change tout de suite certains bruits pathologiques qui en dérivent. Vous verrez, en effet, que si, comme le pense M. Beau, et comme je le pense également, les bruits de souffle et leurs modifications nombreuses se passent dans le larynx et sont transmis à l'oreille au travers du poumon induré, par l'air de la trachée et des bronches; il s'ensuivra que ces bruits devront être d'autant plus évidents que le passage de l'air se fera plus bruyamment dans le larynx. C'est ce que l'on constate chez l'adulte. L'inspiration est lente, l'expiration est rapide; donc l'air inspiré traverse plus silencieusement le larynx que l'air expiré; aussi les bruits de suuffle sont-ils marqués, surtout dans le temps de l'expiration. Mais si, comme il arrive chez l'enfant irrité, l'inspiration est rapide au lieu d'être lente, les bruits de souffle s'entendent pendant l'expiration lorsqu'il est calme, et pendant l'inspiration s'il est agité et s'il crie.

Ce peu de mots suffira peur vous donner une idée des modifications que certaines circonstances, jusqu'ici mal appréciées, apportent dans l'étude de certains points de la séméiotique de l'enfance; j'ai dû vous en entretenir avant d'aborder une question d'une extrême importance et encore bien obscure, celle des signes de la pneumonie des enfants à la mamelle.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Nécrose invaginée du premier os du métatarse gauche. — Résection. — Réflexions sur ce genre d'opération.

Au n° 77 de la salle Sainte-Marthe, est couché un homme âgé de cinquante-trois ans, qui entra, il y a quatre ou cinq jours, pour être traité d'une affection organique au pied gauche. Il porte à la face antérieure du pied, au niveau du second métatarsien, une plaie fistuleuse par laquelle en introduisant un stylet, on arrive à une surface osseuse dénudée et profondément altérée, et qui répond à la partie moyenne du premier os du métatarse; car la fistule a un trajet oblique vers la partie interne dn pied, et s'arrête sur l'os que nous venons de nommer. Tous les autres os voisins sont parfaitement sains; l'orteil lui-même, qui est supporté par le métatarsien malade, est dans un état de parfaite intégrité. On ne connaît pas la cause véritable qui a donné origine à cette maladie. En questionnant le malade à cet égard, il nous assure n'avoir jamais eu de maladies vénériennes ni scrofuleuses, nl autres de nature à produire une altération organique et constitutionnelle; très probablement la cause fut traumatique, un coup reçu sur la partie; car le malade nous dlt qu'il y a sept ou huit mois un certain nombre d'arbres réunis lui tomba sur le pied. Le fait est que des abcès se sont formés autour du siége de l'affection; que ces abcès ouverts donnèrent lieu à des fistules qui ne peuvent pas se fermer, et que maintenant une carie existe à la partie antérieure du premier os métatarsien, dont il faut penser à débarrasser le malade.

Tout bien considéré, nous croyons, dit M. Roux, qu'il n'y a d'autre remède à employer que l'enlèvement de la partle malade. Nous nous proposons de lui retrancher la moitié antérieure de l'os du métatarse, en conservant le gros orteil. Il en résultera certalnement un vide que la nature s'efforcera de combler; le gros orteil peu à peu se retirera, se rétractera, et pourra encore être de quelque avantage à la station et à la marche, malgré la petite difformité qui en résultera dans l'ensemble du pied lui-même. C'est une opération bien différents de celle par laquelle on enlève le métatarsien en même tempe que l'orteil, et qui se pratique assez souvent dans des circonstances et pour des maladies analogues. C'est, en un mot, une résection que nous allons pratiquer sur une partie du métatarsien. Avant de procéder à cette opération, nous allons vous entretenir quelques moments sur l'opération en elle-même, et sur la résection en général.

Tout ce qu'on a fait de bien et de hardi en même temps dans ce genre d'opérations, appartient à la chirurgie moderne. Ce n'est pas à dire pour cela que les anciens ignoraient entièrement les ressources de notre art; car en fouillant dans les livres des anciens, on y trouve quelques expressions qui feraient croire qu'on y avait déjà pensé, quoique rien ne prouve qu'on l'ait vraiment mis en pratique. On trouve des traces de cela dans les ouvrages de Paul d'Egine et d'autres praticiens de l'antiquité; mais il faut arriver jusqu'au milieu du dix-huitième siècle pour voir cette opération bien établie et bien formulée. Witt, en Angleterre, fut le chirurgien qui l'employa le premier dans un cas de carie de l'humérus; de là elle passa en Hollande, et parvint en France; et ce n'est pas à Paris qu'elle commença à être pratiquée, mais en province; ce furent les chirurgiens Moreau père et fils, et Champion, chirurgiens très habiles, trop tôt enlevés à la science, qui s'en firent les partisans, avant qu'elle trouvât la moindre faveur parmi les praticiens de la capitale. Plusieurs résections furent pratiquées par lesdits chirurgiens avec plus ou moins de succès; mais elles ne se généralisaient pas. Lorsque nous fûmes conduit à l'étudier à fond, nous arrivâmes à nous convaincre qu'elle pouvait rendre de très grands avantages, et remplacer très utilement dans certains cas les amputations ordinaires. Depuis lors, nous eûmes l'occasion de pratiquer plusieurs fois cette opération, et nous eûmes généralement à nous applaudir du résultat. Nous supprimons pour le moment, à cet égard, tout détail; l'occasion ne nous manquera pas d'y revenir, et de vous faire connaître le fruit de notre propre expérience.

La pensée de retrancher des portions d'os laissant intactes les parties saines, et conservant pour ainsi dire la forme du membre, devait prendre nécessairement de l'extension, s'agrandir avec le temps, et s'appliquer successivement à une foule de cas très variés; ainsi on a dû s'en servir pour enlever une portion d'os dans sa continuité : telle fut la résection qu'on pratiqua à la mâchoire lnférieure et au péroné, en retranchant de ces os seulement les parties malades, et laissant intact le reste. Quant à la résection du péroné, il y a bien long-temps que Desault lui-même en avait conçu l'idée. Plusieurs fois j'ai entendu Bichat, ce grand homme auquel j'ai tant d'obligations, raconter que dans un cas de lésion organique de la partie moyenne du péroné, Desault se proposait d'enlever la portion malade en conservant les deux extrémités articulaires, et en fut arrêté par je ne sais quelle raison. M. Seutin, chirurgien très habile de Bruxelles, la mit en pratique plus tard; et enfin nous-même, il y a vingt ans environ, nous la pratiquâmes chez un jeune homme avec un plein succès; car il y a deux ans que nous revimes cette personne chez son frère même, près duquel nous avons été appelé pour le soigner dans une tout autre maladie, et nous trnuvâmes la cicatrice bien solide, et le membre, hors un peu de difformité, aussi ferme dans ses fonctions que celui du côté opposé.

Nous avons étendu cette opération à plusieurs autres os du corps, pour les maladies desquels jusque-là on n'avait employé, comme unique ressource, que l'amputation; ainsi les os du métacarpe, par exemple, furent soumis la première fois par nous à des opérations de cette nature. Nous avons toujours présent à l'esprit un tailleur que j'ai opéré, il y a vingt ans, à la Charité; il était jeune, et exerçait une profession pour laquelle il avait un besoin extrême de l'intégrité de ses mains. Sa maladie consistait dans une tumeur occupant le premier métacarpien de la main droite, et qui avait profondément altéré cette partie; le pouce était sain. Il me coûtait beaucoup de sacrifier avec la portion malade celle qui était saine, le pouce, dont il avait tant besoin; et pourtant la science, jusque-là, ne m'avais pas appris d'autres moyens pour le guérir que l'amputation totale du doigt. Par une inspiration soudaine, je conçus l'idée d'enlever la portion malade en conservant le pouce; je pensais enfin à appliquer à cet os la résection. Je mis la tumeur à découvert; je séparai l'os malade des parties saines, je le détachai du trapèze auquel il était uni et qui était sain, et enfin je l'enlevai entièrement. Il en résulta une plaie assez vaste et profonde; mais la nature et nos soins en comblèrent peu à peu le fond, et en procurèrent la cicatrisation. Le pouce se rétracta notablement, n'eut certainement plus la mobilité et la force qu'il avait à son état physiologique, mais il conserva quelques mouvements, et put encore rendre de grands services à notre jeune tailleur dans l'exercice de son métier. Je l'ai depuis pratiquée plusieurs autres fois avec succès, et je me suis convaincu que c'est une opération très avantageuse dans une foule de circonstances.

De la main la résection fut étendue au pied, dans le but de conserver le gros orteil, pour les cas de lésion organique bornée au premier os métatarsien. Ici, il faut convenir que les avantages ne sont pas aussi marqués que pour la main. Pourquoi enlèverait-on, comme opération ordinaire, par exemple, tout le métatarsien dans un cas de carie de cet os, en conservant le gros orteil? Serait-ce pour donner plus de solidité à la base de sustentation? Il est reconnu que cet avantage n'est pas considérable, que les malades marchent à peu près aussi bien et se tiennent aussi aisément debout avec un pied sans gros orteil, qu'avec un orteil non soutenu par le métatarsien. En outre, en enlevant cet os seul on produit une plaie énorme, profonde, que la nature a de la peine à remplir et à conduire à la cicatrisation. Serait-ce pour prévenir la difformité qui résulterait de l'enlèvement de l'orteil entier? Mais cette difformité aussi serait bien peu sensible, et très facile à cacher par une chaussure artificielle. La chose est bien différente pour la main. Il s'agit ici d'un organe dont l'homme en général, et certaines classes d'hommes surtout ont un besoin absolu, étant pour eux le moyen principal dont ils tirent leur subsistance; enlevez à la main le pouce, et elle est réduite à être un membre presque inutile. Ainsi, il n'y a pas de comparaison à faire entre la main et le pied sous ce rapport. Nous en concluons que cette opération appliquée au pied doit être bien plus rare qu'à la main, que souvent elle ne doit pas être faite que sur l'instance des malades; que, du reste, on peut très bien la pratiquer sans aucune répugnance, parce que (comme du reste toutes les résections en général) elle est peut-être moins dangereuse que l'ampulation entière, et le résultat en est ordinairement assez bon.

16 novembre. En revenant sur notre opéré, nous vous dirons que nous avons été heureux dans l'opération au delà de nos espérances. L'opération, comme vous avez vu, fut simple et pratiquée d'après les règles établies; mais avant de nous mettre à l'œuvre, nous n'étions pas bien sûr que le mal ne dépassât certaines limites. Par l'exploration faite avec le stylet, nous avions bien reconnu que la maladie était bornée au premier métatarsien; mais qui nous assurait qu'elle ne s'étendît

---

	Malades.	Décès.
Vendée,	28,933	1,294
Vienne,	26,115	1,789
Vienne (Haute-),	35,356	3,060
Vosges,	16,869	1,464
Yonne,	32,081	2,034

La présence du choléra dans certaines localités, et diverses causes qui exigeraient une investigation spéciale, ont amené sur le chiffre des malades et sur celui des décès, les variations les plus sensibles dans quelques départements. Dans les Hautes-Pyrénées, par exemple, le nombre des malades fut de 373 en 1833, de 320 en 1834; il est monté à 860 en 1840, à 1048 en 1841. — La Dordogne comptait en 1833, 598 malades; en 1834, 962; en 1840, 1994; en 1841, 2061. — Le Morbihan, où il n'y avait eu que 165 admissions en 1833, et 287 en 1834, en a subitement accusé 5,522 en 1840 et 5,340 en 1841. — Par contre, le Finistère, où il y avait eu 7,227 malades en 1833, s'est trouvé descendre à 3,476 en 1841.

Le rapport de la mortalité au nombre des malades présente également parfois les plus brusques variations. Il a atteint son maximum dans la Meuse, en 1840 (492 sur 1,000); dans les Bouches-du-Rhône, en 1841 (351 sur 1,000); dans l'Ain, en 1833 (371 sur 1,000); son minimum s'est rencontré dans la Meuse en 1834 (10 sur 1,000); dans le Morbihan, en 1839 (19 sur 1000); dans les Deux Sèvres, en 1833 (24 sur 1000); dans la Vienne, en 1833 (39 sur 1000). Dans quelques départements le rapport de la mortalité est demeuré presque toujours le même : l'Yonne, par exemple, a constamment flotté de 60 à 66 sur 1,000. La Vendée n'a pas dépassé le rapport de 58/1000. Le Gard a oscillé de 54 à 70; l'Indre-et-Loire, de 40 à 65. De 1833 à 1838, le Morbihan, singulièrement favorisé, était demeuré entre 19 et 29 sur 1,000. Le Nord est à peu près stationnaire de 79 à 89. La Seine a roulé de 76 à 97. Parmi les départements dans lesquels la proportion a été bien moins favorable, nous signalerons le Rhône (93/1000 à 126/1000); le Haut-Rhin (95 à 135); la Seine-Inférieure (102 à 117). Ce n'est que lorsque de pareilles observations auront été réunies pendant des périodes considérables qu'il sera permis d'en tirer des conséquences assurées.

Mais déjà nous voyons se révéler un fait certain, c'est que les départements agricoles, éloignés des grands centres de population, les moins exposés aux commotions politiques et industrielles, sont précisément ceux où, dans l'état normal des choses, la mortatité atteint sa moindre proportion. Dans 23 départements cette proportion funeste n'a pas une seule fois, durant les huit années dont il est question ici, atteint le chiffre de 75 sur 1,000, et parmi ces départements figurent (indépendamment du Morbihan, de la Vendée, des Deux-Sèvres, indiqués ci-dessus), l'Aveyron, la Charente, le Cher, le Puy-de-Dôme, Maine-et-Loire, les Basses-Pyrénées, etc. Le Cantat et le Loir-et-Cher n'ont pas dépassé 76 sur 1,000; le Lot-et-Garonne est demeuré à 79. Ce n'est que dans un seul département, la Seine-Inférieure, que durant les huit années, la proportion s'est toujours maintenue au-dessus de 100 sur 1,000; il en a été de même, pour sept années, dans le Haut-Rhin, et pour six années, dans le Rhône.

Après tout, la mortalité moyenne des huit années sur le nombre total des malades, dans toute la France, a été de 81,82 sur 1,000; elle a offert, en 1833, le chiffre le moins élevé (74,05); après être resté autour de 81 durant 1834-35-36, après avoir monté à près de 88 en 1837, après avoir redescendu à 78 et 75 en 1838 et en 1839, elle a dépassé 85 en 1840, et elle a atteint en 1841 son maximum 90,18 sur 1,000.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher quelle était la proportion de la population des hospices avec celle des départements. Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés pour quelques-uns. Nous prenons pour base de nos calculs le nombre des admissions durant les quatre dernières années (1838-1841), et nous avons dû pour la population départementale, nous en tenir à l'avant-dernier recensement.

Bouches-du-Rhône.	moy. des adm.	19,459;	532	adm. sur 10,000 h.
Calvados,	—	5,552;	111	—
Cantal.	—	880;	34	—
Cher.	—	2,24;	481	—
Corrèze.	—	582;	19	—
Corse.	—	166;	8	—
Doubs.	—	3,140;	114	—
Finistère.	—	2,654;	48	—
Gard.	—	6,448;	176	—
Gironde.	—	12,048;	217	—
Ille-et-Vilaine.	—	5,540;	102	—
Loire-Inférieure.	—	9,343;	199	—
Nord.	—	8,059;	79	—
Pas-de-Calais.	—	5,643;	85	—
Puy-de-Dôme.	—	5,532;	94	—
Hautes-Pyrénées.	—	659;	27	—
Bas-Rhin.	—	5,537;	98	—
Rhône.	—	20,521;	426	—
Seine.	—	91,910;	831	—
Seine-Inférieure.	—	12,554;	174	—
Vendée.	—	2,537;	74	—
Yonne.	—	3,326;	93	—

Nous avons pris des départements répandus sur les différents points de la surface du territoire; on voit combien les grandes villes, celles surtout où l'industrie est la plus active, Paris, Lyon, Rouen, fournissent aux hôpitaux une population relativement élevée; les départements où la civilisation moderne a le moins fait sentir son influence, ceux dont le progrès n'a guère approché, le Cantal, la Lozère, le Cher se distinguent sous le rapport opposé; la Corse se présente, à cet égard, d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Ces considérations seraient susceptibles de développements plus étendus, mais nous tenons à ne pas abuser de la patience du lecteur.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur la situation financière des 1,318 hôpitaux ou hospices que possède la France, nous arriverons aux résultats suivants:

De 1833 à 1841, leurs dépenses se sont élevées à 474,371,711 francs (minimum en 1833, 48,842,000 francs; maximum en 1840, 58,223,000 fr.).

Sur cette somme, les dépenses relatives aux enfants-trouvés figurent pour 71,503,708 fr.

D'autre part, les recettes se sont montées à 509,644,330 fr. (minimum en 1833, 51,222,000 fr.; maximum en 1840, 62,622,000 fr.).

La dépense par malade était, terme moyen, de 78 fr. 22 cent. en 1833; après s'être graduellement élevée à 96 fr. 56 cent. en 1840, elle est restée à 87 fr. 5 cent. en 1841.

Terminons en indiquant, année par année, et en nombres ronds, la situation financière des hôpitaux du département de la Seine.

1833	dépenses	10,054,000 fr.;	recettes	10,057,000
1834	—	10,546,000	—	11,366,000
1835	—	9,988,000	—	12,025,000
1836	—	10,546,000	—	12,941,000
1837	—	12,730,000	—	12,754,000
1838	—	12,730,000	—	12,920,000
1839	—	12,162,000	—	14,343,000
1840	—	15,155,000	—	15,638,000
1841	—	13,830,000	—	14,023,000

Il en résulte, pour les dépenses, un total de près de 108 millions; pour les recettes, une somme de 116 millions.

La dépense, par malade reçu dans les hospices ou hôpitaux de la Seine, s'est ainsi élevée à 130 fr. 59 cent. (1). C. B. de B.

---

(1) Annales d'hygiène et de médecine légale, janvier 1844.

pas au delà de l'articulation, que celle-ci ne fût aussi prise ? Car, ou il s'agissait de carie, et c'est une maladie sur les limites de laquelle on se méprend très facilement ; ou c'était une nécrose, et dans ce cas aussi, comment en connaître parfaitement l'étendue ? Il n'y avait d'autres moyens de découvrir la vérité qu'en mettant à nu les parties affectées, et nous eûmes le bonheur de reconnaître que la lésion ne s'étendait pas au delà des extrémités du métatarsien, qu'une bonne partie même de celles-ci étaient à l'état normal. En effet, en fendant l'os dans sa longueur, on a trouvé une nécrose invaginée bien caractérisée, qui n'arrivait même pas aux points où l'os fut détaché des parties avec lesquelles il était uni. Quelquefois même en coupant l'os dans la partie qui est saine, une nécrose plus ou moins étendue succède à l'opération ; c'est la nécrose dite secondaire qui survient lorsque l'os ayant été dénudé de son périoste avant d'être scié, un décollement du périoste se fait tout autour du moignon, et une petite portion de celui-ci est frappée de nécrose, qui se détache ordinairement assez bien, et retarde seulement un peu, sans l'empêcher, la marche de la cicatrisation. Ainsi, quand même cela aurait lieu chez notre malade, il n'y aurait pas à craindre des accidents graves. Il n'en est pas de même pour les cas de carie, où les limites étant difficiles à déterminer, on n'est jamais bien sûr d'avoir porté l'instrument tranchant sur la partie saine et de n'avoir pas à craindre une continuation de la même maladie.

A cet égard il faut savoir que la chirurgie a fait dans ces derniers temps des progrès incontestables, mais pourtant pas aussi grands qu'on voudrait le faire croire. Dans cette branche de la pathologie il y a certainement encore beacoup à faire, malgré les efforts et les études des chirurgiens modernes, et le sujet malheureusement présente de grandes difficultés ; car la description des maladies du système osseux n'est pas aussi simple et facile que celle des affections de tout autre système. Les maladies de ce système ne sont jamais franches, bien caractérisées ; elles se présentent presque toujours avec des caractères vagues, équivoques ; de là les difficultés de leur description exacte et rigoureuse. Néanmoins on a acquis par les travaux modernes ce fait : que la nécrose invaginée peut se former aussi dans les os courts et de tissu spongieux. A l'époque où je faisais mes études de médecine, on croyait généralement, les maîtres enseignaient que la nécrose invaginée ne pouvait se rencontrer que dans les os longs et dans leur partie compacte, comme par exemple, dans le corps du tibia, du fémur, de l'humérus, etc., jamais dans les os courts et encore moins dans les os spongieux. Cette doctrine a été démontrée erronée par les travaux postérieurs, et, sans me flatter, je puis dire avoir été un des premiers à signaler le fait ci-dessus dans les nécroses du calcanéum.

La partie spongieuse du calcanéum est souvent le siége de cette affection, qui s'annonce par des abcès qui s'ouvrent à travers la peau dans le point correspondant à la nécrose et qui finissent par des fistules intarissables jusqu'à ce que le séquestre ou les séquestres qui existent dans la substance du calcanéum se soient fait jour au dehors ou spontanément ou artificiellement.

Les anciens, ceux même qui ont pratiqué la chirurgie avant l'ère nouvelle, regardaient ces affections comme de véritables caries, les traitaient comme telles, sans penser à extraire les portions d'os malades et isolées au milieu des parties saines. La maladie persistait naturellement, et on finissait par dire qu'il s'agissait d'une maladie incurable. Si on avait mieux étudié la maladie, si on l'avait connue comme nous la connaissons maintenant, on aurait vu tout de suite l'indication qu'il y avait à remplir, et la guérison se serait obtenue comme nous l'obtenons.

Il y a toutefois une différence entre la nécrose invaginée des os longs et celles des os courts, c'est que la première laisse aux os dans lesquels elle réside leur forme à peu près normale, sauf un peu de gonflement dans quelques cas, tandis que dans la seconde les os se couvrent de masses globuleuses noires qui en altèrent beaucoup la forme, ce qui peut entraîner dans des erreurs de diagnostic.

22 décembre. Le malade va bien. Il n'y a pas eu de réaction fébrile ; pas de gonflement inflammatoire autour de la vaste plaie qu'on a faite au pied. La suppuration s'est déjà établie, elle est d'assez bonne nature et pas trop abondante. Le fond de la plaie tend déjà à se remplir. Si les choses continuent à marcher de cette manière on peut s'attendre à une guérison complète dans un espace de temps convenable : il faut pourtant faire la part de l'âge du sujet et de sa constitution chétive, qui nécessairement forment un obstacle à cette rapidité avec laquelle on voit les plaies traumatiques marcher à la cicatrisation chez les sujets jeunes et vigoureux.

27. La plaie va aussi bien que possible ; le pus est de bonne nature et pas trop abondant ; le fond de la plaie se remplit évidemment, et les bords cutanés tendent à se rapprocher. — Ce matin le malade a fait une petite imprudence, il a voulu descendre de son lit pour aller à la garderobe et s'est appuyé sur un seul pied ; il n'en est résulté aucun accident jusqu'à présent et on espère que cela n'aura pas de suite. On l'a vertement sermonné, et on espère que tout le mal se bornera là.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 janvier 1844. — Présidence de M. FERRUS.

L'ordre du jour indique la discussion sur le mémoire lu dans la dernière séance par M. Cruveilhier sur les tumeurs fibreuses de la mamelle.

M. Blandin. Si j'ai tenu note exacte du mémoire de M. Cruveilhier, j'ai vu que notre honorable confrère professait que les tumeurs fibreuses du sein sont fréquentes, qu'elles ne dégénèrent jamais, et qu'elles ne doivent pas être opérées. Quoique je sois heureux toutes les fois que mes opinions concordent avec celles de M. Cruveilhier, je ne puis me dispenser, en cette occasion, d'exposer mes motifs d'opposition à la doctrine professée devant l'Académie. Non pas que je n'adopte les faits sur lesquels cette doctrine repose, mais seulement parce que je crois qu'il convient de leur donner une interprétation différente.

Je ne pense pas, d'abord, que les tumeurs fibreuses soient communes dans la région mammaire ; et, à cet égard, il me semble que M. Cruveilhier s'est peut-être fait illusion, en disant qu'elles y sont fréquentes. Souvent, il est vrai, on y rencontre des tumeurs qui ont l'aspect fibreux, de ces tumeurs qui envoient dans tous les sens des prolongements d'apparence fibreuse, des pattes de crabe, comme cela se dit vulgairement ; mais ici l'aspect est trompeur, ce sont là de véritables tumeurs squirrheuses, très susceptibles de dégénérescence.

M. Cruveilhier a dit que la région mammaire abonde en tissu fibreux, et il s'est appuyé sur ce fait pour expliquer la fréquence des tumeurs fibreuses des mamelles. Anatomiquement d'abord, je ne crois pas à la justesse de cette assertion. Le tissu fibreux est beaucoup plus rare que ne le croit M. Cruveilhier dans cette région, et je m'imagine qu'il aura souvent confondu le tissu fibreux avec le tissu lamellaire. Mais d'ailleurs cela me paraît importer peu à la question. En effet, ce n'est pas au sein des organes fibreux que se développent, avec le plus de fréquence, des tumeurs fibreuses ; la matrice, par exemple, n'en est-elle pas le siége le plus fréquent ?

M. Cruveilhier a donné pour caractère à ces tumeurs d'être dures, mobiles et non adhérentes aux tissus voisins. Mais les cancers encéphaloïdes revêtus d'un kyste ont précisément les mêmes caractères. Ils sont mobiles, durs, non adhérents, énucléables. N'aurait-il pas confondu les tumeurs fibreuses avec les tumeurs encéphaloïdes enkystées ?

M. Cruveilhier a dit ensuite que ces tumeurs fibreuses pouvaient quelquefois présenter des kystes dans leur intérieur. Mais c'est là précisément le caractère des tumeurs squirrheuses.

Il a dit encore : Quand vous enlevez ces tumeurs squirrheuses, elles ne repullulent pas. Je ne peux admettre cet argument comme ayant une grande valeur, car il faudrait admettre alors aussi que tous les cancers repullulent, ce qui n'est pas.

M. Cruveilhier a soutenu que les tumeurs fibreuses ne dégénèrent jamais. Il m'est impossible d'admettre une assertion aussi tranchée. En théorie, cela n'est pas, mais sans m'étayer sur elle, l'observation n'est-elle pas là pour répondre péremptoirement à M. Cruveilhier ? Les tumeurs fibreuses de l'utérus ne sont-elles pas susceptibles de dégénérescence ? Cela n'arrive-t-il pas très fréquemment ?

Mais enfin, est-il possible de reconnaître ces tumeurs fibreuses du sein ? Avec les caractères donnés par M. Cruveilhier, je ne le crois pas. Ces caractères ne sont pas diagnostiques et à leur aide il me paraît impossible de distinguer les tumeurs fibreuses du squirrhe. Il est vrai que M. Cruveilhier a beaucoup insisté sur leurs caractères anatomiques, mais ce n'est là qu'un diagnostic posthume qui ne peut rien produire pour la thérapeutique. D'ailleurs M. Cruveilhier sait bien qu'on s'est plusieurs fois trompé à cet égard, et que sur les apparences fallacieuses d'une tumeur fibreuse, on a laissé dégénérer, sans l'opérer, une tumeur squirrheuse et infecter l'économie.

Que la marche de ces tumeurs soit lente, c'est incontestable, mais qu'elles ne puissent dégénérer, ce que je viens de dire suffit pour prouver le contraire.

J'arrive au point le plus important des opinions de M. Cruveilhier, c'est-à-dire le point pratique. Doit-on opérer les tumeurs qu'il a décrites ? Si le diagnostic de ces tumeurs est facile, si elles ne sont pas susceptibles de dégénérescence, la réponse est prévue : elle doit être négative. Mais si, au contraire, le diagnostic n'est rien moins que précis, s'il est prouvé que ces tumeurs peuvent quelquefois dégénérer, ne faut-il pas répondre affirmativement à cette question ? Et pour si peu qu'il y ait doute, faut-il s'abstenir des ressources que la thérapeutique offre au praticien ? En thérapeutique chirurgicale, nous ne basons nos déterminations souvent que sur des probabilités. Or, quand une femme se présente à nous avec une tumeur du sein présentant les caractères décrits par M. Cruveilhier, il est probable pour nous que cette tumeur résulte d'un cancer enkysté, et il y aurait alors danger à la laisser dans l'économie.

Voulez-vous que je montre toute la gravité du conseil donné par M. Cruveilhier ? Dans l'état actuel de la science on n'opère avec certitude, je me trompe, avec espoir, que les cancers enkystés. On ne touche guère plus à ceux qui ne présentent pas cette condition. Or, qu'arriverait-il si l'on écoutait les préceptes de notre collègue ? C'est qu'on n'opérerait jamais, car la distinction entre les tumeurs fibreuses et les cancers enkystés étant très difficile, si non impossible, on croirait toujours avoir affaire aux premières et partant on serait rassuré, très souvent bien à tort, sur les conséquences de leur séjour dans l'économie.

Je me résume et je dis : 1° Que les tumeurs fibreuses du sein sont rares relativement aux autres tumeurs qui peuvent attaquer cet organe, et relativement aussi aux tumeurs cancéreuses enkystées ;

2° Que leur diagnostic est fort difficile ;

3° Qu'elles sont susceptibles de dégénérescence ;

4° Enfin, qu'elles doivent être opérées.

M. Rochoux. Je me proposais de dire quelques mots du diagnostic des tumeurs du sein. Ce que vient d'en dire M. Blandin me dispense de ce soin ; je reviendrai seulement sur la question anatomique. M. Cruveilhier n'a examiné le tissu fibreux qu'à l'œil nu, au microscope il présente quelques particularités de structure qui ne sont pas sans intérêt. D'abord le tissu fibreux normal est fort difficile à distinguer au microscope du tissu cellulaire ; on ne voit pas de différence essentielle entre le tendon d'un muscle et le tissu cellulaire pris dans les interstices des muscles. Mais le tissu fibreux de nouvelle formation présente une grande irrégularité, une sorte de confusion dans l'entrecroisement de ses fibres. Pour arriver à quelque chose de précis, il faut étudier ce qu'on pourrait appeler l'embryologie des tumeurs.

M. Castel. Je suis fort éloigné de vouloir troubler les plaisirs de la paternité ; ils ont quelque chose de trop respectable. Mais enfin il faut examiner. Bichat, invoqué par M. Cruveilhier, n'a pas fait jouer un si grand rôle au système fibreux dans la composition anatomique de la mamelle. Et si j'osais dire qu'il n'y a pas de système fibreux ?.... Il n'y a de système que quand y a un centre et des rapports. Dans la maladie décrite par M. Cruveilhier, je vois un embryon ; mais l'enfant n'existe pas encore. Supposez-vous que ce corps fibreux est isolé dans la mamelle ? Il n'a donc aucun rapport avec le système circulatoire ; c'est donc un corps étranger. Qui peut dire que jamais les tumeurs ne dégénèreront ? Toutes les tumeurs dégénèrent avec le temps. Je fus consulté, il y a quelques années, par une dame qui portait une tumeur à l'aisselle, et qui me demandait si elle suppurerait. Oui, lui répondis-je, si vous vivez cent ans. Au total, on ne peut considérer la description de M. Cruveilhier comme l'expression d'une maladie nouvelle ; c'est le commencement d'une maladie, et voilà tout.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission sur l'élection d'un membre dans la section de pathologie interne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MEDECINE. Janvier 1844.

De l'érysipèle chez les enfants à la mamelle ; par M. TROUSSEAU.

Cette maladie a été fort mal décrite jusqu'ici, si ce n'est par Underwood. Elle mérite cependant une mention particulière, dans la première enfance, à cause de sa marche singulière, et surtout à cause de son extrême gravité.

La maladie débute ordinairement de la manière la plus simple et la plus bénigne, sans fièvre préalable, sans troubles généraux. Ce n'est d'abord qu'une inflammation locale et très circonscrite de la peau, sans retentissement sur le reste de l'économie. Chez l'adulte, on sait qu'au contraire la fièvre précède souvent, et presque toujours accompagne le début de l'érysipèle.

Cependant l'érysipèle, après avoir séjourné un jour ou deux dans le point qu'il avait primitivement envahi, prend tout à coup une marche plus rapide, et désormais va parcourir toute la surface du corps, en gagnant de proche en proche à la manière d'une nappe d'eau qui s'étend. Or, à mesure qu'il se généralise, il semble perdre quelque chose de son intensité inflammatoire ; de sorte que si, au début, la peau était tendue, gonflée et d'un rouge-cerise, plus tard elle est à peine tuméfiée, si ce n'est aux mains, aux pieds et aux paupières ; mais presque invariablement la rougeur est notablement moindre. A mesure que le mal s'étend d'un côté il abandonne la partie voisine, de sorte que lors, par exemple, que la poitrine est occupée, le ventre et le pubis cessent de l'être. Il en résulte qu'en même temps les bras et les jambes peuvent être rouges et tuméfiés. Il semble alors, au premier abord, que l'érysipèle soit multiple ; car si, comme il arrive le plus souvent, l'inflammation n'a laissé aucune trace de son passage, pas même de la desquammation ou de l'œdème, et qu'on voie l'enfant à cette période de la maladie, on sera tenté de croire que l'érysipèle a commencé simultanément par les quatre extrémités, ce qui n'arrive presque jamais.

Que si, pendant la première période de l'érysipèle, le mal marche en s'étendant de proche en proche, il n'en est plus de même lorsqu'il s'est une fois généralisé. Alors, en effet, il reparaît par petits îlots répandus sur toute la surface du corps, lesquels deviennent à leur tour l'origine de nouveaux érysipèles. Aussi ne peut-on regarder un enfant comme guéri que si déjà, depuis plusieurs jours, toute rougeur a complétement disparu.

Dès que l'inflammation cutanée occupe un espace plus étendu, la réaction devient quelquefois très vive, et est caractérisée par une soif ardente, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau. D'autres fois, et cela dans les formes les plus graves, l'enfant continue de teter, c'est à peine s'il éprouve quelques troubles fonctionnels, à cela près d'un peu d'agitation et d'insomnie. Il arrive un moment où l'état général se confond dans une expression commune. La décoloration de la face est le caractère le plus capital ; elle survient quelquefois très rapidement, d'autres fois dans une période assez avancée. Plus tard, il y a agitation extrême, des cris incessants, de l'insomnie, et, dans quelques cas, des vomissements, de la diarrhée, et à la fin des convulsions. En même temps le pouls est ordinairement d'une fréquence et d'une faiblesse extrêmes.

A l'autopsie, lésions diverses des bronches, du poumon ou de l'intestin, du péritoine suivant les symptômes qui ont été observés pendant la vie.

La durée de cet érysipèle a varié de quatre jours à cinq semaines.

La marche de l'érysipèle chez les enfants, l'extension considérable qu'il prend, son extrême opiniâtreté font facilement concevoir pourquoi cette maladie est si souvent mortelle. L'érysipèle de l'adulte, lorsqu'il n'occupe que la face, n'a pas de gravité en général ; mais s'il envahit successivement toute la surface du tronc et des membres, il tue bien souvent. Que sera-ce donc chez un enfant en qui la résistance vitale est moins puissante, chez qui les organes digestifs et pulmonaires se prennent si souvent et avec tant de violence dans le cours d'affections où primitivement ils n'étaient pas du tout en cause ? Toutefois, l'extrême gravité de l'érysipèle des enfants à la mamelle tient peut-être moins encore à l'étendue de l'inflammation qu'à la condition épidémique durant laquelle la maladie a pris naissance, et l'épidémie puerpérale est à la fois la cause prédisposante la plus ordinaire et la condition de l'érysipèle.

L'âge exerce une influence immense sur le pronostic de la maladie. M. Trousseau n'a jamais vu guérir d'enfants âgés de moins d'un mois ; il en a vu guérir plusieurs de trois mois à un an. Au delà de cet âge, l'érysipèle prend ordinairement la forme et les caractères qu'il revêtira plus tard chez l'adulte.

Le traitement ne semble avoir que bien peu d'influence sur l'issue de la maladie. Les émollients, sous toutes les formes, ont été essayés sans succès. Les fomentations, les bains, les pommades avec le sulfate de fer ne lui ont pas réussi ; il a essayé d'entourer tout le corps, tous les membres avec une bande de vésicatoires, l'érysipèle a franchi cet obstacle. Il a, sans succès, appliqué des vésicatoires sur les surfaces déjà envahies par l'inflammation.

Il n'a retiré aucun avantage des pommades mercurielles et des bains de sublimé ; enfin, en désespoir de cause, il a fait avec le fer rouge de nombreuses ustions sur le point où l'érysipèle prenait naissance, et la marche de la maladie n'en a pas été modifiée. « Pourtant, ajoute M. Trousseau, s'il m'était permis de faire connaître ici mes impressions, je dirais que les bains généraux, dans lesquels ont mettrait de 3 à 500 grammes d'alcool et 50 centigrammes à 1 gramme de sublimé, et de larges cataplasmes de mie de pain, auxquels on mêlerait un peu d'alcool, me sembleraient les meilleurs topiques. »

Des causes, de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse ; par M. LOUIS FLEURY.

Ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine et analysé dans nos comptes-rendus.

Mémoire sur le traitement du rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine à haute dose, et sur les effets toniques de ce médicament ; par M. MONNERET.

Travail lu aussi à l'Académie de médecine, et déjà analysé par nous.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. N° Ier. 1844.

De l'hydropisie et de la tympanite utérines hors l'état de gestation ; Par M. TESSIER, de Lyon.

L'auteur se propose de démontrer, contrairement à l'opinion de MM. Stoltz et Nægelé que l'hydropisie et la tympanite utérines sont des maladies non seulement *possibles*, mais *réelles*, et qui, bien que rares, doivent conserver une place dans le cadre nosologique.

M. Tessier cite d'abord un fait de tympanite utérine qui lui est propre. Il est relatif à une femme de quarante-trois ans, d'un tempérament nerveux, qui entra à l'Hôtel-Dieu le 4 mai 1840, pour se faire traiter d'une métrite chronique compliquée d'hystérie. Les symptômes principaux présentés par la malade étaient un engorgement du corps et du col de la matrice facilement appréciable par le toucher, un écoulement leucorrhéique datant de quinze ans, un retard des menstrues depuis deux mois et demi, des douleurs dans l'hypogastre et dans les reins, des accès hystériques assez fréquents. Un mois plus tard, le ventre commença à se développer, et la perte blanche diminua d'une manière sensible. A partir de cette époque, le volume du ventre devint chaque jour plus considérable, et comme les règles ne reparaissaient pas, la malade conçut le soupçon d'une grossesse. Le toucher par le vagin et l'hypogastre fit reconnaître que l'utérus formait une tumeur volumineuse, mais légère, car le doigt la soulevait très facilement. La percussion du bas-ventre fournissait d'ailleurs un son clair, parfaitement distinct. Il y avait six mois au plus que les règles étaient supprimées ; l'utérus remontait presque jusqu'à l'ombilic, la femme persistait à se croire enceinte, elle prétendait même sentir quelquefois des mouvements analogues à ceux d'un fœtus.

M. Tessier croyait, au contraire, à l'existence d'une tympanite utérine, se basant sur l'absence de bruit de souffle et des battements du

cœur fœtal, sur le météorisme du ventre et la légèreté de la tumeur utérine. Tout à coup, à six heures du soir, la malade est prise de douleurs tout à fait semblables à celles de l'accouchement, qui furent suivies de l'expulsion bruyante, par le vagin, d'une grande quantité d'un gaz fétide. A mesure que ce gaz s'échappait, le ventre diminuait sensiblement, et au bout de quelques heures il était tout à fait affaissé.

M. Tessier fait observer qu'il ne sortit ni caillot, ni môle, ni aucun autre corps étranger dont la putréfaction pût expliquer cette formation anormale de gaz dans l'utérus.

Il y a plus de trois ans que cette première expulsion de gaz eut lieu. Depuis cette époque, bien que cette femme ne se soit jamais trouvée en état de gestation, le ventre s'est souvent ballonné de nouveau pour s'affaisser au bout de quelques jours par la sortie d'une certaine quantité de fluides gazeux.

L'auteur rapporte ensuite les faits analogues qu'il a colligés dans les auteurs, soit pour la tympanite, soit pour l'hydrométrie, et il en conclut que rien n'est plus certain que l'existence de ces deux affections hors l'état de grossesse, et que rien n'est plus incontestable que leurs droits à conserver une place dans le cadre des affections de matrice.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires et observations de chirurgie pratique; parr M. le docteur Eugène Bermond, professeur-suppléant à l'Ecole préparatoire de Bordeaux. — Un vol. in-8°; Bordeaux, 1842.

Partout où la charité hospitalière a élevé de grands établissements nosocomiaux, l'observation médicale est sur son domaine. Nous ne sommes pas de ceux qui le circonscrivent, ce domaine, dans l'enceinte des hôpitaux de Paris, qui n'ont foi qu'aux observateurs qui y pratiquent, et considération que pour ce qui sort des presses parisiennes. Nous estimons que dans ce grand tribut scientifique que notre époque paie à la science médicale, la province apporte son large contingent, et c'est pour nous autant un plaisir qu'un devoir de signaler les efforts et les succès de nos confrères des départements. A ce titre nous devons dire quelques mots de l'ouvrage publié par M. le docteur E. Bermond, qui prouve qu'à Bordeaux comme à Paris, les faits intéressants de la pratique trouvent des observateurs éminemment capables de les apprécier, de les féconder par des rédactions instructives, et de les populariser par une rédaction irréprochable.

Ce volume est un recueil d'observations chirurgicales faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. Bermond. Ce service est assurément un des plus riches qui se puissent imaginer, car nous voyons que dans un seul espace de quatre mois, il a reçu 784 malades atteints d'affections chirurgicales. Aussi le cercle presque entier de ces affections a-t-il pu y être observé. Nous en donnerons une idée, en disant que M. Bermond a reçu 31 fractures ; 10 luxations, 35 lésions organiques des os, 28 cancers, 36 maladies de l'œil, 4 hernies étranglées ; qu'il a pratiqué 8 grandes amputations, etc.

L'auteur rapporte et accompagne de réflexions les faits les plus intéressants qu'il lui a été donné d'observer. Ces faits resteront dans la science, et seront fructueusement consultés par les monographes et par les praticiens. L'auteur les a groupés systématiquement sous le titre de *Compte-rendu* et de *Revue*, comprenant deux périodes de neuf mois dans leur ensemble. Il a, de plus, présenté sous forme de mémoires des faisceaux d'observations qui se recommandent par un intérêt spécial, telles que les fractures des articulations, les luxations spontanées du fémur, etc. Une analyse même succincte de ces observations nous est impossible ; nous ne pouvons qu'en faire remarquer le caractère le plus général, qui est la précision dans les détails, le sens pratique et vraiment chirurgical des inductions, en un mot la couleur thérapeutique, si l'on peut dire ainsi, qui dénote en M. Bermond non pas un simple et stérile collecteur d'observations, mais un praticien distingué qui observe pour s'instruire et qui écrit pour instruire les autres.

Nouvelle méthode de traitement des fièvres continues désignées sous les noms de fièvres essentielles, fièvres graves, typhoïdes, etc.; basée sur une nouvelle appréciation des phénomènes pyrétiques, et indiquée par une séméiologie nouvelle; par M. H.-F. Ranque, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. In-8°. Paris, J.-B. Baillière.

Voici encore un travail remarquable qui nous vient de province. Nous appelons l'attention sérieuse des observateurs surtout sur un signe nouveau à l'aide duquel, d'après M. Ranque, on peut pronostiquer une fièvre grave. Voici comment l'auteur s'exprime à cet égard : « Toutes les fois que dans les premiers jours d'une pyrexie continue, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, il se produit sur les gencives interposées entre les molaires une exsudation blanche, de couleur nacrée, on peut être assuré que cette pyrexie, dans le plus grand nombre des cas, a une grande tendance à devenir grave, si elle n'est traitée convenablement. Ce symptôme est constant, non seulement dans les pyrexies, mais dans toutes toutes les affections qui sont destinées à devenir graves et typhoïdes. Pour nous, il est pathognomonique, et suffit pour former notre diagnostic.

» Si à ce symptôme se réunit la couleur indigo, teinte jus de mûres des piqûres des sangsues et un commencement de prostration, l'affection, dès ce moment a tout à fait le caractère typhoïde.

» Pour s'assurer de l'état des gencives, il ne faut pas se contenter d'examiner celles qui appartiennent aux incisives et aux canines ; c'est sur les gencives des petites molaires qu'il faut porter toute son attention.

» Si la surface des interstices qui séparent ces dents offre une pyramide nacrée dont la base repose sur le corps de la gencive qui revêt la branche de la mâchoire, la pyrexie n'est plus simplement inflammatoire, elle appartient dès lors à la famille des affections typhoïdes.

» Si l'exsudation qui forme cette teinte nacrée s'efface avec le doigt, est très mince, et occupe une petite surface, la maladie sera peu grave, quoique typhoïde.

» Si cette exsudation est épaisse, ne s'enlève point par le toucher, si elle affecte un grand nombre d'interstices dentaires et une grande surface gingivale, si la teinte est grisâtre, nous pouvons dès lors pronostiquer la gravité de la maladie.

» Cette exsudation change d'apparence dans le summum d'acuité des fièvres graves ; elle prend alors une teinte brun-foncé-noirâtre, que les anciens appellent *fuligo* et les modernes fuligiuosités. »

M. Ranque présente ces deux signes comme un moyen presque infaillible de reconnaître les affections à caractère benin ou malin.

Quant au traitement, ce que M. Ranque propose de spécial, c'est l'application sur le ventre d'un large épithème composé de cigüe, de diachylum gommé, de poudre de thériaque, de camphre et de soufre en poudre, dont il forme une masse emplastique homogène. M. Ranque applique cet emplâtre aussitôt que l'application de sangsues et autres moyens n'ont produit aucun soulagement, et qu'aux signes connus d'une affection grave viennent s'ajouter les deux signes auxquels il attache une si grande importance.

Nous engageons les praticiens à lire cette monographie de M. Ranque, dont les succès dans le traitement de cette maladie dépasseraient ceux obtenus par toutes les autres méthodes.

Callisthénie modifiée et adaptée aux exigences de l'éducation physique des jeunes filles; par M. Clias. Un vol. in-8°.

La méthode de M. Clias est destinée au développement naturel et successif des organes du corps humain. La première série d'exercices qu'il fait exécuter ne présente que les mouvements naturels les plus simples, tous parfaitement appropriés à nos besoins journaliers et aux lois de l'économie vivante.

Ces exercices, conformes aux lois de la dynamique, aux règles de la physiologie et de l'hygiène, propres à augmenter la somme totale des mouvements et les forces de chaque organe en particulier, ont pour but principal d'assouplir autant que possible toutes les parties du corps sans une grande dépense de force.

En fortifiant la santé, ils doivent donner en peu de temps à ceux qui s'y livrent d'une manière suivie, une grande facilité dans les mouvements pour tous les autres exercices.

La seconde série se compose de beaux développements des bras et des autres parties du corps, des mouvements gracieux des extrémités inférieures conjointement avec ceux des bras.

De belles poses que l'on fait prendre aux élèves pendant ces différentes actions, ainsi que les exercices applicables aux besoins de la vie, forment la troisième série.

Les exercices contenus dans la callisthénie et enseignés par M. Clias, sont tous soumis à des principes certains, dont les bases reposent sur des connaissances positives de l'organisation humaine.

Approuvés depuis 1819 par plusieurs sociétés de médecine célèbres, réglés sur une sage mesure, ils sont appropriés pour tous les âges et aux différentes constitutions.

M. Clias a joint à son cours de callisthénie des enseignements d'une grande importance, qui ont pour objet l'art de corriger les déviations de la colonne vertébrale occasionnées par une action irrégulière des muscles.

Cette combinaison savante et méthodique des mouvements naturels offre aux médecins et aux parents la garantie que les exercices de M. Clias, au lieu de présenter du danger pour les élèves, ne peuvent opérer sur elles qu'une influence salutaire.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Action de la strychnine sur le système nerveux et sur la sensibilité générale et musculaire.

Des expériences du docteur Pickford, à Heiselberg, il résulte que l'irritabilité de l'appareil de réflexion tant de la moelle épinière que de la moelle allongée, est extraordinairement augmentée, au point que le plus léger attouchement de la peau produit le tétanos ; que l'irritation des viscères abdominaux après la destruction de la moelle allongée est suivie des mêmes effets chez la grenouille à l'état de tétanos, comme chez celle qui est saine, c'est-à-dire des contractions locales. Lorsque la moelle allongé est restée intacte, une irritation produit sur la grenouille tétanique des mouvements locaux excessivement augmentés et étendus, mais réguliers comme chez la grenouille saine. L'action de la strychnine a donc pour effet d'augmenter considérablement l'activité de reflexion des nerfs cérébraux, tant de ceux qui président aux mouvements volontaires qu'aux autres

(*Archiv. fur physiologische Heilkunde.*)

Recherches sur la nature de la matière de la carie des dents.

M. le professeur Erdl (de Munich), assure qu'un moyen pour détruire la cryptogame parasite, matière de la carie des dents, sans attaquer la dent elle-même, consiste à imprégner les parasites avec un alcali, surtout avec un carbonate alcalin, puis de le neutraliser par un acide; ou bien encore à prendre de l'huile et de la créosote, qui amollit la matière de la carie, et de la détruire ensuite par l'acide nitrique qui agit instantanément sans attaquer la dent elle-même.

Mais il ajoute : Il n'est pas sûr qu'en tuant le parasite on fasse aussi cesser la douleur dentaire. (*Allgemenie Zeitung fur Chirurgie.*)

Moyen de provoquer la sortie des calculs de la vessie chez les enfants, sans opération.

M. le docteur Aberle part du principe que les parois de la vessie sont formées par des fibres musculaires longitudinales externes, qui constituent le *detrusor urinæ*, et de fibres musculaires internes, obliquement croisées, qui sont d'autant plus épaisses qu'elles s'approchent davantage du col de la vessie, dont elles constituent le sphincter. Il a eu recours à des remèdes qui diminuent la contractilité des muscles circulaires. Le premier cas où il a employé ce moyen, fut sur un enfant de deux ans, chez lequel il reconnut, à l'aide de la sonde, un calcul du volume d'un gros pois. Il ordonna à l'intérieur une émulsion de graines de chenevis avec l'extrait de jusquiame, et des frictions sur le périnée avec une pommade de belladone. Huit heures après, un calcul s'engagea dans le canal de l'urètre et sortit spontanément. Depuis ce temps, M. Aberle a eu encore à traiter quinze enfants affectés de gravelles, qui, sous l'influence du même traitement, ont rendu des petits calculs au bout de dix-huit à trente-six heures. La paralysie du sphincter de la vessie n'a jamais été que de courte durée. (*Idem.*)

Sur la cochenille comme spécifique contre la coqueluche des enfants.

C'est à M. le docteur Cajet Wachtl, praticien de Vienne, que reviendrait la première application thérapeutique de cet agent. Il l'a administré dans neuf cas de coqueluche, et il en a obtenu un succès très remarquable dans toutes les périodes de la maladie. Il l'a employée selon la formule suivante : Cochenille, carbonate de potasse, de chaque 20 grains ; sucre, une once. Faites dissoudre dans eau chaude, six onces, à donner trois fois par jour une cuillerée à café.

(*Oesler, medecin, Jahrbuecher.*)

Sur les causes de la roideur cadavérique; par le Dr E. Bruecke.

M. Bruecke, dans un travail fort intéressant sur les causes productrices de la roideur cadavérique, admet comme cause de ce phénomène la coagulation dans l'intérieur des tissus. Il rappelle les modifications que la coagulation fait éprouver au sang, et il part de ce point pour rechercher les changements qui doivent survenir, après la cessation de la vie, dans les divers tissus organiques, et spécialement dans les muscles. On sait que, pendant la durée de la vie, la fibrine du sang se trouve contenue dans ce liquide à l'état de solution, tandis que, après la mort, elle se coagule et se précipite en formant un réseau dans les mailles duquel les corpuscules sanguines restent emprisonnés. Cette coagulation de la fibrine du sang s'opère lorsque la cellule sanguine ou partie organisée du sang vient à être frappée de mort. La fibrine musculaire doit, suivant M. Bruecke, éprouver un changement analogue, c'est-à-dire se coaguler lorsque la partie organisée du muscle, ou la fibrine musculaire, a cessé de vivre. (*Mueller's Arch.*)

A l'issue de la séance publique, l'Académie de médecine s'est formée hier en comité secret pour entendre le rapport de la commission sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne. On sait que M. Guérin avait été nommé rapporteur, et que depuis plus de dix mois que cette candidature est ouverte, M. Guérin a seulement trouvé hier le temps et l'occasion de lire son rapport.

La commission a présenté la liste suivante, que nous avons déjà fait connaître :

MM. Prus, Gibert, Requin, Briquet, Martinet, Nonat.

M. Royer-Collard a demandé des explications sur l'exclusion de cette liste du nom de M. C. Broussais, qui y avait déjà figuré dans plusieurs autres candidatures.

Les explications de M. Guérin, appuyées de celles de M. Orfila, ont très peu édifié l'Académie, qui, sur la proposition de M. Gueneau de Mussy, et à la presque unanimité, a renvoyé le rapport à la commission.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 8. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 19 JANVIER 1844.

DES ÉPREUVES ÉLIMINATOIRES DES CONCOURS.

(Premier article.)

Sur quels motifs de nécessité urgente s'est-on fondé pour instituer les épreuves éliminatoires des concours? De nécessité urgente, nous n'en voyons aucun. Les seules raisons, qu'on ait fait valoir, dont nous allons tout à l'heure examiner l'importance, les voici :

On a dit : Le nombre des candidats aux places vacantes s'accroît tous les jours dans une proportion si considérable que la durée des concours devient interminable.

Les frais que nécessitent ces concours grèvent le budget universitaire de dépenses énormes.

Plusieurs candidats, qui consultent moins leurs forces que leur ambition, viennent se mêler à des luttes qu'ils ne peuvent soutenir; ce sera pour eux-mêmes, pour les juges, pour les compétiteurs et pour l'université économie de temps et d'argent, en les éliminant dès les premières épreuves.

Nous cherchons vainement d'autres motifs, nous n'en trouvons pas. Ceux invoqués se réduisent donc à cette simple expression : économie de temps, économie d'argent.

Nous savons bien qu'à l'époque où nous vivons, cette dernière considération, économie d'argent, est infiniment puissante. Nous savons bien qu'alors que tout, hommes et choses, institutions et idées, subit le honteux despotisme des intérêts matériels, la flétrissure inique du culte du veau d'or, parler d'argent c'est faire vibrer la seule corde sonore que possèdent certains hommes. Mais nous adressant aux esprits élevés, aux esprits véritablement et sincèrement libéraux, demandons-leur si les graves et puissantes considérations que nous allons présenter ne doivent pas l'emporter sur des motifs si complètement dépourvus de dignité, de justice et même d'opportunité.

Une remarque préliminaire est ici indispensable. Les professions libérales et la médecine par-dessus toutes, subissent les conséquences fatales des principes d'économie politique qui égissent la civilisation moderne. Depuis plus d'un demi-siècle les économistes disent aux gouvernements, et les gouvernements les ont crus : Laissez faire, laissez aller; ne vous avisez pas de diriger, de classer, d'utiliser les aptitudes; qu'il leur soit libre de se précipiter sans mesure et sans limites dans les professions où les appelle leur inclination.

S'il en faut juger par le résultat, le nombre des aptitudes médicales a été immense, et, seule chose que nous tenions à faire ressortir ici, la libre concurrence prêchée par les économistes a tellement porté ses fruits que l'encombrement est patent, manifeste en médecine, et que nous étouffons dans l'étroit espace de la pratique qui se resserre encore de jour en jour.

De cet état de choses qu'arrive-t-il? Ce qu'il était aisé de prévoir.

D'un côté, les jeunes médecins, en nombre exubérant, qui encombrent la carrière, cherchent par tous les moyens possibles à sortir des couches inférieures de l'atmosphère médicale. Les plus dignes, les plus courageux, les plus patients, et, grâce à Dieu, ce sont les plus nombreux, ne veulent atteindre l'air pur des sommités qu'en gravissant cette colline ardue et escarpée des concours où, pour un qui arrive à la cime, tant d'autres dépensent en chemin leurs talents et leurs forces.

D'un autre côté, le pouvoir effrayé de ce nombre toujours croissant d'athlètes, et n'osant pas, ne pouvant pas s'attaquer au principe même en vertu duquel ces athlètes existent et se multiplient de plus en plus, le pouvoir cherche à en modifier, à en dénaturer les résultats par des restrictions mesquines, insignifiantes d'ailleurs, injustes toujours et par-dessus tout illogiques quand elles ne sont pas contradictoires.

En voulez-vous un exemple pris dans un autre ordre d'idées que celui qui nous occupe? Un jour le pouvoir reconnut qu'en effet le nombre des médecins s'accroissait d'une manière en dehors de toute proportion avec les besoins de la société. Que fit-il? Il rétablit l'exigence du baccalauréat ès-sciences. Mais en même temps il donna aux écoles secondaires une organisation nouvelle qui, tout en éloignant les élèves des Facultés, les attirait dans ces nouveaux centres d'instruction. Aussi, qu'est-il arrivé? C'est que le nombre des docteurs en médecine a diminué, il est vrai, mais le nombre des officiers de santé s'est accru en proportion. De sorte que le but de cet arrêté, tout fiscal d'ailleurs, non seulement a été manqué, mais qu'on est arrivé à un résultat pire que celui auquel on voulait remédier.

Qu'on nous vante donc la portée, la perspicacité, le génie organisateur de ces esprits sublimes qui président à nos destinées?

Pour le concours, même chose arrive. On n'ose pas s'en prendre à son institution même, mais on cherche à en fausser les applications. On a vergogne de dire: Nous n'en voulons plus; mais on se cache couardement sous des mesures restrictives pour en venir plus tard à une attaque ouverte et déclarée.

Cherchons à paralyser d'aussi désastreuses tendances.

Examinons, car l'occasion est opportune, car aujourd'hui vingt-cinq de nos jeunes confrères qui concourent pour l'agrégation à la Faculté de Paris, attendent dans l'anxiété la première application de cette disposition nouvelle des concours; examinons les motifs de ces épreuves éliminatoires suspendues sur leurs têtes comme l'épée de Damoclès.

Les concurrents deviennent de plus en plus nombreux, dit-on. Cela est vrai; mais cela doit être. C'est d'abord un résultat nécessaire du principe de la liberté du choix des professions. Par cela même qu'il y a exubérance de médecins, il doit y avoir exubérance de concurrents. Si le principe est vicieux, attaquez le principe, mais jusque là il en faut subir les conséquences sous peine d'être complétement en dehors du bon sens et de la logique. Vous avez ouvert à deux battants les portes de vos facultés à une jeunesse avide d'instruction, et vous voudriez maintenant mettre obstacle à ce qu'elle tire gloire ou profit de ses études? Cela n'est ni conséquent, ni juste. Est-ce un mal, d'ailleurs, qu'un grand nombre de concurrents? Non pas certes; le choix n'en sera que plus difficile et par cela même meilleur. Puis, l'intrigue a moins de chances de réussir et de se faire entendre au milieu de ces ambitions multiples et diverses que lorsqu'il ne faut combattre par ces armes qu'un petit nombre d'adversaires. Tel juge fermerait sa porte à vingt-cinq solliciteurs, qui n'oserait la refuser à cinq ou six. Dans le nombre des concurrents nous voyons double avantage: pour eux dignité, pour les juges indépendance, pour tous honorabilité. Cela vaut la peine qu'on y réfléchisse.

La durée de ces concours absorbe un temps considérable! Qui s'en plaint? Les concurrents? Cela ne peut être; le concours n'est obligatoire pour personne: en entrant dans la lice ils connaissent d'avance les conséquences de leur acte et ils sont libres de les accepter ou de les refuser. Les juges? Ils seraient fort mal venus. Ils touchent de magnifiques appointements comme professeurs, et cette qualité entraîne nécessairement à l'occasion celle de juges; de plus, et comme tels, on leur alloue une suffisante et honorable indemnité, et ils se plaindraient de la longueur et des fatigues des concours! Si cela était, il faudrait tranquillement les laisser dire, ou répondre à ceux qui regretteraient ce temps dérobé aux soins de leur pratique : Allez, messieurs! vous êtes indignes des honneurs du juge, vous qui ne leur sacrifieriez pas quelques profits du métier. Les élèves? Cela n'est pas; car les concours sont pour eux encore un enseignement qu'ils aiment, qu'ils suivent avec plaisir et sympathie, auquel ils mêlent leur animation souvent expansive, quelquefois plus ou moins légitimement passionnée, toujours naïve et loyale.

Ces concours exigent des frais considérables. Pitoyable excuse! Dans un pays où l'on compte par cent mille francs les frais d'une course de chevaux, on lésine sur une faible somme destinée aux luttes de l'intelligence! C'est déplorable. Supprimez-donc quelques mille francs à ces oisifs et stériles amateurs du *sport*, et consacrez-les à l'encouragement de ces hommes dont la jeunesse s'est écoulée dans les austères études de notre art. Il est triste, il est honteux que nous ayons à réfuter une objection semblable.

On ajoute: Quelques concurrents se jettent dans les concours sans avoir bien consulté leurs forces. Qu'importe cela? Les concours sont précisément la pierre de touche qui fait apprécier et mettre à leur place la vanité, l'outrecuidance, la sottise de quelques ambitions illégitimes auxquelles, sans ces épreuves, on aurait peut-être ajouté foi. Ne voyez-vous pas qu'une élimination leur laisse la ressource de crier à l'injustice? Ne voyez-vous pas que par elle vous pouvez mettre au même niveau le savoir malheureux et l'insuffisance complète? D'ailleurs, une longue expérience l'a prouvé, les concurrents décidément insuffisants, à part quelques rares et excentriques exceptions, s'éliminent eux-mêmes. Et encore, s'il arrive qu'un concurrent véritablement ignorant et ridicule se présente, à qui la faute, s'il vous plaît? A vous même, qui avez investi du titre de docteur un ignorant et un homme ridicule. Vous l'avez supporté tel aux examens, il vous faut le subir tel au concours.

Les voilà passés au crible de la bonne foi, de la justice et de la logique, les motifs qui ont prévalu pour faire instituer les épreuves éliminatoires du concours. Il n'en est pas un qui ait même une apparence plausible et raisonnable. C'est vain, c'est creux, c'est futile, si futile qu'il n'est pas possible que des hommes de sens aient pu se laisser impressionner par de pareils arguments. Forcément il faut qu'il y ait là-dessous quelque chose qu'on n'ose ou qu'on ne peut avouer, et qu'une intention secrète se cache sous ces dehors fallacieux.

Les questions intentionnelles sont trop difficiles et trop délicates dans leur appréciation pour que nous voulions nous placer sur ce terrain. Mais après avoir démontré l'inanité des raisons sur lesquelles on fonde la prétendue nécessité des épreuves éliminatoires, il nous reste à accomplir une tâche plus importante encore, c'est celle d'en montrer les dangers et l'injustice.

Ce sera le sujet d'un second et prochain article.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Rhumatisme articulaire aigu. De la durée et du traitement de cette affection dans l'enfance.

Au n° 20, de la salle Saint-Jean a été couché le nommé Defossé, âgé de treize ans, malade depuis trois semaines environ.

D'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, né à Paris et ne l'ayant jamais quitté. D'une bonne santé habituelle, vacciné, non variolé; cet enfant n'a eu d'autres maladies qu'une rougeole assez bénigne à l'âge de sept ans, et quelques rhumes de peu d'importance pendant l'hiver. Il y a trois semaines environ, étant rentré en sueur dans l'atelier où il travaille, il eut froid, et le lendemain, en se levant, il ressentit dans le bras droit une douleur assez vive occupant principalement l'articulation du coude et celle du poignet. Il ne peut se rappeler si ces deux articulations étaient rouges et gonflées. La douleur n'étant pas assez violente pour l'empêcher de travailler, il continua à se livrer à ses occupations pendant trois jours, temps après lequel il fut forcé de se mettre au lit; le coude et l'épaule gauches étaient pris, et le genou droit commençait à devenir douloureux également. Depuis le commencement de la maladie, il n'a suivi aucun traitement; les douleurs ont persisté dans le bras gauche et dans les deux genoux; le bras droit est un peu dégagé.

Voici l'état du malade au moment de l'entrée à l'hôpital :

Le visage est rouge, animé, la peau chaude, moite, un peu sudorale pendant la nuit; les yeux brillants. Pouls à 104-108, assez développé. Résonnance et respiration bonnes partout; bruits du cœur normaux. Le coude gauche un peu gonflé, sans rougeur; douloureux, ainsi que l'épaule du même côté. Le membre supérieur droit presque entièrement libre. Les deux genoux sont douloureux sans être ni rouges ni gonflés. L'articulation tibio-tarsienne droite est un peu rouge et tuméfiée. Langue un peu saburrale. Soif vive; anorexie. Cataplasmes sur les articulations douloureuses. Diète.

Le lendemain, même état à peu près; le pouls toujours à 104 - 108; la peau toujours chaude, un peu sudorale. Saignée de deux palettes; cataplasme; diète.

Le 4, le jeune homme dit se sentir un peu soulagé. La céphalalgie dont il se plaignait les jours précédents, est beaucoup moindre. La peau semble un peu moins chaude au toucher; mais le pouls est toujours à 104, développé, sans redoublement. Les douleurs du bras gauche et de la jambe droite sont à peu près aussi fortes; cependant il est survenu une diminution notable du volume du coude gauche qui était gonflé. La langue est toujours saburrale; la soif assez vive. Rien de nouveau pour les bruits du cœur ou de la respiration. Infusion de bourrache; cataplasme; diète.

Le 7, une amélioration bien évidente s'est fait sentir dans l'état du malade. Le bras gauche est presque entièrement dégagé. Il ne reste plus qu'un peu de raideur et de gêne dans les mouvements. Quelques douleurs vagues et légères dans le bras droit, que le malade doit avoir tiré hors de son lit pendant qu'il était en moiteur. Les genoux et les coude-pieds encore un peu gênés et raides dans leurs mouvements, mais sans aucun gonflement ni rougeur.

Depuis ce moment la convalescence marche assez rapidement. L'enfant, qui demande instamment à manger, prend deux bouillons, puis bientôt une portion. Un huitième d'aliments.

A part quelques douleurs vagues qui parcourent de temps en temps les membres, mais sans s'accompagner d'aucun gonflement, d'aucune rougeur à la peau au niveau des articulations, il se sent tout à fait bien, et sort le 21 du même mois, dix-neuf jours après son entrée à l'hôpital, dans un état de santé parfaite.

— Bien que l'on en rencontre d'assez fréquents exemples dans les hôpitaux et dans la pratique, le rhumatisme articulaire aigu est loin d'être aussi fréquent chez l'enfant que chez

l'adulte. Doit-on chercher la cause de cette différence dans ce fait, que les conditions sous l'influence desquelles se développe habituellement le rhumatisme articulaire sont celles dans lesquelles se trouve l'homme plutôt que l'enfant, le premier s'exposant tour-à-tour à toutes les vicissitudes atmosphériques, sans prendre la plupart du temps la moindre précaution ? Doit-on la chercher dans les différences qui existent nécessairement entre la constitution, le tempérament, le développement des organes de l'enfant et ceux de l'homme? C'est ce qu'il ne nous est pas possible de savoir dans l'état actuel de la science. Mais le fait existe et nous devons le constater.

Ce n'est pas là, du reste, la seule différence que nous ayons à constater entre le rhumatisme articulaire de l'enfant et celui de l'adulte. Les symptômes locaux et généraux qui sont absolument identiques à tous les âges, ont chez l'enfant une intensité beaucoup moindre et une durée beaucoup plus courte. C'est un fait dont on a pu facilement se convaincre par la lecture de l'observation précédente. Il est rare en effet, chez l'adulte, de voir un rhumatisme accompagné de symptômes aussi tranchés que l'était celui-ci, il est rare, disons-nous, de le voir céder aussi rapidement, et la convalescence ne présenter aucune rechute. Car c'est un des caractères du rhumatisme articulaire aigu, quelle que soit la méthode du traitement que l'on emploie, d'exposer les malades à des récidives de la même affection; et cela, non-seulement dans un temps éloigné, mais pendant la convalescence même. D'après les chiffres et les relevés des auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants, il paraîtrait que la maladie dure rarement chez eux plus de quinze à vingt jours. Il est bien entendu que l'on ne doit pas considérer ce terme comme rigoureux, et que l'on doit tenir compte et de l'intensité et de la généralisation de l'affection. La durée de la maladie est d'autant plus courte en général, que la maladie elle-même est plus simple ; loi qui, du reste, peut s'appliquer à presque toutes les affections aiguës du cadre nosologique.

Il est bien évident que lorsqu'une affection rhumatismale vient à se compliquer d'une phlegmasie intermittente, attaquant des organes essentiels à la vie, le cœur, le poumon ; une endocardite, une péricardite, par exemple, une pleurésie, l'affection primitive devra être plus grave, plus longue, plus dangereuse. L'inflammation des tissus du cœur, à la suite ou pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, n'est ni plus, ni moins fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. Il nous est arrivé de voir souvent des enfants affectés de rhumatisme de ce genre, sans complication de maladie du cœur, et des maladies chroniques organiques du cœur chez des sujets qui n'ont jamais eu de rhumatismes. Mais cette complication, quand elle existe, est grave, autant par les accidents éloignés qu'elle peut entraîner à sa suite, que par la mort qu'elle peut déterminer à l'état aigu. Autant, quand l'affection est simple, le pronostic est facile et peu redoutable, autant il est fâcheux, quand la maladie est ancienne déjà, ou qu'il existe une de ces phlegmasies des membranes internes ou externes du cœur. Bien que nous ne connaissions aucun cas de cette espèce, nous sommes fondé à croire que le rhumatisme articulaire aigu, quand il se termine par la mort, peut déterminer dans les articulations malades la présence du pus. Dans les cas où il est moins intense, on sent manifestement la rotule éloignée des condyles du fémur par un épanchement du liquide.

Comme chez l'adulte, le diagnostic de l'affection rhumatismale est extrêmement facile dans la plupart des cas. Nous trouvons dans un livre récent, qui a pour but l'étude des maladies des enfants, l'indication de trois affections avec lesquelles on pourrait assez facilement, disent les auteurs, confondre le rhumatisme. Ils veulent parler de l'inflammation articulaire variolique, de l'épanchement sanguin articulaire, de l'arthrite, suite de phlébite. Pour la première, l'éruption est un caractère qui servira de suite à la faire distinguer; et quant à ce que l'on pourrait prendre pour une complication rhumatismale, cette douleur survenant dans le cours d'une variole, l'erreur serait sans contredit de fort peu d'importance.

L'inflammation articulaire, suite de phlébite, serait facile à confondre avec l'arthrite rhumatismale, surtout lorsque la présence du pus dans la cavité articulaire pourrait faire croire à cette terminaison, dont nous parlions tout à l'heure, la terminaison par suppuration. Mais là encore la distinction n'est pas d'une importance majeure, le même traitement devant être, à bien peu de chose près, mis en usage dans les deux cas, et quelles que soient les causes déterminantes de la phlegmasie locale et des phénomènes rationnels généraux. Les auteurs du livre dont nous parlons, après avoir rapporté une observation du genre précédent, s'adressent aussi eux cette question : Peut-être faudrait-il considérer ce fait comme un exemple de rhumatisme articulaire terminé par suppuration et compliqué de phlébite?

Quant à l'épanchement sanguin articulaire, c'est une affection excessivement rare, dont la science possède à peine quelques exemples, et qui pour cette raison ne mérite pas de nous arrêter sérieusement ni long-temps dans une question de diagnostic différentiel.

Un mot maintenant des causes du rhumatisme, avant de passer au traitement. Quelle que soit la nature que l'on veuille admettre du rhumatisme, qu'on le considère comme une inflammation pure et simple, déterminée par le froid, ou comme le disent quelques auteurs, comme une affection déterminée par un principe particulier dont ils ne définissent point la nature, et qu'ils se contentent de désigner sous le nom de principe rhumatismal, il est bien évident que c'est le passage brusque du chaud au froid qui détermine le plus souvent la production du rhumatisme chez les enfants comme chez les adultes. Maintenant, que ce refroidissement soit la cause déterminante du rhumatisme, ou qu'il ne fasse que hâter l'apparition d'une affection morbide qui se serait nécessairement et forcément montrée chez le sujet malade, mais peut-être un peu plus tard, peu nous importe. Il nous suffit de constater que le froid a une action bien évidente sur la production du rhumatisme, et la manière dont il agit nous occupera peu.

Il n'en est pas de même des prédispositions qui méritent de fixer notre attention. L'âge, comme nous l'avons dit au commencement de ces réflexions, est une chose à considérer particulièrement. Le rhumatisme est moins fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. Les exemples de cette affection au-dessous de l'âge de sept ou huit ans sont excessivement rares. Le plus souvent, c'est entre douze et quatorze ans qu'elle se montre chez les jeunes sujets. C'est l'âge qu'avait le jeune homme dont nous avons raconté l'histoire.

L'influence des sexes est peu marquée ; mais il n'en est pas de même des constitutions. Il est d'observation que les sujets un peu lymphatiques, blonds, à peau blanche et fine, sont plus prédisposés que les autres à contracter des rhumatismes. L'hérédité paraît avoir peu de valeur, et l'on n'observe pas que des enfants, nés de parents rhumatisants, soient plus sujets que d'autres aux affections de ce genre. Chez notre malade, on a facilement pu se convaincre de la vérité d'un grand nombre des remarques que nous avons faites ici. Ainsi, le tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin, la peau fine et transparente, se rencontraient chez lui à un degré très prononcé. Pour la cause occasionnelle ou déterminante, elle a été chez lui, comme elle est chez la plupart des malades, un refroidissement brusque dans un moment où il se trouvait en sueur.

Quelques mots à présent sur le traitement que l'on peut employer contre le rhumatisme, et sur celui en particulier qui fut mis en usage dans le cas qui nous occupe. Nous examinerons brièvement quelques-unes des médications dernièrement préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Nous ne sachions pas que le nitrate de potasse ait été administré à haute dose chez les enfants, ou s'il l'a été, qu'il ait produit des résultats plus satisfaisants que chez l'adulte, et les expériences les plus récentes ont fait justice de ces vertus miraculeuses que l'on attribuait au nitrate de potasse en pareille circonstance. D'ailleurs, l'administration de ce sel exige l'ingestion d'une grande quantité de liquides, et l'on sait qu'il est souvent fort difficile de faire boire aux enfants la quantité de boisson que l'on jugerait nécessaire.

Le sulfate de quinine est à peu près dans le même cas que le nitrate de potasse. On est déjà revenu des cures merveilleuses que l'on prétendait avoir été produites par lui dans les commencements de son emploi. Et c'est avec d'autant plus de raison qu'il est tombé dans l'oubli, que si, comme le nitrate de potasse, il ne produit aucune amélioration, il est loin comme lui d'être innocent. L'on sait, en effet, les funestes accidents qu'il a causés tout dernièrement chez des sujets auxquels il avait été administré à dose véritablement toxique. Puis, on ne peut l'administrer qu'en pilules ou en potion. Or, les enfants avalent difficilement les pilules, et l'amertume de la potion, qui provoque souvent des vomissements chez l'adulte, leur ferait certainement repousser invinciblement le breuvage.

Il faut donc, lorsque l'on a affaire à un rhumatisme articulaire aigu fébrile, mettre en usage le traitement antiphlogistique, mais avec sagesse, avec une prudente réserve. Il faut proportionner l'abondance et la fréquence des émissions sanguines, locales ou générales, à la gravité de la maladie, à sa durée antérieure, à l'âge, à la constitution de l'enfant. Il est bien évident qu'un enfant de douze ou treize ans ne subira point le même nombre d'émissions sanguines qu'un adulte de vingt-cinq ou trente ans. C'est surtout lorsqu'il existe une complication sérieuse du côté de la poitrine que l'on doit y avoir recours. Des embrocations calmantes, quelques infusions diaphorétiques, des cataplasmes et, si la saison le permet, des bains, enfin quelques laxatifs compléteront le traitement.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Rupture de l'utérus pendant le travail. Mort. De la gravité de cet accident et de la conduite à suivre quand il survient.

Le 24 décembre 1843, Marie Aubé fut apportée à la Charité. Cette femme, âgée de vingt-quatre ans, était en travail depuis assez long-temps déjà, sans que nous puissions préciser au juste l'époque à laquelle il avait commencé. On sut seulement que l'accouchement ne se faisant pas, un médecin de la ville avait tenté une application de forceps qui n'avait amené aucun résultat. Peu de temps après son entrée, la femme tomba dans la salle et mourut. Voici ce qu'on trouva à l'autopsie.

L'enfant présente l'extrémité supérieure ; la tête était fortement enclavée dans le bassin ; l'utérus offre à sa partie postérieure gauche, dans la région du col, une déchirure de plusieurs centimètres d'étendue ; le tissu utérin semble avoir été mâché, contus par le forceps ; l'instrument n'a point été poussé dans le ventre, il paraît même probable que la déchirure n'a pas été complétée par l'application de la branche qui n'a produit qu'une éraillure profonde, mais que c'est au moment où la femme est tombée seulement que s'est complétée la perforation. L'épanchement dans le ventre des liquides et des matières rendues par le fœtus mort, a suivi sans doute immédiatement. Les tissus étaient gangrenés, emphysémateux; Il y avait du pus dans l'abdomen.

Le bassin, examiné sous le rapport de ses dimensions, a présenté une circonstance remarquable ; régulièrement conformé d'ailleurs, il offre une diminution dans tous ses diamètres, diminution qui peut être évaluée à un centimètre pour chacun: ainsi l'antéro-postérieur n'avait guère que neuf centimètres et demi à dix, l'oblique onze, et le bis-iliaque douze à peu près; ce qui justifiait d'ailleurs l'emploi du forceps, mais non la manière dont en avait été faite l'application. Nous disons que c'est là un cas de rétrécissement assez rare ; car les accoucheurs n'ignorent pas que, pour l'ordinaire, la diminution dans la dimension des diamètres dans les bassins viciés ne présente pas cette régularité dans leur manque d'étendue. Pour la majorité des cas, quand un diamètre perd de sa longueur, le détroit gagne dans un sens ce qui lui manque dans l'autre ; tandis qu'ici c'était, comme le dit M. Velpeau, un exemple de rétrécissement absolu du bassin.

La rupture de l'utérus, dans quelque point qu'elle survienne, qu'elle arrive pendant la grossesse ou pendant le travail, et sous quelque influence qu'elle ait lieu, n'en est pas moins un accident des plus redoutables et qui compromet le plus ordinairement la vie de la femme chez laquelle il se manifeste ; cependant il faut dire que, toutes choses égales d'ailleurs, il est susceptible d'entraîner des conséquences plus fâcheuses quand il est le résultat de manœuvres malheureuses que lorsqu'il survient pendant la grossesse, par exemple.

La déchirure de la matrice est certainement un de ces accidents qui deviennent plus graves selon la cause qui les produit. Si l'on recherche la raison des dangers moindres que font courir à la femme les différences de cause de cette rupture, on la trouve évidemment non dans l'accident lui même, mais dans les suites inévitables qu'il entraîne.

Dès que l'utérus est rompu, il faut fatalement que les liquides contenus dans sa cavité, ou qui se produisent par la déchirure elle-même, s'épanchent dans l'abdomen : or, la nature du liquide n'influera-t-elle pas sur les phénomènes que sa présence dans ce lieu doit nécessairement développer; sera-ce la même chose que du sang ou du liquide amniotique, ou des mucosités s'épanchant dans le ventre avant d'avoir subi le contact de l'air, ou du sang, du liquide amniotique soumis à l'influence atmosphérique? Tout le monde a répondu à cette question.

Quand les liquides que nous venons de nommer et que du sang en particulier est en quantité peu considérable, qu'il n'a pas ressenti l'influence de l'air extérieur, ce qui peut avoir lieu le plus souvent alors que la déchirure arrive pendant la grossesse, quand elle n'est pas l'effet de manœuvres imprudentes ou coupables, ce sang a des qualités *douces*, si nous pouvons nous servir de ce mot, et il est possible alors que la mort ne soit pas la suite inévitable de l'accident. Mais si pendant le travail la déchirure, comme ici, est survenue par suite de fausses manœuvres, et que le sang, le méconium, l'eau de l'amnios que l'air a modifiés d'une manière fâcheuse se soient épanchés dans le péritoine, comme cela doit avoir lieu de toute nécessité, alors la vie de la femme court les dangers les plus grands.

Il est à remarquer que chez la femme qui fait le sujet de cette observation, la déchirure n'occupait que le lieu ordinaire où on a coutume de l'observer quand elle reconnaît pour cause l'introduction du forceps. Le plus souvent quand une des branches éraille ou perfore les parties génitales internes, c'est dans le point où le vagin s'unit avec l'utérus, c'est-à-dire dans le cul-de-sac vaginal. Le mécanisme de cette déchirure est facile à comprendre, et l'on ne saurait d'ailleurs trop insister sur ce point, tant il est facile de s'en laisser imposer par les apparences trompeuses que présentent les parties dans certains cas particuliers, apparences qui peuvent conduire le chirurgien, peu habitué, à rompre violemment les rapports naturels du vagin et de l'utérus par l'application du forceps.

Il arrive, en effet, quelquefois que la tête du fœtus descend dans l'excavation encore coiffée du segment inférieur de l'utérus, dont le col est à peine ou n'est pas dilaté. En touchant la femme, on rencontre la tumeur présentée par la tête, et un examen peu attentif peut faire croire que cette tête est nue dans le bassin. Ces conditions se réunissent alors, d'abord pour faire penser que l'accouchement éprouve quelque obstacle dans sa marche, puisque la tête est déjà fort abaissée et qu'en réalité c'est à peine si le travail commence, puisque la dilatation est encore nulle ou peu marquée; ensuite pour que, partant de ce point qu'il y a obstacle au dégagement, on soit porté à se servir du forceps, qui, dans une circonstance semblable, ne peut être évidemment appliqué sur la tête qu'en comprenant entre ses cuillers toute la partie inférieure de la matrice. Si maintenant l'application de l'instrument se fait sans que l'erreur soit reconnue, les tractions porteront sur la matrice, qu'elles déchireront; ou bien, dans l'application même, la branche, éprouvant un obstacle qui n'est autre que le cul-de-sac vaginal, sera poussée avec plus ou moins de force par l'opérateur, perforera le cul-de-sac et passera directement dans l'abdomen.

Il n'est pas besoin de signaler combien donc il est nécessaire d'apporter le plus grand soin à ne s'obstiner à vaincre aucune résistance par la force quand il s'agit d'appliquer un instrument qui, mal conduit, peut amener de si tristes résultats.

Ici la déchirure n'avait pas lieu, comme nous le disions tout à l'heure, dans le point où on l'observe le plus souvent quand elle reconnaît cette cause; elle siégeait à la partie postérieure gauche du col, c'est-à-dire à la droite de l'accoucheur.

Nous pensons que l'on pourrait encore établir une différence notable quant au pronostic des déchirures de l'utérus pendant l'accouchement, selon qu'elles arrivent à telle ou telle époque du travail.

La conduite à suivre dans ces sortes d'accidents est assez difficile à tracer. Sans doute, toutes les fois que les parties le permettront, il faudra se hâter de terminer l'accouchement, dût-on, comme il résulte de certaines observations, aller chercher le fœtus passé en partie dans l'abdomen de la mère; si des anses intestinales passées par la déchirure du corps de l'organe se rencontrent dans l'utérus, il faudra les réduire, puis, l'accouchement terminé, combattre les accidents de la péritonite qui viendront à se manifester. Mais, il faut l'avouer, bien qu'on cite quelques exemples de femmes qui aient sur-

vécu à ce redoutable accident, on n'en est pas moins autorisé à dire qu'il en est peu qui soient aussi graves que la rupture de l'utérus pendant le travail. D[r] PAJOT.

Recherches sur les ulcérations du col de l'utérus; par M. le D[r] TANCHOU.

(Suite du numéro 4.)

C'est habituellement dans l'organe qui en est le siége, ou dans ses relations avec les parties voisines, que gît la cause qui les a produites ou celles qui les entretient : « Ulceri sua semper est causa quæ quod genuit etiam num fovet. » (Joann. Fernelii De ext. corpor. affect., p. 347.) Les anciens pensaient, non sans quelque raison, que la difficulté d'en obtenir une guérison durable avait sa source dans la chaleur et l'humidité naturelles de cette partie : « Les ulcères de la matrice, dit Ambroise Paré, sôt difficiles et souvét impossibles à garir pour ce qu'elle est chaude et humide, et qu'elle reçoit toutes les superfluités du corps. » (uvres chirurgicales, p. 501.) Il est rare que les engorgements et l'induration qui résultent quelquefois de la prolongation de la maladie, acquièrent des qualités de mauvaise nature; habituellement ils se dissipent d'eux-mêmes à l'époque de la cessation des règles.

Les ulcérations, à l'opposé des plaies récentes, tendent naturellement à persister par cela seul que leur surface a perdu les conditions nécessaires à la cicatrisation spontanée. Par conséquent, le rôle du médecin n'est pas fini lorsqu'il a éloigné la cause de l'ulcération ; il lui reste à mettre celle-ci dans les conditions favorables à la cicatrice, c'est ce qu'on fait en modifiant son mode d'inflammation. Il ne faut donc pas trop s'étonner de l'emploi si fréquent des caustiques. C'est le moyen le plus commode et le plus efficace de ramener leur surface aux conditions d'une plaie simple. Mais ce que l'on ne saurait trop blâmer, c'est que la cautérisation forme la base du traitement ; tandis qu'elle devrait n'en être que supplémentaire.

On a trop oublié, dans la thérapeutique de ces maladies, cette excellente définition de l'ulcère : que « c'est une solution de continuité entretenue par une cause locale ou interne. » Dans le sujet dont il s'agit, plus que partout ailleurs, il importe de l'avoir présente à l'idée ; car s'il est facile d'obtenir la cicatrisation des ulcérations du col par la cautérisation, rien n'est plus fréquent que leur récidive. Comment pourrait-il en être autrement si on ne commence pas par éloigner la cause qui entretient la maladie !

Pour certains médecins, la cautérisation forme tout le traitement des ulcères du col; d'autres, tombant dans un excès contraire, soumettent les malades au traitement général le plus débilitant. Des méthodes si exclusives ne sauraient être que nuisibles. Toutefois, la cautérisation ne produit que des effets passagers; elle n'est point douloureuse, et il faudrait qu'elle fût appliquée d'une manière bien inconsidéré pour occasionner de grands ravages, tandis que le traitement général par les saignées répétées, la ciguë, les bains, l'inaction des parties, ne convient que dans les cas où l'ulcération est accompagnée de phlegmasie, chez les sujets sanguins. Mais, quel abus n'en fait-on pas en l'appliquant indistinctement à toutes les maladies de matrice ! Que de femmes voient leur maladie se perpétuer, passer à l'état de chronicité ou d'induration blanche, leur constitution se détériorer sous l'influence de ce traitement désastreux, tandis qu'un bon régime les eût délivrées de leurs maux !

De ce qui précède, il résulte :

1° Que l'ulcération du col a son siége à la surface de la membrane muqueuse, et plus particulièrement à l'orifice de l'organe.

2° Que ses causes les plus ordinaires sont locales, et résultent de l'accomplissement des fonctions de l'utérus et de ses relations avec les parties voisines.

3° Qu'elle est, par conséquent, le plus souvent d'une nature simple, mais qu'elle peut acquérir, par suite de diverses influences, des formes variées.

4° Que les ulcérations qu'on a décrites comme des maladies d'une nature particulière, sous les noms de fongueuses, herpétiques, hémorrhoïdales, blennorrhagiques, dartreuses, etc., ne sont autre chose que des ulcérations simples dégénérées, et qui ont été créées par l'imagination plutôt que par l'observation pratique.

5° Que cette maladie tend fort rarement à devenir cancéreuse, à moins que le germe morbide n'existe déjà dans l'organisme ; mais qu'elle peut amener, à la longue, l'induration du col, puis celle du corps de l'utérus.

6° Qu'elle est rarement douloureuse par elle-même, et que ses sympathies morbides sont à peu près nulles tant qu'elle reste isolée.

7° Que ses causes étant presque toujours locales, le traitement général n'a d'influence sur elle que lorsqu'il s'agit de complications constitutionnelles ; mais que c'est, en général, par des moyens locaux qu'on la guérit ; que la cautérisation seule expose presque toujours aux récidives, mais qu'elle est utile dans la plupart des cas pour terminer la guérison.

On comprend facilement que je n'ai fait qu'ébaucher l'histoire de cet important sujet. A la suite de ces généralités, le lecteur saisira plus aisément les faits que je vais rapporter, et qui sont destinés à faire connaître l'ulcération dans toutes ses particularités.

PREMIÈRE CLASSE.

Erosions. (*Excoriations, exulcérations.*)

Le col peut être dépouillé de son épithélium dans une étendue variable ; c'est ce qui constitue l'érosion.

Lorsqu'on touche une femme attaquée de ce genre de maladie, elle accuse une douleur aiguë au moment où le doigt arrive sur la partie dénudée. C'est un signe commun à la plupart des érosions, et qui peut servir à les distinguer de l'ulcération proprement dite, qui est habituellement insensible au tact; l'érosion est tellement superficielle, qu'il est difficile que le toucher parvienne à la reconnaître et puisse en établir les limites. Quelquefois on sent comme une surface dépolie, granulée, tandis que le reste de l'organe est lisse; mais encore ignore-t-on si cet état est produit par une érosion ou par une métrite granulée.

Il y a trois causes principales de l'érosion : l'engorgement du col, son abaissement, et la vaginite. Nous allons citer des exemples de l'une et l'autre.

Première observation. — *Engorgement chronique du col avec érosion du museau de tanche.*

Le 2 mai 1839, une dame de vingt-huit ans se présenta au Dispensaire de la part de M. Nauche. Le vagin était large et ridé, très court ; le col n'était pas éloigné de la vulve; il était indolore, si ce n'est au pourtour de son orifice *où le contact du doigt occasionnait une sensibilité exquise.* Du reste, cet organe offrait un volume double à peu près de l'état normal; il était mou et mobile. Le museau de tanche vint s'offrir à l'embouchure du spéculum comme une boule de chair d'un teint rosé tirant sur le blanc, uni et lisse, excepté à son orifice, où se voyait une surface plus vive, légèrement chagrinée, d'une forme irrégulière et de la largeur d'une pièce de deux francs. C'était une érosion circonscrite par un bord mince, frangé, d'un rouge plus saillant, et allant se perdre dans la cavité du col. En touchant la surface avec un pinceau, la malade accusait une douleur subite, et il s'écoulait un peu de sang.

Le corps de l'utérus était un peu hypertrophié. La dame dont il s'agit était brune, vive, nerveuse ; elle travaillait beaucoup et toujours assise. Elle avait eu cinq enfants et deux fausses-couches, et c'était plus particulièrement depuis trois ans, époque de la dernière, qu'elle souffrait. Elle avait eu des métrorrhagies nombreuses ; actuellement ses règles étaient régulières, mais fort abondantes.

Cette dame était tourmentée par une chaleur vive, térébrante, à l'endroit du col ; une sorte d'agacement nerveux dans tout le bassin ; elle éprouvait des maux de reins, des pesanteurs sur le fondement, des coliques hypogastriques, souffrances qui appartenaient au déplacement de l'utérus et à l'engorgement de son parenchyme.

Elle se plaignait en outre d'une douleur formicante du membre abdominal jusqu'au gros orteil, douleur dont on pouvait aussi rapporter l'origine soit à l'érosion, soit à l'engorgement ; car j'en ai vu de semblables dans l'un et l'autre cas.

Evidemment, l'érosion n'était là qu'un effet; pour la détruire, il eût fallu redonner aux tissus sous-jacents leur tonicité primitive, raffermir leur trame et faire pénétrer dans les capillaires, à la place du liquide séro-sanguinolent qui les distendait, un sang rouge et fibrineux, toutes choses au-dessus des ressources de l'art dans l'état hygiénique où se trouvait la malade; la membrane muqueuse eût alors sécrété un épithélium normal qui ne se fût point détaché, et l'érosion se fût dissipée d'elle-même; mais l'expérience ne m'avait pas encore démontré la difficulté de ces sortes de guérisons, et ce ne fut qu'après des tentatives nombreuses que j'y renonçai. Plusieurs fois j'étais parvenu, à force de cautérisation ou de pansements médicamenteux, à obtenir une cicatrice; mais à peine la malade jouissait-elle quelques jours de cette pseudo-cure, que l'érosion ne tardait pas à renaître.

Il est donc remarquable qu'ici la maladie parenchymateuse réclame toute l'attention; et c'est même parce que sous l'érosion existent des tissus dont la vitalité n'est pas normale, que l'épithélium qui se forme ne réussit pas. Ces sortes d'érosions se manifestent, en effet, sur des sujets nerveux, très irritables, et dans des conditions où le col, altéré par des attaques antécédentes, reçoit, à la place du sang, un liquide ténu et séreux qui l'engorge. Son tissu n'offre que de mauvais éléments à la génération des bourgeons charnus; de même la peau, lorsque son tissu est altéré, sécrète un épiderme morbide qui ne tient pas.

Un autre point digne d'intérêt, c'est la sensibilité de ces sortes de plaies, tandis que celles qui suppurent (ulcérations proprement dites) sont indolores. Cela tient à ce que les papilles du derme, qui sont très impressionnables, sont à nu dans le premier cas, tandis que dans le second elles se trouvent garanties par l'épanouissement des bourgeons charnus, qui eux-mêmes sont insensibles.

Le col utérin présentant plus de consistance que les parois du vagin, et sa muqueuse n'étant pas, comme cette dernière, plissée et extensible, l'inflammation qui l'attaque à sa superficie en détruit presque aussitôt la cohésion. C'est ce qui arrive dans la vaginite : l'inflammation s'étend par continuité à la surface du col, où elle produit une érosion. Ces sortes d'érosions ne présentent rien de particulier ; leur sensibilité n'est pas moins vive ; mais lorsque le vagin est douloureux dans toute son étendue, la douleur que l'introduction du doigt y fait naître se confond avec celle de l'érosion, et il en résulte plus de confusion dans le diagnostic, comme on va le voir dans l'observation qui suit.

Deuxième observation. — *Vaginite avec érosion de l'orifice du museau de tanche, et plus particulièrement de la lèvre antérieure. Guérison par les pansements astringents.*

Madame L..., rue du Bac, 106 ; âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin, a eu quatre enfants et trois fausses-couches. Elle a depuis plusieurs années une leucorrhée abondante qui ne l'a pas quittée, pas même pendant la grossesse ni pendant les règles, ce qui est, pour le dire en passant, le symptôme pathognomonique des écoulements résultant d'une vaginite. Les règles sont régulières, mais fort copieuses; il y a des maux de reins, un sentiment habituel de courbature, des tiraillements épigastriques et une grande inquiétude. Nous trouvons, à l'examen, toute la surface du vagin et du col enflammée et douloureuse; une érosion d'un rouge ardent occupe l'orifice du col et presque toute la lèvre antérieure ; la matrice est congestionnée et plus volumineuse que dans l'état normal.

Cette dame s'était présentée au Dispensaire le 18 novembre 1838; elle fut pansée pendant quelques jours avec des éponges imbibées de liqueurs astringentes ; la vaginite, l'engorgement utérin et l'érosion se dissipèrent simultanément : c'est précisément ce qui devait arriver; car la vaginite était là le point culminant; c'était elle qui appelait le sang dans le parenchyme utérin, et qui en provoquait l'écoulement abondant à l'époque menstruelle ; c'était elle qui, en s'étendant sur le col, en détruisait l'épithélium et mettait sa surface à nu.

Jusqu'ici je n'ai pas traité l'érosion directement ; c'est qu'en effet cette affection m'est toujours apparue comme secondaire, et qu'en l'attaquant directement, soit par le caustique, soit par tout autre traitement, on laisse subsister la cause qui la reproduira le lendemain. Elle n'offre donc de gravité que par l'affection qui l'engendre. Lorsqu'on est parvenu à détruire cette dernière, il suffit de la toucher légèrement avec le caustique, si elle persiste, pour en obtenir la guérison.

La surface des érosions sécrète un liquide séro-muqueux peu abondant; mais l'irritation qu'elle projette aux environs, donne lieu à une sursécrétion des surfaces voisines, et surtout de la cavité du col, d'où s'écoule ce liquide glaireux, semblable à du blanc d'œuf, qui est particulier à cette partie. C'est pour cela que les érosions sont constamment accompagnées d'une leucorrhée plus ou moins abondante.

(*La fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 décembre 1843. — Présidence de M. FOUQUIER.

M. Serrurier écrit qu'il ne pourra assister à la séance par suite d'une indisposition dont il est atteint.

La Société décide que les membres du bureau se rendront chez M. le président pour lui présenter leurs condoléances sur la perte douloureuse qu'il vient d'éprouver.

— *M. Guillon* revient sur sa communication au sujet de l'hémorrhagie des vésicules séminales. Les cas d'hémorrhagies rapportés par divers membres ne sont pas absolument semblables à ceux dont il a parlé. Dans l'hémorrhagie consécutive à la masturbation le sang n'est pas mêlé avec le sperme ; il y forme des stries, tandis que dans l'affection que M. Guillon propose de nommer gonhémie, le sang est entièrement mêlé avec le sperme.

— *M. Guersant* fils fait un rapport verbal sur deux mémoires envoyés par M. Gente, intitulé, le premier, Nouveau moyen de réduire les hernies difficilement réductibles ; le second, Nouveau moyen curatif des brûlures.

M. le rapporteur ne partage pas les opinions de l'auteur sur la valeur ni sur la nouveauté de ces moyens. Il propose de lui adresser des remerciments. — Adopté. — Lui écrire que ses travaux sont insuffisants pour l'admettre comme membre correspondant.

M. Guersant fait, en outre, une communication sur la leucorrhée des petites filles.

A l'hôpital des Enfants, dit-il, les leucorrhées chez les petites filles sont très fréquentes ; elles déterminent très souvent des irritations de la valvule, et quelquefois des inflammations gangréneuses dont la terminaison nous inspire des craintes. Elles surviennent le plus souvent chez des enfants mal logées, mal nourries, lymphatiques, scrofuleuses. Nous donnons habituellement un traitement tonique, le fer, le vin, les viandes rôties, etc. Mais souvent le traitement général ne suffit pas ; nous y joignons avec avantage des injections avec une solution de nitrate d'argent ; nous pratiquons ces injections avec une petite seringue de verre. Nous commençons par de faibles doses 0,05 c. pour 30 grammes. Plus tard, nous arrivons à 25, 0,30. Lotions externes de la valvule avec résolution d'acétate de plomb. Nous remarquons que la leucorrhée se dissipe avec facilité sous l'influence de ce traitement ; lorsqu'on nous amène une petite fille dont la vulve est déjà sphacelée, nous exprimons du jus de citron sur les parties ; des cuissons vives en sont la suite ! mais la maladie s'améliore promptement. Plus tard, nous pansons avec de la charpie imbibée de vin aromatique. Lorsque le sphacèle est profond, le jus de citron ne suffit pas; il faut porter le fer rouge sur les parties; on a une désorganisation assez profonde ; mais les bourgeons charnus se développent et comblent l'espace.

M. Tanchou. Il ne faut pas confondre chez les enfants même, les leucorrhées les unes avec les autres. Je ne dis pas que chez les enfants qui vont à l'hôpital des Enfants, il n'y ait bien une inflammation *sui generis* toute lymphatique. Dans ce cas, les préparations au nitrate d'argent réussissent. Il m'arrive souvent de faire introduire des tampons de charpie imbibés de nitrate d'argent chez les femmes ; mais s'il y a vaginite, proprement dite, les préparations argentifères peuvent être utiles, mais elles sont souvent nuisibles.

M. Guersant. Le traitement dont je parle est celui qui réussit dans le plus grand nombre de cas; mais s'il s'agissait d'une vaginite aiguë survenue par suite de violence physique, ces moyens ne suffiraient pas.

M. Sterlin. Plus l'écoulement est chronique, plus il y a de danger à le supprimer. Je ne blâme pas les moyens de M. Guersant, mais je dis que plus l'écoulement est récent, et moins il y a de danger à le supprimer.

M. Guersant. Je n'ai pas vu qu'il y eût danger à supprimer ces écoulements. C'est comme chez les hommes, il n'y a pas de danger à supprimer les écoulements urétraux. Cependant hier j'ai vu une dame qui m'a dit qu'à l'âge de sept ans elle avait une leucorrhée qui s'était supprimée, et qu'il lui était survenu une inflammation dans le genou.

M. Guillon. Chez les hommes il n'y a pas de symptômes généraux, l'écoulement est local ; il faut l'attaquer par des traitements locaux, tandis qu'on guérit les petites filles par un traitement général.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, EGUISIER.

Séance du lundi 28 décembre 1843.

La séance s'ouvre à trois heures, sous la présidence de M. Léger.

Au terme du réglement, article 11, la Société réunie procède :

1° A la nomination de son président.

M. Fouquier réunit l'unanimité, il est proclamé président.

2° De deux vice-présidents. Le premier qui réunit le plus de suffrages est M. Tanchou ; le second, M. Thore. Tous deux sont proclamés.

M. Serrurier est nommé secrétaire-général.

Le secrétaire annuel est M. Masson (Charles).

Le secrétaire annuel adjoint est M. Foucart.

M. Belhomme, nommé en 1842, n'est pas sujet à l'élection, sa nomination devant durer jusqu'à l'année 1845.

La séance est levée à quatre heures.

Serrurier, *secrétaire-général.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE BRUXELLES. Janvier 1844.

Puogénie cutanée des enfants à la mamelle; par M. Pigeollet.

E. J. perdit sa mère presque en naissant; son père la plaça en nourrice chez une femme habitant le voisinage d'un marais des environs de Bruxelles; celle-ci élevait en même temps son enfant, et au bout de quelques mois accepta un troisième enfant. A dater de cette époque la petite devint malade. Elle avait six mois lorsque M. Pigeollet la visita. Il la trouva dans un état fort alarmant; au récit de la nourrice, l'enfant avait eu d'abord une petite rougeur au cou, présentant une élévation dans son centre qui avait blanchi en grossissant; cette tumeur s'était ouverte et cicatrisée en cinq ou six jours, en laissant s'écouler une matière purulente assez épaisse; d'autres lui avaient succédé, parcourant plus ou moins rapidement leurs périodes, atteignant un volume différent, et employant d'autant plus de temps à se cicatriser qu'elles s'étaient montrées plus volumineuses; quelques-unes s'étaient flétries et effacées sans s'ouvrir; il n'y avait pas eu de fièvre très marquée, et l'enfant n'avait pas cessé de prendre le sein.

Lorsque le médecin la vit pour la première fois, son corps présentait une vingtaine de ces petites tumeurs, les deux plus fortes sur la tête et sur le ventre; d'autres plus petites au cou, au cuir chevelu et sur les membres; leur volume variait de la grosseur d'une lentille à celle d'une forte noix; elles étaient régulièrement arrondies; leur couleur était d'un gris blanchâtre, comme nacrée; les plus récentes seules étaient entourées d'une auréole de couleur rosée; l'une d'elles, très forte, s'était ouverte récemment à la nuque, en offrant une division de quelques lignes et un décollement d'un pouce; il y avait perte de tous les tissus jusqu'à l'aponévrose; l'enfant n'avait point de fièvre, allait régulièrement à la garderobe, tetait comme d'habitude, et dormait profondément; elle ne jetait des cris que par suite des mouvements qu'on imprimait aux parties de son corps, siége du mal, soit en la changeant de linges ou en pansant ses plaies. En somme, l'auteur compare le facies de cette jeune fille à celui des enfants atteints de gangrène de la bouche, qui a envahi toute l'épaisseur de la joue, et qui presque toujours prennent de la nourriture jusqu'au dernier moment.

L'enfant de la nourrice était rachitique et affecté d'un commencement de carreau; l'autre enfant était assez bien portant. Quant à la nourrice elle-même, femme de quarante-deux ans, elle ne se nourrissait que de légumes et de café léger; elle était dans un véritable état d'épuisement.

Malgré le changement d'air et de nourrice, malgré un traitement graduellement analeptique, les collections purulentes s'ouvrirent, suppurèrent abondamment, et l'enfant s'éteignit au bout de dix jours.

M. Pigeollet rapporte une seconde observation analogue. Il trouve la cause de ces symptômes dans une hématose imparfaite, résultat d'un air impur; dans un chyle peu réparateur, et s'assimilant des matières hétérogènes produisant peu à peu l'altération du sang.

Note sur un nouveau remède astringent tonique très efficace; communiqué par le Dr Putégnat, de Lunéville.

Ce remède, nouveau dans la thérapeutique humaine, est celui de Knaup, regardé par plusieurs vétérinaires comme souverain pour la guérison de plusieurs blessures de chevaux produites par la selle, les coups de pied récents. M. Putégnat l'a employé avec succès dans les entorses, dans les contusions avec ou sans plaie ou sans ecchymose, dans une fracture avec tuméfaction énorme et un vaste épanchement sanguin, dans une tuméfaction résultat d'une luxation, dans un érysipèle de la face, dans deux érysipèles suites de mouchetures sur des membres œdémateux, sur l'œdème d'une angioleucite, sur un panaris commençant, sur un ulcère variqueux.

En voici la composition exacte : Sulfate de fer, sulfate d'alumine et de potasse; de chaque, 500 grammes; hydrochlorate d'ammoniaque, oxyde de cuivre, sulfate de zinc; de chaque, 30 grammes; mélangez le tout, et faites fondre à une douce chaleur. On dissout dans un litre d'eau tiède, gros comme une noix de cette pierre, et on emploie cette solution en en imbibant des compresses, que l'on applique toutes les trois ou quatre heures sur le lieu malade.

Sur l'inoculation stibiée; par le docteur J.-B. Debourge.

Les frictions et les applications stibiées, cet agent thérapeutique si utile, si énergique et si indispensable dans le traitement d'une foule de maladies graves, ne laissent pas cependant que d'avoir de grands inconvénients. Dans l'état actuel de la science, le praticien ne peut à son gré, par l'emploi de l'émétique, obtenir un nombre déterminé de pustules, et souvent même l'éruption qu'il veut produire se trouve, ou bien beaucoup trop faible, ou bien d'une confluence excessivement douloureuse, qui fréquemment lui laisse des regrets. C'est pour obvier à cet état des choses, et afin de remplir cette lacune thérapeutique, que M. Debourge communique les essais de l'inoculation stibiée qu'il emploie depuis quelque temps avec les plus grands avantages, et qu'il croit en tout préférable aux deux autres moyens généralement mis en usage jusqu'ici.

On prend une pincée d'émétique qu'on place sur une plaque de verre et qu'on délaie avec un peu d'eau ou d'huile, absolument comme si l'on agissait sur du vaccin sec qu'on va employer. On charge une lancette de ce mélange, qui doit être un peu épais, et l'on pratique sur le lieu d'élection le nombre de piqûres que l'on croit convenable, suivant l'indication qu'on se propose de remplir. Ces piqûres ne tardent pas à s'enflammer, et l'inflammation légèrement pustuleuse qui en résulte, et qui se dissiperait assez promptement si l'on en restait là, se transforme bientôt, au contraire, en des pustules qui acquièrent un volume d'autant plus considérable que toute leur surface aura été enduite plus fréquemment, plus soigneusement et pendant un laps de temps plus long, avec une petite quantité de mélange émétisé, soit aqueux, soit huileux, dont on aura fait usage pour leur production. M. Debourge se sert, pour cela, d'un pinceau à miniature ou d'une très petite spatule de bois, et il réitère matin et soir la petite application stibiée sur les pustules, deux, trois, quatre ou cinq jours, etc., suivant l'intensité inflammatoire qu'il veut produire.

Il est indispensable que toute la surface des pustules soit recouverte du mucilage stibié précité, et il est rare qu'on soit obligé de les enduire pendant plus de quatre jours.

De cette manière, dit l'auteur, on localise, on dirige à son gré le développement de l'éruption pustuleuse stibiée; on obtient constamment le nombre de pustules qu'on désire; il n'en vient jamais plus qu'on n'en veut, on les place à l'endroit précis où on les juge convenables, on les espace à volonté, on leur fait acquérir le degré de développement qui paraît nécessaire, et l'on peut très facilement éviter aux malades, à moins qu'on ne les juge nécessaires, ces profondes escharres qui les font tant souffrir.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Fébrifuge de M. Metzinger.

Les succès qui ont été constamment obtenus, depuis plusieurs années, d'une préparation composée par M. Metzinger et livrée sous forme de pilules dans le traitement des fièvres intermittentes, l'engagent à en publier la formule.

Le remède s'administre ainsi : six pilules aussitôt après l'accès, six autres trois heures après la première prise, et une troisième prise de six pilules trois ou quatre heures avant le retour de la fièvre. L'accès une fois arrêté, le malade continue, mais par deux prises par jour, chacune de quatre pilules, une le soir, une le matin, pendant trois ou quatre jours, puis il réduit successivement les prises à trois et à deux pilules.

Cette dose est celle qui convient à une personne d'une bonne constitution; elle sera réduite en raison de l'âge, du sexe et de l'état du malade.

Formule.

Quinquina en poudre,	15 grammes.
Sous-carbonate de potasse,	4
Carbonate d'ammoniaque,	2
Sel végétal,	4
Soufre doré d'antimoine,	2
Extrait de trèfle d'eau,	4
Extrait d'absinthe,	4

Extrait de persil, quantité suffisante pour une masse pilulaire qui sera divisée en pilules de 15 centigrammes.

Pour les fièvres simples et récentes, il suffira de quelques jours de traitement; mais dans les cas plus graves, pour prévenir les récidives, il conviendra d'employer la dose entière de 120 pilules.

(*Journal de Pharmacie.*)

Moyen de faire disparaître les paillettes de fer incrustées dans l'œil; par M. Guépin.

Il est dans quelques circonstances extrêmement difficile ou même impossible, d'extraire de l'œil les petits fragments de fer, qui, lancés avec violence, s'y sont introduits profondément. Le procédé suivant, fondé sur la chimie, est fort ingénieux et paraît entièrement efficace.

M. Donillard, architecte, amena son fils à M. Guépin, dans le courant de 1843. Ce jeune homme avait reçu dans l'œil une paillette de fer qui allait de la cornée au cristallin, en frisant l'iris. Il était impossible de saisir ce corps étranger, et une incision présentait des difficultés. M. Guépin imagina le moyen que voici : il prescrivit un collyre avec de l'eau distillée et de l'acide acétique, persuadé que si la paillette s'oxydait dans la partie extérieure, l'oxydation se continuerait sur sa surface, et la dissolution, ainsi que la résorption de la paillette, seraient la suite de l'oxydation. Ses prévisions ne furent pas trompées. Au bout de trois semaines la guérison était complète, à cela près d'un petit point blanc presque imperceptible sur la capsule, et d'une cicatrice très peu apparente à la cornée.

Dans un autre cas, le même moyen a été employé avec succès pour faire disparaître une petite quantité d'oxyde de fer laissée dans l'épaisseur de la cornée par une petite parcelle de ce métal qui y avait fait un séjour peu prolongé. (*Annales d'oculistique.*)

Tétanos rhumatismal guéri par le sulfate de quinine.

Un homme âgé de cinquante-deux ans, habitué à dormir sur le sol humide, est pris le 8 février 1843 de douleurs des articulations et du dos, en même temps que de rigidité des membres inférieurs et de tension des muscles abdominaux. Les jours suivants, le malade continue à rester immobile dans son lit, avec une contracture permanente des muscles du tronc et des membres. Le cinquième jour, la mâchoire se roidit et le tétanos se déclare. Plusieurs saignées sont pratiquées sans succès; des laxatifs et des purgatifs n'amènent pas de meilleurs résultats. Six jours après l'invasion des accidents, on se décide, guidé par le mode d'invasion de la maladie, la fièvre et les douleurs vives des jointures, à prescrire le sulfate de quinine à la dose de douze décigrammes. La roideur des membres diminue peu à peu sous l'influence de ce moyen, qu'on emploie avec persévérance pendant plus d'un mois. Au bout de ce temps la rigidité avait disparu successivement dans les membres et le rachis, dans la mâchoire, dans les muscles de l'abdomen. (*Raccoglitore medico.*)

Topique calmant contre les douleurs hémorrhoïdales.

M. Pitschaft, de Bade, indique comme un excellent moyen palliatif, dans les tumeurs hémorrhoïdales douloureuses, l'huile de semences de courge. On imbibe un petit plumasseau de charpie, ou mieux encore de coton ouaté, avec cette huile; on l'applique ensuite sur l'orifice de l'anus. Cette application doit être renouvelée à plusieurs reprises. (*Hufeland's Journal.*)

Traitement des démangeaisons de la vulve.

Le même praticien combat victorieusement les démangeaisons, ordinairement si opiniâtres de la vulve par des lotions avec une solution aqueuse de borate de soude. Lorsqu'il existe un état congestif des organes génitaux, on fait dissoudre 4 à 8 grammes de ce sel dans un litre d'eau commune. M. Pitschaft ajoute que dans quelques circonstances on peut joindre l'emploi intérieur du borate de soude à son usage externe. (*Idem.*)

NOUVELLES.

M. le docteur Fouilloy, chirurgien en chef de la marine à Brest, a été promu au grade de sous-inspecteur général du service de santé.

M. le docteur Payen, premier chirurgien en chef au port de Toulon, remplace à Brest M. le docteur Fouilloy.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Calmel, chirurgien-major de 2e classe, aux Zouaves.
Gama, Id. en Algérie.
Horeau, Id. au 7e lanciers.
Raichon, chirurgien aide-major de 1re classe aux chasseurs d'Afrique.

— Emile Chevé commencera l'étude la splanchnologie le samedi 27 janvier à 4 heures, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, 90.

Le mercredi 31 janvier, à 4 heures, il ouvrira un nouveau cours d'anatomie. Les cinq premières leçons, qui sont publiques, auront pour but l'anatomie en grand et l'étude générale du cerveau.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 9. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Boreaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Méningo-encéphalite. Céphalalgie intense. — Réflexions sur le diagnostic différentiel de la céphalalgie idiopathique.

(Suite du numéro 6.)

Le 7 juillet est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 4, le nommé Eugène Foussard, âgé de vingt-six ans, tisseur, demeurant à Paris depuis un mois seulement, malade depuis trois semaines environ.

D'une faible constitution, d'un tempérament un peu lymphatique, cependant habituellement bien portant, ce jeune homme dit que son père est mort d'une fluxion de poitrine; sa mère est morte également, mais il ne sait de quelle maladie. Il a des frères et sœurs qui jouissent d'une bonne santé. Il y a trois ans, il a craché du sang tous les matins en se levant et cela pendant plusieurs mois. Il n'en crache plus maintenant. Il dit avoir toujours été assez sujet aux étourdissements, mais sans jamais avoir éprouvé d'autres phénomènes nerveux et avoir perdu connaissance. Depuis quatre à cinq mois il est sujet, quand il se fatigue, à une douleur qui occupe le bras droit et le gêne, sans cependant l'empêcher de se livrer à son travail.

Actuellement, il est malade depuis trois semaines. Sa maladie a commencé par une céphalalgie violente ; le malade comparait à la pression exercée par un étau la sensation de douleur qu'il éprouvait. En même temps, faiblesse dans les membres et sentiment de courbature. Un peu de toux et d'expectoration depuis quelques jours ; intelligence libre, ainsi que les sensations. Pas de bourdonnements ni de tintements d'oreilles. Il n'a eu, depuis le commencement de sa maladie, ni nausées ni vomissements. Ce mal de tête persistant, et le jeune homme, qui du reste n'a suivi aucun traitement, n'éprouvant aucune amélioration dans son état, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Le jour de l'entrée, à la visite du soir : visage un peu animé, pouls à 72, régulier. Résonnance et respiration normales. Pas de douleurs dans la poitrine. Battements du cœur précipités et palpitations quand il se fatigue et marche vite ou monte rapidement un escalier ; quelques frissons ces jours derniers : aujourd'hui, état sudoral de la peau ; langue naturelle. Anorexie, soif médiocre ; ventre souple, indolent, même à une forte pression. Vésicatoire à la nuque.

Le 9, un peu d'appétit ; les digestions se font bien ; ni diarrhée, ni constipation. Urines et selles normales. Peu de toux. Crachats insignifiants. Persistance de la céphalalgie, qui occupe la totalité de la tête, sans que le malade accuse une douleur plus intense dans un point que dans un autre. Pouls à 68-72. Respiration à 16-20. Bains de pieds ; un bouillon.

Le 13, le jeune homme est complétement rétabli, sauf un peu de persistance encore de la céphalalgie, mais beaucoup moins intense et moins étendue.

Le 15, la céphalalgie est tout à fait disparue ; le malade se sent tout à fait très bien et demande à manger. Une portion d'aliments.

Le 20 du même mois, il demande sa sortie et peut reprendre son travail.

— Quelques mots d'abord sur l'observation précédente, puis nous présenterons quelques considérations sur la céphalalgie idiopathique, c'est-à-dire ne pouvant se rapporter à aucune cause positive, dont était atteint le sujet dont nous venons de raconter l'histoire.

Le malade, d'une constitution assez forte au premier abord, était évidemment, ainsi qu'il parut à M. Rostan, dans un état d'anémie ou de chloro-anémie dont on peut facilement constater les symptômes et auquel sont sujets un grand nombre des ouvriers de Paris et des grandes villes, autant à cause du travail long et souvent pénible qu'exige leur profession, que de la nourriture insuffisante et du défaut d'exercice et d'aération. C'est à cet état de chloro-anémie que l'on doit probablement rapporter la pâleur habituelle du sujet et quelques phénomènes nerveux qu'il présentait lors de son entrée à l'hôpital, tels que les palpitations, l'oppression, etc.

Les étourdissements dont il dit avoir été affecté au commencement de son indisposition dépendaient-ils d'une affection cérébrale ? Evidemment non. Jamais on n'observa, ni avant son entrée, ni pendant son séjour à l'hôpital, ni engourdissement, ni paralysie, ni contracture des membres. A peine un sentiment de courbature, de faiblesse générale, propre à toutes les affections aiguës, et aussi à un grand nombre d'indispositions éphémères qui se dissipent sans aucun traitement. Nous ferons encore observer que notre malade ne fut jamais sujet à aucune espèce d'accident nerveux sérieux, et principalement depuis le début de sa maladie, n'éprouva pas de perte de connaissance. Une légère douleur dans le bras droit, probablement rhumatismale, le malade nous ayant dit travailler auprès d'une fenêtre, et s'exposer assez souvent à un courant d'air, ne pourrait sans erreur être prise pour un phénomène de phlegmasie encéphalique, et confondue avec les contractions tétaniques et les contractures des membres déterminées par la méningite. D'ailleurs elle n'eût pas, si elle eût dépendu d'une cause phlegmasique, duré aussi long-temps sans s'accroître ou sans diminuer, et elle n'aurait pas constitué un symptôme isolé.

Puis les phénomènes généraux étaient tout à fait nuls. Le pouls ne dépassa jamais 68-72. L'intelligence était libre, nette, toutes les sensations distinctes. Il n'y avait aucune agitation, aucun symptôme de délire, etc. Quelle était donc la nature de l'affection à laquelle on avait affaire ? C'était une simple céphalalgie idiopathique. Et maintenant, quelques mots sur un phénomène si commun, et qui peut quelquefois en imposer pour une affection cérébrale.

La céphalalgie est un symptôme que l'on observe dans la plupart des maladies aiguës. Cependant, souvent aussi, on a l'occasion de rencontrer des cas où la céphalalgie, comme dans le fait qui nous occupe, ne peut se rattacher à rien de positif, a aucune lésion, soit dans l'appareil respiratoire ou circulatoire, soit dans l'appareil digestif. On est forcé, pour en trouver l'explication, de se rejeter sur une céphalalgie nerveuse, et quelque difficile que cela paraisse au premier abord, on est cependant obligé de l'admettre.

Encore qu'il soit pénible de se contenter d'un pareil diagnostic, il ne faut pas néanmoins le rejeter, parce que l'on ne peut l'expliquer. Disons en passant, à ce propos, que lorsque nous ne pouvons en médecine rattacher un symptôme à rien de sensible et de certain, nous sommes en général portés à dire qu'il est nerveux.

Or, qu'est-ce qu'un symptôme nerveux? Si nous ne pouvons lui trouver aucune cause déterminante appréciable, à ce phénomène, est-ce à dire pour cela qu'il n'en ait aucune? Nullement : nous devons seulement nous contenter de dire qu'une altération matérielle existe bien certainement, mais qu'elle nous échappe dans l'état actuel de nos connaissances.

Un assez grand nombre d'espèces de céphalalgies ont été indiquées et décrites par les auteurs. Sans vouloir entrer dans les détails circonstanciés de chacune de ces variétés, indiquons les principales en quelques mots.

La céphalalgie peut dépendre d'une pléthore excessive ou d'un état anémique bien prononcé. Dans le premier cas, une douleur sourde, partielle ou générale, le plus ordinairement frontale, accompagnée souvent d'un état de torpeur et d'engourdissement, se montre d'une manière plus ou moins rapide chez des sujets très sanguins affectés d'une maladie chronique organique du cœur, ou qui ont eu dans un temps plus ou moins éloigné des affections cérébrales. L'usage des boissons alcooliques en excès, des préparations opiacées, toutes les circonstances enfin qui favorisent l'afflux du sang vers le cerveau, et la stase de ce fluide dans les vaisseaux peuvent déterminer cette forme de céphalalgie. Pour les symptômes qui

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le Haschich. — Une prédiction qui s'accomplit. — Une dame docteur en médecine. — L'homœopathie tombée en quenouille. — Les sœurs de charité et madame Hahnemann. — La femme Huet et la police correctionnelle. — Les médecins plaidant au civil. — Nouveau tour des biographes. — Un accident de cabriolet habilement réparé. — Acquisition de bronzes et excision des amygdales. — Une citation pour le rédacteur en chef.

A tout seigneur tout honneur. Je finissais mon dernier article par un fait relatif à une demoiselle, ce qui était peu galant ; je commencerai celui-ci par un fait qui concerne une dame, ce qui me remettra probablement en bonne grâces auprès du sexe. — En l'an 1843 de défunte mémoire, un chirurgien célèbre, un professeur éminent d'une éminente faculté, publia un livre intitulé le *Haschich*, livre qui, sous sa forme biblique et apocalyptique, n'est autre chose qu'un recueil de prophéties pour l'année 1943. Ce livre — voyez le mauvais goût du siècle — ne fit pas grand bruit. Quelques amateurs seulement le placèrent dans leurs bibliothèques auprès des curiosités bibliographiques, et moi, par exemple, tout à côté des célèbres prophéties de *Nostradamus*, dont je possède un exemplaire rare, prophéties qui virent le jour sous le même ciel et dont l'auteur fut aussi médecin de la même faculté. Or, dans ce livre du *Haschich*, que les indifférents et les incurieux ont passé sous silence, on trouve, entre autres choses non moins singulières, la prophétie suivante : « En 1943 l'éducation des femmes aura subi de nombreuses améliorations, et beaucoup auront reçu le grade *de docteur en médecine.* » Eh bien, cher lecteur ! voilà que la prophétie du *Haschich* se réalise ; voilà que les temps prédits arrivent, que la transformation s'opère, voici, en un mot, un docteur en médecine femme !..... Vous vous écriez et vous dites : C'est un conte chinois ou des Iles Marquises que vous allez nous raconter. Non, monsieur, c'est en France que la chose se passe ; c'est à Paris, dans le plus beau quartier de la capitale et en l'an de grâce 1844. Vous en voulez la preuve ? la voici :

Dans son numéro du 12 janvier dernier, le journal *l'Estafette*, après avoir aussi rappelé la prophétie du *Haschich,* ajoutait : « Nous » pouvons citer une femme qui a donné dès aujourd'hui l'exemple à » tout son sexe ; ce n'est point une obscure somnambule, complice de » quelque charlatan, c'est un docteur véritable, docteur qui paraît » avoir hérité du titre que portait son mari, en vertu de l'article du » Code civil, qui donne à la veuve certaine part des biens du défunt » époux. Nous avons eu entre les mains une carte de visite sur laquelle on lit : *Madame Hahnemann, docteur en médecine homœo- » pathique.* A la bonne heure, voilà qui est clair et net. Que penser, » après cela, de mademoiselle Lenormand, qui avait eu la faiblesse » d'écrire sur ses cartes : *Mademoiselle Lenormand, libraire, rue de » Tournon !* »

Jusque-là vous pourriez dire que ce n'est qu'un bruit de journal, qu'une nouvelle sans probabilité et sans ressemblance, qu'un de ces puffs adroits dont les lecteurs inexpérimentés n'aperçoivent pas la mèche. Mais je ne m'aventure pas en étourdi, et quand je vous ai parlé de preuves, c'est que j'en possède en effet, et de toutes la plus péremptoire ; car, *habemus confitentem reum*, comme disait l'orateur romain.

Deux ou trois jours après la publication de l'article que nous venons de lire, le même journal reçut et inséra la lettre que voici :

A Monsieur le Rédacteur.

Paris, le 13 janvier 1844.

« Je vous remercie d'avoir, dans votre numéro d'hier, fait connaître au public que *Madame Hahnemann est docteur en médecine homœopathique*, ce dont jusqu'à ce jour ses amis avaient seuls connaissance.

» Mon titre de docteur, beaucoup plus honorable pour moi que ne le serait celui d'une principauté, n'est pas, comme vous l'avancez sans connaissance de causes, un héritage du docteur Hahnemann. *Ce titre, je l'ai mérité par mes travaux; et il m'a été attribué par un diplôme exceptionnel* (tout ceci est souligné dans le texte), que j'ai reçu d'une académie ayant droit de me le donner, et dont les membres sont les premiers médecins homœopathes du monde après Hahnemann.

» Pour une femme, il est tout aussi convenable d'être médecin que sœur de charité. La différence n'existe que dans le plus d'instruction et de capacité.

» Je vous prie, Monsieur, et au besoin je vous requiers d'insérer ma lettre, telle qu'elle est, dans votre plus prochain numéro.

» Marie HAHNEMANN. »

Dans cent ans, lorsque la prédiction du *Haschich* aura reçu son entier accomplissement, ce précieux autographe se vendra cent louis. Je dois dire cependant à messieurs de *l'Estafette* que madame Hahnemann n'est pas la première docteur en médecine. Ce titre fut aussi conféré par une université d'Allemagne, ce qui n'est pas tout à fait la même chose qu'une académie, et surtout qu'une académie d'homœopathes, à une femme moins ambitieuse dans ses prétentions, qui n'en exerça pas pour cela la médecine générale, mais qui se contenta d'être le premier accoucheur de son époque, d'écrire des livres qui sont devenus classiques, ce qui néanmoins ne peut être mis en comparaison avec les *travaux* qui ont mérité à madame Hahnemann le titre auquel elle ajoute une si grande importance. De plus, il y a quelques années, une autre dame se présenta intrépidement aux examens de la Faculté de Paris, et voulait à toute force obtenir un diplôme. M. le doyen, avec tous les égards et toute la politesse qu'on lui connaît pour les dames, fut cependant forcé de refuser ce candidat en jupes, ce qui donna lieu, dans le temps, à une polémique assez drolatique.

Quoi qu'il en soit, madame Hahnemann est donc docteur en médecine, et cela par diplôme. Voilà donc l'homœopathie tombée en quenouille. Ce n'est pas mon métier d'éveiller la susceptibilité de messieurs les gens du roi sur l'exacte régularité de ce parchemin, sur l'existence légale d'une académie d'homœopathes qui aurait le droit de conférer des diplômes de docteur en médecine même à des dames, ce qui paraît aussi fabuleux et mythique que l'homœopathie elle-même ; ce n'est pas mon affaire de rechercher si tout cela est bien en règle avec le Code pénal, ce que je désire de tout mon cœur. Mais, madame et très honorée consœur, — car le mot confrèresse n'est pas français — je ne peux laisser passer cette assimilation que vous voudriez établir entre les dames médecins et les sœurs de charité. D'abord, les sœurs de charité n'exercent pas ou ne doivent pas exercer la médecine. Ensuite jusqu'à ce que vous nous prouviez que, comme ces saintes filles, vous n'avez qu'un mobile, la charité, qu'un but, le ciel ; que, comme leurs soins, les vôtres seront dégagés de tout intérêt terrestre et matériel ; que, comme ces nobles âmes, on ne vous verra que sous le chaume et jamais dans les lambris dorés ; que, comme elles, vos pieuses et touchantes consolations ne s'adresseront qu'à l'indigence, jusque-là, madame, permettez-moi de remarquer seulement..... que les sœurs de charité ne font pas courir de cartes de visite, et n'écrivent pas de *réclames* dans *l'Estafette*.

Nous avons vu depuis quelques années bien des scandales, bien des misères, bien des ridicules à propos des femmes. Heureusement que le bon sens public a préservé nos femmes et nos filles de la contagion de la femme *libre*, des prédications insensées sur le *communisme* matrimonial, sur ces appels immoraux à l'émancipation des femmes, de ces risibles tentatives à l'endroit des académies féminines ; il nous était réservé de voir quelque chose de plus comique encore, c'est la tête des femmes coiffée du bonnet doctoral. Cette coiffure vous va mal, madame ; charitablement je vous en avertis. Restez femme, croyez-moi, c'est-à-dire gracieuse. Ne cachez pas votre noire et ondeuse chevelure sous cette ignoble toque ; que les contours charmants de vos formes n'aillent pas s'ensevelir sous une disgracieuse souquenille ; que votre bouche adorable ne grimace pas les mots barbares de notre art, elle est faite pour un plus doux langage. Et puis, voyez ! ma frayeur

l'accompagnent, ce sont tous des phénomènes de congestion, l'injection de la face, la force, le développement et la vibrance du pouls, des éblouissements, des tintements d'oreilles, etc. L'usage des émissions sanguines, des laxatifs, des dérivatifs puissants aux extrémités inférieures, constituent le meilleur mode de traitement que l'on puisse conseiller. Dans le cas précédent, et qui a donné lieu à ces quelques réflexions, le traitement a été à peu près nul. Il l'a été complètement sous le rapport des émissions sanguines; le seul moyen un peu énergique que l'on ait mis en usage, a été un vésicatoire à la nuque; mais l'emploi des révulsifs cutanés dans les affections nerveuses est chose fort commune, et dont on ne doit point s'étonner.

De plus, aucun phénomène de pléthore ou de congestion ne s'est fait remarquer; et même, la constitution du sujet, bien que de force moyenne, ne comportait pas l'existence d'une céphalalgie de cette nature, le malade étant, nous l'avons dit, un peu anémié par un travail excessif et par une alimentation probablement insuffisante et mal appropriée, comme celle de la plupart des ouvriers des grandes villes.

Nous venons de dire que s'il existe une céphalalgie déterminée par une pléthore excessive, une autre variété du même symptôme considéré isolément et comme constituant une maladie particulière, pourrait dépendre d'un état anémique excessivement avancé. L'état dans lequel était notre sujet n'était pas de nature à expliquer seul la violence, la persistance de la céphalalgie qui fut observée dans ce cas. Peut-être devrait-on le considérer comme une prédisposition; mais il est à coup sûr impossible de la rapporter à lui seul. D'ailleurs, il est rare que la céphalalgie anémique, si nous pouvons nous exprimer ainsi, survienne autrement qu'après des hémorrhagies abondantes. C'est, du reste, dans ce cas, une sorte de céphalalgie nerveuse, et qui démontre chaque jour la vérité de ces deux sentences bien anciennes et bien vraies: *Sanguis frenat nervos....: Sanguis nervorum moderator.....* Cette céphalalgie par anémie n'est jamais simple. Elle s'accompagne toujours de vertiges, d'étourdissements, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, d'un trouble plus ou moins prononcé dans les fonctions intellectuelles et sensoriales, tous phénomènes que l'on n'a point constatés chez notre sujet. C'est par une alimentation substantielle et tonique, et par un traitement convenablement dirigé selon les mêmes principes, que l'on parvient à dissiper ces symptômes céphalalgiques.

Nous passerons sous silence, en nous contentant de les rappeler pour mémoire, les formes de céphalalgie dépendant d'une phlegmasie aiguë, quelle qu'elle soit, cas dans lequel, outre les renseignements tirés de l'examen de l'organe malade, on a pour se guider encore la réaction fébrile, tout à fait nulle chez notre sujet; nous ne parlerons pas davantage de celles qui sont symptomatiques d'une dégénérescence du cerveau ou de ses enveloppes, ou d'une altération de la boîte osseuse, et nous arriverons immédiatement à l'examen rapide de la céphalalgie dite nerveuse essentielle, et de la céphalalgie névralgique.

La céphalalgie névralgique se développe le plus souvent sous l'influence d'affections morales vives, de travaux longs et fatigants, de veilles prolongées, du froid, et cette dernière cause pourrait la faire rapprocher de cette forme que l'on a nommée céphalalgie rhumatismale. Dans la céphalalgie névralgique, on remarque habituellement, comme principal symptôme, une douleur vive s'irradiant jusqu'aux dernières ramifications d'un nerf, survenant soit avec une rapidité extrême et d'une manière instantanée, soit périodiquement ou par paroxysmes survenant à intervalles plus ou moins réguliers. L'absence de tout symptôme névralgique chez le malade qui fait le sujet de notre observation, nous prouve que telle n'est point encore la céphalalgie dont nous cherchons à déterminer la nature.

Nous arrivons donc, et par voie d'exclusion, à la céphalalgie nerveuse simple, idiopathique, ne reconnaissant aucune cause matérielle appréciable, consistant principalement en une douleur vive, intolérable, particulièrement fixée à la région frontale au-dessus des sourcils, et caractérisée par un sentiment de resserrement, de constriction fort pénible, et continu. D'ailleurs, aucun trouble dans aucun autre organe ne dénote un état de malaise ou de souffrance autre que celui que nous venons de signaler. Le repos, quelques légers révulsifs cutanés dans les cas où la douleur se prolonge, suffisent toujours pour dissiper cet état, qui ne présente jamais aucun danger.

C'est à un état céphalalgique de cette dernière nature que nous avons eu affaire dans le cas que nous avons raconté plus haut, comme l'ont démontré et l'ensemble des phénomènes résultant de l'action des autres organes de l'économie, et le traitement peu complexe sous l'influence duquel cette douleur s'est dissipée. L'importance qui résulte pour le pronostic et le traitement, du diagnostic précis de la céphalalgie et de sa distinction des autres affections cérébrales, a seule pu nous déterminer à faire suivre de réflexions aussi longues un cas qui paraissait au premier coup d'œil de la plus grande simplicité et du plus médiocre intérêt. C'est pour le même motif que nous avons cru devoir le mettre en regard d'un cas de méningo-encéphalite dans lequel on a observé le symptôme *céphalalgie*, comme phénomène prédominant.

D[r] A. F.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

M. GOURAUD, suppléant.

Affection gastro-intestinale de nature particulière. — Réflexions.

Au n° 18 de la salle Saint-Charles, nous avons un homme de quarante-cinq ans, chapelier, d'une constitution faible, ou affaiblie par des excès de boisson et une ivresse habituelle depuis trois ans. Cet homme nous présente une maladie fort remarquable sous plus d'un rapport. Adonné, comme nous disions, à la boisson, depuis trois ans il était ivre au moins deux fois par semaine, et depuis deux mois environ il se trouvait dans un état d'ivresse presque continuel, en rendant, disait-il, tous les aliments qu'il prenait, tels qu'ils les ingérait dans l'estomac un moment après les avoir pris.

Il entra dans l'hôpital le 18 du mois de novembre. A notre première visite, nous trouvâmes que la région épigastrique était médiocrement douloureuse à la pression; le ventre était flasque, mou, ne présentant aucune difformité remarquable. Il n'y avait pas de soif considérable, pas de vomissements; le pouls était faible, non fébrile; l'impulsion du cœur petite avec un peu de souffle. L'aspect général du malade était pâle, chétif; celui de l'anémie. Il était évident que l'ivrognerie chez cet homme avait déterminé une diarrhée abondante ayant lieu presque immédiatement après l'ingestion des aliments, et avec une faiblesse consécutive considérable.

On a commencé par le mettre à la diète et à l'usage de boissons rafraîchissantes. Nous avons examiné le lendemain de son entrée les matières excrémentitielles. Nous avons trouvé tous les éléments d'une diarrhée bilieuse, mais non pas une lienterie véritable; il y avait à peine quelques débris d'aliments. Au reste, comme le malade n'avait pas mangé le jour précédent; il est possible qu'il n'y eût guère d'aliments dans l'intestin. Peu après nous lui permîmes quelques tasses de bouillon froid, qu'il supporta assez bien; ensuite nous l'avons alimenté un peu plus, et graduellement nous l'avons amené à manger les trois quarts. Nous insistons particulièrement sur cette circonstance, dont vous comprendrez la valeur bientôt.

Qu'est-ce que cette diarrhée que notre malade a présentée avec les caractères que vous connaissez? C'est une diarrhée assez commune chez les ivrognes, et qu'on peut appeler à bon droit *gastrique* à cause de sa dépendance de l'estomac. C'est une diarrhée qui ne tient pas à une affection ou état morbide particulier des intestins, mais à une disposition ou état spécial de l'estomac; ce n'est donc ni une entérite, ni une colite, ni une entéralgie, mais une affection gastrique. Morgagni avait déjà signalé particulièrement cette espèce de diarrhée qui se manifestait peu de temps après l'ingestion des aliments, et par conséquent sous l'influence d'un état particulier de l'organe de la chimification; il l'appelait lui aussi, si je ne me trompe, *gastrique*. Elle se distingue assez facilement par plusieurs caractères, 1° parce qu'elle a lieu ordinairement peu de temps après les repas. Ceci n'arrive pas toujours, il est vrai; quelquefois un certain espace de temps s'écoule entre l'ingestion des aliments et l'évacuation diarrhéique, et alors pour bien caractériser la nature de l'affection, il faut examiner attentivement le mode dont s'accomplit la digestion stomacale; il faut interroger avec soin le malade sur ses antécédents, et après beaucoup de tâtonnements on arrive enfin à former un diagnostic exact, et à bien baser la thérapeutique qu'on doit suivre.

Cette diarrhée peut être de nature différente, tantôt inflammatoire, tantôt nerveuse, et quelquefois anémique. Elle est inflammatoire quand l'estomac se trouve dans un état d'hypersthénie plus ou moins prononcé, et qu'il y a conséquemment ce qu'on appelle gastrite. Cette affection cependant, qu'on regardait comme si commune dans ces derniers temps et surtout à l'époque de Broussais, est reconnue maintenant assez rare. Il y a un état de l'estomac connu sous le nom générique de dispepsie, qui tient à une foule de circonstances particulières dans lesquelles l'estomac peut se trouver, et qui constituent pour cela plusieurs espèces de dispepsies. Nous ne voulons pas entrer maintenant dans cette question qui est passablement embrouillée encore et que nous tâcherons, s'il est possible, d'éclaircir un peu dans une autre occasion; nous avons seulement voulu appeler sur ce point votre attention, et vous inviter à ne pas confondre entre elles des affections si différentes.

Notre malade évidemment n'a pas une gastrite, car la douleur à la région épigastrique est peu considérable, et les vomissements ont été presque nuls; la langue est pâle, large, humide, la soif modérée, et la chaleur de la peau très peu marquée, sans fièvre: or, ce ne sont pas là les caractères sous lesquels se montre l'état inflammatoire de l'estomac, qui se distingue principalement par des vomissements fréquents, par une douleur vive à la pression sur l'épigastre, par une langue rouge, une soif ardente et une réaction fébrile considérable.

Il y a un moyen d'établir un diagnostic différentiel entre ces affections de nature opposée, donné par un médecin trappiste, principalement pour distinguer la gastrite de la gastralgie. Cet observateur prétend que lorsqu'il y a une inflammation de l'estomac, en administrant au malade des aliments de nature animale, ils seront mal supportés, et donneront lieu à des vomissements, ou pour le moins à des oppressions et difficultés de digestion très grandes; tandis que cette alimentation animale sera bien tolérée et conviendra même dans les cas de simple gastralgie. Il est bien vrai aussi que les estomacs affectés de ces états morbides dits gastralgiques sont très capricieux, et que souvent ils digèrent parfaitement aujourd'hui les aliments qu'ils trouveront demain de digestion difficile. Malgré

---

en est grande... Ces jours passés, on jugeait à la 6e Chambre une pauvre femme, la femme Huet, bien connue dans le faubourg Saint-Germain. Comme vous, madame, elle voulait faire de la médecine, mais elle ne s'élevait pas, comme vous, au rang sublime de sœur de charité. Elle disait aux juges: Que voulez-vous que je fasse? Ces braves gens — en parlant de ses clients — viennent me demander conseil; je les guéris, et vous voulez les empêcher de me témoigner leur reconnaissance! Tout service mérite récompense. Les juges, peu attendris, n'ont pas entendu de cette oreille-là, et la femme Huet a été impitoyablement condamnée à l'amende et même à la prison. A la prison, madame!... Et si le parquet, envers vous inflexible, allait vous faire asseoir sur ce banc infamant de la 6e Chambre?... O homœopathie! O Samuel, que dirait ta grande âme, si, pour ton malheur, rappelé à la vie, tu voyais......!

Et mon Dieu! notre profession est-elle donc si lucrative qu'elle doive tenter jusqu'aux ambitions féminines? Non, mille fois non. Le jour où l'on jugeait la femme Huet à la sixième chambre, on plaidait au civil la cause d'un de nos confrères contre un de ses clients. Ce confrère, que je connais beaucoup, est tout ce qu'il y a parmi nous de pur, d'honnête, d'honorable: Il avait rendu à son client un de ces services que l'argent seul ne paye pas, il l'avait rappelé plus qu'à la vie, il l'avait rappelé à la raison. Ce client était riche et sa maladie avait été fort longue, avait exigé des soins assidus, des déplacements fréquents, des pertes de temps considérables. Notre confrère demande 2400 francs pour ses honoraires. Le client se récrie, refuse d'allouer cette somme et propose ingratement celle de 600 francs. A son tour le confrère s'indigne et actionne son ingrat débiteur devant le tribunal civil. Or, savez-vous ce qu'a accordé le tribunal? J'ai douleur et honte de le dire; il a alloué 800 francs! Il est vrai que les homœopathes, mâles ou femelles, n'ont pas ces inconvénients à craindre; ils se font prudemment payer d'avance, ce qui ne les expose pas à subir les chicanes et l'ingratitude des clients.

— Je parlais dernièrement des biographes et de leurs manœuvres tendant à soutirer le plus possible des imprudents confrères qui se laissent prendre à leur glu. Mon avertissement a porté ses fruits, mais en même temps il m'a fait connaître un nouveau tour de leur façon que je me garderai bien de ne pas porter à la connaissance de mes lecteurs. Un de ces jours un entrepreneur de ces biographies se présenta chez un de nos confrères haut placé. Vainement il épuisa toutes les ressources de son éloquence commerciale, le confrère fut inaccessible à ses offres séduisantes. Deux jours après il reçut sous enveloppe une notice manuscrite sur son compte, où, comme cela se dit communément, il était abymé. L'entrepreneur lui disait cependant qu'il le laissait libre de faire tous les changements qu'il jugerait nécessaires. Notre confrère ne répondit mot. Alors revint l'entrepreneur, demandant son manuscrit. Notre confrère n'a pas voulu le rendre. On l'a menacé d'un procès; tant mieux, a-t-il répondu, je ne demande pas mieux que d'édifier la justice sur de tels procédés. L'affaire en est là. S'il y a procès, en effet, il sera curieux. Toujours est-il qu'on doit louer notre confrère de cette résolution hardie et courageuse.

— Un de ces jours passés, le cabriolet d'un chirurgien bien connu brûlait le pavé de la rue Chapon. Or, la rue est étroite, et le cabriolet renversa un pauvre ouvrier chargé de bronzes, de dorures, et d'objets d'art, dont les fabriques sont situées dans ce quartier. L'ouvrier en fut quitte pour la peur, mais non les objets qu'il portait, et que la chute avait plus ou moins endommagés. Le chirurgien décline son nom et son adresse, en offrant le prix du dégât que la rapidité de son cheval venait de commettre. Il prend lui-même l'adresse du fabricant, et, en homme adroit, il se présente à lui comme un acheteur. Combien ces vases? de quel prix ces flambeaux, ces bronzes, ces rocailles? Bref, il commande pour mille francs, promet de faire prochainement des acquisitions plus nombreuses, et avoue alors la mésaventure de la rue Chapon. Le fabricant affriandé par cette première commande, n'eut garde de vouloir exiger le prix des objets endommagés. Ça se retrouvera avec autre chose, dit-il au chirurgien, qui, lui serrant la main, lui dit: Au revoir. Quelques jours après, en effet, le chirurgien revint, toujours sous prétexte de bronzes, et après avoir longuement examiné les produits de la fabrique, il se retourne brusquement vers le fabricant en lui disant: Comme votre voix est rauque aujourd'hui; est-ce que vous ne souffrez pas?— Pas le moins du monde; jamais je ne me suis mieux porté. — C'est étonnant, on dirait que vous avez un embarras dans la gorge. Voyons un peu votre bouche; ouvrez bien, encore. Oh ciel! que vois-je? Vos amygdales sont énormément hypertrophiées; vous courez le plus grand risque de suffocation, mon ami; l'excision est indispensable. — Il me semble, en effet, dit le fabricant épouvanté, que depuis quelques jours j'avale plus difficilement. Vous croyez donc qu'il faut enlever quelque chose? — Il y a la plus grande urgence, reprit le chirurgien, le plus tôt ne sera que le mieux.

Le lendemain, en effet, le chirurgien enlevait au fabricant ses amygdales plus ou moins hypertrophiées et après l'opération le malade disait au chirurgien: De combien, monsieur, vous suis-je redevable? — Mon ami, c'est mille francs. Je vous les dois pour mes derniers achats, partant nous sommes quittes.

Et voilà comme un homme habile peut toujours réparer, sans que rien lui en coûte et même avec bénéfice, les accidents causés par la rapidité de son cheval.

— Monsieur le rédacteur en chef de ce journal, vous êtes trop modeste, c'est moi qui vous le dis. Je trouve dans un journal de Paris un article qui vous concerne, et vous n'en dites rien? Je n'ai pas vos raisons pour garder le silence, et je copie sans commentaire, puisque vous le voulez, les lignes suivantes insérées dans le dernier numéro de la *Clinique des Hôpitaux des enfants*:

« Ce ne fut donc pas sans surprise que nous lûmes dans la *Gazette médicale* un long article où M. Guérin s'efforçait, par d'ingénieux commentaires, de s'étourdir et de donner le change sur la honte de sa défaite. Jusque-là on l'avait plaint, et l'on pouvait encore pardonner ce dernier debat à l'homme et au savant qui se sentait succomber si misérablement dans une lutte où il s'était engagé d'une manière si fatale; mais quelle fut notre nouvelle surprise quand nous apprîmes que M. Guérin venait d'interjeter appel. Son triomphe, les applaudissements qu'il s'était donnés, les actions de grâces qu'il avait adressées aux juges, tout cela s'était converti en lamentations, en plaintes amères, et puis en imprécations; car dans le trouble et la confusion où le jette l'isolement qui s'est fait autour de lui, M. Guérin ne pousse plus que des cris de désespoir. Il ne voit plus que des ennemis partout: « Vous êtes mon ennemi, et mon ennemi implacable », dit-il dans une lettre; et cette lettre à qui est-elle adressée? à l'honorable rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*. « Ayez au moins, lui dit-il, le courage » de l'être ouvertement; et ne cachez pas sous le manteau d'un faux » libéralisme les armes deloyales avec lesquelles vous m'attaquez. »

» Nous félicitons, au nom de la presse, M. le docteur Fabre, d'avoir contenu son émotion et d'avoir su répondre avec dignité à cette grave injure. M. Fabre est connu pour avoir toujours eu le courage de ses opinions, et il ne convenait pas à M. Guérin de profiter de la triste position où il s'est placé, et où l'on ne peut pas manquer de générosité à son égard sans insulter à son malheur, pour faire une semblable provocation. Si M. Guérin voulait trouver quelqu'un qui ne respectât pas sa triste position, pour se mieux poser ensuite en victime, M. Guérin en sera pour la honte d'avoir si mal choisi en jetant ses vues sur l'honorable rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

» Nous voudrions que M. Fabre trouvât dans nos paroles une compensation à l'injure que voulait lui adresser M. Guérin, et qui ne pouvait l'atteindre.

» M. Guérin ne peut s'en prendre qu'à lui de ses malheurs. Dans un feuilleton de la *Gazette médicale*, il demande un tribunal scientifique, des commissaires scientifiques. « Et pourquoi pas, dit-il, si les tribu» naux ordinaires ne suffisent pas et sont d'une incompétence stérile? » Et il ajoute: « Cette idée ne peut manquer d'être ridicule, parce » qu'elle est insolite. » Elle est ridicule, parce que le tribunal scientifique que vous demandez, parce que les commissaires scientifiques que vous désirez existent. Il ne tenait qu'à vous d'avoir des juges à l'Académie de médecine: vous eussiez été jugé par vos pairs. Pourquoi ne l'avez-vous pas voulu? quels étaient vos motifs?

» En vérité, on ne comprend pas l'esprit de vertige qui pousse ainsi de plus en plus à sa perte une intelligence aussi remarquable que celle de M. Guérin. »

Jean RAIMOND.

cela, le moyen proposé par le médecin trappiste peut être utile, employé avec les réserves convenables. Ainsi, par exemple, nous savons, d'après les derniers travaux des chimistes, principalement de M. Bouchardat, que les graisses, parmi les aliments animaux, se digèrent toujours fort mal par les estomacs un peu susceptibles; car ce dernier chimiste a prouvé que ces substances exigent pour être digérées l'action de la bile, et par conséquent c'est au delà de l'estomac, dans la partie de l'intestin où la bile se jette, qu'elles sont digérées. Il faut donc commencer par écarter les graisses des substances alimentaires animales, avant de mettre en pratique le moyen expérimental de diagnostic dont nous venons de parler; on pourra alors arriver à quelque résultat. C'est pour cela qu'en administrant aux malades du bouillon froid, qui du reste est généralement bien supporté par les estomacs les plus paresseux, il faut auparavant le dégraisser.

En partant de ce point de vue, nous avons donné à notre malade quelques tasses de bouillon froid qui passa très bien, sans donner lieu ni à vomissements, ni à diarrhée après l'ingestion. De cette manière, peu à peu la diarrhée s'est éloignée du moment des repas, et est devenue presque nulle. On voit positivement que l'estomac fonctionne plus régulièrement, et on est porté à croire, l'hypothèse de toute gastrite étant écartée, qu'on triomphera complètement de cette maladie.

A ce régime sévère nous avons ajouté l'usage du fer à l'intérieur comme moyen tonique et astringent à la fois. Cette substance me semble n'entraver nullement les fonctions de l'estomac, au contraire, l'appétit paraît augmenter, et la digestion se régularise; c'est encore là une raison pour ne pas admettre l'existence d'un état inflammatoire, car dans cette hypothèse les préparations martiales seraient supportées difficilement.

Le malade continua à aller mieux; mais il n'était pas encore précisément dans son état normal lorsqu'il voulut sortir. Le régime un peu sévère auquel on l'avait soumis, surtout sous le rapport des boissons alcooliques, lui parut trop désagréable, et pour cela il y a tout à craindre que ce malheureux, rentré chez lui, et revenu trop tôt à son genre de vie habituel, ne retombe dans le même état morbide.

Recherches sur les ulcérations du col de l'utérus; par M. le Dr TANCHOU.

(Suite du numéro précédent.)

DEUXIÈME CLASSE.

Ulcérations.

> La vraie et légitime curation des ulcères consiste en la correction et l'amendement de la cause antécédente, et en l'ablation de la cause conjointe.
> (PIGRAY, page 407.)

On sait que la membrane muqueuse qui revêt l'orifice et la cavité du col est dépourvue d'épithélium. Du moins ce dernier, s'il existe, est tellement fin, qu'on en peut nier l'existence. Lorsqu'une irritation quelconque s'est établie en cet endroit, soit à la suite de l'accouchement, comme cela a lieu si souvent, soit par le contact d'un écoulement irritant provenant de la cavité du col utérin ou des trompes, soit enfin par toute autre cause, l'érosion s'y trouve en quelque sorte naturellement formée, mais elle ne tarde pas, en raison de la nature spongieuse de cette partie, à se couvrir de bourgeons charnus: c'est une ulcération. Cette dernière diffère donc de l'érosion parce qu'elle a, comme les plaies suppurantes, de véritables bourgeons charnus; elle est à l'érosion ce qu'un vésicatoire en suppuration est à un vésicatoire volant.

L'érosion règne plus particulièrement au pourtour de l'orifice, sur les parties saillantes des lèvres; l'ulcération se développe presque toujours dans l'orifice lui-même.

La première présente une surface légèrement chagrinée, d'un rouge-vif pointillé de gris, très sensible au tact; la seconde a un aspect tomateux, inégal, d'un rouge plus foncé et uniforme; elle est presque toujours insensible au toucher. L'une sécrète un liquide ténu, jaunâtre, tandis que l'autre donne lieu à une véritable suppuration.

§ Ier *Ulcération simple.* Supposons que la cause qui a produit l'ulcération ait disparu, et que l'organe soit resté dans les conditions les plus normales; nous aurons la maladie dans sa plus grande simplicité, dépouillée de toute espèce de complication, et donnant lieu à de si légers symptômes que la plupart du temps les femme ne s'en douteront pas; tel est le cas suivant.

Troisième observation. — *Ulcération simple sans cause connue.*

Le 1er mai 1839, une demoiselle âgée de trente-six ans, n'ayant point eu d'enfants, vint nous prier de l'examiner au spéculum. Elle avait une leucorrhée peu abondante; mais à part cela, sa santé était excellente, les règles venaient régulièrement; point de douleurs dans les organes génitaux ni aux alentours. Cette femme avait eu des relations sexuelles à l'âge de dix-huit ans, et c'était depuis cette époque qu'elle perdait en blanc. Elle n'avait d'autre motif de se faire examiner que l'accusation qui lui avait été faite d'avoir transmis un écoulement.

Le vagin était très étroit, mais sain; le col se présentait dans l'état le plus normal, si ce n'est à son orifice, où existait une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, granulée, d'un rouge uniforme, saignante au toucher, parfaitement indolore. La matrice était d'ailleurs dans une position naturelle et parfaitement saine.

Je touchai la surface de la plaie avec le nitrate d'argent, à quelques jours d'intervalle, et elle se cicatrisa assez promptement.

On découvre ainsi dans le monde, sur beaucoup de femmes, des ulcérations dont rien ne révèle l'existence, si ce n'est un écoulement médiocre; ulcérations qu'elles portent toute la vie sans s'en apercevoir, si des causes fortuites ne les amènent pas à se faire examiner. C'est dans ces sortes de cas que tous les moyens réussissent. Il suffit, en effet, de ramener la plaie aux conditions propres à la cicatrisation en excitant modérément sa surface pour en obtenir la guérison. Et pour cela tous les caustiques sont également bons; mais le nitrate d'argent solide doit être préféré comme le plus commode.

Quelquefois les femmes sont portées à se faire examiner pour des maladies qui coexistent avec l'ulcération, mais dont celle-ci est indépendante, comme dans le cas suivant.

Quatrième observation. — *Ulcération simple avec cystocèle vaginal.*

Madame D..., âgée de vingt-trois ans, vint réclamer mes soins le 2 mars 1839, pour un cystocèle vaginal que son médecin traitait infructueusement depuis plus d'un an. Cette affection lui était restée des suites d'une couche; elle s'était dissipée par suite du repos au lit gardé pendant plusieurs mois consécutifs, mais elle avait reparu à la suite d'une longue course. Le diagnostic en était facile; car une tumeur arrondie, dépressible, confondue à sa base avec les parois du vagin, faisait saillie à l'orifice de la vulve, et on pouvait se convaincre aisément qu'elle était formée par la paroi supérieure du vagin que la vessie poussait en avant. Le bec d'une sonde introduite dans la vessie, venait aboutir dans cette tumeur.

En examinant les parties au spéculum, je découvris sur le col une ulcération arrondie, située à l'orifice du col et plus particulièrement à sa lèvre antérieure, de la largeur d'une pièce de vingt sous. Des bourgeons charnus avaient une rougeur vive et étaient plus volumineux qu'ils ne le sont d'habitude dans ces sortes de cas. La cicatrisation s'en opéra au moyen de quelques cautérisations assez profondes et je pus me convaincre alors du peu de sympômes inhérents à cette solution de continuité, car les souffrances de la malade restèrent absolument les mêmes après la guérison.

L'ulcération simple, telle que je viens de la décrire, ne fait naître aucune sympathie morbide; elle n'est point douloureuse, et il est rare qu'elle donne lieu à un engorgement de la matrice; enfin elle n'a aucune tendance à se terminer d'une manière fâcheuse. Mais on conçoit qu'une multitude de circonstances peuvent en dénaturer la forme, l'enflammer, lui communiquer un aspect fongueux, rongeant, etc.; de là l'aspect varié qu'elle présente souvent, et dont on a à tort fait autant d'espèces différentes.

§ II. *Ulcération consécutive à la vaginite.* La cause de l'ulcération n'est pas toujours passagère; elle accompagne souvent le mal après l'avoir produit, et, de cause déterminante qu'elle avait été d'abord, devient *cause d'entretien.* Telle est la vaginite, qui, par un mouvement de reptation, se propage souvent de la vulve au museau de tanche jusqu'à l'intérieur de la matrice et même des trompes. Cette maladie peut être assurément considérée comme une cause fréquente et très opiniâtre de l'ulcération du col, si on réfléchit que l'inflammation ne peut guère pénétrer dans l'orifice de l'organe sans s'y transformer en phlegmasie ulcéreuse, en raison de la texture anatomique de cette partie.

Les ulcérations consécutives à la vaginite sont, en général, d'une assez grande opiniâtreté, non pas que leur nature nous ait jamais semblé différer au fond de celle des autres, mais bien parce qu'elles persistent tant qu'on n'a pas éteint la vaginite, qui est elle-même une maladie difficile à guérir.

Les personnes peu versées dans l'étude des maladies utéro-vaginales confondent facilement les symptômes produits par la vaginite avec ceux qui sont propres à l'ulcération. Cette dernière ne donne lieu encore ici qu'à des phénomènes obscurs, et les souffrances que les malades accusent, appartiennent réellement, soit à l'inflammation de la muqueuse du vagin, soit à la congestion qu'elle excite dans les parties voisines, et surtout dans le corps de l'utérus. Quelquefois néanmoins, la surface de l'ulcération jouit d'une sensibilité très vive; mais on peut regarder le fait comme exceptionnel: il est très rare, et je ne l'ai observé jusqu'ici que sur des femmes hystériques, dont tous les tissus de l'appareil générateur sont doués d'une susceptibilité nerveuse anormale. Le fait suivant est surtout remarquable.

Cinquième observation. — *Vaginite aiguë avec ulcération du col. Symptômes hystériques. Guérison par les pansements astringents.*

Madame B..., rue du faubourg Saint-Denis, n° 180, âgée de vingt-neuf ans, a eu quatre enfants qui ont tous succombé peu de temps après leur naissance. C'est depuis le dernier, il y a deux ans, que sa santé s'est altérée.

Malgré les apparences d'une bonne santé, l'embonpoint et la coloration des chairs, cette dame, dont la constitution est forte, se plaint de souffrir cruellement. Elle a un écoulement jaunâtre très abondant, *non glaireux*, qu'elle ne quitte pas, même pendant les règles, et dont le contact *lui brûle les cuisses* comme un acide. La vulve est le siége d'une douleur cuisante, rongeante, augmentée par la fatigue, le passage de l'urine et la proximité des règles. Un serrement douloureux dans la région épigastrique; la sensation d'une boule qui monte à la gorge et y produit un sentiment de strangulation; des étouffements, des coliques et des contractions désordonnées du tube digestif; une chaleur brûlante dans la peau, bien que celle-ci conserve, au toucher, sa température naturelle; à la moindre contrariété, des attaques hystériques avec convulsion des muscles de la face, immobilité, anhélation, etc.; tel est le tableau que cette dame nous traça de ses souffrances lorsqu'elle se présenta au Dispensaire, vers la fin de l'année 1838.

A l'examen des parties, nous trouvâmes l'orifice vulvaire d'un rouge foncé, douloureux au moindre contact, hérissé de caroncules volumineuses et enflammées. Le vagin était tellement contracté qu'il nous fut difficile d'introduire le spéculum; sa membrane muqueuse était phlogosée et enduite d'une matière puriforme verdâtre; le col volumineux, arrondi et uniforme; sa surface rouge, tendue et lisse; son orifice était occupé, dans l'espace d'une pièce de trente sous, par une ulcération d'un aspect fongueux, saignant abondamment au contact.

En présence de souffrances aussi fortes et aussi générales chez une femme qui offrait quelques apparences scorbutiques, je supposai que la maladie du vagin et celle du col, qui n'en était qu'un résultat, étaient sous l'influence d'un état général de l'économie, je prescrivis, en conséquence, un régime fortifiant et des anti-hystériques unis aux plantes crucifères, dont la malade ne retira point de soulagement. C'est que j'avais pris l'effet pour la cause; et plus tard j'eus d'autres occasions de me convaincre que, chez d'autres femmes dont le système veineux très développé, est uni à une grande susceptibilité nerveuse, les vaginites tiennent la matrice, les ovaires et les tissus adjacents dans un état permanent d'engorgement sanguin, d'où résultent des sympathies organiques et relatives extrêmement variées et un état presque continu de souffrances hystériques. C'est un argument en faveur de l'opinion qui place le siége de l'hystérie dans l'organe utérin. Les ulcérations du col, quand elles sont seules, ne produisent jamais de semblables désordres, ce qui provient sans doute de ce que cet organe n'a pas de relations aussi directes que le vagin avec les veines abondantes qui enveloppent les organes du bassin d'une espèce de trame. Après d'autres essais infructueux, les saignées, les sangsues, les cautérisations du col, les bains, les injections au nitrate d'argent, etc., je soumis la malade à des pansements journaliers au moyen d'une éponge fine imbibée d'un liquide fortement astringent et introduit à demeure dans le vagin. Quelques jours de ce traitement amenèrent une amélioration tellement sensible, que la malade put se considérer comme guérie. Le vagin n'était plus enflammé, les souffrances générales avaient disparu, et l'ulcération était cicatrisée. Peu de temps après survint une rechute dont on se rendit maître par le même traitement. Madame B... a eu depuis un enfant qui a succombé comme les autres peu de temps après sa naissance.

Puisque nous n'avons à considérer ici que l'ulcération, nous devons faire remarquer que sa surface était extrêmement douloureuse. La cautérisation était suivie d'une grande sensibilité dans tout l'organe utérin, et même d'attaques hystériques. Les bourgeons charnus du col étant naturellement insensibles, on ne peut expliquer cette particularité que par l'état hystérique de la malade, état qui se communiquait à la peau qui n'était point malade, et à plus forte raison aux tissus affectés d'une sensibilité morbide. Quant à l'aspect fongueux de la plaie, il était dû à l'inflammation violente qui régnait dans toutes ces parties.

Sans vouloir entrer ici dans de grands détails sur les pansements vaginaux dont nous avons déjà parlé plusieurs fois, nous devons cependant les faire connaître; c'est ce que nous ferons en quelques mots.

On sait que deux surfaces irritées s'enflamment par le contact; on sait aussi que le produit de ces surfaces, quand il n'est pas libre entièrement de s'écouler, ajoute encore à la cause; nous avons pensé que, pour le vagin par exemple, il était urgent de distendre légèrement ses parois et d'absorber la sécrétion qu'ils forment. Nous obtenons facilement ce résultat avec des tampons de charpie ou de coton, avec une éponge qu'on trempe dans une décoction astringente, par exemple. Les pansements pulvérulents nous ont réussi dans cette circonstance (les vaginites chroniques), non-seulement parce qu'ils éloignent les parois du vagin, mais encore parce qu'ils présentent à la surface des tissus malades des médicaments susceptibles de les modifier.

Ce traitement est également applicable à l'ulcération qui s'y rattache; ces deux affections guérissent simultanément lorsqu'on commence par traiter la première. Mais on commet souvent des erreurs de diagnostic par suite desquelles, l'ulcération étant regardée comme l'affection principale, c'est contre elle que sont dirigés les moyens thérapeutiques. On voit alors l'ulcération résister à tous les moyens, ou récidiver si on parvient à la cicatriser. Mais une fois la vaginite dissipée, il suffit, pour obtenir la cicatrisation de l'ulcération, d'en aviver la surface par les caustiques.

On ne saurait trop se pénétrer, dans le cas dont il s'agit particulièrement, de cette idée, que l'ulcération du col proprement dite ne donne lieu qu'à des phénomènes obscurs, et qu'il ne convient de la considérer que comme affection secondaire ou symptomatique. C'est un fait dont on a pu se convaincre maintes fois lorsque l'ulcération a persisté après la guérison de la vaginite; circonstance qui arrive presque immanquablement si, après avoir dissipé la phlogose de la surface muqueuse, on ne ramène pas celle de la plaie à des conditions favorables par de légères cautérisations. On voit alors que les souffrances des malades se sont dissipées, et qu'elles se croient guéries malgré la présence de l'ulcération. En voici d'ailleurs un exemple.

Sixième observation. — *Vaginite sur-aiguë avec ulcération de l'orifice du col. Pansements astringents. Guérison.*

Dans le courant de 1839, une dame italienne, âgée de trente trois ans, vint au Dispensaire me consulter pour un écoulement qui la tourmentait beaucoup. Elle était enceinte de huit mois, et malade depuis le commencement de sa gros-

sesse. Il était donc évident qu'elle avait reçu le germe de la maladie en même temps que celui de son enfant. Les circonstances n'étant pas propices, nous l'adressâmes à la Bourbe, et ce ne fut qu'un an après que je la revis. L'accouchement s'était fait naturellement, mais la maladie avait persisté malgré un séjour de trois mois à *Lourcine*.

Nous trouvons les parties dans l'état suivant : Vulve rouge et excorié en divers endroits, vagin phlogosé, très contracté et également excorié par places ; ulcération framboisée à l'orifice du col. Toutes ces parties étaient extrêmement douloureuses et abreuvées d'une sécrétion puriforme abondante ; il s'écoula une assez grande quantité de sang par l'examen. Quant aux symptômes, ils appartenaient à la vaginite ; et il nous suffira de dire qu'ils étaient assez forts pour empêcher la malade de se livrer à ses occupations : elle était cuisinière,

Traitement. — Introduction dans le vagin (au moyen du spéculum plein) d'une éponge fine imbibée d'une forte décoction de noix de galle, renouvelée tous les jours ; injections avec le même liquide.

Les premiers pansements furent douloureux, mais au troisième jour l'inflammation et les douleurs commencèrent à décliner, et au dixième il n'y avait plus de vaginite. Cependant l'ulcération persistait, ses bourgeons charnus avaient acquis un volume considérable et il fallut d'assez profondes cautérisations pour les déprimer ; enfin elle se cicatrisa.

Les souffrances de cette malade s'étaient dissipées avec la vaginite, et malgré la persistance de l'ulcération, la guérison dernière n'avait même produit aucun changement. C'eût donc été à tort qu'on lui eût attribué une part des souffrances.

Ces observations, que je pourrais multiplier infiniment, prouvent d'une manière évidente :

1° Que la plupart des ulcérations qu'on observe sur le col utérin sont sans importance ; cependant qu'il y en a qu'on doit surveiller ;

2° Que ces ulcérations pour la plupart guérissent très bien par un moyen quelconque qui en modifie la surface ;

3° Que ces ulcérations ne tiennent pas toujours seulement à l'état de la membrane locale générale, mais bien à l'état morbide de tout le vagin ou des tissus sous-jacents ;

4° Que c'est alors à une nouvelle série de moyens qu'il faut avoir recours, et que parmi ceux-ci les pansements humides ou pulvérulents tiennent le premier lieu ;

5° Enfin, qu'il est des affections dans lesquelles les difficultés disparaissent quand on s'en occupe sérieusement ; mais espérons qu'il en sera de même dans les maladies du sein, par exemple, dans lesquelles nous démontrerons qu'on pratique aussi des opérations graves qu'on peut très bien éviter.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN MÉNICAL DE BORDEAUX. (Janvier 1844.)

Opératton de hernie inguinale-scrotale chez un vieillard de quatre-vingt-un ans. Siége de l'étranglement à la partie inférieure du sac. Guérison ; par le docteur Eugèoe BERMONN.

Un homme âgé de quatre-vingt-un ans, portant depuis l'âge de dix ans une hernie inguinale scrotale, jusqu'alors facilement réductible, fut pris tout à coup pendant la nuit du 9 septembre 1843, des symptômes ordinaires de l'étranglement. Après quelques essais infructueux de taxis, le maladc est soumis à diverses prescriptions dans l'ordre suivant : lavecent purgatif avec six grammes follicules de séné, potion avec soixante grammes huile de ricin et deux gouttes huile de croton tiglium, un bain aussi prolongé que possible, auquel succèdent de deux heures en deux heures des onctions avec l'onguent mercuriel belladoné, combinées avec l'application de cataplasmes sur la tumeur.

Le soir et le lendemain, et malgré un traitement plus énergique, les symptômes se sont aggravés et M. Bermond se décide à faire l'opération.

L'incision de la peau, pratiquée d'après les règles ordinaires, dépasse en haut l'anneau inguinal et s'arrête en bas au léger sillon que présente la tumeur. Son étendue est d'environ douze centimètres. Après la division des couches cellulo-fibreuses sous cutanées, le sac, facilement reconnaissable, est incisé dans toute la longueur correspondante à la plaie tégumentaire. Aussitôt les intestins, mis en liberté, développent leurs anses ; il n'y a pas d'épiploon. Le doigt, se frayant un passage vers l'anneau inguinal, reconnaît bien vite qu'il est dilaté au lieu de former un cercle de constriction ; il arrive même que pendant des efforts de toux il laisse échapper de nouvelles anses d'intestin. D'où venaient donc l'irréductibilité et les phénomènes d'étranglement ? Presque dominé par la pensée d'une méprise, l'opérateur se met en devoir de faire rentrer l'intestin hernié, pendant que la pulpe de l'indicateur gauche, obturant en partie l'anneau, s'oppose à la sortie de nouvelles anses. Mais la réduction se trouve singulièrement entravée par suite d'un obstacle dont il ne peut d'abord se rendre raison.

Après avoir inutilement cherché des adhérences, M. Bermond finit bientôt par s'apercevoir que la portion du sac où se terminait en bas l'incision, et à laquelle correspondait le sillon extérieur, est occupé par un large diaphragme fibreux, dont le centre a livré passage à une petite anse d'intestin qui s'y trouve étranglée. Un coup de ciseaux fend cet orifice fibreux à bords filiformes, et aussitôt la petite anse est dégagée de l'arrière-cavité où elle était clandestinement emprisonnée. Sa vive injection indique que c'est elle seule qui a souffert dans l'espèce de double fond du sac où elle était incarcérée. Le point où s'arrêtait brusquement l'injection avait médiocrement souffert de la coostriction. Rien ne s'opposaot plus à la réduction, elle s'est opérée à travers l'anneau avec la plus grande facilité. L'opération en elle même n'a pas duré plus de dix minutes et a été courageusement supportée. Au trentième jour la cicatrice était parfaite et le vieillard pouvait se promener dans la cour de l'hospice.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. (Janvier 1844.)

Hydrothérapie appliquée à un épanchement pleurétique.

Le 5 juin 1842, dit M. Baumgartner, je fus appelé à traiter une pleurésie avec un épanchement considérable chez un homme sanguin et robuste, âgé de cinquante-quatre ans. Deux saignées furent faites dès les premiers jours, puis on attaqua l'épanchement par les diurétiques et les sudorifiques, mais sans succès. Au bout d'un mois, le pouls était aux environs de 100 ; je proposai l'hydrothérapie comme moyen d'entraîner l'épanchement par les sueurs. Le docteur Herpin, qui était consulté avec moi sur l'état de ce malade, et qui avait l'expérience de ce traitement, l'accepta. Nous commençâmes, le 6 juillet, par entourer les jambes et les avant-bras seulement de linges mouillés d'eau froide et bien exprimés, puis tout le corps dans plusieurs couvertures de laine exactement serrées, en l'attachant à peu près comme un ballot, et nous le recouvrions d'un ou de deux lits de plume. Là on le laissait trois heures de temps, en faisant boire un verre d'eau froide toutes les demi-heures. Bientôt nous mîmes le corps entier dans un drap mouillé; enfin nous supprimâmes celui-ci, et nous nous contentâmes d'enrouler le corps et les membres bien exactement dans des couvertures de laine, à nu sur la peau. Ce dernier procédé amena les sueurs les plus abondantes; deux matelas en étaient traversés. En sortant de ce bain de vapeur, le malade était rapidement épongé d'eau froide, essayé avec vivacité ; puis il rentrait dans son lit ordinaire. Il prit une douzaine de séances, et nous eûmes beaucoup de peine à le faire aller jusque-là; il ne put cependant alléguer autre chose, sinon l'extrême ennui de cette longue immobilité et de cette chaleur. Il fallut bien, de guerre lasse, y renoncer, à notre grand regret. Le fait est qu'il n'était point guéri ; mais dans le cours de cette longue maladie, qui a duré quatre mois et demi et qui s'est terminée fatalement, jamais le malade ne fut mieux que pendant ce traitement. Le pouls descendait jusqu'à 92, même pendant le moment de la sueur, qui ne l'accélérait nullement; l'appétit n'était pas mauvais, les symptômes d'auscultation étaient stionnaires, il est vrai. Le mal empira dès qu'on eut cessé ce traitement. Le pouls allait toujours en s'accélérant, et nous nous sommes reproché de n'avoir pas fait violence au malade et de n'avoir pas mis plus d'obstination à continuer.

Je fais connaître ce fait pour établir, sinon l'efficacité curative (quoique je sois loin de la nier), du moins l'innocuité de ce traitement, et cela dans un de ces cas où on semblerait devoir le plus appréhender son emploi.

Nouveau guide des mères de famille, ou éducation physique, morale et intellectuelle de l'enfance, basée sur l'organisation, etc. ; par le docteur MAIRE (du Havre). Un vol. in-8°. Paris et le Havre ; 1843.

Cet ouvrage est déié aux mères. L'auteur a voulut les aider dans les pieux devoirs qu'elles ont à remplir. Il prend l'enfant dès l'instant où il a vu le jour, et sa sollicitude ne l'abandonne plus qu'à sa septième année. Il partage ce temps en trois époques principales ; la première comprend de la naissance à l'apparition des premières dents, huit mois environ ; la deuxième, du commencement à la fin de cette première dentition, c'est-à-dire, de l'âge de huit mois à deux ans et demi, à peu près. Enfin la troisième époque part de ce dernier point et finit à la septième année; elle est divisée elle-même en deux fractions par la naissance du phénomène moral le plus important, la raison.

La première époque est spécialement et presque uniquement consacrée à l'éducation physique; la deuxième comprend les éléments de l'éducation morale; la troisième s'occupe notamment de l'instruction. Mais comme la nature ne s'asservit pas dans sa marche progressive aux divisions scholastiques, l'auteur n'en déduit pas que chacune de ces époques a son éducation spéciale, loin de là ; il revient, par exemple, à l'occasion de la troisième époque, à des préceptes hygiéniques ou moraux, parce que, en même temps que l'intelligence se forme, le corps se développe et les passions surgissent.

L'auteur a cherché à ne rien omettre, à tout prévoir, à tout calculer, persuadé qu'en pareille matière les plus petites choses peuvent avoir les plus graves conséquences; ainsi, depuis la composition de la layette du nouveau-né, depuis les jouets qui conviennent à chaque époque, jusqu'aux procédés les plus ingénieux pour enseigner la lecture, l'écriture, etc., rien n'a été omis. L'auteur, quoique médecin, a été sobre de remèdes. Il fait à cet égard sa profession de foi. Il ne connaît qu'une médecine simple et difficile tout à la fois, pour le très jeune enfant. D'une part, dit-il, il faut peu de médicaments à d'aussi frêles organisations; d'autre part, c'est uoe étude par trop difficile pour une mère de bien interpréter le langage des organes malades. Qu'elle s'en rapporte au médecin qu'elle honore de sa confiance, c'est un conseil d'ami qu'il lui donne à l'avance.

Nous possédons déjà d'assez nombreux traités sur cette matière ; mais nous devons dire que nous n'en connaissons aucun d'aussi complet, qui réunisse à un aussi haut degré les qualités du médecin, de l'instituteur et du philosophe, triple condition iodispensable à ces sortes d'ouvrages, et qui doit placer celui de M. le docteur Maire au rang des productions véritablement utiles et dignes de tout l'intérêt du public.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la fièvre hectique des enfants par la viande crue.

M. le docteur Weisse avait traité depuis plusieurs mois un enfant âgé de douze mois, amaigri comme un squelette, pour une diarrhée colliquative. Un jour la mère de l'enfant demande au médecin s'il ne consent pas qu'on donne au petit malade de la viande crue. Le docteur se rappelant les bons effets que le docteur Habersang disait en avoir retiré dans les maladies hectiques, y consent, sauf à en défendre l'usage si la diarrhée augmentait.

Le lendemain, M. Weille fut fort étonné en voyant l'enfant mâcher avec avidité un morceau de viande toute saignante. Mais comme l'auteur remarqua ensuite des restes non digérés de la viande dans les selles, il ordonna de donner à l'enfant, trois fois par jour, une bonne cuillerée à soupe de viande crue hachée en très petits morceaux, ce qui fut bien digéré. Au bout de quelques semaines l'enfant, qu'on avait cru perdu, fut complètement rétabli.

(*Zeitschrift fuer die Gesammte, etc.*)

Formule contre les rhagades des orteils.

M. Herschmann vante les bons effets de la pommade, dont la formule vient ci-après, contre les gerçures (*rhagades*) qui surviennent aux orteils. On sait que ces gerçures, qu'on rencontre à la surface interne des orteils, et qui sont entourées d'un cercle rouge, accompagnées d'une sécrétion sanieuse, s'observent à la suite de la syphilis secondaire. Ces gerçures sont fort douloureuses ; les malades passent les nuits dans l'insomnie, dépérissent visiblement, sans fièvre. Dans des cas, heureusement rares, la gangrène peut survenir, et sans un traitement antisyphilitique énergique, le malade perdre un orteil après l'autre. Or, pour dissiper les douleurs et pour cicatriser promptement ces gerçures, M. Herschmann n'a trouvé rien de mieux qu'un mélange d'*unguent. litharg.* avec le précipité blanc, auquel il ajoute, dans des cas opiniâtres, quelques gouttes de laudanum de Sydenham. Cette même pommade agit encore d'une manière infaillible contre les ulcères phagédéniques, qu'on rencontre quelquefois après la vaccination avec du mauvais vaccin, ou même assez souvent avec du bon, chez les sujets scrofuleux, syphilitiques, etc. La guérison de ces ulcères est accélérée lorsqu'on les lave plusieurs fois par jour avec un décocté de mauve ou de ciguë. (*Oesterr. med. Wochenschr.*)

NOUVELLES.

Dans le comité secret de la dernière séance de l'Académie des sciences, la commission des prix de médecine et de chirurgie, a fait, par l'organe de M. Andral, un rapport dont les conclusions ainsi conçues ont été adoptées :

La commission propose :

1° D'accorder un *prix* de six mille francs à MM. Stromeyer et Dieffenbach; à l'un pour avoir le premier institué et exécuté sur des cadavres l'opération du strabisme, et à l'autre pour avoir le premier pratiqué avec succès cette opération sur l'homme vivant.

2° D'accorder, à titre de *récompense* :

A MM. Bourgery et Jacob, cinq mille francs, pour leur *Iconographie d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire* ;

A M. le docteur *Thibert*, quatre mille francs, pour les pièces artificielles d'anatomie pathologique ;

A M. le docteur *Longet*, trois mille francs, pour la partie pathologique de son ouvrage sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux ;

A M. le docteur *Valleix*, deux mille francs, pour son Traité des névralgies.

3° D'accorder des mentions honorables, à titre d'*encouragement* :

A M. le docteur Amussat, pour ses recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins;

A MM. les docteurs Serrurier et Rousseau, pour leur ouvrage sur les maladies des voies aériennes de l'homme et de certains animaux;

A M. le docteur Philippe Boyer pour son ouvrage sur le traitement des ulcères par la compression à l'aide de bandelettes.

— Samedi dernier l'Académie des sciences morales et politiques a procédé au remplacement de MM. de Gérando et Edwards.

M. Edwards a été remplacé par M. Franck.

M. de Gérando, par M. Lelut.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 10. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Parallèle des lésions intestinales de la fièvre typhoïde et de la dysenterie, et de leur traitement respectif.

Un malade mort dans les salles de M. Piorry, des suites d'une pneumonie compliquant une fièvre typhoïde, a présenté, à l'autopsie, un exemple remarquable de cicatrices des ulcérations intestinales. Ce qu'il y avait particulièrement de remarquable dans ce cas, c'est qu'en même temps qu'on voyait un grand nombre de cicatrices dans toute la portion inférieure de l'intestin iléum, aux lieu et place des plaques de Peyer antérieurement ulcérées, on trouvait aussi de larges cicatrices disséminées dans le gros intestin, cicatrices récentes comme celles de l'iléum, et qui avaient dû succéder à de larges ulcérations contemporaines des ulcérations des plaques de Peyer. On trouvait donc réunies sur le même sujet, et dans la même pièce, les altérations matérielles caractéristiques de deux maladies que l'on a considérées jusqu'à présent comme parfaitement distinctes, d'origine et de nature différentes; savoir, l'entérite typhoïde et l'entérite dysentérique, ou colo-rectite.

M. Piorry a pris occasion de ce fait pour tracer devant son auditoire l'histoire parallèle des lésions caractéristiques de ces maladies. Il est bon, avant d'aller plus loin, de dire qu'il ne s'agit point de comparer ici la fièvre typhoïde à la dysenterie, deux maladies qui, en réalité, sont trop différentes dans leur ensemble pour qu'il soit possible d'établir entre elles des rapprochements sérieux. On n'a eu d'autre but que de rapprocher et comparer deux états organo-pathologiques, ou deux lésions propres au tube digestif, et qui se manifestent dans deux maladies différentes, la fièvre typhoïde et la dysenterie.

A. *Entérite typhoïde.* C'est principalement dans la portion de l'intestin grêle qui s'étend à tout le dernier quart de l'iléon, que siége la lésion intestinale dont l'existence est liée à l'affection dite typhoïde. On rencontre quelquefois, mais assez rarement cependant, des altérations du même genre dans la portion du gros intestin voisine de la valvule iléo cœcale. Ce sont principalement les plaques agminées de Peyer qui en sont le siége. Cependant, les follicules de Brunner présentent assez souvent des lésions de la même nature. On trouve dans les cas dont il s'agit, toutes les altérations organiques qui ont été comprises sous le nom d'inflammation, et ces lésions présentent le plus souvent, dans les plaques agminées de Peyer, la forme allongée et irrégulièrement ovalaire propre à celles-ci. On y voit d'abord des rougeurs qui se manifestent dans les premiers jours de la maladie; elles durent pendant un temps plus ou moins long, et ne cessent ordinairement que lors de la guérison des autres lésions à l'entour desquelles on les observe dans une étendue très variable. Ces rougeurs consistent dans une teinte uniforme, dans un pointillé dont l'aspect est parfois étoilé, ou dans des vascularités nombreuses. Celles-ci entourent parfois les plaques malades, et cela à une distance assez grande, et toute la surface intestinale elle-même est parfois très rouge. Cela a lieu principalement vers les parties déclives, où les matières fécales s'accumulent, et vers les points les plus rapprochés de la valvule iléo-cœcale. La teinte de ces organes varie du rouge-pâle au rouge violet ou noirâtre, et cela d'après l'état du sang ou les proportions de ce liquide.

Les plaques de Peyer présentent, dans les premiers temps, une tuméfaction souvent remarquable, et qui contraste singulièrement avec l'apparence de dépression qu'elles affectent fréquemment à l'état sain. Dans l'épaisseur même de ces plaques et au-dessous de la membrane muqueuse, il apparaît, d'après ce que l'on a reconnu dans des recherches récentes, des pseudo-membranes dont la formation paraît avoir lieu dès le commencement de l'affection dont il s'agit.

A une époque plus avancée du mal, on voit sur la surface des plaques de Peyer ou sur les follicules de Brunner (ce qui est plus rare), se manifester des ulcérations dont le nombre, l'étendue, la profondeur varient. Elles sont, en général, assez profondes; leur fond est grisâtre, leurs bords sont tuméfiés, souvent coupés à pic, irrégulièrement découpés, et ces caractères sont d'autant plus prononcés que la maladie est plus grave et date de plus long-temps. Il en est de fort petites; d'autres dont la dimension dépasse trois ou quatre centimètres. Plusieurs se déclarent souvent sur une même plaque, et se confondent sur quelques points de leur circonférence ; elles forment ainsi un vaste ulcère à bords inégalement frangés. Le nombre de ces ulcères, dans un intestin, est souvent de dix, de quinze, vingt et même davantage, et parfois la valvule iléo-cécale en est en quelque sorte criblée. Les ulcérations des follicules de Brunner ne diffèrent guère des précédentes que d'après leur siége. En général, plus on se rapproche du cœcum, et plus les ulcérations sont nombreuses, étendues et graves.

Quand le mal a peu doré ou qu'il a été peu intense, la surface seule de la membrane muqueuse est ulcérée, et l'on distingue au fond de la solution de continuité les fibres de la membrane musculeuse. Plus tard et quand la lésion a acquis plus d'intensité, la tunique péritonéale, reconnaissable à son peu d'épaisseur et à son aspect uni, occupe seule le fond de l'ulcère. Enfin, à un degré extrême cette membrane elle-même est perforée, comme par un emporte-pièce, tantôt dans une étendue qui dépasse à peine un millimètre, d'autres fois dans une surface beaucoup plus considérable. Aux alentours de ces ulcérations, les membranes de l'intestin perdent de leur consistance ou même se ramollissent complétement. Il est assez fréquent de voir des couches de sang coagulé à la surface de ces ulcérations, ou des matières mélangées de sang altéré dans les portions d'intestin voisines des parties malades.

Dans les cas graves, lorsque surtout l'état typhoïde coïncidant est porté très loin et que la phlegmasie locale est très intense, il se forme des points d'escharification gangréneuse, plus ou moins étendus ou profonds, qui occupent tantôt exclusivement la membrane muqueuse, et tantôt, avec, les parties sous-jacentes. Ces points gangrenés sont ordinairement bien circonscrits; une ligne de démarcation nette les distingue des parties voisines. Souvent les eschares sont complétement séparées, ou ne restent adhérentes que sur quelques points de leur étendue.

Les diverses altérations dont il vient d'être question existent parfois concurremment vers des points divers des intestins. Leur invasion paraît cependant, en général, dater à peu près de la même époque; mais elles n'ont pas parcouru en même temps leurs périodes, de manière qu'il est très commun de rencontrer sur certains points des ulcérations profondes, tandis que sur d'autres points on aperçoit à peine de la rougeur ou une légère tuméfaction.

Presque constamment, dans l'entérite typhoïde, les ganglions lymphatiques du mésentère, les plus voisins de la portion d'intestin malade, présentent des lésions dont l'intensité et la gravité correspondent en général à celles de l'entérite elle-même. Ce sont des rougeurs, des tuméfactions, des indurations, des ramollissements, des suppurations, qui tantôt envahissent une ou plusieurs glandes lymphatiques, et d'autres fois paraissent se borner à quelques points seulement d'une de ces glandes. Il est des cas où les abcès des glandes mésentériques persistent encore, alors que l'entérite est en voie de guérison.

Les liquides contenus dans les intestins malades sont presque toujours très fétides; indépendamment des débris d'aliments et du chyme qu'ils contiennent, ils sont encore constitués par des mucosités altérées par de la bile le plus souvent jaunâtre ou un peu verdâtre, le tout mélangé à une époque avancée du mal, avec des traînées de pus, de sang, etc. Ces liquides, qui souvent sont visqueux et assez adhérents à la membrane muqueuse, sont parfois en si grande quantité qu'ils distendent non-seulement l'iléon, mais encore le gros intestin. Du reste, on les voit presque toujours réunis à une quantité considérable de gaz très fétides, et qui contiennent certainement de l'ammoniaque et de l'acide sulfhydrique. Ces liquides sont très irritants, très propres à déterminer par leur contact avec des parties dénudées des phlegmasies septiques. Aussi voit-on souvent des eschares à la région sacrée être la conséquence de leur présence habituelle sous cette région.

A ces lésions, il faut ajouter celles que l'estomac et les gros intestins peuvent présenter. Ces lésions ne diffèrent guère de celles que l'on observe dans les phlegmasies simples; ce sont toujours des rougeurs, des ramollissements, etc. Quelquefois le colon et même le rectum offrent des eschares qui pourraient bien être le résultat du contact des matières provenant de l'iléon avec la membrane muqueuse qui les tapisse. Nous ne parlerons pas ici des autres états organo-pathologiques qui coïncident le plus ordinairement avec les lésions du tube digestif. Passons à l'examen des lésions anatomiques de la colo-rectite épidémique, ou dysenterie.

B. *Entérite dysentérique.* La dysenterie, ou colo-rectite épidémique, présente des caractères organiques qui la rapprochent infiniment, d'une part, de ceux qui appartiennent à l'iléite qui vient d'être étudiée, et de l'autre des lésions qui sont propres à la colo-rectite simple. Seulement, dans la dysenterie, les désordres sont plus graves que dans la phlogose ordinaire des gros intestins. Plus souvent les ulcérations existent au-delà dans une plus large étendue, et avec des aspects qui les rapprochent beaucoup des altérations anatomiques propres à l'iléite typhoïde. L'intensité et la gravité du mal, la présence fréquente d'ulcérations, d'hémorrhagies, d'infiltrations sanguines et de plaques gangréneuses; la coexistence d'un grand nombre d'autres états organo-pathologiques graves et du même genre que ceux que l'on observe dans la fièvre typhoïde, sont les caractères anatomiques les plus ordinaires de la dysenterie. Ces caractères se montrent avec un degré d'intensité d'autant plus marqué, que les lésions en question siégent plus près du voisinage de l'anus.

Telles sont, de part et d'autre, pour l'entérite typhoïde et pour la colo-rectite dysentérique, les lésions caractéristiques que révèle l'examen cadavérique. Voyons maintenant quels sont les phénomènes que font reconnaître, dans l'un et l'autre cas, les moyens physiques d'exploration.

Inspection. Que révèle l'inspection dans les deux cas dont il s'agit? Voici d'abord quelques caractères qui sont communs aux deux cas. Le ventre est, en général, tuméfié, tendu, et après quelques jours de durée de la maladie, il se météorise. Quelquefois cependant, dans la dysenterie, lorsque la maladie date déjà de quelque temps, le ventre, après avoir été distendu, se déprime, les intestins s'affaissent, reviennent sur eux-mêmes, absolument comme le fait la vessie après une longue distension. Mais ce phénomène n'a lieu généralement qu'après un temps assez long, à la suite d'une abstinence prolongée. Sauf ces circonstances, l'abdomen offre, en général, à l'inspection, les mêmes apparences de tension et de développement dans la dysenterie, que dans l'entérite typhoïde.

Examen des matières. L'examen des matières fournit, dans les deux cas, des lignes qu'il est important de ne pas négliger. Nous ne parlons pas des vomissements de la bile qui peut être rejetée par l'estomac; cela a peu d'importance dans la question dont il s'agit; mais nous entendons parler exclusivement des matières qui sont rendues par les selles. Dans l'entérite typhoïde, les matières rendues dans les garderobes sont les mêmes que celles que l'on retrouve dans les intestins à l'examen cadavérique; ce sont des mucosités grisâtres plus ou moins altérées, et au milieu desquelles nagent des globules muqueux. Quelquefois ces mucosités sont puriformes ou d'apparence purulente. Dans quelques cas, qui sont les plus rares, on trouve en outre du sang altéré; on y trouve enfin des fluides bilieux noirâtres, du chyle modifié et plus ou moins altéré et des détritus d'aliments qui varient suivant la qualité des substances qui ont été ingérées. Ces différents liquides sont mélangés tantôt avec une grande quantité de gaz qui tendent à se dégager, quelquefois avec de la sérosité, mais jamais avec une sérosité pure comme celle que l'on trouve dans les intestine des cholériques. Ce que ces matières offrent, en somme, de plus particulier à remarquer, c'est l'abondance plus ou moins grande de mucosités, abondance de mucosités qui est un fait important à noter, parce que la déperdition de ces mucosités est un des accidents les plus graves de l'entérite typhoïde, qui finit souvent par enlever les malades.

Les matières intestinales dans la dysenterie offrent quelques différences. Ici on trouve du pus en beaucoup plus grande quantité que dans le cas précédent.

Dans l'entérite typhoïde, le pus s'était élaboré, digéré, tandis que dans ce cas-ci le pus séjournant dans un intestin qui ne remplit en quelque sorte que les fonctions passives d'un réservoir, reste en nature et conserve ses propriétés physiques habituelles. Le sang, dans la dysenterie, se trouve en beaucoup plus grande abondance que dans l'entérite typhoïde. La raison de cette différence est toute simple si l'on se rappelle que plus on approche de la terminaison de l'intestin, plus le système vasculaire devient abondant. On sait qu'il existe, en effet, des lacis sanguins considérables dans la muqueuse du rectum. D'un autre côté, la portion inférieure des gros intestins se contractant avec beaucoup plus d'énergie que l'intestin grêle, le sang en est exprimé en plus grande abondance. Il est ensuite rendu plus pur par la même raison que nous exposions tout à l'heure, c'est-à-dire parce qu'il n'a point subi le travail de digestion que subit le sang lorsqu'il est exhalé par l'intestin iléum et qu'il y sejourne pendant quelque temps. Il y a enfin quelquefois des portions d'eschares dans les selles des dysentériques comme dans celles des typhoïdes.

Palpation. La palpation fait reconnaître dans l'entérite typhoïde de la tuméfaction. Il y a encore de la sensibilité selon que les intestins sont ou non distendus par les gaz. Le caractère le plus important que la palpation peut faire constater, c'est le gargouillement, bruit spécial que chacun connaît bien, et qui a lieu dans le cœcum, et non pas dans l'iléon, comme on l'a dit. Le gargouillement ne se fait pas entendre dans le lieu même qui est le siége de l'altération, c'est-à-dire dans la terminaison de l'iléum qui, dans l'état habituel, correspond un peu au-dessous de l'ombilic, mais plus bas, dans le point occupé par le cœcum.

Auscultation. L'on constate dans le même point, par l'auscultation, le bruit hydraérique, bruit que nous avons reconnu long-temps avant qu'on eût signalé le gargouillement comme un des signes de l'affection typhoïde, et qui n'est autre chose que ce gargouillement même perçu par l'oreille au lieu de l'être par la palpation. Le gargouillement peut exister egalement dans la colo-rectite; mais, dans ce cas, au lieu d'exister

dans la fosse iliaque droite, c'est dans la fosse iliaque gauche qu'il se fait percevoir. Dans cette dernière circonstance, la palpation pourrait peut-être conduire à reconnaître le siége des ulcérations. Il n'a encore été fait que des recherches incomplètes à cet égard.

Percussion plessimétrique. Par la percussion, voici ce que l'on trouve, et ceci est d'une importance extrême : quand il y a des matières contenues dans l'intestin grêle, la percussion donne un son mat dans deux points, au-dessus de l'ombilic et au-dessus du cœcum, et sur le bassin. Quand ce même intestin est rempli de gaz, la percussion donne un son clair dans ces mêmes points, et particulièrement sur le bassin, au niveau de la fossette qui correspond aux fessiers. Cette distinction est de la plus grande importance, parce que, dans les cas dont il s'agit, on trouve les intestins tantôt remplis de matières fécales, tantôt distendus par des gaz, et que ces deux états réclament des moyens de traitement tout à fait différents.

Voilà pour l'intestin grêle ; et notez qu'au-dessus on trouve souvent une distension énorme de l'estomac et du duodénum par des gaz. Examinons maintenant ce que la percussion révèle dans les gros intestins. Il est des cas où le cœcum et le colon ascendant et descendant sont remplis par des matières solides, tandis que les portions d'intestin situées au-dessus ne contiennent que des gaz. Ces faits, si simples en apparence, sont d'une importance extrême pour la thérapeutique. Les accidents les plus graves résultent de cette accumulation de matières dans les intestins inférieurs, les autres étant remplis de gaz qui émanent de ces matières. Le diaphragme se trouve être fortement refoulé en haut, et il se manifeste bientôt des symptômes asphyxiques. Cet état se révèle à la percussion par le bruit hydraérique résultant du mélange des matières liquides avec l'air dans la portion d'intestin située immédiatement au-dessus des portions remplies de matières, et qui donnent un son entièrement mat.

L'importance de la matité et du bruit hydraérique dans les régions cœcale et iliaque est très grande, suivant M. Piorry, pour établir le diagnostic d'une entérite. Il lui a souvent suffi de constater l'une ou l'autre chez des sujets atteints depuis quelques jours d'une fièvre aiguë, pour le mettre sur la voie du véritable caractère de la maladie.

Tels sont les signes physiques de l'entérite typhoïde, auxquels on peut joindre l'élévation de la température et la sécheresse de la peau.

Examinons maintenant la différence que présentent les deux affections dont il s'agit dans leurs symptômes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Cancer utérin. — Examen des principaux signes diagnostiques.

Au nº 4 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme de cinquante-cinq ans, cardeuse de matelas. D'une bonne santé habituelle, elle eut quatre enfants, et toutes ses couches furent heureuses. Elle cessa d'être réglée à l'âge de quarante-trois ans, sans aucune indisposition bien grave. Il y a deux ans environ, époque à laquelle elle fait remonter sa maladie actuelle, elle était occupée devant son miroir à mettre un bonnet, lorsque tout à coup elle sentit son bras gauche tomber le long de son corps, sans pouvoir faire aucun mouvement. Rien de semblable n'eut lieu dans le bras droit, non plus que dans les jambes. Le visage ne fut nullement déformé, et ne présenta aucune contraction ni paralysie. Pas d'étourdissements non plus ni de pesanteur de tête, et ce fait nous semble, en passant, digne d'attirer l'attention.

Quelques jours après l'accident, elle put parvenir à faire exécuter à ses doigts quelques mouvements, et au bout de deux mois elle avait repris ses occupations. Les mouvements et la sensibilité étaient revenus. Pendant qu'elle était ainsi paralysée, il survint un jour une hémorrhagie utérine considérable, que la malade regarda comme une crise favorable.

Ce qui parut à cette femme constituer une crise, et qui aurait pu paraître aux yeux de certains médecins remplacer une saignée générale, l'hémorrhagie utérine était un phénomène qui devait appeler l'attention du côté de l'utérus. Sans aucun doute, si on l'eût touchée à cette époque, on eût constaté un commencement des lésions qu'elle présente maintenant.

Six semaines ou deux mois après survinrent d'autres pertes. La malade continuait cependant à aller et venir, et à vaquer à ses occupations, lorsqu'il y a huit mois de nouvelles pertes survinrent beaucoup plus abondantes, qui commencèrent à affaiblir la malade. Peu à peu elle remarqua que l'écoulement devenait fétide, et prenait une couleur brun-verdâtre, il y a trois mois environ. La matière de l'écoulement, que la malade regardait comme un dépôt de pus, pour me servir de son expression, était bien en effet du pus. Mais ce n'était pas d'une collection purulente qu'il provenait. Depuis deux ou trois mois la malade a maigri. Elle a remarqué également que le membre inférieur droit devenait le siége d'un gonflement œdémateux, et que des douleurs se faisaient sentir dans la région lombaire. Le gonflement du membre inférieur droit, qui avait diminué il y a douze ou quinze jours, a reparu depuis deux ou trois jours.

Voici les phénomènes que nous avons constatés au moment de l'entrée de la malade.

Maigreur considérable ; le teint est jaune, comme dans les affections organiques. Un peu de gonflement œdémateux du membre inférieur droit ; léger mouvement fébrile. Quelques douleurs dans la région lombaire.

D'où pouvaient dépendre les accidents que nous avons signalés ? Des polypes pouvaient exister dans l'épaisseur des tissus de l'utérus, qui se seraient développés dans la cavité en se coiffant de la membrane interne, et auraient donné lieu à des pertes et à des écoulements extrêmement fétides. Il était possible, d'après le récit de la malade, de conclure à l'existence de ces polypes. Cependant, cette circonstance d'un gonflement œdémateux à l'une des jambes montrait que le mal avait son siége dans un des côtés de l'excavation pelvienne. Or, il est rare qu'un polype utérin se développe à un point si considérable qu'il entraîne un dérangement aussi marqué de l'utérus. C'est bien plutôt dans le carcinome de l'utérus que l'on observe les symptômes de ce genre. C'est dans les progrès du cancer qui s'étend au tissu cellulaire des ligaments larges, et gagne de proche en proche, que l'on doit en chercher l'application.

Non seulement le membre inférieur droit est gonflé, sans que le gauche présente rien de semblable, mais la même différence se fait remarquer dans les parties externes de la génération. Le côté droit de la vulve est œdématié, et le côté gauche parfaitement sain. Le toucher est ici le principal, dirons-nous, presque le seul moyen d'arriver à la solution du problème.

Voici les renseignements qu'il nous a donnés :

En portant le doigt dans le vagin, à trois centimètres environ de la vulve, on sent un anneau étroit et dur qui serre le doigt ; et que l'on franchit avec quelque difficulté. Une fois cet obstacle surmonté, le doigt se trouve dans une vaste excavation, dont on ne peut exactement fixer les limites. Cet anneau est dû à l'épaississement de la partie inférieure du vagin, tandis que supérieurement les parois de ce conduit sont détruites. Nous avons pu croire que nous pénétrions dans la vessie, et cette pensée a dû nous porter à adresser une question à la malade, à savoir si elle urinait volontairement ; question à laquelle elle nous a répondu affirmativement. Si son récit était vrai, il était probable que l'ulcération ne s'était pas agrandie aux dépens de la cavité de la vessie. C'est un fait dont nous avons été à même de vérifier l'exactitude en introduisant une sonde dans la vessie, pendant que le doigt était dans le vagin.

Au delà du rétrécissement, avons-nous dit, se trouve une vaste cavité capable de contenir un gros œuf de dinde, d'une forme arrondie, anfractueuse, dont les parois offrent, dans les points où elles sont accessibles, une consistance ferme et résistante et quelque chose de grenu. Lorsque l'on a passé ce détroit, est-on dans la cavité du vagin ou de l'utérus ? Il est probable que l'on est parvenu dans l'utérus ; le museau de tanche a été détruit, et la cavité se prolonge en arrière. Nous avons dû nous demander si, dans un pareil désordre, le rectum était le siége aussi de quelque lésion. Le toucher par le rectum nous a fait reconnaître que la muqueuse est lisse à sa surface et saine. Mais il existe de petites tumeurs arrondies, fermes, dures, dans l'épaisseur des parois de cet intestin, tumeurs qui sont les traces de l'extension de la maladie au rectum. La muqueuse n'est pas perforée, et il est probable que la malade succombera sans que cette apparition se produise dans son état. Ce n'est pas tout ce que fait constater le toucher par le rectum. En soulevant avec le doigt ces tumeurs globuleuses, on finit par reconnaître à une certaine profondeur, dans la région sus-pubienne, une rénitence obscure qui devient plus évidente quand on déprime l'hypogastre avec la main. Il y a donc dans l'abdomen une tumeur qui s'élève jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

L'exploration par le rectum permet de constater le genre de désordres auxquels il faut attribuer l'œdème du membre inférieur droit. Cet œdème des membres est toujours un fait extrêmement important. Il est un grand nombre de maladies que l'on ne peut soupçonner que parce qu'un bras ou une jambe sont œdématiés. C'est donc toujours quelque chose de très curieux et de très intéressant que l'œdème d'un ou plusieurs membres, parce que toujours ce symptôme se rattache à un trouble de la circulation veineuse, quelle qu'en soit la cause. Quelquefois l'œdème d'un membre tient, non pas à une affection étrangère, mais à une maladie de la veine elle-même. Mais le plus souvent, ce n'est pas la veine qui est primitivement malade ; elle ne l'est, quand elle le devient, que consécutivement. Quant à la cause de l'œdème, elle variera suivant les cas. Pour le bras, ce sera une tumeur qui existera dans le creux de l'aisselle, dans la poitrine même, et qui comprimera la veine sous-clavière. Pour le membre inférieur, ce sera une tumeur logée dans l'excavation du bassin.

On a quelquefois été amené, par suite de cet œdème, à soupçonner des tumeurs anévrismales qui ne présentent encore aucun phénomène apparent qu'il fût possible de constater. Quelquefois on a vu des névralgies être déterminées par la compression des nerfs, etc. Ainsi, le gonflement œdémateux des membres, une douleur névralgique dans un membre sont des signes extrêmement importants, que l'on ne doit point négliger et qui indiquent la nécessité de procéder au plus vite à l'exploration du bassin ou de la poitrine, exploration qui, pour cette dernière cavité, est extrêmement difficile.

Voici ce que donne, chez notre malade, l'exploration par le rectum. On trouve que si on porte le doigt à gauche de l'utérus, ce doigt passe facilement entre la paroi gauche de la cavité pelvienne et la tumeur ; il ne peut pénétrer de même à droite entre la tumeur et la paroi du bassin. La tumeur qui existe dans le bas-ventre est donc placée plus à droite qu'à gauche. C'est surtout dans le bassin que l'on constate ce fait que ce n'est pas seulement l'utérus qui détermine la tumeur à laquelle est due la compression de la veine du membre inférieur droit.

Devons-nous chercher à établir le diagnostic ? La chose nous semble à peu près inutile. La maladie qui nous occupe est, dès son début, au-dessus des ressources de l'art. Ce n'est pas que l'on n'ait quelquefois essayé d'y remédier. L'extirpation au moyen de l'instrument tranchant a été essayée et suivie quelquefois de succès. Mais les cas de réussite sont si exceptionnels qu'ils confirmeraient presque la règle au lieu de la détruire. L'extirpation de l'utérus en entier est une chose tellement grave que nous pensons qu'il serait de la dernière imprudence et de la plus grande témérité de l'essayer. Comparons, en effet, ce qui arrive dans les cas de cancer du sein avec ce qui doit arriver dans les cas de cancer de la matrice. Si dans un organe aussi facilement accessible à tous les instruments que la glande mammaire, et quelque bien faite qu'ait été l'opération, le cancer s'y reproduit et repullule avec tant de facilité, que doit-il arriver pour l'utérus sur lequel on n'est jamais sûr d'avoir fait une opération complète ! Et si un grand nombre de chirurgiens, au commencement de ce siècle pensaient que l'affection cancéreuse du sein finirait peut-être par ne plus comporter l'opération dans aucun cas, que penser du cancer de l'utérus qui se dérobe par la position de l'organe, aux moyens d'investigation minutieuse que l'on peut mettre en usage pour le sein ! La chirurgie est donc sans aucune puissance, sans aucun moyen non seulement de guérison, mais même de soulagement.

Si, des opérations chirurgicales, on arrive aux remèdes internes, même impuissance de la médecine contre cette terrible affection. Les préparations mercurielles, l'iode et ses composés, les alcalis ont été tour à tour mis en usage, et sans le moindre avantage contre le cancer de l'utérus. Nous pensons, nous, que lorsqu'une fois les moyens thérapeutiques ont échoué, c'est surtout aux moyens moraux qu'il faut s'adresser, non plus pour guérir, mais pour consoler et soutenir les malades. Nous essayons maintenant l'iode, puisqu'on l'a préconisé dans cette affection. Notre malade n'a pas de craintes bien sérieuses sur son état ; aussi n'employons-nous que des quantités très minimes de médicaments, réservant les moyens les plus énergiques, quoique tout aussi inutiles, que fournit la matière médicale pour le jour où, perdant courage, elle s'imaginerait qu'on ne traite point sa maladie. Nous mettrons tour à tour en usage les chlorures désinfectants, l'opium et les narcotiques pour apaiser les douleurs et procurer à la malade un peu de sommeil.

Un mot encore, avant de terminer, sur un dernier phénomène que nous avons observé. Il y a eu dans la région lombaire et dans la moitié inférieure de la région dorsale, des douleurs qui nous font craindre que les ganglions qui se trouvent situés au-devant de la colonne vertébrale ne soient attaqués ; non pas que le cancer en lui-même soit très douloureux, mais c'est la compression des nerfs par les tumeurs cancéreuses qui détermine ces sensations. Presque jamais le cancer de l'utérus lui-même n'est très douloureux. Combien de fois ne voit-on pas de femmes qui ne ressentent aucune douleur dans la région de la matrice, et chez lesquelles des pertes hémorrhagiques et un écoulement caractéristique considérable prouvent que l'utérus est depuis long-temps malade ! Au contraire, lorsque par suite du cancer de l'estomac, le gonflement des ganglions prévertébraux comprime des filets nerveux, des douleurs intolérables se font sentir. Chez notre malade, les douleurs ont été beaucoup trop fortes pour être des douleurs sympathiques. C'est une névralgie symptomatique que nous observons ici, et ce sont les plus communes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 janvier 1844. — Présidence de M. FERRUS.

Après la lecture du procès-verbal dans lequel M. le secrétaire annuel a rendu compte du résultat de la discussion qui a eu lieu en comité sur le rapport de la commission pour la candidature à la place vacante, *M. Guérin* demande la parole sur sa rédaction ainsi conçue : Le rapport est renvoyé à la commission pour aviser.

M. Guérin. Je demande qu'il soit ajouté au procès-verbal que le rapporteur a fait observer que ce renvoi à la commission était contraire au règlement.

M. Gueneau de Mussy. Il faudrait ajouter aussi que j'ai combattu cette prétendue violation du règlement.

M. Adelon. Tout ce qui concerne le compte-rendu du comité secret doit être supprimé dans le procès-verbal, et communiqué seulement à la prochaine réunion en comité secret.

Après quelques autres observations, cette proposition est adoptée.

— Dans la correspondance, nous remarquons une communication de M. le docteur *Paris*, de Gray, sur le traitement de la suette miliaire ; et une lettre de M. Landouzy, relative à un cas de morve survenue chez un vigneron après la morsure d'un cheval morveux.

— L'ordre du jour ramène la continuation de la discussion sur les tumeurs des mamelles.

M. Gerdy. J'admets avec M. Cruveilhier l'existence des tumeurs fibreuses de la mamelle. Avec lui j'admets que, dans certains cas, elles sont faciles à distinguer des autres tumeurs de mauvaise nature ; mais je suis obligé de dire aussi que cette distinction n'est pas toujours facile, et que même elle est quelquefois impossible. Dans les cas où cette distinction est facile, les préceptes de M. Cruveilhier doivent être pris en grande considération. Cependant il ne me paraît pas tout à fait impossible de trouver un caractère auquel on puisse reconnaître si une tumeur est susceptible ou non de dégénérescence. Ce caractère, c'est la douleur. En général, les tumeurs qui ne dégénéreront pas sont indolentes. Les tumeurs malignes, au contraire, sont le siége de douleurs lancinantes ; de plus, elles font éprouver de la démangeaison ; de plus encore, elles ont pour résultat d'opérer sur la peau une sorte de retrait, sensible surtout au mamelon, qui s'efface d'autant plus que la maladie fait des progrès. En réunissant ces trois caractères, on peut, dans un certain nombre de cas, arriver à un diagnostic assez précis. Mais les choses ne sont pas toujours aussi claires. Il y a des cas douteux. La douleur, par exemple, peut manquer même dans des cas de squirrhe bien caractérisé, ou bien elle peut ne pas être lancinante. Dans ces cas, et ceci me ramène à la grande question pratique soulevée par M. Cruveilhier, il faut opérer. Ce n'est pas ici que la maxime, dans le doute abstiens-toi, est applicable. Au contraire, dans le doute il faut enlever, par l'opération, toute chance aux accidents consécutifs de la présence d'une tumeur de mauvaise nature. D'ailleurs, la plupart des femmes, dans cette position, réclament l'opération. En un mot, et pour me résumer, il y a des tumeurs des mamelles qui ne donnent lieu à aucun accident consécutif ; quand le diagnostic en est facile et certain, il ne faut pas opérer, mais, pour si peu qu'il y ait doute, il faut recourir au bistouri. Cette dernière ressource doit d'autant moins répugner, que les opérations sur le sein sont en général simples et peu graves.

M. Velpeau. Malheureusement je n'assistais pas à la séance dans laquelle M. Cruveilhier a lu son mémoire, que je ne connais que par la discussion et par les extraits que j'en ai lus dans les journaux. Si ces

extraits sont fidèles, le mémoire de M. Cruveilhier a une grande importance thérapeutique ; il me suffira de rapporter les principaux points qu'il a traités pour en faire juger.

Ici M. Velpeau énumère les principales opinions de M. Cruveilhier, que nous avons déjà fait connaître. Il continue en ces termes :

Je suis d'accord avec M. Cruveilhier sur plusieurs points, et cela est d'autant moins un sacrifice de ma part que j'ai eu occasion d'exprimer et de publier les mêmes opinions. Ainsi, je crois qu'il peut exister dans les mamelles des tumeurs fort différentes de celles qu'on appelle cancéreuses. M. Cruveilhier les appelle tumeurs fibreuses ; il ne m'a pas semblé, d'après sa description, qu'il fût très-légitime de leur donner ce nom en toute circonstance. J'ai admis, pour mon compte, des tumeurs fibreuses et des tumeurs fibrineuses, et celles-ci ont été englobées dans la description faite par M. Cruveilhier.

Ces tumeurs doivent évidemment être distinguées des tumeurs dites cancéreuses. Depuis Bayle et Laennec on admet généralement quatre espèces de tumeurs cancéreuses, l'encéphaloïde, le squirrhe, les tumeurs colloïdes, la mélanose. Si à l'inspection simple les différences d'organisation qui existent entre ces dernières tumeurs et les premières ne sont pas sensibles, le microscope, dont l'usage se popularise heureusement de plus en plus dans les recherches d'anatomie pathologique, les rend très fréquentes. Au microscope, les tumeurs fibreuses ne présentent que des fibrilles plus ou moins régulièrement disposées. Les tumeurs cancéreuses, au contraire, présentent des cellules globuleuses ou ovoïdes. Une différence organique essentielle existe donc entre ces tumeurs.

Mais sur le vivant, la distinction de ces tumeurs peut-elle être faite ? Il faut à cet égard les ranger en trois catégories, celles où la distinction est facile, celles où elle est impossible, celles enfin où elle ne se présente qu'avec les caractères du doute. Oui, comme l'a dit M. Cruveilhier, les tumeurs fibreuses doivent être considérées comme de véritables corps étrangers, isolés dans l'économie et ne pouvant pas donner lieu à des accidents consécutifs. Mais il existe aussi des tumeurs cancéreuses enkystées qui offrent les mêmes caractères que ceux attribués aux tumeurs fibreuses par M. Cruveilhier, et celles-là sont susceptibles de dégénérescence. Cependant chez les jeunes personnes, sur les femmes avant l'âge de trente ans, il y a toute probabilité que les tumeurs des mamelles avec tous les caractères donnés par M. Cruveilhier sont des tumeurs fibreuses.

M. Cruveilhier a dit que ces tumeurs fibreuses ne sont pas susceptibles de dégénérescence. Je le crois comme lui. Cependant on a dit le contraire ; je pense que pour soutenir cette opinion, on doit avoir commis quelque erreur de diagnostic. Ces tumeurs fibreuses sont tout à fait distinctes, ont une nature propre, une vie propre, et ne sont pas susceptibles de transformations. Elles resteront toujours ce qu'elles sont. Ce n'est pas le seul exemple que nous ayons de tumeurs qui ne se transforment pas. Un lipôme, par exemple, ne deviendra jamais un squirrhe. On s'est étayé de l'exemple des tumeurs fibreuses de l'utérus pour adopter la possibilité de leur dégénérescence. Mais je mets fortement en doute cette dégénérescence cancéreuse des tumeurs fibreuses de l'utérus. Je n'en connais pas dans la science d'exemple incontestable ; celui même de Dupuytren me paraît pouvoir être mis sérieusement en doute. Quand on fait attention d'ailleurs au mode de développement si différent du cancer et des tumeurs fibreuses, on est porté à conclure que la dégénérescence de celles-ci doit être fort rare.

Tout ceci conduit à la question capitale soulevée par M. Cruveilhier. Faut-il opérer les tumeurs des mamelles ? M. Cruveilhier a soutenu la négative, et il me semble qu'il n'y a pas assez réfléchi pour avoir pu dissiper tous les scrupules. Je suis d'une opinion contraire à la sienne, et je dis qu'il faut opérer. D'abord, le diagnostic est fort difficile, et tout le monde voit le danger qu'il y aurait à laisser dans l'économie un squirrhe ou un encéphaloïde enkysté. Ensuite, M. Cruveilhier n'a pas dit que ces tumeurs fibreuses pussent guérir autrement que par l'opération. Je sais bien que certains praticiens pensent par un traitement local ou général faire disparaître ces tumeurs. Un de nos collègues, M. Récamier, en a cité de nombreux exemples ; mais je crois que ce sont là autant d'erreurs, et qu'il n'existe pas un seul fait authentique de guérison par ces moyens. On a confondu les tumeurs avec les indurations de la glande mammaire. Pour mon compte, je crois que les tumeurs fibreuses, fibrineuses ou cancéreuses dans toutes leurs variétés, ne peuvent pas guérir sans opération.

Ici se présente une question incidente résolue déjà par un grand nombre de praticiens qui ne veulent pas que l'on opère le cancer. Toute la difficulté consiste à savoir si l'on a réellement guéri des tumeurs cancéreuses par l'opération. Oui, pour mon compte, j'en ai guéri, plusieurs autres praticiens en ont guéri, et entre autres exemples qui me sont propres, je citerai celui d'une bouchère de Paris opérée d'une tumeur encéphaloïde énorme depuis sept à huit ans, et qui, depuis lors, jouit d'une excellente santé. Donc la récidive n'a pas toujours lieu ; donc il faut toujours opérer, puisque le cancer, abandonné à lui-même, tue toujours.

Maintenant, quand faut-il opérer ? Le plus tôt possible pour s'abriter contre les récidives, pour empêcher l'infection générale. Si l'on pouvait dire que cette opération est grave, on concevrait la répugnance des praticiens ; mais, comme le faisait remarquer M. Gerdy, cette opération, pratiquée dans des circonstances favorables, sur des femmes saines du reste, ne donne presque jamais lieu à des suites fâcheuses.

De tout ceci, je conclus qu'il peut exister dans les mamelles des tumeurs fibreuses ou fibrineuses, comme je l'ai dit depuis long temps, que ces tumeurs peuvent ne pas dégénérer, mais aussi qu'elles ne peuvent pas guérir autrement que par l'opération, qu'il est souvent difficile de les distinguer des tumeurs cancéreuses, et qu'elles doivent être opérées le plus tôt possible.

M. Roux. Mon état d'indisposition me ferait regretter beaucoup de ne pas pouvoir prendre part à ce débat et de ne pas chercher à prouver que la doctrine de M. Cruveilhier n'est pas aussi bien fondée qu'il le pense, si je ne croyais que la discussion ne sera pas close aujourd'hui et qu'elle pourra se continuer dans la prochaine séance. Je suis obligé de renoncer aujourd'hui à mon tour de parole.

M. Roux est en effet très enroué.

M. Cruveilhier. Je regrette à mon tour de ne pouvoir profiter des lumières que M. Roux ne manquerait pas de répandre sur la discussion. Je pense aussi que la discussion pourra se prolonger jusqu'à la prochaine séance, et je prends l'engagement de répondre à ses objections, comme je vais répondre à celles qui se sont produites jusqu'ici.

Un fait général résulte jusqu'alors de la discussion ; c'est la croyance, à part quelques exceptions, à l'existence des tumeurs fibreuses de la mamelle. Désormais, dans le diagnostic, on devra tenir compte de la possibilité de ces tumeurs, et par ce résultat seul je me félicite d'avoir appelé l'attention des praticiens sur ce sujet.

Mais si nous sommes à peu près tous d'accord sur l'existence de ces tumeurs, il s'en faut que nous le soyons sur d'autres points :

Et d'abord sur la fréquence : J'ai dit et je soutiens que les tumeurs fibreuses des mamelles sont très fréquentes ; M. Blandin dit, au contraire, qu'elles sont très rares. Cette divergence tient aux différents points de vue sous lesquels on se place. Il y a quelques années, j'aurais dit comme M. Blandin. Mais après avoir vu, et long-temps vu ; quand j'ai vu ces tumeurs fréquentes chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, quand j'ai vu qu'elles ne dégénéraient pas, quand j'ai vu qu'opérées elles ne repullulaient pas ; quand je les ai examinées anatomiquement, alors je me suis demandé s'il n'y avait pas lieu d'en faire une description nouvelle et plus fidèle. On conteste aujourd'hui mes opinions, j'en appelle au temps et à l'expérience. Si je suis parvenu, et je l'espère, à jeter quelques doutes dans les esprits, cela me suffit : le temps fera le reste.

Une autre raison de divergence, c'est la confusion qui existe sur les corps fibreux eux-mêmes. M. Blandin professe qu'ils sont susceptibles de dégénérescence, c'est une grave erreur, surtout basée comme elle l'a été sur ce qui se passe sur les corps fibreux de l'utérus. Ceux-ci ne dégénèrent jamais, quoi qu'on en ait dit. J'ai vu très fréquemment à la Salpêtrière des femmes de quatre-vingts ans et plus qui portaient depuis quarante ans des corps fibreux de l'utérus sans aucune espèce de transformation. M. Castel a dit que ces corps fibreux n'étaient que l'embryon de la maladie ; il faut convenir que dans ces cas l'embryon était un peu vieux.

Mais je dis plus, les corps fibreux sont incompatibles avec le cancer, comme le font les naturalistes, et surtout en botanique, j'ai cherché à établir des lois d'antagonisme et d'incompatibilité entre certaines maladies. Je suis arrivé, pour la question actuelle, à ce résultat, qu'il n'existe pas un seul cas de coïncidence entre les corps fibreux et le cancer.

Ce qui manque en pathologie, c'est la détermination précise des espèces pathologiques. J'ai cherché à l'établir dans mon travail pour les corps fibreux, qui me paraissent une espèce parfaitement distincte du squirrhe et des autres variétés du cancer.

Quant aux difficultés du diagnostic, je ne les nie pas ; elles sont en effet très grandes, et l'erreur est très facile. J'ai vu un opérateur s'apprêtant à enlever un squirrhe, dont le bistouri tomba heureusement sur un kyste séreux et l'ouvrit. Une autre fois j'ai vu enlever toute une mamelle, au milieu de laquelle se trouvait un kyste séreux. Je crois qu'il est fort difficile de les distinguer, ces tumeurs fibreuses, des kystes encéphaloïdes, si ce n'est par leur marche et la douleur ; des tubercules, quoique ceux-ci ne soient jamais solitaires et présentent une grande rapidité d'évolutions, du cancer limité, des indurations du sein. Vous voyez que je ne nie pas les difficultés du diagnostic. Il y aura donc des cas douteux. Eh bien ! dans ces cas douteux, il faut opérer ; c'est aussi mon avis. Mais dans les cas où le diagnostic est positivement établi sur l'existence des tumeurs fibreuses, l'opération doit être rejetée.

Cependant on m'objecte que ces tumeurs fibreuses ne peuvent pas guérir spontanément. Cela est vrai ; mais quelle différence entre une tumeur inoffensive, indolente, dont la présence ne donnera lieu à aucun accident, et une opération chirurgicale qui si souvent a des résultats funestes, quoiqu'on en dise ?

M. Moreau. Il restera de cette discussion que toutes les tumeurs de la mamelle ne sont pas cancéreuses, et qu'il ne faut pas les opérer toutes. Je connais une dame qui depuis trente ans porte au sein une de ces tumeurs indolentes, et dont la santé générale n'a subi aucune atteinte. J'en connais une autre qui porte au sein, depuis quatre ans, une tumeur grosse comme le poingt, dure, bosselée ; on n'y fait rien, et elle ne s'en trouve pas plus mal. On a dit que les opérations sur le sein n'avaient aucune gravité. Un coup de bistouri est toujours une chose grave. Le fer doit être l'*ultima ratio medicorum*. Je crois qu'on doit poser en principe que toute tumeur indolente, dure, mobile doit être respectée. Et comme conséquence générale de cette discussion, il faut dire qu'il ne faut opérer que les cancers enkystés.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Blandin* présente une tumeur qu'il a enlevée à la voûte palatine, et qui présente tous les caractères assignés par M. Cruveilhier aux tumeurs fibreuses. Or, de deux choses l'une : ou cette tumeur est un corps fibreux, et alors il est susceptible de dégénérescence, car celui-ci a dégénéré ; ou ce n'est pas un corps fibreux, et alors il a présenté tous les signes diagnostiques que M. Cruveilhier a indiqués pour les corps fibreux.

M. Bérard ne veut que faire remarquer, pour y revenir plus tard, que ce corps est bosselé.

— *M. Lisfranc* présente un jeune homme sur lequel il a détruit une cicatrice vicieuse qui occasionnait de graves accidents. Quelques mois après sa naissance, le sujet tomba dans le feu ; il en résulta une large brûlure qui fut suivie d'une vaste cicatrice ; cette dernière s'étendit : 1° de la partie inférieure du bord antérieur de l'aisselle gauche à l'apophyse coracoïde du côté opposé ; 2° de l'union du tiers inférieur du sternum avec son tiers moyen, au devant de l'oreille gauche ; le menton était adhérent à la partie antérieure et supérieure de la poitrine ; la lèvre inférieure, complètement renversée, se confondait pour ainsi dire avec la paroi de cette cavité ; le tissu inodulaire qui siégeait d'ailleurs sur toute la longueur de la face antérieure du col, était en grande partie constitué par des brides dont le diamètre antéro-postérieur était d'un centimètre environ ; le transversal en offrait neuf.

Par la bouche largement ouverte s'écoulait une grande quantité de salive qui, affaiblissant beaucoup le malade, occasionnait d'ailleurs une dégoûtante malpropreté. Déjà de l'engourdissement se faisait éprouver sur les membres thoraciques ; il devait être attribué à la gêne de la moelle épinière que comprimait la colonne vertebrale, dont l'allongement était empêché par l'adhérence du menton. La faiblesse extrême et les prodromes de paralysie inspiraient des craintes sérieuses pour la vie de l'enfant, âgé de huit ans, lorsque M. Lisfranc le vit pour la première fois.

Ce praticien pensa qu'une opération pouvait être tentée, et le Conseil général des hôpitaux fit passer Naquart de l'hospice des Incurables (hommes), où il avait été admis, à l'hôpital de la Pitié.

M. Lisfranc opéra le malade dans le courant du mois de juin 1829. On trouva entière la lèvre inférieure dans l'épaisseur des parois thoraciques ; les cicatrices furent divisées et les brides enlevées jusque sur la partie inférieure de la face ; il n'était pas possible de faire de l'autoplastie, ni de rapprocher les bords de la plaie ; il coula beaucoup de sang ; l'opération offrit de grandes difficultés ; on parvint, mais lentement, au bout d'une huitaine de jours, à ramener la tête à sa rectitude ordinaire. La solution de continuité se cicatrisa, mais la lèvre inférieure se renversa de nouveau en grande partie et le menton s'abaissa encore ; il demeura distant de trois centimètres des parois thoraciques.

Onze mois après, M. Lisfranc pratiqua une seconde opération moins difficile et beaucoup moins longue que la première. Cette fois, la tête conserva presque sa rectitude normale ; mais la lèvre inférieure se renversa à demi ; deux brides assez considérables se formèrent sur les parois antérieures et latérales du col ; elles partaient de la région inférieure de la face.

M. Lisfranc a fait une troisième opération il y a vingt-trois mois ; il a incisé les cicatrices ; il a enlevé les brides ; il a pratiqué l'ablation du tiers de la lèvre inférieure ; il en a rattaché les deux autres tiers sur la joue ; il a employé très souvent le nitrate d'argent fondu pour réprimer les chairs. D'ailleurs, le malade n'a jamais éprouvé aucun accident grave.

Les résultats que présente aujourd'hui le sujet sont définitifs, puisqu'ils datent de vingt-trois mois. La tête a recouvré sa rectitude ordinaire ; la lèvre inférieure, quoique légèrement tiraillée, a conservé sa position normale ; il existe sur la partie antérieure et latérale gauche du col une très petite bride qui n'offre presque pas de saillie, et qui est un peu mieux dessinée lorsque l'opéré renverse fortement la tête en arrière. Cette bride n'a pas augmenté depuis six mois.

M. Lisfranc termine sa communication verbale en faisant observer à l'Académie qu'il lui a présenté Naquart, 1° pour prouver que les difficultés, la longueur de l'opération et l'étendue de la plaie ne doivent point arrêter le chirurgien en pareille occurrence ; 2° pour démontrer que si l'autoplastie est impraticable, il est permis, suivant la méthode ancienne qu'on a tant blâmée, de faire la section de la cicatrice et d'enlever les brides ; que cette méthode peut être suivie d'un succès presque complet, même dans les cas les plus graves.

— *M. Lucien Boyer* présente un appareil d'instruments destinés à faciliter la ligature des polypes de l'utérus. Cet appareil se compose :

1° De deux porte-fils, simples tiges d'acier de 25 centimètres de longueur, percées à l'une de leurs extrémités d'un chas d'aiguille de 5 millimètres de long, et présentant à l'autre bout un anneau de 5 millimètres de diamètre ;

2° D'une balle du calibre de guerre à peu près, percée d'un trou suivant son épaisseur ;

3° D'une tige d'acier de même longueur que les premières, présentant à l'une de ses extrémités un anneau de 10 millimètres de diamètre, soudé avec elles suivant un angle de 40 degrés, et à l'autre extrémité une plaque ou anneau de même dimension, soudé à angle droit du même côté de la tige. Cet instrumment peut être désigné sous le nom de serre-nœud provisoire.

4° D'un serre-nœud ordinaire de Desault.

Un fort cordonnet de soie étant enfilé dans le chas des deux porte-fils, l'opérateur en fixe un des chefs à l'anneau de celui qu'il destine à la main gauche, et, laissant l'autre chef passer librement dans l'anneau du second porte-fil, il l'attache à la balle de plomb, qui se trouve ainsi suspendue à son extrémité. Celle-ci, par son poids, maintient constamment le fil au degré de tension convenable quels que soient l'éloignement ou le rapprochement alternatifs des deux tiges, sans que le chirurgien ait besoin de s'en occuper lui-même ou de confier ce soin à un aide.

L'opérateur, après avoir porté le doigt indicateur de la main gauche sur le pédicule de la tumeur, conduit sur lui les deux porte-fils réunis, et lorsqu'ils sont arrivés au niveau de ce pédicule, il retient le premier immobile dans la main gauche, tandis que de la main droite il dirige l'autre autour de la tumeur sans avoir en aucune façon à s'inquiéter du fil. Lorsque le porte-fil a fait le tour de celle-ci, le fil est nécessairement enroulé autour de son pédicule, et exactement appliqué sur lui par la traction qu'exerce le poids de la balle de plomb.

Alors, l'opérateur réunissant les deux tiges dans la main gauche, les tient exactement appliquées l'une contre l'autre, détache les deux extrémités du fil et le débarrasse de la balle de plomb désormais inutile ; il introduit à la fois les fils et les tiges dans l'anneau du serre-nœud provisoire qu'il fait glisser sur eux jusqu'au col de la tumeur. Le fil étant alors retenu par cet anneau, il retire les deux tiges sans aucune crainte de le déplacer ; il en introduit ensuite les deux chefs dans l'anneau du serre-nœud de Desault qui glisse sur le fil et vient s'appliquer exactement au pédicule du polype ; en passant dans l'anneau du serre-nœud provisoire qui est aussitôt retiré, le fil est enfin fixé dans la fente du serre-nœud définitif suivant le procédé ordinaire.

Cet appareil a déjà été, dans les premiers jours du mois, mis en usage par M. Lucien Boyer sur une jeune femme épuisée par les blennorrhagies dues à un polype de l'utérus, qui s'est détaché le neuvième jour après la ligature ; la malade est aujourd'hui en convalescence. Il offre des avantages qui seront facilement appréciés des opérateurs habitués aux difficultés que présente quelquefois la ligature des polypes contenus dans la profondeur des organes génitaux de la femme.

— La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 janvier 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Magne adresse un mémoire sur les trois lumières de l'œil. — Feu le professeur Sanson commença à observer en 1836, et signala à sa clinique en 1837, que lorsqu'au devant de l'œil d'un amaurotique dont la pupille est dilatée, on présente une bougie, l'on distingue toujours trois images de la flamme se succédant d'avant en arrière. La première, l'antérieure, la plus vive, est droite ; la seconde, ou moyenne, moins éclatante, est renversée, et la troisième, ou postérieure, beaucoup plus pâle que les deux autres, est droite comme la première. Sanson et ses élèves arrivèrent aux mêmes résultats ; voici ce qu'ils constatèrent : l'image droite antérieure est produite par la cornée ; la moyenne renversée est due au segment postérieur de la capsule cristalline ; la droite postérieure provient du segment antérieur de cette même capsule. L'opacité de la cornée détruit les trois images. L'opacité de la capsule antérieure fait disparaître les deux images postérieures. L'opacité de la capsule postérieure empêche la production de l'image renversée. En d'autres termes, dans la cataracte capsulaire postérieure on ne voit pas la lumière moyenne ou renversée ; dans la cataracte capsulaire antérieure, la lumière antérieure droite est seule visible, de même pour la cataracte capsulo-lenticulaire. Les expériences de M. Pasquet, jointes à celles-ci, confirmèrent cette conclusion qu'une cataracte, même commençante, peut toujours être distinguée de l'amaurose et du glaucôme. Dans le glaucôme et l'amaurose, en effet, l'altération ne portant nullement sur l'appareil du cristallin, on rencontre toujours les trois images de la flamme.

— *MM. Désirabode* père et fils adressent un mémoire en réponse à celui adressé par *M. Lefoulon* sur les moyens de prévenir et de corriger les vices de la seconde dentition. Ce travail se termine ainsi :

Des observations que nous venons d'avoir l'honneur de soumettre à l'Académie, nous nous croyons en droit de conclure, contrairement à l'opinion du praticien qui les a provoquées :

1° Que l'arc alvéolaire, complétement immuable dans l'intervalle qui sépare les deux dentitions, ou pour parler d'une manière plus explicite, dans l'intervalle qui sépare la fin de la première du commencement de la seconde, et ne se développant qu'au fur et à mesure de l'apparition des dents permanentes, il est rationnel d'admettre avec Fox, Bunon, Bourdet et M. Duval, que l'enlèvement, dans certains cas assez fréquents, des dents primitives, est un moyen auquel on est souvent forcé d'avoir recours pour favoriser l'arrangement régulier de celles qui doivent les remplacer. L'expérience de tous les jours prouve les dangers de la méthode contraire ;

2° Que si l'art possède des moyens de remédier à plusieurs cas de difformité de la denture, ces moyens ne sont en réalité que ce qu'ils étaient il y a long-temps, et que si les praticiens anciens avaient moins souvent recours que nous à leur emploi, c'est qu'ils étaient mieux pénétrés des mécomptes qu'on éprouve à cet égard, et qu'ils avaient souvent vu que les tentatives devenaient infructueuses ou que les résultats n'étaient obtenus que par la perte consécutive des dents sur lesquelles on avait agi.

3° Que chercher à développer la voûte palatine par des ressorts ou tout autre agent mécanique, comme moyen de corriger les défectuosités de la denture provenant de l'extrême étroitesse de cette voûte osseuse, est une idée complétement chimérique, l'expérience démontrant que tout ce qu'on pourrait obtenir à cet égard serait de faire obliquer certaines parties de cette denture, surtout si l'on prenait appui sur le bord libre des dents, et le raisonnement faisant pressentir qu'une puissance disposée pour concentrer son action sur les os qui forment la voûte palatine, les séparerait plutôt les uns des autres qu'elle ne les allongerait ou ne les évaserait dans leur corps même.

— *M. Lieutaud*, chirurgien de marine, adresse un mémoire sur l'histoire naturelle et les propriétés médicales du chanvre indien.

Cette espèce de chanvre, que beaucoup de botanistes regardent comme le même que notre chanvre commun (*cannabis sativa*), acquiert, sous l'influence combinée du climat chaud de l'Inde et du sol sur lequel on la cultive, des propriétés narcotiques très actives, qui la rendent un médicament précieux contre la plupart des affections convulsives.

Il expose dans ce mémoire, d'après les renseignements précis qui lui ont été fournis par les docteurs Monad et Jackson de Calcutta, tous les détails sur la culture de cette plante, qui pourraient être consultés avant de choisir les terrains, les amendements et les engrais convenables aux essais à entreprendre dans nos colonies. Il insiste plus particulièrement sur celle de ces conditions qui lui paraît la plus fa-

vorable au développement du principe actif du chanvre, c'est la présence des sels nitreux dans les terrains où la culture de cette plante réussit le mieux.

Les propriétés enivrantes du chanvre sont connues des populations de l'Inde depuis un temps immémorial. Il donne quelques détails sur les diverses préparations enivrantes, en usage parmi les habitants de Calcutta, d'après les indications du professeur de matière médicale O'Shanguesy.

Pendant un séjour de deux ans dans l'Indo-Chine, il a pu souvent observer les phénomènes physiologiques qui caractérisent l'ivresse du chanvre. L'auteur les décrit avec étendue en les comparant aux effets que produit l'opium chez les fumeurs chinois.

La partie la plus importante de ce mémoire se rapporte aux divers essais thérapeutiques tentés dans les hôpitaux de Calcutta avec la résine du chanvre par les docteurs O'Brien, Raleigh, O'Shanguesy, Esdale, etc. Ces essais constatent d'une manière évidente les bons effets que l'on peut retirer de l'emploi de cette substance dans le rhumatisme articulaire, le tétanos, la rage, le choléra asiatique, le delirium tremens et les convulsions des enfants.

— *M. Baitleul* adresse pour le prix Monthyon des considérations générales sur la variole confluente; de son traitement par la désinfection.

— *Anatomie chez les Chinois.* — *M. Lieutaud* adresse à l'Académie des sciences la copie d'une planche d'anatomie chinoise trouvée à Tching-Haë, avec une explication des viscères qui y sont représentés.

La planche anatomique dont l'explication fait le sujet de la note qu'on va lire, m'a été vendue, ainsi que quelques autres qui seront présentées plus tard à l'Académie, par un médecin de Tching-Haë, après la prise de cette ville par l'armée anglaise le 14 octobre 1841.

Ces planches, comme nous l'apprend la date inscrite sur une d'elles, ont été gravées en l'année 1576, c'est-à-dire à une époque où les Chinois ne pouvaient avoir reçu aucune communication sur l'état de nos connaissances anatomiques en Europe. Le texte qui les accompagne a été traduit par M. Julien.

Le dessin original dont je présente la copie ci-jointe, représente la forme et la position des viscères, tels que les médecins chinois les conçoivent. Il est intitulé : *Description des organes du corps de l'homme.*

Ces organes sont divisés en deux classes : les *tsang* qui correspondent à nos viscères parenchymenteux et qui sont au nombre de cinq, savoir, les poumons, le cœur, le foie, la rate et le rein; les *fou* ou viscères membraneux, au nombre de six : le gros et le petit intestin, l'estomac, la vessie, la vésicule du fiel et les trois *tziao*.

Le cerveau n'est pas compris parmi ces organes; il est désigné dans la planche sous le nom de *mère de la moelle*, laquelle se prolonge jusqu'à l'os de la queue du coccyx.

L'orifice de l'air, *ke*, conduit ce fluide dans un canal correspondant à la trachée-artère dont les cerceaux cartilagineux sont assez bien indiqués.

Ce canal, arrivé à la partie supérieure du thorax, se divise en sept canaux secondaires :

Quatre à gauche se rendent aux lobes pulmonaires de ce côté.

Un au centre se rend au cœur.

Deux à droite se rendent aux lobes pulmonaires droits.

Les poumons, *fe*, au nombre de deux, sont logés dans la cavité thoracique; ils sont divisés en six lobes, deux à droite, quatre à gauche, suspendus aux subdivisions de la trachée et disposés comme les pétales d'une fleur autour du cœur qui, placé au centre, en représenterait assez exactement le pistil.

Le cœur, *sin*, placé dans le thorax au milieu des lobes pulmonaires, paraît suspendu par sa base à la trachée. Sa pointe est inclinée à droite, sa base est tournée en haut et à gauche; elle est recouverte par le péricarde *paou lo* (mot à mot, enveloppe de l'artère), constitué par sept lamelles imbriquées se recouvrant par la moitié.

De cette base qui reçoit le canal de l'air, partent trois autres canaux qui mettent le cœur en communication avec les viscères de l'abdomen.

Celui de gauche descend le long de la colonne vertébrale pour se rendre au rein.

Celui du centre se rend au foie,

Celui de droite à la rate.

Le cœur et les poumons sont séparés des viscères abdominaux par le diaphragme *kih mo* (mot à mot, peau de la poitrine), adhèrent à l'épine dorsale, aux côtes et à la peau du ventre. Il remplit, dit le texte, l'office d'un rideau qui empêche les émanations grossières de remonter dans le thorax.

Au-dessous du diaphragme, nous voyons dans la cavité abdominale, 1° à droite, l'estomac *wé*, représenté à peu près sous sa forme réelle; il reçoit les aliments par l'œsophage dont l'orifice supérieur est dessiné à côté de celui de l'air et qui communique avec l'estomac par l'ouverture cardiaque *fün mum*.

La face supérieure de l'estomac est recouverte par l'épiploon *tché man*.

A droite de l'estomac communique l'orifice pylorique *yeou mer* (mot à mot, porte obscure) avec les circonvolutions du petit intestin *seou tchang*, qui remplissent toute la partie supérieure de la cavité abdominale.

Le petit intestin s'abouche avec le gros intestin par la porte *lan mun* (valvule iléo-cœcale) où se fait la séparation des parties solides et des parties fluides du bol alimentaire. Tandis que ces dernières se rendent dans la vessie, les résidus solides de la digestion parcourent les circonvolutions intestinales et viennent aboutir à l'intestin droit (rectum) *thé tchang*, lequel vient s'ouvrir à l'anus.

La vessie *pang-kouang*, dont la partie supérieure est cachée sous les circonvolutions intestinales, s'ouvre à l'extérieur par le canal de l'urine *ncaou*, qui vient s'accoler dans la verge au canal excréteur du sperme ou *tsing*.

A droite et un peu au-dessus de l'estomac se voit la rate *pe*, qui communique directement avec le cœur à travers le diaphragme par un long canal.

A gauche et au-dessus de l'estomac sont placés les lobes du foie *kan*, représentés comme ceux du poumon, par des appendices foliacés groupés sur le canal qui vient du cœur, comme les pétales d'une fleur autour de leur pédoncule, de manière à entourer la vésicule du fiel *tau*, placée au centre des lobes hépatiques, comme le pistil au milieu des pétales.

Enfin nous voyons tout à fait en arrière et à gauche, suspendu contre la colonne vertébrale, le rein *chin*, aussi en communication avec le cœur par un long vaisseau et recouvert de plusieurs membranes ou enveloppes. Ce viscère, qui pour les physiologistes chinois est l'organe essentiel de la génération, chargé spécialement de la fabrication du sperme, excrète ce dernier liquide par un long canal qui descend le long de la colonne vertébrale, croise le rectum et vient s'accoler dans la verge au canal de l'urètre.

Les idées que se forment les médecins chinois sur la figure et la position des viscères, sont loin d'être exactes, comme nous venons de le voir. En jetant les yeux sur le dessin de *Tching-Haë*, il est facile de s'apercevoir que ce dessin a dû être tracé par quelqu'un qui ayant vu une préparation imparfaite des viscères intérieurs, aurait ensuite représenté ces viscères de mémoire, et en faisant concorder leur arrangement avec les fonctions qu'ils sont censés accomplir. C'est ainsi, par exemple, que ce long canal qui fait communiquer ensemble le cœur et le rein, puis descend jusqu'à la verge, et qui par parenthèse suit à peu près le même trajet que le tronc aortique, a été évidemment représenté conformément à la théorie physiologique des Chinois sur la génération. Ils admettent, en effet, que les éléments du sperme qui s'élabore dans le rein, sont fournis par le cœur, qui, disent-ils, envoie un fluide subtil dans cet organe, où il est transformé en liquide générateur ou semence, transmis au dehors par le *tsing* (mot à mot, par où le sperme est distribué).

Il existe une singulière analogie entre la théorie de la sécrétion urinaire, telle que la conçoivent les Chinois, et celle admise par les médecins grecs qui ont précédé Galien, qui admettaient eux aussi que les urines se séparaient des aliments dans le tube intestinal, d'où elles passaient directement dans la vessie par des pores ou des vaisseaux imaginaires. On sait que cette opinion erronée a été partagée pendant long-temps par un certain nombre de médecins européens, et que les véritables fonctions du rein étaient encore si peu répandues du temps de Haller, que ce grand physiologiste se crut obligé de faire quelques efforts pour les faire admettre généralement.

En tête de la planche dont l'explication fait le sujet de cet article, se trouve un exposé des fonctions des organes qu'elle représente, conforme aux idées physiologiques des médecins chinois: Mais cet exposé, évidemment incomplet et tronqué, ne donne qu'un aperçu très peu intelligible de leurs théories.

Le premier organe, celui qu'ils placent à la tête de tous les autres, eu égard à l'importance de ses fonctions, c'est le cœur en qui réside le *pih* ou âme sensitive. Il tient en quelque sorte sous sa dépendance tous les autres viscères avec lesquels il communique, comme nous l'avons vu.

Après le cœur vient le foie, siége du *hivars* ou âme intelligente; les modèles et le plan, dit le texte, émanent de lui. La vésicule du fiel est la source des déterminations hardies.

Le troisième organe essentiel est le centre de la poitrine *cheuchung* qui correspond aux poumons, et dans lequel siége l'âme vitale, le souffle *ke*, dont l'apparition à l'époque de la naissance signale l'arrivée de l'homme dans le monde extérieur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Janvier 1844.)

Mémoire sur la courbature accidentelle et la fracture incomplète des os longs chez les enfants; par le docteur THORE.

Mémoire non terminé, sur lequel nous reviendrons.

Recherches sur la structure spongieuse de la rate; par le Dr VICLA.

Ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

La rupture de la rate est un accident très rare. Il est ordinairement précédé d'un travail morbide congestionnel, inflammatoire ou hypertrophique, dans la rate, dont il est la conséquence et l'un des modes de terminaison. Une douleur dans la région splénique, le ballonnement du ventre, quelquefois des nausées ou même des vomissements, la constipation, la fréquence et la petitesse croissante du pouls, les lipothymies et même la syncope; l'intégrité des fonctions intellectuelles jusqu'au dernier moment, malgré les souffrances et une anxiété des plus vives, sont les symptômes observés le plus souvent; mais il y a, à cet égard, des différences et des variétés nombreuses. La mort a été jusqu'ici la terminaison commune et ordinairement prompte. Le terme varie de quelques heures à six jours. La forme de la déchirure est linéaire, angulaire ou arrondie. La quantité de sang épanché est ordinairement abondante. Une partie est coagulée, l'autre reste liquide. Cet accident n'est pas suivi de péritonite. La rupture de la rate est difficile à reconnaître. Ses symptômes sont faciles à confondre avec ceux qui résultent de la perforation du canal digestif, de la déchirure d'un gros vaisseau de l'abdomen. Elle présente aussi des analogies nombreuses avec la péritonite circonscrite ou générale et même avec la pleurésie, la péricardite ou la pleuro-pneumonie. Le traitement de cet accident, si l'ensemble des symptômes autorisait à le soupçonner, devrait consister dans l'emploi raisonné des hémostatiques et de l'opium à haute dose.

Du traitement de la goutte par les eaux de Vichy; par le Dr F. RILLIET, de Genève.

Dans ce mémoire, l'auteur rappelle et examine toutes les discussions que cette question a soulevées dans la presse et dans les académies; il expose les résultats de ses propres observations, et il arrive aux conclusions générales qui suivent :

Nous croyons donc, en dernière analyse, que les Thermes de Vichy, comme bon nombre d'autres, peuvent prévenir, atténuer et guérir la goutte; 1° par le régime auquel les malades sont soumis pendant la saison du traitement; 2° par l'eau prise à l'intérieur et employé à l'extérieur; 3° par les principes minéralisateurs que ces eaux contiennent, et qui, pour la plupart, ont un effet diaphorétique, diurétique, purgatif, résolutif ou digestif.

L'auteur énumère, en outre, les motifs qui l'engagent à préférer les eaux de Vichy aux autres sources minérales.

Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon chez les enfants; par MM. LEGENDRE et BAILLY.

Mémoire non terminé, en opposition avec les idées généralement admises depuis les travaux des observateurs récents, et sur lequel nous reviendrons plus tard.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'application de l'eau bouillante, de l'éther enflammé, de l'alcool dans certaines maladies; par M. CONWAY J. EDWARDS.

L'auteur se sert des alcooliques enflammés, ainsi que de l'eau bouillante, comme de puissants excitants de la peau, et des révulsifs. Il cite quelques cas de convulsions opiniâtres qui cessèrent immédiatement après qu'on eût allumé de l'éther, avec lequel on avait mouillé l'épine dorsale. Dans un cas de croup, on entoura le cou avec de la flanelle trempée dans de l'eau bouillante, ce qui provoqua immédiatement des vésicules. L'amélioration fut prompte.

(*Prov. med. surgic. Journ.*)

Solution de Fricke contre les condilomes.

Libay a constaté l'efficacité de la solution de Fricke, appliquée extérieurement contre les condilomes.

Pr.	Sulfate de zinc	8 grammes.
	Eau végéto-minérale,	180

Cette solution agit lentement, mais ne détruit pas moins les condylomes. (*Œsterr. med. Jahrb.*)

NOUVELLES.

On a distribué hier à la Chambre des députés le rapport de M. Vitet sur le projet de loi des patentes. C'est un des premiers projets de loi à l'ordre du jour après la discussion de l'adresse.

— M. le docteur Taillefer, membre correspondant de l'Académie de médecine, est porté par l'opposition aux élections prochaines de Sarlat (Dordogne).

Si cette candidature réussit, le département de la Dordogne sera représenté par deux députés médecins, MM. Dezeimeris et Taillefer. On sait aussi que depuis quelques années, dans le même département, l'élection du maréchal Bugeaud est de plus en plus disputée par la candidature de M. le docteur Chavoix.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce a décidé que les membres du jury de la Seine, pour l'exposition de l'industrie, seraient choisis dans les catégories qu'il a déterminées, et nommés dans ces catégories par le préfet de la Seine. Voici les nominations faites dans les catégories qui nous concernent : section de médecine et de chirurgie de l'Institut, M. Velpeau; Conseil de salubrité, MM. Payen et Bussi.

— On écrit de Carcassonne :

M. Basié, artiste vétérinaire dans le 9e chasseurs, marié depuis vingt jours, est mort de la morve, dont il a été atteint en donnant ses soins aux chevaux placés dans l'infirmerie. Il paraît que la contagion de cette cruelle maladie s'est communiquée, au moyen de l'odorat, de l'animal au maître; celui-ci, animé d'un zèle peu commun, ayant l'imprudente habitude de flairer les déjections nasales pour s'assurer de la réalité ou du degré d'intensité de la maladie. (*Observateur des Pyrénées.*)

— Le 26 janvier, M. EDOUARD ROBIN ouvrira, par la Chimie, par la Physique et l'Histoire naturelle, de nouveaux Cours préparatoires au Baccalauréat ès-sciences, et au premier examen de médecine. Le Cours de Chimie sera commencé à midi, celui de Physique à deux heures, et celui d'Histoire naturelle à trois heures et demie.

— Nous avons reçu de M. Deguise une lettre que le défaut absolu de place nous force à renvoyer au prochain numéro.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 11. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

Tubercules muqueux au sein. — Question importante de médecine légale.

Le 18 octobre 1843 est entrée à l'hôpital la nommée Virginie Painson, âgée de vingt-trois ans, journalière (salle Saint-Alexis, 37).

D'une bonne constitution, habituellement bien portante, cette femme déclare être malade depuis six semaines environ. A cette époque, si l'on en croit son récit, il lui serait survenu au sein droit d'abord, puis au sein gauche, un petit bouton rouge qui s'est depuis lors toujours accru et élargi. Aujourd'hui, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, les deux membres sont couverts par une ulcération reposant sur une base large comme une pièce de cinq francs environ à droite, et comme une pièce de deux francs à gauche. Cette base engorgée est d'une couleur rouge-vineux. Le fond de l'ulcère est grisâtre; les bords en sont aplatis et présentent l'aspect d'une plaie en voie de cicatrisation. Interrogée sur les causes de cette affection, la malade prétend l'avoir contractée en nourrissant un enfant qui est mort le mois dernier. Cet enfant avait, dit la malade, le corps couvert de croûtes qui suintaient; sa langue était aussi recouverte de petits ulcères.

Il y a quinze jours, dit-elle, elle s'est aperçue de l'éruption de petits boutons sur les grandes lèvres, boutons qui auraient été remplacés par de petites ulcérations. L'examen des parties génitales fait reconnaître l'existence de petits chancres, les uns en voie de cicatrisation, les autres à leur maximum de développement. Les amygdales et les piliers du voile du palais sont recouverts de tubercules muqueux. La malade affirme que le mal de gorge ne remonte pas à plus d'une vingtaine de jours environ, à peu près au même moment que son mal au sein.

Cautérisation avec le nitrate d'argent; deux pilules de proto-iodure de mercure.

Le 2 novembre, apparition sur la peau du tronc de taches de roséole syphilitique; les chancres sont presque entièrement guéris ainsi que les tubercules muqueux, qui diminuent et s'affaissent.

Le 27 décembre, la malade sort entièrement rétablie, tant sous le rapport des symptômes locaux que sous celui de la santé générale.

— La question médico-légale qui se présente dans ce fait est celle-ci: La nourrice demandait aux parents de son nourrisson des dommages-intérêts, prétendant que c'était l'enfant qui l'avait rendue malade, et elle réclamait de M. Cullerier un certificat à l'appui de sa demande. Ce certificat devait-il lui être accordé, et pouvait-on penser que les tubercules muqueux développés aux mamelons eussent été déterminés par une syphilis constitutionnelle dont aurait été affecté l'enfant?

La question est complexe, et nous allons chercher à la résoudre après l'avoir envisagée sous tous les points de vue.

Et d'abord, les fait se sont-ils passés comme la malade le déclare? Les phénomènes ont-ils suivi l'ordre de succession qu'elle leur assigne? Nous sommes fort loin d'en être convaincu. Il est extrêmement fréquent de voir les malades chercher à tromper les médecins, surtout quand ils ont un intérêt à le faire; intérêt qui dans cette circonstance était évident. Puis, n'eût-on eu que ce motif, et nous verrons qu'il y en avait bien d'autres, la contradiction de deux réponses de la malade eût suffi pour faire douter de sa véracité. Dans un premier interrogatoire, elle avait dit être malade depuis six semaines; dans un second, elle fit remonter à vingt jours seulement les accidents développés dans la bouche: accidents, ajouta-t-elle, qui dataient de la même époque que ceux des seins.

Mais là n'est point la seule raison qui devait nous faire repousser l'assertion de la malade. L'enfant auquel elle avait servi de nourrice était, disait-elle, né de parents malades et présentait sur la peau et dans la bouche des symptômes que l'on ne pouvait rapporter qu'à une vérole constitutionnelle. Or, d'après la théorie que dans ces derniers temps M. Ricord a donnée de la maladie vénérienne, théorie que sanctionnent chaque jour l'observation et l'expérience, il est un fait certain contre lequel on ne peut désormais élever aucun doute, c'est celui-ci: que les accidents constitutionnels de la syphilis ne peuvent jamais s'inoculer ou se transmettre par contact direct; que les accidents primitifs, c'est-à-dire le *chancre*, sont les seuls qui puissent se transmettre de cette manière. Que pourrait présenter l'enfant dans les points du corps qui pouvaient se trouver en contact avec le sein de la nourrice? Des tubercules muqueux aux lèvres et aux commissures, et des ulcères syphilitiques secondaires dans la bouche, tous symptômes spécifiques, il est vrai, qui eussent exigé pour être entièrement guéris, l'emploi d'un traitement mercuriel, mais qui n'étaient pas transmissibles par contact; conséquemment on devait tout d'abord rejeter cette idée, que l'enfant né avec des accidents secondaires eût pu infecter la malade qui se présentait à notre examen. Telle fut l'opinion de M. Cullerier, qui adopte pleinement les opinions de M. Ricord, et qui chaque jour est à même dans sa pratique d'en apprécier la justesse.

Ce n'est pas que nous prétendions d'une manière absolue, et sans aucune restriction, que l'enfant ne puisse jamais transmettre la vérole à sa nourrice. Mais alors les conditions changent, et voici comme la chose aura lieu. Ce ne seront plus des accidents secondaires qu'aura présentés l'enfant, ce seront des accidents primitifs et contractés directement par le contact d'une partie malade. L'enfant ne naîtra pas malade constitutionnellement; mais la mère ayant des chancres à la vulve, ou aux grandes lèvres, ou dans le vagin, etc., la muqueuse des lèvres de l'enfant, au moment du passage, se sera trouvée en contact avec un des ulcères primitifs spécifiques; la contagion aura eu lieu, un chancre se sera développé dans la bouche, et l'on conçoit facilement la possibilité d'une transmission pareille du chancre de l'enfant au sein de la nourrice. Alors, dans le cas où l'on serait appelé à une époque où existeraient au sein de la nourrice des tubercules muqueux seulement, il faudrait admettre que les chancres, une fois cicatrisés, auraient été remplacés par des accidents secondaires résultant d'une infection constitutionnelle. Et nous devons dire, à ce propos, que si elle est possible à la rigueur, cette infection des lèvres de l'enfant par un chancre existant à la vulve de la mère, elle doit être excessivement rare, la vulve étant lubrifiée au moment de l'accouchement par une grande quantité de liquides, les eaux de l'amnios, etc., et l'enfant étant recouvert d'un enduit sébacé qui rend très malaisée l'application directe du virus sur les surfaces muqueuses de la bouche. Cependant, si difficile qu'elle soit, elle n'est point impossible. On en a vu des exemples bien constatés et authentiques. Il en est de même de l'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés, qui peut, quoique dans des cas plus rares qu'on ne se l'imagine généralement, avoir été contractée par l'enfant au moment de la naissance, lorsque la mère est affectée d'un écoulement blennorrhagique.

Un homme dont les ouvrages jusqu'à ces derniers temps étaient peu connus en France, qui était loin, au moment où il écrivait, de posséder toutes les ressources qui sont à la disposition des médecins de nos jours, mais dont le génie semble avoir prévu un grand nombre des découvertes qui ont été faites récemment, John Hunter avait lui-même cette idée que nous nous efforçons de développer ici, et que nous trouvons en germe dans son Traité de la syphilis: « On voit apparaître, dit-il, la maladie vénérienne aux mamelons des nourrices qui donnent à teter à des enfants dont la bouche est le siége de l'infection, parce que ces enfants ont reçu la maladie en traversant les parties génitales infectées de leurs mères. » (Tome II, page 184).

Mais ici, M. Cullerier n'eut point à rechercher aussi loin l'explication du fait, très simple en lui-même, qu'il était appelé à observer. La malade, en effet, présentait aux parties génitales un nombre assez considérable de chancres, les uns à leur maximum de développement, les autres en voie de réparation. Il était donc inutile de pousser plus loin les recherches, les phénomènes existant au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital étant plus que suffisants pour ne laisser aucun doute à l'esprit du chirurgien.

Nous avons dit plus haut les raisons qui, dans le cas particulier qui nous occupe, obligèrent M. Cullerier à ne tenir aucun compte des assertions de la malade, et à regarder comme non avenus tous les renseignements qu'elle donna tant sur la manière dont les chancres de la vulve s'étaient produits que sur l'époque de leur apparition. Ici, une nouvelle question se présente, non moins importante.

En supposant que les chancres de la vulve aient été la cause déterminante de l'infection constitutionnelle à la suite de laquelle ont apparu les tubercules muqueux des mamelons, comment pourrait-on expliquer la présence simultanée des accidents primitifs, les chancres, et des accidents secondaires, puisque, selon la doctrine nouvelle, les accidents secondaires ne se montrent guère qu'au bout d'un ou deux mois après l'apparition des accidents primitifs, époque à laquelle ont souvent disparu ces accidents primitifs? La réponse est facile.

Le chancre, à quelque variété qu'il appartienne, a deux périodes bien distinctes, l'une d'augment ou de progrès, l'autre

FEUILLETON.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES TRAVAUX DE LA COMMISSION DE QUARANTENAIRE RUSSE;

Par CLOT-BEY.

Il y a douze ans qu'un médecin anglais, le docteur Henry, découvrit par des expériences que l'action du calorique détruisait les virus de la petite vérole, du vaccin, de la syphilis, etc., etc. Supposant l'existence d'un virus dans la peste, il fut conduit à penser par induction qu'il pourrait rendre impuissant, en se servant du même moyen, ce terrible agent de la contagion. Ses observations se trouvent consignées dans le *Philosophical magazine and annals of philosophy*. Nouvelles séries, n° 59, novembre 1821; n° 61, janvier 1832.

Plus tard, d'autres médecins ont reproduit la même opinion. La Russie, qui entretient plus qu'aucune autre puissance des rapports avec la Turquie, et qui a par conséquent un très grand intérêt à débarrasser son commerce des entraves de la quarantaine, s'est emparée de l'idée du docteur Henry. Elle a fait faire dans le lazaret d'Odessa des expériences qui ont prouvé:

1° Que la chaleur pénètre facilement dans le centre des balles de coton, bien qu'elles aient été pressées par la presse hydraulique;

2° Que la laine et le coton ne perdent aucunes de leurs qualités: les poils en sont plus cassants étant chauds, mais ils reprennent leur premier état à mesure qu'ils se refroidissent;

3° Que les couleurs, de quelques nuances qu'elles soient, non plus que les tissus, n'éprouvent aucune altération;

4° Que de grandes dépenses ne sont pas nécessaires pour la construction des étuves: une simple chambre chauffée par un poêle pourrait suffire.

Il resterait à s'assurer si le prétendu virus pestilentiel était détruit par le même moyen que les autres virus. Pour résoudre cette question, il fut envoyé en Egypte une commission composée de trois hommes d'un grand mérite, MM. Ulratschxo, Tchernikoff et Oumanitz, les deux premiers, médecins, et ce dernier, directeur du lazaret d'Odessa. Ces messieurs arrivèrent au Caire dans le mois de février. Le vice-roi, sur la demande du consul-général de Russie, leur avait permis de faire des expériences, et avait chargé le Conseil général de santé et M. Gaetani-Bey, son médecin particulier, de les aider par tous les moyens en leur pouvoir, et de suivre leurs travaux. Les circonstances étaient alors des plus favorables, la peste existait au Caire et sur divers points de l'Egypte à l'état sporadique: ce qui est d'une grande importance; car si elle eût régné épidémiquement, les expériences auraient été sans résultat certain, et on n'aurait pas pu distinguer ce qui est produit par l'influence épidémique de ce qui l'était par l'agent pestilentiel contenu dans les hardes.

Des effets aussi contaminés que possible, consistant en chemises, caleçons, gilets, draps de lit, couvertures en laine, qui ont été pris sur des pestiférés dont la maladie était bien caractérisée, ont été mis dans une étuve à une chaleur de 50 à 60° Réaumur pendant quarante-huit heures, les uns étendus sur des cordes, d'autres agglomérés en paquets, d'autres contenus dans des boîtes en fer-blanc hermétiquement fermées; on les a fait ensuite revêtir sur la peau pendant quinze jours par 56 individus qui avaient été préalablement soumis à une quarantaine d'observation, et aucun d'eux n'a contracté la peste.

Ces expériences ont été faites avec la plus scrupuleuse exactitude, en présence des membres du Conseil général de santé et de plusieurs autres médecins. Leur authenticité est constatée par des procès-verbaux, rien ne peut être objecté contre leur valeur; il est impossible d'alléguer l'inaptitude, l'innocuité, car le nombre de ceux qui ont été soumis à ces expériences est trop grand. Les personnes qui ont subi l'épreuve étaient saines; elles n'avaient ni plaies, ni cautères, ce qui est considéré comme un préservatif par les Orientaux; aucune d'elles n'avait été antérieurement atteinte de peste, ce qui, aux yeux de beaucoup de personnes, est une chance de moins pour la contracter, et elles étaient toutes d'âge, de constitution, de tempérament et de pays différents; il y avait des indigènes de diverses parties de l'Egypte, des Nubiens, des Syriens, des Turcs.

Si une ou plusieurs des personnes soumises aux expériences eussent été atteintes de la peste, cela ne prouverait pas que le moyen de désinfection est impuissant, car elles se trouvaient, comme le reste de la population du Caire, sous l'influence de la constitution pestilentielle régnante. Si les causes morbides avaient été intenses, on peut dire avec probabilité que quelques-uns de ces individus auraient été atteints.

Du reste, quoique je n'admette point que dans les hardes que l'on regardait comme contaminées, existât un virus ou des miasmes (et cela est suffisamment démontré par la contre-épreuve qui s'est faite naturellement par les quarante-six individus qui ont soigné les pestiférés et touché leurs hardes), je suis convaincu néanmoins que l'action de la chaleur est suffisante pour neutraliser, détruire, virus ou miasmes.

J'ai suivi avec un vif intérêt les travaux de la commission russe; c'est qu'en prouvant d'une manière évidente que le contact des hardes contaminées devient inoffensif après qu'elles ont été soumises pendant quarante-huit heures à 60 degrés de chaleur, ces expériences amèneront certainement des améliorations dans les mesures quarantenaires et les moyens de purification, et qu'elles prépareront ainsi la réforme radicale des lazarets, qui ne peut manquer d'avoir lieu lorsqu'on aura approfondi la question de contagion et de non-contagion.

Nous croyons que les expériences auraient eu les mêmes résultats si les effets n'eussent pas été passés par la chaleur. Nous avons de puissantes raisons pour penser ainsi, car sur 49 personnes, domestiques, infirmiers, ou chirurgiens, qui ont soigné les pestiférés, touché leur effets, couché dans leurs chambres, fait des autopsies, qui ont pris avec leurs mains, sans précaution, toutes les hardes avec lesquelles ont eu lieu les expériences, aucune n'a contracté la maladie.

N'est-ce pas là une contre-épreuve des travaux de la commission? Que peut-on objecter contre de pareils faits? On ne peut pas plus alléguer pour ces 49 compromis l'innocuité, l'inaptitude à contracter la maladie que pour les 56 personnes qui ont servi dans les épreuves.

Que l'on adopte le mode de désinfection dont les expériences de la commission russe ont prouvé l'efficacité. Les méthodes de désinfection

de réparation. Toujours inoculable avec succès dans la première période, il perd à la seconde période sa propriété spécifique, sa faculté de se reproduire par contact direct. Or, pour qu'un chancre abandonné à lui-même, arrive à la période de réparation, il faut admettre qu'il ait au moins trois semaines d'existence. C'est rarement avant le troisième septénaire, très souvent après, que commence cette cicatrisation. La malade avait donc été infectée localement plus de trois semaines avant son admission dans le service de M. Cullerier, puisque quelques-uns des chancres étaient en voie de réparation. Eh bien! il résulte des observations nombreuses de M. Ricord, observations dont il a bien voulu nous communiquer récemment les derniers résultats, que la limite inférieure de l'apparition des accidents secondaires, après l'infection primitive, peut être de deux semaines seulement. Il a vu quelquefois, rarement à la vérité, les symptômes secondaires se montrer au bout de ce court espace de temps, et dans tous les cas il est fréquent de les voir survenir après trois semaines. La femme qui fait le sujet de l'observation précédente était donc infectée depuis un temps assez long pour que les accidents secondaires pussent apparaître sans que l'on eût le moindre sujet de s'en étonner.

Elle ne présentait, il est vrai, aucun chancre avec ce caractère qui fait reconnaître au premier coup d'œil que la constitution est prise, nous voulons parler de l'induration. Mais, outre qu'il est possible qu'un chancre induré ait échappé à l'investigation minutieuse que fit M. Cullerier, et la chose est facile à admettre, vu la profondeur des organes et leur disposition, il n'est pas nécessaire que l'induration ait eu lieu pour que des accidents secondaires se soient manifestés. Un chancre induré indique toujours que la constitution est prise, mais des chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins toutes leurs propriétés sous tous les rapports et sous celui de la production des accidents consécutifs en particulier. D'ailleurs, M. Cullerier pense que le chancre s'indure beaucoup moins facilement chez la femme que chez l'homme, et alors il regarde la plaque muqueuse comme le premier signe indiquant l'infection constitutionnelle.

Les plaies de la vulve étaient-elles bien certainement des chancres, et n'aurait on pas dû tenter l'inoculation pour s'assurer de leur nature? M. Cullerier n'a point jugé utile de recourir à l'inoculation dans ce cas. Autant elle est utile quand il y a doute, lorsque, par exemple, une plaie suspecte existe sur un point du corps qui n'est pas ordinairement en contact avec les parties le plus ordinairement le siége de l'affection syphilitique, autant elle est inutile lorsque l'on a affaire à ces parties. Si elle était nécessaire dans le cas que nous avons publié en détail dans ce journal il y a quelques semaines (*voir* le numéro du 21 décembre), pour juger de la nature d'une plaie que présentait une malade à l'un des doigts, elle était ici complétement superflue; et M. Cullerier ne crut point devoir la tenter, répondant par cette manière d'agir aux objections de ces médecins qui, ne comprenant probablement point la valeur de l'inoculation et les avantages que la science peut en retirer, proscrivent cette opération comme immorale et reprochent à ses partisans de l'employer sans discernement et dans toutes les circonstances. D'ailleurs, dans ce cas, elle n'aurait pu produire aucun résultat si l'on eût cherché à inoculer le pus des chancres en voie de réparation, période à laquelle, comme nous l'avons dit plus haut, l'ulcère primitif a perdu la faculté de se reproduire.

Maintenant une dernière considération par laquelle nous terminerons cette discussion dont on nous passera la longueur en faveur du sujet, et de la fréquence des cas dans lesquels on est appelé à répondre à des questions de cette nature. Si l'on admet que la production des tubercules muqueux soit le résultat d'une infection constitutionnelle déterminée par la présence des chancres à la vulve, et non le résultat du contact des lèvres de l'enfant atteint de vérole constitutionnelle avec le mamelon, comment expliquer l'apparition de ces tubercules muqueux plutôt aux seins qu'à la booche, aux aisselles ou partout ailleurs?

L'explication de ce fait est encore d'une extrême simplicité: « Dès que le virus, dit M. Ricord, est entraîné par la circulation sanguine, il subit une modification en vertu de laquelle il ne peut plus s'inoculer, et il agit alors sur l'individu lui-même; ce n'est, en quelque sorte qu'en passant par le crible des organes qui ne s'affectent, dans cette affection vicieuse, qu'en raison de certaines susceptibilités inhérentes soit à leur structure, soit à leur siége; à leurs fonctions, ou soit encore et le plus ordinairement, en vertu des causes adjuvantes nécessaires sans lesquelles aucun accident n'a lieu; causes qui expliquent l'époque du développement, le siége relatif, la forme, etc., des symptômes secondaires chez les différents individus. » Dans le cas actuel, outre la sympathie bien manifeste et bien connue qui existe entre les organes génitaux et les mamelles, une cause occasionnelle importante existait qui suffit pour donner l'explication du fait; c'est l'irritation causée par la succion de l'enfant sur le bout du mamelon, irritation analogue à celle qui produit chez les fumeurs l'apparition des tubercules à la commissure des lèvres qui se trouve en contact avec la pipe.

C'est étayé sur toutes les raisons que nous venons de développer que M. Cullerier crut devoir refuser à la malade le certificat dont elle voulait appuyer sa demande en dommages-intérêts envers les parents de son nourrisson, et non content de ce refus, il affirma à la malade, d'une manière si positive, qu'il ne croyait pas un seul mot de son récit, et que les accidents n'avaient en aucune manière pu se passer ainsi, qu'elle finit par se rendre et par avouer presque la vérité des inductions que l'on avait tirées de l'examen qu'on lui avait fait subir.

Un cas à peu près pareil à celui que nous venons de raconter en détail et de discuter se trouve tout au long dans le Traité de la Syphilis, de Hunter (page 524), et le savant pathologiste anglais, sans posséder les mêmes éléments de diagnostic, avait conclu de la même manière. Pour n'être pas neuf, ce fait n'en est pas moins intéressant, et nous ne pouvons trop engager nos lecteurs à en prendre connaissance.

D[r] A. FOUCART.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Epanchement pleurétique occupant toute la cavité pleurale droite, guéri par l'emploi de la digitale.

Le nommé Pierre-Desiré Lehartel, âgé de trente-six ans, est entré à la Charité le 28 décembre 1843. C'est un homme fort, robustement constitué, grand, exerçant la profession de garçon de magasin. Variolé à vingt-trois ans, non vacciné, il fut, à vingt-cinq ans, atteint d'un érysipèle à la face par suite de blessures. Il n'a pas eu d'autres maladies.

Du 1[er] mai 1843 jusque vers le mois de septembre, il coucha dans un endroit humide, et fut pris, à cette dernière époque, d'un enrouement et d'une toux extrêmement opiniâtre, sans expectoration, mais continuelle, avec des redoublements tels qu'ils amenaient quelquefois des vomissements. Ses parents sont d'une bonne santé habituelle. Il n'a jamais craché de sang. Ayant changé de demeure, la toux se calma peu à peu; mais vers le mois de novembre il fut pris d'une oppression qui alla sans cesse en augmentant jusqu'à son entrée à l'hôpital; elle était arrivée au point qu'il ne pouvait plus monter un escalier sans être obligé de s'arrêter plusieurs fois pour respirer. Du reste, il assure n'avoir jamais eu de douleurs dans les côtés, et il prétend qu'il se couchait indifféremment à gauche ou à droite, sans éprouver plus de gêne dans la respiration.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que nous constatons:

Le malade est couché sur le dos; il ne se plaint que de l'oppression; le thorax est bien conformé; il y a peut être une légère différence dans les deux moitiés de la poitrine; la résonnance est claire à gauche, complétement mate à droite dans toute l'étendue de ce côté de la cavité thoracique; absence du bruit respiratoire. Le malade dit avoir maigri, avoir perdu de l'appétit; la face est pâle, étiolée; il est impossible à cet homme de se livrer au moindre travail. Une saignée de 400 grammes; potion gommeuse.

Le 31, l'état est à peu près le même. 12 ventouses sur le côté malade; potion *ut suprà*.

Le 1[er] janvier, l'oppression diminue. 1 vésicatoire de 8 à 10 centimètres; macération de digitale, 4 grammes pour 160 grammes d'eau distillée.

Le 2 janvier, la matité a diminué dans l'étendue d'un tiers à peu près. Le malade a uriné quatorze à quinze fois dans la nuit.

Pendant les huit jours qui suivent, administration du même médicament; le malade continue à uriner sept, huit à dix fois pendant la nuit, et en quantité considérable, puis la sécrétion urinaire diminue.

Le 19 janvier, il n'a uriné que trois fois; l'oppression a disparu; la résonnance du thorax est moindre à droite qu'à gauche; mais on ne perçoit plus cette matité *tanquam percussi femoris*, constatée à son entrée. La diarrhée, qui s'était manifestée avec ténesme et brûlure de l'anus avant qu'il vînt à l'hôpital, a fait place à une légère constipation; l'appétit renaît; le malade est en convalescence.

— Sous le double rapport du diagnostic et de la thérapeutique, cette observation nous a paru digne de remarque. Bien qu'il ne soit pas rare, en effet d'observer des pleurésies sans point de côté, il n'en est pas moins vrai que le praticien doit se tenir en garde contre les erreurs que peut faire commettre l'absence de ce symptôme, qu'on s'accoutume à considérer comme pathognomonique de l'inflammation de la plèvre. On a dit, et avec raison, que les signes généraux de ces sortes de pleurésies chroniques pouvaient faire croire à l'existence d'une maladie du cœur; mais la percussion et l'auscultation lèvent bientôt tous les doutes sur ce point, et aujourd'hui ces affections ne peuvent guère être confondues. Il est très vrai que chez certains pleurétiques le cœur peut être refoulé de telle façon qu'on entende ses battements dans des directions qui feraient croire à une maladie de cet organe, d'autant mieux que ces battements prennent un caractère d'intensité ou de faiblesse apparente, selon le point où il a été poussé, et selon le lieu où l'on ausculte; mais les autres symptômes viendront empêcher les erreurs que ces déviations pourraient causer.

Il est pourtant une maladie qui peut être assez facilement confondue avec la pleurésie chronique; on comprend que nous voulons parler d'une pneumonie chronique occupant toute la hauteur d'un poumon; c'est dans ces sortes de cas, comme le fait observer M. Cruveilhier, que la mensuration du thorax peut devenir d'un grand secours pour différencier les deux états. Nous avons été souvent à même de nous convaincre combien cette mensuration jetait de clarté sur le diagnostic, et nous pouvons ajouter qu'il nous a été possible assez souvent de reconnaître, à la vue seule, une différence assez notable entre les deux moitiés de la poitrine, pour que l'idée d'un épanchement vînt à notre esprit avant d'avoir pratiqué la percussion et l'auscultation.

M. Cruveilhier n'a pas hésité à dire qu'il n'avait pas vu une seule pleurésie sans rétrécissement ou ampliation de la moitié correspondante du thorax. Laënnec avait, lui aussi, décrit le rétrécissement du côté qui est le siége de l'épanchement.

Mais ce qu'il est important de savoir, c'est que les modifications qui surviennent dans la capacité de la poitrine suivent une marche différente selon l'époque où en est arrivée la maladie. Ainsi, lorsque cet épanchement est au maximum de son volume, le côté du thorax où il se trouve augmente en étendue de deux, trois, quatre et même cinq centimètres; le côté opposé n'éprouve aucun changement. L'épanchement, au contraire, est-il en voie de résorption, le côté malade se déprime, et même, selon M. Cruveilhier, l'omoplate s'abaisse et la colonne vertébrale s'incurve chez les jeunes sujets. Dans ce dernier cas, c'est-à-dire quand la pleurésie a duré déjà un certain temps, le côté sain a acquis un développement plus considérable qu'il n'avait primitivement par suite de l'atrophie du poumon malade, d'où il résulte que la diminution de capacité de la moitié où siége l'épanchement tend à paraître plus considérable encore qu'elle ne l'est en réalité.

Il est encore une particularité qui nous semble digne de toute l'attention du médecin; nous entendons parler de la persistance de la matité après la résorption complète du liquide. Il faut être en garde contre ce phénomène, de crainte de persévérer à traiter le malade pour faire disparaître un symptôme qu'on regarderait comme indicateur d'une certaine portion de liquide, tandis que cette matité n'est due réellement qu'à la présence de fausses membranes de nature diverse, ou à des collections enkystées de matières d'apparence gélatineuse ou tuberculeuse.

Sous le rapport de la thérapeutique, ce fait est encore intéressant en ce qu'il nous montre l'épanchement pleurétique modifié d'une manière fort peu sensible par les moyens ordinaires, et cédant avec rapidité par l'emploi d'un médicament qui réussit mal ordinairement dans ces sortes de cas, si l'on en croit ce qu'en a dit Alibert. Il est vrai qu'en faveur de l'efficacité de la digitale dans les épanchements séreux, des opinions se sont élevées appuyées sur des faits bien observés. Les expériences ont démontré que la digitale était le plus souvent un excellent moyen contre les hydropisies en général, et les épanchements pleurétiques en particulier.

Il résulte des observations, trop oubliées peut-être des praticiens, que la digitale agit d'ordinaire comme nous l'avons vue faire chez le sujet de cette observation; les urines sont énormément augmentées d'abord, et à mesure que le malade s'habitue au médicament, la sécrétion revient peu à peu à l'état ordinaire.

Mais il ne faut pas oublier qu'il est des sujets chez lesquels la digitale produit des accidents à doses assez minimes, et qu'il faut, dans l'administration de ce médicament, tâter la susceptibilité du malade et procéder avec circonspection. On trouve, en effet, dans les auteurs, une grande quantité d'observations d'accidents causés par l'emploi de la digitale.

Il est quelques individus aussi chez lesquels, sans produire

employées dans les lazarets sont, selon moi, très imparfaites pour ce qui regarde le coton, surtout depuis que l'on soumet les balles à l'action de la presse hydraulique, car il n'y a certainement pas la dixième partie de ces balles exposées à l'air. Si la peste était susceptible de se transmettre par cette voie, elle eût été infailliblement introduite en Europe en attaquant les ouvriers qui sont chargés de carder et de filer cette substance.

On peut en dire autant des balles de laine, de soie, de chanvre, de lin, et si, comme on le croit, le virus peut se fixer à un poil, à un fil, aucune surveillance, aucuns des moyens usites ne sont capables de le détruire.

Sans de fortes dépenses on peut transformer les magasins des lazarets en étuves pour y pratiquer la désinfection par le calorique, ce moyen amènerait une grande économie de temps; en le pratiquant, on obtiendrait de meilleurs résultats en quarante-huit heures qu'on n'en avait obtenu auparavant en quarante jours, et il ne sera plus nécessaire d'ouvrir ni les balles de marchandise, ni les caisses des voyageurs, ce qui produirait une double économie, et éviterait le vol des effets par les employés sanitaires, et la détérioration des belles collections que les savants recueillent avec tant de fatigues et de dangers.

Puisqu'il est bien reconnu que le calorique détruit le virus et les miasmes, il serait très facile d'avoir dans les bâtiments à vapeur une chambre près de la chaudière pour placer les effets des voyageurs et la correspondance, qui, par ce moyen, seraient désinfectés en quarante-huit heures.

Les passagers pourraient faire un *spoglio* à bord, et remplacer les habillements qu'ils ont sur eux par d'autres qui auraient été quarante-huit heures dans l'étuve. Il résulterait de l'adoption de cette mesure que la quarantaine se ferait à bord, qu'elle pourrait être réduite au terme de l'incubation, c'est-à-dire à quatre ou cinq jours, et que l'on arriverait en libre pratique lorsque la durée du voyage excéderait ce terme.

Enfin, le mode de désinfection par le calorique doit être employé d'une manière générale dans les lazarets, et renverser nécessairement l'ancien système quarantenaire. Les objections qui ont été faites par plusieurs contagionistes exagérés, et notamment par le docteur Bô, de Gênes, sont sans valeur, et n'empêcheront pas, nous l'espérons, l'adoption de mesures qui promettent de si grands avantages au commerce de l'Europe et à la civilisation des peuples de l'Orient.

NOUVELLES.

— M. Demonferrand, inspecteur-général de l'université, et depuis deux mois chef de la comptabilité et du contentieux au ministère de l'instruction publique, auteur de plusieurs travaux de statistique, est mort à l'âge de 49 ans.

— On lit dans le *Journal de la Belgique* :

Les journaux ont annoncé ces jours derniers que la police de Molenbeek-St-Jean avait saisi différents quartiers de viande provenant d'un cheval atteint d'une maladie pulmonaire, et destinés à la fabrication de saucissons dits de *Boulogne*. Cette mesure a suggéré l'idée de réclamer de la part de la régence de Bruxelles, une plus active surveillance de la viande dépouillée aux faubourgs et quelquefois à trois et quatre lieues de Bruxelles, et que l'on introduit en ville, où elle se vend de porte en porte parmi la classe ouvrière.

Il serait à désirer que la régence nommât des experts placés aux portes de la ville et chargés de constater la qualité de la viande que l'on présente aux bureaux d'octroi. L'on empêcherait, par ce moyen, les paysans de venir vendre en ville des viandes provenant de bestiaux morts de maladies, ou qui ont été abattus alors qu'ils étaient atteints de maladies mortelles; l'on éviterait ainsi souvent tout au moins de graves indispositions aux malheureux exposés à manger de ces viandes suspectes, que le bon marché les engage à acheter.

Cette mesure nous paraît bonne, mais pourrait être plus efficacement remplacée par des visites domicilières faites chez les abatteurs le jour même où les animaux sont tués. (*Gaz. méd. belge.*)

de véritables accidents; ce médicament, après quelques jours de son usage, ne peut plus être supporté. Dès les premières doses quelquefois, ou après un temps plus ou moins long, il produit des chaleurs à l'estomac, de la dyspepsie, du pyrosis, et l'on est forcé de suspendre son emploi, et cela complétement, parce que, dans beaucoup de cas, la moindre dose qu'on essaie de nouveau à faire prendre au malade suffit pour ramener tous les accidents qui semblaient calmés par un repos de quelques jours.

Ce qu'on peut faire de préférable alors, c'est d'abandonner la médication pendant un temps plus ou moins long, et d'avoir soin, en le reprenant, de ne pas abuser de la tolérance que présente le malade, mais de suspendre de temps en temps la digitale, de crainte de dépasser les limites de la susceptibilité du sujet. Peut-être même, comme on l'a dit, vaudrait-il mieux suivre cette marche dès le principe; car il est plus facile de prévenir l'intolérance, que de la vaincre et de s'en rendre maître quand elle existe.

Toujours est-il que la digitale est un médicament qu'on prodigue dans les maladies du cœur, et qu'on n'emploie peut-être pas assez contre les épanchements du thorax.

D[r] PAJOT.

Eventration ombilicale congénitale énorme qui a laissé vivre l'enfant pendant deux mois et demi; par M. le docteur GOYRAND, d'Aix.

Le 3 janvier 1842, à trois heures du matin, madame G...., accoucha avec facilité d'un enfant mâle assez gros, dont les viscères abdominaux étaient presque entièrement contenus dans une hernie exomphale. L'éventration formait à la base du cordon ombilical une tumeur globuleuse lisse. Ses enveloppes n'étaient pas transparentes; elles avaient la couleur blanche des enveloppes du cordon. Les vaisseaux ombilicaux passaient au-dessous de la tumeur, formant un faisceau saillant qu'on pouvait suivre jusqu'à l'ouverture ombilicale. Cette tumeur était élastique, susceptible d'une légère diminution de volume par la pression; les cris de l'enfant en augmentaient la tension.

L'opacité des enveloppes empêchait qu'on distinguât les viscères qui la formaient; mais, à en juger par son volume et le peu de capacité de l'abdomen, la plus grande partie des viscères abdominaux devait s'y trouver.

La cavité cavité abdominale avait beaucoup moins de largeur et de profondeur que dans l'état normal; ses parois étaient déprimées sous les hypochondres.

Quant à la tumeur voici ses dimensions : circonférence dans le point le plus renflé, 23 centimètres 8 millimètres (8 pouces 7 lignes); circonférence à la base de la tumeur, 21 centimètres 5 millimètres (7 pouces 9 lignes). Diamètres transverse et vertical, mesurés d'un point de la circonférence de la base au point opposé, en passant par le milieu de la tumeur, 17 centimètres 8 millimètres (6 pouces 5 lignes et demie).

La peau du ventre se prolongeait sur la base de la tumeur, comme elle se prolonge ordinairement sur la racine du cordon, et formait là un rebord circulaire de cinq ou six millimètres de largeur, qui se continuait avec les enveloppes du cordon ou de la hernie. Il n'existait aucun autre vice de conformation.

Bientôt après sa naissance, l'enfant urina et rendit du méconium; les pressions exercées sur la tumeur faisaient couler le méconium et les urines.

Mon pronostic fut grave. Deux de mes confrères, qui virent l'enfant en consultation, pensèrent, comme moi, qu'il n'était pas viable. Nous fîmes faire des fomentations émollientes sur la tumeur.

Les premiers jours l'enfant teta bien, toutes ses fonctions s'exécutèrent régulièrement, son sommeil était bon. Le cinquième jour, une ligne de suppuration séparait les enveloppes du cordon de la peau péri-omphalique. On continua les fomentations.

Les jours suivants du pus se forma entre le sac et les membranes du cordon qui formaient l'enveloppe externe de la hernie; il se fit, à ces membranes, quelques déchirures qui laissaient couler du pus. Quand on découvrait l'enfant il s'exhalait des langes une odeur infecte.

Le 15 janvier, je détachai, avec les ciseaux, d'assez grands lambeaux de membranes. Au-dessous se trouvaient des bourgeons charnus de bonne nature.

Le 17, de nouveaux lambeaux membraneux et le cordon se détachent. Il reste encore une partie de l'enveloppe extérieure de la hernie, séparée du sac par un pus demi-concret.

Le 25, les membranes extérieures se sont entièrement détachées. Le sac est couvert de bourgeons charnus vermeils qui fournissaient une suppuration de bonne nature. La peau qui entourait la base de la hernie est attirée par la force de cicatrisation sur le sac, qui cède, à son tour, à l'action de la peau. De l'action de la force inodulaire sur la peau et de celle-ci sur le sac, résulte un changement dans la forme de la hernie, qui s'élargit à sa base, devient moins saillante, plus dure, et prend une forme conique.

Au commencement de février, l'enfant a été confié à une nourrice de la campagne. Là, il était sous les yeux de son aïeul et de son oncle, qui sont médecins, et je n'ai plus eu occasion de le voir; je n'ai su que par les rapports de ses parents ce qui s'est passé depuis. La peau s'est de plus en plus rapprochée du point le plus saillant du sac, et la tumeur est devenue tout à fait conique. Les premiers jours de mars il ne restait plus sur le sac qu'une surface de la largeur d'une pièce de 2 francs qui ne fût pas recouverte par la peau.

Jusqu'alors, la santé de l'enfant avait été bonne; mais, au milieu de mars, il survint, tout à coup, des accidents excessivement graves (suppression totale des selles, vomissements continuels), qui firent périr le petit malade en quatre jours.

Je regrette vivement de n'avoir pas pu compléter cette intéressante observation par l'autopsie.

On admirera dans ce fait le mécanisme par lequel la nature tendait à achever, après la naissance, un travail qui était resté incomplet pendant la vie fœtale; il est vrai que le petit malade a été victime de ce travail organique, car il est très probable que l'iléus qui l'a fait périr, est résulté de la compression qu'ont subie les viscères par suite du resserrement de la cavité exomphalique; mais on sait que la force inodulaire n'a pas la même énergie chez tous les sujets et dans toutes les circonstances. Supposons que la peau périomphalique n'eût pas été attirée aussi fortement sur le sac, qu'une partie plus considérable de la surface du sac se fut cicatrisée par exsiccation, et on concevra la possibilité de la guérison.

Ce fait n'est-il pas de nature à modifier un peu l'opinion des médecins sur la non-viabilité des enfants qui naissent avec une éventration ombilicale?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE CHIRURGIE. (Janvier 1844.)

Nouvelle méthode pour l'opération du bec-de-lièvre; par M. MALGAIGNE.

Les procédés généralement suivis pour la cure du bec-de-lièvre ne produisent des succès complets que fort rarement. Presque toujours une disgracieuse *encochure* démontre que l'art n'atteint qu'imparfaitement le but qu'il se propose. Frappé de ces résultats, M. Malgaigne a voulu éviter les inconvénients des méthodes ordinaires, et en a cherché une nouvelle. On en prendra une idée exacte en lisant l'observation suivante.

Le nommé Maréchal, âgé de vingt-trois ans, ébéniste, demeurant rue de Charenton, 57, homme robuste et bien constitué, entra, le 5 décembre 1842, dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, pour se faire traiter d'un bec-de-lièvre congénial. La lèvre supérieure présentait, dans sa portion gauche, à 6 ou 7 millimètres de la ligne médiane, une division qui occupait les trois quarts de sa hauteur totale; le dernier quart offrait comme une sorte de cicatrice rosée remontant jusqu'à la narine, et qui était là comme la trace d'une division inachevée. Les bords de la division étaient également tapissés de ce tissu rosé; ils s'écartaient beaucoup par en bas, et se continuaient avec le bord libre de la lèvre par un angle très arrondi. Leur écartement laissait apercevoir l'incisive latérale gauche à peine sortie de l'alvéole, et une brèche encore plus désagréable résultant de la perte de l'incisive médiane. Les deux lèvres avaient une remarquable épaisseur, qui augmentait encore près des bords de la division, comme si l'absence des dents avait favorisé en ce point l'hypertrophie de la lèvre. En essayant de rapprocher avec les doigts les deux portions de la lèvre, on les voyait s'enfoncer en cet endroit, et la forte encochure laissée sur le bord labial montrait assez la difficulté que sa restauration éprouverait par le procédé ordinaire. Il importe aussi de noter une disposition assez fréquente, et dont les auteurs n'ont pas tenu compte: le rebord rouge et muqueux de la lèvre ne se continuait pas directement jusque vers la solution de continuité, comme cela aurait eu lieu, par exemple, à la suite d'une section accidentelle; mais il se recourbait en haut vers la narine, en suivant l'angle arrondi du bec-de-lièvre, et diminuant peu à peu de largeur de façon à se perdre enfin dans le tissu rosé de cicatrice dont il a été parlé.

Le malade mangeait et buvait sans difficulté; il était seulement gêné dans l'articulation des consonnes labiales.

Il fut opéré le 12 décembre de la manière suivante :

Il était assis sur une chaise en face du jour; le chirurgien debout devant lui. D'un premier coup de ciseaux je divisai le frein de la lèvre qui descendait un peu trop bas, et d'un second coup je prolongeai le bec-de-lièvre en haut jusque sous la narine. Alors, me portant du côté gauche du malade pour faire agir les ciseaux de haut en bas, je procédai à l'avivement, en commençant dans l'incision même que je venais de faire, et continuant jusqu'à 2 millimètres du bord libre de la lèvre. L'avivement se fit avec autant de promptitude et de facilité que par la méthode ordinaire, et je n'avais entamé les chairs ni plus ni moins; seulement je pris grand soin de longer parallèlement l'angle arrondi qui joint le bec-de-lièvre au bord labial, afin d'avoir des lambeaux partout également épais, et d'arriver près du bord de la lèvre dans le point où il est encore horizontal. Pour cela il fallut de chaque côté deux coups de ciseaux, l'un qui arrivait jusqu'à l'angle et l'autre qui contournait cet angle, de telle sorte qu'en réalité la plaie à réunir se composait de trois sections, dans une direction verticale d'abord, puis de plus en plus oblique, sans compter la surface saignante des petits lambeaux restés pendants de chaque côté et qui avaient encore une direction différente; mais, dès l'application de la première épingle que je plaçai tout en bas de la portion cutanée de la lèvre, la réunion se fit exactement; et comme les petits lambeaux ne tenaient que par un très minime pédicule leur renversement de haut en bas et leur affrontement face à face n'offrit pas la moindre difficulté.

La lèvre étant à la fois très haute et très épaisse, j'ajoutai deux autres épingles au-dessus de la première, après quoi je m'occupai de mes lambeaux. Ils m'offraient beaucoup plus de substance qu'il n'en était besoin pour combler le déficit de la lèvre; je les taillai donc à loisir avec les ciseaux, de manière à en garder juste ce que je jugeai convenable, et en leur donnant aussi la forme qui me plut. Je les réunis alors par deux points de suture entrecoupée en avant; un troisième en arrière, et je regardais l'opération comme terminée, lorsqu'en y jetant un dernier coup d'œil, je m'aperçus que le bord d'un de ces petits lambeaux dépassait l'autre peut-être d'un demi-millimètre : cela eût nui à la régularité de la cicatrice; c'est pourquoi je passai de l'un à l'autre une épingle à insecte, l'enfonçant moins dans le bord trop saillant et davantage dans l'autre, pour les ramener exactement au même niveau; et, après avoir coupé les pointes de toutes mes épingles, sans autre bandage ni appareil je renvoyai le malade à son lit, seulement je lui recommandai de s'abstenir de tout mouvement des lèvres, et je ne lui donnai que des potages.

Le deuxième jour, léger gonflement autour des épingles, qui avait disparu le lendemain; le quatrième jour j'enlevai les épingles et les points de suture entrecoupée. Le sixième jour les fils de suture entortillée tombèrent, laissant voir une cicatrice complète encore rose et tendre, et offrant d'un à deux millimètres de largeur. Les jours suivants, elle se recouvrit de petites croûtes jaunâtres, qui en se détachant, la montraient de plus en plus solide et rétrécie. Le sujet ayant voulu absolument quitter l'hôpital le 26 décembre, je fis prendre le dessin de la lèvre restaurée, et je constatai les détails qui suivent :

Cicatrice d'union linéaire en haut; près du bord muqueux de la lèvre, là même où a été placée la première épingle, elle prend tout à coup près de deux millimètres de largeur. De là on dirait qu'elle se bifurque en manière de V renversé, circonscrivant un petit tubercule ferme, charnu, rosé, sur lequel il est impossible de reconnaître des traces de la cicatrice réelle; et il faut avoir été témoin de l'opération pour savoir que ce tubercule est précisément le résultat de l'adossement des deux petits lambeaux flottants; que la bifurcation apparente de la cicatrice tient au pli de renversement de ces lambeaux, et que la véritable cicatrice doit se trouver au milieu même du tubercule. La lèvre est plus fournie et plus épaisse du côté de l'opération que de l'autre. Quand la bouche est fermée, elle paraît aussi régulière que s'il n'y avait eu là, au lieu d'un bec-de-lièvre, qu'une incision réunie par première intention. Quand la bouche est ouverte, la plus grande épaisseur de la lèvre frappe aussitôt les yeux, ce qui paraît tenir surtout à ce qu'elle n'est point soutenue et comprimée par les dents incisives.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique du pied-bot, de la fausse ankylose du genou et du torticolis; par le docteur V. DUVAL, directeur des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris. — Deuxième édition. Un vol. in-8°, orné de figures; 1843. Chez Johanneau, boulevard Poissonnière, 25; chez J.-B. Baillère, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17; et chez l'auteur, à son établissement orthopédique, à la porte Maillot, bois de Boulogne.

L'orthopédie, c'était né pour ainsi dire d'hier, ce mot frappé à son origine même au coin de l'illusion, puisque créé pour s'appliquer à des boîteux et à des bossus, il n'exprime en définitive qu'une chose droite (*orthos* droit, et *païs* enfant), l'orthopédie, disons-nous, a été depuis peu le sujet de tant de débats amers, de scandaleuses discus-cussions, et, qui plus est, de tant de déboires, qu'on éprouve en vérité quelque gêne seulement à en parler.

Faut-il faire de tout cela un reproche à l'art en lui-même, pour l'insuffisance des moyens qu'il peut fournir, ou bien en accuser les personnes qui l'exploitent, pour la convoitise que quelques-unes d'entre elles ont mise à cette exploitation? Nous aurions bien des choses à dire en réponse à cette question toute de circonstance; mais comme dans cette réponse nous serions malgré nous entraîné à parler beaucoup plus des hommes que des choses, contentons-nous de reconnaître que si l'art proprement dit a des torts, il les a en partie expiés par les succès obtenus dans le traitement du pied-bot au moyen de la section du tendon d'achille, un des faits qui, avec la lithotritie, honorent le plus la chirurgie du dix-neuvième siècle.

L'auteur du livre que nous annonçons, le docteur V. Duval, peut à bon droit revendiquer la plus grande part de sa gloire qui s'attache à cet opération; car si, cédant à ce désir si commun aujourd'hui de tout déprécier sous le prétexte d'être impartial, on peut prouver que d'autres avant lui s'étaient placés sur la voie des résultats obtenus par cette opération, il peut aussi, lui, démontrer, pièces en mains, qu'elle serait peut-être long-temps encore restée à l'état de simple théorie, si, mieux pénétré de la valeur des indications rationnelles desquelles elle ressortissait, il n'avait eu le courage de s'affranchir des craintes de ses devanciers en posant, le scalpel à la main, toutes les conditions de son exécution. Nous disons tout cela avec une parfaite connaissance de cause, car nous avons appris de Delpech lui-même les doutes qu'il conservait à cet égard, et nous avouons en toute humilité que, quelque imbu que nous fussions de cette vérité physiologique dont, nous avions des premiers cherché à faire l'application au traitement des difformités : *Les os sont des leviers et les muscles des cordes qui les font mouvoir*, nous étions toutefois bien loin encore de pressentir les suites favorables que devaient avoir les premiers essais que fit M. Duval, et auxquels nous assistâmes.

Quoi qu'il en soit de tous ces détails purement historiques, M. Duval ne fait aujourd'hui, quant au pied-bot, que publier une seconde édition du livre dans lequel il avait consigné, en 1840, les essais dont nous venons de parler, et établi la filière des faits qui lui ont permis de porter le traitement de cette difformité, par la section du tendon d'Achille, et de plusieurs autres muscles moteurs du pied, au rang de tout ce que la thérapeutique chirurgicale possède de plus rationnel dans le principe, de plus simple dans l'exécution et de plus sûr dans le résultat. Seulement il a détruit par de nouvelles observations, encore plus concluantes, s'il est possible que les premières, le peu de doute que quelques esprits prévenus avaient pu conserver de bonne foi sur la solution définitive de la question, et réduit à leur juste valeur les procédés opératoires que le génie toujours si inventif de la rivalité n'a pas manqué, faute de mieux, de proposer au détriment des siens. Aussi, quiconque lira ces observations, et se pénétrera des développements dont elles sont le sujet, ne pourra s'empêcher de déplorer qu'il y ait encore des médecins assez peu jaloux de la dignité de notre art pour détourner, sous le prétexte de quelques succès incomplets qu'expliquent toujours quelques dispositions exceptionnelles, pour détourner, disons-nous, de l'emploi d'un moyen qui a tous les avantages possibles sur les appareils de la vieille orthopédie, donnant ainsi gain de cause à cette foule d'artisans redresseurs que l'impossibilité légale de s'élever *ultra crepidam* retient forcément dans l'ornière étroite des bottines mécaniques.

Mais ce qui donne un nouveau titre au livre de M. Duval, et pourrait à bon droit le faire regarder comme une production nouvelle, c'est ce qu'il contient sur la fausse ankylose du genou et sur le torticolis; difformités au traitement desquelles on n'a pas manqué d'appliquer de suite les principes qu'il avait si victorieusement établis et si promptement popularisés pour le pied-bot. Il avait deux manières de traiter tout ce qui se rapporte à ces deux questions et surtout à leur solution; les présenter sous forme de corollaires pratiques déduits de l'état actuel de la science à leur égard, ou bien les prendre à leur point de départ même, et les suivre ainsi dans les progrès que leur ont fait successivement subir les discussions auxquelles elles ont donné lieu. Il a préféré cette dernière manière, qui a l'avantage d'être plus didactique, permettant de saisir dans leurs rapports naturels la cause et l'effet, le principe et la conséquence. Il a eu raison; mais nous regrettons même qu'il n'ait pas profité de l'occasion qu'elle lui offrait, quant à la fausse ankylose du genou, de flétrir avec plus de force qu'il ne l'a fait les tentatives aussi barbares qu'irrationnelles que le traitement de cette difformité suggéra il y a quatre ou cinq ans à un médecin de Pontarlier que le désir de la célébrité avait attiré à Paris, aussi bien que les manœuvres violentes encore recommandées aujourd'hui par un chirurgien allemand dont le nom fait grand bruit. Il eut ainsi fait ressortir davantage, il nous semble, la supériorité de l'extension graduelle et modérée dont il recommande l'usage, et fait ressortir sa nécessité à la suite de toute opération de ténotomie en général, et en particulier à la suite de la section des muscles qui tiennent la jambe fléchie sur la cuisse. Tout ce qui concerne le torticolis a été traité avec le même soin que ce qui a trait au pied-bot et à la fausse ankylose du genou. M. Duval a même eu la précaution de faire précéder les moyens opératoires qu'il applique à cette troisième difformité, d'une description anatomique qui atteste une étude approfondie des parties sur lesquelles peut être porté l'instrument tranchant, et une connaissance parfaite des fonctions dévolues pour ainsi dire à chaque fibre qui entre dans leur texture.

Aussi nous ne doutons pas que toutes les personnes, heureusement plus nombreuses aujourd'hui que nos dissensions ne pourraient le faire croire, qui aiment la science pour elle-même et ne jugent un livre que par les services qu'il peut rendre à la pratique, but définitif auquel doivent tendre tous nos efforts, ne placent l'ouvrage de M. Duval au nombre des meilleures productions de notre époque. Ecrit sans recherche, c'est-à-dire sans emphase, mais avec cette précision et cette simplicité méthodique qui fixent l'attention sur les objets décrits, il a sa place marquée dans la bibliothèque de tout praticien, et il y figurera encore quand les discussions passionnées qu'ont suscitées les questions à la solution desquelles il est consacré seront depuis long-temps, grâce à Dieu, plongées dans le plus profond oubli.

Histoire abrégée de quelques affections qui peuvent occasionner la mort subite; par le docteur F.-L. Pichard. — Broch. in-8° de 90 pages. 1843. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Sous ce titre modeste, M. Pichard vient de faire paraître la seconde édition d'une brochure qu'il avait publiée il y a quelques années, et destinée à faire suite à son intéressant mémoire imprimé en 1830 sur la *Léthargie et les signes qui distinguent la mort réelle de la mort apparente*. Paraissant s'adresser plutôt aux gens du monde qu'aux médecins, cette brochure n'en contient pas moins d'excellents préceptes et des avis dont chacun de nous peut faire son profit. C'est un résumé aussi clair que sagement raisonné de tout ce qui tient à la question, et un exposé précis tant des précautions hygiéniques que des moyens thérapeutiques applicables dans l'espèce. Les personnes qui liront cette brochure, trouveront sans doute comme nous que l'auteur aurait pu porter ses vues au delà du succès d'estime auquel il déclare borner ses prétentions.

C. Lachaise.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Transfusion du sang pratiquée avec succès.

Le sujet de cette observation est un négociant qui était dans l'habitude de voyager pour les affaires de son commerce. Il avait été vigoureux et actif; mais en janvier 1843, il était faible et maladif depuis deux ans. Il avait d'abord éprouvé de la dyspepsie, puis de l'affaissement et de l'émaciation, et il était arrivé au dernier degré de marasme. Son pouls était devenu filiforme et à peine sensible, le moindre mouvement lui causait des palpitations qui allaient jusqu'à la syncope. Cependant la poitrine paraissait en bon état. Il fut convenu dans une consultation que le malade aurait recours à un régime restaurant. Malheureusement l'estomac ne supportait les aliments qu'en petite quantité, et il finit même par ne plus les supporter du tout. On craignait à chaque instant une syncope mortelle. Dans cette extrémité on résolut d'essayer les effets de la transfusion du sang.

Seize onces de ce liquide furent fournies par un jeune homme sain et vigoureux, et injectées par M. Clark dans les veines du malade avec toute l'habileté désirable. La vie reparut à l'instant sur les traits du malade. Le lendemain il était plus fort; il se plaignait même d'un sentiment de pesanteur dans la tête. Quelques légères épistaxis eurent même lieu. Ces faibles accidents se dissipèrent bientôt, et l'appétit ayant reparu, le malade put le satisfaire à loisir sur une quantité suffisante d'aliments succulents. De l'eau ferrée compléta la guérison, et le malade entièrement rétabli a repris son activité d'autrefois.

(*The medical Times.*)

Observation d'aphonie nerveuse guérie par l'électricité; par M. Pellegrini, de Zara.

Maudurik, âgé de vingt-trois ans, fort et bien portant, ayant, à la suite d'une querelle, tué un camarade le 20 août 1840, fut incarcéré. Trois jours après il eut une violente attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle il resta sans voix. On le traita par les antiphlogistiques, mais sans succès. En examinant les organes dont les fonctions étaient ainsi suspendues, on reconnut que le larynx était immobile, nullement douloureux; la langue se mouvait difficilement, et était un peu gonflée; elle était légèrement sèche.

Seize mois après le début de la maladie, on essaya l'emploi de l'électricité, et on employa une pile de Volta de cinquante couples. Le fil zinc fut appliqué sur les premières vertèbres cervicales, le fil cuivre sur les côtés de la glotte. Le premier jour, on donna au malade deux cents secousses; le second jour, trois cents. On employa encore deux fois le même appareil; au bout de ce temps, Maudurik fut pris d'une agitation générale très forte, puis éprouva une syncope. Une saignée fut pratiquée avec avantage. Le malade fit entendre pour la première fois une voix enrouée. On recommença les séances avec la pile de cinquante couples, et après huit séries de secousses appliquées tant à la langue qu'aux vertèbres cervicales, Maudurik avait parfaitement recouvré la voix et la parole. Cette guérison fut radicale et complète.

(*Gaz. méd. de Milan.*)

Correspondance.

Nous insérons la lettre suivante, en l'accompagnant de quelques courtes réflexions; elles suffiront pour prouver que nous n'avons eu aucun tort dans l'interprétation des faits.

Paris, 21 janvier 1844.

Monsieur le Rédacteur,

On vient, à l'instant même, d'appeler mon attention sur un article de votre journal (16 janvier 1844). Cet article ayant énoncé des faits absolument inexacts sur le différend survenu, à la maison royale de Charenton, entre le médecin en chef et moi, je compte sur votre impartialité bien connue pour espérer que vous ne refuserez point d'insérer ma lettre dans votre plus prochain numéro.

1° La mort d'un aliéné étant déterminée par une affection chirurgicale, le médecin en chef n'est point privé de constater les lésions anatomiques de la maladie. Toujours, en effet, j'ai convié à mes autopsies les médecins de la maison royale de Charenton, tandis que M. Foville a fait pratiquer par surprise et à mon insu, l'ouverture d'un sujet mort dans mon service;

2° Il n'y a jamais eu d'arbitrage sur le différend qui existe entre M. le médecin en chef et moi (1);

3° Il n'est point vrai que la question ait été portée devant le Conseil général des hôpitaux (2);

4° J'ai consulté mes collègues messieurs les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, non-seulement sur la question des autopsies, mais encore sur une question de principe dont votre journal ne s'est pas occupé, et sur laquelle, par conséquent, je n'ai pas à m'expliquer. Mes confrères des hôpitaux m'ont donné une adhésion pleine et entière, et m'ont fourni des documents que je reproduirai en temps opportun; je publierai, en même temps, la preuve des faits précédemment énoncés.

Telle est, Monsieur, la seule réponse que j'adresserai, pour le moment, à l'article contenu dans votre estimal journal.

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, d'agréer l'assurance de mes sentiments distingués.

Deguise,
Chirurgien en chef de la maison royale de Charenton.

Une seule chose nous intéresse encore à dire, c'est que notre intention n'a jamais été d'établir et de soutenir une sorte de prééminence du médecin sur le chirurgien en chef de Charenton. De pareilles idées ne sont plus de notre époque, et ce n'est pas dans ce Journal qu'elles trouveraient un écho. Si telles étaient les prétentions du médecin, nous approuverions sans réserve M. Deguise de ne pas vouloir se soumettre à une omnipotence que rien ne légitime. Mais s'il ne s'agit que d'admettre le médecin à participer aux autopsies des aliénés morts dans le service de chirurgie, nous avons dit et nous soutenons que ce serait blesser la justice, les convenances et les intérêts de l'art, que de s'opposer à cette prétention. Nous soutenons la même chose à l'égard du chirurgien. Le priver de participer à l'autopsie des cas chirurgicaux qu'il aurait observés, ne serait ni moins injuste, ni moins inconvenant; de sorte que, pour nous, toute la question se réduit à ceci : il faut que le chirurgien et le médecin s'entendent et soient appelés simultanément à pratiquer les autopsies.

Nous espérons que cette manière d'envisager la chose satisfera toutes les exigences, et nous sommes convaincu que les honorables contendants s'empresseront de mettre un terme à une discussion fâcheuse pour la dignité de tous.

(1) Aucune inexactitude ne vient ici de notre part. Des arbitres avaient été proposés par l'une des parties et acceptés par l'autre. Les arbitres se sont vus fortuitement, et, d'après la lettre de l'un d'eux, que nous avons lue, on pouvait et devait croire à un arbitrage. Des explications qui nous sont données, il paraîtrait qu'en réalité l'arbitrage n'aurait pas eu lieu. Nous laissons aux parties et aux arbitres le soin de se mettre d'accord.

(2) Cette inexactitude n'a aucune importance. La maison de Charenton ne dépend pas, en effet, de l'administration des hôpitaux, elle est régie par une commission spéciale. C'est de cette commission que nous entendions réellement parler.

— La première épreuve du concours pour l'agrégation, section de médecine, finit demain samedi. La seconde épreuve (leçon orale après 24 heures de préparation) commencera mardi prochain. C'est après cette seconde épreuve que l'élimination devrait avoir lieu.

Si nous sommes bien informés, le jury serait décidé à ne pas éliminer.

— La nouvelle salle de l'Académie de médecine sera inaugurée, dit-on, à la première séance de mars.

En attendant, la Faculté de médecine devrait donner à l'Académie une hospitalité plus généreuse, en faisant chauffer le poêle de la bibliothèque. La salle n'est pas tenable dans les jours froids.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 JANVIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 12. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur encéphaloïde de la grosseur des deux poings, développée sur la face dorsale du pied. Amputation par la méthode de Choppart. Mort. Tumeurs cancéreuses dans les poumons.

Lechevalier (Jean), âgé de quarante-cinq ans, entra à la Charité le 23 décembre 1843. Cet homme paraît d'une constitution assez robuste; il porte au pied droit une tumeur considérable qui s'étend depuis l'articulation astragalo-scaphoïdienne jusqu'aux orteils dans un sens, et depuis la face plantaire du premier métatarsien jusqu'au dernier, dans un autre; son épaisseur n'est pas moindre d'un décimètre.

Cette tumeur date de deux ans, au dire du malade; il pense qu'elle s'est développée sous l'influence de froissements continuels occasionnés par les brides des sabots qu'il porte habituellement. Elle lui apparut d'abord avec la grosseur d'une petite noisette, puis elle prit bientôt de l'accroissement, et parvint au volume que nous lui voyons aujourd'hui.

Cependant elle ne sembla influer en rien sur la santé générale du malade, qui, lors de son entrée, a encore l'air de se bien porter, et possède même un embonpoint satisfaisant. La surface de la tumeur est bosselée, et ses bosselures sont considérables et nombreuses; l'une d'elles se prolonge même entre la racine des deux premiers orteils: plusieurs sont fluctuantes, surtout vers la région dorsale et interne du pied. Quand on les comprime, elles prennent une teinte qui les fait ressembler par la couleur à des tumeurs variqueuses. Mais une remarque fort importante à faire, c'est que la face plantaire du pied présente un relief sensible; on peut supposer que la racine de cette tumeur a soulevé les muscles; mais cela n'est rien moins que positif.

Il est indispensable d'ajouter que la tumeur est douloureuse à la pression, et que le malade se plaint d'élancements qui s'y font sentir par intervalles.

La nature de cette tumeur est assez difficile à préciser, pour que nous entrions, à cet égard, dans quelques considérations.

Sans pousser fort loin les investigations, il n'est pas difficile de se convaincre que ce n'est là ni un abcès, ni un kyste, ni un stéatome, ni un athérome. Les trois seules tumeurs entre lesquelles il soit permis d'hésiter, sont la mélanose, l'encéphaloïde et les tumeurs sanguines. Les deux premières ont entre elles des rapports que personne n'ignore; elles sont sœurs, pour ainsi dire, quant à leur terminaison cela est certain, et quant à leur origine cela pourrait bien être.

Pour M. Velpeau, les tumeurs purement sanguines paraissent être en effet les points de départ de bon nombre de masses encéphaloïdes.

Entre ces trois espèces de tumeurs, on doit confesser que, dans le cas actuel, il y a une très grande difficulté à faire un choix. Ce qui frappe le plus ici, ce sont les bosselures, c'est cette apparence indolente, toutes circonstances qui font pencher à l'encéphaloïde; mais, d'un autre côté, la fluctuation est telle, dans certaines parties, qu'elle contredit l'opinion qu'on émettrait en se déterminant pour cette dernière espèce.

On le sait, dans l'encéphaloïde, la fluctuation n'est pas réelle, c'est une fausse fluctuation, une fluctuation fongueuse, si l'on peut allier ces deux mots qui rendent bien notre pensée; ici elle paraît réelle, évidente. De plus, dans l'encéphaloïde, on n'observe pas cette teinte particulière, d'une lividité qui nous a fait comparer l'aspect de cette tumeur à des paquets variqueux. Il est presque certain qu'il y a dans cette masse une matière sanguinolente, et si l'on vient à rapprocher cette dernière supposition de la cause que le malade attribue à l'apparition et au développement de la tumeur; si même on ajoute, comme complément des raisons qui doivent déterminer le diagnostic, la bonne santé, l'embonpoint du sujet, il y a lieu de penser à une tumeur sanguine susceptible de dégénérescence, ainsi que M. Velpeau le professe depuis longtemps déjà.

Le diagnostic probable serait donc une tumeur sanguine avec des parties liquides et des parties concrétées, peut-être une encéphaloïde.

Pour le malade, il vaudrait mieux que la tumeur fût de la première espèce, non pas que la thérapeutique en fût beaucoup changée, mais à cause du pronostic qui deviendrait moins fâcheux, puisqu'il est constaté que les tumeurs primitivement sanguines, avant qu'elles soient arrivées à un certain point de dégénérescence, repullulent moins fréquemment que les autres.

Le traitement qu'il convient d'apporter à une maladie pareille consiste, cela est évident, à enlever cette tumeur; mais ici se présente une question complexe. Peut-on procéder à son enlèvement sans emporter en même temps le bout du pied, mais si la face plantaire est envahie? Sans doute, il faudrait tâcher de conserver le pied; mais les os ne seront-ils pas érodés, et leur enlèvement ne deviendra-t-il pas indispensable? Et, d'autre part, dans ce cas et dans ceux qui lui sont analogues, n'est-il pas pénible de priver le malade du tarse tout entier pour une affection qui semble limitée?

Dans des circonstances semblables, il faut procéder à l'opération comme si le pied devait être conservé.

M. Velpeau commence donc, le malade étant placé et fixé par des aides, par tracer une incision courbe partant du côté externe de la racine de la jambe et s'étendant en avant jusqu'à la bosselure la plus allongée de la tumeur, les téguments sont extrêment amincis; puis une autre incision est pratiquée en arrière du côté de la malléole interne: la tumeur est disséquée avec soin. Si les os sont intacts, M. Velpeau se propose de laisser le scaphoïde, les os cunéiformes, le premier, le deuxième et peut-être le troisième métatarsien, ce qui serait d'un grand secours pour la station; l'opération deviendrait alors beaucoup plus difficile, mais le malade en tirerait à coup sûr un immense profit.

La tumeur découverte en partie, l'incision de quelques-unes de ses bosselures ne peut plus laisser de doutes sur sa nature; c'est évidemment une masse encéphaloïde qui envoie des ramifications à la face plantaire. Sans hésiter, M. Velpeau pratique l'amputation par la méthode de Choppart.

Les artères liées et le pansement fait, le malade est reporté dans son lit. Il a mal supporté l'opération, il a poussé des cris comme jamais nous n'en avons entendu; cependant l'agitation extrême à laquelle il était livré se calme peu à peu, il va assez bien les premiers jours, il a eu de la fièvre cependant. Il est pris d'angéioleucite qui cède à un traitement approprié; mais bientôt se manifeste une diarrhée que rien ne peut modérer; le délire arrive; la langue est croûteuse, noirâtre, sèche; la plaie paraît cependant se modifier; le ventre est ballonné.

Un érysipèle survient; il succombe dix jours après l'opération. Il était assez peu aisé de préciser à quel genre de lésion on devait attribuer la mort de ce malade. Il pouvait se faire que l'on trouvât à l'autopsie une altération matérielle du canal digestif; la diarrhée, le ballonnement du ventre donnaient le droit de soupçonner une entérite ulcéreuse du gros intestin.

L'infection purulente, qui s'offre naturellement à l'esprit pour expliquer la mort d'un sujet dans les conditions où se trouvait celui-ci, présente des phénomènes qui n'ont point été observés chez ce malade; il n'avait pas eu de ces frissons violents et répétés, de ces tremblements, qui sont le signe fatal de ce mortel accident.

L'infection cancéreuse restait seule pour expliquer la mort. L'observation démontre, en effet, et c'est un fait très remarquable, que les sujets qui succombent à cette infection, quelque considérable qu'elle soit, n'éprouvent point les tremblements caractéristiques de l'infection purulente. Les malades en proie à l'infection cancéreuse sont pris de délire, d'agitation vive, et d'une sorte de trémulation particulière qui n'est pas du frisson ni du tremblement, qui est spéciale pour ainsi dire; mais chez ceux qui, comme chez cet homme, ont une angéioleucite ou un érysipèle comme complications d'un état

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le carnaval chez les médecins. — Peut-on danser chez eux? — Hippocrate dit oui et non. — Motifs pour adopter l'affirmative. — Le médecin de cabinet et le praticien. — Une consultation avec la nouvelle orthographe. — Les sages-femmes et la grammaire. — Lettre au ministre de l'instruction publique. — Pierre Chippard le pourvoyeur de chiens des vivisecteurs.

Nous voilà donc en pleine saison des plaisirs. Grands dîners, soirées dansantes et musicales, soupers fins, bals masqués. Paris en ce moment, depuis six heures du soir jusqu'au matin, mange, danse, joue, se divertit en un mot, qui d'une façon, qui de l'autre. Les médecins suivent l'entraînement général. Les moins heureux se laissent inviter, les favoris de la fortune invitent et reçoivent. A cet égard j'ai entendu quelques esprits chagrins s'indigner en apprenant par exemple qu'on dansait chez quelques médecins: ils passeraient volontiers les dîners, les réunions de causerie; ils tolèreraient à la rigueur un peu de musique, mais pour la danse, ils sont sans pitié; ils la considèrent aussi déplacée dans leurs salons que dans ceux d'un archevêque; c'est ainsi, du moins, que j'ai entendu ces jours passés qualifier la chose par un austère confrère qui mit quelques gens de son avis. Tout doit être grave, digne, solennel, disait-il, dans la maison du médecin: aux hommes de loisir et de plaisir il doit laisser les futiles distractions du monde. Que peut penser une famille éplorée sur le sort d'un de ses membres, dont la santé est confiée à un confrère qu'elle croit occupé à méditer sur les ressources de son art, et qu'elle trouve actionné à disposer un quadrille? Et supposez, ajoute-t-il, qu'hier, qu'aujourd'hui, ce confrère ait perdu un malade précieux, un père de famille, un enfant tendrement aimé, pensez-vous que ces bruits de fête n'iront pas douloureusement retentir jusque dans cette maison qu'il vient de laisser en proie à la plus profonde affliction? Ce ne sont pas seulement les préceptes dogmatiques de la médecine grecque que les médecins ont oubliés, mais encore les admirables conseils d'Hippocrate sur les convenances qui leur sont imposées: « Le médecin, » disait ce grand homme, doit rechercher cet esprit de modération » qui ne consiste pas seulement dans le silence, mais encore dans une » vie parfaitement réglée; en effet, rien ne contribue autant à la » bonne réputation. » (*De medico.*)

Pourquoi se gendarmer ainsi contre les habitudes et les mœurs de son siècle? Hippocrate, d'ailleurs, dans un autre endroit du même discours, n'a-t-il pas dit aussi que « le médecin doit joindre de belles manières à des mœurs douces! » Ne lui a-t-il pas recommandé de « porter un vêtement décent et des parfums suaves! » Je conçois que lorsque le médecin était coiffé de la toque et ensouquenillé, quand une perruque à triple étage s'étalait sur sa tête et sur ses épaules, je conçois qu'il eût été fort mal venu dans les fonctions de maître de maison au milieu d'une fête bruyante et animée. Mais aujourd'hui que grâce à Molière, et aussi un peu à la révolution, le médecin n'a plus de costume, qu'il a perdu son ton pédantesque, son langage barbare, aujourd'hui qu'il est électeur, maire, député, et même garde national; aujourd'hui que son contact avec la société est plus direct, plus fréquent, plus intime, pourquoi ne prendrait-il pas les mœurs et les usages de son siècle? Hippocrate, d'ailleurs, dans un autre endroit du même discours, recommande au médecin l'usage de cette société, dont la fréquentation lui importe d'ailleurs à tant de titres. Loin de blâmer les confrères qui ouvrent leurs salons aux plaisirs du monde, il faudrait les en féliciter au contraire; car le monde peut ainsi juger la délicatesse de leur goût, la distinction de leurs manières, l'amabilité de leur esprit, toutes choses, en définitive, qui rejaillissent sur la considération de la confrérie. On a singulièrement abusé de ces grands mots, gravité médicale. Regardez-y de près, vous les entendrez souvent prononcer par des gens qui cachent sous un silence prudent la stérilité de leur esprit, sous une contenance grave la nullité de leur personne, sous une vie austère et retirée un profond égoïsme, sous le recueillement et l'étude une économie sordide et la passion de thésauriser. La gravité médicale est pour certains hommes la raideur et le pédantisme, quand ce n'est pas l'orgueil ou une basse jalousie. A l'hôpital, en ville et dans sa vie médicale, que le médecin soit grave et digne, qu'il paraisse pénétré des hautes et redoutables fonctions de son ministère; cela doit être, et il aurait trop à perdre lui-même pour sa considération en agissant différemment. Mais si le positivisme abrutissant de quelques hommes n'a pas desséché en lui le goût et l'amour des arts, si ses travaux et la confiance de ses concitoyens lui ont permis d'acquérir assez de fortune pour se donner quelques plaisirs; il ne blesse, à mon avis, aucune convenance en ouvrant ses salons à un monde d'élite, en les remplissant de belles femmes et de fleurs, en y faisant entendre de bonne musique, et même en y permettant la danse.

D'ailleurs c'est un fait accompli; toutes les récriminations du monde n'y feraient rien; il faut que les esprits moroses en prennent leur parti. On danse donc aujourd'hui chez plusieurs médecins, et il est tel salon que je pourrais citer qui rivalise de goût et de luxe, de société brillante et distinguée avec les salons les plus célèbres de Paris. Au lieu de voir cela d'un œil inquiet et chagrin, pourquoi ne pas y reconnaître les signes et les tentatives heureuses de cette transformation médicale que vous appelez de tous vos vœux, et qui doit placer le médecin dans la société au moins au même niveau que tant d'autres professions? Quand dans le salon d'un médecin je vois des pairs, des maréchaux, des députés célèbres, les princes de la littérature et des arts, les illustrations de tout genre et les plus grandes sommités sociales, je m'en réjouis pour nous tous, et je félicite sincèrement le confrère de faire un si noble et si libéral usage des loisirs que la fortune lui donne.

Sur quoi, du reste, ne récrimine-t-on pas! Pas plus tard que la semaine dernière, un médecin se trouvait par hasard, et pour d'autres affaires que celles de sa profession, chez un avoué de Paris. Cet avoué est un peu malade depuis quelques temps d'une affection nerveuse gastro-intestinale. Il n'avait d'ailleurs nullement envie de consulter le confrère, sa confiance étant depuis long-temps donnée à un autre médecin que j'ai quelques raisons pour ne pas autrement désigner. Vous avez l'air souffrant, lui dit ce confrère empressé; est-ce que vous ne vous soignez pas? — Pardon, je reçois les soins du docteur X.... — Garçon d'esprit, ma foi, qui manie bien la plume... Et alors, avec un accent et un haussement de tête très significatifs, vous ne feriez peut-être pas mal de consulter un *praticien.* Voyez-vous, la pratique! c'est tout en médecine. Les hommes de cabinet c'est bien la plume à la main, mais auprès d'un malade..... l'erreur est si facile et quelquefois si dangereuse. — Bref, il fit si bien, il noya si complétement ce pauvre avoué dans un flux de paroles pseudo-médicales, qu'il fut obligé de se soumettre à un examen en règle et de subir une consultation en forme. Il fit plus, ce cher confrère, il écrivit sa consultation, et ce fut là son malheur. Je dois à mes lecteurs un *specimen* des licences orthographiques de ce praticien acharné, qui croit qu'il est plus difficile de faire tirer la langue à un malade que d'écrire avec correction. Je dois ce petit avertissement à ce charitable confrère, qui, mû par l'intérêt seul des clients, cherche à les soustraire aux mauvais conseils d'un homme de cabinet. Voici donc sa consultation:

Rumatisme interne de la membrane *musculleuse* de l'*estomach* et des *intestin.*

1° Frictions matin et soir sur le ventre et l'*estomach* avec *beaune opodeldok.*

2° Appliquer le soir en se couchant un cataplasme chaud de pulpe de *bete-rave.*

3° Prendre quatre bains de *trippe.*

4° Régime végétal doux et *lactée.* Exercice modéré, *privation* de travail; *absence* (probablement pour abstinence) de café et de *liqueur.*

Ce cher confrère mériterait bien qu'au bas de ce petit chef-d'œuvre j'écrivisse sa docte signature. Je n'en ferai rien pour cette fois; mais à l'avenir qu'il soit plus sage et plus circonspect.

Qu'en dites-vous, monsieur le Dr Dumont, qui m'avez envoyé un document dont je ferai usage, croyez-vous donc que les sages-femmes

qui peut amener l'infection cancéreuse, le diagnostic devient très embarrassant, parce que chacune de ces complications présente aussi quelques-uns des caractères ci-dessus.

A l'ouverture du cadavre, on n'a trouvé aucune ulcération dans l'intestin, quelques plaques rouges seulement; aucune lésion matérielle, mais des tumeurs cancéreuses dans les poumons et la rate.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Rhumatisme articulaire des extrémités inférieures. Emploi du sulfate de quinine à deux reprises différentes. Guérison rapide après la seconde administration de ce médicament. Observation recueillie par M. Marturé, aide de clinique.

Sutter, soldat au 13e de ligne, âgé de vingt-un ans, d'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatique, est entré le 16 octobre 1843, au Val-de-Grâce, pour une arthrite du genou gauche avec épanchement. Le mal a débuté il y a trois jours seulement: il est survenu sans cause connue. C'est, du reste, la première fois que Sutter est atteint de ce genre de maladie.

A la visite du 17 octobre, on trouve le genou gauche fortement tuméfié, très chaud, douloureux à la pression, mais sans rougeur ni changement de couleur à la peau. Sa rotule est considérablement soulevée par le liquide épanché dans la synoviale de l'articulation; la présence de ce liquide donne lieu à une fluctuation des plus évidente. Ces symptômes locaux sont accompagnés d'un léger mouvement fébrile. Bouillon maigre; diète de vin; eau gommeuse; saignée de 250 grammes; potion purgative pour le lendemain matin.

Le 19, on n'aperçoit pas de changement dans l'état local. Trois ventouses scarifiées sont appliquées sur le genou; on ordonne en outre des frictions avec un liniment camphré à 8 grammes.

Le 22, il n'est encore survenu aucune amélioration. L'on prescrit un gramme de sulfate de quinine dans une potion gommeuse, et de l'orge nitrée pour tisane. L'administration du sulfate de quinine à la même dose est continuée jusqu'au 26. Ce médicament n'a produit aucun bon effet, et n'a pas empêché le mal de faire des progrès. Ainsi, à la visite du 27, on trouve l'articulation tibio-tarsienne droite gonflée, chaude, et le siége de douleurs assez vives, sans toutefois qu'il y ait de la rougeur à la peau. De plus, le genou droit offre depuis la veille une forte tuméfaction accompagnée de soulèvement de la rotule et d'une fluctuation bien sensible. Il est aussi très chaud, mais sans rougeur à la peau et sans douleurs. Quant au genou gauche, il est toujours à peu près dans le même état. Il y a un léger mouvement fébrile persistant. Les bruits du cœur sont réguliers, mais ils sont plus intenses et plus profonds qu'à l'état normal. Un bruit de souffle très prononcé se fait entendre pendant la systole. Prescription du 27: bouillon maigre; diète de vin; eau gommeuse; potion gommeuse avec addition de 8 gouttes de teinture de colchique; frictions avec un liniment d'acétate de morphine. Dans l'intervalle des frictions, les parties malades seront entourées de ouate.

Le 31, le genou gauche est moins tuméfié; l'articulation tibio-tarsienne et le genou du côté droit sont à peu près dans le même état que les jours précédents.

Le 2 novembre, une amélioration notable s'est opérée dans les articulations affectées. Le gonflement a diminué dans les deux genoux; le liquide épanché dans ces articulations a été .rt da[illegible] résorbé en partie, e[illegible] ule de l'un et de l'autre côté est beaucoup moins soulevée. Il n'y a plus de douleurs, même à la pression, et la chaleur anormale a également disparu. Un changement aussi favorable se fait remarquer dans l'articulation tibio-tarsienne. Le malade n'a plus de fièvre; les bruits du cœur n'offrent plus rien de particulier, et le bruit de souffle est bien moins fort que ces jours derniers. On continue la même médication.

Le 6, l'amélioration se soutient; mais elle ne fait pas de progrès. Il reste toujours une certaine quantité de sérosité épanchée dans les articulations malades, sans douleur et sans chaleur ni rougeur à la peau. On prescrit 5 décigrammes de teinture de colchique au lieu de 8 gouttes, parce que l'on apprend que cette teinture n'est pas faite avec les semences de la plante, comme on le croyait, mais bien avec le bulbe, ce qui rend ce médicament beaucoup moins actif.

Le 9 novembre, pas de changement dans les parties. La teinture de colchique est supprimée et remplacée par une potion gommeuse contenant 5 décigrammes de sulfate de quinine. Dès le lendemain de l'administration de ce médicament, il y a du mieux chez le malade.

Le 11, l'articulation tibio-tarsienne n'est plus tuméfiée; le gonflement des deux genoux est bien moindre; le liquide épanché dans ces deux articulations a presque entièrement disparu, et c'est à peine si l'on y perçoit de la fluctuation. On n'entend plus de souffle au cœur. Le sulfate de quinine est continué à la même dose.

Le 12, Il n'y a plus le moindre gonflement dans les articulations primitivement affectées; plus de fluctuation, plus de liquide épanché. Sulfate de quinine, 3 décigrammes dans une potion gommeuse; frictions avec un liniment d'acétate de morphine.

Le 13, le sulfate de quinine est supprimé, et l'on se borne à continuer les frictions opiacées.

Le 15, depuis avant-hier le malade se lève et va se promener dans la cour sans qu'il en soit résulté aucun accident, aucune menace de rechute.

Le 20, guérison complète. Les articulations malades sont tout à fait revenues à leur état normal. On cesse l'usage des liniments opiacés, et l'on prescrit les trois quarts pour régime alimentaire. Sutter est encore retenu à l'hôpital, afin de laisser se consolider la guérison et prévenir toute rechute.

Le 5 décembre, aucun accident n'étant venu entraver la convalescence, on laisse le malade sortir du Val-de-Grâce.

Douleurs rhumatismales dans les extrémités inférieures, avec exacerbations très prononcées et périodiques. Guérison rapide au moyen du sulfate de quinine.

Coudière, garde municipal, âgé de trente ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament sanguin, est entré au Val-de-Grâce le 1er octobre 1843, pour des douleurs rhumatismales dans les extrémités inférieures. Déjà, il y a dix ans, il avait ressenti à l'épaule droite une douleur assez vive qui disparut au bout de huit jours d'une manière spontanée et sans traitement. Les douleurs dont le malade se plaint actuellement ont commencé à se manifester pour la première fois il y a environ un mois, dans les premiers jours de septembre. Coudière ne sait à quelle cause les attribuer. Elles ont d'abord débuté par la région lombaire; mais elles n'ont pas tardé à abandonner cette partie pour se porter sur les jambes et les cuisses. C'est à l'extrémité inférieure des jambes et sur les coudes-pieds qu'elles se faisaient sentir le plus vivement; elles ne suivaient pas le trajet des cordons nerveux, mais occupaient toute l'épaisseur des membres. Beaucoup plus forte la nuit que le jour, elles offraient une exacerbation marquée de huit heures du soir à quatre heures du matin; elles devenaient quelquefois si vives dans ce moment, que le malade ne pouvait plus rester en repos, et qu'il était obligé de quitter son lit pour courir d'un côté et d'autre. Du reste, point de gonflement, point de rougeur, point de chaleur anormale dans les parties où siégent ces douleurs, qui, le plus souvent, sont accompagnées d'un malaise général, mais sans mouvement fébrile appréciable, sans le moindre frisson.

Coudière a suivi un traitement à la caserne; il a eu recours à l'infusion de tilleul, aux frictions avec le baume tranquille; il a pris une quinzaine de bains savonneux et huit à dix bains de vapeur. Ces divers moyens, mis en usage pendant vingt-six jours, n'ayant produit aucun résultat avantageux, le malade est entré au Val-de-Grâce. Là, nous avons pu constater les douleurs dont il est atteint, et elles se sont montrées à nous avec tous les caractères indiqués plus haut. C'est toujours aux coudes-pieds qu'elles offrent le plus d'intensité.

Le 2 octobre, lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, on prescrit: quart; soupe au lait et pruneaux; diète de vin; infusion de tilleul; frictions avec liniment renfermant 5 centigrammes d'acétate de morphine; on promènera plusieurs fois par jour des sinapismes sur les différents points des membres inférieurs.

Le 3, même prescription.

Le 4, point de changement dans l'état du malade. Les douleurs sont toujours très fortes la nuit. On ordonne un bain de vapeur qui n'amène aucun soulagement.

Les 5 et 6, potion gommeuse avec addition de quatre gouttes de teinture de colchique; les frictions avec le liniment opiacé sont continuées.

Le 7 octobre, Coudière souffre toujours autant; il n'a retiré aucun avantage de le médication suivie jusqu'à ce jour. M. Bandens, frappé de la persistance avec laquelle les exacerbations reviennent toutes les nuits aux mêmes heures, se décide à faire usage des antipériodiques, et il prescrit une potion gommeuse avec addition de 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 8, il y a déjà une amélioration notable; les douleurs sont moins vives, et Coudière a dormi une partie de la nuit, ce qu'il n'avait pas fait depuis le début de la maladie. On donne ce matin 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 9, les douleurs ont presque complètement cessé; mais il est survenu des bourdonnements et des tintements dans les oreilles, de la surdité, des tournoiements de tête, accidents occasionnés par les 2 grammes de sulfate de quinine pris dans la journée d'hier, et qui ont disparu le lendemain d'une manière spontanée, sans avoir recours à d'autres moyens qu'à un pédiluve sinapisé. On ne donne plus que 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 10, Coudière n'éprouve plus la moindre douleur dans les membres inférieurs. Continuation du sulfate de quinine à la même dose.

Le 13, les douleurs n'ayant pas reparu, on suspend l'usage de ce médicament.

Le 16, ce militaire sort de l'hôpital parfaitement guéri de son affection, contre laquelle le sulfate de quinine a eu une efficacité si marquée à l'exclusion des autres moyens de traitement.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Fouquier.

M. Gouraud, suppléant.

Réflexions pratiques sur les tubercules pulmonaires se rattachant à quelques points de ce vaste sujet non suffisamment éclaircis par les auteurs.

La phthisie pulmonaire est toujours cette terrible maladie qui décime l'espèce humaine, et sur laquelle sans cesse est appelée l'attention du médecin observateur, dans le but d'éclaircir, autant qu'il est possible, beaucoup de questions relatives à ce grave sujet. Plusieurs cas de tubercules pulmonaires se trouvent naturellement dans le service de M. Fouquier, et c'est à propos de ces maladies que M. Gouraud se propose de faire quelques remarques pratiques sur l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique de cette affection.

De l'étiologie de la phthisie pulmonaire.

Ce n'est pas mon intention, dit M. Gouraud, de vous exposer ici une à une toutes les causes qui ont une influence quelconque sur le développement de cette maladie. Les traités spéciaux anciens et modernes, et principalement ces derniers, on consacré de très longs chapitres sur ce point, et pourront être lus par vous avec beaucoup de fruit. Vous y verrez développée l'influence de l'hérédité, du climat, et de certains états morbides, etc., sous l'action desquels les tubercules semblent se développer. Mon but, dans ces courtes réflexions que je vais vous soumettre, c'est de remplir une lacune que j'ai observée dans ces ouvrages classiques, en vous signalant certaines causes bien connues, ou au moins dont l'influence ne peut être contestée par personne, et sur lesquelles pourtant se sont tus plus ou moins complétement les auteurs les plus recommandables. Ainsi Laënnec, dont l'ouvrage porte le cachet d'un esprit si profond et si observateur, qui consacre un long article aux causes de la phthisie, ne dit pas un mot de celles que je vais vous indiquer.

Je veux vous parler de l'influence des fièvres éruptives et de l'état puerpéral et d'allaitement.

Pour ce qui regarde la première de ces causes, Laënnec, comme je vous le faisais pressentir tout à l'heure, l'omet entièrement. Il parle bien de l'influence que peuvent exercer sur le développement des tubercules certaines fièvres continues, lorsqu'elles se prolongent pendant un certain temps, et il paraît vouloir faire allusion aux fièvres intermittentes. M. An-

---

aient le privilége de ces drôleries orthographiques? Cet honorable confrère m'a, en effet, adressé la pièce suivante:

« Durant mon séjour dans le département de........, à distance de quelques mois, je reçus deux billets dont voici la teneur et l'orthographe:

« Mr. je zuge appropeaux dadministrer le segle ergotée a la dose de
» 36 grain en 3 foi puis si l'emorragie recommence jadministrerai ou
» plutôt japplique rai le tanpon ayant soin del sur veiller je vous
» salue.

» Laurence G...... »

« Mosieurs,

» Je vous pris davoires l'obligence de m'en voier une doses de
» seyle ergote j'ai l'honneures de vous saluier

» F.-P. sage-famme. »

M. le docteur Dumont, en adressant ces mêmes pièces à M. le ministre de l'insttuction publique, lui écrivit la lettre suivante, à laquelle j'ignore si on a répondu:

« Monsieur le ministre,

» Me serait-il permis d'appeler votre attention sur l'une des annexes du corps médical? je veux parler des sages-femmes, dont l'instruction première est si imprudemment négligée. Vous pourrez vous en convaincre, monsieur le ministre, au moyen des pièces ci-jointes, pièces qui ont pour auteurs des personnes reçues et brévelées par la Faculté de médecine, mais non assurément par celle des lettres.

» L'obstétrique, vous le savez, monsieur le ministre, se compose d'anatomie, de mécanique, de physiologie, voire même de pathologie et de thérapeutique; or, savoir un peu de tout cela et ignorer si luxueusement les plus simples éléments du langage, est un non-sens, à ce qu'il me semble.

» Je le demande donc, monsieur le ministre, pourquoi n'exigerait-on pas de ces dames, non qu'elles ébranchassent tout l'arbre de Bacon, mais qu'elles eussent au moins par-devers elles une légère teinture des études scolastiques avant d'être initiées aux mystères de la science. Cela les ferait paraître avec un mince reflet d'éducation qui empêcherait qu'on ne les confondît avec des couturières ou des coureuses d'aiguillettes, par exemple!

» Je laisse, monsieur le ministre, à l'appréciation de votre jugement et à votre zèle pour l'instruction nationale le soin d'aviser s'il ne conviendrait pas de réhabiliter, sous le rapport universitaire seulement, mesdames les sages-femmes de France.

» Daignez agréer, etc. » Dr Dumont (de Monteux).

Grenelle, ce 21 janvier 1844.

Où vont-ils chercher leurs types ignobles et invraisemblables, les auteurs du jour qui exploitent le goût bizarre et perverti d'un public blasé? Dans leur imagination pure, alors que la réalité passe sous leurs yeux inattentifs, ils se mettent en grands frais d'invention, alors qu'avec un peu d'observation ils trouveraient des caractères tout faits et bien autrement saisissants de vérité. Ils ont fait, par exemple, un drame, fort maussade du reste, sur les *Bohémiens de Paris*, c'est-à-dire sur toutes ces existences excentriques et problématiques qui grouillent dans cette immense ville, qui nichent Dieu sait où, qui pâturent Dieu sait comme, et dont la carrière se termine... le procureur du roi sait bien comment. De toutes ces existences ils ne connaissent pas la plus bizarre, la plus singulière, la plus incompréhensible, mais aussi la plus réelle; c'est celle de Pierre Chippard, le pourvoyeur de chiens des vivisecteurs de Paris. Cet homme, qui est âgé de plus de soixante-dix ans aujourd'hui, exerce son industrie depuis un demi-siècle. Il a fourni Bichat, Nysten, Béclard, M. Magendie, comme il fournit encore aujourd'hui M. Longet et tous ceux qui cherchent le secret de la vie dans les tortures de ces pauvres animaux. C'est effrayant ce que cet homme a procuré de chiens aux immolateurs. Et tout lui est bon, à cet industriel nocturne; chien perdu et vagabond, loulou chéri d'une vieille comtesse, chien d'arrêt précieux au chasseur, barbet, épagneul, basset; il n'a rien respecté, si ce n'est le boule dogue, et pour cause. Un jour il s'en prit au chien de l'archevêque de Paris. Ce fut toute une longue histoire qui ne put même se dénouer devant la 6e Chambre. Le vénérable prélat eut la douleur d'apprendre l'horrible vérité; Azor — c'était le nom du chien — avait été victime d'un infame guet-apens; sa mort avait été célèbre et avait eu lieu devant six cents auditeurs du Collége de France. Vous êtes étonné, en passant dans les rues de Paris, de voir tant d'affiches annonçant des chiens perdus. Pierre Chippart vous explique tout cela. Cet homme est, du reste, d'un désintéressement complet. Il a beau voir vingt-cinq francs, cinquante francs et jusqu'à cent francs de récompense sur l'affiche; sa probité passe sans regret, sans envie, devant ces brillantes amorces. Il a promis un *sujet* à un expérimentateur, il tiendra sa parole, et cela pour trois francs.

Où diable la vertu va-t-elle se nicher!

Jean Raimond.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, à l'avenir les juges des concours à la Faculté de médecine devront être toujours au nombre impair.

Cette décision a été prise à la suite du concours de physique, dans lequel le professeur n'a été nommé que par suite de la voix prépondérante du président de ce concours.

dral, dans une note sur ce passage, fait observer avec raison que ce ne sont pas ces espèces de fièvres qui peuvent influencer le développement de la phthisie ; mais celles qui s'accompagnent d'une éruption cutanée. Ceci se rattache beaucoup à la question soulevée dernièrement par M. le docteur Boudin sur l'antagonisme qu'il croit exister entre les tubercules pulmonaires et les fièvres intermittentes ; et on peut dire en passant sur cette question que, quoiqu'à mon avis M. Boudin soit allé un peu trop loin, et ait trop généralisé son principe, il est impossible pourtant de nier qu'il y ait du vrai dans ce qu'il a dit ; Laënnec n'a pas parlé des fièvres éruptives comme causes de la phthisie, et pourtant ces maladies sont comme le point de départ de la phthisie elle-même. Je ne veux pas dire pour cela que ces fièvres fassent naître les tubercules pulmonaires là où ils n'existaient pas, et d'une personne très bien constituée en forment un tuberculeux, ce serait mal interpréter ma pensée ; je veux dire, seulement, que les tubercules déjà préexistants se développent sous l'influence de ces fièvres, pendant que sans le concours de cette cause ils seraient restés probablement encore de longues années à l'état de rudiment. Cela est très important à connaître, pour savoir dans le traitement de ces affections employer toutes les précautions nécessaires afin de prévenir de si funestes conséquences.

Les fièvres éruptives, tous les cliniciens l'ont observé, et je vous l'ai dit aussi il n'y a pas long temps, exposent les malades à une foule d'affections plus ou moins graves pendant la convalescence ; ce sont tantôt des ascites, tantôt des hydropisies aiguës du péricarde, et même du cerveau, et tantôt des tubercules pulmonaires qu'on voit se développer avec tous les symptômes qui les caractérisent. C'est pour cela que toutes les fois qu'on aura affaire à des convalescents de ces sortes de maladies, et principalement de la rougeole, il faudra observer les préceptes que je vous ai donnés, et qui sont de la plus haute importance. Il suit de ceci, en même temps, que toutes les fois qu'un malade d'affection rubéolique se rétablit parfaitement, sans qu'aucun signe paraisse par la suite de phthisie pulmonaire commençante, c'est de très bon augure pour la santé à venir de ce malade, et le médecin peut hasarder à cet égard un favorable pronostic. Ce n'est pas sans conséquence pour le repos des familles, et pour la réputation du médecin lui-même. Il faut donc se tenir bien en garde contre cet écueil. M. Louis, non plus, n'en a pas parlé dans sa dernière édition du Traité des tubercules pulmonaires, ouvrage du reste sous tant d'autres rapports estimable ; peut-être objecterait-il 1° que beaucoup de rougeoles ne développent pas la phthisie ; 2° que d'un autre côté beaucoup de phthisiques le sont devenus indépendamment de la rougeole ; 3° enfin que les relevés statistiques démontrent qu'un petit nombre seulement de rougeoles semblent développer les tubercules pulmonaires. Ce raisonnement ne suffirait pas, selon nous, à conduire à la conclusion qu'on ne doit pas considérer la rougeole et les fièvres éruptives en général comme cause appréciable de la phthisie pulmonaire. Car admettant, si on veut, que cet effet arrive rarement, il suffit pourtant qu'il arrive quelquefois, pour qu'il mérite d'être pris en sérieuse considération du moment qu'il s'agit d'une maladie jusqu'ici inévitablement fatale.

La seconde cause sur laquelle je veux fixer particulièrement votre attention, parce qu'elle n'est pas signalée par les auteurs, c'est l'état puerpéral et d'allaitement. Les femmes qui se trouvent dans cet état, pour peu qu'elles aient de la prédisposition naturelle, sont exposées sérieusement à voir se développer la maladie pulmonaire dont elles portent le germe. Morton, autant que je me le rappelle, parle, dans un chapitre spécial de son ouvrage, des tubercules pulmonaires auxquels seraient exposées les femmes accouchées qui ne nourrissent pas leurs enfants ; ce serait tout-à-fait l'inverse de ce que je viens d'établir ; et pourtant il y aurait une explication à donner à cette doctrine de Morton : ce serait de mettre le développement des tubercules sur le compte de l'état puerpéral plutôt que du défaut d'allaitement parce que dans cet état les femmes sont d'une excessive susceptibilité qui les dispose à ressentir très vivement toutes les impressions physiques et morales. Au reste, ces tristes conséquences de l'allaitement se remarquent surtout chez les femmes qui, affaiblies déjà par le travail de l'accouchement, se nourrissent mal ou d'une manière insuffisante, de sorte que chez elles il n'y a pas réparation de forces de l'organisme, et la sécrétion laiteuse se fait aux dépens de ces forces mêmes. Il arrive souvent que c'est dans ces cas que se développe la phthisie dite aiguë dont la marche est rapidement funeste.

Il faut connaître cela à propos des enfants dont les mères sont mortes à la suite des couches, et à propos des femmes qui voudraient nourrir leur enfant, si leur état de santé le permet. Le médecin est souvent consulté sur cette question délicate. Il y a beaucoup de femmes qui ne sont pas en état de nourrir ; il y en a d'autres qui doivent cesser de nourrir après peu de temps. D'après quels signes pourra-t-il, le médecin, se prononcer dans ces circonstances et ordonner à une femme de cesser de nourrir son enfant ? Toutes les fois qu'il verra une femme maigrie d'une manière sensible, être en proie à une petite fièvre quotidienne inspective se rallumant surtout après le repas, qu'il la verra suer la nuit, avoir même de la diarrhée, etc., il n'hésitera pas à prononcer son *veto*, et sans le moindre retard, car il aura devant lui les symptômes non douteux d'une phthisie commençante, et la continuation de l'allaitement en hâterait le développement.

Il y a beaucoup de femmes qui, par amour et dévouement à leurs enfants, se soumettront difficilement à cette défense médicale en alléguant, contre tous les signes apparents, un bon état de santé. Le médecin doit faire son devoir, lutter énergiquement contre l'aveuglement de ces malheureuses mères jusqu'à ce qu'elles soient arrivées à mettre à l'abri des dangers qui les menacent leur santé et celle des enfants. Ces femmes diront qu'elles ont beaucoup de lait et diront vrai ; mais malgré cette abondance de sécrétion laiteuse il peut y avoir indication positive de suspendre l'allaitement, car il n'est pas rare de voir cette sécrétion abondante dépendre d'un véritable état morbide et accompagner tous les signes les plus manifestes du dépérissement général. Il faut établir en thèse générale que la femme peut être malade malgré l'abondance de son lait, que la phthisie peut se développer au milieu de cette abondante sécrétion, et alors le médecin ne sera pas retenu par cette considération toutes les fois qu'il observera les symptômes que je viens de signaler. Du reste, il pourra s'aider des signes physiques que la percussion et l'auscultation du poumon lui fourniront dans ces circonstances.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie du Système nerveux cérébro-spinal ; par M. FOVILLE, médecin en chef de la maison royale de Charenton, etc. — Première partie. Anatomie. — Un vol. in-8°, avec un atlas de 23 planches. Paris, 1844. — Chez Fortin, Masson et compagnie.

Depuis Démocrite, qui fut, dit-on, trouvé par Hippocrate occupé à disséquer le cerveau pour y chercher le siége de la folie, jusqu'à l'auteur de cet ouvrage, à qui on peut supposer, avec le but que se proposait le philosophe d'Abdère, un but plus général encore, que de travaux, que de recherches, que d'opinions, que d'hypothèses sur la structure et les fonctions du système nerveux ! La longue énumération qu'en fait M. Foville dans son introduction historique et qui comprend les âges les plus reculés jusqu'aux travaux contemporains, serait bien faite pour jeter dans le découragement en voyant les minces résultats de tant d'efforts et de labeurs. Telle n'a pas été cependant l'impression qui en est restée dans l'esprit de M. Foville, qui, animé d'un courage nouveau, a repris l'œuvre de ses devanciers sur d'autres errements, avec des procédés anatomiques différents et est arrivé aussi à des découvertes nouvelles d'organisation et de structure, seule chose dont nous puissions juger puisque seule la partie anatomique de cet ouvrage a été publiée.

La plupart des recherches consignées dans cet ouvrage ont été popularisées dans la science de la manière la plus honorable par les communications que M. Foville en a faites aux sociétés savantes, communications qui ont donné lieu à des rapports remarquables par M. de Blainville à l'Académie des sciences et par M. Blandin à l'Académie de médecine. Il n'est pas aujourd'hui d'anatomiste qui n'ait pris en sérieuse considération les recherches de M. Foville. Elles le méritaient assurément, car la tâche qu'il s'est imposée et qu'il a heureusement menée à bonne fin c'est, après l'effort si fécond de Charles Bell, de poursuivre dans l'épaisseur des renflements encéphaliques le cours des faisceaux de la moelle épinière auxquels se rattachent les nerfs de la sensibilité ; de poursuivre les faisceaux auxquels se rattachent les nerfs moteurs ; de rechercher s'il existe entre les terminaisons encéphaliques de ces deux ordres de faisceaux quelque substance intermédiaire qui puisse correspondre à ces systèmes intermédiaires du poumon qui ne sont ni des artères ni des veines, et pourtant communiquent avec les unes et les autres.

Tel est le programme au développement duquel ce volume est consacré. L'indiquer, c'est en faire comprendre l'importance. Une analyse, avec quelque soin, quelque scrupule, quelque étendue qu'elle fût faite, ne pourrait donner au lecteur qu'une imparfaite idée de cette œuvre remarquable et capitale. Nous ne pouvons qu'engager les personnes pour qui ces études ont de l'attrait, de recourir au texte même auquel d'ailleurs vient en aide un atlas dessiné avec le plus grand soin. Pour les praticiens à qui notre journal s'adresse spécialement, nous nous contenterons de leur présenter le résumé suivant des principaux résultats auxquels M. Foville est arrivé, qui sera suffisant pour leur donner une idée de l'importance de ses recherches et de la différence de ses opinions sur celles qui étaient avant lui généralement admises.

Le système nerveux cérébro-spinal est composé de cordons périphériques ramifiés dans le corps, et de parties centrales renfermées dans le crâne et le rachis. Ces parties centrales se composent d'un axe ou cylindre qui règne dans toute leur longueur, et de parties latérales ganglionaires combinées à distance avec l'axe nerveux, ou bien immédiatement appliquées à la périphérie. L'axe du système cérébro-spinal, parcouru dans toute sa longueur d'une cavité centrale, est parfaitement symétrique, et composé dans chacune de ses moitiés de trois faisceaux de matière grise et de matière blanche, la première surtout intérieure, la seconde extérieure. Dans toute la longueur on observe en arrière, au contact des parois du ventricule central, deux petits faisceaux blancs grêles, auxquels se rattachent les faisceaux postérieurs par des prolongements centripètes.

Au-devant du ventricule central, une commissure blanche composée de fibres entrecroisées de droite à gauche et à laquelle aboutissent aussi par des prolongements centripètes les faisceaux antérieurs. Enfin, les faisceaux latéraux se rattachent aussi par les prolongements centripètes aux parois latérales du ventricule central. D'ailleurs, la substance blanche qui forme le corps des trois faisceaux bilatéraux de l'axe nerveux est surtout composée de faisceaux fibreux longitudinaux.

L'axe nerveux présente de grandes différences dans sa partie la plus simple, qui est la région rachidienne, et dans sa partie composée, qui est encéphalique. Dans cette dernière, le développement considérable d'expansions du faisceau postérieur, forme entièrement les parois des cavités ventriculaires du cervelet, du cerveau ; et ces enveloppes ventriculaires considérées à l'extérieur, représentent une sorte de moule ou de noyau sur lequel s'appliquent les renflements ganglionaires qui constituent le cervelet et le cerveau.

La substance grise extérieure de ces renflements ganglionnaires se rattache à l'axe gris du faisceau postérieur de la partie la plus simple de l'axe nerveux, c'est-à-dire, la moelle épinière. Ainsi les masses cérébelleuses et les masses cérébrales sont doublées à l'intérieur par des expansions blanches contiguës aux parties blanches du faisceau postérieur de la moelle épinière. Elles sont revêtues extérieurement par une couche grise ou corticale, rattachée elle-même à la matière grise qui correspond à l'arête centripète du faisceau postérieur de la moelle ; et c'est sur cette arête qu'existent les deux faisceaux grêles occupant dans toute sa longueur le centre de l'axe nerveux.

Les prolongements encéphaliques des faisceaux antérieur et moyen de la moelle épinière se placent, dans le cervelet et dans le cerveau, entre les parois ventriculaires formées par des expansions blanches du faisceau postérieur, et la couche corticale extérieure contiguë à la substance grise du même faisceau postérieur.

Les ganglions annexés au système nerveux cérébro-spinal sont, dans le cours de la moelle épinière, simples et distants de cet axe. Ils sont très composés et immédiatement appliqués à la périphérie de l'axe nerveux dans l'intérieur du crâne. Quelque part qu'on les examine, ils sont rattachés au faisceau postérieur ou à ses dépendances par des cordons nerveux dits du faisceau postérieur, et les prolongements périsphérique de ces nerfs du faisceau postérieur partent toujours au moins partiellement de ces ganglions, qu'ils soient simples ou composés, pour se rendre aux organes périphérisques.

Avec ces ganglions se combinent aussi des nerfs du faisceau antérieur. Ce sont ces derniers qui dans le cervelet et dans le cerveau constituent les régions fasciculées des tronçons pédonculaires. De cette sorte les ganglions encéphaliques, comme les ganglions spinaux, se rattachent à l'axe nerveux par deux ordres de racines. Mais il y a toujours cette grande différence que dans les ganglions spinaux les racines antérieores sont simplement accolées à la masse ganglionaire, tandis que dans les ganglions encéphaliques les fibres nerveuses qui les rattachent au faisceau antérieur de l'axe nerveux naissent des parties profondes de leur substance.

On peut concevoir aisément que les ganglions annexés aux nerfs du faisceau postérieur dans la longueur de la moelle épinière communiquent de droite à gauche et de haut en bas, dans toute la longueur de l'axe nerveux, par les prolongements centripètes du faisceau postérieur rattachés aux deux faisceaux grêles qui forment l'axe véritable de l'axe nerveux, et constituent une commissure longitudinale de haut en bas.

Dans le cerveau la commissure antérieure, à laquelle aboutissent ces faisceaux grêles, correspond par ses rayonnements bilatéraux à toutes les parties des hémisphères ou ganglions cérébraux. Cette commissure constitue donc un véritable centre auquel correspondent toutes les parties de l'encéphale et toutes les parties de la moelle épinière.

Les nerfs du faisceau antérieur et ceux du faisceau latéral rayonnent dans le corps sans présenter de ganglions dans leur trajet. Seulement les premiers peuvent être juxtaposés aux ganglions du faisceau postérieur.

Quand on étudie la cavité du rachi-crâne dans son ensemble, on reconnaît que dans ses deux régions principales, le crâne et le rachis, cette cavité répond par la forme générale à celle de l'axe nerveux. Dans le rachis comme dans le crâne l'axe nerveux est bien loin d'égaler en volume la capacité de l'enveloppe osseuse. Un fluide aqueux, des membranes, des nerfs, une graisse *sui generis* s'ajoutent à la région sdinale de l'axe nerveux pour remplir la cavité rachidienne. Les ganglions cérébelleux, les ganglions cérébraux revêtent de leurs masses volumineuses la région encéphalique de l'axe nerveux ; des membranes, un fluide abondant s'ajoutent à toutes ces parties pour remplir le crâne.

La proportion des régions encéphaliques de l'axe nerveux que nous avons appelé noyau cérébelleux dans le cervelet, noyau cérébral dans le cerveau, est bien loin d'approcher du volume total de l'encéphale, et pourtant cette fraction secondaire par son volume, creusée de cavités considérables, pleine de fluide dans le cerveau, détermine le caractère général de la forme de l'encéphale et le caractère général de la forme du crâne, avec l'aide des dispositions spéciales de l'enveloppe fibreuse.

Tel est le résumé général, d'après M. Foville, de la constitution du système nerveux cérébro-spinal et de son enveloppe principale. Pour traduire cette anatomie du système nerveux en une théorie physiologique, il suffit, dit-il, de donner une direction à la marche de l'agent nerveux. C'est à cette recherche qu'il consacrerera le second volume de cet ouvrage, dont les physiologistes hâteront de leurs vœux la publication.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

De la paralysie hystérique ; par le docteur MAURICE MACARIS.

La paralysie hystérique a très peu appelé l'attention des praticiens. Aucun auteur n'en a traité d'une manière spéciale. Elle mérite cependant d'être étudiée avec soin. Qu'est-ce d'abord que la paralysie hystérique ? C'est, pour l'auteur, une atonie, une inertie du système nerveux résultant des fortes secousses auxquelles il vient d'être soumis par une attaque d'hystérie.

Les parties susceptibles d'être frappées de paralysie sont celles qui reçoivent des nerfs cérébraux ou rachidiens. Ce sont, en général, tous les appareils organiques dont les fonctions concourent à l'accomplissement de la vie de relation, il faut ajouter les organes qui, quoique appartenant à la vie organique, sont cependant soumis en partie à l'empire de la volonté, tels que le rectum, la vessie, l'œsophage.

La paralysie hystérique porte tantôt sur la contractilité musculaire, tantôt sur la sensibilité générale ou spéciale, tantôt enfin sur ces deux facultés à la fois. Les phénomènes auxquels elle donne lieu sont erratiques ; ils disparaissent avec facilité pour reparaître de nouveau, ils se succèdent l'un à l'autre, etc. Leur durée varie de quelques minutes à quelques jours, quelques semaines, quelques mois, quelques années même, puis ils disparaissent graduellement ou d'une manière brusque et instantanée.

La paralysie du sentiment s'observe principalement pour les organes des sens, qui cessent souvent de pouvoir remplir leurs fonctions sans que l'appareil locomoteur qui leur est propre ait perdu de sa motilité. L'anesthésie peut affecter la peau seule, ou la peau et les muscles à la fois ; d'où la subdivision en superficielle et profonde. Elle peut être complète ou incomplète ; le plus souvent elle débute tout à coup. Elle est quelquefois précédée d'un engourdissement dans la partie qui va être affectée. Elle dure de quelques jours à quelques mois, à quelques années même.

Il est rare de voir les membres privés de sentiment conserver encore la faculté de se mouvoir. Il y en a cependant des exemples.

Les sens spéciaux peuvent être émoussés ou abolis par la même cause. Ainsi il n'est pas rare d'observer la perte de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat. D'après l'auteur, l'amaurose est celle de ces affections qui se montre le plus souvent ; vient ensuite la surdité. Ces anesthésies spéciales peuvent être complètes ou incomplètes ; elles se déclarent ordinairement tout à coup à la suite d'une attaque ; quelquefois elles sont précédées d'un affaiblissement de l'organe, comme trouble de la vue, bourdonnement d'oreilles, etc., et c'est le plus souvent un seul œil ou une seule oreille dont la faculté de percevoir est affaiblie ou complétement abolie. Leur durée varie de quelques heures à quelques mois, à quelques années même, et puis elles disparaissent pour se montrer de nouveau.

La théorie de Ch. Bell sur les fonctions diverses de deux ordres de nerfs rend bien compte de cette affection. Il y a anesthésie toutes les fois que les cordons postérieurs sont affectés.

La paralysie du mouvement affecte plus volontiers les malades qui en ont déjà été atteints une fois. Elle ne s'annonce ordinairement par aucun phénomène ; elle survient brusquement à la suite d'une attaque faible ou violente d'hystérie. L'auteur a cru remarquer qu'elle affecte plus souvent le membre inférieur que le supérieur, ce qui est l'opposé de la paralysie saturnine ; mais, comme dans celle-ci, elle affecte plus les muscles extenseurs que les fléchisseurs des membres.

Cette paralysie coïncide quelquefois avec une douleur dans les muscles paralysés. Sa durée varie de quelques heures à quelques jours, quelques mois, quelques années, et puis elle disparaît tout à coup ou d'une manière lente et graduelle ; mais elle est très sujette à récidive.

Les cordons antérieurs de la moelle sont seuls affectés dans cette paralysie.

La paralysie réunie du mouvement et du sentiment est l'espèce qui frappe de préférence les hystériques. Ces deux affections ne se montrent pas toujours dans le même membre ou le même organe, car il arrive assez souvent que l'amyosthénie occupe les membres inférieurs et l'anesthésie la peau de la partie supérieure du corps ; d'autres fois la vessie, le rectum ou l'œsophage sont paralysés au point de nécessiter le cathéter, la curette ou la sonde œsophagienne, tandis que l'anesthésie siége dans un autre endroit du corps. Très souvent cette paralysie est accompagnée d'aphonie ou au moins de bégaiement. Sa marche est extrêmement bizarre. La même malade, à la suite de différents

accès, peut être affectée, tantôt de paraplégie, tantôt d'hémiplégie, tantôt d'aphonie, d'amaurose, de surdité; tantôt enfin, la paralysie de l'œsophage, de la vessie, du rectum, se montre isolément ou simultanément avec celle d'autres parties du corps, et quelquefois tous ces phéomènes se présentent en même temps.

Il arrive assez souvent que la paralysie du mouvement est complète, tandis que la sensibilité n'est qu'émoussée, *et vice versâ*. Sa durée est variable de quelques jours à quelques mois, à quelques années, et l'une et l'autre de ces paralysies peuvent se dissiper tout à coup ou lentement, mais en même temps, ou bien l'une disparaît seule, tandis que l'autre persiste plus ou moins long-temps après.

En analysant les observations nombreuses que l'auteur rapporte dans ce mémoire fort intéressant, on voit que de toutes les paralysies, la paralysie hystérique est celle dont le pronostic est le moins fâcheux et la guérison la plus facile à obtenir: c'est la nature même qui en fait presque tous les frais. Toutefois, dit l'auteur, même dans les cas les plus heureux, le médecin instruit et prudent peut souvent contribuer au prompt rétablissement de la santé et aider puissamment les efforts de la nature médicatrice.

Au début de la paralysie, M. Piorry se loue des bons effets du sulfate de quinine en solution dans l'alcool, de la teinture de cannelle, etc. Lorsqu'il paraît y avoir quelque intermittence dans le retour des phénomènes hystériques, le sulfate de quinine est indiqué. Quand ces accidents se montrent vers l'époque des règles, il est prudent d'en favoriser le cours; quelquefois la saignée modérée a été utile dans la paralysie hystérique.

Lorsque la paralysie hystérique est ancienne, il est utile d'avoir recours aux vésicatoires sur la région des reins, à l'emploi des frictions irritantes, aux douches de vapeur, et surtout à l'électricité et à l'usage de la strychnine et de la brucine. Il faut, en outre, engager les malades à employer toute leur volonté pour exécuter quelques mouvements, leur apprendre à parler comme à des enfants si elles sont aphones. « Enfin, dit-il, dans les cas où ces moyens auraient échoué, on pourrait peut-être avoir recours d'une manière avantageuse au magnétisme animal. C'est dans les névroses surtout que ce moyen, aujourd'hui malheureusement tombé entre les mains de charlatans étrangers à la médecine, me paraît devoir être utile. »

DUBLIN MEDICAL PRESS.

La créosote dans le traitement de certaines maladies de la conjonctive et de la cornée; par le docteur H. LDRETH TANESV LLE.

La première fois que ce médecin employa ce remède dans les maladies des yeux, ce fut en 1836. Il s'agissait d'un cas d'opacité de la cornée avec ulcération résultant d'une ophthalmie scrofuleuse, et datant de trois ou quatre ans. Après avoir échoué avec tous les moyens connus, il employa une pommade mercurielle avec laquelle il incorporait quelques gouttes de créosote, et dont il engageait une petite quantité à travers les paupières matin et soir. Ce traitement fut suivi d'une amélioration rapide. Bref, peu à peu les ulcères se cicatrisèrent, l'opacité disparut, et dans l'espace de deux mois le malade fut guéri en conservant un peu la vue courte, à laquelle on remédia par des lunettes concaves.

Le docteur américain dit l'avoir employé par la suite dans une multitude d'autres cas d'ophtalmie scrofuleuse aiguë ou chronique, avec le plus grand succès. Il ajoute l'avoir appliqué aussi très utilement comme topique dans plusieurs affections scrofuleuses externes, ulcération de la peau, etc.; d'où il conclut que c'est un moyen vraiment précieux dans toutes les affections locales d'origine scrofuleuse. Il fait pourtant observer qu'il faut faire marcher en même temps ce traitement avec le traitement général convenable.

On peut substituer à la pommade mercurielle du cérat simple, ou de la graisse fraîche avec laquelle on incorporera la créosote; cela est indispensable surtout dans les cas où l'onguent mercuriel n'est pas supporté par les malades.

Plus la maladie de l'œil est chronique, plus l'usage de la créosote semble réclamé. L'auteur de ce traitement emploie ordinairement de 10 à 20 gouttes de créosote par once d'onguent; néanmoins dans les cas très chroniques on pourrait dépasser cette dose. Si l'introduction de la pommade créosotée produisait une cuisson trop vive, on la modérera avec quelques lotions d'eau fraîche ou de lait froid. Comme la créosote s'évapore facilement, il faut préserver la pommade de l'air libre.

Un des avantages les plus marqués de la créosote comme caustique dans les ulcérations scrofuleuses de la cornée, est sa facilité d'application. Il suffit d'introduire une petite portion de l'onguent préparé entre les paupières, et de frotter un peu celles-ci contre le globe de l'œil, tandis que quand on doit porter un caustique sur les petites ulcérations elles-mêmes, c'est une chose assez difficile chez les enfants.

Cette pommade est d'une grande efficacité aussi contre l'inflammation chronique des glandes de Meïbomius, qui complique si fréquemment l'ophthalmie scrofuleuse. Pour cela, il sera mieux de combiner la créosote avec la pommade au précipité rouge.

Le docteur Tanesville applique avec un grand avantage cette pommade dans l'albugo vasculaire chronique, qui est souvent le résultat d'une conjonctivite granuleuse. Dans la conjonctivite simple et franche, il ne l'emploie qu'après avoir enlevé les symptômes d'inflammation par les antiphlogistiques ordinaires. Dans l'ophthalmie purulente il l'emploie de bonne heure, conjointement avec un traitement général actif.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du scorbut par la teinture de cantharides.

M. Irven a introduit dans la science un nouveau moyen pour le traitement de cette grave maladie, c'est la teinture de cantharides. Il la donne d'abord à la dose de 10 à 20 gouttes par jour à prendre en trois fois, en augmentant selon les circonstances cette dose, et arrivant jusqu'à 80 gouttes en vingt-quatre heures. Pendant que dans l'état général des malades il survient une amélioration sensible, les urines deviennent claires, et les réactifs chimiques y signalent la présence de l'albumine, substance qu'on dit généralement ne pas exister dans l'urine des scorbutiques. (*Braithwate's retrospect.*)

Comment les cantharides agissent-elles dans cette circonstance, et pourquoi cette présence de l'albumine dans les urines au même moment que l'état général des scorbutiques s'améliore? Voilà des questions que nous soumettons à la méditation des praticiens.

Du nitrate de potasse dans le traitement de l'asthme.

Le correspondant de *New-York American Gazette* dit qu'il a tiré des avantages remarquables de l'usage du remède suivant dans plusieurs attaques d'asthme, et l'a prescrit avec le même succès à plusieurs malades. Plongez, dit-il, du gros papier poreux dans une solution de nitrate de potasse ou de salpêtre commun, et faites-le sécher ensuite. A l'approche du paroxysme, respirez la vapeur qui se produira en brûlant de ce papier dans la chambre, ou en le fumant comme du tabac. Il connaît plusieurs asthmatiques qui se trouvent dans l'impossibilité absolue de tenir une position fixe jusqu'à ce que leur chambre à coucher ait été remplie de cette vapeur.

Nous pouvons ajouter notre témoignage, dit le rédacteur de la Gazette américaine, à celui de notre correspondant, sur l'utilité de ce remède. Plusieurs fois nous l'avons prescrit et souvent le soulagement apporté aux malades nous parut vraiment magique; d'autres fois il échoue complétement. La solution de nitrate de potasse doit être bien saturée, et après que le papier y a été plongé et séché il est mieux de l'y replonger une seconde fois. La meilleure manière de remplir la chambre de vapeur, c'est de rouler une feuille de papier préparé d'une grandeur convenable, et de le mettre dans un chandelier; on allume le bout, et, à mesure qu'il brûle, la vapeur se répand dans la chambre. (*American Journal of the medical sciences.*)

La seconde épreuve du concours pour l'agrégation, qui devait commencer demain mardi, ne commencera que jeudi prochain, la séance de samedi dernier ayant été empêchée par l'absence de M. Bouillaud.

Cette seconde épreuve consiste en une leçon orale après trois heures de préparation et non après vingt-quatre heures, comme nous l'avions annoncé par erreur.

La *Bibliothèque d'Élite* de Ch. Gosselin vient de s'enrichir de deux ouvrages très différents par leur forme, mais qui se ressemblent par l'intérêt qu'ils inspirent et par le talent qui les a dictés. C'est, d'abord, l'*Histoire naturelle à l'usage des femmes et des jeunes personnes*, par Mme Achille Comte; puis le *Voyage en Grèce et en Morée*, par M. Buchon. — Le titre du premier ouvrage en fait bien connaître le sujet: l'auteur s'est proposé d'initier les femmes et les jeunes personnes à une étude qui fait aujourd'hui partie de toute éducation complète, et qui, parmi toutes les connaissances que peut acquérir une intelligence cultivée, est celle qui procure à l'esprit et au cœur le plus de satisfaction et de jouissances. Le livre de Mme Comte sur l'histoire naturelle, adressé aux femmes, écrit pour elles, de nature à leur plaire et à les instruire, n'est ni austère, ni frivole. Sa simplicité grave et attachante peut charmer à la fois les jeunes personnes et leurs mères.

Le second ouvrage, le *Voyage en Grèce et en Morée*, de M. Buchon, où respire le sentiment de patriotisme, plein de faits curieux, de descriptions frappantes de vérité, d'anecdotes, a un but tout historique et tout national. Les trésors de science enfouis dans l'Archipel hellénique le garantissent amplement de l'oubli des hommes; mais il était d'un grand intérêt pour la France de retrouver les traces de ses enfants dans ce même pays qui a vu les rois d'Homère; c'est là le projet noble et glorieux qu'avait entrepris et qu'a su accomplir M. Buchon. Cet ouvrage a d'autant plus de prix d'importance aujourd'hui, que l'intérêt se porte naturellement sur un pays qui a toutes les sympathies de la France libérale, et qui vient de les augmenter par une impulsion énergique et récente à une régénération politique.

Par le ministère de M. A. CRENET, directeur-gérant de la Caisse centrale des médecins et pharmaciens, rue Neuve-St.-Denis, 25.

POSITIONS MÉDICALES à procurer.

Département d'Eure-et-Loir.
— de l'Orne.
— de l'Yonne.
— de l'Eure.

CLIENTÈLES MÉDICALES à céder.

Département du Loiret.
— d'Eure-et-Loir.
— de Seine-et-Oise.
— de l'Eure.
— de l'Allier.
— de la Meuse.
— de l'Aisne.
— de la Marne.
— de l'Oise.
— d'Eure-et-Loir.
— de l'Eure.
— des Landes.
— de Seine-et-Marne.
— de la Seine (Paris).

PHARMACIES à vendre.

Département du Nord.
— de la Seine (Paris).
— — (Paris).
— de Maine-et-Loire.
— de la Gironde.
— Seine-et-Oise (Versailles).
— Seine-et-Oise (Saint-Germain).
— du Loiret (Orléans).
— de l'Orne.
— de la Drôme.
— de la Nièvre.
— d'Indre-et-Loire.

CABINET DE DENTISTE.

Département du Rhône (Lyon).
— de la Marne.

MAISON DE SANTÉ.

Département de la Seine (Paris).
— de la Seine (banlieue).

Rapport de MM. les docteurs LODIBERT *et* MARTIN-SOLON *sur le Sirop de Pointes d'aspergcs, préparé par M. Johnson.*

Messieurs,

Vous nous avez chargé, M. Lodibert et moi, de vous rendre compte du Mémoire que M. Johnson, pharmacien à Paris, vous a adressé sur *les propriétés médicales du Sirop de pointes d'asperges.* Voici l'analyse de ce travail:

« Nous avons fréquemment employé ce Sirop l'année dernière, à » l'hôpital Beaujon, et nous l'avons vu abaisser d'une manière très » notable le nombre des battements du cœur, dans les palpitations » nerveuses, dans le cas d'hypertrophie du cœur; nous l'avons vu » quelquefois diminuer l'impulsion de l'organe malade et amoindrir le » bruit de soufflet qui accompagnait cette lésion. Les effets du Sirop » de pointes d'asperges ont toujours été bien plus sensibles quand les » palpitations pouvaient être attribuées à un état nerveux, que quand » le système musculaire était hypertrophié. Il est cependant certain » que, même dans cette dernière circonstance, la contractilité du cœur » a été quelquefois sensiblement modifiée; c'est peut-être à cause de » cette propriété qu'au Malabar on emploie contre la fièvre hectique » une confiture préparée avec les pousses de pointes d'asperges.

» Nous avons, ainsi que plusieurs médecins, constaté l'effet diurétique du sirop dont il s'agit dans plusieurs hydropisies. »

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 1er FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 15. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Sept fistules à la partie supérieure de la cuisse. Deux fistules à la partie inférieure de la jambe.

Le malade couché au n° 2 de la salle Saint-Louis, avait sept fistules à la partie supérieure de la cuisse, et deux à la partie inférieure de la jambe. Il était dans un état deplorable, occasionné par la fièvre et la suppuration. A l'intérieur, l'iodure de potassium à doses graduellement plus fortes, et portées jusqu'à 7 et 8 grammes par jour; à l'extérieur, l'iodure de plomb en frictions sur la cuisse et la jambe, ont conservé un membre que d'autres chirurgiens auraient amputé. C'est ainsi que, par l'alliance heureuse de la chirurgie et de la médecine, on parvient à éviter des opérations graves et dangereuses.

Ulcères chancreux du nez.

Au n° 16 est un homme à qui je fis, il y a trois ans, l'ablation d'un cancer au nez : j'enlevai les trois quarts de cet organe. Il fut guéri pendant deux ans; ensuite l'affection cancéreuse se reproduisit. Eh bien, un pansement simple et l'iodure de potassium à l'intérieur ont suffi pour le guérir.

Tumeur blanche molle à la partie interne de l'articulation du coude-pied.

Au n° 17 est une tumeur blanche, molle, située à la partie interne de l'articulation du coude-pied; au toucher, on sent la fluctuation, tous les signes annonçant la présence du pus existent dans cette tumeur. J'ai annoncé, avant de l'ouvrir, qu'il n'y avait point de pus; j'ai traversé la tumeur; j'y ai introduit un stylet, et il n'est sorti que du sang. Ainsi donc, il est prouvé, non pas simplement par le raisonnement, mais surtout par des faits qui se sont presentés fréquemment à ma clinique, qu'il n'existe aucun signe certain de la présence du pus dans les tumeurs blanches, pas même la fluctuation. Ce n'est donc pas avec les livres, avec les traités *ex professo* que l'on apprend à bien diagnostiquer; c'est avec les observations cliniques, c'est au lit des malades.

Verrue sur la plante du pied.

Au n° 20, une verrue située à la plante du pied gêne les mouvements et les rends douloureux. J'ai fait plonger le pied dans une forte dissolution de savon noir. Cette dissolution produit sur la verrue une cautérisation légère à sa superficie. On enlève tous les jours l'eschare qui couvre la surface de la verrue, et par ce procédé simple on obtient une guérison complète. Il faut bien se garder d'employer l'acide sulfurique; car, pour quiconque connaît la nature organique des verrues, l'acide sulfurique est un agent douloureux, très irritant, et qui enflamme les verrues. J'ai fait plusieurs fois l'amputation de doigts dont la maladie, dégénérée en affection carcinomateuse, ne reconnaissait pas d'autre cause.

Amauroses.

Aux nos 24, 26 et 27, nous avons trois amauroses dont la cause est inconnue. Suivant la méthode de Gondret, je fais placer la pommade ammoniacale à la partie antérieure et supérieure de la tête. Cette médication a produit un amendement très remarquable. Le 26 ne pouvait se conduire, et maintenant il se conduit seul. On a mis une montre devant les yeux du 27, et il a dit l'heure juste. Quant au 24, l'amélioration n'est pas aussi remarquable. La pommade ammoniacale est un agent thérapeutique très puissant, mais c'est une arme à deux tranchants. Il faut savoir la manier; car entre des mains inhabiles, elle peut produire de graves accidents. Les succès que j'ai obtenus sont évidemment dus à l'action de cet agent énergique, et j'explique physiologiquement cette médication par son influence irritante sur les nerfs qui se rendent dans l'intérieur du globe de l'œil.

Polype de la fosse nasale et du sinus maxillaire.

Au n° 1 de la salle Saint-Antoine, est un polype du sinus maxillaire. Nous devions l'opérer; mais un érysipèle est survenu à la face, et il y a huit jours seulement qu'il a disparu. Nous attendrons que ses forces soient rétablies avant de l'opérer.

Tumeur de la cuisse.

Au n° 2 est une tumeur extrêmement volumineuse à la partie postérieure de la cuisse, dont elle occupe presque toute la surface. Elle a des racines qui s'étendent entre les muscles. Depuis plus d'un mois nous avons fait prendre à l'intérieur l'iodure de potassium, et nous avons fait faire sur la tumeur des frictions avec l'iodure de plomb. Après les frictions, on enveloppe la tumeur avec de l'amadou, et on applique un bandage compressif. Tous les huit jours nous avons examiné les changements survenus dans le volume de la tumeur; et dans ces derniers huit jours elle a offert la diminution suivante : partie supérieure, 3 lignes; partie moyenne, un demi pouce; partie inférieure, 2 centim.; en dehors, diamètre longitudinal, 2 centim.; en dedans, 3 centim. Si je ne craignais pas de me faire illusion, j'aurais l'espoir que sous l'influence de ce traitement cette énorme tumeur perdra les deux tiers de son volume, et qu'alors elle deviendra susceptible d'être extirpée. M. Marjolin pensait qu'elle n'était pas extirpable, et proposa l'amputation. J'ai réfléchi ensuite aux moyens de diminuer le volume énorme de cette tumeur. J'ai mis ce moyen à exécution, et j'en continuerai l'usage jusqu'à ce que la tumeur ait diminué des deux tiers; alors l'opération deviendra praticable; car on ne peut pas espérer de la faire entièrement disparaître par l'emploi des moyens que j'ai indiqués.

Amputation de la verge.

J'ai amputé la verge au n° 11. Un frisson est survenu, puis la fièvre. Ces accidents ont été combattus par l'application de 10 sangsues d'abord, ensuite de 15 autres. Par ces moyens, on a prévenu la phlébite qui se serait manifestée: Dupuytren a émis le précepte que la sonde était inutile. Mais dans bien des cas le canal de l'urètre se rétrécit par les progrès de l'inflammation, et la rétention d'urine survient. Les premiers jours, notre malade se plaignit de la sonde, quoiqu'elle ne fût pas enfoncée jusqu'à la vessie, mais seulement jusqu'au col. En général, il ne faut avoir recours à la sonde que quand l'inflammation est à craindre. Les ligatures tombent quelquefois très tard. Voilà quinze jours d'écoulés depuis cette opération, et les ligatures ne sont pas encore tombées. Il ne faut pas les tirailler pour vouloir les ôter trop tôt; car on irrite les parois des veines, ou peut les ouvrir, donner accès à l'air, et bientôt une phlébite ! !.. et bientôt le malade succombe sous l'influence de cette redoutable complication.

Fistule à l'anus.

Au n° 13 de la salle Saint-Antoine, malgré le tamponnement, nous avons eu, trois jours après l'opération de la fistule à l'anus, une hémorrhagie que nous avons facilement arrêtée. En général, ces hémorrhagies sont à craindre. On doit donc toujours laisser auprès du malade un chirurgien de garde, afin de prévenir cet accident.

Tumeurs du sein.

Au n° 19 et au n° 20 nous avons extirpé une tumeur du sein petite et dure, et sur chacune de ces malades nous avons réuni la plaie par première intention. Nous avons promptement obtenu la cicatrisation; cependant au n° 20, où s'est manifestée une violente inflammation causée par une portion irrégulière de la cicatrice, la guérison a été retardée par cet accident, et déjà même au dedans de cette portion de cicatrice devenue rouge, enflammée et douloureuse une fluctuation se faisait sentir. Nous avons incisé et donné issue au pus qui déjà s'était formé. La plaie est maintenant en voie complète de guérison.

— Cette remarquable leçon de clinique, si bien remplie par des faits pratiques qui intéressent au plus haut degré le diagnostic et la thérapeutique de la chirurgie médicale, a été terminée par des considérations sur les tumeurs fibreuses que nous ne reproduirons pas ici, parce qu'elles doivent être, nous le pensons, prononcées à l'Académie.

Au professeur a succédé l'opérateur. Trois opérations ont été pratiquées : l'une d'hydrocèle, par la ponction et l'injection avec le vin chaud; la deuxième, amputation de la deuxième phalange du médius; la troisième, extirpation d'une tumeur fibreuse au sein.

Cette dernière opération n'a présenté d'autre remarque importante que la difficulté de l'énucléation qui, cependant, a été pratiquée facilement, mais seulement à la base de la tumeur, et l'ablation d'une partie de la glande mammaire, afin de prévenir la récidive de la maladie.

La tumeur, coupée en deux moitiés, a offert dans sa structure intime les caractères anatomiques des tumeurs fibreuses.

Elle doit être présentée à l'Académie.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

De l'entérite cholériforme.

Au n° 10 de la salle Sainte-Julie, était un enfant de trois mois, dont la mère avait un phlegmon au sein. Depuis sa naissance, cet enfant avait souvent éprouvé de la diarrhée, sans que jamais cette indisposition eût pris un caractère grave; mais le lait de la mère devint insuffisant et tarit presque complétement, et l'enfant fut nourri presque exclusivement avec des bouillies et avec le lait de l'hôpital.

Le 1er janvier 1844, garderobes vertes, séreuses, très fréquentes; vomissements de matières alimentaires.

Le 2, à la visite, ventre souple; peau médiocrement chaude; pouls à 160 pulsations. 25 centigrammes de poudre d'ipécacuanha délayée dans 25 grammes de sirop simple, à prendre dans l'espace d'un quart d'heure. L'ipécacuanha ne donna lieu qu'à trois vomissements, mais il provoqua des selles vertes très abondantes. Dans la soirée, les selles, les vomissements se supprimèrent, et les urines, peu copieuses depuis le début des accidents, furent désormais sécrétées abondamment; mais, à partir de ce moment, l'enfant prit un aspect cholérique.

Le 3, à la visite, il était entre les bras de sa mère; la face pâle, amaigrie; les yeux profondément excavés; l'haleine fétide, la peau glacée. Les plis que l'on fait à la peau du ventre persistent pendant plus d'une minute. Cris continuels; battements du cœur faibles, médiocrement fréquents; pouls insensible à l'artère radiale et même au pli de la cuisse. Lavements et cataplasmes émollients.

Le 4, mort à six heures du matin, soixante-douze heures après le début de la diarrhée; trente-six heures après l'invasion des accidents cholériformes.

L'autopsie fut faite vingt-huit heures après la mort. Rien d'anormal dans les viscères thoraciques. Membrane muqueuse gastro-intestinale universellement pâle, sans la moindre trace d'injection. La membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle a l'épaisseur et la cohésion normales; celle de la dernière moitié du gros intestin n'a guère que la consistance d'un mucus épais.

Je devais vous entretenir de ce fait clinique; mais hier même nous avons eu une occasion nouvelle d'observer une entérite cholériforme et de faire l'autopsie. Je vous rappellerai en deux mots cette histoire.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation n'avait que cinq semaines. Peu de jours après son accouchement, la mère a eu un phlegmon au sein gauche, et au moment où la maladie cessait de ce côté, le sein droit se prenait à son tour; de sorte que l'enfant n'était nourri presque qu'avec le lait de l'hôpital. Toutefois, depuis sa naissance, il ne vomissait pas, et il n'allait que deux ou trois fois chaque jour à la selle. Nous avions vacciné cet enfant le 31 décembre, et le 9 janvier, dixième jour de la vaccination, lorsque probablement la fièvre vaccinale était un peu plus vive, l'enfant, à dix heures du matin, fut pris de vomissements et eut des déjections séreuses qui ne cessèrent que peu d'instants avant la mort.

Le 10, à la visite, vingt-deux heures après le début des accidents, excavation considérable des yeux, qui sont entourés d'un cercle bleuâtre. Face amaigrie, pâle, violacée; langue froide, violette, recouverte de taches de muguet peu confluentes d'ailleurs. Haleine peu chaude; mains violettes; ongles bleuâtres. Les plis que l'on fait à la peau du ventre, ceux surtout que l'on fait à la peau des mains, persistent pendant longtemps. Extrémités froides. La chaleur du tronc n'est pas sensiblement diminuée. Soif très ardente; cris continuels, assez retentissants. Envelopper les membres de sinapismes; vésicatoire sur le ventre; eau de menthe.

Le vésicatoire prit assez bien, mais rien n'arrêta la diarrhée ni les vomissements. L'enfant mourut le soir, trente-six heures après le début des accidents.

L'autopsie fut faite treize heures après la mort. Le cadavre conservait l'aspect cholérique. Estomac parfaitement sain. D'un bout à l'autre de l'intestin, mais notamment dans l'iléon et dans le gros intestin, la membrane muqueuse est universellement rouge, avec prédominance de rougeur sur les valvules conniventes dans l'intestin grêle et sur les plis longitudinaux du gros intestin. Cette rougeur s'observe aussi bien dans les anses superposées que dans les anses déclives de l'intestin. Partout la membrane muqueuse a l'aspect velouté. Toutefois, elle a perdu évidemment de sa force de cohésion, mais le ramollissement était infiniment moindre que chez l'enfant qui fait le sujet de la précédente observation.

La dénomination d'*entérite cholériforme*, que j'ai proposée pour la maladie dont il est ici question, n'a rien qui ne se puisse aisément justifier. Les lésions anatomiques démontrent péremptoirement, ce me semble, l'existence de l'inflammation de la membrane muqueuse; les symptômes sont tellement ceux du choléra que, durant l'épidémie qui ravageait Paris en 1832 et 1833, on ne pouvait distinguer du choléra la maladie qui nous occupe en ce moment.

Lorsque l'on fait l'autopsie des enfants qui succombent à cette grave maladie ; tantôt, et c'est le plus souvent, on trouve la membrane muqueuse du tube digestif rouge, gonflée et ramollie ; d'autres fois, et ce sont les cas les plus rares, on la trouve tout à fait décolorée, amincie et ramollie. Dans les deux observations que j'ai rapportées on trouve un exemple de cette double altération.

Dans la deuxième observation, la membrane muqueuse de l'iléon et de tout le gros intestin est rouge, tuméfiée et un peu moins cohérente qu'elle ne devrait l'être. Dans quelques circonstances, cette rougeur est extrêmement vive ; elle est très apparente à la surface libre des valvules de l'intestin grêle et sur les plis longitudinaux du gros intestin. Il est remarquable toutefois, que cette rougeur peut ne s'observer que dans le gros intestin ; et l'on doit même établir que lorsqu'il n'y a qu'un point enflammé, ce point sera la fin du colon et le rectum.

La rougeur est un signe fort équivoque de l'inflammation lorsqu'elle occupe les anses déclives de l'intestin, et quand ces anses déclives sont fortement injectées par le sang qui, des parties superposées a gagné, par l'influence de son poids, les vaisseaux situés relativement plus bas ; mais, dans ce cas, la forme de la vascularisation, qui ressemble à celle que produirait une injection artificielle, permet de juger la cause de la rougeur. Mais quand on ne voit pas d'injection arborisée, et quand la rougeur occupera tout aussi bien les anses déclives que les anses superposées, il sera impossible de méconnaître une lésion qui aura pris naissance pendant la vie, et très évidemment cette lésion est de nature inflammatoire. Si, maintenant, outre la rougeur, nous trouvons encore de la tuméfaction et du ramollissement de la membrane muqueuse, il sera vraiment impossible de contester l'existence de l'inflammation.

Dans la première observation, nous ne trouvons nullement de la rougeur, la membrane muqueuse de l'intestin grêle est plus mince que dans l'état normal, celle du gros intestin est en outre tellement ramollie qu'elle s'enlève comme du mucus.

Le ramollissement de la membrane muqueuse du canal digestif a été pendant les vingt-cinq premières années de ce siècle l'objet de controverses nombreuses qui aujourd'hui ne sont pas encore terminées. On avait cru pendant long-temps que le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin était le résultat d'une inflammation, et l'école physiologique trouvait trop bien son compte à cette opinion pour ne pas la laisser s'accréditer.

Mais, dès 1820, M. Bretonneau fit des expériences pour prouver que la membrane muqueuse intestinale pouvait se détruire complétement après la mort par l'action des sucs avec lesquels elle était en contact. Plus tard M. Carswell répéta ces expériences et en agrandit singulièrement le champ. Ses travaux justement estimés éclairèrent la question beaucoup plus que ceux qui avaient été entrepris par M. Bretonneau ; enfin M. Andral acheva ce qui avait été si bien commencé.

M. Bretonneau avait été conduit à ses premières expériences par la lecture de Spallanzani. L'illustre physiologiste italien, en laissant des portions d'intestin dans des tubes remplis de mucus recueilli dans l'estomac d'un aigle, avait vu que la membrane muqueuse était dissoute en peu de temps. L'analogie conduisit donc M. Bretonneau à penser qu'un phénomène du même genre pouvait se passer après la mort, et que les liquides de l'estomac qui restaient long-temps en contact avec le tissu frappé de mort devaient le dissoudre au même titre que le suc gastrique de l'aigle dissolvait la membrane interne des intestins qui s'y trouvaient plongés. Ce fut là le point de départ : les diverses conditions du ramollissement cadavérique entrevues par M. Bretonneau, furent donc parfaitement indiquées depuis par MM. Carswel et Andral.

Il ressort pourtant de leurs travaux que tant qu'il n'y avait pas de décomposition putride des tissus le ramollissement cadavérique de la membrane muqueuse gastro-intestinale, commun dans l'estomac, était rare dans l'intestin grêle et ne se renconrait peut être jamais dans le gros intestin.

La chimie d'ailleurs rend parfaitement compte de cette différence.

Il en résulte, et ce point est capital, que si nous trouvons la membrane muqueuse ramollie, ce sera d'abord dans l'estomac, puis dans l'intestin grêle, puis enfin dans le gros intestin.

Les expériences font voir encore que si le gros intestin est ramolli cadavériquement, tout le reste le sera nécessairement ; que si l'intestin grêle l'est, l'estomac le sera aussi, et enfin, que si le ramollissement occupe l'estomac, il peut ne se montrer que là.

Ceci posé, il nous sera tout de suite facile de juger la valeur du ramollissement de la membrane muqueuse de l'intestin dans les observations que je vous ait fait sommairement connaître. Le ramollissement ne pouvait être cadavérique, puisque chez l'un de nos petits malades il n'existait que dans le gros intestin, que chez l'autre il n'occupait que le gros intestin et l'intestin grêle, et que chez l'un et l'autre il ne se rencontrait pas dans l'estomac.

Le ramollissement avait donc eu lieu pendant la vie.

Etait-il inflammatoire ? Je le crois fermement. Je le crois, d'abord parce que je ne comprends aucune autre cause que l'inflammation qui puisse produire en peu de jours le ramollissement de la membrane muqueuse du gros intestin, et parce que tous les tissus de l'économie perdent de leur cohésion lorsqu'ils s'enflamment.

Mais je le crois surtout pour la raison que je vais vous dire :

Quand la membrane muqueuse est en même temps épaissie, rougie et ramollie, et que cet état se constate peu d'heures aorès la mort, lorsqu'il n'a pu survenir aucun phénomène de décomposition putride, personne au monde ne doute de l'inflammation du tissu. Or, c'est ce que nous constations dans la deuxième observation.

Dans la première, la tuméfaction manquait ainsi que la rougeur, mais le ramollissement était extrême, et comme les symptômes avaient été identiques dans les deux cas, nous devons conclure que la même lésion avait eu lieu pendant la vie. L'absence de rougeur et de tuméfaction n'empêche pas de croire à l'existence de l'inflammation, lorsque d'ailleurs les symptômes ont eu lieu et que le ramollissement existe.

Tous les jours ne voyons-nous pas la membrane muqueuse buccale complétement décolorée et sans tuméfaction sur le cadavre d'un enfant qui, pendant la vie, avait la bouche rouge, gonflée et recouverte de muguet ! Pourquoi n'en pourrait-il pas être de même dans l'intestin ? Que si, sur tel cadavre on trouve de la rougeur tandis qu'il n'y en a pas dans un autre, il n'en faut pas conclure que les lésions anatomiques n'ont pas été les mêmes durant la vie, attendu que pendant l'agonie et après la mort la circulation capillaire a pu être modifiée de bien des manières sans que nous puissions connaître ces modifications.

Le peu de fièvre que l'on observe quelquefois pendant l'entérite cholériforme ne prouve rien contre l'idée d'une inflammation, car des phlegmasies intestinales d'une véhémence extrême peuvent être presque apyrétiques : la dysenterie en est un exemple.

Pour me résumer, je dirai que l'entérite cholériforme est, pour moi, toujours accompagnée de phlegmasie muqueuse d'une portion de canal alimentaire, ce qui ne veut pas dire que la maladie ne soit qu'une simple entérite sans rien de spécial ; c'est une entérite, mais avec la forme spéciale du choléra.

Vous savez comment marche ordinairement cette maladie. Un enfant a la diarrhée depuis quelques jours ; cette indisposition éveille à peine la sollicitude des parents, quelquefois même elle est regardée comme favorable. Tout à coup la diarrhée et les vomissements se déclarent avec une extrême violence, et, dans l'espace de quelques heures, la face se cadavérise, le teint devient violacé, les yeux s'excavent profondément, le nez s'effile, les extrémités se refroidissent ; la peau, surtout celle des mains et du ventre, perd de son élasticité, et lorsqu'on la pince, elle conserve long-temps le pli qu'on lui a fait.

Cependant le petit malade s'agite et pousse sans cesse des cris déchirants ; il boit avec avidité pour vomir incontinent et boire de nouveau. Les vomissements sont séreux, jaunes, enfin verts. La diarrhée, tout à fait séreuse, est ordinairement incolore, inodore, quelquefois jaune, rarement verte, assez souvent mêlée de masses ressemblant à de l'oseille cuite et hachée.

Les vomissements s'arrêtent quelquefois, la diarrhée augmente : le contraire peut avoir lieu. Dans quelques cas, la diarrhée et les vomissements cessent ensemble ; mais l'agitation, l'anxiété, les cris de douleur deviennent encore plus violents, et l'enfant meurt après quelques moments d'un calme apparent.

A partir du début des accidents cholériformes, la maladie peut ne durer que quelques heures : je l'ai vue se prolonger pendant près de dix jours.

Elle survient chez les enfants du premier âge que l'on élève au biberon ou que l'on fait boire au verre, chez ceux plus âgés que l'on sèvre prématurément et sans les précautions convenables ; bien rarement chez ceux qui tettent, à moins qu'on ne leur donne des aliments quand ils ont la diarrhée.

C'est, après la fièvre cérébrale et l'érysipèle, la plus grave peut-être des maladies de l'enfance.

Le traitement est le plus souvent inefficace. L'opium m'a semblé funeste ; les astringents ne réussissent presque jamais. La diète, les émollients, les bains sont des moyens utiles, mais peu héroïques ; ce n'est en quelque sorte que de l'expectation. Plusieurs fois je me suis bien trouvé de l'emploi de la poudre d'ipécacuanha dès le début des accidents. Je donne, dans du sirop, 20 à 40 centigrammes d'ipécacuanha en quatre ou cinq fois, à dix minutes d'intervalle ; puis, cinq ou six heures plus tard, un lavement avec 200 grammes d'eau distillée, dans laquelle j'ai fait dissoudre 5 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé. Je répète le lavement deux fois en vingt-quatre heures, s'il le faut. Si la diarrhée s'arrête, je donne 5 à 10 grammes de sel de seignette en potion, et je supprime les lavements de nitrate d'argent. C'est par ces moyens que j'ai pu sauver quelques petits malades.

Mon collègue, M. le professeur Paul Dubois, se contente des émollients ; en même temps, il applique un vésicatoire volant sur le ventre.

Mais, quelque médication que vous employiez, vous verrez mourir la plupart de vos malades ; aussi devrez-vous, par-dessus tout, vous attacher à prévenir une aussi funeste maladie. Or, vous la préviendrez presque toujours, du moins chez les enfants qui tettent encore, et même chez ceux que l'on sèvre tard, en vous habituant de bonne heure à considérer la diarrhée comme un accident qu'il faut toujours combattre, et qui, par un funeste préjugé, est regardé comme innocent et même comme presque toujours utile.

HOPITAL COCHIN. — M. MONNERET.

Cancer et rupture du foie ; pénétration de la matière cancéreuse dans les veines ; coagulation du sang.

Au n° 19 de la salle Saint-Jacques est couchée une femme âgée de quarante ans, qui est atteinte depuis long-temps d'une affection de l'estomac, caractérisée par de la douleur dans cette région, des digestions laborieuses, des vomissements fréquents, et des garderobes difficiles. A son entrée à l'hôpital, il y a six semaines environ, la malade présentait l'état suivant : Décoloration générale des téguments et du visage surtout, qui est pâle, anémique, sans offrir toutefois cette couleur qui est particulière aux affections cancéreuses. Pas d'ictère. Les forces sont encore assez bien conservées, et il n'y a pas d'amaigrissement bien considérable. En palpant l'abdomen, on sent une tumeur assez volumineuse occupant le milieu de la région épigastrique et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Elle est dure, sensible à la pression, et accompagnée d'autres tumeurs plus petites, et situées au dessous de la première, dans la région abdominale. L'examen le plus attentif ne fait percevoir aucune trace d'épanchement dans la cavité du péritoine ; les vomissements continuent, et sont constitués par des matières noirâtres at des aliments ; bientôt les boissons elles-mêmes sont rejetées. Les selles sont difficiles, rares, avec coliques, et n'offrent rien de particulier. Cependant la malade ne paraît pas dans un danger imminent, et son état offre à peine du changement.

Le 14 janvier, il survient un œdème médiocre et indolent dans les deux membres inférieurs ; même état de force ; pas d'ascite appréciable.

Le 20, à la visite du matin, la malade était exactement dans l'état observé les jours précédents, et rien ne semblait faire présumer une fin prochaine, lorsqu'elle succomba tout à coup dans la journée.

Autopsie le 22 janvier. — Abdomen. La cavité du péritoine dans laquelle les intestins sont libres de toute adhérence est remplie par un épanchement de sang considérable. Le foie a une dimension à peu près normale ; il est enduit sur sa face convexe, et plus particulièrement sur le lobe gauche, d'une bouillie rougeâtre formée par un détritus de matière cancéreuse. Le lobe gauche est un peu hypertrophié ; à sa face antérieure existe une rupture, une perforation pouvant recevoir l'extrémité du doigt, et conduisant dans une vaste cavité cancéreuse creusée aux dépens de son tissu. Cette cavité anfractueuse et capable de recevoir les deux poings, est remplie d'une bouillie gris-rougeâtre, entièrement formée par le détritus du foie et de la matière encéphaloïde. Ce lobe, en un mot, se déchire en totalité et se réduit en un détritus rougeâtre tout à fait cancéreux. Le lobe droit ne présente pas d'altération extérieure appréciable. A sa partie postérieure existe une vaste cavité pleine de matière cancéreuse ramollie. Les veines hépatiques sont parfaitement saines ; les principales divisions de la veine-porte sont remplies d'une matière grisâtre sanieuse constituée par la matière encéphaloïde qui y a pénétré. Le tissu de la veine est parfaitement sain, et n'est même pas coloré. Dans d'autres points la matière cancéreuse est mêlée à des caillots noirâtres de sang concret.

Au-dessous du pylore se trouve une ouverture qui fait communiquer avec le duodénum une vaste tumeur d'un volume approchant celui de la tête d'un enfant d'un an. Cette tumeur est formée par une matière de la consistance de la fibrine concrète, d'un rouge-brique avec foyer sanguin disséminé, et de nature encéphaloïde. Elle s'est probablement accrue aux dépens d'une glande mésentérique, et son intérieur est doublé d'une membrane fibreuse blanchâtre, dans laquelle se trouve incrustée de la matière cancéreuse. On voit tout le long de la petite courbure de l'estomac d'autres tumeurs plus petites formées également par des glandes mésentériques, et contenant une matière jaunâtre plâtreuse mêlée à de l'encéphaloïde.

L'estomac est rempli d'une bouillie noirâtre ; la muqueuse est saine et de bonne consistance. L'orifice pylorique est induré avec hypertrophie considérable de la tunique musculeuse et du tissu cellulaire sous-muqueux (squirrhe du pylore des auteurs). Les veines mésaraïques sont énormément dilatées, et renferment des caillots noirâtres, parmi lesquels se trouve une matière tout à fait semblable à celle du cancer. La paroi interne des veines du mésentère offre une teinte livide, mais ne paraît pas autrement altérée. Le canal thoracique est vide et blanchâtre. La rate et les poumons sont sains. Le cœur, petit et flasque, est revenu sur lui-même. Les intestins sont sains et d'un petit calibre. La veine iliaque ne présente rien à remarquer ; mais dans la fémorale profonde gauche on observe un caillot bien organisé, grisâtre extérieurement, et sans altération des parois de la veine. La même altération existe dans la fémorale profonde droite.

Remarques. — Cette observation offre de l'intérêt sous plusieurs rapports :

1° Au point de vue symptomatologique, elle montre qu'il peut exister une désorganisation complète du foie, qu'un cancer peut envahir cet organe sans qu'aucun phénomène morbide vienne trahir l'existence de ce produit accidentel. En effet, chez cette malade, il n'y a pas eu d'ictère, qui, comme on le sait, ne s'observe pas toujours dans les affections du foie. L'ascite, qui n'est pas un symptôme plus constant, a également fait défaut ; et cependant, une autre cause d'épanchement séreux venait ici s'ajouter à la maladie du foie : cette cause était la compression qui a dû être exercée sur la veine cave par les tumeurs cancéreuses formées aux dépens des ganglions mésentériques. Cette dégénérescence des ganglions du mésentère est-elle antérieure ou postérieure à celle du foie ? Il est difficile de le dire. Nous nous contenterons de noter cette coïncidence ; on sait, en effet, que souvent d'autres organes sont affectés de cancer en même temps que l'organe sécréteur de la bile : plusieurs cancers sont alors réunis sur le même individu, comme dans le cas qui nous occupe. La malade n'avait même pas la teinte paille des dégénérescences cancéreuses avancées, et les divers troubles de la digestion que l'on avait observés chez elle s'expliquaient parfaitement par la présence de la tumeur épigastrique et de celles de l'abdomen. Ainsi donc, nous le répétons, rien qui pût indiquer la présence d'un cancer du foie ; et ce fait peut être rapproché de celui rapporté par M. Andral (Clinique médicale, t. II, p. 531). La mort fut instantanée dans les deux cas. Chez la femme qui fait le sujet de notre observation, elle s'explique par la rupture du foie, et l'épanchement considérable de sang et de matière can-

céreuse dans la cavité du péritoine.

2° Au point de vue de l'anatomie pathologique, la même observation nous indique :

1. L'intégrité du péritoine hépatique, et l'absence complète d'adhérences. La couche hépatique extérieure n'était pas enflammée ; en sorte que c'est par un amincissement graduel, par une sorte d'érosion que la rupture de cette couche s'est effectuée.

2. La pénétration de la matière cancéreuse dans les principales divisions de la veine porte et dans les veines mésaraïques, matière cancéreuse qui se montrait dans ces vaisseaux avec les caractères qu'elle avait dans le foie. Comment cette pénétration s'est-elle opérée? Ce n'est ici ni par inflammation des veines, ni par destruction de leurs parois, puisque nous avons vu qu'elles étaient parfaitement saines. Il faut bien admettre qu'elle a eu lieu par absorption pure et simple. C'est par le passage dans le sang de la matière cancéreuse que s'expliquent la coagulation de ce liquide dans les deux veines fémorales six jours avant la mort de la malade, et l'œdème des membres inférieurs. A quoi tiendrait, en effet, cette coagulation du sang dans des vaisseaux dont les parois n'étaient nullement altérées? C'est le contact de la matière cancéreuse qui a déterminé la coagulation de la fibrine, et la présence de cette matière n'est pas toujours appréciable dans les points où la coagulation a lieu ; mais elle est incontestable dans ce cas, puisqu'elle est constatée dans les veines hépatiques et mésaraïques. C'est à M. Velpeau que l'on doit les observations les plus curieuses de cancer introduit dans les veines ; d'autres observateurs ont également mis hors de doute sa présence dans le sang. L'absorption de cette nouvelle production par les veines, et son mélange au sang, peuvent très bien faire regarder ce liquide comme l'agent de transmission qui sert à la reproduction du cancer. Ainsi, cette reproduction peut aussi bien s'expliquer par l'altération du sang, que par une diathèse particulière qui tend à reformer incessamment le cancer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 janvier 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. Londe, par décision du conseil, donne lecture d'une partie de quelques passages d'une lettre adressée par M. Aubert-Roche, relative à des observations présentées par M. Dubois (d'Amiens).

Dans cette lettre, M. Aubert-Roche met au défit M. Dubois (d'Amiens) d'articuler et de préciser nettement ce qu'il voudrait infirmer des faits avoués par lui au sujet du *Léonidas*. Les dépêches officielles transmises par lui à l'Académie, prouvent que le premier mort était tombé malade le huitième jour après le départ de Smyrne, et non le treizième comme on aurait désiré le faire croire. A l'opinion de M. Dubois, qui veut que cet individu n'ait pas eu la peste, il oppose l'opinion de M. Chassinat lui même, qui regarde le cas comme douteux, et celle des médecins de la santé de Marseille qui le regardent comme un cas de peste. Quant au second mort, que M. Dubois dit n'être tombé malade qu'après le neuvième jour ; M. Aubert prouve par des documents officiels que c'est réellement le huitième jour après le départ de Smyrne que cet individu a commencé à être malade. Enfin M. Aubert termine sa lettre en engageant l'Académie à s'occuper sérieusement de la question des quarantaines, comme l'ont fait l'Autriche et l'Angleterre, qui, par les mesures que ces deux états ont prises, ont occasionné à notre pays, en 1843, un déficit de 2,200,000 fr.

— *M. le président* annonce la mort de M. Mondière, de Loudun, membre correspondant de l'Académie.

Il annonce aussi que par suite du décès de plusieurs membres, l'Académie aura prochainement à s'occuper de la nomination d'un membre associé-libre.

Il avertit en outre que l'Académie devra se former en comité secret à quatre heures et demie.

Sur la proposition de M. Cornac, motivée sur l'importance de la question qui doit être agitée, l'Académie décide que le comité secret devra avoir lieu à quatre heures.

— L'ordre du jour ramène la discussion sur les tumeurs du sein.

M. Roux. Il serait malheureux que sur l'autorité de M. Cruveilhier et d'après la légitime confiance qu'il inspire, le monde médical tînt un trop grand compte des opinions qu'il a émises. En effet, soit que ses observations n'aient pas été suivies et assez nombreuses, soit qu'il se soit fait illusion, ses opinions me paraissent en opposition complète avec une observation plus large et plus sévère.

Avant d'aborder le fond même de la discussion, j'ai besoin de présenter quelques remarques préliminaires sur ce qui a été exposé par M. Cruveilhier relativement aux tumeurs fibreuses en général. De grandes lacunes m'ont paru exister dans cette partie de son travail. Ainsi M. Cruveilhier n'a pas assez fait remarquer les grandes différences qui existent entre les tumeurs fibreuses selon leur siége. Et, par exemple, les tumeurs fibreuses de l'utérus n'ont pas les mêmes caractères que les polypes fibreux des fosses nasales. Ce qui distingue les premières surtout, c'est qu'elles sont chatonnées, ce qui n'a pas lieu ailleurs. Il n'a pas non plus fait remarquer la tendance de ces tumeurs de la matrice à perdre leur caractère fibreux pour prendre le caractère cartilagineux, osseux et même pierreux. Dans les mamelles, il est sans exemple que les tumeurs fibreuses subissent cette transformation osseuse. M. Cruveilhier assure que les corps fibreux sont comme des corps étrangers dans l'économie, sans relation avec les organes qui les renferment, privés de vaisseaux artériels et veineux. Cela n'est point exact pour tous. On a vu des tumeurs fibreuses des mamelles traversées par des vaisseaux ; on a vu pareille chose aussi dans celles qui se développent dans l'utérus. Il n'y a donc pas, comme l'a dit M. Cruveilhier, de type commun, de caractère invariable auquel on puisse rapporter les corps fibreux qui se développent dans l'organisme.

J'arrive au travail principal de notre honorable collègue. Si je ne me trompe, les assertions de M. Cruveilhier peuvent se ranger sous six chefs principaux. 1° Il existe des tumeurs fibreuses dans les mamelles ; 2° ces tumeurs sont fréquentes ; 3° elles donnent très souvent lieu à des méprises ; elles sont cependant susceptibles d'un diagnostic certain ; 4° elles présentent des caractères anatomiques très tranchés ; 5° elles ne sont pas susceptibles de dégénérescence ; 6° enfin elles ne doivent pas être opérées.

Ces assertions ne me paraissent ni vraies ni justes, et la teinte de vérité qu'elles présentent disparaît sous un examen sérieux et sévère de l'observation clinique. Passons-les en revue.

1° Il existe des tumeurs fibreuses dans les mamelles.

Si M. Cruveilhier donne le nom de tumeurs fibreuses des mamelles à toutes celles qui ne subissent pas la transformation cancéreuse, je lui dirai que je crois aussi qu'il existe des tumeurs non susceptibles de dégénérescence, et je ne vois pas quel élément nouveau cette assertion apporte à nos connaissances. Depuis long-temps la chirurgie a distingué les tumeurs du sein en bénignes et en malignes. Il n'est pas assurément de chirurgien dont la carrière ait été un peu longue, qui n'ait eu occasion de voir de ces tumeurs qui s'éloignent plus ou moins des tumeurs cancéreuses. Le nombre de ces tumeurs est plus considérable que ne le croit peut-être M. Cruveilhier lui-même ; mais loin de les rapporter toutes à un même type, je crois qu'on peut les distinguer en plusieurs espèces. Ainsi, il y a des tumeurs du sein que j'appelle tumeurs strumeuses et qui semblent se rapprocher des tumeurs scrofuleuses, qui présentent l'aspect des ganglions hypertrophiés. Il y a des tumeurs mobiles, rénitentes, de véritables tumeurs enkystées, et je dirai en passant que de ce mot on doit être sobre, et ne pas confondre les véritables kystes avec les indurations des mamelles. Il m'est arrivé aussi de rencontrer de petites tumeurs tout à fait analogues aux névrômes. Il en est d'autres encore, et ce sont celles qui paraissent avoir attentionné M. Cruveilhier, mais auxquelles je n'aurais jamais donné le nom de tumeurs fibreuses, car je ne peux, en vérité, leur reconnaître ce caractère. Elles ont été observées et bien décrites par Abernethy et Astley Cooper. Ce qui les caractérise surtout, c'est leur tissu granulé et leur ressemblance avec le tissu même de la glande mammaire. Ainsi donc, il y a beaucoup de tumeurs du sein qu'on peut appeler bénignes, et ces faits sont connus depuis long-temps en chirurgie. Il s'ensuit qu'il y a beaucoup à rabattre de la première assertion de M. Cruveilhier, qui, en donnant à toutes ces tumeurs le nom de fibreuses, n'a pas suffisamment tenu compte des variétés qu'elles présentent entre elles.

M. Cruveilhier a surtout insisté sur quelques particularités de structure de la mamelle pour appuyer son opinion sur l'existence de tumeurs fibreuses au milieu des éléments fibreux que cet organe présente. Il est vrai que dans la mamelle on peut distinguer quelques filaments fibreux ; mais la présence de cette minime portion de tissu fibreux suffit-elle pour expliquer la formation des tumeurs dont a parlé notre collègue? Aucun anatomo-pathologiste ne le pensera.

2° Ces tumeurs fibreuses sont fréquentes.

Je soutiens, au contraire, qu'elles sont rares, très rares. S'il en était autrement, les chirurgiens auraient aperçu depuis long-temps leur existence. Et si elles étaient si fréquentes, pourquoi accuserait-on si souvent les chirurgiens d'opérer des cancers qui récidivent? Voyez l'alternative dans laquelle les opinions de M. Cruveilhier placent le chirurgien! S'il opère et qu'il n'y ait pas récidive, on lui dira : vous avez fait une opération inutile ; car la tumeur que vous avez enlevée était une tumeur fibreuse non susceptible de dégénérescence. S'il y a récidive, on lui dira : pourquoi enlever des tumeurs qui reviennent toujours? En vérité c'est quelque chose de semblable à l'épée de Damoclès, que M. Cruveilhier suspend sur nos têtes.

3° Elles donnent très souvent lieu à des méprises, etc.

Je ne doute en aucune façon des hautes lumières de notre collègue ; mais je le mettrais au défi, en présence d'une tumeur du sein, d'affirmer si elle dégénérera ou non. Sans doute si cette tumeur est mobile, enchatonnée, si elle est indolente, si elle existe sur un sujet bien portant du reste ou scrofuleux, on a quelques raisons de penser qu'on a affaire à une tumeur bénigne ; mais tout cela n'est qu'une probabilité, car tout cela peut se présenter, et la tumeur cependant être susceptible de dégénérescence. Quoiqu'en dise M. Cruveilhier, ce diagnostic est énormément difficile. Il y a dix à douze ans j'ai enlevé une tumeur du sein que je croyais cancéreuse, et qui n'était qu'une tumeur hydatique. Je me suis consolé en lisant dans Warren que plusieurs cas semblables s'étaient présentés à d'autres chirurgiens. Quant aux simples tumeurs enkystées, quel est le chirurgien qui n'en ait enlevé, croyant enlever un squirrhe? Dans une autre occasion, et vous voyez combien est grande ma franchise, j'ai enlevé une mamelle qui ne présentait qu'un abcès chronique, dont la dureté m'en avait imposé. J'aurais évité l'erreur en faisant avec le trois-quart une ponction exploratrice. Je profite de cette occasion pour reprocher aux chirurgiens de ne pas employer plus souvent ce moyen de diagnostic.

M. Cruveilhier a cru tirer un grand parti, pour le diagnostic, de la pluralité de ces tumeurs. Je dirai cependant que quoique les affections de nature similaire soient rares dans les organes similaires, fait de pathogénie reconnu depuis long-temps, je compte plus de cas de cancer simultané ou successif dans les mamelles que de tumeurs bénignes. J'ai opéré à dix ans d'intervalle, et presque jour par jour, les deux mamelles à une dame. C'était pour des tumeurs mélaniques.

4° Elles présentent des caractères anatomiques bien tranchés.

Ce que j'ai dit dans la première partie de mon argumentation me dispense de revenir sur ce sujet.

5° Elles ne sont pas susceptibles de dégénérescence.

Ici les avis sont partagés. Les uns approuvent cette assertion, les autres restent dans le doute. Je suis de ces derniers. Je dirai cependant que j'ai cru voir des tumeurs fibreuses dégénérées. La première fois que j'ai opéré une tumeur fibreuse de l'utérus, la femme a succombé aux suites d'un cancer de cet organe. J'ai vu, il y a deux mois, des polypes du nez qui avaient donné lieu à l'infection cancéreuse. Somme toute, je serais disposé à croire que les tumeurs fibreuses peuvent dégénérer.

Ici M. le président interrompt M. Roux, en lui faisant remarquer qu'il est plus de quatre heures. M. Roux reprendra son argumentation à la prochaine séance.

— *MM. Amussat* et *Blandin*, qui ont des communications à faire, réclament la parole. Après une discussion animée, l'Académie, consultée, décide que l'ordre du jour sera maintenu, et se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 janvier 1844. — Présidence de M. Ch. Dupin.

M. Flandin, en son nom et à celui de *M. Danger*, lit un mémoire intitulé : De l'Empoisonnement par le plomb, suivi de quelques considérations sur l'absorption et la localisation des poisons.

En rapprochant les données de ce travail, disent les auteurs, avec la partie de notre précédent mémoire, qui se rapporte à l'étude toxicologique du plomb, nous croyons pouvoir soumettre à l'Académie les conclusions suivantes :

1° Il n'existe point de plomb dans le corps humain à l'état normal ;

2° Les symptômes et surtout les lésions cadavériques que produit l'empoisonnement par le plomb ont un cachet tout spécial ;

3° Si la mort a été l'effet immédiat de l'ingestion du poison, on retrouve le plomb dans le cadavre tout aussi sûrement qu'on y retrouve l'arsenic, l'antimoine et le cuivre. On doit particulièrement rechercher le métal dans le tube digestif, le foie, la rate, l'appareil rénal et les poumons. On ne le découvre pas dans le sang, dans le cœur, le cerveau, les muscles, pas plus que dans les os. La proportion à laquelle on peut atteindre étant dans l'ordre des 100/1000es, il suffit d'opérer sur 48 à 60 grammes de foie pour y déceler les traces manifestes du composé toxique ;

4° Le procédé qui nous a conduits le plus sûrement à de tels résultats, est, avec une très légère modification, celui que nous avons proposé pour la recherche de l'arsenic, de l'antimoine et du cuivre. Il consiste à carboniser les matières animales par l'acide sulfurique, à porter le charbon jusqu'à la température rouge, à le reprendre par l'acide chlorhydrique, puis par l'eau pour opérer sur le liquide les réactions propres à caractériser le plomb ;

5° Contrairement au cuivre, le plomb absorbé est éliminé par la sécrétion rénale ;

6° L'absorption des poisons s'opère particulièrement par la veine-porte ; ce qui explique pourquoi on les retrouve en si grande quantité, et pour quelques-uns presque exclusivement dans le foie ;

7° Alors que l'empoisonnement a été produit par la peau, l'absorption ou le transport de l'élément toxique se fait principalement par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques superficiels sous-cutanés et sous-muqueux. Exhalé en particulier dans le tube digestif par une sorte de perspiration insensible, le poison est rejeté par les vomissements et par les selles, ou bien il est repris par le système de la veine-porte, absolument comme s'il avait été introduit primitivement dans l'estomac.

La marche que suit le poison dans les voies d'absorption, après qu'il a été appliqué sous la peau, est peut-être une indication à saisir pour prescrire aux ouvriers qui travaillent le plomb et le cuivre, des moyens prophylactiques d'un ordre particulier, les lotions et des bains acides, savonneux ou sulfureux ;

8° Dans le cas d'expertise médico-légale, il faut opérer exclusivement sur certains organes et non indifféremment sur toutes les parties d'un cadavre. Le foie doit être choisi de préférence. Dans les cas ordinaires, la dixième partie de cet organe (environ 500 grammes), est un maximum suffisant. On ménage ainsi à la justice les moyens de faire contrôler une première expertise, ou de la faire répéter un aussi grand nombre de fois qu'il sera jugé nécessaire dans l'intérêt de la cause soumise au jury.

— *M. Chailly* lit un mémoire qui lui est commun avec *M. Godier*, sur un nouveau mode de traitement des déviations de la taille sans lits mécaniques ni section sous-cutanée des muscles. En voici un résumé :

Ce qui concerne les difformités de la taille est une des parties les plus considérables de l'orthopédie. Nous avons cru pouvoir lui donner un nom plus significatif, et nous l'avons désigné sous le nom de *Rachidiorthosie*.

Les parties constituantes de notre appareil sont :

1° L'emploi d'un appareil portatif à triple pression latérale, prenant son point d'appui sur le bassin, et ne portant du reste exactement que sur les points correspondants aux convexités des courbures du rachis, laissant le reste du corps parfaitement libre, agissant avec une force facile à régler, et dans la direction la plus convenable à son effet ;

2° D'une gymnastique spéciale, qui consiste simplement dans des attitudes et des mouvements en sens inverse de ceux qui se font remarquer chez tous les individus affectés de déviation de la taille. Le reste, à quelques modifications près, est conforme à tout ce qui a lieu dans tous les établissements orthopédiques, tels que la gymnastique hygiénique, le régime approprié, et les remèdes dans les cas rares où ils paraissent nécessaires.

— *M. le docteur Lafargue*, de Saint-Emillon, écrit qu'en continuant ses recherches sur l'inoculation de quelques médicaments, il est arrivé à la découverte d'un moyen fort efficace et très commode pour débarrasser les enfants des tumeurs érectiles congénitales qu'on désigne ordinairement sous les noms d'*envies*, de *nœvi materni*.

Le moyen qu'il préconise consiste à pratiquer sur la propre surface et tout à l'entour de la petite tumeur érectile, cinq à six piqûres avec une lancette, dont la pointe aura été trempée dans une goutte d'huile de croton tiglium. Pour bien réussir, il faut absolument s'y prendre comme quand on inocule la vaccine dans le but de préserver de la variole.

Chacune des petites piqûres donne sur-le-champ une grosse papule qui se transforme, trente-six heures après, en une belle pustule ressemblant en tout point au clou ou petit furoncle. Du rapprochement des pustules résulte une tumeur rouge à sa base, blanche par plaques à son sommet, chaude, douloureuse, rénitente, qui a envahi et désorganisé le tissu érectile, et qui offre beaucoup de ressemblance avec l'anthrax benin à petite dimension. Deux jours après, arrive la période du décroissement inflammatoire ; la plaie se déterge, et à la place de l'*envie* s'observe une ulcération qu'on dirige et qu'on traite selon les règles ordinaires. Il serait dangereux de pratiquer plus de six inoculations, surtout chez les très jeunes enfants ; car, au lieu d'une fièvre modérée qui s'observe presque toujours à la suite de l'opération pratiquée dans les bornes indiquées, on verrait éclater une violente réaction dont il serait peut-être difficile d'entraver la marche.

L'auteur préfère l'inoculation du croton à celle du tartre stibié qui ne donne que de petites pustules souvent sans résultat, à celle du virus vaccin qui n'est praticable que sur les enfants non vaccinés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE. Décembre 1843.

Observations de rhumatismes articulaires traités par le sulfate de quinine à haute dose; par M. Bessières, professeur de clinique à l'Ecole de médecine de Toulouse.

M. Bessières, frappé des résultats obtenus par M. Briquet, a voulu essayer la médication proposée par ce médecin contre le rhumatisme, et il expose ce qu'il a vu et observé, appelant tous les praticiens à imiter son exemple. Son mémoire contient sept observations, dont voici l'analyse :

Première observation.—Homme de soixante ans, fort et vigoureux, tempérament sanguin ; plusieurs fois dans l'année attaques de rhumatisme goutteux, tantôt sur une ou deux articulations, tantôt sur toutes à la fois, s'accompagnant de fièvre plus ou moins forte sans lésion apparente du côté du cœur. Un gramme de sulfate de quinine par vingt-quatre heures. Rejet des premières cuillerées. Douleur vive à la région épigastrique, se propageant bientôt au tube intestinal ; diarrhée abondante. On cesse le remède en présence de cette intolérance.

Deuxième observation. — Homme de quarante-sept ans, bilieux, forte constitution. Pour la première fois de sa vie douleurs rhumatismales occupant particulièrement le trajet du nerf sciatique en se fixant à l'articulation fémoro-tibiale gauche, extrêmement vives avec léger mouvement fébrile. Forte application de sangsues et bains. Légère diminution de la fièvre, mais persistance des douleurs. Trente grammes de quinquina en poudre en quatre fois, dans l'intervalle de la visite du matin à celle du soir. Vomissement des deux premières doses, impossibilité d'avaler la troisième. On n'insiste pas davantage.

Troisième observation. — Un homme de quarante ans, sanguin, atteint pour la première fois d'une arthrite rhumatismale aiguë. (L'auteur n'indique pas l'époque du début.) Il entre le 9 avril 1843 à l'hôpital, où il est placé avec beaucoup de précaution dans le lit, car le plus léger mouvement imprimé à ses membres lui arrachait des cris. La fièvre était en ce moment très intense, le pouls battait plus de cent pulsations, le cœur était agité, et l'on entendait distinctement le bruit de souffle. (Tels sont les seuls renseignements que donne l'observation.) Il est tout aussitôt soumis au traitement du sulfate de quinine (2 grammes), dans une potion gommeuse de 125 grammes administrée dans la journée. Le lendemain, à peu près même état. Céphalalgie, tension assez violente à la partie antérieure de la tête ; bourdonnement d'oreilles. Pour la journée du lendemain, 3 grammes de sulfate de quinine. Troisième jour, augmentation des symptômes céphaliques ; diminution des douleurs ; rhythme du pouls normal, lenteur dans les battements. Le quatrième jour, diminution d'un gramme dans la dose de la veille. Un peu de diarrhée, pas de douleur à l'épigastre, point de colique, langue humide. Le cinquième jour, le malade se lève dans la salle, et on cesse la potion. Tout alla bien jusqu'au septième jour, lorsque la douleur se réveilla au genou droit. Nouvelle potion de 2 grammes, qui amène la cessation des accidents. Sortie du malade douze jours après son entrée.

Cette observation aurait une grande importance si l'auteur avait

tenu note du début de la maladie, et si elle présentait des détails plus circonstanciés sur les symptômes.

Quatrième observation. — Femme de cinquante-deux ans, encore réglée, tempérament sanguin. Pour la seconde fois, arthrite rhumatismale générale. Douleurs vives de toutes les articulations, avec gonflement des membres. Potion avec sulfate de quinine, 2 grammes. Le soir, céphalalgie, surdité, qui augmentent le second jour et surtout le troisième. On abandonne la médication, pour recourir aux calmants et aux lavements émollients. Alors les douleurs des membres avaient cessé en partie; une seule articulation avait conservé du gonflement, et causait encore quelque souffrance. Le sixième jour, les douleurs augmentent d'intensité; grandes suffocations, céphalalgie considérable, pouls élevé, face rouge, peau brûlante. Large saignée, à la suite de laquelle saignée copieuse; et depuis ce moment, progrès vers la guérison.

Cinquième observation. — Homme de quarante-neuf ans, nerveux. Pas de réaction. Douleurs peu vives, mais permanentes, siégeant principalement sur toute l'étendue du nerf sciatique, et s'appesantissant particulièrement sur les articulations iléo-fémorales et celles du genou gauche. La maladie datait depuis plus de deux mois. 1 gramme de sulfate de quinine, élevé progressivement à 2 grammes. Après les premières doses, affaiblissement des douleurs, phénomènes céphaliques qui n'ont pas été exaspérés par la continuation de la potion. Après six jours, le rhumatisme ne cédant que très peu à cette médication, on la cesse, et on a recours aux bains de vapeur qui ont beaucoup amélioré l'état du malade.

Sixième observation. — Homme de vingt-trois ans, sanguin, après onze jours de traitement, entre le 21 avril à l'hôpital. Fièvre très intense, peau brûlante, face injectée; douleurs aux quatre grandes articulations des extrémités inférieures avec gonflement de ces parties, faisant pousser des cris au malade. Ce jour, potion gommeuse avec 3 grammes de sulfate de quinine, précédée d'une forte saignée du bras. Le 22, même état. Même potion le 23; commencement de surdité; céphalalgie assez violente : diminution de la dose de sulfate d'un gramme. Le pouls battait à peine 55 pulsations par minute. Cessation de l'administration de ce médicament. Le 24 et le 25, le malade se soulevait parfaitement dans son lit; le 28, il a pu se lever et se promener dans la salle. Le 2 mai, il est en voie de guérison très avancée.

Septième observation. — Homme de vingt-sept ans, sanguin, malade depuis trois mois d'un rhumatisme articulaire aigu. A subi un traitement antiphlogistique, des boissons sudorifiques, des vésicatoires, etc., sans succès. Entre à l'hôpital le 3 avril. D'abord bains de vapeur qui ne produisent aucune amélioration; potion avec le sulfate de quinine, 1 gramme 1/2, élevé successivement jusqu'à 2 grammes. Le second jour, diminution des douleurs, mais état d'ivresse et surdité. Après cinq jours de l'administration du médicament, les douleurs sont affaiblies sur tous les points; quelques bains de vapeur complètent la cure.

L'auteur fait prudemment remarquer que ces observations sont trop peu nombreuses pour décider la grande question que l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme a soulevée. Elles n'apportent pas, en effet, grand'chose à ce que nous connaissons déjà sur l'effet physiologique de ce médicament, et elles sont impuissantes à dissiper le doute profond qui s'est emparé des meilleurs esprits sur la vertu curative de ce sel dans une maladie encore aussi obscure.

Tumeur fongueuse sanguine, guérie par l'acupuncture; par M. Igounnet, d.-m. à Saint-Jorry.

Le sujet de cette observation curieuse, et qui confirme les résultats obtenus par M. Lallemand, est une petite fille, née avec une tache couleur lie-de-vin de la grandeur d'une pièce de cinq francs, qui ne dépassait pas le niveau de la peau, et siluée entre l'angle inférieur de l'omoplate droite et la ligne formée par les apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales. Cette tache, désignée sous le nom d'envie, était restée stationnaire pendant six mois; mais, au bout de ce temps, la mère s'aperçut que cette tumeur gagnait en largeur et en épaisseur. Soit la compression exercée par le maillot, soit toute autre cause, la tumeur s'excoria, et un suintement sanguinolent s'en échappait. Quand l'enfant fut présenté à M. Igonnet, la tache était une véritable tumeur oblongue de haut en bas, ayant 12 centimètres de long, 8 de large, et 5 millimètres d'élévation. Voici ses caractères principaux : Couleur lie-de-vin, consistance élastique, température semblable à celle du corps, douleur nulle, pulsations bien manifestes, gonflement et tension sensibles à la main exploratrice, quand l'enfant pousse des gémissements ou fait des efforts.

C'était là évidemment un cas de *nævi materni* dégénéré en tumeur fongueuse sanguine à tissu spongieux. La compression étant impossible, la cautérisation pouvant entraîner une suppuration funeste, l'ablation une dénudation étendue des tissus sous-cutanés et des hémorrhagies abondantes, l'auteur donna la préférence à l'acupuncture, qu'il pratiqua de la manière suivante :

Il larda la tumeur à l'aide de deux grosses aiguilles de bourrelier, en laissant entre elles un intervalle de 4 centimètres; il entoura les aiguilles d'un fil ciré, comme dans l'opération du bec de-lièvre; il plaça un gâteau de charpie par-dessus, et il fixa le tout au moyen d'un bandage de corps. Pas une goutte de sang ne s'échappa.— Cinq jours après il leva l'appareil, qui se trouva sali par un pus noir et fétide. Aucun phénomène local ni général de réaction ne s'était prononcé d'une manière sensible. Un peu plus tard la tumeur changea de couleur, prit une teinte rosée; la suppuration devint plus noire et plus abondante et contracta une odeur de gangrène. Puis des ulcérations de bonne nature succédèrent à la chute des aiguilles, et après deux mois de traitement tout était cicatrisé, la tumeur s'était entièrement fondue; et, une cicatrice solide, aujourd'hui seize mois après l'opération, lisse, unie, blanche, semblable à celle qui résulte d'une brûlure au troisième degré, prouve une guérison radicale.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des nævi materni chez les enfants, par l'acétate de plomb.

L'auteur de cette méthode thérapeutique nous dit qu'après avoir essayé une foule de remèdes, il a trouvé que l'acétate de plomb est le plus efficace pour faire diminuer et disparaître complétement ces développements vasculaires chez les enfants, lorsque la tumeur n'excède pas encore en grosseur une noisette. Comme cette difformité attaque principalement la figure, et plus souvent la lèvre supérieure, une opération, pour en débarrasser l'enfant, serait cause d'une difformité nouvelle, et la méthode de l'acupuncture proposée par M. Lallemand, et la compression, échouent assez fréquemment. Sur une de ces petites tumeurs non pulsatiles, l'acétate de plomb employé sous forme de fomentations froides ou appliqué à l'aide de petites compresses renouvelées deux fois par jour, a été reconnu d'une très grande utilité. Il fait d'abord tomber l'épiderme; la surface nouvelle qui se présente dépouillée de cette pellicule doit être traitée de la même manière, jusqu'à ce qu'elle soit tombée à son tour. Dans l'espace de quatre semaines, dit l'auteur de la méthode, les petits *nævi* sont ordinairement détruits.

(*British et Foreign medical review.*)

Nitrate d'argent employé dans les épanchements des articulations.

Le docteur Moritz, de Coblentz, applique ce topique sur les jointures affectées, de deux manières : en décrivant des lignes avec cette substance solide à travers l'articulation humectée, laissant un intervalle d'un pouce environ entre une ligne et l'autre, ou promenant un pinceau imbibé d'une forte solution de nitrate d'argent (c'est-à-dire d'une partie de cette substance dans huit ou dix parties d'eau distillée. Dans le premier cas l'épiderme de la peau tombe et se soulève sous la forme de vésicules contenant de la lymphe; ces vésicules disparaissent bientôt après s'être exfoliées sous la forme de croûtes, et la jointure se montre sensiblement diminuée de volume. Ce traitement est répété autant de fois qu'il est nécessaire jusqu'à ce que l'articulation soit ramenée à ses proportions normales ou jusqu'à ce qu'on le juge convenable. Le docteur Moritz affirme que cette opération se pratique avec très peu de douleur ou d'irritation de la partie malade, et que dans plus de vingt cas il a obtenu dans un court espace de temps une résolution complète d'épanchements intra-articulaires de la nature la plus rebelle et qui avaient résisté à toute espèce de traitement. Il observe en outre que l'emploi du nitrate d'argent est indiqué quelle que soit la nature de l'épanchement, fût-il d'origine rhumatismale ou scrofuleuse, ou consécutif à quelque lésion traumatique ou de toute autre cause.

(*Braithwaite's Retrosp.*)

NOUVELLES.

Le gouvernement vient de porter aux chambres un projet de loi sur la police des chemins de fer. L'occasion est opportune pour signaler aux médecins qui font partie de la législature les inconvénients graves qui résultent, pour la classe peu aisée des voyageurs, des wagons découverts. Ce sujet a fourni un excellent article à *l'Impartial du Rhin.* Nous en extrayons les passages suivants :

« La rigueur actuelle de la température donnera à nos observations le mérite de l'opportunité.

» Nous comprenons parfaitement qu'il y ait plusieurs espèces de voitures.

» Mais ce que nous ne comprenons pas, et ce que l'on ne pourra jamais nous faire comprendre tant qu'il restera dans notre cœur un sentiment d'humanité, c'est la persistance que l'on met à conserver ces ignobles wagons ou voitures découvertes, dans lesquelles on entasse pêle-mêle les voyageurs dont les moyens pécuniaires sont insuffisants pour leur permettre l'entrée des voitures couvertes, dites chars-à-bancs.

» Il ne faut pas perdre de vue que l'impossibilité de soutenir la lutte avec le chemin de fer a fait disparaître les voies de transport qui existaient précédemment, et que la compagnie exerce aujourd'hui le monopole de tous les transports.

» C'est en vertu de ce monopole que les voyageurs dont les moyens sont bornés (et c'est toujours la classe la plus nombreuse) se trouvent exposés forcément à toutes les intempéries de l'air et risquent, à chaque voyage, de contracter quelque grave maladie. La vitesse même de la marche augmente encore le danger résultant de l'exposition sans abri aux rigueurs de la température ou à l'humidité de l'atmosphère.

» Mais là ne se bornent pas les risques des malheureux qui sont parqués dans les wagons. Quand le vent ne vient pas de côté, ils sont encore exposés aux vapeurs qu'exhale la cheminée de la machine; et quand le vent est contraire, ils sont couverts de cendres, et leurs vêtements sont constamment en danger d'être brûlés par les flammèches.

» Pendant que l'on a aussi peu de soin de la classe la plus nombreuse des voyageurs, on prend des précautions pour garantir les marchandises qui pourraient se détériorer au contact de l'air ou de l'humidité. Elles sont parfaitement enveloppées de toiles épaisses.

» Mais il y a plus; la compagnie a fait construire des voitures spéciales pour le transport des bestiaux. Ces voitures contiennent des compartiments spacieux; elles sont couvertes et garanties de l'air extérieur par des toiles qui abritent convenablement les voyageurs quadrupèdes.

» *Les bestiaux sont donc, par le fait, mieux traités par la compagnie que les hommes qui sont obligés de prendre place dans les wagons.*

» Ce rapprochement parle assez haut pour nous dispenser de toute autre réflexion. »

— *Embaumement du maréchal d'Erlon.* — Vendredi dernier, M. le docteur Broc a procédé, avec le docteur Pouzin, médecin du défunt, à l'embaumement de M. le maréchal d'Erlon. Ils ont employé la méthode par injection de l'artère carotide.

Il ne sera peut-être pas inutile de faire connaître à nos confrères le procédé si simple qu'ils ont employé :

500 grammes de sublimé corrosif ont été dissous dans 2,000 grammes d'alcool. (Un peu plus de deux litres.)

25 grammes d'acide arsénieux ont été dissous dans un 1/4 de litre d'eau chaude.

4 grammes d'essence de gérofle, 15 grammes d'essence de lavande, 5 grammes d'essence de héroli, ont été dissous dans deux litres d'alcool.

Puis, *au moment de l'injection,* les trois solutions ont été mêlées.

Les trois quarts du mélange ont été poussés dans le bout inférieur de l'artère carotide primitive gauche. L'autre quart a été distribué après des ponctions préalables dans les deux plèvres et dans le péritoine. A l'aide de quelques ponctions on avait évacué les gaz de l'intestin. (Le corps ensuite a été enveloppé de bandes de toiles.

Il est essentiel de ne pas pousser dans les vaisseaux d'un adulte plus de trois litres d'un liquide, autrement l'injection s'exhale dans les bronches et revient par la bouche en grande abondance.

— On lit dans le *Times* :

« Il paraît positif que sir F. Burdett est mort victime du traitement hydropathique. Depuis le 8 octobre 1843, le baronnet s'était mis sous la sauvegarde d'un hydropathe établi à Londres. Ce docteur lui avait persuadé qu'en adoptant ce traitement, il ne souffrirait plus de la goutte. Depuis lors, sir F. Burdett eut sans cesse recours au traitement de l'eau froide. Lorsqu'il perdit lady Burdett, il déclara que sa femme était morte pour n'avoir pas voulu se faire traiter par un docteur. Dans sa dernière maladie, sa fille ne voulut pas qu'il continuât le traitement sans le concours d'un médecin éclairé. Telle avait été la confiance de sir F. Burdett dans l'hydropathie, qu'il ne montait à cheval qu'enveloppé de serviettes mouillées. Le baronnet et sa femme doivent être enterrés le même jour. »

M. Béchard, breveté (médaille d'honneur 1843). mérite l'attention pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégants et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont renfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 5 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 14. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

M. GOURAUD, suppléant.

Abcès de la fosse iliaque gauche consécutif à un accouchement laborieux. Ouverture double de l'abcès. Accidents généraux et locaux qui se développent pendant le cours de la maladie. Guérison.

La nommée Elise Havin, âgée de trente-cinq ans, femme de chambre mariée, entra le 5 novembre dernier à la Charité pour y être traitée d'une affection à la région hypogastrique, qui datait de quinze jours environ.

Son état de santé habituel est bon. Il y a quatre ans elle fit une fausse couche au troisième mois de sa grossesse. Depuis, elle fut toujours bien réglée, et eut même une grossesse heureuse qui se termina, il y a deux mois, par un accouchement difficile. On fut obligé de recourir à la version, et cette opération par l'introduction de la main et du bras de l'accoucheur dans les parties génitales, lui causa des souffrances vives et prolongées. L'enfant est né mort. Malgré cet orage, elle n'éprouva aucun accident consécutif aux couches; elle jouit d'une santé parfaite jusqu'au 20 septembre. Le lait se passa bien moyennant trois purgatifs qui furent administrés. Au neuvième jour, elle éprouva une douleur de ventre très vive, des nausées, de la fièvre avec frissons au début. On appliqua deux fois des sangsues sur la région hypogastrique; et quelques jours après, les symptômes ne cédant pas, on eut recours aux frictions mercurielles sur la partie douloureuse. La fièvre diminua sous l'influence de ce traitement, sans céder complétement. Une tumeur se manifesta à la partie inférieure du ventre, qui se dissipa complétement avec un traitement convenable; mais il resta de la douleur dans la fosse iliaque gauche.

Depuis le mois d'octobre, la malade est soignée chez elle pour cette douleur persistante. On fait des frictions sur le ventre, on y applique des sangsues, et un vésicatoire sur l'aine gauche, siége principal de la douleur; et depuis quinze jours environ on a découvert dans cette région l'existence d'une tumeur volumineuse occupant toute la fosse iliaque gauche et l'aine, et douloureuse au toucher. Cette tumeur s'étend de la crête iliaque jusqu'au pubis suivant le ligament de Fallope; la peau est normale, mobile sans changement de couleur. On ordonne une bouteille d'eau de Sedlitz, un lavement simple, et cataplasme sur le ventre.

Le 7 novembre, à la suite du purgatif prescrit il y eut cinq garderobes la nuit dernière; la douleur fut très vive, plus vive qu'à l'ordinaire. On prescrivit une pommade ou liniment pour frictionner la partie douloureuse matin et soir, fait de la manière suivante :

Extrait de belladone,	1 gramme.
Axonge,	32 grammes.

F. S. A.

Le 8, la malade souffre moins. En palpant l'aine, on y reconnaît manifestement de la fluctuation, surtout en dedans. Il n'y a pas eu de frissons; il y a du dévoiement; et pour cela on ordonne deux lavements avec un œuf et 1 gr. d'extrait de quinquina; onguent de la mère sur la tumeur.

Le 9, la fluctuation est encore aujourd'hui très évidente; elle acquiert plus d'extension; hier, il y a eu des frissonnements, des chaleurs vagues; la région malade était le siége d'élancements et de battements particuliers. Il y a eu postérieurement de la fièvre. On continue le même traitement.

Le 10, la fluctuation est de plus en plus évidente et très étendue. On se décide à pratiquer une ponction à l'aide d'un trois-quarts; on fait l'incision parallèle à peu près à l'arcade crurale. Il en sort un pus fétide d'une odeur se rapprochant de celle des matières fécales; pourtant le pus est liquide d'abord et blanchâtre, puis jaune et un peu plus consistant. Le dévoiement persiste, et on répète le lavement avec l'extrait de quinquina. On panse la tumeur ouverte simplement, ayant la précaution de tenir les bords de l'incision ouverts; et pour faciliter l'écoulement du pus, on recommande à la malade de se tenir couchée sur le côté malade.

Le 11, le pus n'a pas bien coulé hier, la mèche ayant bouché l'ouverture au lieu de la tenir ouverte. Ce matin on fait sortir un pus crémeux, moins fétide, abondant. La langue est un peu sale; pourtant il y a un peu d'appétit. La malade se plaint d'une grande faiblesse. Hier au soir elle était si faible, qu'on a cru bien de lui donner du bouillon coupé. On fait des gargarismes avec 5 grammes d'alun et 500 grammes d'eau d'orge. On ordonne deux potages et un œuf.

Le 12, le pus est plus clair, et sans fétidité. La malade est mieux, se sent moins faible. L'engorgement inguinal diminue sensiblement. On continue le même traitement.

Le 13 et 14, le pus est blanc comme du lait, un peu fétide; la langue toujours un peu sale, pâle. La diarrhée a cessé, l'appétit se réveille.

Le 15, le pus est plus abondant, crémeux et fétide, mêlé à du sang; il n'a pas pu s'écouler librement à cause de la mèche qui bouchait l'ouverture peut-être un peu étroite. Il se développait une douleur très aiguë au-dessus du pubis. Il sera probablement nécessaire d'élargir l'ouverture ou d'en pratiquer une nouvelle. Le malade est plus agité qu'à l'ordinaire.

Le 16, la mèche continue à être un obstacle à la sortie du pus, qui est toujours fétide, mêlé à des gaz. Même prescription.

Le 17, hier on a exercé une compression sur l'hypogastre et sur l'aine; il est sorti une grande quantité de pus, ce matin l'engorgement est diminué. Le malade a eu quelques étouffements nerveux qui n'auront pas de conséquence. Le pus aujourd'hui est déjà moins abondant et de bonne nature. On continue à faire des injections dans le foyer, et le même régime.

Le 18, le pus a stagné encore dans son foyer; on recommande tous les soins possibles dans les pansements pour éviter l'obstruction de l'ouverture.

Le 20, hier au soir à la visite on a trouvé de la rougeur autour du foyer et un état fébrile insolite. Le matin le frisson continue, mais il y a moins de douleur dans l'aine et dans la région hypogastrique; le ventre est indolent. On ordonne un lavement émollient et des frictions mercurielles sur la partie douloureuse. Deux potages.

Le 21, le gonflement de la région inguinale est beaucoup augmenté; il y a une tension considérable des tissus. La malade a les pommettes rouges, la langue un peu sale et blanchâtre; le pouls est fébrile, il sort toujours un pus fétide et abondant. Même prescription.

Le 22, hier au soir le pouls donnait 120 pulsations; même état ce matin pour le reste. On prescrit un bain et on recommande les injections dans le foyer purulent.

Le 23, il y a eu encore de la fièvre hier au soir et une douleur vive à l'aine. Le matin la tension de l'aine est extrême, et la peau qui entoure l'ouverture est très rouge. Le pus semble prêt à se faire jour à travers les tissus cutanés au-dessus de l'ouverture artificielle pratiquée. On fait une nouvelle ouverture dans ce point, et un pus abondant et fétide s'écoule tout de suite. La malade se trouve soulagée immédiatement.

Le 24, le mieux est prononcé. Dans la journée d'hier il est sorti une quantité considérable de pus mêlé de sang, celui ci surtout était en abondance. Œuf, deux tasses de lait, deux potages.

Le 25 novembre, la tumeur s'est dégorgée d'une manière remarquable; il sort des deux ouvertures une sérosité rougeâtre non purulente. Il y a un peu de fièvre; l'état général est meilleur. Pas de selles. Cette nuit il y a eu des sueurs abondantes; la malade tousse aussi un peu et fréquemment; néanmoins elle va beaucoup mieux.

Les 26 et 27, il s'écoule toujours des ouvertures une séro-

FEUILLETON.

SURVEILLANT, INFIRMIER ET GARDIEN.

Tels sont les titres donnés par l'ordonnance royale du 18 décembre 1839 aux agents préposés directement aux soins des aliénés; tels sont aussi les instruments dont le médecin se sert pour prescrire le régime physique et moral des aliénés, et exercer sur les malades sa police médicale et personnelle. Le surveillant reçoit directement ses instructions à cet égard du médecin; il en transmet le détail et l'application aux infirmiers et gardiens, dont l'action se coordonne ainsi dans une utilité favorable au service. Le surveillant ne soigne pas directement, il n'agit pas lui-même; il dit la manière dont on doit soigner et dont on doit agir; il surveille la manière dont on soigne et dont on agit. Le surveillant est le dépositaire immédiat de la pensée du médecin dans son application aux soins des aliénés; il ne peut pas la transformer, lui donner une autre portée, un but différent; il ne peut que la détailler, la développer et la traduire en faits.

L'infirmier n'est qu'une des formes du gardien. Il soigne l'aliéné malade; et à ce titre, ses fonctions participent plus de celles de l'infirmier que de celles du gardien proprement dit; néanmoins, à beaucoup d'égards, les règles de sa conduite sont celles du gardien.

Le gardien est quelque chose de plus que l'infirmier ordinaire; il a la garde de l'aliéné; il a la commission de le garder, de le conserver, de le défendre, de le soigner, de le surveiller; c'est un dépôt qui lui est confié, et qu'il n'a plus le droit de décliner; il est responsable de ses actions dans la limite des règles qui lui ont été tracées par le surveillant. Il faut qu'il soit doué d'un véritable zèle, d'un grand dévouement, d'une certaine fermeté pour accomplir ses devoirs, d'une intelligence convenable; mais, avant toutes choses, il ne faut pas que ces qualités soient dirigées par des principes en dehors de ceux qui font agir le médecin et dont l'application lui est détaillée, pas plus que l'infirmier ne peut altérer la potion prescrite au malade confié à ses soins. La tenue du gardien auprès du malade, son langage, sa douceur ou sa sévérité, la forme qu'il donne à tous ses soins, sont une portion du régime physique et moral, et doivent porter toujours l'empreinte de la pensée qui le prescrit. Comment pourrait-on combattre un sentiment porté à l'exagération, jusqu'au délire, si pendant que l'on cherche à diminuer l'influence de ce sentiment par la provocation d'un autre sentiment, le malade est entretenu dans son délire par toutes les impressions qui résultent des détails de sa vie matérielle et intellectuelle? Comment l'aliéné qui se croit riche et puissant pourra-t-il recevoir l'impression des vérités que le médecin veut lui inculquer, quand la condescendance, la faiblesse, la pusillanimité de son gardien, traduites à ses yeux dans la forme de tous ses actes, lui donneront à penser que sa croyance si flatteuse est entièrement partagée?

Il faut toujours qu'il puisse conclure le vrai sans effort, et que les idées qu'on fait naître en lui viennent simplement, par la ligne la plus droite, sans détour, sans ambiguïté, sans complexité, sous peine de doute, d'incertitude, et par suite de désordre intellectuel.

Il faut donc pour le gardien autre chose que du zèle, autre chose que du dévouement, autre chose que de la fermeté, autre chose même que de l'intelligence; il faut encore que ces qualités, très nécessaires aussi, soient dirigées par des principes, et des principes purement médicaux, c'est-à-dire puisés dans la pensée du médecin.

« Car le service médical en tout ce qui concerne le régime physique et moral, la police médicale et personnelle des aliénés sont sous l'autorité des médecins. »

La surveillance et la garde des aliénés peuvent être données aux soins de personnes appartenant à des congrégations religieuses ou à ceux de personnes appartenant à des classes laïques.

L'avantage du service des laïques consiste surtout dans la liberté d'action laissée à l'autorité légale, soit administrative, soit médicale. Aucun principe ne vient contrarier cette action. Les laïques n'appartiennent qu'à la société générale et n'obéissent qu'aux lois qui la régissent : la plus formelle, la plus impérative de ces lois, est la hiérarchie des pouvoirs; elle détermine le sentiment du devoir. Dans quelques cas, l'amour de l'humanité, exprimé par un dévouement sincère, vient y ajouter sa puissance; mais il ne peut servir de base, faute de généralité. C'est donc le sentiment du devoir qui détermine et dirige le service des laïques. Il n'a, dans son application, qu'une seule forme à prendre et qu'un seul mode d'expression : ce sont ceux qui lui sont imprimés par la pensée médicale; de sorte que l'unité, si nécessaire dans les soins à donner aux aliénés, est entièrement réservée dans le service des laïques.

Toutefois, il faut le dire, dans leur choix, on doit faire un appel à l'intérêt pour conserver toutes les chances de moralité et d'intelligence; il faut que les surveillants aient une certaine éducation; que les gardiens soient au-dessus de cette classe de mercenaires qui, satisfaisant ses appétits sans frein ni mesure, vend ses services au premier maître venu, et vit au jour le jour sans souci de l'avenir.

Le service effectué par les personnes attachées aux congrégations religieuses ne réserve pas autant la liberté d'action de l'autorité légale. Le sentiment du devoir revêt la forme religieuse; et quel que soit le vœu d'obéissance et d'humilité contracté par elles, il y a toujours, dans les soins qu'elles donnent aux aliénés, la part des principes émanés des supérieurs spirituels et temporels.

Si ces principes reconnaissent l'autorité médicale « sur tout ce qui concerne le régime physique et moral, la police médicale et personnelle des aliénés, » il y a néanmoins encore dans l'application de ces préceptes assez d'oppositions pour nécessiter certaines concessions indispensables à la régularité du service, qui, du reste, il faut le reconnaître, s'accomplit mieux, quant au zèle, au dévouement et à l'ordre.

Mais quand les personnes appartenant aux congrégations veulent elles-mêmes, en leur donnant toujours la même forme, la forme religieuse, diriger les pensées et les actes des aliénés, c'est-à-dire leur régime physique et moral, il arrive nécessairement que la confusion des autorités entraîne la confusion des idées; que la même forme des impressions vient heurter péniblement, dans beaucoup de cas, plusieurs formes de délire, et qu'alors, nécessairement, le désordre entre ou se maintient dans l'esprit des malades.

Il y a donc une distinction bien importante à faire, sous le rapport des services des congrégations religieuses, entre les établissements simplement hospitaliers et les établissements d'aliénés. Dans les premiers, il faut du zèle, du dévouement, de la régularité pour accomplir les soins matériels; dans les seconds, il faut toutes ces choses, et encore certaines dispositions d'esprit, de manière aussi que les soins intellectuels non-seulement ne soient pas négligés ni contrariés, mais qu'ils soient accomplis sous autant de formes que la variété des maladies l'exige, et d'après des principes raisonnés.

En France, quelques ordres religieux ont élevé la prétention, non-seulement de surveiller et garder les aliénés, mais encore de les traiter : l'un de ces ordres, celui des Frères Hospitaliers de Saint-Augustin, auquel se rattache l'ordre des Frères Saint-Jean-de-Dieu, ayant le même fondateur, vient de proclamer ses doctrines, et l'application qu'il en fait au traitement et aux soins des aliénés.

« Ils traiteront, disent-ils, des phénomènes surnaturels, des opéra-
» tions magiques, des possessions diaboliques; matières de haute phi-
» losophie trop négligées dans ce siècle d'aveuglement et d'ignorance
» dans les choses spirituelles ou surnaturelles. Les moments appro-
» chent où les hommes tourneront leurs pensées plus généralement
» vers la religion et le salut éternel. Alors les esprits de malice répan-
» dus dans l'air travailleront leur imagination, et s'efforceront de les
» entraîner hors du chemin de la vérité. Le magnétisme animal n'est
» autre chose qu'une opération magique, à laquelle Mesmer changea le
» nom et quelques signes accessoires, pour la déguiser. Pour faire le
» discernement des phénomènes surnaturels, il faut avoir étudié la ma-
» tière dans les auteurs éclairés sur les choses surnaturelles. Les hom-
» mes qui poussent l'ignorance et l'incrédulité jusqu'à nier l'existence
» des démons répandus dans l'air, et la réalité de la magie, ne sauront
» jamais faire ce discernement, et seront toujours dupes de leur Igno-
» rance et des ruses des démons, comme l'a été l'Académie de méde-
» cine toutes les fois qu'elle a envoyé des commissaires pour exami-

sité rougeâtre. Il y a eu moins de fièvre nocturne, mais la toux est toujours fréquente; pas de fièvre. On augmente un peu la nourriture.

Le 2 décembre, l'affection locale a marché ces jours-ci vers sa résolution, et tout fait croire que la guérison ne se fera pas attendre long-temps de ce côté; mais les sueurs nocturnes ont continué plus ou moins; il y a eu toujours la même fréquence dans la toux, et un peu de fièvre. Pourtant la percussion et l'auscultation ne révèlent aucune lésion appréciable dans la poitrine. On met la malade à l'usage des pilules de cynoglosse et on augmentera la nourriture; on prescrit trois portions.

Le 4, les forces reviennent sensiblement; les sueurs nocturnes ont diminué, mais la toux continue avec force. Même traitement.

Le 5, il y a un peu de fièvre le soir; le pouls était à 100 pulsations et plus; moins de fièvre ce matin; toujours un peu de toux, mais moindre. L'engorgement de la fosse iliaque est presque entièrement disparu; les ouvertures artificielles sont fermées.

Le 6, la malade sort on peut dire guérie pour ce qui est de l'énorme abcès iliaque; mais est-on bien sûr qu'il n'y ait point quelque germe de maladie organique qui jusqu'ici ne s'est pas révélé par ses symptômes ordinaires? Il est encore possible.

Fièvre intermittente avec engorgement du col utérin et bronchite sub-aiguë. Cautérisation du col par le nitrate d'argent. Disparition des accès fébriles. Guérison des deux affections.

Au n° 5 de la salle Sainte-Anne, est couchée la nommée Vielleton, âgée de quarante-cinq ans, fleuriste, demeurant à Paris depuis vingt-six ans.

Habituellement bien portante, cette femme a été enceinte plusieurs fois, et ses grossesses se sont terminées toujours d'une manière heureuse; la dernière a eu lieu il y a quatorze ans.

Depuis deux ans, cette malade a commencé à éprouver du retard dans ses règles; elles venaient d'une façon régulière et inégale; enfin depuis trois semaines elles coulent sans interruption, ou pour mieux dire, l'écoulement sanguin s'alterne avec une perte blanche abondante.

Il y a six mois elle eut une anasarque qui se dissipa peu à peu; il lui survint ensuite une urticaire aiguë qui disparut aussi pour faire place à une ascite il y a un mois, disparaissant à son tour. En même temps que l'ascite se développèrent des douleurs d'estomac très vives et les digestions devinrent difficiles. Enfin depuis quelque temps la malade éprouve des élancements vers le col de la matrice sans qu'aucun autre symptôme se soit montré du côté de cet organe.

Il y a huit jours elle eut une fièvre continue; puis, le 30 octobre, elle éprouva un accès intermittent. C'est à la suite de cet accès qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

En l'examinant avec soin on y trouve des symptômes d'un embarras gastrique, d'une bronchite sub-aiguë avec congestion pulmonaire; le col utérin était engorgé, à bords durs, saillants, taillés en biseau; l'utérus nous parut à l'état normal.

La nuit du 1er au 2 fut avec fièvre d'accès très forte.

Le 3, depuis huit heures jusqu'à quatre heures du soir, il y eut un accès avec chaleur et sueur sans frisson.

Le 4 novembre, pas de fièvre ni hier ni aujourd'hui; cependant l'accès commence à neuf heures après la visite et dure jusqu'à quatre heures après midi. Un gramme de sulfate de quinine dont on fera six pilules à prendre le soir, en commençant demain.

Le 5, pas de fièvre.

Le 7, fièvre forte depuis onze heures jusqu'à quatre. Infusion de camomille. On suspend le sulfate de quinine, on ordonne une bouteille d'eau de Spa. La malade a moins sué dans cet accès.

Le 8, pendant la nuit elle a eu encore de la chaleur et de la céphalalgie. On prescrit 75 centigrammes de sulfate de quinine en trois pilules à prendre de demi-heure en demi-heure.

Le col utérin, vu au spéculum est très déformé et inégal; il présente deux fentes verticales dans la lèvre supérieure, et quelques granulations blanchâtres çà et là; en poussant le spéculum jusque sur le col on donne lieu à une hémorrhagie assez abondante.

Il y a eu un petit accès fébrile, mais moins fort qu'à l'ordinaire. On prescrit des cautérisations sur le col utérin avec le nitrate d'argent.

Le 9 et le 10, il y a eu encore un petit accès de fièvre pendant la nuit.

Le 11, hier un autre accès de deux heures seulement. On ordonne une bouteille d'eau de Spa et de l'extrait de quinquina.

Le 12, accès de deux heures comme hier. Le col utérin est le siége d'une chaleur et d'un engourdissement particulier qui s'étend jusqu'à la cuisse.

Le 13, pas d'accès de fièvre hier ni cette nuit. On suspend l'anti-périodique.

Le 14, aujourd'hui encore un peu de fièvre; il n'y en a pas eu hier. On continue les cautérisations du col avec le nitrate d'argent.

Le 15, le col est gros et inégal; il laisse écouler une mucosité claire et transparente. Le vagin est tapissé par une humeur laiteuse; le pourtour de l'orifice est rouge et parsemé de granulations rouges. Les points granuleux qui ont été cautérisés sont disparus. La muqueuse y est normale. Il y a un météorisme considérable du ventre; chaque fois qu'elle est touchée et cautérisée elle présente le même phénomène.

Le 16, le ventre est encore ballonné, mais moins qu'hier.

Le 20 et le 21, même état à peu près; on ordonne un bain.

Le 22, même état du ventre, qui est aussi sensible à la pression. Lavement avec 12 gr. d'assa fœtida, etc.

Le 28, la malade a eu un peu d'amélioration; le ventre est moins gonflé, quoique toujours un peu douloureux. Les règles sont arrivées ce matin; c'est du reste leur époque habituelle.

Le 29 et le 30, les règles coulent encore, mais peu abondamment. L'état local de la malade est meilleur. Le col utérin est dégorgé et marche vers son état normal.

Le 9 décembre, la malade va assez bien; toujours un peu de ballonnement et de sensibilité dans le ventre.

Le 11, la malade sort avec le ventre un peu gros, mais à peu près indolent; du reste, elle se trouve bien. Le col de l'utérus est parfaitement guéri. Depuis long-temps elle n'a plus eu d'accès.

— Ce cas est remarquable et pourrait fournir matière à plus d'une réflexion. On voit une fièvre intermittente chez une femme affectée en même temps d'engorgement du col utérin, résister à l'action du fébrifuge par excellence et cesser complétement par le traitement de l'affection locale. Faut-il admettre que ces accès fébriles étaient sous la dépendance de la maladie de l'utérus? Cela est plus que probable.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Arthrite blennorrhagique au genou droit, dont la gravité a été telle, qu'on a hésité pour savoir si l'on devait amputer. Ponction de l'articulation à deux reprises différentes. Excellents effets du sulfate de quinine administré pendant un mois. Guérison due à ce médicament.

Boutet, garde municipal, âgé de trente-un ans, d'un tempérament lymphatique, a eu, dès l'âge de quinze ans, une arthrite au genou droit. Cette affection, caractérisée par un gonflement considérable de l'articulation et des douleurs assez vives, était survenue sans cause connue; elle fut traitée par un empirique de la campagne, et radicalement guérie au bout de six mois.

Dans les premiers jours de juillet 1843, Boutet fut atteint pour la première fois d'une blennorrhagie. L'écoulement était assez abondant, lorsque le 25 du même mois le malade fit une longue marche. Le lendemain, étant de garde, il fut pris, dès le matin, de douleurs dans les deux cuisses, et le soir même ces douleurs gagnèrent le genou droit, qui devint chaud et gonflé; elles furent assez fortes pour empêcher le malade de faire sa dernière faction.

Le 27, aussitôt qu'il eut descendu la garde, il se mit au lit, et le 28, le mal allant en empirant, Boutet entra au Val-de-Grâce.

A la visite du 29, on trouve le genou droit fortement tuméfié, chaud, douloureux; l'intensité des douleurs occasionne de l'insomnie, et rend les mouvements de l'articulation tout à fait impossibles. La rotule est soulevée; une fluctuation manifeste fait reconnaître la présence d'un liquide épanché dans la synoviale articulaire. Absence de rougeur à la peau; l'écoulement blennorrhagique a presque entièrement cessé depuis l'apparition des accidents vers le genou. Léger mouvement fébrile. Diète; limonade; saignée du bras; potion purgative pour le lendemain matin.

Le 30, trois ventouses scarifiées sont appliquées sur le genou, et l'on prescrit des frictions avec l'onguent mercuriel camphré.

Le 31, on n'observe pas de changement dans l'état des parties. 25 sangsues sont appliquées le matin, et 25 à midi.

Le 1er août, nouvelle application de 25 sangsues, qui fournissent plus de sang que la veille, et procurent un soulagement notable. Le genou est moins tuméfié, les douleurs moins intenses; la fièvre a cessé. Soupe au lait; pruneaux; diète de vin; limonade.

Le 3, un vésicatoire volant est appliqué sur l'articulation.

Le 5, on en applique un second, et l'on donne le quart pour régime alimentaire. Quelques jours après l'on revient aux frictions mercurielles camphrées. Le malade mange la demie, et prend 1 gramme d'iodure de potassium dans du sirop sudorifique.

Le traitement employé jusqu'ici a bien amené un peu d'amélioration; les douleurs ont en partie disparu, mais la tuméfaction du genou reste à peu près stationnaire, et l'épanchement ne se résorbe pas. Aussi, vers la fin d'avril, M. Baudens pratique, avec un bistouri à lame étroite, une ponction à la partie interne et supérieure de l'articulation, et pénètre dans la cavité synoviale. Cette ponction donne issue à 180 gram. environ d'un liquide séreux, rougeâtre. Aussitôt après l'évacuation du liquide, M. Baudens ferme avec un petit morceau de sparadrap l'ouverture faite par le bistouri, afin d'empêcher l'introduction de l'air dans l'articulation. Aucun accident n'est

---

» ner et constater les phénomènes magnétiques. Ce qui trompe les » ignorants crédules et les savants incrédules, c'est qu'il est un grand » nombre d'opérations magiques par lesquelles on guérit des maladies, » on devine des fontaines, des choses cachées ou volées, et on a vu » même des personnes magnétisées se convertir à la religion. C'est par » des moyens trompeurs qu'autrefois, dans les siècles antiques, les dé- » mons abusèrent de l'ignorance des hommes et établirent l'idolâtrie. » Les ignorants disent que les démons ne peuvent faire aucun bien; ils » se trompent. Les démons font souvent un petit bien pour en tirer un » grand mal. Dans tous les temps, ils ont employé la médecine et la » *divination* pour susciter, établir et propager des superstitions et des » hérésies. Les démons convertissent une âme pour en pervertir cent » mille; s'ils disent quelquefois des vérités, c'est pour appuyer des » mensonges. Les démons trompent toujours.

» Au surplus, dit le père Hilarion, Tissot lui-même, si les médecins » ont paru guérir quelquefois, mais rarement, des énergumènes où » aliénés d'esprit, sans les moyens spirituels, c'est que le démon, par » permission de Dieu, s'est retiré volontairement des possédés, ou a » cessé d'opérer manifestement en eux pour tromper les médecins, » comme il faisait à l'égard des lunatiques de l'Evangile.

» Mais ces prétendues guérisons, que l'ignorance et le charlatanisme » font sonner si haut, ne sont que de fausses guérisons, parce que le » démon revient ordinairement après un certain laps de temps. Pour » traiter un possédé selon les règles de la science et de l'expérience, » il faut un saint exorciste et un pieux médecin qui aient bien étudié » la matière dans les divers traités qui ont été publiés.

» J'ai, ajoute-t-il, guéri constamment par la foi, la prière et le jeûne, » depuis plus de vingt ans, dans les divers hospices d'aliénés que j'ai » fondés, tous les énergumènes ou *aliénés d'esprit* dont la maladie ne » datait pas de plus de huit mois. Quant aux possessions plus ancien- » nes, j'avoue que Dieu, à cause de mon peu de foi, m'a accordé rare- » ment la mesure de grâce nécessaire pour les guérir. »

Puis suit une longue dissertation pour distinguer les phénomènes naturels des phénomènes spirituels dans *les énergumènes ou aliénés*; les derniers phénomènes attribués à la présence du démon dans le corps de l'homme, et nécessitant la formule de l'exorcisme comme seul traitement convenable.

Ces théories sont développées dans plusieurs livraisons déjà parues d'un journal intitulé *l'Eclaireur du Midi*, soit sous forme de préceptes, soit sous forme de faits. Les plus grandes vérités comme les plus grandes erreurs n'ont manqué ni des uns ni des autres.

Les premiers reposent surtout sur le principe de l'intervention du démon dans les affaires humaines; et tout ce qui sort, même légèrement, du cours naturel et commun des choses ordinaires, dénote, selon eux, cette intervention. La magie, la sorcellerie, la divination des sources, le magnétisme animal, le somnambulisme, le saint-simonisme, l'aliénation mentale, l'épilepsie, la catalepsie, l'homœopathie même, rentrent dans ce cadre. Les seconds reposent sur un certain nombre de miracles modernes racontés avec bonne foi, et que je ne veux pas répéter.

Il nous importerait peu d'apprécier les principes d'une congrégation solitaire, sans application en dehors de son sein, sans action sur le monde: ils fourniraient simplement un chapitre de plus à la démonologie, et appartiendraient à l'histoire morale de l'homme. Mais ces principes émanent d'une congrégation qui dirige plusieurs établissements auxquels le gouvernement lui-même confie des aliénés pour les soigner et les traiter, et dont la confiance publique environne quelques-uns. Il importe de les apprécier dans l'influence qu'ils peuvent exercer sur le soin et le traitement de ces malades. Nous ne sommes plus aux temps des siècles passés, où la croyance à l'intervention des démons dans les affaires de l'homme était reçue dans presque toutes les classes de la société; où les magistrats interrogeaient gravement sur les circonstances de cette intervention, et condamnaient pieusement au bûcher les pauvres aliénés qui, dans leurs hallucinations délirantes, racontaient leurs conversations prétendues avec le diable. De nos jours, cet état, encore fréquent dans nos campagnes éloignées des grandes villes, est presque toujours considéré comme le résultat d'une affection mentale que le médecin peut guérir. Au moins, à cette époque, on pensait que les démons intervenaient seulement dans cette forme de folie, et souvent la divinité protégeait les autres fous de sa toute-puissance. Les Frères de Saint-Augustin, en admettant la présence des démons dans *tous les energumènes ou aliénés*, sont entrés dans le principe du duel général entre le génie du bien et celui du mal: l'action du dernier, plus faible, limitée à certains effets; l'action du premier, plus fort, palliant, atténuant ces effets, mais ne les empêchant pas de se produire. Ce principe, qui peut être discuté à l'état d'abstraction, conduit dans l'application pathologique au fatalisme ou à l'extase contemplative: au fatalisme, en laissant l'homme muet et frappé d'inertie en présence du debat surhumain; à l'extase contemplative, en donnant à l'homme, il est vrai, cette confiance divine, qui parfois imprime aux organes malades un ébranlement salutaire, mais parfois aussi produit l'effet contraire, qui, dans tous les cas, inspire cet état passif si fâcheux, en présence du trouble, de l'irrégularité, du désordre des fonctions de l'homme, et détourne souvent la médication de sa voie salutaire.

Tout le monde convient aujourd'hui que dans les soins à donner aux aliénés, il y a nécessité d'associer presque toujours le traitement physique au traitement moral; il n'y a de divergence que sur la prédominance qui doit être accordée à l'un sur l'autre. L'association ou la dissociation de ces deux formes de traitement n'est deduite que de l'observation des symptômes si variés de la folie; et jamais, dans aucun cas, une seule forme de traitement n'a été admise pour cette maladie si complexe. Dans le traitement moral même, et c'est une chose généralement reconnue pour vraie, il est de précepte de flatter rarement les idées délirantes des malades, de ne jamais leur transmettre des impressions qui les entretiennent; il faut au contraire arrêter ces impressions, les comprimer, refouler ou déplacer, à mesure que les impressions internes les font renaître.

Certes il y a une grande différence à faire entre les Frères de Saint-Augustin ou de Saint-Jean-de-Dieu, vivant avec les aliénés, pensant leurs blessures, veillant jour et nuit près de leur lit, et les considérant comme des victimes à arracher aux démons, et ces prêtres ou magistrats des temps passés chargeant de chaînes les mêmes malades, les torturant de la question, et les condamnant au feu en les considérant comme liés au diable par un pacte indissoluble. Il y a là toute la différence de l'humanité à la cruauté, de la civilisation à la barbarie; mais de nos jours, pour les aliénés, il faut plus que de la douceur, plus que du zèle, plus que du dévouement, il faut encore la connaissance de la folie, parce que les aliénés sont des malades dont le traitement est assujetti à des règles presque précises, et que, dans tous les soins à leur donner, il faut se proposer leur guérison.

Il y a donc opposition directe entre les principes généralement reconnus du traitement de la folie, et les principes énoncés par la congrégation des Frères de Saint-Augustin.

Par suite de ces principes, le médecin ne peut pas prescrire le régime physique et moral, puisque les principes qui le constituent excluent l'action de l'homme, et en appellent sans cesse à la divinité; il ne peut exercer la police médicale et personnelle, puisque les actions des aliénés, comme celles de leurs gardiens, sont dirigées uniquement en vue d'une intervention surnaturelle directe. Il ne peut non plus commettre son autorité sur les surveillants, les infirmiers et les gardiens, puisque la pensée médicale, qu'ils doivent se borner à développer et à appliquer, dans les soins et le traitement des aliénés, serait transformée, prendrait une autre portée, et produirait souvent alors un résultat diamétralement opposé à celui qu'elle aurait prévu. Il y a donc impossibilité complète d'accomplir dans les établissements dirigés par cet ordre, et aussi par celui des Frères Saint-Jean-de-Dieu, dont l'origine est la même, le texte de l'ordonnance royale qui n'est que la conclusion de la médecine française traduite en langue administrative: le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin, dans les limites du règlement de service intérieur. — Les surveillants, les infirmiers et les gardiens sont, pour le service médical, sous l'autorité du médecin (1).

BOUCHET,
Médecin en chef de l'asile des aliénés de Nantes.

(1) Annales médico-psychologiques (janvier).

survenu à la suite de cette opération ; l'état du genou, au contraire, s'est tellement amélioré, que le malade descend dans le jardin et se promène sans béquilles. On porte à 2 gram. la dose de l'iodure de potassium.

Malheureusement cette amélioration ne s'est pas soutenue, et le 6 septembre on remarque une recrudescence inflammatoire survenue dans le genou sans cause appréciable. La tuméfaction a reparu ; il s'est formé un nouvel épanchement de liquide ; il y a de la fluctuation ; la rotule est soulevée ; le genou est chaud, douloureux, etc. Pendant cinq jours on maintient des compresses imbibées d'eau froide constamment appliquées sur le genou. Les accidents inflammatoires se calment un peu sous l'influence des réfrigérants.

Le 15 septembre, 25 sangsues sont appliquées sur le siége du mal ; on cesse l'usage de l'iodure de potassium. Ces moyens ont fait disparaître le surcroît d'inflammation et l'intensité des douleurs ; mais le gonflement persiste avec l'épanchement articulaire. Les liniments camphrés sont mis en usage, et ne produisent aucun bon effet.

Le 30, un vésicatoire volant est appliqué sans plus de succès. M. Baudens se décide alors à pratiquer une nouvelle ponction dans l'articulation.

Cette seconde ponction, faite le 2 octobre, est opérée à la partie interne et supérieure du genou, tout près de celle pratiquée il y a un peu plus d'un mois. Il s'est écoulé 160 grammes environ d'une sérosité rougeâtre et trouble ; puis l'ouverture a été immédiatement fermée avec du sparadrap pour s'opposer à l'entrée de l'air. Cette opération n'a donné lieu à aucun accident, mais elle n'a amené aucun résultat avantageux.

Le genou, est d'abord revenu dans un état pareil à celui où il se trouvait avant la recrudescence inflammatoire ; mais bientôt les symptômes locaux sont allés en s'aggravant ; le malade a perdu de ses forces ; la fièvre s'est allumée, il est survenu de la diarrhée, de l'amaigrissement, de l'insomnie. Un instant, on a pensé que l'amputation était la seule chance de salut pour Boutet ; mais la maigreur du sujet, le mauvais état du tube digestif, la diarrhée colliquative, ont fait renoncer à l'idée de cette opération ; et comme la fièvre paraissait revenir par accès tous les soirs, l'on s'est mis à prescrire du sulfate de quinine. Sous l'influence de ce médicament, administré pendant plus d'un mois à la dose de 5 décigrammes chaque matin, les choses ont changé de face dès les premiers jours. Le malade a repris de la force, la diarrhée a cessé, ainsi que la fièvre ; le sommeil est revenu ; la tuméfaction du genou a beaucoup diminué ; l'épanchement intra-articulaire a été résorbé, et notre homme a pu faire exécuter quelques mouvements au genou sans trop de douleur. Après avoir obtenu ces bons effets du sulfate de quinine, on a eu recours à divers topiques, tels que vésicatoires volants, liniments camphrés, pommade d'iodure de plomb, iodure de potassium, etc.

Voici l'état du malade au 1er décembre : le genou droit est légèrement tuméfié ; son pourtour, mesuré avec un ruban de fil, n'a qu'un centimètre de plus que celui du côté sain ; la rotule n'est pas soulevée, on ne trouve aucune fluctuation, aucun signe d'épanchement dans la cavité de la synoviale articulaire ; le genou n'est ni chaud, ni douloureux ; les mouvements qu'on lui fait exécuter ne déterminent pas de souffrance ; ces mouvements sont aussi étendus qu'à l'état normal, sauf celui de flexion sur la cuisse, qui ne peut s'opérer d'une manière complète. Depuis huit jours Boutet se promène dans le jardin ; il appuie bien son pied quand il marche, et abandonne de temps en temps les béquilles dont il fait usage pour marcher sans aucun soutien. L'état général du malade est d'ailleurs très satisfaisant ; il y a déjà plusieurs jours qu'on prescrit les trois quarts pour régime alimentaire.

Quant à l'écoulement blennorrhagique, il y a ceci à noter ; c'est que toutes les fois qu'il y a eu de l'amélioration dans le genou cet écoulement est devenu plus abondant, pour diminuer, au contraire, et même se supprimer, quand le genou allait plus mal. Actuellement il existe encore, mais à un degré très modéré.

Le 26 décembre, Boutet sort de l'hôpital sur sa demande ; l'état du genou s'est encore amélioré depuis le 1er, et il n'y a plus que trois lignes de différence entre le pourtour des deux articulations fémoro-tibiales. On peut voir, sur celle qui a été malade, les cicatrices des deux ponctions pratiquées par M. Baudens pour vider le genou.

Arthrite traumatique du genou gauche compliquée d'érysipèle de la jambe. Emploi successif de la glace, des liniments camphrés et des vésicatoires. Guérison complète, mais tardive à cause de l'indocilité du malade.

Letexier, soldat au 13e de ligne, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, est entré au Val-de-Grâce le 20 octobre 1843. Il nous raconte qu'il y a deux jours, en se rendant aux lieux d'aisance de la caserne, il a fait un faux pas et s'est laissé choir sur le sol. Dans cette chute, dit il, la jambe gauche a pris une fausse position, mais n'a heurté ni contre le sol, ni contre aucun corps étranger. Quelques heures après cet accident, il est survenu de la douleur et de la tuméfaction dans le genou gauche. Le blessé a passé la journée du 19 à l'infirmerie, où on lui a fait faire des frictions avec de l'eau-de-vie camphrée. Les douleurs devenant plus vives et le gonflement du genou augmentant d'une manière rapide, Letexier est venu à l'hôpital dans la soirée du lendemain.

A la visite du 21, voici ce que l'on observe : Le genou gauche est très tuméfié ; la peau en est rouge, très chaude. La rotule est fortement soulevée par un épanchement qui a son siége dans l'articulation ; la fluctuation est des plus évidentes. Les douleurs sont vives, continuelles, et rendent presque impossible le moindre mouvement du membre. On remarque, en outre, un léger érysipèle qui occupe la plus grande partie de la face interne de la jambe. Le pouls est fort, vibrant, assez fréquent ; il y a de la soif. Diète ; limonade ; saignée de 500 grammes ; potion purgative pour le lendemain matin ; application de glace sur le genou et la partie de la jambe qui est érysipélateuse. Un coussin en crin placé au-dessous du genou, tient la cuisse et la jambe dans une légère flexion.

Le 22 octobre, le gonflement a diminué ; il y a moins de rougeur et moins de chaleur dans le genou ; les douleurs sont moins intenses. Bouillon maigre et pruneaux ; limonade ; continuation de la glace.

Le 23, l'amélioration fait des progrès. L'érysipèle de la jambe a presque entièrement disparu. Le pouls a perdu de sa force et de sa fréquence ; la soif est modérée. On cesse la glace, et l'on fait des applications d'eau froide seulement.

Le 25, plus de rougeur ni de chaleur anormale dans le genou. L'épanchement articulaire paraît un peu moins considérable. Il n'existe plus d'érysipèle à la jambe. L'état général du malade est actuellement satisfaisant ; il n'y a plus de mouvement fébrile. On prescrit le quart, et l'on continue les fomentations froides.

Le 27, l'épanchement diminue ; aussi la rotule est-elle moins soulevée. Le genou n'est douloureux qu'à la pression, et encore l'est-il médiocrement. L'eau froide est supprimée et remplacée par des frictions avec un liniment camphré à 8 grammes.

Le 29, l'épanchement se résorbe de jour en jour ; il n'y a plus de douleur dans le genou. Bon état général. Liniment camphré.

Le 2 novembre, la rotule n'est presque plus soulevée ; l'amélioration est notable depuis quelques jours. Le malade mange la demie.

Le 5, pas de changement à mentionner depuis le 2 de ce mois.

Le 11, le genou reste dans un état stationnaire ; il faut dire que le malade est fort indocile, et qu'il se lève et va se promener dans le jardin malgré toutes les recommandations qu'on lui adresse. Il fait toujours des frictions avec un liniment camphré.

Le 23, aucune amélioration ne se fait remarquer depuis plusieurs jours. Un vésicatoire est appliqué sur la partie externe du genou.

Le 4 décembre, il n'y a presque plus de gonflement au genou. On fait sécher le vésicatoire.

Le 8, le genou affecté n'est guère plus volumineux que l'autre. Néanmoins, le malade ne peut marcher sans ressentir un peu de douleur dans l'articulation.

Le 14, la marche occasionne toujours quelques légères douleurs dans le genou. Un nouveau vésicatoire est appliqué à la partie interne de l'articulation.

Le 24, Letexier souffre moins en marchant. On fait sécher le vésicatoire, et l'on recommande le repos pendant quelques jours.

Le 2 janvier, le malade sort de l'hôpital tout à fait guéri de son arthrite. Le genou n'est plus tuméfié, et les mouvements s'exécutent avec facilité et sans douleur.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique des maladies des voies urinaires et de celles des organes de la génération chez l'homme et chez la femme ; exposé du traitement spécial qui convient à chacune de ces maladies d'après l'observation et l'expérimentation pratiques ; par M. Gœury-Duvivier. Un vol. in-8° avec planches. Paris, 1843, chez Garnot.

Nous aurions mauvaise grâce à examiner cet ouvrage avec toute la sévérité qu'exige une production médicale ; car dès sa première ligne l'auteur avoue modestement « qu'il n'a pas la prétention de faire une œuvre essentiellement scientifique. » Résumer les connaissances actuelles relatives aux maladies de l'appareil génito-urinaire, et composer un ouvrage qui puisse être compris par tous ceux qui ont reçu un certain degré d'instruction ; tel a été le but de M. Gœury-Duvivier.

Nous ne pouvons lui dissimuler que nous sommes à très juste raison fort peu partisans des livres de médecine populaire. Pour un bon livre de ce genre, combien d'ouvrages où la science et l'art, leur considération et leur dignité, sont ignominieusement outragés. Et puis, les gens du monde à qui de pareils livres s'adressent, peuvent-ils les comprendre, même en faisant descendre la science au plus infime niveau ? M. Gœury-Duvivier a prévu cette répugnance générale de tous les hommes sérieux pour de semblables productions ; aussi a-t-il essayé de lui opposer plusieurs raisons, à notre avis plus spécieuses que solides.

Quoi qu'il en soit, et nos réserves faites à cet endroit, l'essentiel était pour nous de rechercher si les préceptes, les conseils de l'auteur, adressés à des malades, pouvaient les mettre dans la bonne voie, les préserver des dangers d'un grossier et ignorant empyrisme, et leur donner surtout le désir d'avoir recours aux soins éclairés et bienfaisants de l'art. M. Gœury nous semble avoir atteint ce but difficile et louable. Ses descriptions des symptômes sont claires et aussi étendues que le comportait la nature de son livre ; ses conseils sont sages, frappés au coin de la prudence et d'une pratique judicieuse. Sans effrayer le malade, il le met en garde contre des phénomènes insidieux quoique légers en apparence, et il le prémunit contre les dangers d'une temporisation souvent funeste.

L'auteur a divisé son ouvrage en trois parties. Dans la première, il traite des maladies des voies urinaires chez les deux sexes ; dans la seconde, des maladies des organes de la génération chez l'homme et chez la femme.

L'exposition de ces maladies est précédée d'une description anatomique suffisamment étendue, tant de l'appareil urinaire que de l'appareil générateur. Il donne un résumé des connaissances actuelles sur les caractères physiques et chimiques de l'urine, tant dans l'état physiologique que dans l'état de maladie. Il expose ensuite les phénomènes de la sécrétion urinaire et de la génération chez les deux sexes.

La troisième partie est consacrée au compte-rendu des observations médicales recueillies dans la pratique de l'auteur ainsi qu'au dispensaire Saint-Côme, dont il est le fondateur.

Un mémorial thérapeutique et un formulaire magistral, consacrés exclusivement au traitement des maladies de l'appareil urinaire et générateur, terminent cet ouvrage.

Telle est, en résumé, la composition de ce volume de près de 600 pages, qui pourra bien obtenir un grand succès dans le monde pour qui il est fait, et à qui la critique n'a à reprocher que des fautes intentionnellement commises, c'est-à-dire une préoccupation trop grande du public auquel nous désirons qu'il rende tous les services que son auteur espère.

X...

Epicure opposé à Descartes, ou Examen critique du cartésianisme ; par M. Rochoux, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'infirmerie de Bicêtre, membre de l'Académie royale de médecine, etc. Un vol. in-8°. Paris, 1843.

Depuis l'époque où l'on a fait un mérite à Hippocrate d'avoir séparé la médecine de la philosophie, le nombre des partisans de cette prétendue amélioration semble avoir été chaque jour en augmentant. Rien d'étonnant donc, si dans une époque positive, comme la nôtre prétend l'être, les études philosophiques sont à peu près entièrement négligées. Cependant il s'est trouvé de tout temps des hommes intimement persuadés que la médecine comme faisant partie des connaissances naturelles dont les principes généraux sont ce qui, en réalité, constitue la philosophie, non-seulement se rattache à cette science, mais ne pourra devenir elle-même une science complète et méthodique, qu'à condition de s'encadrer dans la science générale par excellence. Tous les auteurs de l'antiquité à vue profondément étendue sont entrés si complétement dans cette manière de voir, que les systèmes qu'ils nous ont transmis ont toujours été subordonnés aux idées philosophiques dominant à l'époque qui les a vus naître. Exemples, les traités *De flatibus*, *De locis in homine*, *De humoribus*, et quelques autres du même genre. Le même esprit a dirigé beaucoup d'auteurs modernes : Paracelse, Fernel, Silvius de la Boë, Van Helmont, Boerhaave, etc. Pinel a voulu faire une nosographie *philosophique ;* et Gaubius, à qui la force et l'haleine manquèrent, avait cette pensée en vue en écrivant sa pathologie générale. Un homme d'une bien autre portée scientifique, Bacon, a traité avec assez d'étendue de la nécessité de rattacher la médecine à la philosophie. Cette idée sourit aussi à M. Bouillaud ; elle n'est donc pas étrangère à l'école actuelle de Paris. Nous espérons, à cause de cela, ne pas transporter nos lecteurs sur un terrain tout à fait étranger à leurs études, en leur faisant connaître, au moins succinctement, l'ouvrage que M. Rochoux a publié sous ce titre, *Epicure opposé à Descartes*.

L'Académie des sciences morales et politiques avait donné pour sujet du prix qu'elle devait distribuer en 1841 l'examen critique de la philosophie de Descartes. C'est à cette circonstance qu'est dû le mémoire de M. Rochoux. Mais l'Académie voulait sans doute un éloge, et notre confrère s'était proposé pour but de démontrer qu'il n'y a rien de vrai dans le cartésianisme ; aussi M. Rochoux n'a-t-il pas eu le prix.

Dès la première section, intitulée *Etat de la philosophie avant Descartes*, l'auteur, après un exposé succinct du point où en était arrivé la philosophie à l'époque où Descartes s'est mis à philosopher, commence par mettre en regard du cartésianisme la philosophie d'Epicure, qu'il réduit à ce seul principe, *l'activité de l'atome*. Il n'en faudrait pas davantage, en effet, si ce principe était bien établi, pour légitimer la constante et chaleureuse persévérance de M. Rochoux en faveur d'Epicure ; car sur ce principe, aujourd'hui même, roule l'explication de tous les phénomènes naturels qu'il nous est donné d'observer.

La seconde section a pour objet le *Cartésianisme considéré en lui-même*. Après avoir donné une idée complète et exacte de l'ensemble de ce système, il montre que, pour les détails, il doit être étudié dans les sept points suivants : 1° le doute ; 2° je pense, donc je suis ; 3° l'âme ; 4° l'automatisme ; 5° la clarté des conceptions ; 6° Dieu ; 7° matière et mouvement. De l'examen de ces divers sujets, l'auteur conclut — et il est bien entendu que nous lui laissons toute la responsabilité de sa conclusion — que rien de vrai n'appartient à Descartes, qui en revanche et presque pour tout, est tombé dans de graves erreurs.

Dans la troisième section, l'auteur combat l'opinion des éclectiques modernes, qui consiste à considérer la plupart des hommes qui depuis Descartes se sont distingués dans les sciences et dans la philosophie, comme se rattachant plus ou moins aux principes de ce philosophe. Tous les grands hommes dont on voudrait faire autant de cartésiens sont, au dire de M. Rochoux, des adversaires plus ou moins déclarés de la philosophie de Descartes. De ce nombre, dit-il, sont bien certainement Leibnitz, Spinoza, Bayle, Mallebranche lui-même, et surtout Newton.

La section quatrième est consacrée à l'examen des applications du cartésianisme. Cette analyse, consacrée surtout aux œuvres propres de Descartes, car à l'exception, dit-il, de quelques travaux insignifiants sur l'astronomie, toutes les applications du cartésianisme se trouvent dans les œuvres du maître ; cette analyse, disons-nous, conduit l'auteur à conclure que le cartésianisme, abandonné pour toujours, avec juste juste raison, ne contient pas une seule vérité à lui appartenant, pour compenser les erreurs dont il se compose.

M. Rochoux va bien plus loin ; il offre un prix de trois mille francs à quiconque trouvera dans cette philosophie la vérité que, pour son compte, il y a vainement cherchée. Nous n'oserions pas dire que l'auteur ne court pas grand risque de perdre son argent ; cependant, en lisant le jugement sur le cartésianisme porté par un des lauréats, M. Bouiller, nous serions un peu tenté de penser comme M. Rochoux. Cet écrivain dit, en effet, que le cartésianisme, considéré comme système de philosophie, est mort ; mais que ce système continue à régner par son esprit qui anime et vivifie tout le mouvement scientifique de notre époque. Ceci nous semble un peu parent de l'exclamation de Roland sur sa jument célèbre : Elle est morte, à la vérité, mais je ne lui connais pas d'autre défaut.

Tel est, en trop peu de mots pour le bien faire apprécier, ce nouvel ouvrage de M. Rochoux dont le monde médical connaît les travaux sérieux de pathologie. Ce mémoire met en relief toutes les qualités de son esprit ingénieux, toutes les richesses de son instruction solide et variée, et surtout la complète indépendance de ses convictions.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Janvier 1844.

Note sur le traitement du croup par les mercuriaux et le tartre stibié ; par M. Nonat.

Ce qui importe dans les recherches de ce genre, ce sont les faits, surtout quand ils sont publiés par des observateurs tels que M. Nonat ; aussi ne prendrons-nous de ce travail que les trois observations qui lui servent de base.

Première observation. — *Croup traité par les mercuriaux et le tartre stibié. Guérison.* — Une fille de quatre ans et demi, d'un tempérament lymphatique, sujette à s'enrhumer, fut prise au mois de décembre 1841 d'une affection catarrhale, à laquelle on donna d'abord peu d'attention. Au bout de quelques jours, douleur dans la gorge et difficulté de respirer assez grande ; en même temps altération marquée de la voix. Des sangsues furent appliquées au cou sans aucun soulagement. Les accidents s'étant aggravés, on alla chercher M. Nonat, qui la trouva dans l'état suivant : Fièvre intense, pouls fréquent à 130, peau chaude, respiration pénible, de temps en temps menacée de suffocation, voix éteinte, croupale ainsi que la toux. Inspiration très difficile, sifflante ; la poitrine rendait un son clair, bruit respiratoire obscurci par le bruit laryngien. Point de fausses membranes sur l'isthme du gosier. Amygdales légèrement tuméfiées, exemptes de taches blanches, couenneuses, teinte rouge de la membrane muqueuse qui les revêt. Organes digestifs sains, ainsi que l'appareil nerveux. Malgré l'absence de la fausse membrane, la manière dont les accidents avaient marché, les altérations de la voix et la toux caractéristique, la dyspnée, la respiration sifflante, firent penser à M. Nonat que c'était là un cas de croup. En conséquence, il prescrivit immédiatement 5 centigrammes de tartre stibié dans deux cuillerées à bouche d'eau.

Ce remède fut suivi de vomissements ; la respiration devint un peu moins pénible. Il prescrivit aussi les mercuriaux à haute dose, 5 centigrammes de calomélas toutes les heures et des frictions mercurielles. Au bout de quelques heures, légère amélioration, dyspnée moins grande, suffocation moins imminente. On continue la même médication ; ou insiste sur les mercuriaux et sur le vomitif. Dans l'espace de trois jours on donna 40 centigrammes de tartre stibié et 3 grammes 50 centigammes de calomélas. La malade rendit par le vomissement une fausse membrane ayant la forme de tuyaux bronchiques. L'amélioration fit des progrès lents mais certains. La voix resta éteinte pendant plusieurs semaines, la toux persista pendant trois mois. Depuis cette époque la malade s'est enrhumée facilement, mais elle a recouvré ses forces et son embonpoint.

Deuxième observation. — *Croup traité par les mercuriaux, le tartre stibié et la cautérisation. Guérison* — Un petit garçon de quatre ans, sanguin, lymphatique, assez sujet à s'enrhumer, ayant eu la coqueluche en 1840, s'enrhuma vers le mois de février de l'année suivante, et se plaignit d'un mal de gorge. La fièvre ne tarda pas à se manifester, et à cause du mal de gorge on appliqua des sangsues au cou. Dès le lendemain, et après une amélioration apparente, les symptômes s'aggravèrent, la respiration commença à devenir difficile. Le huitième jour dans la soirée, dyspnée très marquée et menaces de suffocation. M Nonat, appelé, le trouve dans un grand danger : respiration très difficile, accès fréquents de suffocation, voix et toux complètement éteintes avec le caractère du croup. Respiration s'accompagnant au niveau du larynx d'un bruit de sifflement très intense, qu'on rencontre aussi dans le croup. Sonoréité de la poitrine, murmure vésiculaire obscurci par les bruits du larynx. Toux sèche, pas de fausses membranes dans la gorge ; amygdales légèrement gonflées, rouges. Intelligence et sens conservés. Rien du côté des voies digestives ; fièvre intense. Immédiatement, 5 centigrammes de tartre stibié dans deux cuillerées d'eau. Au bout d'une demi-heure, l'émétique n'ayant rien produit, on administre de nouveau la même dose. Bientôt vomissements de matières muqueuses mêlées de bile, qui procurent un peu de soulagement, mais la voix et la toux conservaient leur caractère. Calomel, 5 centigrammes toutes les heures, frictions avec l'onguent mercuriel sur le cou et sous les aisselles (60 grammes par jour).

Le lendemain, amélioration dans les symptômes ; débris de fausses membranes dans les matières vomies. Cependant la gorge, examinée avec soin, n'en présentait pas de traces. Dans la journée, les accidents se montrant stationnaires, on porta sur la glotte une solution de nitrate d'argent à l'aide d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine. Cette opération, faite deux fois, provoqua l'expulsion de produits pseudo-membraneux. Le calomel fut continué pendant trois jours à la dose de 1 gramme par jour. 120 grammes d'onguent mercuriel furent consommés dans le même temps; en outre, le malade prit 30 centigram. d'émétique à la dose de 5 centigram. chaque fois. Vers la fin du troisième jour, les accès de suffocation avaient disparu, mais la voix était toujours éteinte, la toux aphone et humide. A dater de ce moment, le mieux continua. Quatre jours après la cessation des mercuriaux, éruption cutanée hydrargyrique qui cesse bientôt. Le malade a conservé de la toux pendant deux mois et demi ; la voix a repris peu à peu son timbre naturel. Depuis cette époque, il jouit d'une bonne santé.

Troisième observation. — *Croup traité par les mercuriaux et le tartre stibié. Guérison.* — Une petite fille âgée de cinq ans, lymphatique, appartenant à des parents pauvres, fut prise d'une angine qui, au bout de six jours, se propagea aux voies aériennes et revêtit les caractères propres au croup. Appelé à lui donner des soins le septième jour, M. Nonat mit en usage les moyens employés avec succès chez les deux précédents malades. Sous l'influence de ces moyens, la toux devint moins sèche, la respiration plus facile, et au bout de trois jours, les accidents propres au croup étaient conjurés. Dans ce cas, il survint du côté de la bouche des accidents qui ne s'étaient point développés dans les deux autres cas.

De l'orchite blennorrhagique, de sa nature et de son traitement; par M. Reynaud, chirurgien en chef de la marine, etc.

Pour l'auteur, l'orchite blennorrhagique n'est pas due constamment à l'affection des mêmes parties ; elle peut avoir son siége seulement dans l'épididyme et la tunique vaginale ; dans l'épididyme, le canal déférent, le testicule et la tunique vaginale ; elle peut occuper toutes des parties en même temps, ou quelques-unes d'elles seulement, l'épididyme pourtant, prenant toujours part à la maladie.

L'orchite n'est jamais, pour lui, un symptôme d'affection siphylitique ; elle n'est jamais une preuve de la virulence de l'urétrite qu'elle complique ; elle peut survenir dans les urétrites les plus bénignes et les plus étrangères à toute infection vénérienne ; elle se montre même plus souvent peut-être dans les irritations du canal dues à une cause extérieure, à une action mécanique, à la présence d'une sonde trop grosse, que dans les écoulements auxquels le coït donne naissance.

Sans vouloir nier absolument, et dans tous les cas, la nature métastatique de l'orchite, M. Reynaud a la conviction que la métastase n'est point la cause habituelle de l'engorgement du testicule. Que cela soit ou non, il est incontestable qu'elle exerce une influence sur l'écoulement blennorrhagique. Voici les résultats observés par M. Reynaud à cet égard : suppression entière de l'écoulement au moment de la manifestation de l'orchite, 22 fois sur 100; simple diminution, 42 fois sur 100 ; aucun soulagement sensible, 35 fois sur 100 ; non-réapparition de l'écoulement après sa cessation, 5 fois sur 100 ; cessation pendant la durée de l'orchite, 17 fois sur 100; 77 fois sur 100, l'écoulement existe encore à des degrés variables lors de la guérison de la maladie du testicule.

Voici comment M. Reynaud traite cet accident : Les sangsues lui paraissent préférables à la saignée générale. Il les applique, en nombre variable suivant l'intensité des symptômes, à la base du scrotum, sur le trajet du cordon testiculaire et vers l'anneau inguinal. Il revient une ou deux fois aux applications de sangsues lorsque les symptômes persistent et jusqu'à ce que l'inflammation ait pris une marche franchement rétrograde. Il aide ces émissions sanguines par des cataplasmes émollients, des compresses trempées dans la décoction de guimauve, de graines de lin, de têtes de pavots arrosées de laudanum. Diète ou de légers potages, boissons mucilagineuses, demi-lavements laxatifs ; des bains généraux tous les jours ; repos absolu.

Quand l'orchite est devenue stationnaire et indolente, M. Reynaud pratique des onctions locales avec la pommade d'hydriodate de potasse ou de proto iodure de mercure et avec l'onguent mercuriel double. De tous les résolutifs, ceux-là lui ont paru les plus efficaces et les plus rapides dans leur efficacité.

Quand il reste quelque engorgement dans l'épididyme, il prescrit comme fondant des pilules de proto-iodure de mercure, ou bien, avec plus d'avantage encore, des pilules avec parties égales de calomel et d'extrait de ciguë, ordinairement 5 centigrammes de chaque par pilule, qu'il porte à deux ou trois par jour.

M. Reynaud ne cherche jamais à ramener l'écoulement par des sondes ou par des irritants sur l'urètre. Il ne traite la blennorrhagie que lorsque l'orchite a disparu.

FAITS DIVERS.

Dans une notice de monseigneur Bataillon, évêque et vicaire apostolique de l'Océanie centrale, sur le groupe d'Ouvea (Iles Wallis), publiée par la *Revue orientale,* nous trouvons un passage intéressant sur les maladies qui atteignent les habitants de ces îles.

« Les Wallisiens ont aussi leur part des infirmités humaines. Tous les enfants, sans exception, sont atteints d'une maladie qu'ils appellent *tessa;* c'est la petite-vérole du pays. Les blancs même y sont sujets lorsqu'ils font dans l'île un assez long séjour. Tout le corps se couvre de gros boutons que souvent on ne peut faire passer qu'en les égratignant jusqu'au sang. Bien que cette indisposition dure six ou huit mois, elle n'est cependant pas mortelle...

» On contribuerait singulièrement au bien de la religion et au soulagement de l'humanité, si l'on pouvait se procurer quelques remèdes pour guérir ou prévenir les maladies qui affligent nos indigènes. La plus affreuse est une espèce de chancre qui se forme aux jambes, aux bras, et quelquefois au visage ; il produit de larges plaies qui se ferment et se rouvrent, changent de place, et s'étendent fréquemment sur presque tout le corps ; s'il se fixe dans une partie, il la défigure tellement qu'elle n'est plus reconnaissable. J'ai vu des personnes dont l'ulcère, après s'être formé à l'épaule, descendait jusqu'au bout des doigts, les rongeait peu à peu et ne laissait que la paume de la main. Il y a des enfants de douze à quinze ans dont le corps n'est qu'une plaie; on les sépare de la société pour le reste de leur vie. Il en est de même des malheureux qui sont atteints d'une affection nommée *kilia;* c'est un abcès qui se forme le plus souvent aux pieds ou aux mains ; il y a suppuration sur divers points ; les ouvertures ne sont pas larges, mais le mal agit sur le membre avec tant de violence qu'il le tord, le contracte, et finit par estropier. Une troisième maladie, que les Européens ont nommée les *bottes,* se fixe ordinairement aux jambes. On croirait voir, en effet, une large paire de bottes ; c'est moins une enflure qu'une sorte d'excroissance ; la peau n'est pas tendue ; la chair est molle et de couleur naturelle. Le même mal se place quelquefois aux bras ; on n'en est atteint, pour l'ordinaire, qu'à un âge mûr. Il ne produit pas d'excoriations, mais il est incurable. »

Comité secret de l'Académie de médecine. — On nous communique les renseignements suivants sur la séance de mardi :

Monsieur,

Votre franchise et votre indépendance bien connues m'engagent à vous faire part de ce qui s'est passé à l'Académie de médecine, dans son *comité* à peu près *secret*. La section de médecine à laquelle on a renvoyé le rapport fait par M. Guérin, a maintenu sa décision pour les présentations qu'elle avait faites, cela devait être; aussi l'Académie a-t-elle sanctionné cette décision ; mais voici l'incident le plus curieux de cette discussion. M. Orfila, qui pour cette fois a bien voulu assister à toute la séance, a demandé que, par une *révision du règlement*, l'Académie put choisir en dehors de la présentation faite par ses commissions, ce qui n'a jamais eu lieu depuis la fondation de cette Société. M. Dumas, qu'on ne voit jamais à l'Académie, s'est pourtant trouvé *tout à point* pour soutenir cette proposition, qui a encore été soutenue par M. Royer-Collard. Ainsi voilà trois professeurs qui demandent, quoi ? Que les sections formés en commissions ne soient plus souveraines dans la présentation des candidats. L'Académie ferait une faute énorme en tombant dans le *piége* qui lui est tendu ; et qu'on le croie bien, l'expression n'est pas trop forte. Il est évident que l'on veut par cette mesure faire nommer, malgré les commissions, les candidats les plus en faveur dans certaines coteries. Il y a long-temps que la Faculté veut dominer l'Académie de médecine, la traîner à sa remorque; c'est un plan conçu avec une certaine habileté, et dont on suit l'exécution avec beaucoup de persévérance. Les aveugles, les indifférents, ne s'aperçoivent pas du point où l'on veut qu'ils arrivent; il sera trop tard dans peu d'années. Puisse cet avertissement les éclairer et les mettre en garde. Qu'on se rappelle bien que toute société scientifique sans indépendance, a perdu par cela même tout principe de dignité, d'influence et d'autorité. Vous pouvez compter, M. le rédacteur, sur l'exactitude des renseignements que je vous donne.

Agréez, etc. X.

NOUVELLES.

A la suite d'un long et brillant concours, M. le docteur Estevenet, ancien interne des hôpitaux de Paris, et premier prix de l'Ecole pratique, a été nommé chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Cette place était disputée par MM. Lafforgue, Faurés et Faure. M. le président a donné des éloges à tous les concurrents et a témoigné particulièrement à M. Lafforgue la satisfaction de l'Administration et les regrets qu'elle éprouvait de ne pouvoir lui donner un emploi. Quant au candidat sorti victorieux de cette lutte, il avait montré dans toutes les épreuves une si incontestable supériorité, que sa nomination était généralement prévue avant la décision qui l'a confirmée.

Un fait grave et peut-être sans exemple dans les annales des concours, s'est passé dans celui-ci. Le jury a refusé, sans indiquer les motifs de son refus, d'admettre un candidat au concours. Ce candidat, M. Combat, a immédiatement assigné l'Administration des Hôpitaux de Toulouse devant les tribunaux en dommages et intérêts. Nous nous tiendrons au courant de ce procès singulier.

— Une pétition actuellement en cours de signatures auprès des principaux habitants des 2e, 3e, 4e, 5e, 6e et 7e arrondissements de Paris, va être incessamment adressée au ministre de l'intérieur, au conseil municipal et au conseil général des hôpitaux, afin d'activer l'exécution d'un projet d'hôpital à construire dans le clos Saint-Lazare, derrière la nouvelle église Saint-Vincent-de-Paule.

— Il est de nouveau question, au ministère de l'instruction publique, de la création de chaires de médecine légale dans les facultés de droit.

— Le conseil municipal de Paris a demandé une augmentation dans le personnel des médecins inspecteurs des décès.

— La loi sur l'enseignement a été portée aujourd'hui à la Chambre des pairs.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 15. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 5 FÉVRIER 1844.

LIBERTÉ DE DISCUSSION.

Procès de M. Guérin.

Nous apprenons que le procès perdu par M. Guérin en première instance, et dont il a fait appel, sera plaidé vendredi prochain, 9 du courant, devant la Cour royale, chambre des appels de police correctionnelle.

La position que nous avons prise dans ce débat en faveur de la liberté de discussion, nous dispense de revenir longuement sur la nature de ce procès, que nos précédents articles ont suffisamment fait connaître. Malgré les efforts inouïs de M. Guérin pour donner le change à l'opinion publique, elle est restée ce qu'elle était il y a trois mois, et il la trouvera devant la Cour royale ce qu'elle était devant les premiers juges, sévère, inexorable pour une action sans précédents dans l'histoire scientifique, et qui certainement n'aura jamais d'imitateurs.

En plein dix-neuvième siècle, un homme s'est rencontré qui a cru pouvoir détruire la liberté d'examen et la liberté de discussion en matières scientifiques, qui a semblé dire : la science c'est moi ; ce que je dis doit être cru, par cela seul que je le dis ; devant mes assertions, on doit se prosterner et faire abnégation de sa raison ; je suis l'alpha et l'oméga de la médecine ; silence donc, et foi complète, absolue, sans restriction.

Et comme un tel langage n'aurait excité que la pitié, ce médecin, s'armant d'une légalité sévère et souvent ambiguë, a mis en action ce qu'il n'aurait pas osé dire, a traduit devant les tribunaux ceux qui avaient élevé des doutes sur la parfaite exactitude de ses résultats, et ceux qui, armés de preuves, sont venus le convaincre d'erreurs matérielles.

La justice éclairée et impartiale mit au néant de telles prétentions. En infligeant une peine à la critique qu'elle avait trouvée trop vive, elle réserva complétement le droit d'examen et la liberté d'écrire, et rendit un jugement qui conservait toutes les garanties précieuses de la science.

De ce jugement M. Guérin a fait appel, après avoir cependant partout proclamé sa victoire, après avoir torturé, dénaturé le sens si clair, si net, si énergique de la décision des premiers juges, après avoir publié une logomachie métaphysique où la contradiction se heurte avec l'obscurité, et dont la seule chose qui en ressorte avec quelque apparence de lueur, c'est que les tribunaux sont insuffisants pour juger des procès de la nature de ceux qu'il intente.

Qu'espère-t-il, que veut-il en Cour royale ? En vérité, nul ne le sait. On se perd, on s'égare à suivre dans ses mystérieuses combinaisons une intelligence aussi peu saisissable. On le lui a dit vingt fois : en supposant qu'il arrachât à la sévérité impassible des juges un blâme, une condamnation même pour quelques expressions mal sonnantes aux oreilles de la justice, le fond de la question ne restera-t-il pas toujours discutable, toujours attaquable ! Un mot déclaré injurieux fera-t-il que la fameuse statistique soit parfaitement exacte ? prouvera-t-il la réalité de tous les résultats annoncés ? rendra-t-il possibles des guérisons miraculeuses ? Car tout est là pour nous et pour l'opinion publique. Ce n'était pas dans les oubliettes de la police correctionnelle qu'il fallait enterrer ses explications, mais en face du corps médical ému, inquiet, douloureusement surpris de tout ce scandale judiciaire qui laisse tout en question et en suspens.

M. Malgaigne, et nous l'en félicitons, a autrement compris les devoirs de sa position et les exigences du moment. Traduit devant les tribunaux, il s'y défend avec courage ; mais il s'est dit que là ne devait pas se borner sa défense. Derrière les juges imposés par M. Guérin, il a vu un autre tribunal plus redoutable encore, c'est celui de ses pairs, et c'est devant ses pairs qu'il cherche aujourd'hui à comparaître. Il est sur le point d'adresser une première communication à l'Académie des sciences, et depuis deux mois il attend son tour de lecture à l'Académie de médecine. Il veut communiquer à tous les convictions que lui avait données une enquête faite avec tout le soin, toute la précision possibles, enquête dont les résultats importent essentiellement au dogme et à la pratique chirurgicale, aux malades et aux chirurgiens. Déjà tous les faits sur lesquels il se fonde ont été vérifiés par une commission nommée à cet effet par la *Société de chirurgie de Paris*, et il veut y joindre le contrôle et le jugement de nos deux premières académies, afin de ne pas laisser au doute le moindre refuge.

Ainsi donc, ce grand procès, que l'on croyait étouffer dans les quatre murailles d'un tribunal, va prendre des proportions inouïes. Ainsi donc, et quoique fasse M. Guérin, ce n'est plus seulement devant quelques juges égarés dans ces discussions scientifiques que le débat va être porté, mais devant le public médical, seul juge compétent. Ce tribunal, il est vrai, n'inflige ni amendes, ni dommages et intérêts, mais il accorde son estime et son respect à ceux qui, courageusement et librement, l'éclairent. A ceux qui le trompent, l'histoire dit ce qu'il leur inflige.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Parallèle des lésions intestinales propres à l'entérite typhoïde et à la dysenterie, et de leur traitement respectif.

(Suite.)

Symptômes propres à l'entérite. — La douleur offre des différences notables entre les deux maladies dont il s'agit. Dans l'entérite typhoïde il y a une très légère douleur dans la partie du ventre correspondant à l'iléon, et qui se trouve placée au dessous de l'ombilic et plus en dedans du lieu où la plessimétrie fait reconnaître la présence du cœcum. Cette douleur est réveillée surtout par la pression. Il faut remarquer, toutefois, que cette douleur est quelquefois nulle, tandis qu'il peut arriver que l'abdomen soit sensible sur ce point, sans que pour cela l'intestin soit affecté d'une manière grave. Cette douleur, presque toujours obscure dans bien des cas, se dissipe bientôt complétement, quoique l'entérite poursuive sa marche ordinaire. Dès le début il y a souvent de l'inappétence, de la soif, quelquefois des nausées ; des vomissements bilieux ou muqueux ont fréquemment lieu dans ce cas ; mais ce sont surtout des selles molles ou liquides de matières muqueuses ou bilieuses, jaunes ou vertes, mélangées de fèces ordinairement très fétides qui, rendues dans des quantités variables, sont un des caractères les plus tranchés de la maladie dont il s'agit. Il arrive que dans les premiers temps elles sont peu abondantes et même qu'elles n'ont pas lieu du tout, mais le plus souvent il en arrive autrement ; et même dans les cas où la diarrhée était d'abord peu abondante ; elle le devient souvent extrêmement à une époque plus avancée du mal. On voit des malades avoir dans une journée de quinze à vingt selles, ceci a surtout lieu après une ou deux semaines de durée. Dans certains cas, et bien que le mal ait de la gravité, à peine existe-t-il quelques évacuations pendant toute sa durée, et ce n'est qu'aux approches d'une terminaison fatale que des selles aqueuses, muqueuses ou bilieuses, ont lieu en abondance. Dans la très grande majorité des cas, les évacuations alvines sont si abondantes, qu'elles font perdre au malade une énorme quantité de liquides. Aussi devient-il bientôt plus ou moins anémique ; le pouls faiblit, se déprime, s'accélère ; les veines se vident, les capillaires pâlissent, le cœur bat avec moins d'énergie ; la peau est sèche et souvent brûlante, la langue est fréquemment aride et couverte d'enduits grisâtres, noirâtres, et fétides. Une infinité d'autres états organo-pathologiques se dessinent dans une succession et dans des degrés très variables. Ce sont surtout des états morbides du côté du tube gastro-intestinal qui viennent s'unir aux précédents et donner lieu à des accidents particuliers ; ce sont des accumulations de matières fécales et des gaz ; ce sont des ramollissements de l'estomac ou de l'intestin, des perforations du péritoine, des ulcérations du colon, du rectum, des hémorrhagie

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La section de médecine à l'Institut passée à l'état de mythe. — Les largesses de la fondation Montyon. — Arriéré effrayant. — Les tumeurs des mamelles allument la discorde dans le sein de l'Académie. — Tempête chirurgicale. — Nouvelle élection. — Société des agrégés. — Les appointements rognés. — Nouvelle manière de compter ses recettes. — Procédé nouveau d'élimination. — Une opération phénoménale. — Réparation à Hippocrate.

Il y a, à l'Académie des sciences, une section de médecine et de chirurgie, tout le monde sait cela, quoiqu'on eût quelques raisons pour l'avoir oublié. S'il est vrai que la fille la plus sage est celle dont on parle le moins, à coup sûr la vertu de la section de médecine est irréprochable. Une fois par an, tout au plus, donne-t-elle signe d'existence, et cela pour la plus douce et la plus agréable des besognes, celle de distribuer les largesses de la fondation Montyon. Hors de là il n'en est plus question. Cependant les travailleurs de tous les coins du monde, en médecine, dirigent leurs travaux vers l'Institut ; cependant la correspondance médicale y est toujours abondante et nourrie ; cependant il ne se passe pas de séance où un médecin, au moins, ne vienne lire quelque mémoire ; sur tout cela, mémoires lus, mémoires envoyés, j'entends toujours le même refrain : renvoyé à l'examen de messieurs tel et tel ; mais de rapport, et voilà plusieurs années que je fréquente ces doctes séances, oncques n'en ai entendu. Ne m'en rapportant pas entièrement à mes souvenirs, j'ai voulu consulter les anciens de l'endroit. — Attendez, me dit l'un ; je crois me rappeler..... oui, c'était en 1806, M. Portal fit un rapport sur la vaccine. — Je crois bien, me dit un autre, que vers les premières années de la restauration, M. Pinel lut un rapport sur l'aliénation mentale. — Un troisième ne se souvenait, et pour cause, que du rapport célèbre de Percy sur la lithotritie. C'est le souvenir le plus récent que j'aie pu retrouver de la section de médecine à l'Institut. Si elle n'y prend garde, la section va passer à l'état de mythe ou de souvenir historique ; ce ne sera bientôt plus qu'une tradition s'affaiblissant de jour en jour et dont il devient déjà difficile de retrouver les traces. Cet état de choses me paraît peu digne des hommes éminents qui la composent. S'en reposer uniquement sur les récompenses matérielles et palpables pour stimuler le zèle des savants et encourager la science, est une idée malheureuse. Les ambitions désintéressées d'argent ne sont pas heureusement si rares parmi nous pour que la section médicale soit si avare de ces récompenses qui ne s'adressent qu'à de généreux mobiles, la gloire et la renommée. Tous les travailleurs n'aspirent pas au prix Montyon ; il en est dont un mot d'éloge, un conseil bienveillant, un encouragement moral satisferait l'ambition et récompenserait le zèle. L'Académie des sciences, et la section médicale plus que toutes les autres, devrait bien se garder de favoriser cette tendance vers le culte des intérêts matériels qui flétrit tout aujourd'hui, sentiments et idées, hommes et institutions. Assistez aux séances de l'Académie, vous y entendrez des géomètres, des chimistes, des géologues, des botanistes rapporter les travaux dont l'examen leur a été confié ; mais des médecins, jamais. Ils ouvrent le coffre-fort de l'Académie, et tout est dit. Un bon caissier suffirait à cette besogne. Mais est-elle la seule que les médecins, membres de l'Académie des sciences, dussent avoir en vue ? Qu'ils récompensent pécuniairement les travailleurs qui leur paraissent dignes de cette distinction, rien de mieux assurément ; je dirai même que si toujours les libéralités académiques avaient été distribuées avec la même justice et le même discernement qu'elles l'ont été cette année, des récriminations fort légitimes ne se seraient pas en temps et lieu produites. Mais je crois être très bien fondé à soutenir qu'à cette distribution de billets de banque ne doivent pas se borner les fonctions d'académiciens. Tous les travaux de médecine languissent à l'Académie des sciences. L'arriéré est effrayant. La section, eût-elle la force de cent chevaux fonctionnant nuit et jour, n'arriverait pas à se mettre au courant des rapports en retard. Les choses en sont venues au point, que ce n'est plus en vue de l'Académie et de ses rapports que les mémoires de médecine sont présentés à ce corps savant, mais seulement en vue du banc des journalistes, qui eux seuls, réalisant le problème du mouvement perpétuel, propagent les découvertes et popularisent les travailleurs. Je sais bien que les fonctions académiques sont fort difficiles à allier aux exigences de la clientèle, au service d'un hôpital, aux occupations du professeur, sans compter les devoirs du citoyen, du chef de famille et les convenances du monde. Mais nos éminents confrères auraient dû comprendre aussi que l'Académie des sciences n'est pas un lieu de repos, que les devoirs d'académicien sont aussi impérieux que tous les autres, et que l'honneur du titre vaut bien aussi quelques sacrifices.

A l'Académie de médecine les séances sont fort animées depuis quelque temps. M. Cruveilhier, l'homme le plus inoffensif, le plus pacifique de la confrérie, dont la bouche ne distille que le lait et le miel, a cependant soulevé contre lui une tempête formidable, dont il aura bien de la peine à se sauver. Notez que c'est une tempête chirurgicale, c'est-à-dire, tout ce qu'il y a de plus dangereux. Les batailles médicales sont plus bruyantes peut-être, mais beaucoup moins graves. On s'y bat avec des centigrammes d'opium ou de sulfate de quinine ; l'arme la plus meurtrière est la lancette. Mais en chirurgie, c'est autre chose ; les combattants y sont ferrés de pied en cap, et c'est armés du bistouri, du couteau, du fer rouge ou de la scie, qu'ils se présentent sur le champ de bataille. Or, à l'heure qu'il est, M. Cruveilhier est de toutes parts cerné par ces armes piquantes, cautérisantes et contondantes ; position fort désobligeante pour un médecin aussi ennemi de la guerre. Vous savez pourquoi ; l'honorable professeur a voulu soutenir que toutes les tumeurs des mamelles n'étaient point cancéreuses, et qu'on en enlevait un grand nombre avec lesquelles les pauvres femmes pouvaient vivre sans accidents. Aussitôt un hourra général s'est élevé parmi les chirurgiens de l'Académie M. Blandin commença d'abord par se révolter, et de proche en proche l'insurrection est devenue générale. M. Gerdy, M. Velpeau, M. Roux, ont déjà dégaîné leur arsenal ; mardi prochain M. A. Bérard doit continuer le feu, et la grosse artillerie, sous les traits de M. Lisfranc, doit achever de démanteler la place ; et, si cela ne suffit pas, M. Breschet a promis de l'écraser sous un obus de sa façon. M. Cruveilhier voit bien le péril ; comme le personnage de la comédie, il se dit à lui même : Je voudrais bien m'en aller. Mais l'honneur lui commande de rester ; et aussi fait-il peine à voir à la tribune, véritable banc de douleur, déchiré d'un côté, mitraillé de l'autre, et prévoyant sur le tout l'énorme bouche à feu de M. Breschet.

C'est qu'aussi M. Cruveilhier a été un peu téméraire, il faut le dire, et les chirurgiens ont un peu raison de le lui faire sentir. Tout est vague, indécis, non arrêté dans le mémoire de M. Cruveilhier. Force assertions, peu de preuves. Qui ne sait, qui n'a dit, qui n'a imprimé que toutes les tumeurs du sein ne sont pas cancéreuses ? Mais qui ne sait aussi que le diagnostic différentiel entre ces tumeurs bénignes, et les tumeurs de mauvaise nature, est souvent fort difficile ? Or, M. Cruveilhier a-t-il apporté quelque élément nouveau, quelque signe irréfragable pour que cette distinction soit dans le plus grand nombre de cas, possible ? Voilà ce qu'avec acharnement on lui conteste, et ce qui détruit de fond en comble la principale proposition de son travail, savoir qu'il ne faut pas opérer. Un des meilleurs arguments qui aient été produits jusqu'ici dans cette discussion, l'a été par M. Roux. On accuse généralement les chirurgiens, a-t-il dit, d'opérer des cancers sans succès, parce qu'ils récidivent presque toujours. M. Cruveilhier leur fait le même reproche mais en se fondant sur ce qu'ils font des opérations inutiles, parce que la plupart des tumeurs du sein ne dégénèrent pas. Or, si la première accusation est fondée, l'autre ne peut l'être. Cela est parfaitement juste, et est pris dans les entrailles mêmes du sujet. Je ne sais trop comment M. Cruveilhier se tirera du mauvais pas où il s'est engagé. Pour l'humanité, je désire bien sincèrement qu'il ait raison, la distinction de son esprit et sa science profonde lui suggéreront certainement des ressources qu'on ne prévoit pas ; mais toujours est-il que jusqu'ici la discussion ne tourne pas à son profit, et qu'il n'a trouvé encore, si ce n'est une courte allocution de M. Mo-

intestinales, etc. Ce sont pour la rate une hypertrophie ou une hyperbémie considérables; du côté du poumon, des congestions et des phlegmasies, l'accumulation de mucosités et d'écume dans les bronches; enfin du côté du cerveau, des encépbalites et des ramollissements du cerveau; du côté de la peau, des inflammations septicémiques, des eschares. La colorectite dysentérique diffère de l'iléite typboïde, 1° par les douleurs intenses ayant leur siége dans le trajet du colon et du rectum; 2° par le très grand nombre de selles qui ont lieu dans un temps donné; 3° par les évacuations de matières d'abord muqueuses, puis sanguinolentes, puis en partie puriformes ou purulentes, ou bien encore sanieuses et fétides; 4° par la petite quantité de ces matières rendue à chaque fois, et les vives souffrances auxquelle leur passage donne lieu; 5° par la fréquence moins grande des symptômes encépbaliques et des accidents du côté de la poitrine, tandis que d'un autre côté elle se complique assez fréquemment d'affection du foie.

La marche et la durée de l'entérite typhoïde et de la colorectite n'ont rien de constant, et cela se conçoit aisément. Les états organo-pathologiques, en effet, n'existent point isolément; ils sont au moins constitués par deux choses: l'altération de l'intestin, et l'état général du sang. Ces deux altérations organiques varient Infiniment, et sous le rapport de leur étendue, de leur intensité et de leur proportion respectives. Enfin à ces deux affections viennent se joindre dans des proportions de complication très variées, un grand nombre d'autres états organo-pathologiques. La marche de ces deux maladies étant généralement aiguë, les accidents qui tiennent à la pblegmasie, aux ulcérations, sont en général terminés dans une période de dix ou de trente jours. Seulement il reste souvent consécutivement à l'affection divers désordres non inflammatoires de l'intestin, soit d'autres altérations organiques du tube digestif, soit des lésions variées des ganglions mésentériques. Plus souvent, lorsque la maladie locale de l'intestin est terminée, et que les ulcérations se cicatrisent ou qu'elles sont mêmes cicatrisées, la persistance des états pathologiques concomitants amène un état chronique grave ou même une terminaison fatale. Ce sont, soit une anémie, soit une pneumonie, une gangrène de la région sacrée, etc. Dans les doctrines généralement reçues on considère ces accidents comme la maladie elle-même qui poursuit sa marche, et le traitement est poursuivi en conséquence de cette manière de voir, tandis que dans notre manière de considérer les faits, ce sont des états organo-pathologiques qui se succèdent et qui se combinent dans des proportions et à des degrés respectifs variés, exigent chacun des moyens thérapeutiques spéciaux et différents, dont l'ensemble constitue, non pas le traitement d'une affection unique, mais celui d'un ensemble de phénomènes susceptibles des plus grandes variations.

Le *pronostic* de ces deux maladies repose sur plusieurs catégories de faits:

1° Sur l'intensité de l'infection générale;

2° Sur l'étendue, la gravité de l'état du tube digestif;

3° Sur le nombre, la variété et le degré des états organo-pathologiques coïncidents; ou, en d'autres termes, il ne peut être fondé que sur la réunion des pronostics qui sont particuliers à chacun des éléments généraux du mal. Aussi serait-il superflu d'y insister plus long-temps, car il ressort de tout ce qui a été dit sur chacun de ces différents ordres de faits en particulier.

Pathogénie. — Un mot avant d'aborder la question du traitement sur l'étiologie et la pathogénie des deux états pathologiques dont nous nous occupons.

En géuéral, la cause principale de l'entérite et de la colorectite dont nous traitons est l'infection du sang par une cause septique, ou la septicémie. Par conséquent, l'étiologie de l'une serait, à vrai dire, l'étiologie de l'autre. Toutefois, il arrive fréquemment que d'autres circonstances venant à agir sur le tube digestif, provoquent du côté de cet appareil des symptômes plus graves. C'est ce que m'ont prouvé un grand nombre d'observations, et ce qui a porté à penser que la phlogose du tube digestif était le point de départ unique des maladies considérées comme unités: fièvre typhoïde, dysenterie. Dans cette dernière affection, il arrive souvent, il est vrai, que ce n'est pas seulement la septicémie et ses causes qui décident le développement de la colo-rectite; mais à côté d'elle se trouvent d'autres circonstances qui lui donnent naissance; telle est la chaleur atmosphérique jointe à l'usage des fruits aqueux et acides pris en abondance, et surtout de ceux dont la maturité n'est pas encore parfaite. Remarquons encore un fait important dont il est indispensable de tenir compte, c'est que l'état septicémique, qui, comme on l'a vu, est si souvent la cause des accidents entériques peut aussi, dans quelques circonstances, en être le résultat. C'est ainsi, par exemple, que lorsque des ulcérations gangréneuses viennent à se développer sur la muqueuse intestinale consécutivement à l'entérite, la résorption des produits liquides et putrides qui s'échappent de ces ulcérations détermine un nouvel état septique plus grave souvent que le premier. On en peut dire autant de la résorption des substances putrides fournies par les eschares gangréneuses de la région sacrée et trochantérienne. C'est précisément la coexistence de ces divers états organo-pathologiques provenant de diverses sources et de causes variées qui a si souvent obscurci la question, et qui a donné lieu aux opinions divergentes qui divisent les médecins; les unes qui veulent qu'on ne voie dans l'état septicémique que la conséquence de l'entérite folliculeuse; les autres, et ce sont celles que je professe, qui consistent à dire que les symptômes généraux des premiers temps de la maladie sont l'expression phénoménale de l'altération du sang, soit par les miasmes qui résultent de l'encombrement, soit par l'action d'une cause septique contagieuse.

Traitement. — Quelles que soient les opinions que l'on se forme sur la nature de l'affection dite fièvre typhoïde, quel que soit le scepticisme que l'on professe, quels que soient les résultats de la statistique, on ne peut nier que chaque état organo-pathologique dont l'ensemble constitue cette maladie, se prête évidemment à une indication spéciale. Ainsi, l'hypertrophie de la rate, qu'on y retrouve si souvent, diminue sous l'influence du sulfate de quinine; l'accumulation de matières dans les intestins exige des purgatifs; la présence de gaz abondants dans le tube digestif impose la nécessité de les évacuer; l'anémie portée à un certain degré conduit à donner des aliments. L'inflammation et l'ulcération des plaques agminées de Peyer, celles du colon et du rectum, sont dans les collections symptomatiques dites fièvre typboïde et dysenterie des éléments particuliers fort graves, et dont il importe de diriger convenablement le traitement. Ces inflammations, ces ulcérations n'exigent point, en définitive, d'autres caractères que s'il s'agissait de phlegmasies simples. Porter sur les surfaces malades des substances aqueuses mucilagineuses, et cela suivant les cas, par la bouche, par le rectum, ou par l'un et l'autre à la fois; dans les cas très aigus, et lorsque les quantités de sang en circulation permettent de le faire, avoir recours à des évacuations sanguines modérées, soit générales, soit locales, c'est-à-dire à la région hypogastrique dans l'iléite typhoïde, ou à l'anus dans la dysenterie; insister sur ces moyens tant que le sujet n'est point trop affaibli, et tant que les symptômes locaux l'indiquent; telles sont d'abord les indications qui se présentent à l'esprit et celles que la pratique consacre.

La première règle pratique est, dans l'entérite typhoïde, non pas comme on le disait du temps de Broussais, d'empêcher l'intestin de fonctionner, mais bien d'éviter le contact des parties malades avec les substances qui peuvent les blesser ou les irriter. Trois ordres de substances peuvent, à la rigueur, produire de fâcheux effets; ce sont les liquides que contient l'intestin, les aliments et les médicamente que l'on administre aux malades. Entrons dans quelques détails pratiques sur ce sujet.

Les substances que le tube digestif contient et qui, lorsque la membrane gastro-intestinale est intacte, ne la blessent point, ces substances sont très susceptibles d'irriter la surface muqueuse enflammée et ulcérée. Cela est vrai surtout de la bile, des liquides acides que l'estomac contient et des résidus de digestions qui, devenus plus ou moins putrides, ont séjourné dans les intestins. De la même façon que la bile pénétrant dans le péritoïne, que les fèces s'échappant dans le tissu cellulaire situé alentour du rectum, y causent des phlegmasies intenses ou de vastes eschares; ainsi, le séjour de ces substances sur des surfaces ulcérées des intestins qui ont en définitive une surface cellulaire, peut occasionner un surcroît de phlegmasie sur ces parties, ou y décider la formation d'eschares gangréneuses. Nous avons même vu déjà que l'absorption de ces mêmes liquides par ces parties dénudées d'épitbélium, peut avoir pour résultat des altérations spéciales du sang et une affection typhoïde secondaire. Aussi voit-on que ce sont surtout les parties des intestins où stagnent principalement les substances dont nous parlons, qui sont en général le siége des lésions les plus graves. De là l'indication urgente, absolue d'évacuer par des injections, des pressions, des frictions abdominales, ou par des purgatifs, les liquides que le tube digestif peut contenir. Les purgatifs doivent toujours être choisis parmi ceux qui sont le moins irritants, tels que les sulfates de soude, de magnésie, l'huile de ricin, etc. La réitération de l'emploi des purgatifs est subordonnée, d'une part, au degré d'amélioration dont leur emploi est suivi, et à la constatation que l'on fait de la présence nouvelle de matières dans l'intestin.

Peut on donner des aliments pendant les quinze premiers jours de l'entérite typhoïde? Si l'on parcourt un grand nombre d'observations recueillies dans divers services des hôpitaux, on voit que très rarement on permet autre chose dans les premiers temps de la fièvre typhoïde que des décoctions mucilagineuses, de l'eau de veau, de poulet, des décoctions d'orge, de riz, des fécules, etc.; on n'accorde, en général, une nourriture plus substantielle, telle que des bouillons, des crèmes de riz, des potages, qu'à une période avancée de la convalescence. A plus forte raison n'eût-on point permis des jus de viande, du poulet, du poisson, des viandes grillées, et l'usage du vin que l'on redoute encore plus. Cette manière de diriger le régime me parait être un reste de l'influence qu'ont eue, il y a peu d'années encore, les opinions et les écrits de Broussais sur la médecine en général. Il semble, en vérité, que l'on ait considéré les aliments comme des poisons, et que l'on ait pensé que la phlegmasie de l'intestin allait être de beaucoup augmentée par le contact de crèmes, de gélatines, de fécules dont on se serait servi avec succès, comme de cataplasmes sur des ulcérations placées à la surface du corps. Il est prouvé pour nous, maintenant, par une multitude de faits, que l'on a considérablement exagéré les dangers de l'alimentation dans l'entérite typhoïde. Le contact de la bile pure, des acidités gastriques est bien autrement dangereux et irritant, que celui des aliments légers que l'on peut donner aux malades. L'abstinence continuée a ici, comme ailleurs, l'extrême inconvénient d'altérer la constitution, de plonger dans une anémie extrême des malades déjà épuisés par des pertes abondantes de liquides. Contrairement à la méthode d'exténuation la plus généralement usitée, nous avons pour habitude de donner des aliments dès le moment où les malades manifestent le désir d'en prendre, et cela dès les premiers temps, comme plus tard, qu'il y ait ou non des selles abondantes. Nous avons pu nous convaincre depuis long-temps qu'avec cette manière d'agir les convalescences sont infiniment moins longues, que l'état de santé succède très promptement à la cessation des phénomènes de l'entérite, et qu'enfin la mortalité parmi les malades atteints de fièvre typhoïde, traités de la sorte, est très faible. La règle pratique est, pour nous, relativement à l'alimentation, dans l'entérite typhoïde, d'accorder, en général, de la nourriture quand les malades en témoignent le désir et le besoin, de choisir celle que l'observation du malade lui a appris être la plus convenable à sa constitution et la plus facile à digérer, de commencer par des doses faibles, d'observer leurs effets, et de les augmenter très promptement si l'expérimentation journalière des effets produits permet de le faire.

L'ingestion de médicaments dans les voies digestives pendant le cours de l'entérite typhoïde, a été considérée comme très dangereuse par les uns, comme très utile par les autres, ou suivant d'autres encore comme tout à fait indifférente. Il y a peut-être du vrai dans chacune de ces manières de voir. Il est bon de rappeler d'abord que bien souvent les médicaments donnés en boisson, de même que ceux qui sont très solubles, sont absorbés avant que d'arriver au jéjunum, à plus forte raison ne parviennent-t il pas jusqu'à l'ileum ou au rectum. Or, il est évident que ces substances n'arrivant pas aux parties maladies ne peuvent guère produire de l'irritation dans ces parties ou aggraver leur état. Aussi par la même raison est-il difficile de croire qu'elles puissent avoir quelque utilité au moins d'une manière directe en ce qui concerne les lésions de l'intestin. Ces considérations sont applicables à tous les médicaments dont l'action n'est pas assez efficacement stimulante pour réveiller la contraction des intestins et pour être ainsi ressentie par la partie affectée. Le sulfate de quinine lui-même, alors qu'il est rendu soluble par un excès d'acide, est à coup sûr absorbé en grande proportion dans l'estomac

---

reau, aucun appui dans l'Académie.

Du reste, c'est demain mardi que l'Académie doit nommer le nouveau membre dont l'élection est en suspens depuis bientôt huit mois. Nous connaissons tous d'avance le dénouement de petit drame académique; tous nous attendons la nomination de M. Prus, et tous nous y applaudirons. Praticien aussi sage qu'instruit, écrivain distingué, confrère bienveillant et modeste, homme d'un commerce sûr et d'excellent conseil, toutes les opinions ne peuvent que se féliciter de s'adjoindre un tel collègue, aussi puis-je annoncer d'avance que jamais nomination académique n'aura soulevé moins de difficultés. Pour le scrutin, s'entend; car vous vous rappelez que les préliminaires ont été traversés d'obstacles de toute nature. L'exclusion aussi illégitime qu'inattendue de M. C. Broussais de la liste de présentation a été l'incident le plus sérieux de ces préliminaires. Une forte et honorable partie de l'Académie a protesté, autant qu'il était en elle, contre cette décision. Enchaînée par la lettre du réglement, l'Académie a dû se soumettre aux arrêts de la commission, réservant pour la prochaine vacance une éclatante réparation à M. C. Broussais, dont les titres académiques, en effet, valent mieux qu'une simple présentation.

— La Faculté a eu ces jours-ci une légère émotion. C'est à l'occasion de messieurs les agrégés en exercice qui se sont constitués en société. C'est fort bien, réunissez-vous, assemblez-vous, mettez en commun vos doléances et vos griefs, et vos plaintes communes s'entendront de plus loin que votre voix isolée; voilà ce que j'ai dit souvent, et ce que je répéterai sans cesse. Or, les agrégés ont pratiqué ce précepte. Ils avaient d'excellentes raisons pour cela. D'abord leurs appointements sont ridicules. Le plus mince employé de la plus chétive administration est mieux rétribué qu'un agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Il arrive encore que par des circonstances qu'il m'est fort difficile d'expliquer, ils ne reçoivent pas tout ce que les réglements leur accordent. D'après eux, en effet, ils auraient droit à une indemnité annuelle de 1,300 fr., et ils n'en reçoivent pas 1,000. Les agrégés ont demandé des explications à cet égard, et d'après ce que j'ai pu recueillir, les explications données seraient fort singulières. J'attends des renseignements plus précis et plus positifs sur cette affaire, qui pourrait bien être grosse de quelque incident inattendu. Les agrégés demandent, en outre, l'exécution du réglement en ce qui touche leurs honoraires, en cas de remplacement d'un professeur titulaire. Le réglement est formel; il alloue aux agrégés moitié, par mois, du traitement *éventuel* accordé aux professeurs. Or, ce traitement éventuel est de six mille francs.

Messieurs les professeurs qui se font remplacer ont trouvé plus commode de ne donner que moitié de leur traitement *fixe*, qui est de trois mille francs. C'est-à-dire qu'au lieu de 250 fr. par mois que devrait toucher l'agrégé suppléant, il ne reçoit que 125 francs pour faire le cours du professeur. Messieurs les agrégés ont donc réclamé à ce sujet; on a écouté leurs doléances, on a semblé y prendre intérêt, on a répondu enfin par la phrase obligée: il y a quelque chose à faire, et puis la chose en restera là, à moins que les agrégés ne suivent avec persistance et opiniâtreté leurs idées de réforme.

En ville, rien de nouveau que je sache. La grippe, qui nous était revenue et qui avait donné un petit surcroît de besogne, a diminué sensiblement et s'en va tous les jours. Un médecin très positif, qui a l'habitude de compter ses recettes par les maladies et non par les malades, soutenait que la grippe était d'un excellent prodoit. Ce confrère écrit de la manière suivante le résultat de sa pratique annuelle:

Pneumonies........ tant....... ont rapporté........ tant.

Ainsi de suite pour les catarrhes, les dysenteries, etc. Il voit ainsi d'un coup-d'œil quelles sont les *bonnes* et les mauvaises maladies. Il professe une grande estime pour la pneumonie, qui exige, dit-il, deux et trois visites par jour. C'est l'article le plus chargé de son registre.

Le procès que M. Combes (et non M. Combat, comme on l'a imprimé par erreur) a intenté à l'Administration des hôpitaux de Toulouse est, en effet, très singulier. Un concours est annoncé pour une place de chirurgien à l'Hôtel-Dieu. M. Combes s'y présente, remplit toutes les conditions exigées, et le jour indiqué pour l'ouverture du concours ce confrère apprend que l'Administration ne veut pas qu'il concoure. Voilà une façon d'élimination originale et neuve à laquelle n'ont pas songé les promoteurs des épreuves éliminatoires. Mais M. Combes a protesté par huissier contre cette façon tant soit peu brutale de se défaire d'un candidat, et les tribunaux de Toulouse sont saisis de sa plainte. Il sera curieux de connaître la décision de la justice dans une affaire sans antécédents et qui ne peut avoir par conséquent aucune jurisprudence établie.

— Un de mes lecteurs des départements m'écrit qu'un confrère de sa localité s'est vanté devant les notables de l'endroit d'avoir pratiqué une opération phénoménale. Il aorait très délicatement enlevé la glande pinéale à un malade et fait cesser ainsi les accidents graves qu'il présentait. En lisant ce fait, j'ai regardé le timbre de la lettre, et plus n'ai été surpris quand j'ai vu que l'anecdote me venait du pays de M. de Crac.

Jean Raimond.

P. S. La transposition d'une ligne a rendu incompréhensible une partie de mon dernier article. Ce n'est pas pour moi que j'en fais la remarque. Mais cette transposition a tellement brouillé les choses, qu'on a fait tenir au divin Hippocrate un langage qu'il n'a jamais tenu et qui ne se trouvait que snus ma plume infime. Pour l'honneur de Cos, je devais réclamer contre cette erreur de mise en page.

et le duodénum, ainsi que le prouve la rapide diminution de la rate à la suite de son emploi ; ce qui explique comment il se fait que dans bien des cas on l'administre avec avantage relativement aux états pathologiques de la rate coexistants avec l'entérite typhoïde, sans aggraver le moins du monde l'état malade des plaques agminées de Peyer. La même considération peut être appliquée à quelques autres substances toniques, fait qui explique de reste l'innocuité de beaucoup de substances employées par certains praticiens et que d'autres médecins considéraient comme étant très irritantes et tout à fait pernicieuses. Ces purgatifs, cependant, même à l'état liquide, peuvent à coup sûr être portés jusque sur les parties malades, et cela parce qu'ils provoquent des contractions promptes et énergiques de l'intestin. Irritent-ils les surfaces enflammées ou ulcérées? Tout porte à croire qu'il en est ainsi, puisque ces mêmes substances portées dans la bouche, lorsqu'il y existe des ulcérations, y occasionnent de la douleur. Mais est-ce là une raison suffisante pour en proscrire l'emploi? Je ne le crois en aucune façon. Leur action n'est que momentanée, puisqu'ils sont bientôt portés sur une autre partie du tube ; ce serait seulement dans le cas où leur contact persisterait, ainsi que cela aurait lieu s'il n'y avait pas d'évacuations, que leur présence dans le tube alimentaire malade pourrait avoir de l'inconvénient. D'un autre côté il est à coup sûr préférable de produire ainsi une irritation momentanée des parties malades que de laisser celles-ci constamment en contact avec les matières fécales, avec la bile, avec les autres sucs, enfin, que l'on trouve dans l'intestin.

Les médicaments plus solides ont beaucoup moins d'action, et n'agissent guère que sur les substances solubles qu'ils contiennent. Ce qui reste n'agit plus qu'à la façon d'un corps inerte et étranger ; or, les sucs qui se trouvent dans l'estomac et le duodénum doivent s'emparer des substances solubles et il ne doit alors parvenir dans l'iléon qu'un résidu sans action sur les parties malades.

On a proposé divers médicaments dans l'intention de changer le mode d'irritation de l'intestin malade. Il est évident que les mêmes réflexions trouvent ici leur application ; et s'il est vrai que certains médicaments aient ce mode d'action, ce ne serait toutefois que par une autre voie que la bouche qu'on pourrait espérer de les employer avec succès.

Il résulte de tout ceci : que l'action des médicaments variés qui sont donnés par la bouche dans l'intention de modifier directement l'état des glandes de Peyer, n'est rien moins que démontré ; que la plupart des substances que l'on emploie à cet effet sont sans efficacité réelle, soit en mal, soit en bien ; que plusieurs d'entre elles peuvent cependant agir indirectement après avoir été absorbées et introduites dans la circulation, mais alors ce n'est plus l'entérite elle-même qu'elles modifient, mais bien l'état général, soit l'état septique qui en est le principe, soit l'avenir qui en est le résultat, etc. ; que l'usage des purgatifs doux et peu irritants que nous avons déjà vu être utiles comme évacuants n'a presque aucun inconvénient.

Par contre ces médicaments peuvent êtres portés avec avantage, d'une manière indirecte, sur la portion inférieure du tube digestif à l'aide d'injections dans le rectum. Lorsqu'il s'agit de l'iléite typhoïde, ce n'est que comme évacuants ou sous le point de vue de leur action indirecte, par voie d'absorption que de tels moyens peuvent être utilement prescrits. Mais dans la colo-rectite dysentérique on peut espérer modifier directement et avec avantage la membrane muqueuse enflammée, en portant au-dessus de l'anus diverses substances médicamenteuses. C'est ainsi qu'on a recours dans cette circonstance, et cela souvent avec utilité, tantôt à une médication topique émolliente, dans l'état aigu ; tantôt aux narcotiques, lorsque les douleurs sont très vives ; tantôt aux toniques ou aux moyens perturbateurs, à une époque plus avancée de la maladie ; enfin à de légers caustiques, légères solutions de nitrate d'argent, lorsque l'état phlegmasique est entièrement tombé et qu'on veut modifier fortement les tissus malades.

Dans le traitement de l'entérite et de la colo-rectite septicémiques, c'est-à-dire dépendant d'une injection générale du sang, il faut sutout avoir égard aux symptômes consécutifs qui peuvent avoir pour résultats d'autres états organo-pathologiques susceptibles de déterminer les accidents les plus graves et même la mort des malades. De ce nombre sont les diarrhées abondantes, la distension extrême des intestins par des gaz ou des matières putrides, les flux séreux surtout qui par leur abondance et leur répétition ont pour résultat de jeter les malades dens une profonde anémie. Aussi ne saurions-nous trop recommander de remédier autant que possible à ces flux consécutifs à l'état phlegmasique. Quant aux autres détails relatifs au traitement soit de l'iléite typhoïde, soit de la colo-rectite, ils ne diffèrent pas de ceux qui sont applicables généralement aux phlegmasies du tube gastro-intestinal. Répétons toutefois encore, avant de terminer, cette grande vérité : que jamais il ne faut, dans le traitement des entérites dont nous parlons, avoir en vue une maladie unitaire et simple constituée par l'état phlegmasique du tube alimentaire, mais qu'il faut donner une attention extrême et soutenue aux autres états organo-pathologiques coïncidents et les traiter avec la même importance et le même soin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Amputation d'un sein pesant 4 kilogrammes (8 *livres*). — *Guérison.*

Au n° 8 de la salle Saint-Augustin, est couchée la femme Delaforge, âgée de soixante-douze ans. Cette malade, d'une assez forte constitution, quoique maigre, et chez laquelle toutes les fonctions s'exécutent d'une manière normale, porte un sein d'un volume énorme, dur, inégal, bosselé, parcouru par de grosses veines variqueuses, et présentant de la fluctuation dans quelques-unes des bosselures qui le surmontent. Ce sein, bien mobile, bien détaché des parois thoraciques, présente une espèce de pédicule constitué par les téguments, le tissu cellulaire et quelques brides fibreuses. La peau qui le recouvre est saine et sans adhérence, la tumeur est parfois traversée par des douleurs aiguës et lancinantes.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionaire dans l'aisselle correspondant au sein malade.

L'affection dont ce sein est le siége aurait commencé il y a environ quatre ans ; c'était alors une tumeur dure, indolente, petite, du volume d'une noix ordinaire, et sans changement de couleur à la peau. Ses progrès, d'abord insensibles, auraient été, dans les derniers temps, tellement rapides, qu'elle aurait acquis, pour ainsi dire, en quatre mois tout le développement qu'elle présente maintenant.

Deux incisions semi-lunaires de 30 centimètres (10 pouces) de longueur sont successivement pratiquées sur la tumeur. On fit d'abord l'inférieure ; on disséqua la moitié de la peau qu'on voulait conserver ; l'on arrêta le sang avec beaucoup de soin, et l'on passa ensuite à la seconde incision pour terminer l'opération.

A mesure que les incisions étaient faites, un aide portait les mains sur les grosses veines qui rampaient sous les téguments.

On lia, on tordit les artères à mesure qu'elles étaient divisées, avant de passer à la seconde incision, pour opérer de la même manière.

La malade ne perdit qu'une petite quantité de sang. Une fois la dissection de la peau terminée, l'écoulement de sang arrêté, l'énucléation de la tumeur devint facile ; elle fut pratiquée dans une grande étendue et exécutée avec la plus grande promptitude ; alors l'opération fut rapidement terminée : elle dura quatre minutes.

On conserva aux deux lambeaux une plus grande étendue de peau que dans les cas ordinaires, et nous en dirons le motif dans les réflexions que nous ferons après la description de l'opération et du pansement.

La tumeur fut pesée ; elle était du poids de 4 kilogrammes (8 livres) ; elle était formée par du tissu cancéreux, des masses graisseuses et des kystes. Quelques-uns de ceux-ci ayant été ouverts, ont laissé échapper des flucons d'un liquide huileux, gras, visqueux, et d'une couleur brun-verdâtre.

Immédiatement après l'opération, on rapprocha les deux lambeaux, on les recouvrit d'une couche légère de charpie molle et d'amadou, et d'une compresse de linge.

Deux heures après, on procéda au pansement. Dix à douze petites artères qui n'avaient point fourni de sang pendant l'opération, ou qui avaient cessé d'en donner, lorsque les lambeaux furent ramenés sur la plaie ont été tordus ou liés. Le lambeau inférieur fut divisé en deux par une incision perpendiculaire. On réunit ces deux lambeaux semi-lunaires par la suture entortillée.

La plaie a suppuré en grande partie ; il n'est survenu aucun accident.

La malade a été opérée le 3 décembre 1843 ; elle a été complétement guérie dans les premiers jours du mois de janvier de cette année.

— Cette observation est remarquable sous le triple rapport de la tumeur, de l'opération, du pansement.

Nous avons dit que cette tumeur était restée plus de trois années petite, dure et indolente. Rien dans sa nature et son aspect extérieur ne pouvait faire prévoir le développement rapide, l'énorme volume qu'elle a acquis en quatre mois, et sa dégénérescence cancéreuse.

Indolente pendant plus de trois années, elle est devenue subitement douloureuse ; la malade se plaignait fréquemment que des douleurs aiguës et lancinantes traversaient parfois la tumeur : n'en faut-il pas conclure que si un chirurgien expérimenté avait examiné cette tumeur un an avant son excessif et rapide développement, il aurait agi en praticien consommé en l'opérant à cette époque, quoiqu'elle fût petite, dure, indolente, c'est-à-dire quoiqu'elle offrît alors tous les caractères que M. Cruveilhier indique comme étant ceux des tumeurs fibreuses ?

L'opération faite a donné lieu à plusieurs remarques importantes.

Nous avons dit qu'on arrêta le sang avec beaucoup de soin.

On sait que chez les vieillards la perte d'une trop grande quantité de sang pendant l'opération est très dangereuse, elle détruit le peu d'énergie vitale qui les anime ; elle détermine la fièvre lente traumatique, dont les progrès sont toujours mortels dans ces circonstances.

A mesure que les incisions étaient faites, un aide, comme nous l'avons déjà dit, portait les mains sur les téguments, afin de prévenir l'introduction de l'air, précaution de la plus haute importance, et par le moyen de laquelle on peut presque toujours parvenir à prévenir la phlébite, cet accident si funeste des plaies à la suite des grandes opérations.

Comme la peau soumise à des tractions fortes, lentes et continues avait perdu en grande partie sa contractilité de tissu, M. Lisfranc fut forcé d'en conserver plus que ne commande le principe qu'il a établi dans son ouvrage de Clinique chirurgicale ; principe qui veut que, le diamètre de la base de la tumeur étant pris, on donne à chacun des lambeaux la moitié de la longueur de ce diamètre, plus un centimètre.

On a attendu deux heures avant de procéder au pansement. Cette précaution a laissé à 10 ou 12 petites artères qui n'avaient pas donné, pendant l'opération, le temps de revenir de leur état de contractilité, de les tordre et de les lier. Par ce moyen on évite les hémorrhagies qui suivent les pansements faits immédiatement après les opérations.

La division du lambeau inférieur par une incision perpendiculaire a laissé au pus un écoulement facile, et prévenu le développement des abcès.

On a bien prévu que la réunion immédiate ne réussirait pas sur cette vaste plaie ; voilà pourquoi l'on a réuni par la suture entortillée ; aussi la réunion immédiate n'a réussi qu'incomplétement, et la plaie a suppuré en grande partie ; mais des pansements méthodiques et réguliers, des moyens médicaux, ont prévenu l'érysipèle, cette complication si grave des plaies.

Rien n'a donc enrayé le travail de la nature, et la cicatrisation s'est rapidement opérée sans avoir été arrêtée par aucun accident.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES DÉCOUVERTES ET DES TRAVAUX PRATIQUES IMPORTANTS. (Décembre 1843.)

De l'hydrométrie proprement dite et de l'hydrophysométrie ; par MM. H. BLATIN et V. NIVET.

Assez mal connues, ces affections ne sont pas cependant aussi rares qu'on le croit généralement. Sous le nom d'*hydrométrie*, on désigne généralement une accumulation de liquides séreux, séro-muqueux, sanguinolents ou purulents dans la cavité de l'utérus. Deux conditions sont nécessaires pour qu'elle se forme : il faut que les liquides sécrétés par la surface utérine ne puissent pas sortir de cet organe, et que l'exhalation soit plus grande que l'absorption. Les lésions qui s'opposent à ce que les liquides passent de la cavité de l'utérus dans le vagin, sont les indurations et les oblitérations du col ; le boursouflement des lèvres du museau de tanche ; les excroissances fongueuses, diverses tumeurs ; les polypes ; une fausse membrane, ou du mucus épaissi ; les engorgements squirrheux, encéphaloïdes ou tuberculeux ; peut-être aussi l'état variqueux et le resserrement spasmodique du col de la matrice, l'oblitération de la partie supérieure du vagin.

Les fluides contenus dans la cavité utérine varient en qualité et en quantité ; ils sont tantôt incolores, limpides comme de l'eau ; tantôt sanguinolents, ou ressemblant à de l'urine ; tantôt c'est une sérosité safranée, une eau bourbeuse et brune, ressemblant à du marc de café ou à du marc d'huile. Colorés, ces liquides sont presque toujours fétides. Quelquefois on en trouve seulement quelques centilitres, tandis que d'autres fois leur quantité s'élève à un ou plusieurs litres. Leur limpidité et leur transparence coïncident presque toujours avec une absence plus ou moins complète d'altération organique de l'utérus.

L'étiologie de cette affection est fort obscure, et rien de précis ne peut être dit à cet égard.

Elle peut être continue ou intermittente. Dans le premier cas, elle s'annonce par une tumeur qui occupe d'abord le petit bassin, et s'élève de plus en plus dans l'abdomen, à mesure que la sérosité s'accumule dans la matrice. Cette tumeur est arrondie, circonscrite, molle, fluctuante et mate. La fluctuation et la matité ne se déplacent pas pendant les divers mouvements de la malade, comme dans l'ascite. Si l'on percute la partie inférieure de l'abdomen, pendant que l'indicateur est appuyé sur le col utérin, on sent un flot de liquide qui vient frapper le doigt. Lorsque le cathétérisme de l'utérus est possible, il donne issue à une grande quantité de sérosité, et le ventre s'affaisse.

Dans les cas d'hydropisie considérable, on observe des douleurs plus ou moins vives, des tiraillements ou des pesanteurs dans les lombes, les aines ou l'hypogastre ; ordinairement les règles sont supprimées.

En général, l'hydrométrie est apyrétique ; quelquefois cependant une fièvre lente précède la mort.

Cette affection présente une marche graduellement croissante ; elle peut se terminer par la mort ou par l'évacuation du liquide que contient la matrice. Cette dernière terminaison, qui est la plus ordinaire, peut avoir lieu à la suite d'une quinte de toux, d'un éternuement, d'un coup porté sur le ventre, d'une chute ou d'un faux mouvement. Le cathétérisme ou la ponction de la matrice peuvent aussi conduire au même résultat. L'écoulement du liquide se fait tantôt avec lenteur, tantôt avec rapidité. Il peut être suivi d'une guérison radicale.

Dans la variété périodique ou intermittente, la matrice se tuméfie et s'élève distendue, comme dans le premier cas, par une collection de liquide ; mais au bout d'un certain temps, à l'occasion d'un effort, d'une chute, d'un mouvement brusque ; ou sans cause connue, le col s'entr'ouvre, le fluide utérin s'échappe et le ventre s'affaisse. Plus tard il se tuméfie de nouveau, et au bout d'un temps variable une nouvelle évacuation a lieu.

La gravité de l'hydrométrie est en rapport avec les altérations qui la déterminent ou la compliquent. La continue est un obstacle absolu à la conception.

Dans le diagnostic de cette affection, le praticien doit surtout avoir présents à l'esprit les signes de la grossesse, du catarrhe et de la phlegmorrhée, des tumeurs fibreuses, môles, squirrhes, etc., etc., qui peuvent se développer dans l'utérus ; de l'ascite et de l'hydropisie de l'ovaire, de la rétention des règles, etc.

Le traitement doit varier avec la cause de l'hydrométrie. Dans les cas de rétrécissement spasmodique du col de cet organe, bains, injections adoucissantes et narcotiques, pommade de belladone, douches ascendantes prolongées ; enfin cathétérisme. Dans les cas probablement les plus fréquents, l'inflammation aiguë ou sub-aiguë des lèvres du col, antiphlogistiques, émollients, bains, etc.. Après ces moyens, sternutatoires et vomitifs, ou seigle ergoté. Dans les cas de maladie organique de l'utérus, on emploie les moyens appropriés à la maladie ; et s'ils échouent on a recours au cathétérisme ou à la ponction, qui ne devra être employée que dans les cas extrêmes.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. 27 janvier 1844.

Recherches sur la nature et le traitement de l'hydropisie, et surtout de l'hydrothorax et de l'anasarque ; par le docteur O'BEIRN. (Ext. du Journal des sciences médicales de Dublin.)

La longue discussion de l'auteur sur la nature de l'hydropisie peut être résumée par les conclusions suivantes :

1° Tous les phénomènes de la maladie sont le résultat d'un obstacle au cours du sang veineux : et cet obstacle est toujours dû ou à une diminution de capacité des poumons, ou à une augmentation de la masse du sang veineux en circulation ; ou à ces deux causes combinées ;

2° La maladie n'est pas de nature inflammatoire ;

3° La maladie détermine pendant tout son cours, à l'exception du moment de son invasion, une débilitation plus ou moins générale.

Pour le traitement, il faut d'abord diminuer la masse du sang veineux en circulation. On y parvient par la saignée générale. La saignée doit être peu copieuse, de 8 à 10 onces. On doit y revenir lorsque l'absorption et la sécrétion de l'urine ne se font qu'avec lenteur, et il est bien rare qu'on soit obligé d'avoir recours à la saignée plus de trois ou quatre fois pendant la durée d'un traitement ; on doit mettre deux, trois ou quatre jours entre chacune, afin de ne point trop affaiblir le sujet, et pour le même motif on diminuera à chaque fois la quantité de sang tiré, passant, par exemple, de 10 onces à 6, ou de 6 à 4, cette dernière quantité étant la moindre que l'on puisse tirer avec avantage.

Dans le cas d'un malade vieux ou faible, et où la maladie ait déjà fait des progrès, on pratiquera la saignée par une petite ouverture, le malade étant, autant que possible, dans une position inclinée. Pendant que le sang coulera, on lui donnera un mélange d'eau et de genièvre en assez grande quantité pour le soutenir, puis après la saignée on lui fera prendre fréquemment pendant la journée de bons bouillons, et ceux des aliments très nourrissants qui lui plairont le plus.

La seconde médication est évidemment de soutenir le malade par une alimentation animale et l'usage de l'eau et du genièvre, pour le mettre à même de supporter non-seulement ces saignées répétées, mais encore l'influence débilitante de la maladie.

Les autres indications sont : 1° d'évacuer les intestins, s'il y a constipation, avec la poudre composée de jalap, et au contraire avec le calomel et les *blue pills* (pilules bleues, mercure éteint à l'aide de la conserve de roses et de la poudre de réglisse), s'il y a diarrhée; 2° d'aider l'action des reins par les diurétiques; 3° si l'origine de la maladie remonte à une hépatisation du poumon, d'administrer le *blue pill* associé à des poudres diurétiques; 4° si après la guérison de l'hydropisie il restait un peu d'hépatisation, on soumettrait le malade à un traitement mercuriel léger; 5° prescrire, après que tous les phénomènes morbides ont disparu, un bon régime, des toniques, et le changement d'air s'il est possible.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire; par M. MALLE, chirurgien en chef de l'hôpital de Mustapha, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. — 1re et 2e livraisons. — Paris, 1844, rue Servandoni, n° 17.

Le nom de M. Malle est assez avantageusement connu dans la littérature médicale pour que la critique accueille avec intérêt ses productions nouvelles. Auteur d'un ouvrage sur l'anatomie descriptive et sur la clinique chirurgicale de l'hôpital d'instruction de Strasbourg, M. Malle publie en ce moment un travail plus important sur la médecine opératoire. Les premières livraisons dont nous avons à nous occuper annoncent et promettent un ouvrage digne d'attention. La partie historique nous y a paru traitée avec des développements inusités. Plusieurs erreurs échappées à ses devanciers, touchant les méthodes et les procédés, s'y trouvent réfutées. Sabatier lui-même y est lavé du reproche que lui ont fait, relativement à sa classification des matières, tous ceux qui depuis lui ont écrit *ex professo* sur la médecine opératoire. Par une citation, M. Malle prouve péremptoirement que les avantages de la classification moderne n'avaient point échappé à Sabatier lui-même.

Nous approuverons aussi sans réserve le ton parfait de convenance et d'urbanité avec lequel M. Malle discute. Ceci est d'un trop bon exemple pour ne pas être remarqué et l'on verra d'ailleurs par la lecture de ce livre que la politesse n'influe en rien sur l'indépendance de l'esprit et sur la justesse des appréciations. Nous citerons volontiers le passage suivant, relatif à l'amputation tibio-témorale :

« Indiquée, dit-on, par Hippocrate, Guy de Chauliac, et plus tard par F. de Hilden, cette amputation était néanmoins restée dans l'oubli, nonobstant les efforts de J.-L. Petit, Hoin et Brasdor, lorsque, soumettant à un nouvel examen les arguments dirigés contre son emploi, M. Velpeau, précédé en cela par M. Blandin, vint en 1829 soutenir que loin d'être plus dangereuse que l'amputation de la jambe ou de la cuisse dans la continuité, elle offrait, au contraire, plus d'avantages que la première pratiquée à son extrémité supérieure. — Depuis, il est vrai, M. Velpeau a modifié son opinion, et aujourd'hui ce chirurgien illustre reconnaît, avec Larrey et la plupart des chirurgiens, qu'il survient fréquemment, à la suite de cette amputation, des *accidents tels, qu'il y a lieu vraiment d'en être effrayé*. » (Velpeau, 2e édition, vol. II, p. 521.)

» Que deviennent donc alors toutes les raisons qui, dix ans auparavant, militaient en faveur de cette amputation? Et comment ne pas voir dans ce nouvel exemple de soumission aux doctrines basées sur l'expérience, une nouvelle preuve du danger des idées théoriques, quelque rationnelles qu'elles paraissent d'ailleurs? — M. Velpeau prétend aujourd'hui que le danger de cette amputation naît exclusivement du large cul-de sac qui se prolonge sur les côtés des condyles et la face antérieure du fémur, parce que, une fois établie sur ce point, l'inflammation purulente s'y maintient avec un degré égal à celui qui signale sa présence au sein d'une grande articulation ; mais qu'importe? En reste-t-il moins démontré pour cela que cette amputation, ainsi que nos prédécesseurs l'avaient établi, ne doit être pratiquée *qu'exceptionnellement?*

» En vain on s'était appuyé d'abord sur *treize* guérisons obtenues sur *quatorze* cas d'amputation; en vain on avait cherché à convaincre les praticiens que la plaque cartilagineuse qui coiffe les condyles doit être, une fois mise à nu après l'amputation, considérée comme une lame protectrice tout à fait insensible et incapable de s'enflammer; en vain on avait cherché à établir que la plaie, d'abord si vaste, se réduit promptement à une plaie de peu d'étendue, et que cette amputation moins douloureuse offre en outre l'avantage de laisser les malades dans une position plus avantageuse relativement à l'usage des moyens prothétiques, il n'en reste pas moins vrai que l'amputation tibio-fémorale doit être reléguée parmi les opérations *exceptionnelles*, ainsi que l'avaient dit nos prédécesseurs. »

Nous passons à dessein sous silence tout ce qui suit cette opération pour arriver immédiatement à faire connaître l'opinion de M. Malle sur la valeur des divers procédés conseillés pour cette opération, et une pareille manière de taire nous paraît plus propre que tout autre à faire juger du mérite du livre du chirurgien-major de l'armée d'Afrique.

« La méthode à lambeaux, pendant long-temps proscrite, nous semble pourtant, dit M. Malle, *préférable* à la méthode circulaire aujourd'hui généralement *préconisée*. — Sans doute le procédé de Hoin est à bon droit abandonné; car la lèvre antérieure de la plaie, entraînée sans cesse et par l'action des muscles et par la rétractilité naturelle des tissus, doit remonter souvent au-dessus des surfaces articulaires. Notons en outre que les angles de la plaie doivent être souvent aussi écartés et repoussés par les condyles, et laisser par conséquent l'os à découvert sur ce point. — Le lambeau d'ailleurs plus mince à sa racine que vers sa pointe, ne saurait s'adapter convenablement aux parties qu'il doit recouvrir. Le lambeau obtenu à l'aide du procédé de M. Blandin, n'offre réellement aucun avantage; et quand bien même, pour faciliter l'écoulement du pus, on aurait recours à une contre-ouverture, le lambeau ne nous en semblerait pas moins dans des conditions lâcheuses pour la réunion.

» Les lambeaux obtenus à l'aide des procédés de Béclard et de Smith, et de Rossi, ont l'inconvénient de se resserrer à mesure qu'ils s'épaississent et par conséquent d'exposer les condyles à rester plus ou moins découverts, et dans tous les cas de nécessiter sur ce point la formation d'un tissu nouveau. Or, rien de semblable n'a lieu par le procédé à lambeau antérieur de M. Baudens (méthode soi-disant ovalaire). Non seulement l'exécution en est rapide, mais elle offre surtout le triple avantage, 1° de donner lieu à une solution de continuité de peu d'étendue et d'une facile réunion; 2° de placer la cicatrice à la partie postérieure du membre et de la soustraire ainsi aux chocs et aux violences extérieures; 3° enfin de faire usage des téguments de la partie antérieure du genou, sans contredit les plus propres à la cicatrisation, à raison de leur épaisseur et de leur endurcissement par suite des pressions qu'ils supportent, toutes circonstances favorables à l'emploi des moyens prothétiques. Aussi, pour toutes ces raisons, n'hésitons-nous pas à préférer ce procédé à *celui de la méthode circulaire* préconisée par M. Velpeau et plusieurs écrivains recommandables. Il est à remarquer, en effet, qu'après l'emploi de la méthode circulaire, la cicatrice doit correspondre à la partie inférieure des condyles, circonstance peu favorable à la prompte cicatrisation. Nous n'ignorons pas, du reste, qu'on a fait valoir en faveur de la méthode circulaire, l'espèce de bourse ou manchette qui en résulte et dont l'ouverture plus étroite que les condyles doit, dit-on, former obstacle à sa rétraction; mais, nonobstant tous ces avantages, nous n'en persistons pas moins à préférer le procédé de M. Baudens. »

Ces citations, que nous pourrions multiplier, donneront une idée suffisante du caractère et de l'exécution de cet ouvrage qui nous paraît destiné à honorer la science et la chirurgie militaire dans laquelle M. Malle occupe un rang distingué.

Traitement de la péricardite et endocardite compliquant le rhumatisme articulaire; par le professeur DURRANT.

Ce professeur, après avoir traité dans un long article fort sensé l'histoire de l'affection rhumatismale considérée dans ses rapports avec la péricardite et l'endocardite, venant au traitement, il établit tout de suite comme base qu'il faut largement saigner, autant que les circonstances individuelles des malades le permettent, toutes les fois que l'organe central de la circulation est attaqué. Il dit que quelquefois il faudra répéter la saignée jusqu'à trois fois par jour. En même temps que les déplétions sanguines générales, il conseille fortement les saignées locales par les sangsues ou les ventouses, répétées aussi longtemps que les symptômes généraux et physiques de l'inflammation persistent dans leur intensité. Il conseille, conjointement aux antiphlogistiques, l'usage des purgatifs, et surtout du calomel, qu'on donnera à doses fractionnées et pendant le temps nécessaire à l'absorption de la lymphe qui est épanchée dans le péricarde. A cette époque d'épanchement péricardique, il s'est très bien trouvé de l'administration de l'iodure de potassium et de la belladone. Il est très important, dit-il, de rappeler que bien souvent, après avoir combattu la maladie du cœur énergiquement, quelques bruits anormaux se font encore entendre dans la région précordiale, mais ils sont dus à un état anémique de l'organisme résultant d'un traitement antiphlogistique poussé un peu trop loin; et dans ces cas, il engage à employer tout de suite un traitement tonique.

Voici la formule dont il faisait souvent usage :

Iodure de potassium,	10 à 15 centig
Teinture de digitale,	10 à 15 gouttes.

On en faisait une potion d'une once et demie, qu'on prenait en trois fois pendant le jour.

(*Provincial med. journ. of the and retrosp. med. sciences.*)

NOUVELLES.

Après le résultat du procès intenté par M. Guérin, le bruit se répandit que c'était d'après les conseils de Me Crémieux, son avocat, que M. Guérin s'était décidé à porter l'affaire devant les tribunaux. Me Crémieux ayant eu connaissance de ce qui se disait, adressa une lettre à un de ses amis, un de nos confrères très honorablement connu, dans laquelle il démentait cette assertion de la manière la plus formelle et la plus explicite, et avec prière de la communiquer à qui de droit.

Cette communication a été faite, et nous ne sommes pas étonnés d'apprendre, après cela, que M. Guérin a pris un autre avocat. Ce n'est pas Me Crémieux qui plaidera, assure-t-on, en Cour royale.

— On lit dans le *Times*:

Il paraît positif que sir F. Burdett est mort victime du traitement hydropathique. Depuis le 8 octobre 1843, le baronnet s'était mis sous la sauvegarde d'un hydropathe établi à Londres. Ce docteur lui avait persuadé qu'en adoptant ce traitement il ne souffrirait plus de la goutte. Depuis lors, sir F. Burdett eut sans cesse recours au traitement de l'eau froide. Lorsqu'il perdit lady Burdett, il déclara que sa femme était morte pour n'avoir pas voulu se faire traiter par un docteur.

Dans sa dernière maladie, sa fille ne voulut pas qu'il continuât le traitement sans le concours d'un médecin éclairé. Telle avait été la confiance de sir F. Burdett dans l'hydropathie, qu'il ne montait jamais à cheval qu'enveloppé de serviettes mouillées. Le baronnet et sa femme doivent être enterrés le même jour.

— La séance de ce jour à l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

Aliment ferrugineux.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

Les remerciements que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 16. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Ablation du maxillaire supérieur gauche nécessitée par un cancer de cette région. Guérison.

Le 22 décembre 1843, est entré à la Charité le nommé Lesur (Simon), âgé de trente et un ans, charretier; il a été couché au n° 48.

Cet homme paraît être d'une robuste constitution; il porte à la joue gauche une tumeur rouge-jaunâtre, vague, qui comprend le bord alvéolaire, et qui a ébranlé les dents jusqu'à la seconde incisive. Cette tumeur peut être limitée de la manière suivante: elle se porte en haut et en dehors du côté de la pommette, s'en va en arrière au voile du palais, directement en haut elle s'arrête à l'orbite, en dedans elle dépasse un peu la ligne médiane. Le malade prétend qu'elle n'est le siége d'aucune douleur; elle ne présente pas de bosselures manifestes. Elle a, du reste, la plupart des caractères des tumeurs cérébroïdes; il y a cependant quelque chose de particulier à remarquer ici; c'est que cet homme assigne comme cause du développement de cette tumeur, un coup de tête de cheval qu'il aurait reçu il y a six mois; et l'on sait que les tumeurs cancéreuses ne surviennent pas par suite de violence, à moins d'une prédisposition particulière.

Quoi qu'il en soit, cette tumeur est certainement un ostéosarcome de la nature indiquée ci-dessus, et elle fait des progrès chaque jour. Cependant, le malade jouit en apparence d'une santé parfaite; il a tout l'extérieur de la force; il mange, digère et dort bien, ne souffre en aucune façon, et il porte un cancer. Comment expliquer tout cela?

Ce qu'il y a de positif, ce que l'on peut constater, c'est que la tumeur occupe toute la mâchoire supérieure du côté gauche; ce que l'on sait, ce que l'observation de tous les jours nous apprend, c'est qu'une tumeur semblable ne guérit jamais sans qu'on la détruise ou par le fer, ou par le feu, ou par le caustique.

Quelle conduite doit donc suivre le chirurgien dans un cas semblable. Doit-il opérer, doit-il abandonner le mal à lui-même? S'il se décide pour le premier parti, l'opération est grave, longue, pénible, horriblement douloureuse; le résultat en est incertain, les suites chanceuses, la récidive à craindre; s'il n'opère pas, la maladie tuera infailliblement le malade. L'alternative ne saurait être douteuse; la seule raison de s'abstenir de l'opération, ce serait l'impossibilité démontrée de la faire. Ici elle est praticable. La tumeur pénètre bien en arrière jusqu'au voile du palais; mais en haut elle ne dépasse pas le plancher de l'orbite; il est vrai qu'elle empiète un peu sur la ligne médiane par en bas; mais en haut elle ne parvient pas tout à fait jusqu'à cette ligne. A l'extérieur, les téguments sont parfaitement sains; rien ne s'oppose donc à ce que l'opération soit tentée, si ce n'est le danger qui lui est inhérent.

Les accidents qui peuvent résulter de cette grave opération, sont de deux ordres: les accidents primitifs et les accidents consécutifs.

Au nombre des accidents primitifs, et en première ligne, il faut placer l'hémorrhagie pendant l'opération, qui, ordinairement, est fort considérable, et à laquelle on doit opposer la ligature et la cautérisation.

Parmi les seconds, il faut distinguer les accidents inflammatoires qui succèdent à l'opération, la suppuration, l'infection purulente, l'angéio-leucite, l'érysipèle, qui peuvent compromettre la vie de l'opéré, et les accidents qui peuvent se manifester plus tard, et qui constituent la récidive.

Pourtant, il est d'observation que l'enlèvement du maxillaire supérieur est suivi, en général, de peu d'accidents véritablement graves comme conséquences de l'opération seule; ainsi, par exemple, on voit périr moins de malades après cette opération qu'après l'ablation du maxillaire inférieur. Mais, quant à la récidive, elle arrive malheureusement dans cette région comme dans toute autre, comme au sein, comme partout. Cependant on peut ajouter qu'elle est d'autant plus à craindre que la tumeur est plus volumineuse. Dans le cas actuel, bien que le mal occupe plutôt les os que les parties molles, il y a quelques chances de succès. On ne peut donc hésiter à pratiquer l'opération.

Mais de quelle manière devra-t-on s'y prendre pour enlever l'os qui est le siége de la maladie?

Il y a des procédés variés assez nombreux pour pratiquer cette opération; on en compte sept ou huit qui ont été publiés, et que M. Velpeau a rapporté dans son Traité de médecine opératoire. Mais depuis plusieurs années le chirurgien de la Charité n'en emploie plus qu'un seul que nous allons décrire.

M. Velpeau pratique d'abord une incision courbe aux téguments de la face; incision qui s'étend depuis la tempe jusqu'à la commissure labiale du côté malade, embrassant plus ou moins de tissus en arrière selon qu'il en est besoin pour circonscrire convenablement la tumeur. Cette incision unique a de grands avantages pour la cicatrisation de la plaie et surtout pour la difformité qui doit la suivre, et nous avons été à même de les apprécier dans toutes les opérations de ce genre et particulièrement dans cette dernière. L'incision faite, la peau est relevée en haut et vers la ligne médiane de manière à découvrir la tumeur et à permettre d'agir librement; on peut même acquérir un espace plus grand encore par le rejet en arrière de la lèvre postérieure de la plaie, qui peut s'effectuer dans l'étendue de plusieurs centimètres.

Par la facilité que donne cette incision d'écarter considérablement chacune de ces lèvres, on a donc ainsi à nu sous les yeux tout ce qu'il s'agit d'enlever. Il est vrai qu'il faut prendre attention à ménager dans cette première division des tissus le canal de Sténon qu'on s'exposerait à léser si l'on n'y prenait quelque soin; mais le plus ordinairement on passe au devant de ce canal et il est assez facile de l'écarter quand on est bien instruit de sa position.

Nous croyons qu'il n'est pas inutile de nous arrêter un instant sur cette partie fort importante de l'opération, modifiée ainsi par M. Velpeau. Dans les différents procédés opératoires qui ont été conseillés pour pratiquer l'enlèvement du maxillaire supérieur, l'incision des téguments a subi elle-même tour à tour une foule de modifications ayant toutes pour but de rendre l'opération plus facile à exécuter et de laisser le moins de traces posibles après elle. C'est ainsi qu'ont été successivement employées l'incision cruciale, l'incision en T, en triangle. M. Velpeau a préféré l'incision courbe. On est, en effet, infiniment moins gêné dans le cours de l'opération par cette dernière que par les précédentes, sans parler des résultats beaucoup plus satisfaisants que donne cette forme d'incision au point de vue de la cicatrice et de la difformité. Ce que nous avançons est extrêmement frappant chez le malade qui fait le sujet de cette observation. Aujourd'hui qu'il est guéri, il faut s'approcher de très près pour reconnaître qu'il porte à la face une cicatrice linéaire qui n'a pas moins de dix à onze centimètres d'étendue.

Quant au reste de l'opération, il existe aussi plusieurs méthodes pour l'achever. Si l'on a résolu d'enlever l'os maxillaire supérieur, on peut se servir du procédé de M. Gensoul, de Lyon. Avant lui, on avait bien déjà fait l'ablation du maxillaire inférieur, mais on avait enlevé seulement la portion de l'os malade, laissant le reste intact. M. Gensoul, lui, a imaginé de le désarticuler. Après l'avoir découvert dans son entier, il sépare avec un ciseau la symphyse médiane, brise les apophyses montante et zygomatique, divise l'angle supérieur de l'os malaire, et, faisant usage du levier, il déplace l'os devenu libre de toutes ses attaches.

Cette méthode, qui réussit quelquefois, peut être bonne dans certaines circonstances, mais elle n'est pas toujours susceptible d'être appliquée. Elle n'est convenable que dans les cas où la tumeur développée dans le maxillaire supérieur est dure, résistante, fibreuse; mais toutes les fois qu'on a affaire à une tumeur molle cérébroïde, sans aucune consistance, ce procédé ne vaut plus rien, parce qu'alors, l'os étant détaché, le levier ne trouve pas de point d'appui suffisant, et de quelque manière qu'on s'y prenne on n'enlève que des lambeaux.

M. Velpeau a modifié ce procédé: après avoir découvert la tumeur, il coupe l'os maxillaire supérieur dans sa portion horizontale avec la scie à chaîne, elle est passée dans la bouche, dans les fosses nasales ou *vice versa*, et il coupe ainsi le plancher des fosses nasales et la voute palatine. Pour les autres parties de l'os, on se sert indistinctement de la scie à chaîne ou de la pince de Liston; le bistouri divise ensuite les parties molles, et on lie ou l'on cautérise les vaisseaux à mesure qu'ils se présentent.

Chez le malade dont il s'agit ici, bien que la tumeur occupât le maxillaire supérieur gauche, il a fallu scier sur l'os maxillaire droit et passer la scie à chaîne par conséquent dans la narine droite, parce que les prolongements du mal dépassaient la ligne médiane, ce qui a obligé de sacrifier les deux incisives du milieu et l'incisive droite afin de dépasser la limite envahie par la tumeur.

L'opération a été pratiquée d'après les procédés que nous venons d'indiquer, le malade l'a assez bien supportée; le maxillaire enlevé, les lèvres de la plaie ont été rapprochées et maintenues par des sutures; il y a eu de la fièvre, un érysipèle, puis tout s'est calmé peu à peu, et aujourd'hui le malade est guéri.

Maladie grave de l'œil. Conjonctive et kératite avec ulcération en coup d'ongle chez un vieillard. Guérison.

Savinien Lapointe, vieillard âgé de 63 ans, se présente à la Charité, le lundi 15 janvier. Il se plaignait d'une douleur assez vive à l'œil gauche; il y avait, disait-il, une douzaine de jours que la maladie avait commencé; il lui avait semblé d'abord que quelque corps étranger lui était entré dans l'œil, qui bientôt était devenu rouge et douloureux à l'impression de la lumière.

Ce malade portait, en effet, à son entrée une maladie grave de l'œil gauche; outre une conjonctivite assez intense, la cornée était enflammée et le siége d'une ulcération en demi-lune ou en coup d'ongle très évidente occupant la portion interne et supérieure et se perdant peu à peu en dehors et en bas; cette ulcération pouvait bien avoir un à deux millimètres d'étendue en profondeur et la conjonctive était gonflée, boursouflée autour d'elle: tous les caractères d'une conjonctivite étaient d'ailleurs évidents.

L'ulcération qu'on observe sur la cornée et à laquelle on a donné le nom d'ulcération en coup d'ongle, est, comme on le sait, une des maladies les plus graves qui puissent atteindre cette région de l'œil. Ces ulcérations se compliquent d'ordinaire d'une photophobie très intense, et elles ont pour caractère spécial de creuser incessamment et d'amener par suite la perforation de la cornée. Cette funeste terminaison était surtout à craindre chez un homme de cet âge; heureusement que chez lui il ne semblait pas que les symptômes inflammatoires fussent en rapport avec la gravité que présentait l'ulcération. Une remarque qu'il n'est pas sans intérêt de faire, c'est que l'ulcération de la cornée est une maladie assez rare chez les vieillards, les enfants et les adultes sont beaucoup plus souvent atteints de cette affection que les sujets âgés.

Chez ce malade, la photophobie n'étant pas extrêmement marquée, et les phénomènes phlegmasiques paraissant aussi assez modérés, il y avait moins lieu de craindre de fâcheuses conséquences pour la vision, pourtant M. Velpeau crut ne pas devoir temporiser.

On soumit le malade immédiatement au traitement par le calomel à l'intérieur et par le collyre au nitrate d'argent (un décigramme pour trente grammes d'eau distillée); le mal se modifia rapidement; aujourd'hui 2 février, l'œil peut être considéré comme guéri. Il reste à peine quelques traces de la conjonctivite. Dr PAJOT.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Fracture da la colonne vertébrale. Mort.

Le sujet de l'intéressante histoire que nous allons exposer est le nommé Lebalech, soldat dans un régiment de ligne, du département des Côtes-du-Nord. Il était d'une bonne santé habituelle, et d'une robuste constitution.

Le 29 septembre au soir, après s'être grisé avec des camarades, et avoir été abandonné par eux aux environs des carrières de Montmartre, il tomba dans un de ces précipices de la hauteur de quarante pieds environ. Il y a eu perte de connaissance jusqu'au matin cinq heures, lors de son transport à l'hôpital. Hier au soir il fut retrouvé dans le précipice où il gisait, et couché provisoirement dans un lit, où il passa la nuit.

Le 30. *Etat actuel.* L'intelligence est conservée. Le malade a l'air abattu; la vue et l'odorat intacts. Il n'a pas de céphalalgie; cessation de sensibilité et de motilité dans toute l'étendue des membres inférieurs, des organes génitaux, et dans tout le pourtour du tronc jusqu'à un pouce au-dessus de l'ombilic. La langue est blanche; il n'y a pas de nausées ni de vomissements, pas de selles ni d'urines; soif vive. Le pouls est à 116, régulier, très faible. La chaleur de la peau est normale, même dans les membres paralysés. Il y a 44 respirations par minute, saccadées quoique régulières; pas de matité anormale en avant; râles sonores plus intenses en arrière, où on constate un angle saillant dont le sommet est à la réunion du tiers inférieur du thorax avec les deux tiers supérieurs de cette cavité. La station assise étant très douloureuse et très pénible pour le malade, on ne peut pas constater la direction des apophyses épineuses. On prescrit deux pots d'infusion de tilleul, une potion antispasmodique et la diète.

Le 30 au soir, la respiration est plus gênée sans être plus fréquente; les râles sonores ont augmenté considérablement en arrière vers la racine du poumon. La sonorité de la poitrine est normale en avant. Pouls à 130, régulier, mais très faible. Les membres inférieurs semblent moins chauds que les supérieurs. Pas de selles ni d'urines volontaires; le malade ne ressent pas même le besoin d'uriner. La verge est en demi-érection. L'introduction de la sonde dans le canal de l'urètre n'est pas sentie; on en retire une urine brune, comme sanguinolente. Tout mouvement du tronc est extrêmement dou-

loureux.

Le 1er octobre, même état que la veille; un peu plus de chaleur à la peau; il y a eu quelques sueurs dans la nuit. On continue le même traitement, ou pour mieux dire l'expectation.

Le 2, le pouls est à 96, faible; la peau chaude. Il y a une transpiration cutanée très abondante. L'abattement augmente. Toujours point de selles; on est obligé de sonder le malade, et on en retire seulement deux verres d'urine brune en vingt-quatre heures. La respiration s'embarrasse encore davantage; les râles s'entendent à distance; l'expansion vésiculaire s'entend à droite en avant, et est presqu'imperceptible à gauche, où la sonorité est aussi beaucoup moindre qu'à droite. Tilleul oxym., un potage.

Le 3, même état du pouls, mais plus fort que les jours précédents. La peau est couverte de sueur; il n'y a pas de sudamina. L'intelligence est toujours intacte; le malade se plaint de douleurs vives dans les reins. La paralysie ne s'étend plus qu'à 2 ou 3 centimètres au dessous de l'ombilic; la motilité y est toujours abolie aussi. Cependant ce matin, essayant de piquer la jambe gauche du malade, il a été déterminé un mouvement convulsif passager dans le membre; ce que nous ne pouvons pas reproduire par le même moyen. La face est abattue, le regard éteint. La respiration devient de plus en plus gênée. On entend les mêmes bruits trachéaux que les jours précédents. Pas de selles; cathétérisme toujours insensible, et cette insensibilité est étendue à tous les organes génitaux comme le premier jour. L'urine a toujours les mêmes caractères physiques; elle est alcaline, peu abondante.

Le 4, il n'y a pas eu de sommeil. Pouls à 88, plus fort qu'hier. Les sueurs ont diminué. La poitrine est plus oppressée, et les râles semblent augmentés. En piquant la plante des pieds, on détermine de la douleur, et quelques petits mouvements dans les membres correspondants; d'ailleurs, la sensibilité est toujours très obtuse dans ces membres, nulle dans les parties génitales. Elle a reparu à 3 centimètres au dessous de l'ombilic. La langue est blanche, le ventre indolent, un peu météorisé. Deux vomissements incolores peu abondants ce matin. Urines très peu abondantes; la verge est en demi-érection. L'expansion vésiculaire a diminué encore plus à gauche. (Huile de ricin, 30 grammes; croton tiglium, 2 gouttes.)

Le 6, le purgatif ordonné le 4 n'a pas été pris, car le malade est mort ce jour même, après la visite, presque subitement et sans agitation.

Autopsie à dix heures du matin.

Le cœur est hypertrophié. Rien dans le péricarde. La plèvre gauche contient un litre environ de liquide rouge. Sérum dépourvu de caillots, beaucoup moins consistant que le sang qui coule de la veine; il n'existe pas d'adhérences entre les deux feuillets de cette séreuse, qui sur le bord postérieur du lobe inférieur se trouve couverte d'une couche jaune d'une légère épaisseur, molle, s'enlevant par le raclage. Le bord postérieur du poumon est fortement contus dans l'épaisseur de 3 centimètres environ, infiltré d'un sang noir. Le bord antérieur du poumon s'est affaissé dès qu'on a ouvert la plèvre.

La plèvre droite contient le même liquide que la gauche; ce liquide est un peu plus épais cependant. Entre les feuillets de cette plèvre se voient des fausses membranes dures, anciennes; nous n'en trouvons pas de récentes. Comme du côté gauche, le bord postérieur du poumon présente une contusion profonde.

Après avoir enlevé tous les organes situés au-devant de la colonne vertébrale, on voit le corps de la neuvième vertèbre dorsale fracturé par un trait oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de gauche à droite; de façon que les fragments du corps de la vertèbre qui en résultent, adhèrent encore aux disques intervertébraux supérieurs et inférieurs. Le fragment supérieur qui fait suite à la colonne dorsale est porté à droite du fragment inférieur, de manière que son extrémité inférieure vienne se placer au niveau du disque intervertébral qui unit les neuvième et dixième vertèbres dorsales. Du côté droit, la côte qui s'articule entre les neuvième et dixième vertèbres est fracturée par une ligne oblique de haut en bas, de dedans en dehors, depuis le collet jusqu'au delà de la tubérosité; du côté gauche, les huitième, neuvième et dixième côtes sont brisées en fragments vers leurs collets. Ces fragments ont percé la plèvre costale qui, décollée le long de leur face antérieure jusqu'à leur angle, est soulevée en forme de doigt de gant par des gaz qu'on fait échapper par la pression.

Le sujet étant retourné sur le ventre, nous constatons plusieurs ecchymoses superficielles le long du dos et des lombes. Après avoir découvert les gouttières vertébrales, nous scions les lames des vertèbres; et d'abord nous voyons que les épines dorsales de haut en bas se dirigent à droite, et que la neuvième épine dorsale vient se placer à droite, au niveau et à 2 centimètres environ de la dixième épine dorsale. Dans ce point, les ligaments sus et inter-épineux sont rompus presque en totalité. De chaque côté, nous trouvons fracturées les côtes ci-dessus mentionnées.

Le canal rachidien étant ouvert, la dure-mère nous semble d'abord intacte; elle a son volume normal dans les parties supérieure et inférieure du point qui est le siége de la fracture; mais à la hauteur de la troisième vertèbre, où existe le déplacement décrit, elle se rétrécit de moitié et forme un double coude. Elle se dirige de haut en bas et de droite à gauche. Sur sa face antérieure et latérale droite, on voit une déchirure longitudinale d'un pouce de long environ, produite par une esquille; sur la face gauche se trouve une déchirure plus petite, que l'on croit être le résultat de l'autopsie.

En ouvrant l'enveloppe membraneuse de la moelle dans la portion coudée, on est tout étonné de ne plus y retrouver de substance médullaire; cet organe est remplacé par une pulpe rouge-brique très peu abondante, capable à peine de couvrir la pointe du bistouri. Dans ces points, l'arachnoïde et la pie-mère sont déchirées. Nous y trouvons encore quelques filets des nerfs qui prenaient naissance au-dessus, à la hauteur des disques intervertébraux supérieur et inférieur de la vertèbre fracturée, retrouvant les tronçons de la moelle qui en dessus et en dessous est parfaitement saine, ainsi que ses enveloppes. L'extrémité de ces tronçons est convexe, blanche, molle. Nous essayons de renverser le tronc en arrière; quelques efforts que l'on fasse, jamais on ne peut parvenir à replacer bout à bout les extrémités de la moelle.

— Ce fait est très curieux. D'abord, on voit un homme portant une lésion de la moelle très profonde, une déchirure même de cet organe telle que la substance nerveuse avait comme disparu à l'endroit de la solution de continuité, et vivant encore cinq jours dans un état parfait de l'intelligence et sans symptômes généraux bien graves; ensuite on voit cet homme, le troisième jour de sa maladie si grave et au milieu de lésions si profondes de la moelle, recouvrer un certain degré de sensibilité et de motilité dans un des membres inférieurs où elle avait été complètement abolie; et enfin, tout à coup, pendant qu'on se félicitait de cette petite amélioration inattendue, on le voit rapidement s'éteindre sans agitation. Nous livrons ces points de méditation aux anatomo-physiologistes.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Huguier.

Leçons sur les maladies non syphilitiques des organes génitaux chez la femme.

Les affections dont nous allons nous occuper maintenant, et dont nous serons à même de vous montrer des exemples, sont des maladies des téguments de la vulve, soit de la membrane muqueuse, soit de la peau et des parties plus profondes qui composent la vulve et le vagin. Nous allons vous parler en premier lieu des maladies de la peau.

Erythème. — Et d'abord, l'érythème de la vulve. Les parties génitales externes peuvent être le siége d'une irritation ou d'une inflammation qui envahit les follicules sébacés. Alors la peau de la vulve s'injecte dans toute son étendue uniformément, perd cette teinte d'un blanc rosé qu'elle offre à l'état normal, pour devenir d'un rouge violet. Les grandes lèvres se développent et semblent quelquefois même s'hypertrophier. La peau devient plus épaisse. Il y a hypersécrétion des vaisseaux sudorifères. Les bulbes qui supportent les poils se développent, et les follicules sébacés de la peau prennent aussi un accroissement tout particulier. De là résulte un développement vasculaire des parties malades. La peau, quant à son aspect extérieur, devient inégale, rugueuse, et la malade éprouve, dans cette région, de fortes démangeaisons.

Le produit des sécrétions tant des follicules sébacés que des vaisseaux sudorifères devient âcre, irritant, séjourne sur la peau et détermine un prurit insupportable, ce qui porte les malades à se gratter, et de telle force que souvent elles crachent les téguments. Fréquemment même, ces divers produits de sécrétion échauffant et irritant la partie interne des cuisses, finissent par causer un eczéma de la partie supérieure et interne des cuisses. Dans quelques circonstances, les follicules cutanés deviennent le siége d'une hypersécrétion à peu près pareille. Alors les parties les plus épaisses restent enfermées dans l'épaisseur des follicules, déterminent des démangeaisons et des cuissons très vives.

Je vous montrerai une des malades actuellement dans nos salles, qui s'est présentée à nous avec de petites tumeurs du genre dont nous parlons, dans l'épaisseur des lèvres, et qui offre un des exemples les plus remarquables du développement que peut atteindre cette maladie.

Les femmes, aussi bien que les hommes, sont très exposées dans la région des organes génitaux, à l'affection connue sous le nom de *pityriasis.*

Le pityriasis se développe entre le derme et l'épiderme. Lorsque les organes génitaux sont atteints de cette maladie, la peau qui recouvre les parties externes prend une teinte pâle-jaunâtre, que nous pourrons comparer à la couleur café au lait, ou à celle de ces taches que l'on pense dépendre d'une affection du foie et que l'on nomme taches hépatiques. Cet état morbide de la peau s'étend ordinairement sur les deux lèvres à la fois, et se prolonge vers la partie interne et supérieure des cuisses. Il détermine dans ces points une exsudation toute particulière et spéciale; en même temps, et probablement comme résultat des symptômes que nous venons d'indiquer, il se produit des démangeaisons insupportables. Lorsque le pityriasis affecte les organes génitaux de l'homme, c'est sur le scrotum surtout qu'il porte son action.

Jusqu'à présent nous nous contentons, ainsi que vous le voyez, de vous donner les caractères pathognomoniques et différentiels des affections cutanées des organes génitaux. Nous reviendrons un peu plus tard sur le traitement de chacune de ces maladies.

Les femmes, et surtout les femmes très grasses et âgées, ou bien celles qui sont d'une constitution faible, détériorée, cacochyme, celles dont l'embonpoint est excessif, chez lesquelles les cuisses frottent l'une contre l'autre, et la vulve se trouve comme comprimée, de manière que l'air ne circule point autour de ces parties; chez lesquelles encore l'abdomen, flasque et sans consistance, retombe en forme de besace sur les parties génitales, ces femmes, disons-nous, sont sujettes à des affections cutanées déterminées par le séjour de la sueur et la chaleur humide entretenue constamment en ces endroits. L'épiderme se ramollit; il survient une irritation des téguments; les follicules sécrètent une humeur plus abondante, quelquefois même véritablement purulente, ou bien seulement une sérosité roussâtre. Les parties s'excorient; l'affection locale d'abord et limitée, atteint peu à peu l'abdomen, les cuisses, les environs de l'anus. C'est là l'*eczema impetiginodes* des auteurs, l'*herpes squamosus madidans* des auteurs, maladie excessivement commune dans les circonstances que nous avons indiquées.

Observe-t-on, comme l'ont dit certains auteurs, le *prurigo* et le *lichen* aux organes génitaux? Je ne le pense pas, ou du moins cela doit être extrêmement rare. Sans le nier d'une manière positive, je dois vous dire que je n'ai jamais rencontré ni l'une ni l'autre de ces deux affections dans cette région. Ce qui aura peut-être contribué à induire en erreur les pathologistes qui ont émis cette assertion, c'est qu'ils auront observé chez des femmes offrant des *lichen* parfaitement caractérisés, une maladie semblable à celle que je viens de décrire il n'y a qu'un instant.

Les démangeaisons des parties génitales peuvent encore être produites par l'inflammation des follicules mucipares, et non par les follicules sébacés. Ces démangeaisons, que l'on a décrites sous le nom de prurit vulvaire, ne sont qu'un symptôme. Elles tiennent souvent à la présence de petits vers, ou ascarides, qui, sortis de l'anus, viennent causer un chatouillement désagréable, et souvent même douloureux, aux parties génitales.

— Le tissu cellulaire de ces parties peut être le siége d'un grand nombre d'affections diverses. Les deux principales sont l'œdème et les abcès.

Rarement l'œdème de la vulve est de cause essentielle. Dans la grande majorité des cas il se rattache à une cause organique appréciable. Il n'est pas rare, dans les affections organiques du cœur, de la poitrine, de voir la grande lèvre d'un côté devenir le siége d'un œdème plus ou moins considérable. Pour nous limiter dans le cadre que nous nous sommes tracé, et ne pas nous écarter de notre sujet, bornons-nous à examiner les causes locales et directes qui peuvent produire l'œdème des parties génitales.

Et d'abord, l'œdème peut accompagner la vulvite. On remarque assez fréquemment ce symptôme dans les inflammations de la vulve accompagnées de chancres étendus, et compliquées d'angéioleucite. Lorsqu'il y a affection profonde du vagin et engorgement des ganglions inguinaux, les parties qui doivent servir à ramener la lymphe se trouvent dans l'impossibilité de transporter ce liquide, lequel se trouve dans un état de stagnation.

D'autres fois, engorgement des ganglions du bassin causé par des affections cancéreuses. Alors, dans ces circonstances, les ganglions lymphatiques des aines se trouvent pris, et se tuméfient assez fréquemment de telle manière qu'ils peuvent finir par suppurer.

La médication de cet œdème doit être toute palliative; elle se réduit à des applications émollientes quelquefois. Dans d'autres cas, fomentations vineuses, toniques, excitantes. Mais tous ces moyens sont peu énergiques, partant peu efficaces. Il est des circonstances où il faut, à toute force, faire disparaître cet œdème. Dans les cas de grossesse, par exemple, il faut prévoir l'accouchement, auquel pourrait être un obstacle la tuméfaction des grandes lèvres et des autres parties de la vulve. On peut alors, pour favoriser la désinfiltration du tissu cellulaire, pratiquer un petit nombre de légères mouchetures sur les grandes lèvres afin de les débarrasser du liquide qu'elles contiennent.

Avant de terminer cette séance passons rapidement en revue les divers moyens thérapeutiques que l'on doit employer pour combattre tous les accidents dont nous vous avons entretenus. Dans les cas d'érythème vulvaire, les bains de siége avec des décoctions émollientes sont des moyens qui réussissent, en général, bien qu'avec lenteur.

Il n'en est pas de même du pityriasis. On est obligé d'avoir recours à des moyens généraux. On doit, dans ces cas, donner des tisanes toniques et modifier la vitalité des parties; les lotions avec l'eau de savon, l'eau de Baréges. A l'intérieur, on emploie également les eaux minérales sulfureuses. Si l'affection résiste, vous la combattrez avec le nitrate d'argent directement. Mais avant d'avoir recours à un moyen qui est assez douloureux ordinairement, vous commencerez par employer les pommades calmantes, 20 centigrammes de proto-chlorure de mercure incorporé à 30 grammes d'axonge, ou la pommade au beurre de cacao avec addition d'extrait de belladone. On peut encore employer du cérat très frais, du beurre ou de l'huile pour diminuer l'intensité de la cuisson. Enfin, vous serez obligés d'appliquer un vésicatoire sur les parties malades si l'affection est trop rebelle. Mais ce dernier moyen, chez les femmes, ne peut être mis en usage que dans les cas où elles sont tellement fatiguées de la maladie qu'elles ne peuvent y résister. En effet, il est des cas où l'affection est si grave et si intense qu'elle peut faire tomber les poils en rendant le bulbe malade, et l'on conçoit que cela puisse occasionner, dans le ménage, des troubles que le médecin doit prévoir et prévenir autant que possible en pareille circonstance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 février 1844. — Présidence de M. Ferrus.

Dans la correspondance il est fait mention d'une lettre de M. Tanchou, relative à la discussion des tumeurs du sein. (*V.* aux Nouvelles.)

— L'ordre du jour indique la nomination d'un membre dans la section de pathologie médicale.

La section a proposé et l'Académie a adopté la liste suivante de présentation, où les candidats sont placés par ordre de mérite :

1° M. Prus,
2° M. Gibert,
3° M. Requin,
4° M. Martinet,
5° M. Briquet,
6° M. Nonat.

Le nombre des votants est de 108; majorité, 55.

M. Prus obtient 46 voix.
M. C. Broussais, 18

M. Gibert,	16
M. Martinet,	15
M. Requin,	6
M. Nonat,	3
M. Briquet,	2
M. Cazenave,	1
Billet blanc,	1

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants est de 97 ; majorité, 49 ;

M. Prus obtient	80 voix.
M. C. Broussais,	7
M. Martinet,	4
M. Gibert,	4
M. Requin,	2

M. Prus, ayant obtenu la majorité, est déclaré élu membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

— L'ordre du jour ramène la discussion sur les tumeurs fibreuses du sein. M. Roux obtient la parole pour continuer son discours.

M. Roux. Si l'Académie veut bien se le rappeler, je suis convenu avec M. Cruveilhier qu'il se forme assez souvent dans le sein des tumeurs différentes des tumeurs cancéreuses, mobiles, dures, indolentes, superficiellement placées. Mais j'ai dit que ces tumeurs n'étaient pas toutes de nature fibreuse, qu'il fallait en admettre des variétés beaucoup plus nombreuses que ne l'a fait M. Cruveilhier. J'ai dit que les tumeurs fibreuses proprement dites n'étaient pas aussi fréquentes que le croit notre collègue. J'ai cherché à prouver que s'il est possible de leur assigner des caractères anatomiques, il est fort difficile, sinon impossible, de leur donner des caractères chimiques. Enfin, j'ai combattu l'opinion de M. Cruveilhier sur le privilége qu'il attribue à ces tumeurs de n'être point susceptibles de dégénérescence, opinion que j'ai combattue par des exemples pris dans les corps fibreux de l'utérus et des fosses nasales. Je vais continuer aujourd'hui l'examen du travail de M. Cruveilhier, en priant l'Académie de me continuer sa bienveillante attention.

La conséquence la plus importante du mémoire de notre collègue, c'est qu'il n'est jamais indiqué de pratiquer l'ablation de ces tumeurs fibreuses, et que cette opération n'est que facultative. Cela revient à dire qu'elle ne doit jamais être faite, car le chirurgien consciencieux et honnête homme ne doit opérer que dans les cas d'absolue nécessité. Si les opinions de M. Cruveilhier étaient fondées, si le diagnostic de ces tumeurs était facile, si leur non-dégénérescence était prouvée, sans doute notre collègue aurait raison. Mais je crois avoir démontré combien tout cela était au moins douteux, et dès lors j'ai ruiné dans sa base l'argumentation de M. Cruveilhier. Mais, il serait aussi vrai qu'il ne l'est pas, que le diagnostic est facile et la non-dégénérescence démontrée, je dirais encore : non l'opération n'est pas facultative, oui elle est utile. S'il y a quelque chose de démontré en thérapeutique, c'est que les résolutifs, les topiques et autres traitements n'ont absolument aucune prise sur ces tumeurs. Leur résolution spontanée est rare, très rare. J'en ai vu cependant un exemple pour un corps fibreux des fosses nasales, que Dupuytren et moi ne voulûmes pas opérer ; il diminua peu à peu et disparut entièrement. Mais sur ces cas exceptionnels, on ne peut baser aucun précepte de pratique. Il est vrai, généralement vrai que ces tumeurs persistent indéfiniment, s'accroissent souvent ; que par leur volume et les tiraillements qu'elles exercent, elles suscitent des douleurs ; que ce sont des difformités désagréables pour une jeune femme, et surtout une source d'inquiétude et de chagrin pour elles et pour leurs familles. Or, est-ce donner un conseil sage que de laisser ces femmes en proie à la crainte que leur inspirent pour l'avenir les tumeurs qu'elles portent ? J'ai eu occasion de revoir dans le monde deux dames que j'ai opérées, étant demoiselles, de tumeurs qu'on aurait pu ranger parmi les tumeurs fibreuses de M. Cruveilhier. L'opération réussit parfaitement. Ces demoiselles et leurs familles étaient dans l'inquiétude la plus grande. Je le demande, ces dames ne sont-elles pas plus heureuses d'avoir été délivrées d'une tumeur qui leur causait tant d'alarmes ? Et n'est-ce pas un très grand avantage de pouvoir tranquilliser les malades sur leur santé future ?

Il est certain, en effet, que les inquiétudes des femmes tiennent beaucoup plus à l'idée qu'elles se font de la nature de leur mal, qu'à l'idée de l'opération elle-même. Qui de nous n'a vu et n'a admiré le courage avec lequel elles supportent ces opérations ! La résignation des femmes sur ce point est vraiment remarquable. Cela tient-il à ce qu'elles ont plus de force que l'homme pour la douleur ? Je n'en sais rien. A ce qu'elles sont façonnées à cette idée que la femme est faite pour souffrir ? Je l'ignore. A leur amour-propre ? Je n'oserais le dire. Mais toujours est-il que leur courage est admirable. Une de ces demoiselles dont je parlais tout à l'heure, pendant que je l'engageais à crier et à se plaindre, me répondit : Non, monsieur, la douleur physique n'est rien.

M. Cruveilhier a beaucoup parlé de la gravité de l'opération et des suites fâcheuses qu'elle peut avoir. Je suis de ceux qui professent qu'il n'y a pas d'opération, si minime qu'on la suppose, qui ne puisse devenir grave par ses suites. Un chirurgien instruit et honnête ne répondra jamais qu'une opération n'aura aucun résultat fâcheux. Mais, il faut aussi le reconnaître, les opérations pratiquées sur le sein sont celles qui peut-être donnent moins souvent lieu à des suites fâcheuses. Excepté les cas d'amputation totale du sein, excepté les opérations pratiquées sur des sujets en proie à une véritable cachexie cancéreuse, l'ablation des tumeurs du sein est une opération peu grave, soit en elle-même, soit par ses suites.

Pour me résumer sur ce point, je prétends que nous ne sommes pas encore arrivés à un diagnostic assez positif pour se priver des ressources de l'opération. Je prétends encore que l'opération doit être faite, ne serait-ce que dans le but de tranquilliser les malades ; que c'est une des jouissances les plus grandes pour le chirurgien de pouvoir affirmer à la malade que son mal ne reviendra jamais : je prétends enfin que l'opération n'est pas grave.

Le travail de M. Cruveilhier a soulevé incidemment une autre question fort grave, sur laquelle je désire dire quelques mots à l'Académie ; il s'agit de la récidive des affections cancéreuses. Il n'est que trop vrai que les opérations dans une multitude de cas, n'ont qu'un succès temporaire. D'un autre côté, il est généralement admis que ces affections se développent sous l'influence de deux causes diverses, causes locales, tenant à des coups, à des chutes, à des plaies accidentelles, etc. ; et causes générales dépendant de la prédisposition, de la diathèse. Il serait bien important de savoir quel rapport il y a entre les opérations et les récidives, et d'autre part quel rapport il y a entre les récidives et les cancers suivant leur cause. Cette étude est énormément difficile. Pour la faire il faudrait pouvoir suivre les malades après leur opération ; ce qui est impossible. Le chirurgien ne revoit que les opérés en récidive.

Un jeune chirurgien que des circonstances et une autre direction d'idées ont éloigné de l'Académie, mais qui viendra peut-être un jour s'asseoir parmi nous, a tenté cette recherche ; je le lui dis, ses efforts ont été et seront encore vains. Pour faire cette étude, il faudrait que les chirurgiens se dépouillassent de deux préventions. Il y en a qui croient que tous les cancers renaissent ; d'autres, au contraire, que c'est le plus petit nombre. La première prévention est très fâcheuse ; elle prive souvent les malades de ressources qui leur seraient utiles. J'aime mieux la seconde ; car son influence est moins dangereuse aux malades. Un chirurgien dont on ne m'accusera pas certainement de vouloir outrager la mémoire, notre maître à tous, Boyer, partageait à un degré extrême la première prévention, ce qui ne l'empêchait pas d'opérer. Si on lui parlait de quelques cas où il n'y avait pas eu récidive, inévitablement il répondait : ce n'était pas des cancers.

Une autre difficulté, c'est qu'on ne connaît pas la durée de la prescription des récidives. Cependant, il faut admettre une prescription, à moins qu'on ne dise pour le cancer ce que Condorcet disait de la variole, que ceux qui ne l'avaient eue n'avaient pas assez vécu pour cela.

Ici M. Roux entre dans de longs développements sur les récidives, qu'il croit toujours liées à un état diathésique, qu'il croit rares au contraire quand le cancer dépend de causes locales et qu'il siége sur certains organes, comme le pénis, le testicule. Les récidives dépendent aussi de ce qu'on opère trop tard, qu'on laisse l'infection cancéreuse s'épandre dans l'organisme.

— Il est plus de cinq heures ; la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Gazette médicale de Paris. (3 février 1844.)

Considérations sur la cause de la fréquence des corps et des polypes fibreux de l'utérus ; par M. le docteur Camberon.

Voici les idées principales émises dans ce travail :

Les corps et polypes fibreux utérins sont le produit d'ovules arrêtés hors des voies de leur parcours normal.

Leur dépôt dans ces points est suivi de transformations plus ou moins notables dans leur composition hors de l'influence de l'imprégnation séminale, et en vertu de la force d'évolution qu'ils possèdent comme corps organisés et vivants. Les poils, ostéides et autres produits avec analogues dans le corps humain qu'on y rencontre, sont un indice certain qu'ils ont appartenu à un corps destiné à une organisation complète, et l'ovule de la femme peut seul en offrir les germes de formation.

L'espèce de préférence que les affections fibreuses paraissent avoir pour le tissu utérin, qui en est plus fréquemment atteint que toute autre partie de l'organisme, se trouve expliquée par cette origine.

Toutes ces affections ont dû présenter leur point de départ pendant la période de la vie où les ovules se trouvent élaborés et excrétés, c'est-à-dire depuis l'époque de l'établissement des menstrues jusqu'à l'âge critique. Chez les femmes où la maladie paraît avoir débuté dans un âge plus avancé, il faut, par analogie avec beaucoup de cas observés, admettre un état primitif et latent dans l'existence de cette production morbide, puis un état patent, actif, où la tumeur a fait des progrès et se manifeste à l'observation.

Cette affection a plus de facilité de s'établir chez les femmes très menstruées, qui doivent émettre un plus grand nombre d'ovules ; et, par une conséquence habituelle dans la vie de ces femmes, une obstruction ou oblitération des conduits recteurs arrivant par le fait des habitudes des fonctions utérines, de certains états pathologiques des organes génitaux, les ovules se trouvent plus fréquemment arrêtés et de là déviés ; aussi les femmes bien réglées, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, les femmes mariées, celles qui ont des grossesses, une hypertrophie utérine et autres affections chroniques de la matrice, sont les plus exposées à contracter cette maladie. Secondairement, ces causes, stimulant la vie utérine, l'ovule placé en rapport avec un organe plus ou moins surexcité trouve plus d'éléments de développement, et il subit plus rapidement les transformations qui en font un corps ou un polype fibreux, tantôt simple, tantôt compliqué dans sa structure intime.

Note sur les eaux minerales iodurées de Heilbrunn, en Bavière, dites source d'Adélaïde ; par le docteur Feldmann.

Le village de Heilbrunn, ainsi appelé de la source d'eau minérale qui s'y trouve, est situé à huit milles de Munich, et à une demi-lieue du couvent autrefois si fameux des Bénédictins, dont il était une dépendance. Vers l'an 955, les Hongrois détruisirent cette source en même temps que le couvent. Cent ans plus tard, environ, les moines ordonnèrent des fouilles à l'endroit où la tradition disait qu'elle avait existé, et on la découvrit effectivement à une profondeur de quatre toises ; elle s'enflamma aussitôt, et il n'en fallut pas davantage pour faire dire qu'elle avait été créée par un miracle. On ne sait rien d'authentique sur l'historique de ces eaux pendant plusieurs siècles. Cependant il est certain qu'elles étaient déjà en grande réputation ; car Adélaïde, épouse de l'électeur Ferdinand, étant restée sans enfants pendant les huit premières années de son mariage, ses médecins lui en conseillèrent l'usage en 1659. Elles furent, disent les chroniques, d'une efficacité telle, qu'un an après l'électrice donna le jour à une fille, et qu'elle eut encore plusieurs autres enfants dans la suite. Cette cure contribua certainement à donner à la source une plus grande célébrité. Mais les visites fréquentes des baigneurs déplurent vraisemblablement aux moines, qui laissèrent peu à peu les bains tomber entièrement en ruines.

Après plusieurs autres vicissitudes, M. Maurice Debler devint propriétaire de la source, et la fit creuser.

Plusieurs analyses ont été faites de ces eaux ; voici celle de M. Barruel :

Un litre contient :

Iodure de sodium,	1,828 grains.
Bromure de sodium,	0,694
Chlorure de sodium,	73,800
Carbonate de soude,	9,503
Sulfate de soude,	0,950
Carbonate de chaux,	1,002
Carbonate de magnésie,	0,464
Silice,	0,260
Peroxyde de fer (représentant proto-carbonate de fer),	0,115
Matière organique analogue à l'acide chromique de Berzélius,	des traces.

100 pouces d'eau cubes ont fourni :

Gaz hydrogène carboné,	2,50 p. 0/0
Gaz acide carbonique,	0,50

Quant à ses caractères physiques, l'eau est limpide, claire et sans couleur ; versée dans un verre, elle petille et forme quantité de petites bulles gazeuses. Le goût en est presque semblable à celui du bouillon faiblement salé ; cependant avec une odeur et un arrière-goût de brôme, qui sont quelque peu désagréables.

Quant à l'emploi de cette eau, qui est envoyée par le propriétaire actuel dans des bouteilles contenant 27 onces, M. Wetzler nous apprend d'abord qu'elle se conserve des années entières. Les fibres ou les flocons qu'on y remarque quand on agite les bouteilles proviennent de la réunion d'animaux infusoires.

Les bouteilles doivent être couchées sur des planches dans une cave ; dès qu'on en aura ouvert une, on fera bien de la fermer avec un bouchon neuf. On peut boire l'eau dans toutes les saisons de l'année, même pendant l'hiver. D'abord on la prend à jeun, ou après le déjeuner. On évitera de la prendre trop fraîche et sortant de la cave. L'âge, le sexe, la constitution du malade, la nature, la durée, le degré de son mal, déterminent la quantité à prendre journellement. Les adultes commencent d'ordinaire par un tiers de bouteille, en augmentant de manière qu'au huitième jour ils en puissent prendre une demi-bouteille, et plus tard une bouteille entière. Quant aux enfants, il est bon de leur en donner d'abord un verre, et d'augmenter ensuite progressivement la dose jusqu'à deux et même trois verres. Aux très jeunes enfants, on ne la donne que par cuillerées à café et plusieurs fois par jour ; pour en améliorer le goût on y mêle du lait chaud, du bouillon, du sucre, etc.

Il est impossible de déterminer à l'avance la durée de chaque cure ; ce sont la nature, le degré, la durée du mal qui en décident.

Quant aux indications, le mémoire que nous analysons ne fournit que des indications trop vagues pour pouvoir être reproduites. Ces eaux paraissent surtout convenir aux affections scrofuleuses et aux engorgements des viscères.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire des méningites cérébro-spinales ; par C. Broussais.

De 1837 à 1842, il a régné dans différentes garnisons en France, une maladie grave, des plus meurtrière, qui s'est quelquefois étendue à la population civile, mais qui a fait ses principales et souvent ses seules victimes parmi les troupes. Cette maladie était une méningite cérébro-spinale.

Partie des deux extrémités du midi de la France, elle a circonscrit le royaume par deux embranchements, l'un commençant à Bayonne et longeant toute la côte occidentale pour se replier au nord et se rabattre sur Metz et Strasbourg ; l'autre, s'étendant de Narbonne et Perpignan au midi et à l'Est, puis remontant vers le nord pour s'arrêter à Lyon. Dans ce double circuit, qui renfermait la France comme entre deux serres, la méningite a envoyé des irradiations vers l'intérieur, et sa marche ne fut pas toujours régulière ; tantôt elle sembla se déranger de sa route primitive pour s'écarter dans un sens tout différent ; mais elle reprenait ensuite son cours. D'autres fois elle parut revenir sur ses pas, puis elle s'arrêtait tout court. Dans quelques cas, elle resta long-temps dans un lieu sans s'étendre ou ne s'étendant que dans un sens ; puis, tout à coup, au bout d'un an, deux ans, trois ans, elle s'échappait au loin. Ainsi, tandis qu'elle passait immédiatement de Versailles à Metz, elle attendait un an avant de faire irruption en Normandie ; de Narbonne et de Foix, elle fut deux ans avant de s'abattre sur Avignon, trois ans avant d'aller à Perpignan, et quatre ans avant d'envahir Aigues-Mortes. Une remarque du plus haut intérêt, c'est que dans plus d'un lieu où elle jeta ses embranchements, la méningite perdit son caractère épidémique et ne se manifesta que par quelques cas sporadiques, comme à Tours, à Blois, à Château-Gonthier, à Rambouillet, à Cherbourg, dans les environs de Strasbourg, et que dans plusieurs villes où elle sembla se naturaliser et prendre le caractère endémique, il y eut des années où l'on n'observa que quelques cas isolés, comme à Bayonne en 1838 et 1839, à Versailles en 1840, etc.

Pour mieux faire suivre la marche de l'épidémie dans son irrégularité même, M. Broussais a dressé un tableau qui fixe les époques de son apparition dans chaque lieu et le nombre des malades et des morts toutes les fois qu'il a pu se le procurer. Sur 38 manifestations de l'épidémie, 21 fois le nombre des malades n'est pas indiqué, et en additionnant les 17 fois où il a pu être précisé, on trouve 1049 malades. Quant au nombre des morts, il a été plus régulièrement donné, il s'élève à 753, et l'indication n'en manque que 7 fois. D'ailleurs cette épidémie a été grave, non seulement par le nombre des individus qui en ont été atteints, mais surtout par la proportion des morts, qui a été une moyenne de 1 sur 1,76 malades ; mortalité qui dépasse celle du choléra. M. Casimir Broussais s'est attaché à résoudre par des faits plusieurs questions importantes de l'histoire de la méningite ; nous en signalerons quelques-unes.

L'étiologie est une de celles sur laquelle règne encore le plus d'obscurité ; cependant il résulte des faits, que les marches forcées, l'encombrement et les fatigues de la vie militaire, surtout pour les jeunes soldats, ont été des circonstances, sinon déterminantes, du moins aggravantes de l'épidémie. Aucun fait de contagion n'a été constaté. M. Casimir Broussais reconnaît deux formes principales, correspondant aux deux premières périodes de la maladie, l'une d'excitation, l'autre de collapsus ; mais il a soin de faire remarquer que ces deux périodes sont quelquefois interverties dans leur ordre de succession, que d'autres fois elles alternent ; enfin que les symptômes de l'une se mêlent souvent à ceux de l'autre. Vient ensuite une troisième période finale ; souvent typhoïde. Des observations sont citées à l'appui de cette division symptomatique, qui renferme autant de sous-divisions qu'il y a de symptômes prédominants.

M. Broussais, après avoir parcouru tous les détails de la symptomatologie, arrive au diagnostic, et là établit une discussion du plus vif intérêt sur les caractères qui distinguent la méningite de la fièvre typhoïde et de la fièvre pernicieuse. Ce dernier point surtout attire son attention avec d'autant plus de raison que, dans plusieurs localités, la méningite épidémique fut d'abord prise pour une fièvre pernicieuse. Mais qu'est-ce qu'une fièvre pernicieuse qui fait suppurer les méninges en trente six heures, et dont le sulfate de quinine, même à haute dose, ne modifie point la marche ? « Si, dit en terminant M. Broussais, nous avons des preuves du caractère intermittent que revêtent souvent les affections cérébrales, si nous nous rappelons que des méningites traumatiques avec vastes collections purulentes ont pu se manifester par des symptômes tout à fait intermittents, nous considérerons comme entièrement résolue la difficulté soulevée par les partisans de la fièvre pernicieuse, et nous dirons que c'est bien une épidémie de méningite et non de fièvre pernicieuse qui, depuis quelques années, a affligé nos troupes dans différentes contrées de la France. »

L'article consacré aux nécropsies n'est pas le moins intéressant ; outre qu'il abonde en descriptions détaillées de toutes les particularités d'anatomie pathologique relatives à l'affection épidémique, M. Broussais y a soulevé et même résolu par des faits quelques questions d'une importance majeure sur la correspondance des symptômes avec les lésions.

Le caractère anatomique de la maladie était une suppuration sous-arachnoïdienne étendue de la tête au rachis ; le liquide cérébro-spinal était plus ou moins trouble, épaissi, enfin purulent, sous forme de rubans pseudo-membraneux. M. Broussais cite des cas de suppuration formée en quarante-huit heures, en trente-six heures et même en quinze heures.

Le fait capital, c'est la méningite suppurante ; mais jusqu'à quel point la pulpe cérébrale ou spinale reste-t-elle étrangère à l'inflammation ? C'est encore par des faits que l'auteur résout cette question ; et il prouve que si l'encéphalite ou la myélite ont quelquefois compliqué la méningite, celle-ci a suffi pour provoquer l'appareil effrayant des symptômes de l'épidémie, et non seulement la lésion du sentiment et du mouvement, mais encore celle des sens, l'exaltation ou l'abolition complète de la sensibilité, l'altération des facultés intellectuelles, des convulsions générales, puis une résolution et une véritable paralysie, voire même une hémiplégie, sans que la pulpe du cerveau ni de la moelle fût altérée d'une manière sensible.

L'auteur est d'accord avec MM. Tourdes, Forget, etc., sur la concomitance fréquente de l'entérite folliculeuse. Il note aussi l'état du sang qui fut en général trouvé couenneux, consistant, très fibrineux, formant des caillots blanchâtres, durs et résistants dans le cœur.

Il s'étend assez longuement sur le traitement, et passe en revue les évacuations sanguines, le froid, les révulsifs, les vomitifs, les purgatifs, les antispasmodiques, les narcotiques et le sulfate de quinine ; conseillant en définitive, comme très efficaces au début, les saignées générales et locales abondantes, et répétées sans perdre de temps, et employées de prime-abord, à moins que le malade ne soit dans le collapsus et le

coma, auquel cas il recommande fortement les cautérisations transcurrentes le long du rachis.

Un dernier article sur la nature de la maladie résume les principales opinions émises par l'auteur.

Ce travail ne peut manquer de fixer l'attention des médecins. Il a deux sortes de mérite. L'un qui résulte de l'origine des matériaux avec lesquels il a été composé, et qui sont des comptes-rendus et des mémoires envoyés au Conseil de santé des armées par les différents officiers de santé des garnisons où a sévi l'épidémie : sous ce rapport, le travail de M. Casimir Broussais est d'une impartialité complète, d'une indifférence absolue quant aux doctrines médicales. L'autre genre de mérite du Mémoire que nous analysons réside dans la forme même que M. Broussais a donnée à son œuvre, et dans les conclusions qu'il a tirées. Il a d'ailleurs mis autant de bonne foi dans l'exposition des idées des autres que de franchise dans le développement des siennes; de sorte qu'il a donné au lecteur le moyen de le juger lui-même et de se faire une opinion indépendante.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la pustule maligne.

Les règles générales de ce traitement sont les suivantes : Si le diagnostic de la maladie est bien sûr et établi, il faut d'abord éloigner tout trouble évident de la santé générale par l'emploi des altérants et des toniques, et ensuite on s'occupera d'extirper aussitôt que possible l'affection locale pourvu que cela pût être fait d'une manière complète. Si, au contraire, le cas est douteux, on adoptera tout de même un plan de traitement altérant qui pourra triompher de la maladie, si elle n'est pas de nature maligne, ou en retarder les progrès si elle est telle. Enfin, si la maladie est bien réellement maligne, mais qu'il ne soit pas possible ni prudent d'en opérer l'extirpation, la règle à suivre sera la même : on dirigera tous ses efforts du côté de l'état général, on tâchera d'améliorer cet état, et de cette manière on retardera autant que possible sa marche funeste.

L'acide nitrique employé dans les cas d'hémorrhoïdes.

Le docteur Houston recommande vivement l'emploi de cet acide dans le but de détruire cette surface tendue, tuméfiée et saignante de la muqueuse anale qui couvre les hémorrhoïdes internes et qui est la cause de leur excessive irritabilité et de leurs fréquentes hémorrhagies. Voici comment il procède à cette petite opération. Après avoir fait sortir au-dehors l'hémorrhoïde, il trempe dans de l'acide nitrique concentré une baguette de bois bien polie, et la passe sur la surface de l'hémorrhoïde même, ensuite il applique sur celle-ci un peu d'huile d'olive, pour empêcher que le caustique s'étale trop loin sur la muqueuse. Le traitement consécutif est le même que celui qu'on emploie à la suite de la ligature des hémorrhoïdes. Lorsque l'eschare produite par l'acide est détachée, la surface se cicatrise généralement assez vite et laisse la partie un peu resserrée à cause de la cicatrisation des tissus.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi quelques observations sur les renseignements relatifs au comité dit *secret* de l'Académie royale de médecine, que vous avez insérés dans votre numéro d'hier (1).

MM. Orfila, Dumas et Royer-Rollard, d'après votre correspondant anonyme, ont demandé que, par une *révision du règlement*, l'Académie pût choisir en dehors de la présentation des candidats faite par ses sections. Votre correspondant combat cette proposition, sans alléguer aucun motif, sinon qu'il voit dans la mesure proposée un *piége* tendu à l'Académie *que la Faculté veut depuis long-temps dominer*.

Je n'assistais pas au comité secret de l'Académie ; je n'ai appris de personne ce qui a été allégué pour ou contre la proposition, ni ce qui a été décidé : c'est donc contre l'opinion seule de votre correspondant que je m'élève, Monsieur le Rédacteur, et voici mes motifs.

Supposons qu'un praticien dont le nom se rattache à la plus belle conquête de la chirurgie moderne se présente à une section composée de neuf membres ; il suffira que cinq d'entre eux votent contre la présentation, pour qu'il soit dans l'impossibilité d'être présenté aux suffrages de l'Académie, l'opinion de la plupart des membres dût-elle lui assurer pour l'élection une immense majorité.

Supposons plus encore : qu'un autre candidat se présente dans une section composée de cinq membres; que trois s'opposent à ce qu'il soit placé sur la liste. Quelque estime qu'ait l'Académie pour les travaux de ce candidat, elle sera mise par trois voix dans l'impossibilité de lui rendre justice !

Ne vous hâtez pas, Monsieur le Rédacteur, de croire mes suppositions impossibles.

La section d'hygiène était réunie pour une présentation, je me trouvais être son secrétaire; il nous parvient une lettre de M. Le Roy-d'Etiolles, qui demande à être placé sur la liste, faisant observer *que ses principaux travaux ne sont pas relatifs à l'hygiène*. La réputation scientifique du candidat allait le faire admettre sans contestation, quand Double me demanda lecture entière de la lettre de M. Le Roy. Or cette lettre (1) était, autant que je puis me le rappeler, terminée par cette phrase : *Vous apprécierez, Messieurs, pourquoi je me présente dans la section d'hygiène, et prends ce chemin détourné pour arriver à être soumis aux suffrages de l'Académie.* Double, qui, comme toute la section, appréciait les travaux de M. Le Roy, fit néanmoins observer que nous n'étions pas convoqués pour réparer l'erreur d'une autre section; il fut décidé qu'un mot flatteur pour le candidat serait introduit dans le rapport, mais voilà tout ce qu'obtint M. Le Roy.

La section de médecine vétérinaire se trouva, un moment, composée de quatre membres ; on y ajouta, pour constituer un nombre impair, et pour qu'il fût possible de procéder à une présentation, un membre pris dans une autre section; or ce membre et un de ceux de la section de médecine vétérinaire, ne purent faire placer sur la liste un candidat dont les chances étaient redoutables à ses rivaux, et trois voix l'empêchèrent d'être présenté aux suffrages de l'Académie.

Votre éloquent et trop timide correspondant, Monsieur le Rédacteur, rappelle, en terminant sa lettre, que *toute société scientifique sans indépendance a perdu par cela même tout principe de dignité, d'influence et d'autorité.* Je ne vois pas encore comment la mesure proposée menace l'indépendance de l'Académie ; et quant à ce qui est de sa dignité, il faut pour la maintenir éviter que l'opinion publique, si généralement soupçonneuse, et qui parfois a de bonnes raisons pour l'être, puisse admettre que la rivalité de profession joue jamais un rôle dans les questions de présentation à l'Académie.

La proposition dont il s'agit me semble exprimer le vœu que l'Académie a de maintenir son indépendance. Cette proposition a suivi en effet le renvoi à une section, d'un rapport sur lequel l'Académie ne voyait pas le nom d'un candidat qu'elle jugeait apparemment digne d'y figurer, et auquel par suite de la lettre du règlement, mais non de l'ordonnance royale, elle se trouvait dans l'impossibilité de prouver son estime.

Il résulte de ce règlement rédigé et observé tel qu'il est, que l'Académie ne nomme pas ses membres, qu'elle n'est appelée qu'à sanctionner l'un des choix qui lui sont imposés par la majorité d'une section.

Or, lorsque l'Académie sera réduite à cent membres, aux termes de la nouvelle ordonnance, sept voix dans la section même la plus considérable, pourront décider du suffrage de tous ; dès lors (qu'il me soit permis de prévoir jusqu'aux limites du possible) il pourra arriver qu'un candidat, bien que jugé par quatre-vingt-douze membres inférieur à des candidats non portés sur la liste, soit nommé ; en revanche, qu'un candidat sûr de réunir quatre-vingt-douze voix, ne parvienne pas même à l'honneur d'être présenté ; et, dans les circonstances actuelles, si l'on suppose que les membres de la section ne soient pas au complet, ce qui arrive presque toujours, la différence est encore plus considérable.

Si grande donc que soit la part faite à la compétence spéciale d'une section, dans l'Académie de médecine, on ne peut pas admettre dans l'ensemble des membres de cette compagnie, une telle inaptitude à juger un candidat de quelque section que ce soit, qu'on doive destituer le corps entier, de ce droit conforme à la raison, et à la lettre de l'ordonnance, celui d'admettre seulement dans son sein les membres acceptés par la majorité réelle.

Il est de principe que plus on s'éloigne des nominations faites par le petit nombre, conséquemment des intérêts privés, plus on se rapproche de la justice. L'exemple de l'Académie des sciences est bon à citer ici, car nulle part ailleurs il n'y a plus grande diversité entre les sections, et cependant cette Académie se conserve le droit de choisir en dehors des présentations qu'elles font. Le rôle des sections ne consiste, comme cela doit être, qu'à éclairer le choix de l'assemblée, et, en bornant là leur rôle, elle leur épargne le soupçon de partialité.

Je crois donc que la proposition de MM. Orfila, Dumas et Royer-Collard doit être admise. Agréez, etc.

CH. LONDE.

Ce 4 février 1844.

(1) La lettre dont fait mention M. Londe a été insérée le 3. Le défaut d'espace nous a fait seul différer la réponse de M. Londe jusqu'à ce jour.

(1) Elle était adressée à l'Académie et non à la section.

NOUVELLES.

L'Académie des sciences, dans son comité secret, a adopté les conclusions suivantes d'un rapport sur le concours pour le prix de *Physiologie expérimentale.*

1° Le prix est décerné à M. le docteur Laurent, pour ses recherches expérimentales, anatomiques et physiologiques sur l'hydre verte et l'éponge fluviatile.

2° Une mention honorable est accordée à M. Robert-Latour, pour ses recherches et expériences physiologiques et pathologiques sur le mécanisme de l'inflammation.

3° La commission propose et l'Académie ordonne l'impression, dans le Recueil des savants étrangers, d'un travail de M. Léon Dufour, intitulé : Recherches anatomiques et physiologiques sur les diptères.

M. Rayer, au nom de la commission chargée de l'examen des pièces adressées au concours pour le prix Manni, concernant les *morts apparentes* et les moyens de prévenir les enterrements prématurés, déclare qu'aucune des pièces parvenues à l'Académie n'a paru mériter le prix, et propose de remettre la question au concours pour 1846.

Cette proposition est adoptée.

— Voici le texte de la lettre adressée par M. Tanchou à l'Académie de médecine :

Sans attendre la fin de la discussion sur les tumeurs du sein, je crois devoir faire connaître à l'Académie mon sentiment à cet égard. Je m'y trouve d'autant plus autorisé, que les diverses publications que j'ai faites sur ce sujet depuis deux ans n'ont pas eu d'autre but.

Tout ce qu'a dit M. Cruveilhier à cette occasion est généralement vrai, surtout en ce qui touche l'opération.

Dans un travail actuellement sous presse, je prouverai par plus de trois cents faits recueillis dans les auteurs, que l'on peut arrêter la marche de ces tumeurs ; prévenir les cancers ; améliorer considérablement l'état des personnes qui en sont affectées ; prolonger beaucoup leur existence, et quelquefois les guérir sans le secours d'aucune opération. On s'abuse donc sur les avantages de celle-ci, et surtout sur son innocuité dans le cas dont il s'agit ici ; car on sait, d'une part, qu'à elle seule, elle n'a jamais guéri les cancers ; de l'autre, que le mal se reproduit après, et devient plus promptement mortel.

Cependant quelques chirurgiens sont venus dire que toute la question se résumait dans le diagnostic de la maladie...! Erreur ; comme M. Roux l'a très bien prouvé dans la dernière séance : Tous les jours dans les amphithéâtres, ils sont obligés de rectifier les jugements qu'ils avaient porté à cet égard.

En résumé, même dans les tumeurs du sein, je ne suis pas pour l'opération, du moins comme règle, mais par exception, et toujours, comme dans le cancer confirmé, précédée, et surtout suivie d'un traitement interne, dont la nécessité serait si utilement agitée devant l'Académie.

La *Bibliothèque d'Élite* de Ch. Gosselin vient de s'enrichir de deux ouvrages qui attirent vivement la curiosité : *Jeanne d'Arc*, par M. Alex. Dumas, et les *Lettres à Camille sur la Physiologie*, par M. Isid. Bourdon. — Le premier de ces deux ouvrages, que M. Alexandre Dumas a écrit avec cette finesse de style qui lui est propre, œuvre d'érudition et de cœur, conçue dans un noble sentiment d'enthousiasme, accompli avec persévérance, est une sorte de reliquaire précieux qu'une main pieuse s'est plue à composer en mémoire d'une des plus grandes existences du XV[e] siècle, de cette jeune fille innocente et simple dont les célestes inspirations ont soutenu la France sur le penchant de sa ruine, et l'ont arrachée à l'oppression étrangère.

Les *Lettres à Camille sur la Physiologie*, par M. Isid. Bourdon, n'offrent pas moins d'intérêt ; destinées aux femmes, l'auteur a voulu décrire pour elles les mystérieuses merveilles de notre organisation. En se tenant à une égale distance de la frivolité, qui ne prise que les fleurs, et du pédantisme, qui n'en cueille jamais sans les meurtrir, M. Isid. Bourdon a exposé, avec un rare bonheur, les fonctions de la vie, et, en le suivant dans ses lumineuses descriptions, la personne la plus étrangère à cette étude délicate comprendra comment la nutrition s'opère, comment les mouvements s'exécutent, et comment se produisent les impressions de la lumière, des sons, du toucher, des saveurs et des odeurs. Un des plus grands mérites de cet ouvrage est de pouvoir être lu avec plaisir par les gens du monde, avec profit par les étudiants, et avec plaisir par les maîtres.

PARIS. — IMPRIMERIE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 17. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL COCHIN. — M. MONNERET.

Erysipèle chez un nouveau-né.

Au n° 2 bis de la salle Saint-Jacques, est entré, le 23 janvier, un enfant du sexe féminin, né le 3 du même mois. Le mal a débuté le 16 par une plaque rouge siégeant à droite des parties génitales. Hier encore il n'occupait que les environs du pubis, et dans la nuit du 23 au 24 il s'est étendu sur le ventre.

A la visite du 24, la rougeur érysipélateuse occupe tout le côté droit de la poitrine jusque sous l'aisselle, toute la partie postérieure du tronc, et à gauche elle forme une zone qui s'étend jusqu'à la ligne blanche, et de là à l'aisselle du même côté. La partie interne du membre inférieur droit et toute la cuisse gauche jusqu'au genou sont également envahis. Cette rougeur est diffuse, sans élévation de la peau; elle est peu vive et s'efface sous le doigt. Elle commence à disparaître des parties externes de la génération, dont les deux lèvres sont œdémateuses et présentent un commencement de desquammation. Le pouls est à 152. Il n'y a ni vomissements, ni plaques diphtéritiques dans la bouche; l'enfant tette bien, et repose assez bien dans la nuit. Trois à quatre selles par jour. Fomentations émollientes.

Le 25, 160; l'érysipèle s'est étendu sur toute la partie antérieure de la poitrine jusque dans le pli du cou où il s'arrête. Il présente dans tous ces points une couleur rouge-brique. Toute la cuisse gauche et la fesse du même côté, où il s'est éteint, offrent une teinte livide bleuâtre. Une selle. L'enfant continue à bien teter.

Le 26, 144. On observe dans le pli de l'aine des excoriations dont l'existence remonte aux premiers jours de la maladie. L'érysipèle n'est pas encore effacé sur le tronc; il s'étend en bas jusqu'au tiers inférieur de la jambe gauche, et en haut au cou et à toute la partie postérieure de la tête. Deux selles. Un vomissement.

La mort a eu lieu le 27 par un affaiblissement graduel et un peu d'assoupissement sans convulsions.

Autopsie, 26 heures après la mort.

Le tronc et les membres sont le siége d'une rougeur assez prononcée et d'une induration qui tient sans doute au froid extérieur. Le sujet n'est nullement amaigri, et la peau est doublée partout d'un pannicule graisseux épais.

Poitrine. Epanchement assez abondant d'un liquide séro-purulent dans les cavités des plèvres, surtout à gauche, où ce liquide est constitué par une matière purulente très prononcée. La plèvre pariétale de ce côté est injectée; le poumon gauche présente çà et là quelques plaques formées par une fausse membrane blanchâtre, rétractée et assez adhérente à la plèvre. Le lobe inférieur est densifié, et présente, à la base surtout, une induration médiocre et générale, et en outre quelques points de pneumonie lobulaire. Le poumon droit est un peu engoué. On voit ça et là, sous la plèvre, des taches noirâtres ecchymotiques.

Le cœur est sain.

Abdomen. Estomac sain. Intestin généralement pâle. Trois petites ulcérations arrondies, peu saillantes, et ne siégeant pas sur les plaques de Peyer. On voit très distinctement sept à huit plaques de Peyer légèrement hypertrophiées. Le foie est sain et sans ecchymoses à sa surface. Les reins offrent, à l'extérieur, une congestion violacée. Leur substance est fortement hypérémiée.

Cavité crânienne.. Les membranes du cerveau sont pâles. La substance cérébrale présente cette injection assez forte particulière aux enfants.

L'érysipèle, chez les nouveau-nés, affecte dans sa marche, ses symptômes et ses terminaisons, une forme si différente de celle de l'adulte, qu'on a peine à comprendre comment quelques auteurs qui ont écrit récemment sur la pathologie des enfants, n'ont pas insisté sur ces différences.

M. Trousseau, dans un article récent, a parfaitement indiqué les caractères que présente cette maladie chez les enfants. Chez le jeune sujet dont nous vous avons rapporté l'observation, l'érysipèle a débuté sur les parties génitales et la région pelvienne, au milieu de la santé la plus parfaite, et sans avoir été précédé d'aucun symptôme d'invasion. Malgré ces circonstances favorables et la constitution robuste de l'enfant, le mal a marché avec une grande rapidité. Il a parcouru en trois jours tout le corps, moins l'extrémité céphalique, ne donnant lieu qu'à des symptômes peu graves en apparence, et qui auraient pu faire croire à un observateur peu habitué à voir les maladies des nouveau-nés, que l'érysipèle devait se terminer favorablement. La mort a été subite.

L'autopsie nous a révélé plusieurs lésions qui, sans expliquer la rapidité de cette terminaison funeste, permettent toutefois de comprendre pourquoi elle est ainsi survenue. En effet, l'épanchement purulent trouvé dans la plèvre, la pleurésie pseudo-membraneuse, l'engorgement pulmonaire et les noyaux de pneumonie lobulaire constituent des lésions fort graves. Il y avait en outre plusieurs taches ecchymotiques dans la plèvre, une hypérémie considérable aux reins, et trois ulcérations dans le canal digestif.

En même temps que cet érysipèle se montrait dans la salle des nourrices (janvier 1844), plusieurs adultes étaient atteints de la même maladie. Chez trois d'entre eux elle siégeait à la face. Chez une quatrième malade, accouchée depuis deux mois et employée comme fille de service à la Maternité, l'érysipèle, après avoir occupé la jambe gauche, parcourut successivement toutes les parties du corps et s'accompagna de phénomènes typhoïdes graves auxquels elle finit par succombe. Chez elle un des poumons était le siége d'une hépatisation rouge, et dans l'intestin se montraient quinze à vingt plaques de Peyer saillantes, hypertrophiées, et dans lesquelles on ne retrouvait ni ces indurations du tissu sous-muqueux, ni les autres caractères que présentent ces mêmes plaques dans la fièvre typhoïde. Toutefois cette hypertrophie déjà signalée dans l'érysipèle et dans les exanthèmes par les auteurs ne manque pas d'une certaine importance. Nous devons aussi mentionnner cette circonstance que la malade qui a succombé à ce grave érysipèle était accouchée depuis deux mois et vivait dans la maison d'accouchement où régnaient en ce moment un grand nombre de fièvres puerpérales du plus mauvais caractère.

Chez les trois autres sujets, dont deux femmes et un homme, l'érysipèle se termina heureusement et sans avoir offert de symptômes graves. Plusieurs médecins pensent que dans presque tous les cas une lésion de la peau ou quelque cause extérieure expliquent le développement de cette maladie. Cette opinion ne saurait être soutenue d'une manière générale ; dans aucun des cas dont nous venons d'être témoin nous n'avons pu surprendre l'intervention d'une cause de cette nature, malgré les soins que nous avons mis à les rechercher. Cette opinion d'ailleurs ne rend en aucune manière, compte du développement de l'érysipèle si commun sous l'influence d'une constitution épidémique. Ne voit-on pas, en effet, dans les hôpitaux, et à certaines époques de l'année, ce mal survenir au milieu des conditions pathologiques les plus diverses? Nous admettons volontiers que les lésions ayant leur siége sur la peau, les irritations de cette enveloppe, etc., agissent à titre de causes déterminantes; mais là s'arrête leur rôle, et il y a sans doute une cause plus puissante que nous ne connaissons pas. Les symptômes eux-mêmes prouvent que l'érysipèle n'est pas une affection purement locale : les glandes lymphatiques se tuméfient souvent plusieurs jours avant que la rougeur cutanée ne paraisse, ainsi que nous avons eu occasion de le voir sur plusieurs sujets.

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DES VERS INTESTINAUX (Suite);

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.

Hufeland cite une observation dans son ouvrage sur la petite vérole naturelle et inoculée (Berlin, 1798, in-8°, *voir* Bibliothèque médicale, t. LXVII, p. 149) ; M. Revest en rapporte une non moins remarquable dans sa table (Considérations sur quelques cas pathologiques dus à la présence des vers dans le tube intestinal ; thèse, Montpellier, 1831, in-4°, n° 72, pag. 15) ; et enfin M. Külinholtz a publié le fait suivant dans lequel le diagnostic fut primitivement sanctionné par M. Lordat (Ephémérides médicales de Montpellier), 1827, t. VI, p. 121).

« En 1818, je fus prié de voir un enfant de neuf ans, appelé Cavalier, dont les cheveux étaient d'un châtain foncé, le tempérament éminemment sanguin et la constitution très forte. Ce jeune malade éprouvait depuis quelques jours du malaise, de l'anorexie et une douleur abdominale assez obtuse et vague. Il tenait constamment fermés ses yeux, qui ne pouvaient supporter la lumière ; la face était animée, et le malade profondément assoupi ; la respiration était accélérée et suspireuse par intervalles, la chaleur considérable et le pouls fréquent, dur et irrégulier. Mais ce qui me parut surtout digne de remarque, ce fut l'état du cœur. Le petit Cavalier éprouvait des palpitations de cet organe, si violentes qu'elles ébranlaient la poitrine et étaient facilement entendues à quatre pas du lit.

» Dans cette circonstance, les symptômes qui faisaient présumer l'existence d'une lésion organique du cœur étaient si fortement exprimés ; le pouls était si fréquent, si irrégulier, les mouvements du cœur si violents et si tumultueux, que je ne pus m'empêcher de soupçonner très fortement une lésion organique de ce viscère. Mes soupçons se convertirent en certitude quand j'eus vu M. Lordat, que j'avais fait appeler en consultation, penser absolument comme moi-même. Des sangsues furent appliqués aux cuisses et une potion antispasmodique donnée par cuillerée toutes les trois heures.

» Le lendemain, je trouvai le malade un tant soi peu mieux ; les piqûres des sangsues avaient laissé couler, pendant la nuit, une assez grande quantité de sang ; le pouls était moins dur, mais son irrégularité, ainsi que les désordres du mouvement du cœur et l'assoupissement, étaient toujours les mêmes. La douleur abdominale était sssez vive pour que le jeune malade y portât la main. Je remarquai qu'il se frottait plusieurs fois le nez avec un air d'impatience et d'ennui, qui me fit penser qu'il devait y être souvent obligé. Je demsndai aux parents si l'enfant avait fait quelques vers ; on me répondit par l'affirmative, et je remarquai que les pupilles étaient extraordinairement dilatées.

» L'indication me parut assez claire pour que je ne dusse pas balancer à la saisir. Je prescrivis aussitôt une forte infusion de tanaisie, et quatre pilules contenant chacune deux grains de calomel et quatre grains d'assa fœtida, à prendre de trois heures en trois heures. Le malade passa la journée et la nuit qui la suivit, à peu près dans le même état ; mais le lendemain, dans la matinée, quelques heures avant ma visite, le jeune Cavalier fit deux forts vers lombrics, et l'assoupissement, l'accélération et l'irrégularité du pouls, les palpitations et tous les autres symptômes, disparurent aussitôt comme par enchantement.

» J'ai vu plusieurs fois cet enfant depuis cette maladie, et jamais il ne s'est plaint d'aucun autre symptôme qui pût faire soupçonner une lésion organique du cœur. »

Paralysie. Nous ne connaissons que deux cas de paralysie produite sympathiquement par les vers. Mais peut-être ces faits ne paraissent-ils si rares, que parce que généralement l'attention des observateurs est peu fixée sur cette cause de maladie, et parce que dans bien des cas où elle a existé, on a considéré sans doute la présence des vers comme une simple coïncidence. Nous ne saurions donc trop engager les médecins à diriger leur observation sur ce point, toutes les fois qu'ils auront à traiter des paralysies idiopathiques, c'est-à-dire, sans lésion apparente du cerveau ou de la moelle épinière.

Dans l'observation qu'on va lire, les accidents, après avoir résisté pendant trois mois à un traitement actif et rationnel, disparurent trop promptement après l'expulsion d'un tænia, pour qu'on ne soit pas forcément conduit à conclure de l'effet à la cause.

« Une femme de trente-six ans, dit M. Moll, de Vienne (L'Expérience, 1840, T. VI, p. 47), fut atteinte d'une paralysie des extrémités supérieures. Fièvre intense, douleurs très vives dans les articulations, absence d'appétit, pression à l'épigastre, constipation ; plus tard, état soporeux, respiration courte, angoisses, palpitations, fourmillement dans les doigts et les orteils, etc., etc. Les saignées générales et locales, d'autres antiphlogistiques, les révulsifs ne changèrent rien à son état, qui dura pendant trois mois entiers. M'étant décidé à employer une méthode altérante, je prescrivis trois grains d'émétique dans trois onces d'eau distillée, à prendre psr cuillerées à café. La malade prit cette solution par cuillerées à soupe, et rendit bientôt après la troisième dose un tænia incomplet long d'environ trente pieds. La paralysie des extrémités supérieures cessa subitement, aussitôt après l'expulsion du tænia ; quelques nouvelles doses d'émétique achevèrent de chasser le reste du ver ; tous les symptômes disparurent peu à peu. »

Citons encore un fait tout aussi convaincant. Il fut publié en 1819 par M. Mangon, médecin de l'hospice civil de Carentan (Recueil périodique, t. LXVII, p. 76).

Joseph, âgé de neuf ans, fort, bien constitué, issu de parents sains, ayant une sœur dont le côté droit est resté paralysé à la suite de convulsions qu'on attribua à la présence de vers dans le conduit alimentaire, éprouve une syncope après avoir goûté. Soumis à l'observstion deux heures après : nulle connaissance, pâleur extrême de la face, pupille dilatée et insensible, froid et lividité des pieds et des mains, pouls à peine sensible; nul effet des irritants. Mouvements dans l'abdomen, non seulement reconnus par le toucher, mais qu'on voit aisément. Les mâchoires ne sont point resserrées ; déglutition impossible. (Friction chaude d'une décoction de tanaisie, bain dans ce même liquide.) Vomissement, chaleur à la surface du corps, convulsion, retour de connaissance, paralysie du côté droit, pouls petit. (Potion vermifuge.) Deuxième jour : mouvements convulsifs dans les deux côtés, vomissement de mucosités écumeuses, chaleur, rougeur de la face ; pouls petit, vite ; mouvements de l'abdomen. (Même médication.) Deux vers rendus par la bouche, sans vomir ; selle de mstières grisâtres avec cinq vers ; la paralysie est complète. Troisième jour : calme, sommeil, quinze vers rendus par les selles ; paralysie. Quatrième, cinquième et sixième jours : l'enfant a rendu plus de soixante-dix vers lombrics, et son état devient de plus en plus satisfaisant ; la paralysie diminue. Le douzième jour, guérison ; le côté droit est aussi fort que le gauche.

Quelle maladie du cerveau aurait donc pu produire si subitement des accidents aussi graves ? Il ne pourrait y avoir qu'un épanchement sanguin ou séreux. L'âge du malade doit peut-être éloigner entièrement toute idée d'épanchement sanguin. Resterait l'épanchement séreux ; mais un épanchement séreux assez abondant pour produire dès le second jour une paralysie complète, pourrait-il disparaître pour ainsi dire subitement en quelques jours, sans laisser aucune trace de son existence ? Et, au contraire, l'expulsion de 92 vers en quatre jours, expulsion suivie presque immédiatement de la cessation des accidents, n'explique-t-elle pas suffisamment la nature de la maladie ? C'est l'opinion que j'adopte, en m'appuyant encore sur deux autres observations, l'une publiée dans la Gazette médicale (1837, p. 797), et l'autre que je citerai à l'article *Strabisme ;* enfin je rsppellerai que M. Meaikley en a aussi recueilli.

Sensibilité de la peau (*Accroissement de la*). Dans plusieurs des observations qui ont été relatées jusqu'à présent, on a dû remarquer que les malades avaient accusé une augmentation de la sensibilité de diverses parties. Tissot a fait la même remarque. Il dit qu'en Hollande, les enfants sont sujets à des douleurs si violentes et si générales, qu'ils poussent des cris perçants, en quelque endroit qu'on les touche. Il faut bien prendre garde, ajoute-t-il, de s'y tromper, et de traiter ces douleurs comme le rhumatisme ordinaire. Cette maladie dépend quelque-

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Observation de tumeurs hydatiques occupant la fosse iliaque gauche.

Dans le courant d'octobre dernier, un homme âgé de quarante-cinq ans, d'une taille et d'une force moyennes, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra dans la salle de M. Blandin, et fut placé au n° 39 de la salle Saint-Jean. Cet homme exerçait la profession de charron, à Lieusaint, village des environs de Paris. Il avait toujours joui d'une bonne santé avant la maladie pour laquelle il venait réclamer les soins de la chirurgie. Interrogé sur ses habitudes, il répondit qu'il menait une vie très régulière. Il habitait une maison parfaitement saine et aérée. Il y a environ un an, au milieu de toutes les apparences de la santé, il crut sentir, pendant la nuit, une grosseur dans la fosse iliaque gauche; mais cette sensation un peu vague ne fit d'abord qu'une impression légère sur son esprit. Cependant, au bout de quelques jours, il éprouva dans la même région un sentiment de gêne et de malaise qui le portèrent à s'examiner avec plus de soin, et lui firent constater d'une manière positive la présence de la tumeur qu'il n'avait fait que soupçonner. Il n'en continua pas moins à se livrer aux pénibles travaux de son état, car la tumeur restait stationnaire, et la douleur était si légère qu'il n'en avait conçu aucune inquiétude. Pendant l'été dernier, des changements importants se manifestèrent. Cette même tumeur fit de rapides progrès, et devint le siége de douleurs beaucoup plus vives s'irradiant dans toute la face antérieure de la cuisse gauche. Quelques soins opposés à cet état n'apportèrent pas le moindre soulagement. Les douleurs ne firent que s'accroître; le malade perdit le sommeil et l'appétit; ses digestions devinrent difficiles; ses forces subirent une diminution progressive, et un amaigrissement assez notable vint témoigner du degré de ses souffrances.

Enfin le 28 octobre dernier, un an après le début des accidents, il vint chercher à Paris, dans le service de M. Blandin, un remède à son mal. Voici les phénomènes que nous avons constatés à son entrée :

La fosse iliaque gauche était occupée dans toute son étendue par une tumeur volumineuse faisant une saillie considérable à l'extérieur, limitée inférieurement par le ligament de Fallope, dépassant un peu supérieurement la crête iliaque, dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Le diamètre transversal de cette tumeur s'étendait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la ligne blanche. La peau qui la recouvrait était lisse, tendue et mobile; la palpation et même la pression s'exerçaient sans grande douleur; il y avait une fluctuation obscure; enfin la cuisse du côté malade était fléchie sur le bassin et portée dans l'adduction, et de plus, notablement amaigrie. Rien de particulier dans le pli de l'aine ni dans la région du petit trochanter. Il a déjà été question plus haut des douleurs vives et spontanées dont la tumeur était le siége; douleurs qui s'irradiaient dans la direction des nerfs inguino-cutané et génito-crural.

Le pronostic était assez difficile; il devait porter sur deux points : 1° déterminer le siége primitif, le lieu d'origine de la tumeur; 2° en déterminer la valeur.

Relativement à la première question, on pouvait se demander si la tumeur tirait son origine d'un lieu plus ou moins éloigné, ou bien si elle s'était développée dans le lieu même où nous l'observions. Mais si elle avait tiré son origine d'un lieu éloigné, si elle avait été la suite d'une migration lente qui fût venue apparaître dans la fosse iliaque, il eût existé auparavant des douleurs de nature à mettre sur la voie du diagnostic. Tout portait donc à croire que la tumeur était née dans la fosse iliaque, et alors il fallait rechercher si c'était dans la substance même de l'os des iles, ou dans le muscle psoas-iliaque, ou dans les ganglions lymphatiques sous-péritonéaux, ou enfin dans le péritoine.

Dans le péritoine? Mais si cela était, il est peu probable que la tumeur fût restée bornée à la fosse iliaque.

Dans le psoas-iliaque? Mais un des signes presque pathognomoniques de l'existence des tumeurs liquides assez volumineuses qui se développent en ce point, je veux dire la présence d'une tumeur du côté du petit trochanter, manquait complétement. Quant à la flexion de la cuisse sur le bassin, elle s'expliquait naturellement par le tiraillement que les nerfs qui vont se rendre à la cuisse avaient éprouvé.

Dans l'épaisseur de l'os des iles? Cette manière de voir pouvait être admise; néanmoins il paraissait plus naturel de croire que cette maladie avait son siége dans le tissu cellulaire de la région iliaque et dans les ganglions sous-péritonéaux, en raison de la forme de la tumeur et de sa marche.

Dans le tissu cellulaire de la région iliaque et dans les ganglions sous-péritonéaux? D'après ce que nous venons de dire, c'est là que nous placerons le lieu d'origine de la tumeur en question.

Tâchons maintenant d'en déterminer la nature. Etait-elle solide ou liquide? Mais les tumeurs solides sont rares dans cette région, mais il n'y avait pas de douleurs de nature spéciale, mais il y avait une demi fluctuation; tout se réunissait donc pour nous faire repousser cette idée que la tumeur fût de nature solide: elle était donc liquide, ou du moins on pouvait le penser. Toutefois, en admettant cet état liquide, le diagnostic était encore loin d'être précis; et pourtant il importait à la vie du malheureux malade que les idées du chirurgien fussent bien et justement arrêtées. Ce pouvait être un abcès par congestion déterminé par une affection de l'os des iles, ou un abcès formé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal par suite de l'altération des ganglions lymphatiques qui siégent dans cette région. L'esprit concevait encore l'existence d'un kyste séreux ou hydatique; et dans le diagnostic porté par M. Blandin, et que nous allons bientôt formuler, l'existence du kyste avait été reconnue et annoncée: en effet, à quoi pouvait tenir cette rénitence et demi-fluctuation dans une partie où en général la fluctuation se produit si facilement, si ce n'est à la présence d'un kyste! Le diagnostic porté fut le suivant: « Tumeur enkystée de la fosse iliaque gauche, siégeant dans » le tissu cellulaire de cette région. »

Le diagnostic porté, que restait-il à faire? Il est évident qu'il fallait chercher à évacuer le liquide contenu, et s'opposer à sa reproduction. Toutefois, avant de recourir à une opération, on employa les médicaments fondants et résolutifs les plus actifs. L'inefficacité de ces médicaments ayant été constatée d'une manière positive, une ponction fut décidée. M. Blandin l'exécuta le 29 novembre, suivant la méthode sous-cutanée et avec le trocart aplati de M. Guérin, car il voulait éviter l'introduction de l'air dans le foyer. Ce fut vainement qu'à plusieurs reprises on essaya de faire monter le liquide dans le corps de la seringue qui avait été adaptée à la canule du trocart; il fallut bientôt renoncer à ces tentatives. Mais en enlevant la seringue, on reconnut avec étonnement que l'ouverture de la canule était obstruée par une matière gélatineuse qui fut reconnue pour être un débris d'hydatides. Dès lors, M. Blandin annonça qu'il allait faire construire un trocart arrondi et plus volumineux que celui de M. Guérin, pour permettre aux hydatides de sortir avec plus de facilité. L'opération fut tentée, en effet, avec ce nouvel instrument, le 31 novembre; mais le succès ne fut pas plus grand que la première fois.

Que restait-il donc à faire? Le malade était affaibli par les souffrances et par l'insomnie; d'ailleurs, la poche hydatique pouvait s'enflammer et déterminer de graves accidents. Dans cette circonstance, on crut devoir faire une incision analogue à celle qu'on pratique pour la ligature de l'artère iliaque, afin de donner issue aux hydatides. Il en sortit, en effet, une quantité énorme de l'intérieur du kyste; elles étaient mêlées à une faible quantité de liquide, les unes grosses comme un œuf de pigeon, d'autres au contraire égalant à peine un grain de chenevis ou de millet.

Chaque jour, et plusieurs fois le jour, des injections furent faites dans le kyste pour en balayer l'intérieur et empêcher le croupissement du pus. Les soins dont le malade était environné donnèrent pendant près d'un mois l'espérance d'un succès; il ne survint en effet aucun accident grave, le malade même se trouvait mieux depuis l'opération, mais la suppuration était très abondante, et les parois du kyste ne revenaient que lentement sur elles-mêmes. Cette grande suppuration, jointe à l'affaiblissement que le malade avait éprouvé avant l'opération, épuisèrent complétement ce malheureux, et il succomba dans les premiers jours de janvier, cinq semaines environ après l'opération.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

L'émaciation est extrême, la rigidité cadavérique considérable.

La fosse iliaque gauche est presque entièrement remplie par un kyste développé dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque. Ces muscles sont détruits, à l'exception du faisceau le plus voisin de la colonne vertébrale et des fibres les plus externes. Le kyste s'étend de la crête iliaque jusqu'au petit trochanter: cette prolongation jusqu'au petit trochanter ne s'est établie qu'après l'opération, et probablement par le fait même des injections; ce qui semblerait le prouver, c'est que dans les derniers temps de la vie, au moment où le liquide était poussé dans le kyste avec la seringue, on voyait se développer une grosseur vers le petit trochanter: nous avions omis de noter ce fait. Les parois du kyste sont d'ailleurs assez minces, si ce n'est dans le point le plus rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure, où ils renferment dans leur épaisseur une écaille osseuse. L'os des îles et la colonne vertébrale sont intacts. Le péritoine ne présente non plus rien de particulier. Dans aucun organe on ne trouve d'inflammation ni d'abcès métastatique qui confirme notre observation précédente, que le malade a succombé à l'épuisement produit par l'abondance de la suppuration. Quant à la flexion du membre et à son adduction, il est bien clair que les fibres du psoas et de l'iliaque qui n'avaient pas été détruites jouaient dans ce cas le principal rôle dans cette flexion et cette adduction.

D......f.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baudens, chirurgien en chef.

Kyste synovial des gaînes tendineuses sur la face dorsale du poignet droit. Incision sous-cutanée des parois du kyste. Guérison rapide sans accident intercurrent.

M. Roustans, âgé de vingt-deux ans, chirurgien élève, d'une

---

fois de ce qu'il y a des vers ou des lombricaux dans les premières voies. Ces maladies disparaissent quand ces vers sont sortis.

Cette observation de Tissot nous paraît confirmée par Sauvages, qui a publié le fait suivant :

Une fille, sujette aux vers, avait une petite fièvre une, douleur de tête, un engourdissement douloureux de tous les membres; une rougeur qui paraissait de temps en temps sur la joue de cette enfant, indiquait qu'elle avait des vers. Il semblait qu'on dût faire prendre des purgatifs à la malade; mais l'abdomen était si douloureux et si tendu, quoique sans enflure, qu'on ne pouvait le toucher sans faire crier l'enfant. On la saigna plusieurs fois, on donna des huileux, des lavements, des émollients; ces remèdes furent inutiles; la sensibilité devint générale, elle s'étendit sur tout le bas-ventre, les pieds et le sommet de la tête. On ne pouvait toucher aucune partie, sans causer de nouvelles douleurs dont le centre paraissait être à une tumeur de la couleur de la peau, qui était à la région iliaque droite. Tous les remèdes, les antivermineux mêmes, ayant été employés, la jeune fille tomba dans un assoupissement carotique au bout de dix jours. La prunelle et les paupières étaient immobiles, les membres flexibles, la respiration paisible et tranquille; mais le sommeil était profond. Ce carus passager fut dissipé par la fumée de tabac; mais il revit au bout de quelques jours. On donna enfin des lavements avec le lait, avec les vermifuges internes et la petite fille rendit quarante-quatre lombricaux. Peut-être la tumeur de la région iliaque était-elle formée par un peloton de ces vers, et ce ne fut que par leur sortie que la maladie cessa. (Nosologia medica, Amsterdam, 1768, in-4°, t. II, p. 32.)

Nous ne connaissons pas d'autres faits qui aient rapport à l'état morbide qui nous occupe en ce moment. Seulement nous nous rappelons fort bien avoir traité, il y a bientôt dix ans, un jeune enfant qui accusait des douleurs générales et qui ne pouvait supporter la plus légère pression sur une partie quelconque du corps. Nous crûmes à une irritation de la moelle épinière et dirigeâmes notre traitement en conséquence, mais inutilement. La sortie de douze à quinze vers lombrics déterminée par la poudre aux vers, administrée par les parents, fut suivie de la cessation de cet accroissement de sensibilité. Malheureusement à cette époque notre attention n'était pas encore éveillée sur ce sujet.

Strabisme. — Sanson, tout en admettant que le strabisme sympathique de l'affection d'un organe éloigné est assez rare, dit qu'on en a un exemple dans celui qui est déterminé par la présence de vers dans les voies digestives (Dict. de méd. et de chir. pratique, t. XV, p. 38). Ce chirurgien célèbre ne cite aucun fait particulier, aussi croyons-nous devoir étayer ici son opinion par une observation qui n'est pas sans analogue dans la science.

Un enfant de deux à trois ans, fortement constitué, éprouve une paralysie des extrémités inférieures. Les parents cherchent en vain la cause de cet accident, mais leurs inquiétudes augmentent bien plus encore, lorsqu'un matin ils s'aperçoivent que l'enfant louche fortement d'un œil et que tous les traits de la face sont altérés. M. Moennich est appelé, il reconnaît que les extrémités inférieures sont vacillantes, et amaigries. Comme le bas-ventre est tuméfié et que les yeux sont très cernés, M. Moennich soupçonne que tous ces maux ont pour cause une irritation vermineuse. Il a recours à l'usage interne du calomel uni à l'oxyde de zinc, et extérieurement aux frictions sur le bas ventre avec l'extrait de tanaisie et le fiel de bœuf. Bientôt après l'usage de ces moyens, dix-huit lombrics sont expulsés et tous les symptômes se dissipent. (Biblioth. méd., t. LXI, p. 269.)

Surdité. — La surdité par paralysie sympathique du nerf acoustique causée par les vers est formellement niée par Kramer, qui dit que, malgré ses nombreuses recherches sur ce sujet, Bremser n'a pu en produire aucun exemple (Maladies de l'oreille, Paris, 1841, in-12, pag. 44). M. Roche, au contraire (Dictionn. de méd. et de chir. prat., t. XV, p. 116), semble admettre cette espèce de surdité avec Itard, qui rapporte l'observation suivante (Maladies de l'oreille, Paris 1821, in-8°, t. II, pag. 338).

Evélina Chollet, jeune enfant âgée de six ans, douée d'une santé parfaite, de beaucoup de fraîcheur et d'embonpoint, mais très encline à la gourmandise, et gâtée par les domestiques de sa mère qui la faisaient souvent manger en cachette, même après les repas, s'éveilla un matin presque entièrement sourde, quoiqu'elle n'eût eu le soir en se couchant aucun symptôme de cette incommodité. Comme cette enfant était très colorée et qu'elle se plaignait en même temps de mal de tête, le médecin de la maison fit appliquer des sangsues derrière chaque oreille. La surdité persista pendant trois jours, au bout desquels elle disparut complétement pour se reproduire de nouveau le surlendemain matin. Pendant plusieurs jours on remarqua de semblables alternatives, pour lesquelle on se contenta de prescrire des pédiluves et un vésicatoire derrière chaque oreille. Cependant la surdité paraissait tendre à devenir continue, elle persistait souvent à un même degré pendant des semaines entières, et ne disparaissait que pour quelques moments; c'est alors que je fus consulté.

En voyant le teint fleuri et égal de cette jeune fille, je fus loin de soupçonner que la cause de son incommodité pût être dans l'estomac; mais l'ayant placée très près de moi pour regarder ses oreilles au soleil, je sentis s'exhaler de sa bouche cette espèce d'odeur fade et acide qui n'appartient qu'à la présence des vers, et qu'on reconnaît si bien quand elle a frappé une seule fois l'odorat. N'en voulant pas moins m'assurer de l'état du conduit et de la membrane, et n'y ayant rien aperçu qui pût rendre raison de la surdité, je crus pouvoir annoncer qu'elle tenait à la présence des vers, et que leur expulsion rétablirait infailliblement l'audition. Je prescrivis, en conséquence, de donner chaque matin six grains de mercure doux, et je recommandai de faire prendre par-dessus une panade légère. Le soir du troisième jour de l'administration de ce vermifuge, cette enfant rendit six gros lombrics par le fondement, et le lendemain, en s'éveillant, elle en vomit deux qui étaient encore vivants. Avant que la première des deux évacuations eût eu lieu, et dès le matin même, l'ouïe s'était tout à coup rétablie. Je conseillai néanmoins d'aller jusqu'à la sixième dose de mercure doux. On obtint encore la sortie de trois autres lombrics, et d'une grande quantité de ce détritus intestinal qui accompagne l'expulsion de ces animaux. Jamais, depuis, l'ouïe n'a éprouvé aucun dérangement.

En terminant ce sujet, je rappellerai une observation que j'ai reproduite en parlant de l'amaurose, et dont le sujet devint successivement fou, aveugle, sourd-muet. (Recueil périodique, t. XXI, p. 151.)

Toux. La toux sympathique de la présence des vers est admise par quelques auteurs anciens, Aétius (Sermo. IX, cap. XXXIX, p. 171), Van-Swiéten (Aphorismes, t. VI, p. 625), etc., et démontrée par l'observation des modernes. En 1837, M. Markley Lee publia un mémoire sur les *irritations vermineuses*, dans lequel il cite des cas de ces irritations simulant la sciatique, la phthisie pulmonaire, la paralysie (Southern medical and surgical Journal, 3e trimestre 1837). Nous regrettons de n'avoir trouvé qu'une simple indication de ces faits dans un journal français (Gazette médicale, 1837, p. 797). Un autre auteur anglais en a publié aussi une observation intéressante sous ce rapport que la cause bien reconnue ne put être avantageusement combattue par tous les vermifuges ordinaires, et qu'il fallut recourir à l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine qui, en chassant des intestins un grand nombre de vers, fit cesser la maladie. (London medical repository, etc., 1823, p. 126; et Archives de méd., 1823, t. III, p. 608.)

Enfin il y a cinq ans j'en ai recueilli un exemple que je crois devoir consigner ici avec quelques détails.

Au mois de février 1837, je fus consulté par mademoiselle P....., qui depuis plusieurs mois était tourmentée par une toux sèche que rien n'avait pu calmer. Cette jeune personne appartenait à une famille entachée du vice scrofuleux; ainsi son père était mort jeune encore d'un engorgement des viscères abdominaux; son frère avait succombé, à l'âge de douze ans, aux progrès d'une arthrocace iléo-fémorale, et sa sœur porte au cou de larges et nombreux stigmates de scrofules.

Réglée à quatorze ans, mademoiselle P....., alors âgée de dix-neuf ans, avait toujours joui d'une assez bonne santé; cependant elle était sujette à s'enrhumer. Trois mois avant la consultation, elle commença à éprouver dans la gorge un picotement qui l'obligeait à tousser, et produisait même assez souvent des quintes d'une toux sèche et fatigante; l'appétit se perdit, l'amaigrissement survint, les règles se supprimèrent. La percussion fournit un son clair et net dans toute l'éten-

bonne constitution, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 12 octobre 1843, pour une tumeur qu'il porte sur la face dorsale du poignet droit. Cette tumeur survint il y a deux ans sans cause connue. Au début, elle avait la grosseur d'un pois, et ne faisait saillie que lorsque le poignet était fortement fléchi. Elle a augmenté de volume graduellement et d'une manière presque insensible. Actuellement elle est grosse comme une aveline. Placée à la partie postérieure du poignet, sur les tendons du muscle extenseur commun des doigts, elle offre une saillie assez forte lorsque la main est fléchie, et disparaît en partie lorsque, au contraire, la main est dans l'extension. Elle est peu mobile, souple, fluctuante, indolore, sans changement de couleur à la peau, qui est adhérente à la tumeur; elle ne gêne en rien les mouvements de la partie sur laquelle elle siége. D'après ces divers caractères, on diagnostique un kyste synovial des gaînes tendineuses de l'extenseur commun des doigts. A Lille, on a tenté sans succès l'écrasement de ce ganglion.

Le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Baudens procède à l'opération. Il introduit une longue épingle ordinaire dans le kyste pour en déchirer les parois à l'aide de la pointe. Cet instrument étant insuffisant pour arriver à ce but, M. le chirurgien en chef retire l'épingle et introduit, par une nouvelle ponction, un bistouri à lame très étroite, au moyen duquel il lui est facile d'opérer en plusieurs points différents la division sous-cutanée des parois du kyste. Il presse ensuite avec un doigt sur la tumeur, d'où s'échappe une matière gélatineuse, épaisse, d'une teinte rougeâtre. L'opération n'a occasionné que très peu de douleur. La cavité du kyste ainsi vidée, la tumeur s'est affaissée complétement, et l'on a placé dessus une petite attelle en bois maintenue par un anneau métallique compresseur. On recommande au malade de tenir ce petit appareil constamment arrosé d'eau froide.

Dans la soirée, la pression exercée par le ressort métallique détermine une douleur assez forte pour obliger M. Roustans d'enlever ce moyen mécanique; il le remplace par l'application d'une pièce de monnaie contenue par une bande.

Le 15, aucun accident n'est survenu. Point de gonflement, point de douleur, point d'inflammation. On cesse les fomentations froides, mais on continue le même mode de compression.

Le 31 octobre, M. Roustans sort de l'hôpital bien guéri, et n'offrant plus aucune trace du kyste qu'il portait au poignet.

Ce qui est le plus à redouter dans les opérations de ce genre, c'est l'inflammation des gaînes synoviales des tendons, inflammation suivie quelquefois des accidents les plus graves. L'eau froide, employée dès le début, et continuée pendant quelques jours, est un excellent moyen pour prévenir cette complication dangereuse, et M. Baudens s'en est très bien trouvé toutes les fois qu'il y a eu recours. L'observation de M. Roustans, chez qui pas le moindre symptôme d'inflammation n'est survenu à la suite de l'opération, vient encore témoigner de l'efficacité des réfrigérants dans les cas de cette nature.

Phimosis congénial. Opération de la circoncision. Guérison sans accidents.

Houster, du 40e de ligne, âgé de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatique, est entré le 28 octobre 1843 au Val-de-Grâce, pour un phimosis congénial dont il désire se faire opérer. Le phimosis est des plus simples, et ne présente aucune complication. Le gland ne peut être mis à découvert ; il est entièrement caché par le prépuce, qui le dépasse de quelques lignes. L'ouverture de ce dernier est très étroite ; néanmoins l'urine sort sans difficulté. Houster, du reste, jouit d'une bonne santé.

Le 11 novembre, M. Baudens pratique la circoncision. Il commence par faire tirer par un aide la peau du prépuce en arrière, vers la racine de la verge. Cette rétraction de la peau a pour but d'éviter l'excès de membrane muqueuse qui reste ordinairement après la section ; puis il trace avec de l'encre la ligne sur laquelle il veut faire son incision. Il saisit et porte en avant l'extrémité libre du prépuce à l'aide de pinces qu'il confie à un second aide. Il place ensuite une pince à anneaux entre la partie du prépuce qu'il veut relever et le bout du gland, qui se trouve ainsi protégé contre l'instrument tranchant. Enfin, avec un rasoir, il coupe d'un seul coup tout ce qui se rencontre en avant de la pince à anneaux. Pendant tous le temps de l'opération, la peau du prépuce a été sans cesse tirée modérément en arrière. Grâce à cette précaution, la muqueuse n'a pas offert d'excédant, et s'est trouvée coupée au même niveau que la peau. Cette opération n'a présenté aucune difficulté ; elle a été très peu douloureuse, et n'a point été suivie d'hémorrhagie.

Le gland une fois mis à découvert, on procède au pansement. Ce pansement consiste en une petite compresse percée à son centre d'une ouverture arrondie à travers laquelle on fait passer le gland ; les bords de cette ouverture circulaire embrassant la base du gland, pressent également de toutes parts sur la muqueuse incisée et la maintiennent adossée et renversée contre la peau, dont l'incision se trouve ainsi en parfait contact avec celle de la muqueuse, circonstance très favorable à la réunion immédiate de ces parties. L'on enveloppe ensuite la verge de compresses trempées dans de l'eau froide.

Aucun accident n'est survenu à la suite de cette opération. Les fomentations froides ont été continuées pendant quelques jours. La réunion de la peau et de la muqueuse s'est effectuée par première intention. Seulement la cicatrice a formé dans le principe un petit bourrelet légèrement œdémateux à la base du gland ; mais cet œdème n'a pas tardé à se dissiper, et alors les parties sont revenues à un état tel, qu'il serait maintenant difficile de reconnaître, à la simple inspection de la verge, si l'absence du prépuce, chez Houster, est une disposition congéniale ou bien l'effet d'une opération chirurgicale. Notons, en passant, que la cicatrisation de la plaie a été retardée par des érections fréquentes qui ont fatigué le malade pendant quelques nuits, et dont on a triomphé avec des potions émulsives camphrées.

Le 16 décembre Houster est sorti du Val-de-Grâce.

Le pansement très simple mis en usage chez notre malade est bien plus avantageux que les points de suture que l'on applique dans le même but, c'est-à-dire pour obtenir la réunion immédiate. Les points de suture, en effet, donnent souvent lieu, par leur présence, à un excès d'inflammation dans les parties, à des ulcérations, à des érysipèles de la verge qui viennent compliquer la plaie et en retarder la cicatrisation. Aucun de ces accidents n'est à craindre lorsqu'on à recours au mode de pansement adopté par M. Baudens.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA. Novembre 1843.

Recherches physiologiques et expérimentales tendant à déterminer la manière véritable et primitive d'agir du seigle ergoté; par le docteur TADDEI DE GRAVINA. Mémoire lu à la Société médicale de Florence.

L'auteur avait déjà publié il y a quelques mois, dans le même journal, le résultat de ses expériences sur l'action véritable du seigle ergoté, résultat en tout conforme aux idées professées à cet égard par MM. Spairani, Cobini, Pignane, Del-Chiappe, Comeliani, et principalement par les professeurs Giacomini (de Padoue), et Sacchini (de Turin). Il avait reconnu alors, à l'évidence, que cette substance a une action franchement hyposthénisante, telle qu'une foule d'autres médicaments sur l'action desquels ont répandu tant de lumières Rasori, Tommasini, et les plus illustres élèves de la nouvelle école italienne. En continuant ses études d'observation et d'expérience dans un sens tout à fait pratique, il a dernièrement recueilli plusieurs observations de cas morbides qui viennent, selon lui, complétement à l'appui de cette doctrine. Nous en publions quelques-unes en raccourci, pour qu'on puisse bien juger de l'état des choses.

Première observation.—Bronchite aiguë avec hypertrophie du cœur préexistante chez un homme de vingt-neuf ans, affecté déjà à plusieurs reprises de maladies vénériennes et de rhumatisme aigu, qui lui laissa une palpitation de cœur fréquente, etc. La phlegmasie bronchique ne cédait pas à quatre abondantes saignées et à plusieurs purgatifs, lorsque tous les symptômes s'amendèrent rapidement sous l'action du seigle ergoté à la dose de 84 grains pris en sept heures. Le pouls, qui était dur, vibrant, et à 130 pulsations, tomba immédiatement à 75, et devint petit, mou ; les battements du cœur diminuèrent, et la résolution se fit promptement. La prostration des forces consécutives fut très notable.

Deuxième observation. — Hémorrhagie pulmonaire abondante, avec pouls dur, résistant, à 84 pulsations, chez une dame de cinquante-sept ans, qui ne céda pas à trois larges saignées et à la limonade froide, et menaçait la vie de la malade, et cessa par l'usage du seigle ergoté. Elle en prit 72 grains en douze heures, et l'hémorrhagie avait complétement cessé à la fin de l'administration du médicament. Le pouls devint très lent et mou, et la faiblesse fut grande. La malade pourtant se rétablit assez vite.

Troisième observation. — Epistaxis très abondante chez un homme de cinquante ans, d'une constitution athlétique, avec tendance héréditaire à l'apoplexie cérébrale qui se renouvelle d'une manière effroyable, malgré une large saignée et des topiques froids. Elle cessa entièrement avec le seigle ergoté à la dose de 72 grains en huit heures. Il n'y eut pas de vomissements, mais seulement quelques nausées, et le sentiment d'une grande faiblesse qui se dissipa rapidement par les toniques.

Quatrième observation. — Métrorrhagie opiniâtre compliquée d'une affection cancéreuse de l'ovaire, qui cessa après la quatrième dose de seigle ergoté, chez une dame de cinquante-deux ans, mère de trois enfants. La malade expulsa un gros caillot sanguin à la suite de ce médicament, ne vit plus d'hémorrhagie, et tout rentra dans l'ordre, sauf l'affection organique de l'ovaire, qui resta la même.

Cinquième observation. — Rhumatisme articulaire aigu chez une paysanne de trente-deux ans, d'une constitution robuste, mère de quatre enfants. Malgré une large saignée, les douleurs sont très vives, le pouls dur et l'agitation générale. On administre une dose de seigle ergoté de 24 grains ; après l'avoir pris, la malade tomba dans un état de somnolence et d'affaissement extraordinaire. Le docteur Tadder voulant s'assurer que c'était bien une faiblesse réelle, et non pas celle que quelquefois produisent les stimulants mêmes à haute dose, fit pratiquer une nouvelle petite saignée, vit le sang sortir en bavant, et donner lieu à une véritable syncope dont on triompha par quelques toniques.

Après ces observations de maladies franchement inflammatoires, l'auteur cite plusieurs cas d'accouchement dans lesquels on a administré le seigle ergoté. Dans deux, cette substance semble n'avoir produit aucun résultat marqué ; les douleurs de l'enfantement se suspendirent, et durent être réveillées par la saignée chez des femmes jeunes et fortes. Dans cinq cas, elle a contribué puissamment à favoriser le travail et à hâter l'accouchement. Dans trois autres, elle paraît, au contraire, avoir arrêté les douleurs, et avoir produit un anéantissement total des forces qui ont dû être ranimées par quelques cuillerées de bouillon, de vin généreux, etc. ; mais ici on avait affaire à des femmes faibles et déjà épuisées, chez lesquelles l'utérus était flasque et indolent. Dans quelques cas, on l'a vu arrêter les douleurs qui semblaient vouloir amener l'avortement dans des grossesses non arrivées à terme, et permettre que l'accouchement s'accomplit au neuvième mois. C'est donc une erreur de croire que le seigle ergoté soit capable de faire avorter, et les exemples de femmes qui en ont fait usage à très haute dose dans ce but, sans pourtant l'atteindre, sont assez nombreux.

Malgré la contradiction apparente d'action du seigle ergoté dans ces cas différents, quand on l'examine attentivement, on voit bientôt qu'elle est toujours la même, toujours produisant la prostration des forces, la véritable hyposthénie, et calmant l'excessif organe vital non accompagné de congestion sanguine qui a été précédemment dissipée

---

due de la poitrine, et l'auscultation, répétée plusieurs fois, ne permit pas de découvrir le plus léger engorgement des poumons. Cependant la nature des accidents, les antécédents de la malade, ceux de sa famille, me firent penser que chez elle il existait, à l'état de crudité, quelques granulations tuberculeuses disséminées dans les poumons, et dirigeai en conséquence le traitement.

Je prescrivis les gilets de flanelle, un vésicatoire au bras, des fumigations émollientes et narcotiques, des boissons adoucissantes, un régime tonique sans être excitant. Plus tard, n'ayant rien obtenu de ces divers moyens, j'eus recours à des frictions sur toute la partie antérieure du thorax, avec la pommade émétisée, qui produisit un grand nombre de pustules, dont la suppuration fut entretenue à l'aide de la même pommade mêlée avec autant de pommade de garou. Un vésicatoire fut ensuite appliqué à l'epigastre et pansé avec l'acétate de morphine; enfin de larges sinapismes furent, à plusieurs reprises, placés dans la région dorsale; mais tout cela sans résultat.

Bientôt aux accidents primitifs vinrent se joindre des palpitations de cœur fort incommodes, un essoufflement très marqué au moindre mouvement; j'eus alors recours à quelques sangsues appliquées tantôt en haut des cuisses, tantôt sur la région du cœur, à des pilules dans lesquelles entraient la poudre de digitale et l'acétate de morphine.

Voyant tous ces moyens rester sans effet, j'engageai la malade à aller à la campagne passer une partie de la belle saison, et de prendre le lait de mai. Elle suivit mon conseil, et se rendit auprès d'une dame qui lui portait beaucoup d'intérêt. Là, grâce à un air plus pur, à une nourriture meilleure, et peut-être à la cessation d'une thérapeutique assez active, la malade reprit des forces, un certain embonpoint, et vit reparaître les règles, qui depuis ce moment n'ont pas cessé de couler, quoique peu abondamment. Mais la toux était aussi fréquente, toujours sèche; les palpitations seules avaient disparu.

Lorsqu'elle revint à Loudun, au commencement de juin, elle me dit qu'une vieille femme, qui l'avait vue plusieurs fois à la campagne, lui avait souvent répété que tout ce qu'elle éprouvait dépendait de vers qu'elle devait avoir dans les intestins, et qu'elle devrait prendre des vermifuges. Je ris d'abord du conseil, mademoiselle P..... me disant que jamais elle n'avait expulsé de ces animaux. Cependant réfléchissant à ce picotement de la gorge, au chatouillement du pharynx qui précédaient toujours le retour de la toux, j'examinai, sous ce rapport, la malade avec plus de soin. Les pupilles étaient sensiblement dilatées, l'haleine avait cette odeur aigre si caractéristique ; la langue était rubanée, c'est-à-dire rouge sur ses bords, et régulièrement blanche dans toute son étendue au centre. Questionnée à cet égard, la malade me dit qu'elle avait souvent des bouffées de chaleur, de la démangeaison aux narines et que ses urines étaient presque toujours troubles et lactescentes.

Ces symptômes existaient-ils avant le départ de la malade pour la campagne ? je l'ignore, car toute mon attention étant dirigée sur les organes thoraciques, je n'analysai pas avec assez de soin les autres phénomènes qu'elle présentait. Quoi qu'il en fût, ayant vu échouer complétement une médecine rationnelle, trouvant réunis chez la malade la plupart des symptômes principaux de la présence des vers, je me décidai à employer les vermifuges, et je donnai la préférence au traitement de Bremser, qui consiste en un électuaire et des lavements vermifuges, puis en une poudre purgative.

Ce traitement eut un plein succès, puisque dans l'espace de cinq jours la malade rendit par le haut et par le bas plus de soixante vers lombricoïdes, et un nombre infini d'oxyures vermiculaires, les uns morts, les autres encore pleins de vie. Pendant quelques jours la malade se sentit un peu fatiguée. Mais elle se rétablit bientôt, se trouvant complétement débarrassée de sa toux. Depuis, aucune chute n'a eu lieu.

C'est bien ici le cas de dire, avec M. Delaroque, que si la connaissance du siége du mal importe beaucoup en médecine, la connaissance de la nature du mal est plus prochainement utile encore pour la guérison.

Nous venons de passer en revue, autant du moins que les faits à nous connus l'ont permis, les diverses maladies du système nerveux que peuvent produire sympathiquement les vers. Maintenant, par ordre de fréquence, nous allons étudier les mêmes effets sympathiques retentissant sur le système sanguin et donnant lieu à diverses hémorrhagies. Les faits que nous aurons à examiner ici seront bien moins nombreux que ceux que nous venons d'exposer, mais ils n'en seront pas moins utiles, car les accidents nerveux sont encore assez généralement regardés comme pouvant dépendre de la présence des vers, tandis que c'est à peine si quelques auteurs ont mentionné comme pouvant être produits par la même cause, les flux hémorrhagiques.

Les hémorrhagies *vermineuses*, si je puis ainsi dire, sur lesquelles nous avons rassemblé quelques observations, sont : l'épistaxis, l'hématémèse, l'hémoptysie et la métrorrhagie. Il conviendrait peut-être d'y ajouter l'hématémèse et le melæna ; mais, comme ces hémorrhagies nous paraissent plutôt produites par action directe que par sympathie, je n'en parlerai que dans la seconde division de mon travail.

Epistaxis. Dans un mémoire sur quelques maladies des enfants, le docteur Putello (Memoriale della medicina contemporanea, 1839, t. I, p. 272), rapporte l'observation d'un jeune enfant âgé de quatre ans, qui fut pris d'une abondante hémorrhagie nasale. Aucune indication majeure ne se présentant, l'enfant étant sanguin et d'une bonne constitution, le docteur Putelli prescrivit, pour modérer l'activité de l'hémorrhagie, un purgatif salin, des pédiluves sinapisés et de la glace sur le front. L'hémorrhagie, suspendue d'abord, reparut plus abondante encore la nuit suivante et le lendemain. Le pouls étant très fréquent, la peau sèche sans être brûlante, la pupille naturelle, et l'état de la langue indiquant la présence des vers, le docteur P... administra huit grains de calomélas qui produisirent un bon effet, et expulsèrent plusieurs lombrics : l'épistaxis s'arrêta aussitôt. Mais cette suspension ne fut pas de longue durée, l'hémorrhagie reparut, et avec une abondance telle qu'on craignit pour la vie de l'enfant.

La sortie des premiers lombrics fit soupçonner qu'il en existait d'autres dans les intestins, et que c'était à leur présence qu'était dû le retour de l'hémorrhagie; aussi, sans perdre de temps, M. P... administra de nouveau un autre anthelminthique composé de parties égales de calomel et de jalap, qui fit expulser de nouveau quatorze autres vers. Dès lors, l'épistaxis cessa et ne reparut plus.

Van Den Bosch a vu des cas semblables, au rapport de M. Brierre de Boismont (De la Menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques. Paris, 1842, in-8°, p. 468). Au reste, les faits de cette espèce ne paraissent peut être aussi rares que parce que peu de médecins savent que cette cause d'épistaxis peut exister, et parce que souvent on a pu regarder comme une cessation naturelle de l'hémorrhagie ce qui n'était dû qu'à l'expulsion spontanée des vers, considérée alors comme une circonstance peu importante. On ne voit pas, en effet, pourquoi cette irritation des fosses nasales, qui oblige constamment les malades affectés de vers à se frotter le nez, ne pourrait pas, chez certains individus, donner lieu à un flux hémorrhagique. Quoi qu'il en soit, nous engageons les médecins praticiens à porter leur attention sur cette cause d'hémorrhagie nasale, et à faire connaître ce que leur observation leur aura appris.

(*La suite à un prochain numéro.*)

COUR ROYALE DE PARIS.

Chambre des appels de police correctionnelle. — M. MOREAU, président.

Procès de M. Guérin.

Après le jugement d'une cause sans importance, on appelle la cause de M. Guérin.

L'auditoire est moins nombreux qu'en première instance.

M. le conseiller Deglos fait le rapport de l'affaire.

Me Billaud plaide pour M. Guérin. Sa plaidoierie a duré près de trois heures.

L'audience a été renvoyée à demain samedi.

par les saignées ; car cette substance par elle même ne paraît pas apte à dissiper l'accumulation du sang qui pourrait exister dans ces organes. Il semble donc manifeste que ce médicament est utile dans les circonstances où l'utérus est le siége d'un orgasme vital exagéré, sans être considérablement congestionné.

Ces observations nous semblent parler assez haut sur l'action hyposthénisante du seigle ergoté sans avoir besoin d'autres commentaires, et nous engageons par conséquent, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, les praticiens qui professent les idées anciennes sur cette substance, à vouloir y réfléchir et expérimenter à leur tour.

Au reste, dans la *Gazetta toscana delle Scienze medico-fisiche*, nous trouvons un article qui vient pleinement à l'appui de cette nouvelle doctrine ; ce sont aussi des observations recueillies par le docteur Mattei, de maladies dont la nature inflammatoire ne peut pas être contestée, et qui furent guéries par l'usage du seigle ergoté. On cite entre autres deux pneumonies, une pleuro-pneumonie, une pleurésie, une hémorrhagie pulmonaire, toutes de nature grave, qui ne s'amendant pas sous l'influence des saignées, se résolvaient assez vite par l'action du seigle ergoté. Cette substance, ici, comme dans les cas rapportés par le docteur Tadder, produisait toujours cet abattement, cette inanition des forces qui est bien le caractère le plus évident de l'hyposthénie. N'est-on pas en droit, d'après ces faits, de rapprocher l'action du seigle ergoté de celle du tartre stibié ?

Empoisonnement par les cantharides guéri à l'aide des alcooliques ; par le docteur PORRECCA.

Un jeune homme de trente-deux ans, robuste, d'une bonne santé habituelle, en dînant avec des amis avait mêlé aux aliments 1 gramme environ de poudre de cantharides qu'on y avait mis par une mauvaise plaisanterie. Rentré chez lui, il se trouva incommodé dans la nuit, en éprouvant surtout des frissons et une faiblesse considérable. Ces symptômes augmentent rapidement, au point que le malade appelle au secours ; ses amis arrivent, s'alarment en le voyant, et lui administrent du lait, de la limonade, et d'autres boissons adoucissantes; mais l'état du malheureux s'aggrave : douleurs vésicales vives; fréquentes envies d'uriner, avec ténesme insupportable; prostration générale des forces, et paralysie des membres inférieurs ; impossibilité d'uriner, etc. Au matin, M. Podrecca arrive accompagné de deux autres collègues, et trouve le malade dans l'état suivant : Figure cyanosée, yeux creux et entourés d'un cercle noir, anxiété précordiale extrême, voix rauque, abattement général excessif, froid par tout le corps, surtout aux extrémités, pouls filiforme, sueurs froides, vestiges de priapisme léger par intervalles. Douleurs de l'épigastre.

Les médecins reconnaissent à ces symptômes une hypersthénie au plus haut degré, qui se terminerait d'une manière funeste sans de prompts remèdes excitants. On ordonne par conséquent le vin généreux, l'eau de cannelle alcoolisée et laudanisée à petites doses rapprochées. Le malade but, dans la matinée, 120 grammes d'eau de cannelle avec 4 gram. de landanum, 2 kilogr. et demi de vin avec une tolérance parfaite. L'amélioration fut prompte. Le lendemain, tout le danger était dissipé ; la chaleur a reparu dans les membres glacés, etc. L'urine a été supprimée pendant trente-six heures. Les tremblements et la faiblesse dans les membres persistèrent long-temps. La convalescence fut longue; mais la guérison complète eut lieu, en continuant pendant un temps convenable les médicaments indiqués à dose modérée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Tétanos traumatique très grave gueri par le sulfate de quinine ; par le docteur W. MALONE.

Une jeune négresse s'était enfoncé un clou dans le pied, un peu de temps après les symptômes d'un tetanos commençant de l'espèce qu'on appelle *épithotome* Elle fut saignée et prit de la morphine, mais les symptômes s'aggravèrent. On ouvrit largement la blessure du pied faite par le clou, et on la couvrit de cataplasmes ; en même temps on administra le calomel uni à l'opium ; pas d'amélioration : au contraire, grande incurvation de la colonne dorsale, spasmes fréquents de la gorge, rigidité des extrémités et de l'épigastre, etc. On applique sur la blessure de l'esprit de térébenthine et le cataplasme pour favoriser la suppuration. On donne à l'intérieur l'huile de castoréum et le laudanum pour calmer les spasmes. L'état de la malade s'aggrave toujours, de sorte qu'au treizième jour on n'a plus d'espoir de la sauver ; le pouls est à 135 ou 140 pulsations, l'épigastre est tendu comme une planche ; la plaie ne suppure pas, le spasme est général et extrême. Dans ces extrémités on se décide à administrer 5 grains de sulfate de quinine mêlés à 15 gouttes de laudanum dans un verre de vin, à prendre toutes les deux heures, et 8 grains de calomel. On porte la dose de la quinine à 15 grains, où on s'arrête parce qu'elle produisait un bourdonnement dans les oreilles avec surdité partielle. Une transpiration abondante avec pouls moins fréquent plus développé et un relâchement partiel dans les muscles succède à l'administration de ce moyen. Le traitement suivant fut adopté et continué avec quelques petites modifications jusqu'à guérison complète de la malade.

Sulfate de quinine,	15 centigrammes.
Muriate de morphine,	1/3 de grain.

A prendre toutes les trois heures avec un peu de vin.

On fit un usage assez copieux de vin pour prévenir le hoquet, et de l'huile de castoréum pour tenir le canal intestinal libre.

Au quatorzième jour la jeune fille était en pleine convalescence.

Le docteur Malone fait remarquer à cet égard que les doses larges de quinine produisent l'effet remarquable de diminuer la fréquence du pouls et de faire naître un calme et une détente générale suivie d'une véritable suspension des douleurs et de l'anxiété qui accompagnent toute maladie fébrile; et pour cela il la regarde comme un des sédatifses plus puissants et les plus précieux que nous ayons. Ce sont là, en grande partie, les idées de l'école italienne et surtout du professeur Giacomini sur l'action hyposthénisante du sulfate de quinine.

Il est heureux de voir que les hommes vraiment observateurs et non aveuglés par l'esprit de système, adoptent des idées contraires à la routine, parce qu'elles sont fondées sur des faits.

Examen chimique de la semence de nigelle cultivée (Nigella sativa, L.) ; par M. H. REINSCH.

Ce chimiste, en faisant l'analyse de cette semence, a trouvé 1000 parties composées de la manière suivante :

La dissolution éthéro-alcoolique contenait :	
1° Huile grasse (renfermant de la stéarine et de l'élaïne),	0,358
2° Huile essentielle (formée de stiaroptène et d'élaoptène),	0,008
3° Résine verte semblable à la chlorophylle, matière opalisante et mucilage,	000,6
4° Résine brune,	0,002
5° Acide tannique précipitant les sels de fer en vert,	des traces
6° Matière amère particulière (*nigelline*),	0,012
La dissolution alcoolique étendue contenait :	
7° Albumine des semences (émulsine),	000,9
8° Gomme avec matière extractive,	0,035
La dissolution aqueuse contenait :	
9° Gomme légèrement hygrométrique,	0,024
La dissolution de potasse contenait :	
10° Spermine,	0,292
Le résidu insoluble consistait en	
11° Fibre végétale,	0,174
Eau,	0,080
	1,000

Les cendres fournies par l'incinération de 1,000 parties pesaient 0,066.

La substance particulière à laquelle M. Reinsch a imposé le nom de *nigelline* est de la consistance de la térébenthine de Venise, et ne peut être amenée à l'état solide par la dessiccation ; elle est jaunâtre, d'une odeur faible qui rappelle celle de la nigelle et d'une saveur très amère particulière. Sa dissolution offre une réaction faiblement acide, cependant la coloration rouge disparaît au bout de quelque temps.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*)

Nouveau mode d'administration de l'alun dans les cas de coliques de plomb; par M. le docteur WIGLEINS.

Ce médecin emploie, dit-on, avec le plus grand avantage, l'alun dans le traitement de la colique saturnine. La manière de l'administrer contre cette affection consiste à en faire prendre 25 milligrammes toutes les trois heures.

Ce médicament, dit-il, n'agit pas alors comme astringent, mais il exerce une action purement chimique. En effet, se trouvant en contact avec les sels de plomb dont les tissus sont imprégnés, il détermine une double décomposition dont les résultats sont, d'une part, du sulfate plombique insoluble, et par conséquent inerte; de l'autre, du sulfate potassique qui, devenu libre, agit alors à la manière des cathartiques.

(*Schmidt's Jahrbuecher.*)

NOUVELLES.

Nous ne sachons pas que l'Administration des hôpitaux ait donné des explications sur le fait qui suit, publié depuis huit jours par un journal :

« Depuis quinze jours environ, la viande fraîche et de bonne qualité qui servait à l'alimentation des malades, et qu'on préparait dans l'établissement même, a été supprimée, et on y a substitué le *résidu* de la coction des bouillons hollandais.

» Nous n'avons pas besoin de faire remarquer la différence immense qui existe entre une viande fraîche, de bonne qualité, cuite à point, servie chaude aux malades, et une viande comme celle de la Compagnie hollandaise, qui arrive chaque matin à l'hôpital, froide, sans saveur, et dépourvue, par une coction prolongée, de tout principe nutritif. »

— *Association des médecins de Paris.* — L'Association a tenu son assemblée générale annuelle le dimanche, 28 janvier dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

M. Gibert, secrétaire-général, a lu le compte-rendu de l'année. Nous n'y avons rien remarqué de nouveau.

Voici la situation financière de l'Association :

Son capital social peut être évalué à environ 62,000 fr., au taux actuel, produisant, en rentes sur l'État, 5 p. 100, 2,585 fr. de revenu annuel.

Les recettes de l'année 1843 ont été de 9,665 fr, 50 c. ; les dépenses de 9,584 fr. 50.

L'Association a employé en secours et en sommes allouées aux sociétaires, la somme de 4,215 fr.

28 membres nouveaux ont été admis dans le cours de l'année. Il y a eu un démissionnaire et quatre décès parmi les sociétaires.

Dans cette séance, M. Orfila a été réélu président, M. Fouquier vice-président; M. Adelon a été élu vice président; M. Perdrix, secrétaire-général, en remplacement de M. Gibert, démissionnaire.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 18. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Emphysème pulmonaire. Phthisie laryngée. Existence de tubercules dans les poumons. Affection organique du cœur. Mort. Autopsie.

Le 6 décembre 1843 est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 30, le nommé Jules Poirson, âgé de quarante et un ans, mécanicien, né dans le département du Haut-Rhin.

D'une constitution qui paraît avoir été autrefois assez bonne, maintenant chétive et détériorée, d'un tempérament lymphatique, cet homme nous dit être actuellement malade depuis trois ans. Son père est mort d'une maladie aiguë ; sa mère, son frère et sa sœur, jouissent d'une parfaite santé. Jusqu'à l'âge de trente-huit ans il n'a jamais été malade, si ce n'est qu'il paraît avoir eu une blennorrhagie et un chancre.

Il y a trois ans environ, il s'aperçut que sa voix devenait de moins en moins forte, symptôme qui a toujours été en augmentant jusqu'à ce moment. En même temps, toux et expectoration, sans douleur de côté; sentiment d'oppression et de dyspnée quand il marche vite ou monte un escalier. Il a craché du sang dès le commencement de sa maladie. Très sujet à s'enrhumer à la moindre variation de température, il attribue sa maladie à ce que, se trouvant en sueur, il se serait exposé brusquement et sans précaution au froid. Il s'est aperçu depuis dix-huit mois environ seulement, dit-il, d'une augmentation dans la fréquence et la force des battements du cœur, et depuis cette époque il dit être sujet à des palpitations.

Voici l'état dans lequel il se présente au moment de l'entrée à l'hôpital :

Visage pâle, un peu jaune même; amaigrissement considérable. Le malade se plaint d'une grande difficulté à avaler et à respirer. Sa voix est éteinte, et c'est avec peine que l'on entend ce que dit le malade, tant il parle à voix basse. Depuis long-temps, dit-il, il monte difficilement les escaliers, tant à cause de la difficulté de la respiration que pour les palpitations auxquelles il est sujet. Pouls à 72, régulier, médiocrement développé. Sueurs abondantes pendant la nuit, sur la poitrine principalement et dans les régions claviculaires. Sommeil assez difficile, souvent interrompu. Le malade dit avoir eu hier une perte de connaissance qui aurait duré deux minutes environ, et qui aurait été déterminée par un manque de respiration.

Résonnance faible au dessous des clavicules, surtout à droite. Respiration un peu soufflante, expiration très prolongée dans ces deux régions. Résonnance un peu exagérée dans le reste de la poitrine. La respiration, très faible, est remplacée presque partout par un râle sibilant assez fort et abondant. Dans la fosse sus épineuse droite, bruit de souffle bien caractérisé et matité presque complète ; bruits du cœur sourds, battements tumultueux ; bruit de souffle bien distinct au premier temps, dans la région de l'orifice aortique. L'arrière-bouche, examinée avec soin, ne présente rien de particulier à noter. On ne peut, en plongeant le doigt dans le pharynx, apprécier l'état de l'épiglotte.

Le 10 décembre, dyspnée excessive, encore plus forte qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Très grande difficulté à avaler. Il se plaint d'éprouver de la douleur au sommet et à droite de la poitrine quand il respire fortement. Aphonie complète. Inspiration trachéale bruyante, analogue à celle que l'on observe dans l'œdème de la glotte. Il y aurait six semaines environ que l'inspiration aurait commencé à devenir râlant de cette manière; phénomène qui aurait augmenté d'une manière progressive. Le souffle caverneux extrêmement marqué à gauche en avant. Du reste, même état. Fonctions digestives assez bonnes; pas de diarrhée; crachats muqueux un peu purulents. Lichen, lait.

Le 16, le malade a rendu, en crachant, deux petites masses de tissu osseux très spongieux, de la grosseur d'un grain de chènevis environ, provenant évidemment du tissu osseux du larynx.

Depuis le moment de l'entrée du sujet à l'hôpital, jusqu'aux derniers jours de décembre, les symptômes morbides vont en s'aggravant de plus en plus. Il succombe le 29 décembre, à six heures du soir.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

Epiglotte épaissie, peu flexible, un peu hypertrophiée. La base est environnée d'un tissu lardacé qui la maintient dans la position verticale. Du reste, à part cet épaississement, elle a conservé sa forme naturelle, et ne présente aucune altération. Les replis arythéno-épiglottiques sont épaissis, évidemment œdématiés. Mais le liquide est infiltré au milieu d'un tissu dense comme lardacé. L'orifice supérieur du larynx est extrêmement rétréci. La face interne des replis dont nous parlons présente des ulcérations assez étendues. Les cordes vocales ne sont plus distinctes; elles forment avec la muqueuse qui les recouvre et les tissus environnants de gros bourrelets denses, comme lardacés aussi, et elles rétrécissent considérablement l'ouverture de la glotte, de manière à ne permettre le passage que d'une minime quantité d'air. Le ventricule gauche du larynx est complètement effacé. Au-dessous de l'insertion de l'épiglotte au cartilage thyroïde, on voit une ulcération de 15 centimètres de circonférence, profonde, et au fond de laquelle le cartilage, ossifié dans ce point, est carié.

La partie postérieure du cartilage cricoïde est dénudée. Entre les cartilages arythénoïdes qui sont sains, est une petite cavité remplie d'un liquide séro-purulent. Les muscles du larynx sont pâles et atrophiés ; les crico-arythénoïdiens postérieurs sont séparés du cartilage cricoïde dénudé, et ne tiennent qu'au périchondre.

Les nerfs laryngés sont dans un état parfaitement normal. La muqueuse de la trachée est dense et épaissie. Les glandules, hypertrophiées, la soulèvent partout. Le sommet des deux poumons est occupé par des tubercules en grande partie ramollis, et par des cavernes.

Dans la partie moyenne et inférieure des poumons, dilatation médiocre, mais évidente, des bronches et des vésicules pulmonaires. Le cœur, un peu hypertrophié, ne présente d'autres lésions qu'un peu d'épaississement de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, et un épaississement assez considérable avec rétrécissement de l'orifice aortique.

Quelques adhérences par fausses membranes organisées entre la plèvre costale et pulmonaire.

— S'il ne nous présente rien à considérer sous le rapport de la thérapeutique et du traitement, puisque la maladie était trop avancée au moment de l'arrivée du sujet à l'hôpital pour qu'il fût possible de rien tenter pour chercher à obtenir la guérison, ou même un amendement, si léger fût-il, dans son état, il ne mérite pas moins de fixer notre attention sous d'autres points de vue, que nous allons en quelques mots chercher à faire remarquer.

Le sujet auquel on a eu affaire ici était atteint d'une triple affection, d'une phthisie pulmonaire et laryngée, d'un emphysème du poumon, et d'une maladie organique du cœur. L'étiologie mérite de nous arrêter un instant.

La phthisie pulmonaire est souvent héréditaire ; mais dans ce cas particulier, il est évident que l'on ne pourrait invoquer l'hérédité comme cause prédisposante même de l'affection ; le père du sujet étant mort d'une maladie aiguë qui, au dire du malade, n'aurait duré que peu de jours. Sa mère, ses frère et sœur jouissent d'une parfaite santé. La profession qu'il exerce ne paraît pas non plus avoir généralement de l'influence sur la production de la phthisie pulmonaire, comme celles qui exposent les ouvriers au froid humide, par exemple, ou à certaines émanations de substances pulvérulentes, cause qui, aux yeux de quelques observateurs, est d'une grande valeur. Mais le malade paraît avoir été très sujet à s'enrhumer, et certainement, soit que l'on veuille voir dans la phthisie pulmonaire une prédisposition, une condition favorable à la production des rhumes; soit que l'on voie au contraire dans les rhumes fréquemment renouvelés une prédisposition à la phthisie pulmonaire, une cause déterminante de cette affection, il est impossible de nier le rapport de cause à effet qui existe à coup sûr entre les deux choses.

Quant à l'emphysème, même remarque à faire au sujet de la cause. Mais ici, peut-être la bronchite semblerait-elle d'une manière plus certaine pouvoir être assignée comme cause productrice et déterminante à l'emphysème. Qu'est-ce, en effet, que l'emphysème? Une dilatation anormale des bronches et des vésicules, dilatation qui peut parfaitement s'expliquer par une théorie tout à fait mécanique, l'emprisonnement de l'air dans ces bronches et dans ces vésicules par un obstacle matériel, quel qu'il soit. Or, cet emprisonnement de l'air peut fréquemment avoir lieu dans la bronchite soit aiguë, soit subaiguë, que l'on admette pour cause la présence dans les dernières bronches de mucosités visqueuses et adhérentes, ou l'épaississement de la muqueuse par suite d'une phlegmasie trop long-temps prolongée de la muqueuse. On aurait alors chez ce sujet une même cause, la bronchite ayant contribué, chose curieuse, à produire chez le même individu deux maladies essentiellement différentes, dans divers points du même appareil.

L'affection organique du cœur ne pourrait être ici rapportée à l'existence antérieure d'un rhumatisme articulaire, le sujet ayant formellement déclaré n'en avoir jamais ressenti la moindre atteinte. Nous ferons seulement observer, mais sans en

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le procès en Cour royale. — Effet général. — Une malade à l'audience. — Bulletin des deux premières journées. — Election académique. — Une protestation par scrutin. — Les Commissions et l'Académie. — Un bibliothécaire nommé *incognito*. — Un accouchement qui a eu des suites. — Le bal de l'Opéra.

Je vous dirai très peu de chose du procès actuellement plaidé devant la Cour royale. Les émotions qu'il suscita devant les premiers juges furent trop vives pour être durables. On ne reproduit pas deux fois ces scènes pleines d'animation, ces luttes ardentes et passionnées dont nous fûmes témoin en première instance. Soit que la Cour inspire plus de réserve, soit — et j'aimerais mieux cette supposition — que le temps ait attiédi les passions, toujours est-il qu'on remarque une grande différence dans la manière dont le procès est exposé devant messieurs de la Cour. L'acide concentré a été étendu d'eau, le grand couteau a fait place au ténotome ; en un mot, ce n'est plus le combat à outrance et à mort de la 6e Chambre, mais une lutte presque courtoise où les adversaires cherchent à peine à se désarçonner. La discussion y a gagné en solidité et en clarté, ce qu'elle y a perdu en véhémence. Me Billault a exposé les griefs de M. Guérin avec un talent incontestable, une lucidité parfaite ; trop parfaite, car lorsqu'après cette plaidoirie de trois heures on a vu nettement et clairement ce que veut M. Guérin, la colère, en effet, l'indignation n'étaient plus possibles ; les impressions de l'auditoire étaient à peu près unanimes, c'était un immense étonnement que cette intelligence ait pu se laisser entraîner à des aberrations aussi étranges. Nous avons eu cependant ici un petit coup de théâtre dont on s'était privé en première instance. Une malade, une pauvre petite fille atteinte d'une fausse ankylose de la mâchoire, se trouvait dans l'auditoire auprès de sa mère. La guérison de cette enfant a été contestée, comme on sait, par M. Malgaigne. Au plus beau moment de la plaidoierie de Me Billault, la malade a été, non pas présentée aux juges, mais indiquée par une mimique pleine d'accentuation et de mouvement. Elle est guérie, cette enfant, cela va sans dire. Je crois, néanmoins, que M. Guérin fera bien de laisser la responsabilité de cette assertion à Me Billault. Le hasard m'avait placé à côté de cette pauvre petite fille; je le déclare, si c'est là une guérison, en vérité l'orthopédie est peu difficile à cet endroit. Voilà le bulletin du premier jour.

Comme en première instance, M. Malgaigne a plaidé lui-même. Dans un discours qui a duré quatre heures, il a suivi pas à pas l'argumentation de Me Billaut, et il a su se faire écouter avec une attention soutenue. Après lui, Me Ploque a présenté la défense ou plutôt la justification de M. Vidal, et Me Favre a plaidé pour M. Henroz. L'audience, ouverte à dix heures et demie, ne s'est terminée qu'après cinq heures, et la Cour a renvoyé l'affaire à vendredi prochain. M. Guérin, qui avait annoncé l'intention de répliquer, ne pourra, d'après l'ordre de M. le président, que présenter de simples et courtes observations. Voilà le bulletin du second jour.

— La dernière élection de l'Académie de médecine a réalisé les prévisions générales. Après un premier tour de scrutin généralement consacré aux engagements pris d'avance et aux affections, M. Prus a réuni une majorité de 80 voix sur 97. C'est un beau succès. Mais ce que personne ne prévoyait, c'est cette protestation de 18 voix en faveur de M. C. Broussais contre le jugement de la commission. Dix-huit voix pour un candidat exclu de la liste, c'est là un fait important, qui prouve qu'il y a plus d'indépendance qu'on ne le croit dans le sein de l'Académie, qui prouve aussi combien il serait difficile à une majorité tracassière et brouillonne d'entraîner l'Académie dans les voies de l'injustice et de la camaraderie. Aussi je suis complétement de l'avis de M. Londe pour demander la liberté du scrutin. Qu'une commission de quelques membres puisse imposer ses lois à l'Académie tout entière, cela paraît exorbitant et dangereux. Cet article du règlement exige une révision prochaine. Les abus et les dangers signalés par M. Londe sont évidents. Il est de la sagesse et de la dignité d'un corps savant de ne pas attendre que de nombreux exemples soient venus l'éclairer à cet égard ; en toutes choses, il vaut encore mieux avoir à prévenir qu'à réparer.

Je ne quitterai pas l'Académie de médecine sans signaler un fait que j'ai lu dans un journal, mais dont il m'a été impossible de remonter à la vérification. On annonce que l'Académie, qui possède déjà une bibliothèque de plus de huit mille volumes, vient de nommer un bibliothécaire. Si cette nouvelle est exacte, elle a lieu de surprendre. Par qui a été faite cette nomination ? L'Académie a-t-elle été consultée sur la nécessité de la création de cette place ? L'a-t-elle été sur le choix de la personne qui est investie, dit-on, de ces fonctions ? Sur ces trois points il serait assez curieux d'être édifié, et il est probable que quelques explications seront demandées à cet égard.

— Voici un fait instructif à plus d'un titre. Je ne dirai ni où, ni quand il s'est passé, et le lecteur comprendra les motifs de ma réserve. — Un médecin est appelé pendant la nuit pour aller délivrer une femme en mal d'enfant. Il arrive au lieu indiqué et il trouve une famille respectable, éplorée auprès d'une jeune fille de seize ans, dont elle apprenait la faute en même temps que le résultat qu'elle allait avoir. L'accouchement se faisait avant terme, à sept mois ; l'enfant vint asphyxié. Les soins les mieux entendus et les plus prolongés ne purent provoquer des mouvemens inspiratoires, et après des tentatives inutiles le médecin pose l'enfant sur un meuble — c'était un dessus de marbre de commode et donne les derniers soins à l'accouchée. Il allait se retirer quand le père et la mère de cette jeune fille le retiennent en lui disant : Monsieur, c'est une famille honorable qui vous supplie de sauver son honneur. Personne ne connaît la faute de notre jeune fille, personne n'est instruit de l'accouchement, l'enfant est mort, épargnez-nous le déshonneur de la déclaration, emportez ce petit cadavre. Le confrère se laisse attendrir, enveloppe le fœtus dans son mouchoir et s'en va. Dans la rue, il avise l'officine d'un pharmacien, il y entre et demande un grand bocal pour renfermer le fœtus dans l'alcool. Un temps assez long s'écoule avant qu'on ait trouvé le vase nécessaire, et, lorsqu'il est trouvé, le pharmacien, homme de précautions, le remplit d'eau, afin de mesurer par le déplacement qui s'opé-

vouloir tirer aucune conséquence forcée, qu'il paraît, d'après les fausses membranes trouvées dans la plèvre, avoir eu quelque phlegmasie thoracique, à une époque qu'il n'a pu déterminer.

Sous le rapport des symptômes qu'il a présentés, le fait que nous avons raconté n'est pas moins intéressant. Nous ne dirons rien des phénomènes caractéristiques de la phthisie et de l'emphysème, qui ont été ceux que l'on rentre chez tous les sujets affectés de ces maladies. Mais nous ferons remarquer les symptômes survenus du côté du larynx, et qui se lient étroitement aux symptômes des tubercules pulmonaires qui se sont manifestés. S'il est fréquent de rencontrer la phthisie pulmonaire sans altérations du larynx, il est impossible de dire que la réciproque soit vraie. Dans la grande majorité, peut-être devrait-on dire dans la totalité des cas, la phthisie laryngée s'accompagne de la présence des tubercules dans les poumons, confirmant ainsi la loi établie par un observateur distingué qui pense que toutes les fois qu'existent des tubercules dans un organe quelconque de l'économie, on en trouvera certainement dans les poumons ; loi qui, pour presque générale qu'elle soit, souffre cependant quelques exceptions, la méningite tuberculeuse, par exemple.

On eut occasion dans ce fait de constater un phénomène assez rare, nous voulons dire l'expulsion par les efforts de la toux de deux fragments de tissus osseux provenant évidemment des cartilages ossifiés du larynx ; ces deux portions osseuses étaient détachées du cartilage cricoïde, car les deux arythénoïdes étaient parfaitement sains, et c'était sur le cricoïde qu'existaient les ulcérations qui furent notées après la mort.

Du côté du cœur on n'observa pendant la vie qu'une impulsion médiocre, bien qu'un peu plus forte qu'à l'état normal, de la pointe du cœur contre les parois de la poitrine. Il n'y avait point de mouvement fébrile, mais les battements étaient sourds et un peu tumultueux. La matité n'était pas considérablement augmentée, et en effet on n'observa point, à l'autopsie, une hypertrophie très-considérable du cœur. Par l'auscultation on ne put constater, en dehors des bruits normaux, qu'un soufle un peu râpeux et rude au premier temps, vers la base du cœur, évidemment produit par un rétrécissement de l'orifice et un épaississement des valvules aortiques. On ne constata pendant la vie aucune trace de frémissement cataire signalé par Laënnec et que l'on rencontre fréquemment dans les cas de rétrécissement de l'orifice aortique.

Enfin, et pour terminer, notons en passant que le râle trachéal qui fut observé pendant les derniers jours et qui a pu, joint à la dyspnée, en imposer pour l'existence d'un œdème de la glotte, dont il est souvent un phénomène caractéristique, n'avait ici aucune valeur de ce genre ; car la marche de l'œdème de la glotte, qui est toujours une affection aiguë et de la dernière gravité, est excessivement rapide, s'accompagne d'un mouvement fébrile intense et de symptômes de suffocation imminente, qui, comme on a pu le voir dans l'observation précédente, ne se sont pas rencontrés dans ce cas.

Dr A. F.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires, suppurés et entretenus dans un kyste. Extirpation de ce kyste à l'aide de l'énucléation et de la torsion. Réunion par première intention. Prompte guérison. (Observation recueillie par M. MARTURÉ, aide de clinique.)

Leblond, sapeur-pompier, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, est entré au Val-de-Grâce le 26 octobre 1843. Il porte à la partie supérieure et latérale droite du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, une tumeur à surface inégale, bosselée, offrant le volume d'un œuf de poule, sans changement de couleur à la peau, jouissant d'une mobilité assez grande, mais adhérente aux parties profondes par une base large qui paraît s'étendre au loin, et qu'il n'est pas possible de circonscrire. Une portion de cette tumeur est située sous le muscle sterno-mastoïdien, qui se trouve ainsi soulevé dans une certaine étendue. Elle est dure, résistante, non fluctuante, sans pulsations ni mouvements d'expansion ; indolore, même à la pression ; elle ne cause par sa présence aucune gêne dans les mouvements du cou ni de la mâchoire.

Une autre tumeur avec des caractères analogues, mais bien plus petite que la précédente (elle a le volume d'une aveline), se présente à peu de distance de la première, sous la base de la mâchoire. La santé générale est bonne ; le malade n'a eu dans son enfance ni glandes au cou, ni ophthalmie ; aucun indice, en un mot, du vice scrofuleux. On diagnostique un engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires.

Il y a environ neuf mois que Leblond s'est aperçu de son mal pour la première fois. La tumeur était alors grosse comme une petite noix ; elle a peu à peu augmenté de volume, et d'une manière presque insensible jusqu'au point où nous la voyons aujourd'hui. Il y a eu un moment où l'accroissement de cette tumeur a marché plus rapidement que d'ordinaire ; ç'a été pendant le cours d'une gastro-entérite dont notre malade a été atteint en juillet dernier, et pour laquelle il entra au Val-de-Grâce, et d'où il sortit parfaitement guéri de cette affection après une quinzaine de jour de traitement. Cette tumeur n'a jamais été douloureuse, et n'a jamais gêné les mouvements des parties où elle siége. Elle existait déjà depuis cinq mois, lorsque Leblond, inquiet du volume qu'elle prenait, songea à la faire disparaître. Un emplâtre de Vigo fut d'adord appliqué ; on eut ensuite recours à des frictions avec la pommade d'iodure de potassium, et enfin à deux vésicatoires volants. Ce traitement, fait à la caserne, dura cinq semaines environ, et ne produisit aucune amélioration. C'est alors que le malade est venu au Val-de-Grâce afin de se faire opérer.

Le 27 octobre, lendemain de l'entrée de Leblond à l'hôpital, un vésicatoire est appliqué sur la tumeur. Ce vésicatoire, qu'on fait suppurer pendant quinze jours, n'amène aucun changement dans les parties. On prescrit ensuite successivement des frictions avec de l'onguent mercuriel camphré, la pommade d'iodure de potassium, d'iodure de plomb ; elles n'ont pas un résultat plus avantageux. Voyant l'insuccès des divers moyens employés, M. Baudens se décide à enlever la tumeur. Cette opération a été pratiquée le 16 novembre de la manière suivante :

Une incision de près de 6 centimètres a été d'abord faite aux téguments ; cette incision, longeant le bord interne ou antérieur du muscle sterno-cléido mastoïdien, correspondait au grand axe de la tumeur. La peau incisée, on est arrivé sur cette dernière ; un petit coup de bistouri ayant été donné sur sa paroi antérieure, il s'est échappé une assez grande quantité de matière purulente blanchâtre et mal liée. La tumeur, qu'on supposait être formée en grande partie par des ganglions lymphatiques engorgés, mais non encore à l'état de suppuration complète, s'est trouvée être un véritable kyste rempli par du pus résultant de la fonte partielle de ces ganglions. Cette poche s'est entièrement affaissée sur elle-même après l'évacuation du liquide qu'elle renfermait. Cette circonstance toute particulière a rendu l'opération plus difficile, mais n'a pas empêché pourtant qu'elle fût exécutée de la manière la plus convenable et la plus sûre à la fois pour le malade. A l'aide d'une spatule, M. Baudens a détruit les adhérences assez fortes qui existaient entre la surface extérieure du kyste et les tissus environnants. Cette partie de l'opération a exigé un certain temps, attendu que le kyste s'étendait profondément sous le sterno-mastoïdien. La poche étant ainsi énucléée dans une grande étendue, et retenue seulement par quelques adhérences circulaires qui se liaient aux parties profondes ; adhérences par lesquelles elle recevait les vaisseaux sanguins destinés à la nutrition de ses parois, M. Baudens a saisi la masse du kyste avec deux érignes dont il a rapproché les deux manches dans une seule main, et il a alors procédé à la torsion du pédicule qui fixait le kyste aux tissus sous-jacents. Cette torsion n'a pas tardé à amener la séparation complète de la poche, qui a été aussi enlevée en totalité, d'abord par énucléation, et ensuite par torsion. En agissant de la sorte, on n'a eu aucune hémorrhagie à redouter. Dans le cas qui nous occupe, cette manière de faire était surtout avantageuse ; car le kyste reposait par sa partie profonde sur l'artère carotide, et les nerfs qui l'accompagnent ; après son ablation, il a été facile de voir et de sentir, au fond de la plaie, les pulsations de cette artère.

Là ne s'est pas bornée l'opération ; il a fallu encore enlever la petite tumeur existant sous la base de la mâchoire. Pour cela, on n'a pas fait une nouvelle incision ; on s'est servi de la première. Cette tumeur, peu volumineuse, était formée par un petit nombre de ganglions engorgés, qu'on a eu assez de peine à amener au niveau de l'incision faite dès le principe, parce qu'ils glissaient sous le bord inférieur de l'os maxillaire au moindre mouvement que le malade impatient faisait exécuter à sa mâchoire. On a fini néanmoins par les bien saisir, et en les tordant entre deux érignes on a rompu, déchiré le pédicule cellulo-vasculaire qui les retenait. Ces ganglions étaient durs, engorgés ; ils ne présentaient encore aucune trace de ramollissement ni de suppuration. Quant à la membrane qui formait le kyste, elle était bien organisée : cellulaire à sa surface externe, elle était résistante, blanche, lisse et presque fibreuse à la surface interne ; son épaisseur était au moins d'un millimètre.

On n'a pas eu la moindre artère à lier. Un point de suture entrecoupée a été placé vers le milieu de la longueur de l'incision faite aux téguments. La plaie, ainsi réunie, a été recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat et d'un peu de charpie. Au-dessus de ce pansement simple, on a mis une éponge molle destinée à exercer une légère compression sur les tissus et à maintenir la peau appliquée contre le fond de la plaie. De cette manière on obtient une réunion immédiate des parties profondes avec les parties superficielles, et l'on évite la formation d'un puits ou cul-de-sac où s'accumule la suppuration. Quelques circulaires de bande servant à maintenir l'éponge complètent l'appareil, qui, pendant quelques jours n'a cessé d'être arrosé d'eau froide.

Le 21 novembre, sixième jour depuis l'opération, on dé panse le malade pour la première fois. La cicatrisation de la plaie est presque complète ; il n'y pas de traces d'inflammation. Aucun accident n'est survenu et Leblond n'éprouve aucune douleur. On enlève le point de suture. Même pansement avec l'éponge et l'eau froide.

Le 23, on réprime avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus exubérants à la partie supérieure de la plaie. Dans ce point la réunion n'a pas eu lieu d'une manière aussi parfaite, aussi immédiate que dans la partie inférieure et moyenne ; dont les bords, entièrement réunis, n'offrent déjà plus qu'une cicatrice linéaire. Le fond de la plaie adhère très bien au tégument externe, de sorte qu'il n'y a point de poche, point de cavité entre ce fond et la plaie. Même pansement.

Le 25 novembre, la plaie est cicatrisée dans toute son étendue, sauf un tout petit point situé à la partie supérieure et sur lequel on passe encore ce matin la pierre infernale. On observe à l'endroit où existait la tumeur une forte dépression occasionnée par l'adhérence qui s'est établie entre la peau et les parties profondes.

Leblond demande à sortir de l'hôpital, ce qui lui est accordé, puisqu'on peut le considérer comme entièrement guéri : toutefois on lui recommande de continuer encore pendant quelques jours la compression à l'aide de l'éponge.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Calcul vésical. Taille bilatérale. Guérison. Analyse du calcul. (Observation recueillie par M. LEPETIT, interne du service.)

Au n° 21 de la salle Saint-Côme est entré, le 11 octobre 1843, le nommé Ferré (Emile), âgé de quatre ans, affecté de calcul vésical.

Ce jeune enfant, envoyé de la province à Paris pour être opéré, éprouva à l'hôpital les symptômes suivants. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici la cause de la maladie. L'absence des parents ne nous a pas permis de recueillir quelques renseignements. Cependant la personne qui a amené

---

rera la quantité d'alcool qu'il faudra employer. On plonge donc le fœtus dans l'eau froide ; mais, ô surprise ! l'enfant s'agite et crie, il n'est pas mort !... Tandis que le pharmacien, un peu effrayé, cherche quelques langes pour envelopper l'enfant, le médecin lui donne les soins de son art et le ramène complétement à la vie. Mais que va-t-il faire maintenant de cet enfant ? Si les parents ne veulent pas le reprendre ? S'ils lui disent : Vous avez emporté un enfant mort, et vous nous rapportez un enfant vivant, ce n'est pas le nôtre ?... Dans les transes sur le résultat, il revient chez l'accouchée, explique tant bien que mal ce qui vient d'arriver, met le tout sur le compte du grand air, et cette famille honorable reçut l'enfant en disant : Dieu nous l'envoie, qu'il soit le bienvenu.

Alors il est de nouveau question de la déclaration à l'état-civil. Le médecin fait remarquer que la loi accorde trois jours, que cet enfant est bien faible, qu'il ne vivra probablement pas jusque-là ; et, pour éviter une double déclaration, il conseille d'attendre les délais de rigueur. Le conseil est accepté. Mais l'enfant vécut dix jours, et on oublia de faire la déclaration. Le père de l'accouchée, averti des conséquences pénales que cet oubli pouvait avoir, s'en va à la mairie, et, sans consulter le médein, déclare un enfant mort-né. Jugez de l'inquiétude du confrère en apprenant cela. Le médecin-vérificateur des décès verra bien vite à la chute du cordon ombilical que l'enfant a vécu et qu'il est, lui, en contravention avec la loi qui impose la déclaration aux accoucheurs.

Que faire, et comment se tirer de là ? Il va trouver un confrère, homme de bon conseil, qui lui en donna un excellent. Appliquez, lui dit-il, une petite compresse et une bande sur l'ombilic de l'enfant, comme si le cordon venait d'être coupé. C'est bien le diable si le vérificateur s'avise du stratagème et défait l'appareil. Il ne le fit pas, en effet, et le pauvre confrère en fut quitte pour la peur.

Je dis que ce fait offre plusieurs ens ignements. Le premier, c'est que les motifs les plus honorables et les plus charitables ne doivent pas empêcher le médecin de faire la déclaration. Il serait superflu d'insister sur l'imprudence du confrère, qui céda aux prières de la famille en emportant l'enfant. On a vu ce qu'il faillit en arriver. On doit voir enfin, dans ce fait, un motif de persévérance à insister sur les moyens indiqués par l'art dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés. Tous les accoucheurs savent que ce n'est quelquefois qu'au bout d'un temps très long que l'asphyxie cesse. Deux personnages célèbres, Voltaire et madame de Genlis, rapportent qu'on les laissa pour morts au moment de leur naissance. Voltaire avait été jeté sur un fauteuil ; son grand-père qui ne voit pas le paquet, s'y assied dessus, et l'enfant produit le bruit du soufflet qu'on écrase. C'est à cette circonstance qu'il dut les soins qui le rappelèrent à la vie.

— L'austère confrère qui s'indigne en apprenant que l'on danse chez les médecins, que dirait-il s'il allait au bal de l'Opéra ? Samedi dernier, on comptait plus de vingt médecins connus dans le foyer. On y a vu la ténotomie coudoyée par la taille en deux temps, la suture intestinale saluer le climat de la France, l'hygiène fraterniser avec un des signataires de la statistique orthopédique, et tout cela (*horresco*) écouter le babil de dominos plus ou moins noirs ! Je vous dis que nous sommes dans un temps d'abomination et de désolation. Enveloppons-nous dans un manteau, mon cher lecteur, et attendons des jours meilleurs.

Jean RAIMOND.

P. S. Je vous a réserve, pour le bonne bouche, une lettre de M. Mayor, que le chirurgien de Lausanne nous adresse, en vérité, je ne sais trop pourquoi. M. Vidal (de Cassis), écrit dans les *Annales de la Chirurgie* un de ces articles dont le public médical connaît la facture, sur la *chirurgie simplifiée.* Cet article nous plaît, et nous en donnons quelques extraits dans notre *Revue des journaux*, comme nous faisons de tout ce que la presse médicale enfante dans le monde civilisé. Sur ce, M. Mayor nous adresse une longue réfutation de cet article. Avec tous les égards dûs à son talent et à son âge, nous lui répondons que sa réfutation est mal venue chez nous, que c'est aux Annales qu'il faut l'adresser, puisque dans ce journal a paru d'abord l'accusation, et que de là nous en extrairons ce qui nous en paraîtra utile, et il y a certainement à prendre. Cette réponse sage et convenable n'a pas été du goût de M. Mayor. Il nous adresse, en date du 1er février, une lettre où chaque phrase commence par ces mots : *Je ris*, etc. Nous sommes enchantés d'avoir mis M. Mayor en aussi bonne humeur. Nous étions disposés à rire aussi, quand la figure refroguée du caissier du Journal nous a ramené à des idées plus positives. Notre comptable, en effet, ne peut comprendre qu'on lui fasse payer fort cher un port de lettre pour dire aux gens qu'on a envie de rire. Son observation nous a parue très juste, et nous la consignons ici à titre d'avertissement général.

NOUVELLES.

Un journal annonce la nomination de M. Dahremberg à la place de bibliothécaire de l'Académie de médecine.

— Un médecin honorablement connu, M. le docteur West, chirurgien de la garde nationale, vérificateur des décès du 11e arrondissement, et médecin expert près des tribunaux, s'est donné la mort dans la nuit du 6 au 7 de ce mois, en s'ouvrant l'artère crurale. On ne sait à quoi attribuer ce suicide.

— D'après *The Lancet*, il meurt en Angleterre, de phthisie pulmonaire, 170 individus sur 1,000, nombre dans lequel le sexe féminin se trouve au sexe masculin dans la proportion de 9 à 8. Dans les villes il existe sur 1,000 habitants 16 qui meurent de phthisie ; à la campagne, ce rapport est de 30 à 1,000 ; pour les femmes, la proportion, tant en ville qu'à la campagne, est de 13 à 1,000.

— On annonce la mort de M. le docteur Fournet, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, auteur d'un ouvrage connu sur les maladies de la poitrine. Ce jeune médecin aurait succombé en Italie aux progrès de la phthisie pulmonaire.

— Le docteur Barbier, médecin de la quarantaine à Kars (Asie-Mineure), a péri dans les neiges, en se rendant d'Erzeroum à Kars.

l'enfant nous a affirmé que ce petit garçon ne mangeait que de la viande, et qu'il refusait le pain ou tout autre aliment; il nous fut facile de constater ce fait pendant la semaine qui précéda l'opération.

Ferré est d'une constitution sanguine; c'est un enfant très fort pour son âge; gai et vif; mais au milieu de ses plaisirs, il se plaint sans cause connue, porte les mains à sa verge et se gratte avec force. D'autres fois il trépigne. En urinant il souffre, et sa verge devient parfois érectile. Les urines ne sont pas troubles, elles ne déposent pas. Il n'existe pas d'hématurie. Du reste, l'appétit est conservé; l'enfant n'a pas de fièvre; il n'a pas de diarrhée.

Les signes rationnels consistèrent seulement dans les résultats fournis par le cathétérisme; une sonde d'argent fut introduite, et on reconnut un calcul dans le bas-fond de la vessie. M. Guersant diagnostiqua deux calculs sur une sensation causée par la sonde, qui produisit, en suivant la surface du calcul, deux chocs bien différents et fort appréciables, semblables aux sensations que nous éprouvons quand un de nos doigts, glissant sur une sphère, quitte cette sphère et rencontre à côté un autre corps solide.

L'opération fut arrêtée pour le 19 octobre. Le procédé employé fut la taille bilatérale de Dupuytren.

Après avoir fixé le malade en suivant les procédés usités, et après avoir confié à chaque aide leurs différents rôles pendant l'opération, un cathéter fut introduit dans la vessie et confié à un aide qui le maintint sur la ligne médiane, un peu obliquement vers la région antérieure de l'abdomen, de façon à faire saillir le cathéter vers la région périnéale; le chirurgien, armé d'un bistouri, pratique une incision demi-circulaire, s'étendant entre les deux tubérosités de l'ischion, en passant au devant de l'anus, à une distance de six millimètres. Le tissu cellulaire, l'aponévrose superficielle et le sphincter ayant été divisés, on arriva ainsi à la portion membraneuse de l'urètre; l'ongle du doigt indicateur fit reconnaître la rainure du cathéter, et guida la pointe du bistouri. L'urètre fut ensuite incisé; on plaça dans cette nouvelle incision l'ongle du doigt indicateur gauche; prenant alors le lithotome, on l'introduisit en se guidant sur le doigt et en présentant à l'anus la concavité de l'instrument.

Le chirurgien saisissant alors le cathéter de la main gauche et le lithotome de la main droite, fait glisser le lithotome sur la cannelure du cathéter, en soulevant toutefois ce dernier et le dirigeant vers la symphyse du pubis.

Le lithotome introduit, le cathéter est ensuite retiré. Le lithotome est renversé de manière à présenter sa concavité à l'anus; les lames de l'instrument pourront s'écarter de vingt-cinq millimètres. Il est ensuite ouvert, divise la vessie, les tissus environnants, et le chirurgien le retire en l'inclinant progressivement en bas.

On introduisit encore le doigt indicateur pour reconnaître l'étendue des incisions; on plaça le gorgeret, et à l'aide de tenettes on retire deux calculs de même forme, oblongs, de deux centimètres, ayant un centimètre dans le plus petit diamètre, gros chacun comme une aveline, d'une couleur grise. L'opération fut pratiquée en deux minutes.

On lava la vessie à l'aide d'une injection; aucune trace d'hémorrhagie. L'enfant fut porté dans son lit sans lui appliquer aucun pansement.

Le premier jour un peu de réaction eut lieu; le pouls était fréquent, fort et vif; les urines sortaient par la plaie; c'est à peine si l'on constata un suintement sanguin.

Le second jour l'état fébrile a disparu; l'enfant est gai et joyeux. On lui donne un bouillon.

Le troisième et le quatrième jour, l'état du malade est toujours satisfaisant; sa plaie est béante; une légère suppuration apparaît sur les bords de la plaie. On prescrit quelques aliments.

Le sixième jour des caillots de sang noir sortirent par la plaie, accompagnés, plusieurs fois dans la journée, d'une légère suppuration.

Le septième, les mêmes phénomènes se représentèrent, en même temps un peu de chaleur à la peau et de la fièvre. Un bain fut prescrit et la diète.

Le huitième amélioration marquée, la fièvre a baissé, on ne signale plus la présence de caillots.

Les dixième, onzième et douzième jours état satisfaisant, la plaie se rétrécit, les urines sortent toujours par la plaie, l'enfant est levé et il se promène dans les salles.

Le seizième jour, l'enfant urine par la verge. A partir de cette époque nous n'eûmes plus rien d'important à signaler. La cicatrice extérieure n'était pas encore terminée, il restait une petite fistule qui fut cautérisée pendant plusieurs jours de suite. Les parents emmenèrent l'enfant, le 9 novembre 1843, parfaitement guéri.

Il résulte de cette observation, et en même temps du tableau statistique que M. Guersant a bien voulu me communiquer, que l'opération de la taille chez les enfants est en général très-heureuse. Depuis quatre ans seize enfants ont été taillés, et l'on n'a eu que trois morts. Sur cinq qui furent soumis à la lithotritie on eut deux morts. Nous devons dire que les sujets qui succombèrent furent atteints de complications après les opérations. L'un d'eux entre autres, après une lithotritie heureusement terminée, fut pris du croup.

Après un résultat aussi beau n'est-il pas préférable, quand le calcul est volumineux, d'employer la taille au lieu de la lithotritie? Enfin, constatons ici l'immense avantage de la taille bilatérale, surtout chez l'enfant; la prostate à cet âge est très peu développée, et située à la paroi inférieure de l'urètre. Dans la section de la vessie l'instrument glisse au-dessus de cet organe et le respecte. Or, dans toute autre taille périnéale on divise un des canaux éjaculateurs ou tous les deux, et l'on peut déterminer la stérilité chez l'homme, accident que l'on évitera toujours à l'aide de l'opération bilatérale.

Nous croyons utile, en terminant cette observation, et pour la rendre aussi complète que possible, de la faire suivre de l'analyse chimique du calcul vésical, analyse pratiquée sur un fragment par M. Réveil, interne en pharmacie.

Le fragment de calcul que j'ai analysé pesait, au moment de son extraction 0,219, il provenait d'un calcul plus gros qui avait la forme d'une olive; il était déprimé à son sommet. Le morceau sur lequel j'ai opéré avait la forme d'un demi-cotylédon de haricot, avec la seule différence que la dépression était au sommet au lieu d'être au milieu; il avait une forme conchoïde, avec couleur jaune-brunâtre à sa partie supérieure; il était sillonné d'une ride longitudinale qui était en partie comblée par du sang desséché. On y remarquait plusieurs couches; la première ou supérieure était plus dure, plus compacte que les autres; celles ci, placées à la partie inférieure, étaient nombreuses et d'une texture peu serrée; elles étaient aussi plus blanches et plus friables que celles qui les recouvraient. Au premier aspect j'ai pensé que j'avais affaire à un calcul d'acide urique et de phosphate de chaux, qui sont ceux que l'on rencontre le plus souvent.

Dans cette persuasion, j'ai opéré de manière à reconnaître de suite la présence de ces deux corps; en effet, après avoir pulvérisé une partie du calcul dans un mortier d'agathe, je l'ai exactement pesé, puis je l'ai long-temps lavé à l'eau distillée jusqu'à ce que les eaux du lavage ne précipitassent plus par le ferro-cyanure ou le sulfo-cyanure de potassium. Traité par l'éther bouillant, et celui-ci ayant été évaporé à part, il n'est pas resté le moindre résidu, d'où l'on peut conclure que le calcul ne contenait pas de matière grasse. J'ai ensuite introduit le dépôt pulvérulent dans un creuset de platine; je l'ai fortement calciné, j'ai eu même le soin d'ajouter une ou deux gouttes d'acide azotique, afin que la combustion fût complète, j'ai pesé le résidu et me suis assuré qu'il était entièrement composé de phosphate de chaux et qu'il ne contenait pas une trace de silice, comme cela arrive quelquefois.

De ces expériences je conclus que le fragment qui pesait 0,219 lorsqu'il était encore humide, ne pesait plus que 0,208 après le lavage à l'eau et la dessiccation à 100, et que 0,208 était composé de

0,066 d'acide urique
et 0,142 de phosphate de chaux calcaire.

Deux expériences faites successivement donnent le même résultat à un 1/2 millième près.

Péritonite sur-aiguë chez un aliéné qui avait l'habitude d'avaler des pierres; par M. le Dr CANGRAIN, d'Alençon.

En 1835, on renferma dans l'hospice départemental de l'Orne un homme de trente ans environ, d'une taille élevée; il avait la barbe et les cheveux noirs, le teint d'un brun-jaunâtre; il était triste, honteux, recherchait la solitude et ne parlait à personne. Je n'ai pu me procurer aucun renseignement sur les commémoratifs; la préfecture me répondit qu'on l'avait renfermé comme aliéné: je ne pus rien obtenir de plus. Pendant trois ans il fut tranquille; jamais on n'eut à se plaindre de lui. Les infirmiers avaient remarqué qu'il urinait souvent; plusieurs fois on l'avait surpris dans les cours ramassant les petits cailloux, qu'il avalait facilement sans en éprouver le moindre accident. Il était habituellement très resserré, n'allait à la selle que tous les six ou huit jours; les matières fécales étaient extrêmement dures et noires. On l'avait abandonné sans traitement; retiré dans un des angles de la cour, il végétait sans parler ni se plaindre. Sa physionomie portait l'empreinte de la tristesse et de la résignation.

En 1838, on chargea les cours de sable et de fragments de pierre de Hertré; notre malade fut trouvé plusieurs fois par les infirmiers, ramassant des pierres qu'il avalait. Depuis plus de quinze jours il se livrait à cet appétit dépravé, quand il fut pris de la péritonite la plus intense. Nous avons observé bien des cas de péritonite à l'hôpital d'accouchement, mais aucun n'approchait de celui dont je vais rapporter l'histoire. On conduisit le malade à son lit, et mon estimable confrère, le docteur Marchant, le vit dans la journée. Ses traits étaient tellement crispés, contractés que sa figure était hideuse à voir; il était couché sur le côté gauche, accroupi, ramassé, les jambes fortement fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le ventre, comme un fœtus dans le sein de sa mère; la plus légère pression du ventre, le poids du drap lui faisaient pousser des gémissements; l'abdomen était ballonné; des hoquets se faisaient souvent entendre; la respiration était courte et fréquente; le pouls petit et serré, à 110-112; la peau sèche et brûlante, rude au toucher; le malade avait rendu par l'anus plusieurs petites pierres; on ne put obtenir de lui aucune parole: il ne voulut rien prendre. On pratiqua le toucher anal, et l'on reconnut facilement la présence de pierres qu'on essaya d'arracher; mais cette opération, faite doucement avec le doigt enduit d'un forte couche d'huile, fit tellement souffrir le malade qu'il poussait des cris déchirants. Le pronostic fut tellement fâcheux qu'on préféra abandonner le malade à son triste sort, que d'employer un traitement inutile qui n'aurait pu qu'augmenter les douleurs déjà si atroces qu'éprouvait le malade. Toute la nuit il resta absolument dans la même position; de temps en temps il poussait des gémissements, et refusait la tisane qu'on lui offrait: il mourut dans la journée.

Je fis l'autopsie le lendemain, en présence du docteur Marchant.

Le crâne était très épais, rétréci vers le sommet qui se terminait en pain de sucre; l'arachnoïde généralement injectée; les ventricules renfermaient environ deux cuillerées de sérosité jaunâtre; la substance cérébrale nous parut un peu ramollie. Le cerveau, coupé par tranches, ne nous offrit rien de particulier. Les poumons étaient sains, la plèvre sans adhérence; le cœur à l'état normal. Ce fut dans l'abdomen que nous trouvâmes les lésions les plus remarquables. Le péritoine était légèrement rouge, non épaissi; il présentait çà et là quelques plaques brunes, point de pseudo-membranes ni d'exsudation puriforme; il renfermait de 100 à 120 grammes de sérosité limpide.

Le foie avait au moins doublé de volume, et occupait les deux hypochondres. Sa face inférieure, surtout à droite, offrait une teinte d'un brun très foncé qui contrastait avec la couleur d'un beau jaune de la vésicule biliaire. Son tissu était très friable. La vésicule biliaire aurait pu contenir à peine une noix; elle renfermait environ une once d'une bile épaisse, sirupeuse, d'un jaune-serin; la capacité de l'estomac était notablement diminuée; sa muqueuse n'était nullement altérée; ses parois étaient un peu épaissies; il renfermait quelques grains de sable perdus dans des mucosités épaisses, blanchâtres. Le calibre du pylore ne permettait pas d'y introduire l'extrémité du doigt auriculaire; son épaisseur était double de l'état normal; il offrait l'aspect du tissu squirrheux; il ne criait pas sous le scalpel. Dans les deux tiers de sa circonférence, il était entamé par une petite tumeur allongée qui le comprimait sans lui adhérer; elle était dure et criait sous le scalpel; elle offrait l'aspect fibreux du squirrhe. Le duodénum était normal; l'intestin grêle renfermait une grande quantité de mucosités jaunâtres. Le cœcum était d'un volume égal à celui du poing du sujet, et rempli d'une quantité innombrable de petits fragments de pierres de Hertré; quelques-uns de ces fragments étaient gros comme un œuf de pigeon au moins; la muqueuse n'offrait pas d'altération. Le colon ascendant, énormément distendu, avait plus de 10 centimètres de diamètre et était rempli de petites pierres. Sa tunique interne, d'un gris ardoisé, offrait çà et là quelques ulcérations à fond rougeâtre qui avaient détruit les deux membranes internes, et dans quelques points le péritoine. Les petites pierres se perdaient dans une grande quantité de mucosités épaisses, jaunâtres. L'arc du colon renfermait aussi quelques grains de sable; sa muqueuse était d'un gris-ardoisé, mais sans ulcération. Le colon descendant était dilaté, et renfermait quelques petits fragments de pierre. Sa muqueuse présentait partout des ulcérations profondes et larges, à peine séparées entre elles par la teinte grisâtre observée dans tout le gros intestin; il renfermait beaucoup de mucosités jaunâtres. Le rectum avait diminué de volume et triplé d'épaisseur; ses parois étaient dures, blanchâtres, comme squirrheuses; ses tuniques étaient tellement altérées qu'il était impossible de les distinguer. A l'intérieur, il était parsemé d'ulcérations plus petites que les précédentes, mais plus profondes. L'anus était complètement obstrué par la contraction du sphincter; l'introduction du manche du scalpel le déchira. Au dessus de l'anus, le rectum formait une poche qui laissait facilement pénétrer toute la main, et renfermait des milliers de fragments de pierre. La rate était gorgée de sang, facile à déchirer. Les reins avaient un volume énorme, si on les comparait à la vessie; leur tissu était sain. La vessie ressemblait à une matrice par son volume, son épaisseur et son aspect rougeâtre et musculaire: elle eût à peine renfermé une noisette; ses colonnes charnues se dessinaient d'une manière remarquable.

Les Mémoires de l'Académie de chirurgie renferment un grand nombre d'observations d'individus qui avalaient des corps étrangers semblables à des pierres, mais les symptômes ne ressemblaient en rien à ceux qu'a offerts notre malade; presque tous mouraient de consomption. Je crois cette observation aussi intéressante par l'anatomie pathologique, que par la péritonite survenue brusquement chez un individu habitué à ce singulier aliment. Je laisse le lecteur juge d'apprécier si sa publicité peut être de quelque utilité.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 février 1844. — Présidence de M. CH. DUPIN.

M. Bonjean, pharmacien de Chambéry, envoie une note, dont voici les conclusions :

1° Le kermès minéral administré à l'intérieur, même à haute dose, n'est pas absorbé comme les sels solubles d'antimoine; il en est très probablement de même de tous les composés insolubles de ce métal.

2° Dans un cas d'empoisonnement par une préparation insoluble d'antimoine, on devra s'attacher à rechercher le poison dans les matières vomies et dans celles qui se trouveront contenues dans l'estomac et les intestins. Cependant si le malade a survécu quelques jours à l'intoxication, il peut arriver qu'on ne retrouve plus aucune trace de poison, qui est insensiblement éliminé par les selles.

3° Dans la carbonisation des matières organiques dans lesquelles on recherche la présence d'un composé antimonial, le procédé que je conseille et qui consiste dans l'emploi de l'acide sulfurique seul, me paraît suffire dans toutes les circonstances, et être à la fois le plus facile, le plus prompt et le plus économique de tous ceux qu'on a proposés et adoptés jusqu'ici.

— *M. Dupré* lit un mémoire sur la conservation des cadavres.

— *M. Persoz* adresse un mémoire relatif à des expériences sur l'engrais des oies. Ce travail donne lieu aux conclusions suivantes :

1° L'oie en s'engraissant ne s'assimile pas seulement la graisse contenue dans le maïs, mais elle en forme elle-même une certaine quantité aux dépens de l'amidon et du sucre de maïs, et peut-être aussi à l'aide de sa propre matière, puisque la quantité de graisse formée en elle est ordinairement plus du double de celle qui se trouvait dans le maïs.

2° Après avoir été engraissée, une oie contient une quantité de graisse supérieure à l'augmentation de poids qu'elle a subie.

3° Durant l'engrais, le sang des oies change de composition, et devient riche en graisse, et l'albumine en disparaît ou s'y modifie.

4° Il semble enfin exister une certaine relation entre le développement du foie et la quantité de graisse produite.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. Janvier 1844.

Rétrécissement de l'œsophage; corps étranger dans ce canal; par M. LAMOTHE.

Une dame de cinquante-deux ans fut atteinte un an avant sa dernière grossesse, qui eu lieu à quarante-deux ans, de pyroxis. Un mé-

decin lui conseilla l'usage exclusif de l'eau pour boisson, auquel elle s'assujettit pendant trois ans sans en éprouver aucun effet; à part cela elle se trouvait bien. Sa grossesse et ses couches furent heureuses; elle nourrit son enfant pendant un an; mais alors elle éprouva de nouveau des maux d'estomac avec crachement continuel de glaires, et régurgitation de presque tout ce qu'elle prenait. La malade cessa de nourrir; nonobstant, le mal persista; il sembla même augmenter, au point que tous les aliments solides, et souvent aussi les liquides, étaient régurgités. Cependant il n'y avait de douleur dans aucune région de l'abdomen, pas même à une forte pression. La malade se plaignait seulement de la sensation *d'un poids à la bouche de l'estomac*; elle éprouvait là, après avoir avalé, comme un sentiment de *quelque chose qui* se *se resserrait et empêchait les aliments de descendre dans l'estomac*. Mais si une fois ils pouvaient y arriver, ils étaient conservés et bien digérés. Cet état n'était point accompagné de fièvre. Plusieurs médecins furent consultés, et plusieurs traitements essayés sans succès. La malade perdait son embonpoint et ses forces; les règles devinrent peu abondantes et irrégulières. Un autre médecin prescrivit des applications mensuelles de sangsues à l'anus et des bains de mer. Le premier moyen ne parut pas produire un grand bien; mais les bains de mer, où la malade alla trois années de suite passer un mois, améliorèrent sensiblement son état. Après leur usage, en effet, les maux d'estomac et les crachements diminuèrent, les régurgitations devinrent moins fréquentes, la malade prenait du lait, des bouillies, des soupes, et peu à peu quelques autres aliments; mais le spasme de l'œsophage revenait encore de temps en temps capricieusement, provoqué tantôt par un aliment inaccoutumé, tantôt par un autre, qui passait bien la veille ou un moment avant. Quelquefois, sans cause appréciable, cette constriction s'exaspérait, et rien, pas même une cuillerée de lait, ne pouvait passer. Mais si cet état se prolongeait, quelques sangsues à l'épigastre et un bain avaient coutume de calmer cette exacerbation spasmodique.

Cependant ces accidents devenaient de plus en plus rares, et la malade allait de mieux en mieux, recouvrant son embonpoint et ses forces, lorsque le 10 août 1843, en mangeant une prune, elle en avala involontairement le noyau. Dès ce moment le spasme revint, et rien ne put pénétrer dans l'estomac; les régurgitations devinrent continuelles; les crachements glaireux plus abondants que jamais, on eut recours à l'application des sangsues à l'épigastre, et un bain; mais cette fois ce fut en vain.

Un autre médecin introduisit à deux fois différentes une sonde dans l'œsophage; il éprouva un peu de résistance, qu'il attribua à la contraction du canal; mais il ne reconnut point la présence du corps étranger. Alors des antispasmodiques de toute espèce, deux vésicatoires entre les épaules, un à l'épigastre saupoudré d'acétate de morphine, la cautérisation pharyngienne, furent mis en usage, et tout fut sans résultat. La malheureuse malade dépérissait et perdait de jour en jour ses forces; elle sentait tantôt en haut, tantôt en bas de l'œsophage, une gêne et un sentiment de constriction qui s'étendait à toute la poitrine; elle sentait un peu de douleur à l'épigastre, il n'y avait pourtant pas de fièvre. Cependant il y eut, à une quinzaine de jours d'intervalle, deux accès fébriles semblables à des accès de fièvre intermittente; l'haleine exhalait une odeur acide qui se faisait sentir dans toute la chambre. Le bouillon ou le lait donné par cuillerée était rejeté quelques minutes après avoir été avalé; il y avait quelquefois, en outre, des régurgitations, de violents efforts de vomissement. Les lavements nutritifs étaient presque les seuls moyens qui soutinssent la malade. Néanmoins, des selles consistantes, un peu décolorées, avaient lieu tous les trois ou quatre jours.

Le 12 décembre, une consultation eut lieu. On fit encore l'introduction de la sonde dans l'œsophage; elle donna le même résultat que les précédentes fois. On se contenta de prescrire un liniment calmant sur la partie antérieure de la poitrine; mais le même état persistant, la diarrhée survint, les forces s'anéantirent, et la malade mourut d'inanition le 24 décembre 1843.

Autopsie. — L'œsophage contient un petit noyau de prune; il présente depuis l'orifice cardiaque jusqu'à une hauteur de 67 centimètres au-dessus, un rétrécissement qui permet à peine d'y introduire le bout du petit doigt. Epaisseur normale des parois. Intérieurement, à droite, deux taches, de grandeur inégale, ressemblant à des plaques gangréneuses. Points rouges disséminés. Le reste du canal digestif est sain.

Cataracte guérie spontanément; par le docteur Roussilhe, de Castelnaudary.

On n'a pas d'exemple, dit Delpech, de guérison spontanée de la cataracte proprement dite. Presque tous les auteurs professent cette opinion, et croient qu'il n'existe pas de traitement médical de la cataracte, si ce n'est celle produite par des blessures, ou par inflammation de la capsule. Le cas suivant paraît être un exemple de guérison spontanée de la cataracte vraie.

Un homme de quarante-huit ans n'a jamais éprouvé de maladie des yeux. D'après son observation, son œil droit avait plus de force que le gauche. En 1827, il crut qu'un corps étranger était entré dans son œil droit; les mouvements de cet organe étaient douloureux. Il imaginait qu'étant allé voir piquer une meule de moulin, un peu d'acier était entré dans son œil. Il consulta un médecin, qui trouva l'organe dans son état naturel, et n'y vit aucun corps étranger; il ordonna un bain de pieds, qui calma tous les symptômes d'irritation.

Environ quinze jours après, le malade, étant allé à l'église, s'aperçut qu'il ne voyait avec son œil droit que comme à travers un voile épais. Des divers moyens qui furent mis en usage, le malade ne peut indiquer qu'un vésicatoire appliqué à la nuque, qu'il garda plus de quatre mois.

M. Roussilhe vit le malade six mois après l'invasion de sa maladie; son œil droit était cataracté; la membrane capsulaire était d'un blanc nacré; la couleur de l'iris est châtain-foncé; la pupille se contracte très bien quand on la soumet à une vive lumière. Le malade voit la lumière comme entourée d'un brouillard très épais. La cornée, examinée avec le plus grand soin, ne présente aucune trace de cicatrice.

Environ un an après, le malade recommença à voir le brouillard moins épais. A partir de cette époque, l'amélioration fit des progrès presque insensibles, mais très bien appréciés de cet homme. M. Roussilhe ne le revit qu'en 1837, et la guérison était complète. L'œil est plus petit que celui du côté opposé; il n'y a plus d'opacité derrière la pupille; l'iris est d'un gris clair; la face antérieure de cette membrane, au lieu d'être convexe en avant, est un peu concave. La chambre antérieure de l'œil droit est plus grande que celle de l'œil gauche, la pupille est plus dilatée dans l'organe malade que dans l'état sain. Quand la pupille se resserre, l'iris est flottant et forme des espèces de plis à la partie inférieure de l'ouverture pupillaire; la vision, quoique rétablie, s'exerce mal. Le malade voit assez bien pour se conduire; mais il ne peut distinguer diverses nuances de couleur. Il confond le bleu avec le noir. Il ne peut pas lire avec cet œil, quoi qu'on ait essayé des verres convexes n° 12.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Sous le titre de *surveillant, infirmier* et *gardien*, M. Bouchet (de Nantes) a publié dans votre journal un article, dans lequel les Frères de Saint-Jean-de-Dieu sont en butte à des accusations qu'il importe de relever.

Ces accusations peuvent se résumer ainsi :

Les Frères de Saint-Jean-de-Dieu *traitent eux-mêmes* les aliénés; leurs moyens de traitement sont des prières, des exorcismes, des jeûnes, etc. Par conséquent, ils sont en contravention avec l'ordonnance royale ainsi conçue : « Le service médical ou tout ce qui concerne le » régime physique et moral, la police médicale et personnelle des alié- » nés, sont sous l'autorité des médecins. »

Or, il y a en France trois maisons d'aliénés dirigées par les Frères de Saint-Jean-de-Dieu. Ces trois maisons sont pourvues de médecins laïques résidant dans l'établissement, et qui ont *la direction entière du traitement moral et physique des aliénés*. Ces médecins sont : pour l'établissement de Lyon, le docteur Carrier; pour l'établissement de Dinan, le docteur Bodinier; et pour l'établissement de Lille, le docteur Lefebur. Quant à leurs méthodes de traitement, elles sont de l'ordre scientifique et non point surnaturel, comme on peut s'en convaincre facilement en lisant la notice sur les aliénés de Lyon, publiée par M. Carrier. (Etudes statistiques sur les aliénés traités dans l'asile de Saint-Jean-de Dieu, près Lyon, par J.-B. Carrier. A Paris, chez J.-B. Baillère.)

Les Frères de Saint-Jean-de-Dieu ne traitent donc point *eux-mêmes* les aliénés qui leur sont confiés; ils sont donc restés dans la *légalité*.

Par conséquent l'accusation portée contre eux est une accusation injuste.

Pour dissiper les doutes qui pourraient rester encore dans quelques esprits, je suis obligé de dire quelques mots du Père Hilarion et des Frères de Saint-Augustin, que M. Bouchet a tort de confondre avec les Frères de Saint-Jean-de-Dieu.

Le Père Hilarion et les Frères de Saint-Augustin sont *complètement étrangers* aux Frères de Saint-Jean-de-Dieu, qui ne reconnaissent pour fondateur que le bienheureux Saint-Jean-de-Dieu.

Le Père Hilarion professe des doctrines qui n'engagent que lui, et dont lui seul doit répondre, et il faut être bien ignorant des enseignements de l'Eglise pour avoir pensé un seul instant que les doctrines publiées par le Père Hilarion pussent être professées par un ordre canoniquement constitué.

Cependant M. Bouchet, prenant au sérieux des doctrines et des paroles que le simple bon sens aurait dû lui faire regarder comme des futilités, accuse de démonomanie tout un ordre religieux, que ses services et son dévouement bien connu auraient dû mettre à l'abri de semblables attaques. Puis s'autorisant toujours des paroles du Père Hilarion, il met en parallèle les infirmiers laïques et ceux qui appartiennent à des congrégations religieuses. Et tout en reconnaissant que ces derniers accomplissent mieux leur service, *quant au zèle, au dévouement et à l'ordre*, il conclut cependant en faveur des infirmiers laïques, parce qu'ils se prêtent bien mieux *à la liberté d'action de l'autorité légale, soit administrative, soit médicale*.

Et d'abord, je nie complétement cette assertion de M. Bouchet. J'ai eu sous ma direction les infirmiers de Bicêtre pendant un an, et non seulement je n'ai point trouvé en eux le concours, cette subordination dont parle M. Bouchet, mais bien plutôt une brutalité révoltante, dont souvent les aliénés sont victimes, malgré le zèle des médecins et des surveillants.

Et maintenant, sur quoi s'appuie-t-on pour dire que les Frères de Saint-Jean-de-Dieu ne sont pas aussi soumis que les autres infirmiers? N'ont-ils pas dans toutes leurs Maisons des médecins laïques qui dirigent *entièrement* le traitement des aliénés? N'ont-ils pas poussé la prudence jusqu'à ne vouloir pas mettre à la tête de leurs établissements des médecins qui sont membres de leur congrégation?

Et en présence de ces faits que deviennent ces accusations de démoniaques, d'insubordonnés qu'on a voulu jeter à la face des Frères de Saint-Jean-de-Dieu? Sur qui doivent retomber le ridicule et l'odieux que l'on cherchait à faire peser sur eux? et que reste-t-il enfin de cet article de M. Bouchet? une seule phrase, et cette phrase est l'éloge le plus complet qu'on puisse faire des Frères de Saint-Jean-de-Dieu. — « *Ils vivent avec les aliénés, pansent leurs blessures et veillent jour et nuit près de leur lit.* »

Agréez, etc.

P. Jousset, interne des hôpitaux.
(Ancien interne des aliénés de Bicêtre.)

9 février 1844.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans votre dernier numéro M. Londe a prouvé par des raisons aussi judicieuses que logiquement établies, que l'Académie a tort d'investir d'une omnipotence absolue les commissions chargées de faire les listes de présentation, et il cite un fait à l'appui de cette opinion. Ce fait est sans aucun doute fort concluant; mais cet honorable académicien aurait pu rapporter un exemple bien plus curieux du danger qu'il signale, et le prendre dans la conduite même de la commission à la réunion de laquelle il fait allusion et dont il était effectivement le secrétaire. Cet exemple le voici : La section d'hygiène, assemblée le 4 septembre 1841, décide qu'elle présentera six candidats. Cinq personnes ayant eu les 8 voix formant la majorité des suffrages sont d'abord inscrites; on procède à un tour de scrutin pour la nomination du sixième candidat :

La personne (c'était moi) qui avait obtenu 7 voix dans le scrutin général les obtint encore, tandis que celle qui avait le plus approché n'en eut, comme la première fois, que 5. La majorité n'étant pas encore atteinte, on alla encore une fois aux voix : la personne qui, dans le scrutin général et dans le scrutin spécial (c'était M. Gauthier de Claubry), n'en avait eu que 5, en eut alors 7, et fut nommée sixième candidat. Il était bien évident que, puisque 7 voix n'avaient pu me suffire ni au scrutin général, ni au premier scrutin particulier, elles ne pouvaient suffire non plus à mon compétiteur, et dans tous les cas on eut dû procéder à un scrutin de ballottage; ce qui n'eut pas lieu. Je réclamai auprès de l'Académie contre cette erreur, que reconnut parfaitement M. Gauthier de Claubry (qui n'en profita pas moins); mais la section convoquée à cet effet arrêta qu'elle ne pouvait revenir sur sa décision. L'Académie approuva. Donc l'assemble se croit liée par la décision d'une de ses sections, rendue contrairement à la première règle de l'arithmétique. *Ab uno disce omnes.*

Agréez, etc.

C. Lachaise.

Par le ministère de M. A. Crenet, *directeur-gérant de la Caisse centrale des médecins et pharmaciens, rue Neuve-Saint-Denis*, n° 25.

A vendre, pharmacie département de la Seine (Paris).

—	id.	id.	id. (Paris).
—	id.	id.	id. (Paris).
—	id.	id.	de Seine-et-Oise (Versailles).
—	id.	id.	id. (Versailles).
—	id.	id.	id. (Saint-Germain).
—	id.	id.	id. (Saint-Germain).
—	id.	id.	d'Indre-et-Loire.
—	id.	id.	de l'Eure.
—	id.	id.	de l'Orne.
—	id.	id.	de la Drôme.
—	id.	id.	de la Gironde.
—	id.	id.	de la Nièvre.
—	id.	id.	du Loiret (Orléans).
—	id.	id.	du Puy-de-Dôme.
—	id.	id.	de l'Oise.
—	id.	id.	du Nord.

(L'Annonce des clientèles et positions médicales à céder ou à procurer, au prochain numéro.)

Un médecin accoucheur qui exerce à environ quarante lieues de la capitale, dans une belle ville, chef-lieu d'arrondissement, demande de suite un successeur. On peut garantir, pour la première année, un produit de 2400 fr.

S'adresser au bureau du Journal.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 19. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

De la levée du premier appareil dans le traitement des plaies. — De la nature et du traitement de l'érysipèle.

Au n° 35 de la salle Saint-Jean, est couché un homme de trente ans environ, d'un tempément lymphatique, et d'une constitution un peu détériorée. Entré dans le service pour une carie du poignet, il a été soumis à un long traitement, qui n'a été suivi d'aucun succès à cause de la gravité de la maladie. Enfin le 22 janvier dernier on lui a pratiqué l'amputation de l'avant-bras, vers la partie moyenne. Après la ligature des artères, qui fut un peu laborieuse, parce que ces vaisseaux s'étaient rétractés dans leurs gaînes, on réunit la plaie par première intention au moyen de quelques points de suture, puis on fit un pansement simple avec un linge fenêtré fortement enduit de cérat, de la charpie par-dessus, des compresses longuettes et un bandage roulé pour maintenir le tout. Le lendemain, l'opéré se plaignit de douleurs dans le moignon; aussitôt M. Blandin leva le premier l'appareil, comme il a d'ailleurs l'habitude de le faire vingt-quatre heures après l'opération. Les lèvres de la plaie étaient violacées et considérablement tuméfiées; il s'était formé au-dessous un épanchement séro-sanguinolent, auquel on donna issue en introduisant un stylet très fin entre deux points de suture. Immédiatement le malade se trouva soulagé, et les lèvres de la plaie s'affaissèrent et reprirent bientôt leur coloration normale. La sérosité continuant à être exhalée en assez grande abondance s'écoula dès lors plus facilement, et pendant quelques jours l'appareil s'en trouvait imbibé à chaque pansement. Toutefois, dès le quatrième jour, M. Blandin commença à faire des injections d'eau tiède pour empêcher le croupissement des produits sécrétés dans l'intérieur de la plaie, et prévenir les inconvénients qui auraient pu résulter de leur contact. On n'eut qu'à se louer de cette manière d'agir; les angles de la plaie se réunirent parfaitement, et il resta seulement, au milieu du moignon, un petit espace qui se rétrécit bientôt de plus en plus, en sorte que vingt jours après l'opération la plaie était presque cicatrisée.

Au sujet de ce malade, M. Blandin s'est livré à quelques considérations fort intéressantes sur l'avantage qui résulte de la levée du premier appareil le premier jour après l'opération. Il n'y manque dans aucun cas. Si nous avons, dit-il, ainsi modifié la conduite de nos maîtres, ce n'a pas été à la légère: nous avions pour cela des raisons puissantes auxquelles on n'a pas manqué d'apporter des objections; mais ces objections n'ont modifié en rien notre conviction.

Les anciens ne levaient le premier appareil que le plus tard possible, et l'on conçoit qu'il devait en être ainsi quand on n'avait que la cautérisation et le tamponnement à opposer aux hémorrhagies encore si redoutables aujourd'hui, malgré les moyens puissants dont l'art dispose. Ce n'était pas sans une sorte d'effroi qu'on voyait arriver le moment de mettre à nu la surface de la plaie; et cela est si vrai, que de nos jours encore le vulgaire attache à ce fait une grande importance. Quand Ambroise Paré eut doté la chirurgie de la ligature des vaisseaux et diminué ainsi la crainte de l'hémorrhagie, il modifia les idées suivies jusqu'alors, et établit la règle suivante: la levée du premier appareil devait avoir lieu le quatrième jour en été, et le cinquième jour en hiver. Les chirurgiens qui vinrent après Paré suivirent cette pratique; et si plus tard Ledran, J.-L. Petit et Desault établirent que dans certains cas il pouvait être nécessaire de lever le premier appareil beaucoup plus tôt, c'étaient là des cas exceptionnels qui n'infirmaient en rien la règle générale. Aujourd'hui encore, ouvrez un ouvrage de chirurgie, on vous dira qu'il ne faut lever le premier appareil que le troisième ou le quatrième jour, quand la suppuration est déjà établie.

Quant à moi, dit M. Blandin, c'est là une pratique que j'ai abandonnée; en voici les motifs: A la suite des opérations, quand on a une plaie un peu grande, il y a de petits vaisseaux qu'on ne lie pas, parce qu'ils ne donnent pas de sang; mais un peu plus tard le spasme qui existait dans ces vaisseaux au moment même de l'opération vient à cesser, la chaleur y ranime et y rend plus active la circulation, et alors il peut survenir une hémorrhagie sous les lèvres de la plaie, si les lèvres de cette plaie ont été rapprochées dans le but d'obtenir la réunion par première intention. C'est là certainement un inconvénient bien grand et qui doit porter obstacle à la réunion si l'on n'y porte remède. Mais ce n'est pas le seul. Au lieu d'une hémorrhagie, ne peut-il pas se faire une exhalation sanguinolente considérable, comme chez le malade dont nous avons rapporté l'histoire en commençant? Et d'ailleurs l'inflammation adhésive ne peut-elle pas dépasser les limites dans lesquelles il lui faudrait rester pour opérer la réunion des lèvres de la plaie? Celles-ci ne peuvent-elles pas subir un gonflement considérable par l'afflux des liquides, et par suite un étranglement violent sous la pression des bandelettes agglutinatives appliquées pourtant d'une manière lâche au moment du pansement? Et l'érysipèle qu'on voit si souvent débuter autour des plaies, surtout dans les constitutions épidémiques? Et les phlegmons si graves quand on a attendu leur développement sans rien faire pour les arrêter dans leur marche? Ce sont là pourtant autant d'accidents que vous auriez pu prévenir ou combattre en visitant la plaie tous les jours, dès le lendemain de l'opération, et que vous allez négliger le plus souvent en restant dans une pernicieuse sécurité! Voilà pourquoi je pense qu'il est dangereux d'attendre le quatrième jour pour lever le premier appareil: en suivant la règle qui me sert de guide, vous ferez une chose sage et utile. Alors, si vous trouvez une exhalation de sang ou de sérosité, vous lui donnerez issue; si les bandelettes sont trop serrées et produisent l'étranglement, vous les desserrerez; si l'inflammation paraît vouloir prendre une intensité trop grande, vous la ferez rentrer dans de justes limites; si un érysipèle vous menace ou s'est déjà développé, vous tâcherez de le prévenir ou de l'arrêter, etc.: en un mot, vous surveillerez à votre aise le travail de réunion de manière que rien ne vienne l'entraver.

Mais, nous dit-on, le sang qui s'écoule toujours en plus ou moins grande quantité dans les premières heures qui suivent une opération durcit, en se desséchant, les pièces d'appareil; si donc vous enlevez celles-ci avant que la suppuration n'ait commencé à les détacher, vous déterminerez des douleurs vives en tiraillant les lèvres de la plaie, et vous ne manquerez pas de déchirer une cicatrice encore trop faible pour résister. Qu'à cela ne tienne; c'est là une objection bien fragile, comme vous allez le voir: il suffit de recouvrir la plaie, comme nous le faisons après chaque opération, avec un linge fortement enduit de cérat, et assurément, en y mettant un peu de précaution, il est impossible de produire les inconvénients qu'on nous oppose. Vous avez été témoins bien des fois dans nos salles de la levée du premier appareil le premier jour qui suit l'opération, et jamais vous n'avez vu rien de semblable.

De la nature et du traitement de l'érysipèle.

Depuis quelque temps les érysipèles sont très fréquents dans le service de M. Blandin; la constitution atmosphérique, à la fois chaude et humide, s'est montrée tellement favorable à leur développement, qu'ils ont sévi sur un grand nombre de malades qui ont des plaies ou qui ont subi des opérations.

Ainsi, au n° 1 de la salle Saint-Jean, est un homme affecté d'une plaie fortement contuse de la région sourcilière. Il s'est développé un érysipèle très grave de toute la face, qui n'a cédé qu'après plusieurs applications de sangsues sur les ganglions lymphatiques sous-maxillaires engorgés.

Au n° 21 de la même salle, est un homme chez lequel est survenu un érysipèle à la suite d'incisions sur le genou. Le mal a envahi presque toute la cuisse et une partie de la jambe. Les ganglions lymphatiques de l'aine étaient fortement engorgés, et l'on a appliqué sur eux, à trois reprises différentes, un grand nombre de sangsues, en sorte qu'aujourd'hui on est maître de la maladie, qui est presque éteinte.

Au n° 25 de la même salle, développement d'un érysipèle grave de la face à la suite d'une ophthalmie. Disparition de la maladie après plusieurs applications de sangsues sur les ganglions sous-maxillaires.

Au n° 12 de la salle Saint-Paul, développement d'un érysipèle de la face chez une femme, à la suite d'une plaie de la joue et de l'aile du nez. Trois applications de sangsues ont triomphé de la maladie.

Chez ces divers malades, et chez un grand nombre d'autres que nous pourrions citer, la maladie a débuté par des frissons plus ou moins violents, des nausées et quelquefois des vomissements, de la fièvre, de l'agitation, de l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins de la partie où devait se développer l'érysipèle. Bientôt il apparaissait des lignes rouges se rendant des environs de la plaie à ces ganglions lymphatiques. Enfin la rougeur devenait générale, et la maladie se présentait avec tous ses caractères. Chez ces malades, les symptômes généraux ont persisté en général pendant toute la durée des symptômes locaux, ou même plus long-temps que ces derniers.

M. Blandin ayant des idées particulières sur la nature et sur le traitement de l'érysipèle, a profité de l'occasion pour les développer à sa clinique: nous allons tâcher d'en donner le résumé.

Pour lui, l'érysipèle est une maladie complexe, à deux éléments inflammatoires, l'un cutané, l'autre lymphatique. De ces deux éléments, l'un préexiste toujours à l'autre, c'est l'inflammation lymphatique ou la lymphite; l'autre élément, c'est-à-dire l'inflammation cutanée ou la cutite, ne vient s'ajouter au premier que consécutivement. Ajoutons que ces deux éléments n'existent pas en proportion égale: dans l'érysipèle de cause interne, c'est la cutite qui prédomine; dans l'érysipèle

FEUILLETON.

SEPTIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

« Vous avez deux objets à remplir: soulager » et ne pas nuire. »
Hippocrate (*Epidém.*).

Dieu soit loué! cher confrère, nous avons enfin terminé cette longue et douloureuse esquisse de l'état présent de notre thérapeutique où la négation de tout principe a semé le désordre, le doute et l'incrédulité. Si telle était l'expression finale des efforts de l'esprit humain depuis deux mille ans; si cet état formulait le dernier terme de la puissance du génie médical, il ne nous resterait plus qu'à fermer le sanctuaire et à résigner cette mission d'humanité que notre conscience nous déclarerait indignes d'exercer désormais. Heureusement il n'en est point ainsi: les principes survivent dans le for intérieur de ceux-là même qui les nient: leurs actes journaliers en font foi. Ce soulèvement général révèle seulement l'impatience et la lassitude qui suivent de vaines aspirations vers les secrets intimes de la nature. A cette fougue anarchique doit succéder le besoin du repos et le triomphe de l'instinct de coordination; car toute révolution est une crise qui présage et prépare l'avénement d'un pouvoir réparateur. Je ne doute pas, pour ma part, que bientôt ne surgisse un système qui, temporairement au moins, comprimera cette effervescence déréglée et la soumettra au joug d'une pensée dominante. En attendant ce Messie rénovateur des restaurations opérées successivement par Hippocrate, Galien, Sylvius, Stahl, Boerhaave, Brown, Pinel, Broussais, etc., ces puissantes personnifications du naturisme, de l'humorisme, du chimisme, du vitalisme, du mécanisme, de l'atonie, du solidisme et de l'irritation; en attendant l'œuvre de synthèse, disons-nous, qu'y a-t-il de mieux à faire que de recueillir les débris épars de la science disloquée pour les soustraire à la destruction qui les menace, et les réserver comme de précieux matériaux devant servir à l'édifice futur de la science régénérée! Nous nous offrons donc à fournir notre part de labeur dans cette œuvre pieuse de conservation au profit de l'avenir. Nous abordons maintenant cette tâche avec d'autant plus de plaisir que désormais il s'agira moins de blâme que de louange, et que seul nous nous offrons en holocauste aux représailles de ceux dont nous avons critiqué les œuvres. Jusqu'ici nous avons dû juger la révolution médicale au point de vue de la philosophie universelle; nous entrons aujourd'hui dans notre domaine spécial, et nous n'aurons plus guère à invoquer que les oracles de l'art de guérir. Nos allures n'en seront que plus faciles et plus en harmonie avec les habitudes de nos lecteurs.

Vieux soldat de la presse, je comprends trop bien les convenances d'une feuille périodique, pour grever votre journal d'un système complet et régulièrement coordonné de philosophie thérapeutique; aussi mon projet n'est-il que de traiter successivement de quelques points fondamentaux de la science, sans chercher à établir de lien bien étroit entre les uns et les autres; et pour preuve, je commence aujourd'hui par où, peut-être, j'aurais dû finir, par formuler ma profession de foi à l'endroit de la matière médicale. Mais voici mes motifs: il est une tendance de l'esprit humain qui le porte à chercher, dès les préliminaires, quelle est la pensée dont s'inspire un auteur, quelles sont les conséquences auxquelles il prétend arriver. Cet instinct de divination, si favorable au développement des plus belles facultés de notre espèce, a pourtant un grave inconvénient: c'est que la promptitude à conclure devançant le complet développement d'un système, on juge en dernier ressort un livre sur le titre, un auteur sur l'énoncé de son école, sans lire le premier, sans entendre le second, et sans tenir compte des réserves et des restrictions inséparables d'un sujet aussi abstrait, aussi multiforme que l'est l'étude de l'homme sain ou malade. Dès lors, rien de plus facile que de faire un sot d'un homme d'esprit, un ignare d'un savant, un insensé d'un homme de génie. Au ton que prend généralement la critique, il semblerait en effet que les plus grandes figures de la science n'atteindraient pas au genou de ces censeurs juvéniles aux mains desquels est remise généralement la férule de la presse.

A ce compte, mon cher confrère, je crains bien que sur mes antécédents vos lecteurs ne m'aient pris jusqu'ici pour une espèce d'Erostrate médical, pour un Paracelse au petit pied, et que, dans leur esprit, mon intention formelle ne soit évidemment de réaliser la table rase de Descartes et de Bacon, et de faire un immense auto-da-fé de tous les monuments de la thérapeutique ancienne et moderne. Grand sera donc leur étonnement lorsqu'ils apprendront par la présente, qu'à très peu d'exceptions près, mon intention réelle, au contraire, est de conserver religieusement *tous* les modificateurs médicinaux dont l'expérience et le raisonnement ont constaté non pas l'efficacité, mais seulement l'action; car un de mes principes culminants, c'est que tout modificateur *peut* trouver une application salutaire dans une circonstance donnée. Spécifier cette circonstance, est précisément ce qui constitue le nœud du problème thérapeutique. C'est à la solution hasardée, anticipée, fallacieuse et mensongère de ce problème obscur, que précisément s'adressent nos mercuriales. Encore une fois, c'est l'abus et non l'usage que nous condamnons de toute la force de notre amour pour le progrès réel; et je prends pour base première deux axiomes dont on ne révoquera pas l'autorité: « 1° Tenez-vous d'abord sur les voies antiques; puis considérez quel est le chemin le plus droit et le meilleur, et suivez-le (Bacon); » — « 2° Les actions de la vie ne souffrant souvent aucun délai, c'est une vérité très certaine que, lorsqu'il n'est pas en notre pouvoir de discerner les plus vraies opinions, nous devons suivre les plus probables (Descartes). »

Le beau idéal de l'art serait de savoir précisément: 1° de combien de façons l'organisme malade est susceptible d'être modifié, 2° de combien de manières les remèdes connus peuvent modifier cet organisme; 3° quel est l'agent spécial qui répond à la modification qu'on veut obtenir. Tant que ces trois bases essentielles nous feront défaut, la thérapeutique restera science conjecturale, ne pouvant jamais fournir que des probabilités, et soumise aux conceptions indéfinies de l'imagination des médecins, imagination tant soit peu vagabonde et ambitieuse de sa nature.

Mais si cette perfection inaccessible et inespérée nous manque et doit nous manquer toujours, au moins est-il que le labeur des siècles

traumatique, c'est la lymphite.

Ainsi donc, ce qui aux yeux de M. Blandin caractérise surtout l'érysipèle traumatique, c'est l'inflammation lymphatique, inflammation d'autant plus grave qu'elle est de nature vasculaire et qu'elle a une grande tendance à se propager en suivant la voie de la circulation. C'est elle, par conséquent, qu'il faut surtout s'attacher à combattre quand elle est développée, et à prévenir quand elle est imminente. Mais avant d'indiquer les moyens les plus propres à atteindre ce but, il nous paraît convenable d'énumérer les preuves de l'inflammation des vaisseaux de la lymphe dans l'érysipèle traumatique. Ces preuves, les voici :

1° Au début de la maladie et avant l'apparition de la rougeur, les ganglions où viennent se rendre les vaisseaux lymphatiques de la partie qui doit être affectée d'érysipèle, présentent un engorgement douloureux à la pression.

2° Bientôt il apparaît des lignes rouges se rendant des environs de la plaie aux ganglions voisins et suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques.

3° La marche de l'érysipèle se fait surtout dans le sens du trajet des vaisseaux lymphatiques.

4° A la suite de l'érysipèle, quand la rougeur a disparu ou même auparavant, il survient souvent un gonflement considérable de la partie affectée, ce qui prouve bien une gêne dans la circulation de la lymphe.

5° Dans certains cas, lorsque l'érysipèle dure depuis quelque temps, on observe des symptômes d'infection générale qui, malgré leur lenteur et leur peu d'intensité n'en sont pas moins très analogues à ceux qui arrivent dans une infection purulente à la suite d'une phlébite. Or, on sait que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est quelquefois suivie de cette sorte d'infection.

6° Enfin, les résultats du traitement employé par M. Blandin, sont encore une nouvelle preuve de l'inflammation lymphatique à ajouter aux premières.

L'érysipèle étant une inflammation, la théorie indique l'emploi des antiphlogistiques. Mais tout le monde sait qu'aux diverses époques de la durée d'une inflammation, surtout si celle-ci se prolonge, les moyens de traitement ne doivent pas être toujours les mêmes et que les antiphlogistiques continués trop long-temps peuvent être préjudiciables au malade. Eh bien ! il en est de même dans l'érysipèle. Quand il est déjà ancien et qu'il a résisté aux émissions sanguines, et à plus forte raison quand se manifestent des symptômes d'infection générale, il faut demander d'autres moyens à la thérapeutique. C'est surtout au début que les antiphlogistiques sont précieux, et à cette époque en les employant de la manière qui va être indiquée un peu plus loin on se rend très souvent maître de la maladie avant qu'elle ne se soit manifestée d'une manière complète.

De tout temps on a combattu l'érysipèle par des émissions sanguines générales ou locales. On a reconnu que les premières n'étaient pas très efficaces, et cela se conçoit, puisqu'elles n'ont pas une action plus spéciale sur l'endroit malade que sur le reste de l'économie. On a eu recours aussi à des applications de sangsues sur la surface érysipélateuse ou tout au tour, et à des scarifications ; mais les sangsues irritent par leurs piqûres et d'ailleurs elles déterminent un afflux de sang dans la partie malade, à moins qu'elles n'aient été appliquées en grande quantité. Les scarifications sont encore plus irritantes que les piqûres de sangsues.

Ayant reconnu l'inefficacité de ces divers modes de traitement, M. Blandin fut conduit, d'après les idées que nous avons énoncées précédemment, à appliquer des sangsues sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et surtout sur les ganglions voisins dont l'engorgement est déjà bien manifeste avant l'apparition de tout autre symptôme. Les ganglions lymphatiques étant des points d'arrêt où l'inflammation lymphatique s'arrête pendant un certain temps avant de s'étendre plus loin, on conçoit qu'en attaquant le mal en cet endroit, en le prenant en quelque sorte par la tête, on l'empêche d'aller plus loin, en même temps qu'on combat l'inflammation déjà existante. Cette conduite a été pleinement couronnée de succès ; ce que la théorie avait indiqué, l'expérience l'a confirmé.

Depuis lors, M. Blandin n'a pas d'autre pratique : aussitôt qu'un malade affecté de plaie accuse des frissons, de l'inappétence, des envies de vomir, de la soif, qu'il présente un mouvement fébrile, il examine avec soin les environs de la plaie et s'il y trouve un peu de rougeur ou seulement un peu d'engorgement des ganglions voisins, il fait appliquer immédiatement un nombre plus ou moins considérable de sangsues suivant l'âge, la force, etc. du sujet. Souvent la maladie s'arrête comme par enchantement, et c'est à peine si l'on a vu apparaître quelques lignes rouges sur le trajet des lymphatiques. Si l'érysipèle continue sa marche on répète les applications de sangsues, et il est rare qu'on ne parvienne pas à s'en rendre maître. Mais si l'inflammation est déjà ancienne, si on a été appelé trop tard pour la combattre, si elle a déjà introduit dans l'économie le germe d'une infection générale, alors il faut renoncer à ce mode de traitement ; c'est le cas d'avoir recours à des purgatifs et même à des médicaments un peu toniques pour soutenir les forces du malade.

Dans les intervalles des applications de sangsues il faut avoir soin de prescrire des cataplasmes émollients sur les ganglions lymphatiques engorgés, en même temps M. Blandin a coutume de recouvrir d'une couche de cérat bien frais la surface érysipélateuse ; ces onctions ont pour effet de rendre la peau plus souple et de diminuer la tension qu'éprouve le malade dans la partie enflammée. Le cérat est d'ailleurs bien préférable à l'axonge; parce qu'il ne se rancit pas aussi facilement. On a conseillé aussi les onctions avec l'onguent napolitain ; mais ce médicament n'a pas produit entre les mains de M. Blandin les résultats qu'il en attendait ; il a l'inconvénient de produire dans certains cas des salivations mercurielles graves, en sorte qu'on a vu des malades succomber plutôt aux suites de l'absorption mercurielle qu'aux suites même de l'érysipèle.

D..... F.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Pleuro-pneumonie. Du diagnostic et du traitement de cette affection.

Au n° 8 de la salle Sainte-Agnès, est couché un homme âgé de vingt-six ans, d'une constitution de force moyenne, à muscles peu développés, d'une assez bonne santé habituelle.

Il y a huit jours environ, il fut atteint d'un léger rhume, assez intense cependant pour le forcer de suspendre son travail. Il a continué néanmoins à manger comme à son ordinaire. Deux jours après il recommença à travailler, mais il s'échauffa, se mit en sueur et se refroidit subitement.

Le lendemain, malaise général, frisson qui dura trois heures environ. Pendant la nuit, sommeil un peu agité. Le malaise fut tel, que malgré tout son désir de reprendre son travail, le malade fut obligé de rester au lit. Douleur dans le côté gauche de la poitrine. Quelques vomissements. Un médecin, appelé immédiatement, lui pratiqua une saignée du bras et lui prescrivit un purgatif qui ne fut administré que le surlendemain.

Le malade est venu en voiture à l'hôpital. Hier soir (4 décembre), une saignée fut faite. Le matin, une couenne épaisse, de 5 à 6 millim., infiltrée, recouvre le caillot, qui est mollasse. Ce défaut de consistance tient à la manière dont s'est opérée la coagulation du sang. Lorsque le jour de l'entrée le chef de clinique a vu le malade, quelques crachats mêlés de sang se trouvaient dans le crachoir. Ce matin nous n'avons vu que des crachats à peu près incolores, mélangés d'un peu de tisane rendue par le malade après des efforts de toux. Le pouls donnait hier 104 pulsations par minute. Ce matin il est à 100.

Attentivement examiné quant aux fonctions de relation, le malade n'éprouve que de la céphalalgie. Pendant la nuit dernière il a dormi quelques heures ; mais son sommeil était agité, troublé par des rêvasseries pénibles. Quelques étourdissements quand il se lève à son séant. Sentiment de grande faiblesse quand il cherche à se mettre sur ses jambes. Pas de bourdonnements ni de tintements d'oreilles.

Ce malade présente une sécheresse de la bouche qui se rattache à une conformation particulière du voile du palais. Toutes les fois que l'os maxillaire supérieur présente une concavité très prononcée, et forme une voûte palatine très élevée, il en résulte que la cloison des fosses nasales est placée beaucoup plus haut que dans l'état ordinaire, et que les fosses nasales sont beaucoup plus étroites aussi. Le malade ne peut alors respirer suffisamment par le nez, et c'est par la bouche qu'il est obligé de suppléer à cette respiration insuffisante. Dans des cas de ce genre, la sécheresse de la bouche n'a pas la valeur qu'elle peut et doit avoir habituellement.

Le sujet dont nous nous occupons éprouve une soif vive ; inappétence complète. Il y a eu quelques vomissements le lendemain de l'invasion de la maladie ; il paraîtrait qu'il y en aurait eu encore un hier dans la journée. Selles rares et peu abondantes.

Du côté de la respiration, voici ce que l'on observe :

La fréquence n'est pas extrême. Hier soir, au moment de l'entrée, il y avait 24 inspirations par minute, nombre qui n'est point exagéré. La gêne de la respiration n'est pas très remarquable. La toux ne réveille pas la douleur de côté, qui n'a été que passagère et assez faible. La peau n'était pas sèche ; elle était souple, sans moiteur. Le pouls, médiocrement résistant, tempéré, comme le disaient les anciens. Attentivement examiné au moyen de la percussion et de l'auscultation, voici ce que nous avons trouvé.

Antérieurement, un ronchus grave, assez fort pour empêcher d'entendre le bruit respiratoire, probablement produit dans la trachée. Ce qui nous fait croire qu'il en était ainsi, c'est qu'il était égal des deux côtés, et que, lorsque nous avons fait déplacer le malade, lorsque nous lui avons dit de tousser, ce ronchus a tout à fait disparu.

Dans le cinquième supérieur de la poitrine, du côté gauche, on entend parfaitement le murmure respiratoire, pur, sans aucun râle. Le second cinquième nous a offert une crépitation sèche, fine, nombreuse, plus marquée encore quand on fait tousser le malade ; phénomène caractéristique d'une pneumonie au premier degré. Les deux cinquièmes suivants présentent une matité complète avec souffle au lieu du murmure respiratoire, et bronchophonie. Enfin, dans le cinquième inférieur, matité complète, sans aucune trace de respiration. Sur les parties latérales de la poitrine, on observe des phénomènes analogues. Sous l'aisselle et en arrière, on entend un souffle bronchique parfaitement caractérisé.

Les phénomènes que nous venons de vous indiquer ne nous permettent pas de douter de l'existence d'une pleuro-pneumonie. Les crachats sanglants observés lors de l'entrée du malade à l'hôpital, les signes fournis par l'auscultation en sont une preuve incontestable. De plus, la diminution de la bronchophonie et du souffle, diminution que l'on constate à mesure que l'on tire vers la partie inférieure, nous annonce de la manière la plus évidente qu'il existe en bas un épanchement.

L'existence d'une complication de pleurésie, dans un cas semblable à celui-ci, serait démontrée par ce seul fait, à savoir, qu'il y a pneumonie superficielle.

Lorsque vous avez la certitude de l'existence d'une inflammation superficielle du poumon, vous avez les plus grandes probabilités de supposer que la plèvre est également enflammée, et qu'il y a pleuro-pneumonie. Ainsi, l'inflammation ne se limite pas au parenchyme du poumon ; elle occupe aussi presque toujours la plèvre. C'est pourquoi, dès qu'il y a des phénomènes d'auscultation, et qu'il n'y a pas seulement des crachats sanglants, nous avons coutume de nommer l'affection pleuro-pneumonie, parce que nous avons tout lieu de supposer, sans cependant pouvoir l'affirmer d'une manière positive et formelle, que le tissu du poumon n'est pas seul affecté, mais que la plèvre l'est aussi. Il est cependant nécessaire d'établir une exception. Il est des cas dans lesquels, nonobstant l'existence certaine d'une inflammation du parenchyme pulmonaire, il y a absence complète et de bruit respiratoire, et de râles d'aucune espèce, et de souffle bronchique. Que se passe-t-il alors, et comment expliquer ces phénomènes ? C'est qu'alors le poumon est splénisé au lieu d'être hépatisé.

---

a conquis certains principes généraux, lesquels comportent au moins certaines probabilités que force nous est d'accepter, à défaut de cette certitude fabuleuse qu'affecte d'exiger un rigorisme irréfléchi. Or, ce sont ces principes qu'il est sage de ne pas sacrifier à tout propos aux prétentions saugrenues de la foule des inventeurs ; ou à la lassitude naissant du désespoir d'arriver à l'impossible : car, en cas d'incertitude, il faut, selon le précepte cartésien, « se gouverner suivant les opinions les plus vraisemblables et communément reçues en pratique par les plus sensés. » (*Discours de la Méthode*, 3e partie.) — Le degré de probabilité, telle est donc la loi dont la raison nous fait un devoir de nous inspirer.

Depuis que la méthode s'est introduite dans la science, les auteurs successifs se sont, implicitement ou explicitement, posé ce problème : « Quelle est la meilleure classification à établir en thérapeutique ? » et personne n'en a trouvé de solution satisfaisante, c'est-à-dire univoque, stable, impliquant tous les faits, et cela pour une excellente raison, c'est que la chose est impossible : 1° parce que la base des classifications doit varier suivant la mobilité des systèmes médicaux ; 2° parce que nous manquons d'une base univoque sur laquelle nous puissions asseoir un cadre complet. Je ne conçois, en effet, de classification rationnelle possible que sur une de ces trois bases : pathologique, physiologique et chimique. Or, 1° s'il est certains remèdes dont nous connaissions le mode d'action dans telle ou telle maladie, il en est beaucoup d'autres dont le mode d'activité nous est inconnu ; puis, les remèdes les plus fidèles nous font souvent faux-bond ; puis plusieurs maladies peuvent être guéries par le même remède et plusieurs remèdes peuvent guérir la même maladie ; donc, la base thérapeutique nous manque pour ainsi dire sous les pieds. 2° Autant absolument nous pouvons en dire de la base physiologique ou de l'effet des remèdes sur les tissus et les fonctions, remèdes dont l'action est souvent inconnue, infidèle, banale, congénère de plusieurs autres, etc. 3° Quant à la base chimique, qui serait la meilleure à notre avis, s'il est beaucoup de remèdes dont la composition et l'élément actif nous sont connus, il en est certains autres dont la composition reste impénétrée ou dont l'action n'est point en rapport avec leurs éléments connus. Il résulte forcément de tout cela que nos classifications ne peuvent reposer que sur une base mixte, hybride en quelque sorte ; sur une combinaison des trois bases fondamentales ; et encore, que de restrictions, de commentaires ne faut-il pas employer pour prévenir l'erreur et la confusion ! Nous en trouvons la preuve dans toutes les classes généralement admises ; exemples : les *débilitants* agissent comme toniques dans la faiblesse symptomatique d'une inflammation ; les *toniques* agissent comme débilitants dans les mêmes circonstances ; les *stimulants* agissent comme sédatifs dans certaines affections spasmodiques ; il est des individus chez lesquels les *sédatifs* éveillent une excitation réelle. Les *vomitifs* peuvent agir comme purgatifs *et vice versâ*. On sait combien sont infidèles et souvent dangereux tous ces *anti*, tous ces *spécifiques* dont la tendance empirique de notre époque s'efforce si malheureusement de multiplier le nombre ; enfin tous les remèdes peuvent ne pas agir du tout, et il n'en est pas un dont on puisse affirmer qu'il arrivera sûrement à son adresse.

Est-ce à dire pour cela que ces classes de médicaments que nous-même venons de battre en brèche, doivent être effacées de notre mémoire et noyées dans l'océan du hasard ? Non sans doute ; elles doivent rester comme expression de principes généraux dont les indications et les exceptions révèlent des particularités du fait soumis actuellement à la sagacité du praticien. Mais pour faire cette application, il faut de la science, de l'esprit d'observation, de la philosophie, toutes qualités qu'il est plus facile de honnir que d'exercer.

Les médications, en somme, se réduisent à un petit nombre, de l'aveu de tous les bons observateurs, mais nous possédons beaucoup de médicaments appropriés à chacune d'elles. Ce n'est pas qu'en théorie on ne puisse admettre que chaque substance particulière doit recéler *in potentiâ* des propriétés spéciales en raison même de la spécialité de sa constitution chimique ; mais, par malheur, ces spécialisations sont encore purement spéculatives pour beaucoup de médicaments et confinées parmi les *desiderata* de la pratique ; or, à la pratique, il n'est permis de procéder que sur des données positives.

Une considération de la plus haute importance, que les empiriques ignorent ou affectent d'oublier, c'est qu'une substance douée de propriétés spéciales ou spécifiques jouit d'ordinaire, en même temps, de propriétés générales dont le praticien doit toujours tenir compte. Exemples : les éthers et les huiles volatiles sont antispasmodiques, *mais* ils sont en même temps excitants. Le quinquina, l'arsenic sont antipériodiques, *mais* ils sont reconnus irritants. Le mercure est antisyphilitique, *mais* il a pour effet d'aviver l'inflammation, de produire la stomatite. Le soufre est antiherpétique, *mais* il est contre-indiqué dans l'acuité des dermatoses, etc. C'est ce qui fait que l'hystérie, la fièvre intermittente, la syphilis et les dartres récentes résisteront à ces spécifiques si l'économie comporte un principe d'inflammation aiguë, ce que pas un praticien ne néglige de prendre en considération, si ce n'est aux dépens de l'humanité et de sa propre réputation.

Il n'y a point, selon nous, d'empirisme absolu, d'abord parce que tout empirique a sa théorie, quoi qu'il en dise, et ensuite parce que aussitôt que l'efficacité d'un remède est démontrée son administration dans les cas où il est formellement indiqué devient essentiellement rationnelle. Quoi de plus rationnel que de donner le quinquina dans l'intermittence, le mercure dans la syphilis, etc. ? C'est que l'empirisme ne peut exister dans la nature, qui comporte toujours la raison suffisante de ses actes ; ce mot n'est que l'expression de notre ignorance à l'égard de la composition des médicaments et des procédés de l'organisme. Cela est si vrai, que l'empirisme se circonscrit de jour en jour par le fait des progrès de la science, et que les remèdes empiriques finissent par se rationnaliser. Ainsi la découverte des alcaloïdes spéciaux a rationnalisé le quinquina, l'opium, la noix vomique, en y révélant des principes qui leur sont propres, et qui expliquent la spécialité de leur action.

Comme les remèdes n'arrivent pas toujours au but proposé, que les indications les mieux établies ne constituent jamais que des probabilités, avons-nous dit, au moins devons-nous accepter celles-ci ; c'est pourquoi je définis l'indication ou le rationalisme : « l'art d'appliquer les médications dont le succès est le plus probable. » Eh bien ! c'est ce principe fondamental, sacré, en quelque sorte, que violent tous les jours les inventeurs de remèdes ou plutôt de traitements nouveaux ; car alors même que l'efficacité de leurs drogues est démontrée, reste toujours à déterminer leur degré de probabilité, comparativement aux médications déjà connues, et l'on conçoit que cette expérimentation parallèle ne peut être l'œuvre d'un jour. Cela seul prouverait l'indis-

À une époque quelque peu ancienne déjà, où cette forme de la pneumonie, cette splénisation, n'était pas encore bien connue, on a souvent confondu l'épanchement pleurétique avec la splénisation du poumon. Mais la splénisation du poumon est chose assez rare : elle ne se montre guère que chez les sujets vieux, faibles, et notre malade n'est point dans les circonstances favorables au développement de cette forme de phlegmasie. De plus, s'il y avait ici splénisation, on observerait des phénomènes généraux beaucoup plus intenses que ceux qui existent. Il y aurait plus d'affaissement, oppression plus considérable. En général, lorsque l'on trouve, en explorant la poitrine, un son mat très étendu dans un des côtés, et des phénomènes généraux peu intenses, on peut dire presque à coup sûr qu'il y a pleurésie et non pneumonie; et disons en même temps qu'une pneumonie qui occupe tout un côté de la poitrine, est une affection beaucoup moins grave qu'une pneumonie qui aurait la même étendue.

C'est, sous le rapport du diagnostic et du pronostic, une chose de la plus haute importance. Tous les jours vous serez exposés à ce que des individus viennent vous voir, présentant une matité complète de tout un côté de la poitrine. Vous pourrez hardiment prononcer tout d'abord que vous avez affaire à une pleurésie et non à une pneumonie. Il est des cas nombreux où ce fait devient d'une grande valeur dans la question de savoir si c'est le poumon ou la plèvre qui sont affectés. Chez le malade dont nous nous occupons ici, la fréquence médiocre du pouls, la liberté parfaite de l'intelligence, enfin tous les phénomènes généraux qu'il présente sont de nature à nous confirmer dans cette pensée, qu'il existe un épanchement pleurétique à la partie inférieure, et non point une splénisation du poumon. De plus, il y a un caractère, les crachats sanguinolents, qui indiquent la pneumonie, mais non encore passée à cet état de splénisation qui la rendrait excessivement dangereuse.

Voyons quel devra être le pronostic de cette affection dans le cas particulier qui se présente ? Le sujet est âgé de vingt-six ans; il est, par conséquent, dans des conditions d'âge où les inflammations se terminent ordinairement d'une manière favorable. Depuis que nous sommes chargé d'un enseignement clinique, il y a eu cinquante et quelques sujets qui se sont présentés à nous au-dessous de l'âge de vingt ans. De ce nombre, deux cas seulement se sont terminés d'une manière funeste; et encore, nous devons le dire, étaient-ce des pneumonies doubles ou compliquant des maladies graves. Hors ces deux cas, la terminaison a toujours été favorable. Vous voyez combien il faut faire attention à cette circonstance quand il s'agit du pronostic, et quelle valeur a l'âge du sujet sous ce rapport. Nous ne parlons ici que des sujets compris dans la période qui s'étend de quinze à vingt ans, les malades n'étant pas admis dans les grands hôpitaux au-dessous de cette limite de quinze années. Dans un âge plus tendre, les résultats sont tout à fait différents. De vingt à trente ans, les résultats sont déjà moins heureux. A mesure que l'on avance dans la vie, le pronostic devient de plus en plus grave.

La connaissance de l'âge du sujet, nous le répétons, est donc un fait très important à connaître. Chez les jeunes sujets, la règle est pour ainsi dire la guérison, et la mort l'exception excessivement rare. Chez les vieillards d'un âge très avancé, au-dessus de quatre-vingts ans, par exemple, la guérison est en quelque sorte l'exception.

Il est un autre point à prendre en considération. Les individus qui ont une inflammation pour la première fois, sont plus gravement atteints habituellement qu'ils ne le seront par la suite s'ils sont repris d'une affection pareille. Dans les affections primitives, nous voulons dire celles que présentent les sujets qui ont jusqu'alors vécu dans l'immunité, la guérison est moins facile à obtenir et moins commune. Chez les sujets qui ont eu déjà cinq ou six inflammations du même genre, l'inflammation est de moins longue durée. Quelquefois c'est à peine si elle se prolonge plus de quatre ou cinq jours. Il en est des inflammations internes comme de l'érysipèle, dont nous vous avons longuement entretenus au commencement de cette année; affection dont nous vous avons fait à dessein remarquer l'analogie avec les phlegmasies des organes profonds. Savoir si le sujet est affecté d'une phlegmasie pour la première fois, ou s'il en a déjà présenté à une époque plus ou moins éloignée, sera donc encore un point important à noter pour établir le pronostic.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 février 1844. — Présidence de M. Ferrus.

Après un incident sans importance sur la présentation faite par M. Blandin d'un ouvrage de M. Foville, l'Académie reprend la discussion sur les tumeurs du sein.

M. Cruveilhier. Je croyais la discussion à peu près épuisée, mais l'argumentation grave et étendue de M. Roux m'a prouvé le contraire. J'ai hâte de répondre à des objections qui doivent avoir impressionné l'Académie, partant d'un praticien aussi éminent et d'un savant aussi distingué.

Avant d'aborder les détails, je répondrai tout de suite à une objection générale. Il serait malheureux, a dit M. Roux, que mes opinions franchissent cette enceinte, car elles ne pourraient avoir que des résultats désastreux pour la pratique. Mais, en vérité, est-ce bien à ma communication que s'adresse ce reproche grave ? De quoi s'agit-il donc? Je suis venu dire à l'Académie : Il existe dans le sein des tumeurs fibreuses; elles sont souvent confondues avec le cancer; elles ne dégénèrent pas, partant l'opération n'est pas nécessaire; et l'on considère cela comme pouvant avoir des conséquences funestes?... Ce qui est funeste, c'est d'extirper indistinctement toutes les tumeurs du sein; ce qui est funeste, c'est de jeter la terreur dans les familles par ce grand et redoutable nom de cancer.

Sur ma première proposition, savoir, que les mamelles sont sujettes à la production des corps fibreux, M. Roux ne s'est point nettement prononcé à cet égard. Il m'a été impossible de reconnaître quelle était son opinion. Je crois avoir démontré l'existence de ces corps fibreux des mamelles. J'en ai donné avec précision les caractères anatomiques. Ils sont analogues aux corps fibreux de l'utérus, avec quelques légères différences. Les espèces pathologiques sont comme les espèces zoologiques. Celles-ci subissent quelques altérations, soit par la température, par le climat, etc., altérations qui constituent les variétés, mais qui conservent, celles-ci, tous les caractères de l'espèce. De même en pathologie; le siége variable apporte quelques modifications aux produits accidentels, mais ne détruit pas leurs caractères spécifiques.

M. Roux m'a reproché de n'avoir rien introduit de nouveau dans cette partie de nos connaissances. Je suis de son avis; seulement j'ai eu la prétention, et je crois que je l'ai justifiée, de mettre en relief ce qui ne l'était pas. Bayle, dans son Traité des maladies cancéreuses, a consacré un article aux tumeurs des mamelles. Ambroise Paré, Morgagni et bien d'autres en avaient parlé. Astley Cooper leur a consacré un mémoire important. Il décrit parfaitement les tumeurs fibreuses. Comment se fait-il que cet auteur, après avoir reconnu leur différence avec le cancer, ajoute qu'elles peuvent quelquefois dégénérer en cancer? comment se fait-il que dans un autre passage, il dise qu'elles sont susceptibles de résolution? Evidemment, il y a là confusion d'espèces. MM. Velpeau, Blandin, Bérard et Gerdy ont admis les tumeurs fibreuses des mamelles. Il me semble donc que leur existence est démontrée.

La question du diagnostic dépend du point de vue sous lequel on l'envisage. M. Roux a dit que les chirurgiens étaient plus avancés que je ne le croyais, et il a examiné toutes les espèces de tumeurs du sein qu'ils admettaient. Mais est-ce quelque chose de bien précis que ces tumeurs *strumeuses* dont a parlé M. Roux, qui ne sont pas la même chose que les tumeurs *scrofuleuses* et qui sont analogues aux *névromes*? Peut-on considérer un diagnostic comme bien établi, quand on voit un praticien aussi expérimenté que M. Roux prendre un kyste hydatique pour un cancer? Des faits analogues sont rapportés par Astley Cooper et par Bayle.

Par quoi a-t-on combattu ma proposition capitale, que les corps fibreux ne sont pas susceptibles de dégénérescence? Par aucun fait positif. La loi d'incompatibilité que j'ai établie entre les corps fibreux et les cancers me paraît inattaquable. On rencontrera quelquefois dans le tissu de la mamelle, et Bayle en rapporte un exemple, des productions cancéreuses développées autour d'une tumeur fibreuse, celle-ci ayant conservé toute son intégrité pathologique, si je puis ainsi dire. Cette incompatibilité, pour moi, va plus loin encore; car, d'après ce que j'ai eu occasion d'observer à la Salpêtrière, la présence des corps fibreux dans l'utérus serait un privilége d'immunité pour le cancer de cet organe. Mais ce n'est encore ici qu'une vue *à priori*, mes observations sur ce point n'étant pas assez nombreuses.

Les corps fibreux de la mamelle étant des parasites ne donnant lieu à aucun inconvénient, l'opération n'est que facultative. M. Roux s'élève contre cette proposition : cela ne me surprend pas; nous partons, lui et moi, de points de vue différents. Les corps fibreux de M. Roux dégénèrent; les miens ne dégénèrent pas. A l'opinion de M. Roux, je suis bien aise d'opposer l'autorité d'Astley-Cooper. (Ici M. Cruveilhier donne lecture d'un long passage de cet auteur, d'où il résulte que le chirurgien anglais professe les mêmes opinions sur l'innocuité des tumeurs fibreuses, et sur le peu de nécessité de l'opération.)

Je maintiens donc que théoriquement parlant l'opération n'est pas nécessaire, et que pratiquement tout se réduit à une question de diagnostic. Je dirai à cet égard que M. Roux me paraît posséder un diagnostic beaucoup plus précis qu'il ne semble le croire lui-même; car, s'il en était autrement, comment aurait-il assuré aux malades dont il nous a parlé, que les tumeurs ne reviendraient jamais; comment expliquer cette satisfaction, cette jouissance qu'il éprouve de pouvoir débarrasser à tout jamais les femmes de leur maladie et de leurs inquiétudes?

Je persiste dans toutes mes propositions.

— *M. Desportes* présente des observations sur l'anatomie pathologique des tumeurs du sein. Le bruit qui se fait dans l'assemblée nous empêche de saisir le discours de l'orateur. Il demande l'impression du mémoire de M. Cruveilhier dans les mémoires de l'Académie.

— *M. Amussat.* D'après la réponse que M. Cruveilhier vient de faire à M. Roux, il est évident qu'il persiste complétement dans ses idées, et qu'il ne nous a fait aucune concession.

La discussion soulevée par le mémoire de M. Cruveilhier sur les corps fibreux de la mamelle, est fort importante; elle mérite d'être approfondie, dans le double intérêt de la science et de l'humanité; car ce n'est pas seulement une simple question d'anatomie pathologique dont M. Cruveilhier s'est occupé, comme je le croyais d'abord, mais c'est une grande question de chirurgie pratique sur laquelle tous les chirurgiens sont appelés à donner leur avis.

Notre savant collègue a émis deux propositions fondamentales qui se tiennent et s'enchaînent; la première; c'est que les corps fibreux de la mamelle sont *extrêmement* fréquents, et qu'on les confond tous les jours dans la pratique avec le squirrhe ou cancer dur de ces organes, soumis comme tels à l'extirpation.

La deuxième, c'est que l'expérience clinique lui a fait reconnaître que dans un grand nombre de cas d'extirpation de squirrhes de mamelles, on n'avait réellement extirpé que des tumeurs fibreuses analogues à celles de l'utérus, et M. Cruveilhier ne cite pourtant à la fin de son mémoire qu'une seule observation qui me paraît encore très peu concluante.

Ces deux propositions méritent d'être eaxminées avec attention, elles sont la conséquence l'une de l'autre, et elles tendent à jeter le trouble et la perturbation dans la pratique, puisqu'elles reprochent aux chirurgiens d'avoir fait des opérations au moins inutiles ou dangereuses.

La première est relative à l'*extrême* fréquence des corps fibreux des mamelles : malgré la grande autorité de M. Cruveilhier, je ne puis admettre cette proposition, et je pense au contraire que ces productions organiques sont rares et très rares. Sans doute M. Cruveilhier en a vu beaucoup dans la mamelle, et c'est sur des faits qu'il a fondé sa conviction; mais il eût été à désirer que M. Cruveilhier nous eût montré ses preuves en faisant la statistique des faits qu'il a observés, et qu'il nous eût montré de véritables tumeurs fibreuses des mamelles pour que leurs caractères nous fussent bien connus. J'ajouterai, enfin, que le cabinet d'anatomie pathologique, le Musée Dupuytren, qui est si riche en tumeurs fibreuses de l'utérus, est très pauvre au contraire en tumeurs de la mamelle. Pendant un séjour de quatre années à la Salpêtrière comme interne, j'ai vu beaucoup de tumeurs fibreuses et osseuses de l'utérus, et très peu des mamelles. J'ai fait une collection de ces tumeurs, et c'est l'origine de mon travail sur la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de l'utérus. M. Cruveilhier a été pendant plusieurs années médecin de la Salpêtrière; il parle dans son mémoire des tumeurs fibreuses de la matrice qu'il a eu l'occasion d'observer en grand nombre dans cet hospice, mais il ne dit point y avoir observé beaucoup de tumeurs fibreuses des mamelles. Ainsi, je ne puis admettre l'extrême fréquence des tumeurs fibreuses dans cet organe. Or, puisqu'il est reconnu qu'elles ne dégénèrent pas en cancer, on devrait pouvoir les trouver sur des femmes âgées, et pourtant on n'en trouve pas ou presque pas à la Salpêtrière. Je dis donc que tant que M. Cruveilhier n'aura pas prouvé l'analogie qu'il voulait établir entre la nature des tumeurs fibreuses de l'utérus et celles des mamelles, ainsi que leur fréquence, il n'est pas autorisé à croire que les chirurgiens se sont trompés et se trompent tous les jours.

Ne sait-on pas que presque toutes les tumeurs du sein commencent par être mobiles, détachées de la glande mammaire, qu'elles roulent sous le doigt qui les presse, qu'elles sont indolentes, etc.; et cependant que deviennent ces tumeurs dont les caractères extérieurs ressemblent à ceux que M. Cruveilhier a assignés aux corps fibreux? Ces tumeurs deviennent des cancers dont l'extirpation, faite trop tardivement, donne souvent lieu à des récidives. Le diagnostic est donc très difficile, sinon impossible; c'est ce qui a été suffisamment établi par ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion soulevée par le mémoire de M. Cruveilhier. A l'appui de ce que je viens de dire, je montrerai tout à l'heure un triste exemple de cancer du sein que j'ai enlevé il y a quinze jours, et qui a présenté pendant quatre ans tous les caractères à l'aide desquels M. Cruveilhier croit pouvoir reconnaître avec certitude la présence d'une tumeur fibreuse.

La deuxième proposition de M. Cruveilhier, c'est qu'il s'est assuré que les chirurgiens se trompent tous les jours, et qu'ils croient extirper des tumeurs squirrheuses lorsqu'ils n'ont affaire qu'à des tumeurs fibreuses des mamelles. Je voudrais bien sincèrement que ce reproche fût fondé et que cette proposition fût vraie, car nous aurions beaucoup moins de récidives à déplorer. Pour mon compte, je n'opère jamais avant d'avoir pris l'avis des confrères les plus compétents, afin de chercher par tous les moyens possibles à éviter une opération doulou-

---

pensabilité de la statistique. Acceptons donc les inventions lorsqu'elles sont acceptables, mais plaçons-les au rang qui leur convient dans l'échelle des probabilités. Nous ne différons donc, en somme, de l'école novatrice et empirique, dont nous combattons les excès, qu'en ce point qu'elle admet comme démontré ce que nous croyons fort contestable; à savoir la supériorité des nouvelles ressources à l'égard des anciennes. Or, nous acceptons volontiers les premières, mais seulement pour en user en temps et lieu, alors que viendraient à faillir les procédés dont la puissance nous paraît provisoirement mieux établie que la leur. Telle doit être, ce nous semble, la loi régulatrice de toute pratique éclairée et consciencieuse.

Les médicaments n'ont d'action qu'en impressionnant la molécule organique, solide, fluide ou gazeuse. Je ne puis, malgré tous les efforts de mon intellect, concevoir les médicaments agissant sur des éléments abstraits, sur de simples propriétés, tels que le *principe vital*, les *forces organiques*, etc. Je ne comprends pas plus le dynamisme des écoles allemande et italienne que le vitalisme de l'école de Montpellier. C'est en modifiant la matière que nous modifions la vie et les forces dont elle se compose. J'en demande humblement pardon, mais il m'est impossible de penser autrement. Donc, selon nous, la molécule médicamenteuse modifie par contact la molécule organique, laquelle préside aux fonctions ou aux propriétés. Mais il ne s'ensuit pas que ce contact doive nécessairement être direct, immédiat. Par exemple : la stimulation du cerveau entraîne les convulsions des membres, sans que ces membres aient subi le contact direct du médicament; telles sont les manifestations dites sympathiques, symptomatiques, etc.; il ne s'ensuit pas non plus que le contact du médicament reste toujours borné au point d'application; entraîné par l'absorption, il peut aller impressionner secondairement, quoiqu'immédiatement, tous les points de l'économie. Je doute que jamais personne ait absolument nié l'absorption, de même que personne n'a jamais nié l'impression locale. Il y a des médicaments qui agissent localement, d'autres par absorption, beaucoup agissent de l'une et de l'autre manière, témoin les cantharides qui, après avoir produit la vésication, vont impressionner les organes urinaires. Nier l'absorption, serait nier l'action d'une foule de médicaments énergiques qui n'agissent et ne peuvent agir que par elle; nier l'action locale serait nier l'évidence : la douleur, l'inflammation, la cautérisation, etc. On m'a partout infligé l'humiliation de me faire dire que je ne croyais qu'à l'action locale des médicaments; il est vrai que l'auteur de l'accusation appartient à une école qui soutient bravement que l'action locale n'est que le produit secondaire de l'absorption. Pour elle, le jalap ou l'aloès, introduits dans le canal digestif, passent par le torrent circulatoire avant de produire la purgation;... les cantharides suivent probablement le même chemin pour produire la vésication..... Que la paix soit avec elle!

Les médicaments, qu'ils agissent localement ou par absorption, peuvent produire des effets mécaniques, physiques, chimiques et des résultats dynamiques et vitaux; c'est assez dire que dans nos idées il y a autre chose que le *strictum* et le *laxum*, l'excès ou le défaut d'irritation; dichotomie qui laisse en dehors une foule d'opérations mystérieuses dans leur essence mais patentes dans leurs effets, et qui s'accomplissent dans la crase des humeurs, dans la nutrition des organes, dans le jeu des fonctions, en un mot, dans l'impénétrable officine de la vie. Voilà ce qui est en fait comme en théorie; mais, hélas! qu'il y a loin de l'admission du principe à sa démonstration dans un fait déterminé; qu'il y a loin de la formule de la loi, à l'exhibition authentique du fait qui en découle? Nous saisissons bien les points extrêmes, la cause et l'effet, l'agent médicamenteux et le résultat produit, mais un abîme les sépare, et c'est dans cet abîme que se jouent les doctrines et les systèmes dont la mobilité, les transfigurations incessantes nous font maudire l'impuissance de nos moyens de vérification et proclamer la vanité de la science. Puisque tel doit être le résultat fatal des opinions hasardées, sachons nous arrêter là où le sol va nous manquer, et rendons hommage à la sainteté naguère profanée de l'axiome de Gaubius : *Meliùs est sistere gradum quàm progredi per tenebras.* Croyons à ce que nous voyons, à ce qui découle immédiatement de l'impression sensitive; bornons-nous à l'induction première et rigoureuse, et, sans vouloir couper les ailes au génie, attendons que les faits aient sanctionné ses aperçus avant de livrer l'humanité aux chances des prévisions trop souvent illusoires, des conclusions hâtives et légères de l'esprit d'innovation. Ne nions pas, mais doutons.

J'espère que voilà, cher confrère, une déclaration de principes franche et complète. J'ai dit avec humilité tout ce qui se passe au fond de ma conscience médicale; que celui qui se sentira mieux édifié me jette la première pierre.

Agréez, etc.

Forget.

Errata de la lettre cinquième. Colonne 2e, ligne 24 : spécialité; *lisez :* spécificité. — Colonne 4e, ligne 22 : rabattu; *lisez :* rebattu. — Colonne 5e, ligne 25 : progrès; *lisez :* prodiges.

Monsieur le Rédacteur,

Ce n'est pas le moment de répondre à la lettre de M. Londe, dont j'honore du reste le caractère et les convictions; si plus tard la discussion s'engage, il sera temps d'y revenir plus amplement. Je ferai seulement deux remarques; la première que si les commissions cessent d'être souveraines à l'Académie de médecine, c'est un moyen certain de les décourager complétement; en effet, à quoi bon faire un travail qui peut-être sera frappé d'insuffisance et de nullité? la seconde, pourquoi les commissions sont-elles instituées? pour examiner les titres des candidats, pour les peser, les comparer, les apprécier; mais juger en dehors de cet examen préparatoire, se prononcer pour un candidat, n'est-ce pas juger sans connaissance de cause? C'est ce qui ne manquerait pas d'arriver pour les quatre cinquièmes des membres de l'Académie. J'ajoute que vouloir se diriger ensuite d'après ce qui se pratique à l'Académie des sciences, cela n'est pas possible. Tout diffère ici, ce sont deux sociétés savantes dont les éléments, la constitution et les travaux ne se ressemblent en rien. Chacune d'elle est donc et doit être dans une voie différente; de simples analogies ne suffisent pas pour changer cette direction. Tout en honorant l'Académie des sciences, l'Académie de médecine doit avoir son esprit de corporation, son règlement et son mode d'action particulier, trop d'imitation tiendrait de trop près à la servilité. Agréez, etc.

— *Note du Rédacteur.* — Les communications anonymes sont peu de notre goût. Chacun doit avoir le courage de ses opinions et en assumer la responsabilité. Nous prévenons donc l'auteur de cette lettre que ce sera la dernière que nous accueillerons sans signature.

reuse. C'est, en effet, une grande satisfaction pour un chirurgien lorsqu'il atteint ce but.

Et voyez l'alternative dans laquelle les chirurgiens se trouveraient placés : M. Cruveilhier ne veut pas qu'on opère quand c'est une tumeur fibreuse et d'autres ne veulent pas qu'on opère quand c'est un cancer. Il faudrait donc rester inactif en présence de toutes les tumeurs du sein : aussi M. Cruveilhier ne conseille-t-il aucune médication pour les corps fibreux.

D'après ce que je viens de dire, on voit que la seconde proposition de M. Cruveilhier, qui était la conséquence de la première, n'est pas plus fondée que celle-ci ; car il ne nous a cité qu'une seule observation peu probante, et les faits malheureusement trop nombreux de la pratique des chirurgiens, déposent contre l'opinion de M. Cruveilhier, puisque les récidives après les opérations sont reconnues très fréquentes.

Pour revenir à la question soulevée par M. Cruveilhier, je ne puis m'empêcher de dire qu'elle est grave, et très grave par la forme qu'il lui a donnée. Elle a excité à bon droit la susceptibilité de tous les chirurgiens, et il ne doit pas en être étonné en relisant son mémoire. Il verra, qu'au point de vue de la chirurgie nous étions gravement inculpés sans preuves suffisantes, puisqu'il ne nous a pas fourni les moyens de distinguer sûrement les tumeurs fibreuses des squirrhes de la mamelle, et qu'il a trop généralisé sa proposition.

Qu'arrivera-t-il comme conséquence du travail de M. Cruveilhier ? C'est que les femmes ayant des glandes du sein s'imagineront avoir des tumeurs fibreuses, et reculeront devant une opération qui dans l'état actuel des choses est pratiquée déjà trop tardivement. Il en résultera que nous aurons un plus grand nombre de récidives proportionnées au retard apporté dans l'opération.

Sans aucun doute, cette discussion éclairera beaucoup les vrais praticiens; mais le plus grand nombre des médecins qui n'auront retenu de toute cette discussion que l'idée nouvelle émise par M. Cruveilhier, adopteront, propageront, exagéreront cette idée, et leurs conseils amèneront des résultats déplorables au point de vue de la pratique, d'autant mieux qu'on dit que les chirurgiens aiment trop à opérer, à couper. Mais ce reproche adressé trop légèrement aux chirurgiens, même par des médecins, des académiciens, ne peut atteindre que ceux qui n'ont pas de principes arrêtés, et qui ne font pas tous leurs efforts pour éviter une opération. Mais dans les cas de tumeurs dont la nature est douteuse et qui peuvent dégénérer, je dis et je répète qu'on doit les enlever promptement; car en admettant leur nature bénigne, si on les opère lorsqu'elles ont un petit volume, on évite aux malades une opération grave qui eût été nécessitée plus tard par la gêne causée par le volume toujours croissant de la tumeur, soit une tumeur fibreuse, une loupe, un kyste, etc.

En résumé, je crois pouvoir dire que M. Cruveilhier n'a pas suffisamment démontré ce qu'il voulait établir, c'est-à-dire que les tumeurs fibreuses du sein sont extrêmement fréquentes, et que les chirurgiens se trompent journellement dans le diagnostic. Les preuves et les faits pour étayer son opinion manquent presque complétement ; les preuves et les faits contraires surabondent. On peut donc dire que les tumeurs fibreuses du sein sont l'*exception*, et les *squirrhes* la règle.

Pour ma part, je repousse le reproche grave et non fondé que nous adresse M. Cruveilhier, et ce reproche fût-il fondé, je pense qu'il faut opérer dans les deux cas, et plus tôt que plus tard ; que par conséquent les chirurgiens sont autorisés à agir comme ils l'ont fait jusqu'à présent. J'ajouterai que, depuis cette discussion, mes convictions sur la nécessité d'opérer promptement les tumeurs sont mieux arrêtées, et que je les fais partager beaucoup mieux aussi par les malades qui portent même une loupe, un kyste, etc., ou toute autre tumeur qui ne peut guérir sans l'opération. Depuis peu, j'en ai opéré trois que je n'aurais peut-être pas opéré avant cette discussion, parce que, à côté des avantages d'une opération simple, peu douloureuse faite pour une tumeur d'un petit volume, j'apprécie mieux les inconvénients d'une opération qui aurait pu être grave, alors que la tumeur eût acquis un plus grand développement. Et puis, nous ne connaissons pas assez les influences qui déterminent la dégénérescence des tumeurs pour affirmer que telle ou telle tumeur qui se présente avec des caractères benins, ne finira pas par dégénérer et devenir un foyer d'infection pour toute l'économie.

Enfin, sur quelques faits particuliers, je dirai même insolites. M. Cruveilhier s'est trop pressé de conclure. Or, si ses idées étaient adoptées sans réserve, il aurait causé involontairement un grand préjudice à la pratique journallère, puisque déjà les femmes qui portent des tumeurs du sein sont disposées à attendre trop long-temps pour les faire enlever. Pour elles un grand doute existait, elles en adopteront volontiers un autre, elles s'imagineront enfin avoir une tumeur fibreuse pouvant rester sans inconvénient pour leur santé. Si, au contraire, on leur démontre la nécessité, l'urgence d'une opération, soyez persuadé qu'elles s'y soumettront, car je partage complètement l'opinion de M. Roux sur le courage des femmes. Je pourrais en citer plusieurs exemples remarquables.

M. Amussat présente, en terminant, une tumeur cancéreuse du sein qu'il a enlevée chez une femme âgée de 62 ans, qui, pendant plusieurs années, a présenté tous les signes des tumeurs fibreuses indiquées par M. Cruveilhier, et qui, après un laps de temps considérable, s'est accrue, est devenue douloureuse, et enfin a présenté tous les signes du cancer.

M. A. Bérard. Il me semble que depuis le discours de M. Blandin, les orateurs qui se sont succédé n'ont fait qu'en donner une nouvelle édition plus ou moins augmentée. J'ai moi-même peu de chose à ajouter à ce qui a été déjà dit ; mais je crois qu'il est de mon devoir de protester contre les opinions de M. Cruveilhier.

Sur le premier point, relativement à la fréquence des tumeurs fibreuses du sein, je dirai que pendant long-temps aussi j'ai étudié à la Salpêtrière, et que jamais je n'ai vu dans les mamelles rien qui ressemble aux tumeurs fibreuses de l'utérus. S'il ne s'agit que de dire qu'il existe dans les mamelles des tumeurs de bonne et mauvaise nature, depuis long-temps les chirurgiens savent cela : la difficulté seulement est de les reconnaître, et ceci me conduit à la question du diagnostic.

Les personnes qui jusqu'ici ont combattu M. Cruveilhier, ont dit que le diagnostic était fort difficile ; on n'a pas assez dit : le diagnostic est impossible. Voyez, en effet, tous les caractères attribués aux tumeurs fibreuses, on les retrouve pour les tumeurs enkystées, pour les squirrhes enkystés, etc. A cet égard je ferai remarquer, ce qui ne l'a pas été, que le caractère indiqué par Astley Cooper, relatif aux lobules que présenteraient les tumeurs de bonne nature, ne me paraît pas aussi constant qu'il le croyait. Je me suis beaucoup occupé de ce sujet à l'occasion d'une thèse de concours ; j'ai le regret de n'avoir pas encore rencontré un cas de ces tumeurs lobulées.

Le diagnostic étant impossible, la conséquence est formée ; il faut opérer. Sans doute cela est pénible ; mais se conduire différemment, c'est assumer une immense responsabilité.

M. Lisfranc. Je ne pense pas, comme M. Cruveilhier, que les tumeurs fibreuses des mamelles soient fréquentes; je crois, au contraire, qu'elles sont fort rares. Pendant plus de quinze ans j'ai exercé de nombreux élèves aux manœuvres opératoires; j'ai par conséquent fait pratiquer innombrablement des amputations du sein; j'ai examiné avec soin toutes les tumeurs qu'on pouvait rencontrer dans les mamelles ; or ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai rencontré des tumeurs fibreuses. Le cancer et toutes ses variétés, au contraire, était le cas le plus fréquent. D'un autre côté, si l'on veut bien se rappeler que l'on obtient la résolution d'un certain nombre de tumeurs du sein, et que les tumeurs fibreuses ne se résolvent pas, tandis que par des moyens convenables employés par des mains habiles on peut dissiper un grand nombre de tumeurs de nature diverse; si l'on se rappelle surtout combien sont fréquentes les tumeurs cancéreuses, on sera forcé de conclure que les tumeurs fibreuses doivent entrer pour une part fort minime dans les tumeurs du sein.

Quant au diagnostic, on a dit : Les tumeurs fibreuses sont d'une grande mobilité. Mais ce caractère est fort loin d'être exclusif aux tumeurs fibreuses. Tous les chirurgiens savent que beaucoup d'autres tumeurs sont mobiles, qu'elles roulent sous le doigt sans cesser cependant d'être de nature maligne. On a parlé des bosselures qu'elles présentent ; d'abord elles n'existent pas toujours, et d'ailleurs les tumeurs squirrheuses en présentent aussi. Ce n'est point là un signe caractéristique. On a parlé de leur dureté ; mais il existe des engorgements blancs durs comme du silex. L'anatomie pathologique le démontre, et la thérapeutique aussi en les faisant disparaître par des moyens convenables. Le squirre n'a-t-il pas aussi pour caractère d'être extrêmement dur ?

On a invoqué l'état stationnaire des tumeurs fibreuses pour les différencier des autres tumeurs. Mais il faut être bien peu livré à la pratique pour ne pas savoir qu'il y a des tumeurs qui peuvent rester stationnaires pendant cinq, dix, quinze, vingt et même trente ans, et prendre ensuite tout à coup un accroissement énorme et souvent effrayant par sa rapidité. Qui de nous, dans notre cabinet de consultation, n'a reçu des femmes de 45 à 50 ans, qui nous disent : J'ai une tumeur du sein depuis plusieurs années ; elle n'a jamais grossi, et jamais elle ne m'a fait souffrir. Depuis peu de temps elle a augmenté de volume, et j'y éprouve de violentes douleurs. Vous dites à la femme de se découvrir, et vous trouvez une tumeur énorme, quelquefois ulcérée, mais toujours de mauvaise nature. J'insiste sur ces faits, parce qu'il me paraît extrêmement grave de tenir les femmes dans une fausse sécurité. Si, dès le principe, on avait enlevé ces tumeurs, on aurait évité à ces pauvres femmes les chances presque inévitables de la récidive.

Je sais bien que, comme quelques personnes le disent, il est très possible qu'on enlève de véritables tumeurs fibreuses, croyant avoir affaire à des tumeurs de mauvaise nature ; mais l'erreur, ici, a des conséquences beaucoup moins graves que lorsqu'on laisse dans l'économie des tumeurs de mauvaise nature que l'on prend pour des tumeurs fibreuses. Dans le premier cas, on n'expose la femme qu'à une opération fort rarement dangereuse, et, dans le doute, on la préserve pour l'avenir de l'infection cancéreuse ; dans le second cas, au contraire, on l'expose à toutes les conséquences de cette inspection.

On a dit : Les tumeurs fibreuses ne sont pas douloureuses. Mais, est-ce bien là un caractère distinctif ? De toute antiquité on sait que toutes les tumeurs du sein ne sont pas douloureuses. Mais cela ne préjuge rien sur leur nature. Il y a des squirrhes indolents, des engorgements ganglionaires, des indurations mammaires qui ne donnent lieu à aucune douleur. D'ailleurs, je ne dirai pas, moi, d'une manière absolue, que les tumeurs fibreuses ne sont pas douloureuses. Il y a peu de jours précisément que j'ai extirpé une tumeur de cette nature, qui donnait lieu à des élancements très douloureux. Dira-t-on que le siége de la douleur n'est pas dans la tumeur elle-même ? Je l'accorde. Mais une tumeur de ce genre, située sur le trajet d'un filet, d'un rameau ou d'un tronc nerveux, occasionne inévitablement de vives douleurs.

Croyez-vous qu'il soit toujours prudent de laisser subsister ces tumeurs du sein à l'époque où cet organe est sous l'influence de sympathies si énergiques avec l'utérus ? D'ailleurs ces tumeurs ne peuvent-elles pas produire par leur présence des irritations de la glande mammaire ou du tissu cellulaire de la mamelle ou des ganglions lymphatiques qu'elle renferme ?

Je dis donc qu'il n'existe pas de caractère à l'aide duquel on puisse dire qu'on a affaire à une tumeur fibreuse. Je dis que temporiser pour l'enlèvement de ces tumeurs, c'est exposer l'économie à l'infection carcinomateuse. J'ajoute qu'il vaut mieux enlever une tumeur fibreuse dès l'origine, que s'exposer à enlever plus tard un cancer qui récidivera. Je dis enfin que les tumeurs fibreuses ne sont pas innocentes par elles-mêmes.

Maintenant, on dit que les tumeurs fibreuses ne dégénèrent jamais. Cette proposition, aussi absolue que les autres, me paraît aussi peu fondée. J'ai vu plusieurs fois des corps fibreux de l'utérus évidemment dégénérés en cancer. Ceux de la mamelle auraient-ils seuls le privilége de ne pas dégénérer ? Je n'en crois rien. J'ai vu Dupuytren enlever un corps fibreux dégénéré à l'échancrure parotidienne. On aurait tort de croire que les corps fibreux accidentels ne reçoivent jamais de vaisseaux sanguins. J'ai enlevé à Courbevoie, devant M. Blandin, un énorme polype utérin sur lequel nous avons trouvé deux gros vaisseaux veineux. Pourquoi, par analogie, n'en serait-il pas de même pour les corps fibreux des mamelles ?

Je vote de toutes mes forces et avec tout mon courage contre l'opinion de M. Cruveilhier sur la nécessité de temporiser pour l'ablation des tumeurs du sein. Je crois que c'est là une opinion désastreuse qui préparerait aux praticiens et aux malades les plus cruelles déceptions.

— Jeudi 15 février, à huit heures et demie du soir, aura lieu, à l'Athénée royal, rue de Valois, 2, la leçon d'Hygiène publique de M. le docteur SANSON-APLHONSE.

La société est, dans ce Cours, considérée sous un point de vue nouveau, c'est-à-dire en vue de la longévité humaine. La politique, suivant ce professeur, doit devenir une science humaine. L'influence des professions, celle des constitutions politiques, celle de la situation intellectuelle, morale, matérielle de la société, y est étudiée sous le rapport de la durée moyenne de la vie de la population.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 20. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Engorgement interne de la cuisse. Fistules; emploi de l'iodure de potassium; ankylose; guérison. Leçon clinique du 6 février, 1844, recueillie par H. DAMOISEAU, interne de service.

Au n° 2 de la salle Saint-Louis est couché un malade dont je vous ai déjà parlé, et sur lequel je veux revenir aujourd'hui.

C'est un jeune homme d'une constitution éminemment lymphatique qui présentait à son entrée dans notre service une énorme tuméfaction des parties qui environnent l'articulation de la hanche. La cuisse avait doublé de volume et offrait presque la dureté du silex; sept fistules très profondes versaient une suppuration abondante et étaient accompagnées d'un délabrement extraordinaire. C'était au point que je me récriai très fort de ce qu'on nous avait envoyé un malade dans un état aussi désespéré, et auquel il n'y avait rien à faire. Nous le gardâmes par humanité et en l'absence de tout autre sentiment; l'iodure de potassium lui fut administré. Nous voulions savoir si ce médicament, auquel nous devons tant de succès inespérés, n'aurait pas quelque heureuse influence dans un cas où de l'avis unanime de tous les chirurgiens, il ne restait plus rien à faire. Le succès a dépassé nos espérances. Toutes les fistules se sont cicatrisées, l'engorgement n'existe plus qu'à la partie supérieure de la cuisse; il y a ankylose de l'articulation de la hanche. L'état général du malade qui était dans un délabrement extrême par suite de la fièvre hectique qui existait déjà depuis long-temps, est devenu excellent.

Il y a plusieurs jours que ce jeune homme serait sorti de nos salles, si nous ne l'en avions empêché.

Ce fait prouve évidemment que le domaine de la médecine opératoire doit être rétréci, puisque l'on eût opéré à coup sûr si le siége du mal n'eût rendu toute opération impraticable.

Mais, dira-t-on, ce médicament est loin de réussir toujours?

Sans doute; mais il échouerait beaucoup moins, si l'on savait mieux le manier. On n'ose pas élever les doses, on perd patience.

Il faut l'administrer pendant un, deux, trois, quatre, cinq et même six mois; il faut suivre les phases de la maladie, savoir s'arrêter en temps opportun, y revenir à propos; il faut, en un mot, considérer la maladie chronique comme un ennemi qui ne peut souvent être vaincu que par une habile temporisation.

L'iodure de potassium est quelquefois administré pendant deux mois entiers sans produire d'autre effet que la suspension des progrès du mal.

On cesse de l'administrer pendant un mois, puis on en reprend l'usage, et il réussit au delà de toute espérance. La preuve de cette assertion est n° 21 de la salle Saint-Louis. Ce malade présentait à son entrée une tuméfaction énorme du poignet; trois mois durant il a pris l'iodure sans en éprouver d'autre effet que de voir son mal rester stationnaire. On a suspendu ce médicament pendant un mois, pour y revenir ensuite. L'état du malade s'est amélioré de jour en jour, et nous avons tout lieu d'espérer que sa main, dont la perte paraissait inévitable, lui sera conservée. De là ce principe qu'il ne faut jamais perdre de vue, surtout dans les maladies chroniques, c'est que, pour juger un moyen thérapeutique, il faut l'employer long-temps, à moins toutefois que la maladie ne s'aggrave. La pommade ammoniacale dont je fais usage contre l'amaurose, nous en fournit un exemple remarquable. Un cordonnier affecté d'amaurose et ne pouvant se conduire, m'est amené par ses camarades; trois mois durant il est traité sans succès par ce médicament, et à la fin il éprouve une telle amélioration, qu'il a recouvré la vue à un degré suffisant pour exercer sa profession.

Les effets de l'iode pur ou de l'iodure de potassium ioduré sont bien différents de ceux de l'iodure de potassium employé seul. L'iode pur ou l'iodure ioduré de potassium, produisent en général l'amaigrissement, et si l'on continue pendant quelque temps à en faire usage, les organes digestifs ne les tolèrent pas ordinairement.

Employé seul, l'iodure de potassium rétablit le plus souvent les forces digestives, à moins qu'il n'existe une gastrite un peu aiguë, et produit l'embonpoint, si toutefois on ne l'emploie pas trop long-temps. On peut en continuer l'usage pendant un, deux ou trois mois, suivant les constitutions; on le suspend pendant quelque temps pour le reprendre ensuite. Il arrive quelquefois de rencontrer des sujets qui ne peuvent le supporter: cela est fort rare; sur plus de six cents malades à qui je l'ai administré, je n'en ai pas rencontré une dizaine.

J'ai vu arriver ici des malades d'une faiblesse extrême, dans un état de maigreur excessive: appétit nul, langue chargée, fièvre hectique. J'administrai l'iodure de potassium à petites doses, 10 à 15 centigrammes matin et soir, et au bout de deux ou trois jours l'appétit était revenu. Je pouvais élever la quantité du médicament jusqu'à la dose ordinaire, et des affections très graves ont ainsi disparu.

Un fait: Un malade qui vomissait tout ce qu'il prenait, présentait une tuméfaction du genou telle, que cette articulation était quadruplée de volume; cinq fistules pénétrantes versaient une abondante suppuration. On voulait faire l'amputation de la cuisse: elle me paraissait intempestive. Il y avait du dévoiement. De petites doses d'iodure de potassium furent administrées et tolérées; le dévoiement et les vomissements cessèrent; toutes les fistules se cicatrisèrent; la tuméfaction du genou disparut et les mouvements revinrent en grande partie.

L'homme qui est le sujet de cette observation est portier dans une maison adjacente à cet hôpital. Il n'y avait pas de symptômes de véritable gastrite.

Dans les cas de faiblesse extrême, où tout semble perdu, on doit donc ne pas oublier l'iodure de potassium.

Au n° 5 de la salle St-Louis, est couché un jeune homme qui portait à son entrée trois fistules pénétrant jusqu'à la dernière phalange du doigt indicateur.

Sous l'influence de l'iodure de potassium, deux fistules se sont cicatrisées: il en restait une au bout du doigt. Hier j'ai fait une incision, et la dernière phalange est sortie en grande partie ce matin.

Mardi prochain il sera guéri très probablement, et il aura conservé son doigt.

— Au n° 15 de la même salle, est couché un homme qui a subi, il y a vingt mois, l'amputation au tiers inférieur de la jambe, et qui est entré à l'hôpital pour faire réparer son membre artificiel. Je suis bien aise d'appeler votre attention sur ce sujet; car on n'a pas souvent occasion de revoir ses amputés après un aussi long espace de temps, alors que l'on peut très bien juger du résultat définitif d'une amputation. Chez ce malade, la conicité du moignon, si redoutée des chirurgiens dans l'amputation au tiers inférieur de la jambe, n'a pas eu lieu. Dans le but de la prévenir, nous avons divisé les muscles en deux fois. Les angles formés par la section du tibia sont arrondis, et le moignon présente une très belle régularité.

— Au n° 16, se trouve un malade chez lequel, il y a trois ans, j'ai amputé la partie du nez qui est située au-devant des apophyses montantes de l'os maxillaire. Une tumeur ulcérée, dont la dissection a démontré la nature carcinomateuse existait dans cette région.

Il y a six mois, une récidive a eu lieu. A son entrée dans notre service, un ulcère du plus mauvais aspect avait envahi la cicatrice. Sous l'influence de l'iodure de potassium, l'ulcère a changé de physionomie et a revêtu l'aspect de la plaie la plus simple, et la cicatrisation a eu lieu dans sa moitié supérieure.

Nous avons touché légèrement la partie inférieure avec le proto-nitrate acide de mercure; elle est en voie de cicatrisation, et nous espérons pouvoir éviter une opération qui paraissait indispensable.

— Au n° 17 se trouve un malade affecté d'une tumeur blanche molle de l'articulation tibio-tarsienne. Cette tumeur a été ouverte, dans le principe, pour un petit foyer purulent superficiellement placé.

Une sonde cannelée est introduite profondément dans la tumeur, et il n'en sort qu'une très petite quantité de sérosité sanguinolente, et pourtant on perçoit une fluctuation tellement évidente, que, sauf le choc très prononcé du liquide qui existe dans les foyers qui ne sont pas pleins, il est impossible d'en trouver de plus caractéristique. Tout le monde sait d'ailleurs que le choc du liquide n'existe que rarement; la fluctuation n'est donc pas un signe absolument infaillible de la présence du pus.

—Le malade du n° 18 présentait à son entrée un tibia doublé de volume, avec une fistule pénétrant dans l'intérieur de cet os, à un centimètre environ. Plusieurs personnes présentes à la visite se souviennent d'avoir constaté cette pénétration. L'iodure de potassium a été administré; la jambe a été pansée simplement, et depuis six jours la fistule est cicatrisée. Le volume du tibia, qui a diminué notablement, diminuera encore s'il ne survient pas d'accident.

—Le malade du n° 19 portait, à son entrée, une tuméfaction considérable de l'extrémité du pouce de la main gauche; une fistule existait sur ce point; le stylet faisait sentir la dureté osseuse. L'iodure de potassium a été administré à l'intérieur; des injections de chlorure oxyde de sodium à trois degrés ont été faites; la fistule est guérie; les parties molles sont réunies aux os, et dans peu de jours le malade sera parfaitement guéri.

— *Salle Saint-Anoine*. Au n° 2 de cette salle est couché le malade qui porte à la cuisse la tumeur énorme que vous connaissez.

La mensuration a été pratiquée ce matin avec une grande exactitude, en voici les résultats:

A la partie supérieure, la circonférence a diminué d'un centimètre; à sa partie moyenne d'un demi-centimètre; à la partie inférieure, de deux centimètres. Voilà pour le diamètre transversal.

Le diamètre longitudinal a diminué en dehors de deux centimètres, et en dedans il est resté stationnaire.

Les muscles se dessinent beaucoup mieux; la tumeur tend à devenir sphérique; elle est devenue très mobile. Dans le principe on avait émis l'opinion qu'elle pouvait bien appartenir au fémur; aujourd'hui cette opinion ne peut plus venir à l'esprit de personne.

Il y a une diminution de près d'un tiers de son volume. Voici le traitement employé: Iodure de potassium à l'intérieur; compression méthodique exercée à l'aide de circulaires de bandes avec l'intermédiaire de plaques d'agaric; frictions avec l'iodure de plomb.

Il est évident que lorsqu'il en faudra venir à l'opération, la tumeur sera moins difficile à détacher, qu'elle sera en rapport moins intime avec les organes importants, et que, par conséquent on aura plus de chances de venir à bout de l'extirper et d'éviter l'amputation. Au reste, on ne songera à l'opération que lorsque la tumeur aura cessé de diminuer.

— Le malade du n° 4 de cette salle a été opéré mardi dernier d'une hydrocèle à gauche. Deux injections avec la décoction vineuse de roses de Provins ont été pratiquées.

La douleur éprouvée par le malade nous ayant paru assez forte, nous n'avons pas ajouté d'alcool. Une inflammation violente s'est manifestée le lendemain; les cataplasmes n'ont pas suffi pour [illegible] le trajet du cordon; l'état inflammatoire ayant cédé facilement, nous sommes revenu les jours suivants aux compresses imbibées de décoction vineuse de roses de Provins.

Quand on opère par ponction et par injection, il vaut mieux en général exciter plus que moins; car si l'inflammation ne s'élève pas au degré nécessaire, on n'a pas de moyen de l'y faire monter et l'opération est manquée; tandis qu'avec des sangsues, il est facile de se rendre maître de l'inflammation et de la faire descendre au type obligé. Chez notre malade, quinze sangsues ont suffi pour obtenir ce résultat, et la maladie marche franchement vers la guérison.

— Au n° 9 est couché un malade qui est entré dans notre service avec une plaie d'arme à feu des plus graves. Cet homme chargeait par percussion une carabine rayée, la poudre prit feu, la balle et la baguette avec son chapiteau passèrent à travers le poignet; des chirurgiens voulaient amputer quand un de nos anciens élèves s'y opposa et conseilla au malade d'entrer dans notre service. Le succès a répondu à nos espérances, le malade conservera sa main.

Le trapèze, le tiers du premier métacarpien, la partie inférieure du radius sont sortis, et par conséquent les articulations radio-carpiennes, carpiennes, carpo-métacarpienne ont été ouvertes et le membre n'en a pas moins été sauvé.

Le malade du n° 10 a reçu, à bout portant, à la base de la mâchoire, un coup de pistolet chargé à plomb.

A son entrée une eschare existait dans cette région, l'os maxillaire était divisé en trois fragments. Le malade a guéri sans extraction d'esquilles; la consolidation est parfaite actuellement. Il ne faut point oublier que des esquilles même peu volumineuses, tenant avec les parties molles, peuvent vivre. Il est sorti trois fort petits fragments osseux.

— Le malade du n° 11, atteint d'un cancer de la verge, a subi l'amputation de cet organe, il y a trois semaines.

Dans cette amputation les malades succombent fréquemment à la phlébite; pour la prévenir, j'ai l'habitude de faire appliquer, dès le lendemain, 15, 20, 30 sangsues, selon la constitution des sujets et le sang qu'ils ont perdu dans l'opération, aux environs de la racine de la verge.

Une douleur à l'aine gauche et un frisson se sont manifestés le second jour. Dix sangsues ont été appliquées, quinze le lendemain. Les accidents ont cessé, et le malade va très bien. La phlébite n'a pas eu lieu. On ne doit pas appliquer immédiatement la sonde, on courrait risque d'exciter une inflammation qu'on a tant intérêt d'éviter; ce n'est que plus tard qu'il faut l'employer, et encore ne doit-on l'enfoncer que de quelques centimètres. Ce malade, qui est au vingt et unième jour de son opération, va très bien. On ne doit point perdre de vue que le frisson qu'il a ressenti le second jour ne pouvait s'expliquer par un refroidissement, ni autre circonstance appréciable.

—Au n° 13, est couché un malade qui présente sur le dos du

pied et à la partie interne du genou une brûlure au quatrième et même au cinquième degré. Nous ne savons pas encore au juste la profondeur de la brûlure du genou, ni si elle est pénétrante ; quoi qu'il en soit, la constitution du malade se soutenant, nous ajournons tout ce que la médecine opératoire pourra nous offrir de ressources.

— Au n° 16 est un malade qui a subi, mardi dernier, l'amputation de la seconde phalange du doigt médius pour une difformité qui l'empêchait de travailler. Son état est excellent ; la cicatrisation a eu lieu partout, excepté à la circonférence. Dans les amputations que l'on pratique sur les doigts (et ce que je dis s'applique surtout aux articulations métacarpo-phalangiennes), on a l'habitude de réunir par première intention. Le contact est difficile à établir ; il y a des cartilages, des gaînes de tendons : bref, la cicatrice manque sur ce point ; le pus s'accumule, gagne les parties déclives où se trouve l'orifice béant des gaînes tendineuses, et va produire des abcès dans la paume de la main et à la plante du pied, et les malades succombent quelquefois malgré tous les moyens de l'art. Pour remédier à ces dangers, j'ai adopté un mode de pansement à la faveur duquel je n'ai encore eu à déplorer aucun malheur. Je laisse les bords de la solution de continuité écartés, je les recouvre d'un linge fenêtré enduit de cérat et d'une petite quantité de charpie. Je donne, s'il est possible, au membre une position inclinée afin de favoriser le libre écoulement du pus ; ce liquide ne pouvant pas remonter contre son propre poids, s'écoule au dehors et ne fuse pas dans la gaîne du tendon. Il ne survient pas, en général, d'inflammation profonde ; je dis en général, car quelquefois c'est à l'inflammation qui est partie du moignon que les accidents peuvent être attribués.

— *Salle Saint-Augustin.* Au n° 3 de cette salle, est couchée une femme affectée d'une fissure à l'anus qui a résisté à la cautérisation et aux lavements de ratanhia. Cette fissure est compliquée d'hémorrhoïdes.

Une semblable complication est très grave, non-seulement parce qu'elle rend la fissure plus rebelle, mais surtout parce qu'elle ajoute beaucoup aux dangers de l'opération. Dans trois circonstances, on a opéré contre mon gré des malades atteints d'hémorrhoïdes enflammée ; trois fois la phlébite s'est manifestée, et la mort a eu lieu.

Après l'âge de trente-cinq ans un lacis veineux énorme existe dans la région anale, et les incisions profondes peuvent avoir les plus funestes effets.

Il ne faut point opérer quand il y a des hémorrhoïdes enflammées.

Si j'ai opéré cette malade, c'est qu'elle ne pouvait plus vivre tant les douleurs qu'elle endurait étaient violentes, et d'ailleurs les hémorrhoïdes n'étaient plus enflammées. Lors même que cette inflammation n'existe pas, l'expérience a démontré que l'opération pouvait être dangereuse, toujours à cause de l'inflammation des gaines.

— Au n° 15 est couchée la malade sur laquelle nous avons enlevé, mardi dernier, une tumeur fibreuse et douloureuse du sein.

La réunion immédiate a manqué ; nous avons rompu les cicatrices pour faire écouler le pus. L'état de la malade est très satisfaisant.

— Au n° 19 est une malade sur laquelle nous avons extirpé une petite tumeur du sein ; la réunion a d'abord eu lieu, en apparence, par première intention : c'était le seul cas que nous eussions vu depuis bien des années. Vain espoir !... un sentiment léger se manifeste, fièvre légère, douleur assez forte, un petit foyer purulent s'est formé ; nous avons de bonne heure donné issue au pus, et la cicatrisation fait de rapides progrès.

— Au n° 20 est une malade qui a subi, mardi dernier, l'extirpation du sein ; la réunion par première intention a manqué : une ouverture inférieure avait été ménagée ; la place était rouge, il y avait de la fièvre, un malaise général.

Nous ne doutâmes point que ces accidents ne fussent dus au séjour du pus ; nous détruisîmes toutes les cicatrices, et on pansa à plat. Le lendemain la rougeur avait disparu, et la fièvre avait cessé, Quelques jours après, nous avons réuni avec bandelettes agglutinatives. Le séjour du pus dans les plaies récentes, est une source d'accidents très-graves. En cas d'accidents on ne doit pas hésiter à rompre les cicatrices.

— Au n° 31 est une femme qui porte un polype intra-utérin. Des hémorrhagies ont lieu fréquemment ; nous les arrêtons facilement à l'aide de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Mardi prochain nous attaquerons ce polype dans l'utérus, non pas à cause des hémorrhagies dont nous nous rendons maître, mais parce que l'assimilation ne se fait pas bien chez cette femme, et que depuis plus de six mois son polype reste en place.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Ictère. Considérations sur les causes organiques de l'ictère.

Au n° 11 de la salle Saint-Raphaël, est couché un malade qui est entré à l'hôpital avec un ictère. L'apparition de cet ictère avait été précédée, quelques jours auparavant, de coliques et de douleurs dans la région abdominale droite. Dès la première visite, on a soumis ce malade à un examen minutieux, et voici ce que l'exploration plessimétrique a fait reconnaître. Le foie est considérablement augmenté de volume ; la vésicule biliaire est distendue par une grande quantité de bile, et occupe un espace notablement étendu au-dessous du foie. Ces deux organes ont été nettement limités par la percussion plessimétrique, et il a été facile de s'assurer par là, non-seulement que le foie était beaucoup plus volumineux que dans l'état normal, mais encore que cette augmentation de volume portait sur toutes les parties de l'organe à la fois, et non sur un de ses lobes en particulier. Cette dernière circonstance a fait admettre à M. Piorry qu'il s'agissait ici d'un engorgement du foie consécutif à une inflammation du canal cholédoque ; une cholédocite, et non point à l'inflammation des conduits hépatiques droit ou gauche, auquel cas on n'eût trouvé, suivant toute apparence, qu'un développement partiel du foie, borné à l'un de ses lobes seulement. Cette inflammation admise, et les symptômes qu'offrait le malade, les coliques, la douleur fixe au niveau du rebord inférieur du foie, tendaient à la faire admettre, le mécanisme de l'ictère devenait assez aisé à concevoir. L'inflammation du canal cholédoque avait produit, suivant toute apparence, un rétrécissement de son calibre, par suite la distension de la vésicule biliaire, le développement du foie, la résorption et le transport des éléments colorants de la bile dans la grande circulation, etc.

Les indications consistaient ici, d'une part, à combattre par un régime adoucissant interne et externe l'inflammation des organes affectés ; d'autre part, à provoquer l'évacuation de la bile contenue en état de stagnation dans les intestins, et son excrétion du réservoir et des conduits biliaires. Dans ce double but, il fut prescrit des bains généraux, des cataplasmes émollients sur la région douloureuse, des boissons adoucissantes et du tartre antimonié de potasse à dose élevée.

Après trois jours de ce traitement, le foie, percuté de nouveau avec soin, avait perdu près d'un pouce d'étendue dans tout son pourtour, et la vésicule biliaire était réduite de plus des trois quarts. En même temps, tous les autres symptômes étaient notablement amendés. La douleur locale était presque entièrement disparue ; la coloration jaune des tissus tégumentaires était en grande partie dissipée, et n'était bien appréciable encore qu'aux conjonctives. La maladie était, en un mot, sur son déclin. Le régime et de simples soins hygiéniques suffirent pour faire marcher rapidement la convalescence.

M. Piorry a pris occasion de ce fait pour émettre quelques idées, tant sur les moyens de diagnostic de cet état que sur la nature des phénomènes ictériques.

On a voulu, dit-il, faire jouer un grand rôle aux causes morales dans la production de l'ictère, et, préoccupé par cette seule considération, on a négligé d'étudier les états anatomiques liés à l'existence de ce phénomène. Il y a long-temps que l'on a dit que l'ictère provenait d'une maladie nerveuse, qu'elle était le résultat de la rétention des éléments de la bile dans le sang. Voilà ce que l'on disait tout récemment, et ce que disent encore les personnes qui méconnaissent les avantages de la plessimétrie ou qui ne savent pas s'en servir. A défaut de faits, il n'est sorte d'arguments que l'on n'ait invoquée pour soutenir cette doctrine. L'excrétion des larmes, dit M. Récamier, est occasionnée par une impression morale ; c'est une impression morale souvent qui augmente la sécrétion urinaire, le besoin de manger ou l'idée seule d'une saveur agréable rem- [illegible] de salive. Pourquoi une impression morale, une disposition nerveuse particulière n'auraient-elles pas une influence semblable sur la sécrétion de la bile ? Cette argumentation ne laisse pas que d'être ingénieuse ; mais on n'a point fait attention qu'en raisonnant ainsi, on s'appuyait sur une fausse analogie. Les larmes, les urines, la salive s'écoulent au dehors, mais elles ne passent pas dans le sang comme le fait la bile dans le cas d'ictère ; il n'y a qu'exagération d'une sécrétion normale dans le premier cas, et issue au dehors du produit de cette sécrétion par les voies normales ; tandis qu'ici il y a obstacle au passage du produit de la sécrétion à travers les voies naturelles, rétention de ce produit dans l'organe sécréteur, et par suite résorption et transport d'une partie de ses éléments dans le sang et dans tout le système. Sans doute, il est des cas où des causes morales ont pu avoir quelque influence sur la production de l'ictère ; mais ces cas sont certainement les plus rares, et il n'existe probablement pas de fait bien avéré où l'on puisse démontrer que l'affection morale ait été la cause directe de l'ictère. J'ai questionné un grand nombre de malades atteints d'ictère, et j'ai pu me convaincre que dans le plus grand nombre de cas ils n'avaient éprouvé auparavant ni chagrin, ni colère, ni peine, ni plaisir ; c'est tout au plus si j'ai trouvé une fois sur quatre que la maladie eût eu lieu à la suite de causes morales bien manifestes ; mais c'est à peu près la proportion que l'on trouve pour toute sorte d'autres maladies.

N'avons-nous pas d'ailleurs actuellement, même dans nos salles, la contre-épreuve toute vivante en quelque sorte du fait ! A côté même de l'ictérique en question, est couché un autre malade qui a la colique de plomb. Nous lui avons demandé s'il n'avait point éprouvé quelque impression morale ; il nous a répondu qu'il avait eu un violent accès de colère, qu'il était presque entré en fureur quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Or, dans ce cas, si l'on ne savait que la colique est produite par une cause spécifique, par une intoxication saturnine, ne dirait-on pas que c'est la cause morale qui a produit cette colique ?

Je ne nie pas, ajoute M. Piorry, que les causes morales n'aient une certaine influence, dans quelques circonstances, sur la production de l'ictère ; mais je refuse à admettre qu'elles en puissent être la cause directe. Je me rappelle un cas que nous avons observé dans cet hôpital, où l'ictère s'était montré à la suite d'une émotion morale des plus énergiques. Mais chez ce malade il existait une contraction spasmodique de tout le système musculaire. Le diaphragme, ainsi que les muscles abdominaux, étaient si violemment contractés, que le foie se trouvait pressé, comprimé de toutes parts entre ces deux puissances musculaires. Ne peut-on pas concevoir que, dans cette circonstance, l'ictère n'ait été que le résultat de la compression exercée sur tout le système vasculaire veineux du foie. On peut donc admettre l'influence des causes morales, mais c'est, à notre avis, par un mécanisme semblable à celui que nous venons d'indiquer, que cette influence se manifeste ; c'est par l'intermédiaire de ce mécanisme, c'est-à-dire par l'influence des contractions du diaphragme et des muscles abdominaux sur le système vasculaire du foie, qu'agissent la peur, la crainte, la colère et toutes les émotions vives. Quant aux prétendus spasmes nerveux des conduits hépatiques, rien ne nous autorise à y croire. Quelles preuves en avons-nous ? Comment s'assurer de leur existence ? Il faut donc être réservé à l'égard de l'influence des causes morales sur la production des maladies, et en particulier de l'ictère. Comment voudrait-on, en effet, nous faire admettre l'influence des causes morales sur cette dernière maladie, lorsque tant de faits, soit ceux que nous avons consignés dans notre Traité des altérations du sang, soit les nombreuses autopsies que nous avons eu l'occasion de faire à la Salpêtrière, ont mis hors de doute, à nos yeux, ce fait, savoir : que dans l'immense majorité des cas, l'ictère est causé et entretenu par des lésions organiques du foie et de ses annexes !

Cancer encéphaloïde du thorax s'annonçant par des symptômes de simple bronchite, compression de la bronche droite ; oblitération complète de la veine cave supérieure ; rétablissement de la circulation par les veines du thorax dilatées et anastomosées avec les veines épigastriques ; caverne cancéreuse formée au milieu de la portion inférieure du poumon droit ; diagnostic difficile. Mort par suffocation le neuvième mois de la maladie. Autopsie, par le Dr Arnal, médecin des Asiles de Paris.

M. X....., âgé de soixante-quatre ans, d'un tempérament sanguin, de petite taille, mais fortement constitué, a joui généralement d'une bonne santé : il a eu des indispositions, jamais de maladie ; il a été cependant tourmenté de temps en temps par des douleurs rhumatismales qui se sont fait sentir pour la première fois, il y a environ vingt ans, et qui l'ont forcé, à plusieurs reprises différentes, d'avoir recours aux eaux de Plombières, de Néris, etc.

Au commencement du mois d'avril 1843, au milieu des plus belles apparences de santé et sans avoir rien éprouvé du côté de la poitrine, il fut pris tout à coup d'un frisson général, puis d'une fièvre assez vive, d'enchifrénement, d'un mal de gorge modéré et enfin d'une toux sèche et quinteuse analogue à celle du début d'une bronchite.

M. X...., qui était alors à sa campagne, manda son médecin, qui l'examina avec soin, explora sa poitrine et ne vit dans ces symptômes qu'un rhume ordinaire. Il lui prescrivit un traitement approprié ou tout au moins en rapport avec son diagnostic.

Cependant la toux conserva son caractère primitif et s'accompagna de dyspnée ; une aphonie prononcée s'y ajouta ; la fièvre persistant dans son intensité première, une saignée lui fut faite. Un peu plus tard deux applications de sangsues furent jugées nécessaires encore, mais le malade ne s'en trouva pas mieux. Il se décida alors à venir nous consulter à Paris ; or, voici en peu de mots l'état dans lequel nous l'avons trouvé :

La face était un peu bouffie, notablement colorée et particulièrement aux pommettes ; les yeux étaient vifs et brillants ; les ailes du nez s'agitaient à chaque mouvement de respiration ; celle-ci paraissait difficile, un peu sifflante et suspireuse et donnait trente-quatre inspirations par minute ; la voix était presque entièrement voilée, mais seulement par intervalles ; le pouls vif, serré et fréquent était du reste régulier et sans intermittence. Les autres fonctions s'exécutaient comme dans l'état de pleine santé,

L'inspection générale du thorax ne nous a offert rien de particulier : point de voussure appréciable ; les espaces intercostaux ne sont nulle part ni doublés, ni déprimés, ni rétrécis, ni élargis ; nul frémissement cataire : de même pour la région précordiale.

Le bruit respiratoire se fait entendre dans toute l'étendue du poumon gauche ; il est plutôt exagéré que diminué. Vers la partie supérieure et latérale droite du sternum, nous constatons un bruit de soufflet circonscrit et très prononcé, un peu plus fort que la respiration tubaire, comme si l'air poussé avec plus de force venait vibrer contre un obstacle apporté à sa libre circulation. Le bruit d'expansion vésiculaire avait perdu au contraire la moitié au moins de son intensité normale vers le sommet et le milieu du poumon droit et manquait complétement vers le tiers inférieur de l'organe ; par opposition, la percussion ne nous offrait aucune différence et la résonnance était aussi parfaite à la base qu'au sommet.

Il y avait évidemment là un obstacle qui diminuait la quantité d'air destiné à la portion du poumon résultant de l'épanouissement de la division supérieure de la bronche droite et qui empêchait toute pénétration dans le lobe inférieur de l'organe ; cela ne nous paraissait pas contestable ; mais quel était cet obstacle ? en quoi consistait-il ? quelle était sa nature ? existait-il dans l'intérieur même de la cavité respiratoire ou provenait-il d'une compression extérieure ; comme aurait pu le faire une tumeur ? c'est ce qu'il nous restait à déterminer.

Si c'était une tumeur, nous disions-nous, la percussion devrait nous la faire reconnaître, et pourtant ce moyen d'exploration ne nous indique rien. Comment croire, en effet, qu'une tumeur assez volumineuse pour déterminer des phénomènes de compression analogues à ceux dont nous venons de parler pût se dérober ainsi à nos recherches ? en outre, quelle tumeur s'annonce par des symptômes de bronchite comme ceux que nous avons relatés plus haut ? Tout nous paraissait contradictoire.

Cependant quelques circonstances nous firent pencher d'abord pour l'admission d'un anévrysme faux primitif de l'origine de l'aorte ou de l'artère pulmonaire. Cette opinion nous parut d'autant plus probable que les accidents de suffocation s'étaient développés brusquement et pour ainsi dire pendant les efforts d'une toux convulsive ; que le malade avait eu,

comme nous l'avons dit, des accès réitérés de rhumatisme; que depuis quelque temps il lui semblait que sa respiration devenait plus haletante que d'habitude, lorsqu'il montait rapidement les escaliers, et qu'enfin le pouls s'était parfois montré intermittent. C'était du reste pour nous un soupçon plutôt qu'une opinion arrêtée; car les symptômes propres aux anévrysmes manquaient tout à fait.

Dans tous les cas, la maladie nous a paru immédiatement d'une gravité telle, que nous n'avons pas voulu en avoir exclusivement la responsabilité; nous avons donc provoqué successivement l'opinion de MM. Chomel, Fouquier et Marjolin.

Comme nous, ces célèbres praticiens ont été embarrassés par les phénomènes contradictoires que présentait le malade, et chacun d'eux a émis une opinion différente. Nous avons résolu alors de les réunir dans une consultation générale, de leur faire part de quelques circonstances nouvelles qui venaient de surgir, de discuter avec eux les symptômes contradictoires et d'arrêter en commun un traitement approprié; seulement, nous avons demandé que M. Bouillaud fût joint à nous pour nous départager en cas de division, et cela d'autant mieux, qu'il était libre de tout examen antérieur, et par conséquent sans opinion à faire prévaloir.

Dans l'intervalle de cette nouvelle consultation, quelques phénomènes importants pour le diagnostic se sont manifestés; les voici en peu de mots:

Les veines de la face et du cou s'étaient considérablement distendues, les jugulaires externes surtout. Cependant aucun mouvement appréciable ne se passait dans leur intérieur, soit pendant les battements du cœur, soit pendant les mouvements de la respiration, bien que celle-ci fût on ne peut plus précipitée et difficile. Nous parlerons plus tard de ce signe négatif, comme d'un des moyens les plus propres à faire reconnaître l'oblitération de la veine cave supérieure.

Nous ajouterons encore que les veines de la base de la poitrine, les thoraciques, les mammaires, et quelques intercostales, s'étaient dilatées, et formaient, surtout du côté droit, une sorte de couronne de varices qui convergeaient vers l'origine des veines épigastriques. Celles-ci, elles-mêmes très volumineuses, descendaient en serpentant le long de la paroi antérieure de l'abdomen, et faisaient une saillie considérable au-dessous de la peau.

Ces particularités anatomiques prouvaient, jusqu'à l'évidence, une oblitération de la veine cave supérieure; elles témoignaient aussi des merveilleux efforts de la nature pour en conjurer les conséquences funestes; car de la sorte le sang des parties supérieures arrêté dans sa marche vers le cœur, avait pu, grâce à la voie nouvelle qui venait de lui être ouverte, arriver à sa destination.

Dès ce moment il n'y a plus eu de doute pour personne, et chacun des consultants est tombé d'accord sur l'existence d'une tumeur comprimant à la fois la veine cave supérieure et la bronche droite. Seulement les avis ont encore été partagés sur sa nature, les uns pensant qu'on avait affaire à un anévrysme; d'autres, avec M. Bouillaud, à une affection *peut-être* cancéreuse; quant au pronostic, il a été le même pour tous. De l'avis général, le mal a été jugé incurable, et on a décidé pour tout traitement qu'on ferait de la médecine de symptômes, nous laissant maître d'agir ultérieurement selon nos inspirations et selon les symptômes prédominants.

La maladie a, du reste, fait des progrès continuels; les membres supérieurs se sont œdématiés, de même le cou, de même la face. La toux est devenue de plus en plus fréquente; des crachements de sang se sont montrés à plusieurs reprises différentes; la dyspnée est devenue successivement croissante; des élancements violents se sont fait sentir par intervalles dans tout le côté droit de la poitrine et à l'épaule correspondante; un peu plus tard, l'extrémité sternale de la clavicule est devenue saillante et noueuse; en même temps une tumeur irrégulière et dure s'est développée au-devant de l'artère carotide primitive droite, dont elle transmettait les battements à la peau. Bientôt aussi le côté droit du thorax a cessé d'être résonnant dans toute sa moitié inférieure, et nous a donné tous les signes des épanchements; enfin les membres inférieurs n'ont pas tardé eux-mêmes à s'œdématier et à rendre toute progression impossible. Nous ajouterons qu'un mois environ avant la mort un changement remarquable s'est opéré dans la base du poumon droit. Dans l'intervalle d'une visite à l'autre, en effet, le bruit respiratoire s'y est fait entendre de nouveau, et pourtant la matité devenait chaque jour plus prononcée, et pourtant l'épanchement faisait des progrés rapides! L'autopsie nous donnera tout à l'heure raison de ce fait, en apparence contradictoire,

Comme on le pense bien, tous ces symptômes ne se sont montrés que peu à peu; le malade a eu des alternatives de mieux et de pire. Quand la suffocation devenait par trop forte, une saignée amenait un soulagement marqué de plusieurs jours, quelquefois de plusieurs semaines. Les diurétiques sous toutes les formes, les purgatifs salins, les vésicatoires, etc., ont plusieurs fois diminué l'œdème. Bref, grâce à ces moyens et à quelques autres qu'il est inutile de rapporter ici, le cerveau et les organes digestifs restant sains au milieu de cette désorganisation générale, nous avons pu prolonger six mois encore la vie de notre malade.

Cependant les forces se perdant chaque jour davantage, et la ressource de la saignée venant à nous manquer, la suffocation est devenue de plus en plus imminente, et le malade s'est éteint le 10 janvier, sans avoir perdu un seul instant l'usage de ses facultés intellectuelles. Dix minutes avant sa mort, il faisait encore des projets d'avenir!

AUTOPSIE. — *Thorax.* Aussitôt la poitrine ouverte, une grande quantité de sérosité jaunâtre et trouble s'est écoulée; le côté droit en cootenait au moins deux pintes, le côté gauche à peine deux cuillerées.

Derrière la partie latérale droite du sternum, existait une masse cancéreuse formée par une grande quantité de tubercules à substance dure, lardacée, et oéunis entre eux par un tissu cellulo-fibreux dense et serré. Cette tumeur commençait près de l'oreillette droite du cœur, au niveau de l'embouchure de la veine cave supérieure; remontait de droite à gauche au-devant de la crosse de l'aorte, à la face antérieure de laquelle elle adhérait fortement; puis, continuant sa marche ascendante, elle arrivait au sommet de la poitrine du côté droit, s'amincissait, glissait derrière la première côte et se prolongeait profondément, dans l'étendue de deux pouces environ, le long de la partie latérale du cou, reposant en arrière sur l'artère carotide primitive droite et la veine jugulaire interne du même côté.

Cette tumeur embrassait en forme d'anneau la bronche droite, et l'avait tellement rétrécie que c'est à peine si une plume ordinaire aurait pu y pénétrer. La division inférieure de ce conduit était même entièrement oblitérée.

La veine cave supérieure était également entourée de toutes parts par la tumeur; à dater de son embouchure à l'oreillette droite, elle était même, dans l'étendue de deux pouces, transformée en substance cancéreuse, si bien qu'il était impossible de reconnaître l'organisation de ses parois. Son intérieur était rempli de matière encéphaloïde très diffluente; on aurait dit un abcès développé dans la veine elle-même, et circonscrit en haut et en bas par des adhérences qui empêchaient le fluide sécrété de se mêler au torrent de la circulation.

Nous avons également constaté plusieurs tubercules dans les espaces intercostaux, les uns encore durs, les autres déjà ramollis. D'autres s'étaient développés autour de l'extrémité interne de la clavicule et de la première côte droites, et en avaient profondément altéré la structure.

Poumons Le gauche était un peu engoué à la base et à son bord postérieur, mais ce n'était évidemment qu'un effet cadavérique; à cela près, il était parfaitement sain. Le poumon droit, au contraire, nous a présenté des lésions diverses; sa surface externe offrait çà et là des adhérences denses et solides. On y remarquait également un assez grand nombre de saillies arrondies, formées par des tubercules cancéreux développés sous la plèvre. L'intérieur de l'organe était, en effet, farci de ces tubercules variables en volume, la plupart durs et résistants, quelques-uns à demi ramollis. Le sommet n'en contenait qu'un petit nombre cependant, mais le lobe inférieur était, pour ainsi dire, transformé en une masse cancéreuse; il y avait même à son centre une caverne, d'un pouce et demi de diamètre environ, remplie de matière encéphaloïde diffluente. Elle reposait en bas sur le diaphragme, dont la portion correspondante était profondément altérée; de telle sorte que, si la vie s'était prolongée de quelques jours encore, il y aurait eu infailliblement un épanchement dans la cavité abdominale, à moins que des adhérences n'eussent maintenu la matière au bord postérieur du foie.

Il y avait aussi çà et là, dans l'épaisseur du même poumon, des corpuscules jaunâtres, allongés, qui n'adhéraient nullement au tissu pulmonaire et qu'on retirait sans violence, comme s'ils s'étaient formés de toute pièce dans les tuyaux bronchiques dilatés; ils étaient composés d'une substance élastique, ressemblant assez bien à de l'albumine concrétée.

Cœur. Il était un peu mou, mais sans dilatation aucune, sans ossification à ses orifices. Le péricarde contenait un verre environ de sérosité citrine; sa membrane séreuse était parfaitement saine.

La *crosse de l'aorte* se trouvait comprimée près de l'origine de sa deuxième courbure par la tumeur dont nous avons déjà parlé; aussi était-elle notablement dilatée inférieurement.

Foie. Le foie dépassait sensiblement le rebord des fausses côtes, et se prolongeait particulièrement vers l'épigastre et l'hypochondre gauche; bref, il était hypertrophié, gorgé de sang, mais sans aucune trace de désorganisation cancéreuse.

L'*estomac*, les *intestins* et la *rate* étaient dans leur état normal.

Reins. Le droit avait entièrement disparu, son organisation n'était plus reconnaissable; car à la place des substances corticale et tuberculeuse on remarquait un kyste à parois denses et solides, qui renfermait un liquide jaunâtre, transparent et ressemblant assez bien à de la sérosité. Dans l'épaisseur de ses parois existait une tumeur, de la grosseur d'une cerise ordinaire, remplie de substance cérébriforme.

Le *rein gauche* était au moins doublé de volume, mais déjà la lésion dont nous venons de parler commençait à l'atteindre; son extrémité supérieure était, en effet, transformée en une poche enkystée analogue à la précédente; seulement elle était beaucoup moins volumineuse; aucune de ces poches ne communiquait ni avec les calices, ni avec le bassinet.

La vessie était saine; la prostate un peu engorgée, dure, mais sans dégénérescence cancéreuse.

Réflexions. L'observation est déjà trop longue par elle-même, et les limites du journal trop restreintes pour que nous puissions exposer avec détail les particularités importantes qui ressortent de ce fait pathologique; aussi nous contenterons-nous de faire remarquer:

1° L'obscurité du début de cette affection; obscurité telle, que quatre praticiens, dont personne ne contestera la grande habitude ni la sagacité, ont pu émettre quatre opinions opposées.

2° La longue résistance (neuf mois entiers) que le malade a opposée à des lésions si diverses, si nombreuses et si graves, tant par leur nature même que par les organes importants qu'elles ont attaqués.

3° L'aphonie, qui a été complète, qui a persisté pendant tout le cours de la maladie, et qu'on doit rapporter, partie à la compression du nerf récurrent droit par la tumeur cancéreuse, partie à l'oblitération avancée de la branche du même côté.

4° L'absence des caractères extérieurs de la cachexie cancéreuse, parce que l'injection sanguine des parties supérieures du corps et l'œdème des parties inférieures masquaient la coloration *sui generis* que la peau présente ordinairement dans ces circonstances.

5° La lésion si profonde des reins, qui ne s'était pourtant annoncée par aucun symptôme appréciable.

Nous ne pouvons pas non plus ne pas arrêter un instant l'attention du lecteur sur cette dilatation variqueuse des veines de la base du thorax, qui a suffi à elle seule pour nous indiquer l'oblitération de la veine cave supérieure.

Dans le cas où des rameaux anastomotiques dilatés existeraient plus profondément, et ne feraient pas saillie sous la peau, la dilatation des veines jugulaires externes, et l'absence de tout battement dans leur intérieur, soit pendant l'un ou l'autre des deux bruits du cœur, soit pendant les mouvements de la respiration, nous paraissent des caractères suffisants pour faire conclure à une oblitération de la veine cave supérieure.

Enfin, le bruit d'inspiration avec gargouillement que nous avons entendu quelque temps avant la mort à la base du poumon droit, bien que tout bruit y eût complétement cessé dès l'invasion de la maladie, et que l'épanchement énorme qui s'était formé eût semblé, *à priori*, devoir le rendre absolument impossible, s'explique par la caverne cancéreuse que nous avons décrite, et aussi par les adhérences dont il a été question, etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 janvier 1844. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Tanchou, vice-président, occupe le fauteuil. Il ouvre la séance, et propose que des remercîments soient votés à M. Fleury Léger, vice-président durant l'année dernière. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Lecture et adoption du verbal-verbal de la dernière séance.

— *Correspondance.* — M. le professeur Fouquier écrit à la Société pour la remercier de l'avoir de nouveau choisi pour son président. Il proteste du plaisir qu'il éprouve à se trouver au milieu d'elle, et regrette que les devoirs qui le retiennent à la Faculté ne lui permettent pas d'assister à la séance de ce jour.

— *M. Chesneau* remet deux lettres à la Société. Dans la première, imprimée depuis long-temps et adressée à tous les médecins, il annonce qu'il a trouvé un nouveau mode de traitement propre à combattre la phthisie pulmonaire.

Dans la seconde lettre manuscrite, il prie la Société de vouloir bien nommer une commission à l'effet de constater l'efficacité de la nouvelle médication proposée par lui.

M. Dupertuis pense que les meilleurs commissaires seraient ceux d'entre les confrères qui ayant des phthisies très avancées à traiter, appelleraient M. Cheneau, et leur confieraient la cure de ces maladies.

M. Foucart ne veut pas qu'on fasse droit à la demande de M. Chesneau. Cette prétention de guérir la phthisie avancée, de refaire un organe détruit, n'étant suivant lui qu'une chimère comparable à l'invention du mouvement perpétuel ou à celle de la quadrature du cercle.

M. Charles Masson trouve cet arrêt un peu sévère. Il ne désespère pas de l'avenir, et se plaît à croire qu'un jour, grâce aux progrès de la science ou peut-être à un hasard providentiel, on trouvera des armes plus sûres contre cette désolante maladie; mais rien ne lui fait penser que ce moment soit arrivé. Je ne saurais d'ailleurs imaginer, ajoute-t-il, comment on s'y prendrait pour faire droit à la demande de M. Chesneau. Que ferait une commission n'ayant pas à suivre les effets d'une substance déterminée, ou à constater l'efficacité d'une médication spéciale? Comme tous ses confrères, M. Chesneau agit suivant les indications, suivant les occurrences. Or, quand bien même il parviendrait à guérir quelques phthisiques, comment prouver qu'ils ne l'auraient pas été par d'autres médecins et par une méthode équivalente? Au reste, ajoute-t-il en terminant, je crois M. Chesneau un homme de conviction; je ne ferais aucune difficulté de m'aider de ses conseils, et je ne pense pas que sa lettre imprimée et adressée à tous les médecins ne soit qu'une circulaire adressée sous notre couvert aux gens du monde.

L'ordre du jour est demandé et adopté à l'unanimité.

— *M. Moret* lit à la Société l'histoire d'une hématémèse qui s'est terminée d'une manière funeste chez une petite fille de quinze mois. Cette enfant, née très faible, avait pendant long-temps rejeté le sein de sa mère, plus tard cependant, après avoir été vaccinée, elle reprit de l'embonpoint et cessa de vomir; on lui permit l'usage de quelques potages, lorsque tout à coup elle vomit de nouveau le lait de sa mère; du sang se trouva mêlé aux caillots rejetés, et elle succomba. L'autopsie ayant été refusée, on ne put constater les ravages causés à la muqueuse par la gastro-entérite qu'on avait soupçonné exister pendant la vie.

M. Tanchou. J'ai vu, non pas des enfants, mais des adultes atteints de maladies absolument semblables à celle dont notre confrère vient de nous entretenir. Je les ai souvent observées chez des personnes épuisées, et je citerai à ce sujet une dame traitée par M. Serrurier et chez laquelle plusieurs praticiens honorables avaient diagnostiqué une inflammation latente et même soupçonné un squirrhe de l'estomac. Je conçus de la maladie une opinion opposée, et, de concert avec M. Andral et son médecin ordinaire, je lui prescrivis une alimentation substantielle. Sous l'influence de ce régime, cette dame se remit promptement.

J'ai vu un homme atteint d'aliénation mentale par l'effet d'une diète exagérée. Quand l'estomac est vide, il revient sur lui-même, se contracte, le sang afflue vers la muqueuse, qui le laisse souvent échapper. Dans ces sortes de maladies, ce qu'il y a souvent de mieux à faire c'est de nourrir son malade: c'est souvent le moyen d'en perdre le moins possible.

M. Moret. L'enfant dont j'ai parlé prenait le sein et on lui permettait quelques potages.

M. Duperthuis. J'ai eu un enfant que la mère a voulu nourrir, mais il rejetait son lait et ne garda pas mieux celui de cinq nourrices que j'essayai successivement. Il en était de même du lait de chèvre, de l'eau de gruau, du bouillon de poulet. La petite malade avait eu outre des selles verdâtres et liquides; la maigreur était affreuse. En désespoir de cause, je la donnai à une femme jeune et robuste qui venait d'accoucher: cette fois je fus plus heureux, les vomissements cessèrent et la santé se rétablit. J'en conclus qu'il ne faut pas se rebuter et toujours nourrir.

— *M. Léger.* J'ai à vous présenter, Messieurs, un fait de pratique tout récemment observé. J'ai été appelé, il y a quelques jours, auprès d'une jeune personne de vingt ans, sujette dès son enfance aux maux de gorge; elle était cette fois prise plus fortement qu'à l'ordinaire, et à travers les téguments du cou, je pus constater une tuméfaction notable de l'amygdale droite. Je ne parle pas du traitement accoutumé que je mis en usage; mais hier, étant allé la visiter, et ayant pu lui faire ouvrir la bouche, j'observai une perforation de l'amygdale, et la malade me remit cette concrétion du volume d'un petit haricot; elle

l'avait crachée avec quelques gouttes d'un pus fétide.

Quoique le fait ne soit pas nouveau, il me conduit à conseiller aux praticiens, d'extraire même les points blancs et d'odeur fétide qu'on observe sur les amygdales enflammées. Ces points sont formés d'une substance molle et quelquefois, comme celle que j'ai l'honneur de vous présenter, d'une matière solide et comme crétacée. Je suppose leur nature analogue à celle qui, sous le nom de tartre, est déposée sur les dents. Je conseille d'en débarrasser les malades; la pratique m'a démontré qu'il y avait grand avantage à le faire.

M. Parent. J'ai rencontré, en effet, souvent de ces concrétions, mais je n'en ai jamais vu d'aussi volumineuses que celle qui vous est présentée ici. J'ai observé que chaque fois que je fais mettre des sangsues autour du cou des enfants affectés d'angine, on voit reparaître les accidents; je me trouve mieux de l'administration d'un vomitif qui amène une guérison plus sûre et plus prompte.

M. Léger. En chassant ces petits calculs.

M. Serrurier. Notre confrère M. Pédelaborde est souvent pris d'angines compliquées de concrétions, dès qu'elles sont rejetées il est guéri.

S'il y a indication à le faire, M. Duperthuis fait vomir; mais dans la plupart des cas il préfère scarifier le fond de la gorge; il se trouve bien de cette médication, et par là évite de placer sur le cou des sangsues qui y laissent souvent des traces ineffaçables de leur passage. Il n'y a pas long-temps qu'en faisant soulever la langue d'une vieille demoiselle atteinte d'angine il a trouvé une concrétion de la nature de celle présentée par M. Léger.

Contrairement à l'opinion émise par M. Parent, M. Duhamel veut qu'on saigne et qu'on applique des sangsues; mais il recommande de tirer tout d'abord une grande quantité de sang, sans quoi on fait plus de mal que de bien. A cela M. Parent répond qu'il fait vomir dès le début, et que dix-huit fois sur vingt il obtient une guérison prompte et complète; qu'il guérit aussi, mais plus lentement, avec les évacuations sanguines abondantes. Il ajoute qu'il lui arriva aussi souvent de cautériser avec le nitrate d'argent, et que par ce moyen suivi par notre confrère Toirac, il a obtenu de nombreux succès; mais il avoue que cette médication est fort désagréable. M. Fl. Léger n'admet l'à-propos de cette médication que lorsque l'inflammation est superficielle et bornée au voile du palais et aux amygdales, et non quand elle est plus profonde et tient à une cause générale. Il préfère donner au début un vomitif, qui a l'avantage de débarrasser l'estomac et de chasser les concrétions dont il vient de parler.

MM. Chatus et *Guersant* ayant essayé de ces divers moyens avec un égal succès, et ayant aussi vu ces angines guéri abandonnées à elles-mêmes, se contentent d'employer de simples émollients, persuadés qu'ils sont qu'après cinq à six jours la maladie aura disparu, et que si un abcès doit survenir aucun effort ne préviendra ce résultat.

— *M. Duhamel* se trouve bien d'user contre la blennorrhée d'injections faites avec une dissolution de 60 centigrammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau distillée. M. Parent, contre la même affection, introduit des bougies frottées d'une pommade nitratée. Après une demi-heure le malade urine un peu de sang; puis la douleur disparaît si complètement, qu'il sollicite lui-même une seconde introduction.

Pour calmer les douleurs vives qui accompagnent l'inflammation du canal, et faire cesser l'insomnie qui en est la suite inévitable, M. Serrurier a employé avec succès des frictions faites le long du raphé avec une pommade contenant de l'extrait de belladone.

Le secrétaire annuel, Charles Masson.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales. (Février 1844.)

Quelques considérations générales sur la thérapeutique de la fièvre puerpérale; par M. le docteur Smith.

L'auteur, après avoir passé en revue les opinions diverses des auteurs sur la nature et le traitement de la fièvre puerpérale, s'exprime ainsi :

De tous les traitements entrepris contre cette maladie dangereuse, celui du docteur Most est le seul qui m'ait réussi chaque fois que j'ai été appelé à temps, et six malades doivent la vie à cette méthode. Voici de quelle manière s'exprime le docteur Most : « La fièvre puerpérale n'existe point comme une maladie *sui generis;* cependant, toutes les fièvres et les inflammations qui ont lieu dans les couches ont un caractère particulier, et exigent par conséquent un traitement prudent, non échauffant, et dans lequel il faut éviter tout ce qui supprime subitement la transpiration, la sécrétion du lait, les lochies.

» Certaines constitutions atmosphériques produisent plus souvent la fièvre puerpérale dans une année que dans une autre. Avant le quatrième et après le quinzième jour de l'accouchement, je n'ai jamais vu de fièvre puerpérale. Dans le premier ou le second jour d'une pareille fièvre, je supprime la maladie par le moyen suivant :

Pr. Elixir acide de Haller,	4 grammes.
Laudanum de Sydenham,	2

M. S. A.

A prendre toutes les trois heures 15 à 25 gouttes dans un verre d'eau d'orge. Ces gouttes doivent être continuées pendant vingt-quatre heures; alors on s'arrête et on en observe l'effet. Je peux assurer, d'après la vérité la plus stricte, que ce moyen m'a rendu un service extraordinaire. » — M. Most cite ici deux observations qui manquent de détails suffisants. — Cependant, continue M. Smith, plusieurs écrits de l'auteur, qui le placent parmi les savants praticiens de l'Allemagne, m'ont engagé à essayer sa méthode de traitement dans la première occasion qui pourrait s'offrir.

Des six cas que l'auteur a traités, il n'en rapporte que deux que nous croyons devoir faire connaître.

Madame B...., âgée de trente-deux ans, d'une constitution lymphatico-nerveuse, se plaignait déjà dans la moitié du dernier mois de sa grossesse, d'oppressions dans l'épigastre, de renvois bilieux, de vomiturations, de constipation, de céphalalgie sus-orbitaire; la langue était fortement chargée, la bouche mauvaise, puante; soif. Après quelques autres accidents combattus par les vomitifs, elle accoucha heureusement. Le troisième jour de l'accouchement, douleurs dans le bas-ventre et surtout dans l'endroit du nombril; vomissements de bile corrompue, frissons, chaleur, le bas-ventre distendu, pouls à 120, soif, inquiétude, peur de la mort. J'ai donné l'ipécacuanha avec l'émétique, ce qui a produit plusieurs vomissements bilieux, et la malade s'est sentie mieux. Le lendemain le lait et les lochies on cessé de couler; ventre météorisé et douloureux, surtout au-dessus du pubis; pouls petit, variable à 120; diarrhée, strangurie, soif, délire dans la nuit. C'est alors que voyant la fièvre puerpérale bien caractérisée, je voulus employer le moyen du docteur Most. J'ordonnai la formule ci-dessus indiquée, à prendre toutes les trois heures, quinze à vingt gouttes dans de la tisane d'orge pendant vingt-quatre heures; des injections d'infusion de tilleul dans le vagin, trois fois par jour; diète, l'eau fraîche pour boisson. Le lendemain la malade a mieux reposé; la fièvre avait son exacerbation vers le soir; la langue est humide, la soif diminuée, le lait et les lochies coulent à peine, le ventre est moins gonflé; il y eut une selle. Après plusieurs alternatives de mieux et d'aggravation, le quatrième jour l'amélioration se décide et se soutient les jours suivants : la malade était rétablie complétement le douzième jour. Les gouttes ont été données continuellement.

Je fus appelé le 29 janvier 1840 pour voir la femme M....., âgée de trente ans, qui, enceinte pour la première fois, était dans les douleurs de l'enfantement depuis deux jours et une nuit. Comme cela arrive ordinairement dans la campagne, les sages-femmes quoique voyant que l'accouchement ne peut se faire sans le secours du médecin, préfèrent laisser souffrir leurs patientes jusqu'à la dernière extrémité, et faire venir une autre sage-femme plutôt que de l'appeler, tellement elles croiraient leur amour-propre froissé. (Nous passons les détails de l'accouchement) L'accouchée était bien; mais le quatrième jour, tous les signes de la fièvre puerpérale se déclarèrent : frissons violents, chaleur, soif, pouls à 115, dur, fort; visage inquiet, douleurs dans le bas-ventre, surtout vers l'ombilic; le ventre gonflé, tendu, sensible; respiration un peu difficile, les lochies arrêtées, ainsi que la sécrétion du lait. J'ai prescrit le moyen du docteur Most. Le 5 janvier, un peu d'amélioration. Continuation du médicament. Le troisième jour, tout allait bien; mais vers le quatrième, vers le soir, tous les symptômes se sont aggravés; une diarrhée, un léger délire pendant le sommeil; soif intense, la langue un peu sèche, le ventre gonflé et douloureux; l'urine s'échappe pendant l'accès de toux. Prescription des gouttes. Le cinquième jour, tout a changé de face; le ventre est moins gonflé, peu sensible, les lochies et le lait commencent à apparaître; pouls à 96; selles abondantes, épaisses; nuit assez bonne; soif médiocre. Depuis ce moment la maladie a marché vers la solution favorable.

En terminant, l'auteur ajoute : Du reste, pour constater l'efficacité de la méthode que j'emploie depuis cinq ans dans la fièvre puerpérale et avec le succès désiré, il ne faut pas oublier que ce moyen réussit le mieux dans le commencement de cette affection, comme Most le fait remarquer aussi. Car il m'est arrivé d'être appelé auprès des malades du cinquième au septième jour de la maladie; alors, je l'avoue, ce moyen n'a eu aucun effet. Je peux en même temps ajouter, ce qui est fondé sur l'expérience, que dans la plupart des cas où la malade a passé le neuvième jour de la maladie, quelque traitement que l'on ait employé, on peut la regarder comme sauvée.

NOUVELLES.

Nous lisons, dans un journal de médecine de province, ce qui suit :

« Hahnemann, fondateur de l'école homœopathique, reçoit en ce moment à Paris les honneurs dus à son illustration.

» Une commission composée de *tout ce que les sciences et les lettres ont de plus élevé*, est chargée de lui élever une statue.

» Nous avons remarqué, parmi les membres de cette commission, MM. Victor Leclerc, doyen de la Sorbonne; Raoul-Rochette, de l'Institut; Consins, pair de France, etc.

» M. R. d'Amador, professeur à la faculté de médecine de notre ville, a souscrit pour 50 fr.; M. le docteur Roux, de Cette, pour 20 fr. »

— M. Piorry commencera, le lundi 26 février, à l'hôpital de la Pitié, et à neuf heures et demie précises, des leçons cliniques sur le manuel opératoire de la plessimétrie. Ces leçons, qui dureront une vingtaine de jours, auront lieu les lundis, mercredis et vendredis.

Des figures tracées sur le tableau indiqueront les règles qu'il convient de suivre dans l'étude de la percussion médiate.

M. Mailliot fera sur le cadavre des conférences relatives à la plessimétrie.

COUR ROYALE DE PARIS.

Chambre des appels de police correctionnelle. — M. Moreau, président. — *Procès de M. Guérin.*

Aujourd'hui vendredi, l'audience a été reprise à dix heures et demie.

Me Crémieux a la parole pour sa réplique en faveur de M. Guérin. Il parle pendant deux heures.

M. Bresson, avocat-général, prononce son réquisitoire, et conclut à la condamnation de M. Malgaigne sur deux chefs seulement, et à la confirmation du jugement contre MM. Vidal et Henroz.

Me Bethmont obtient la parole pour répliquer en faveur de M. Malgaigne.

M. Malgaigne présente quelques courtes observations.

A trois heures, la Cour entre dans la chambre du conseil pour délibérer. Elle en sort à cinq heures et demie, et rend un arrêt par lequel le jugement de première instance se trouve entièrement confirmé, et M. Malgaigne de nouveau renvoyé des fins de la plainte.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 20 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 21. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Pleuro-pneumonie. Du diagnostic et du traitement de cette affection. (Suite.)

Nous avons dit qu'il était important de savoir si la pneumonie était primitive ou secondaire. Le sujet dont nous parlons a été atteint, il y a trois ans, d'une maladie que nous avons tout lieu de croire avoir été une pneumonie du côté gauche. Il a eu, nous a-t-il dit, une maladie semblable à celle-ci. Faisons observer d'abord que, pour les malades, toutes les maladies sont les mêmes; la santé est une, la maladie est presque une aussi. Nous avons dû faire quelques questions à notre malade sur ce sujet. Il nous a dit qu'il avait eu un point de côté à gauche, qu'il avait été saigné trois ou quatre fois, qu'il avait craché du sang, etc., tous phénomènes qui semblent, en effet, se rapporter à une pleuro-pneumonie; mais on ne lui a point dit le nom de sa maladie.

En raison de l'existence d'une pneumonie antécédente, l'affection actuelle est moins grave, et nous devons considérer le pronostic comme favorable. Il y a ici incomparablement plus de chances favorables que de chances contraires.

Arrivons au traitement. Ce jeune homme a été saigné deux fois; il a de plus, pris un purgatif. Il va sans dire qu'il observe la diète la plus sévère. Quel traitement devons-nous aujourd'hui mettre en usage? La pleuro-pneumonie est l'affection qui réclame le plus impérieusement les émissions sanguines, et en voici les raisons.

Il y a indication de saigner, d'une part, par la nature même de l'inflammation; d'autre part, par la destination de l'organe, qui reçoit dans un temps donné tout le sang que contient le corps entier. Or, quand un organe est malade, la première condition de guérison est le repos absolu. Il faudrait donc pouvoir mettre le poumon au repos, condition impossible à obtenir. Il faut, du moins, diminuer le plus possible la besogne qu'il a à remplir. La saignée se trouve ici doublement indiquée, et par la nature de la maladie, et par l'obligation dans laquelle on se trouve de diminuer le travail du poumon.

Dans quelle mesure doit on employer la saignée? On saigne, en général, dans la pneumonie, autant que les forces le permettent. Les individus extrêmement affaiblis sont dans des conditions plus défavorables que les autres quand ils sont atteints de maladies aiguës. Il en est de même des vieillards, qui ne sont guère dans des conditions plus favorables. Il n'y a pas de règles absolues dans le traitement de la pneumonie. L'âge des sujets, leur force, l'intensité du mal, sont des circonstances dont il faut tenir compte, et qui sont essentiellement variables. Il m'est arrivé de tirer à un malade plus de dix livres de sang en quatre jours, en faisant trois saignées par jour. Je me rappelle, entre autres malades de ce genre, un boucher de Paris auquel je tirai dix livres de sang pour une péricardite. La convalescence fut prompte, et quelques jours après le malade se promenait dans son jardin.

D'un autre côté, j'ai vu ici un jeune homme de dix-huit ans, mais faible, pâle, épuisé, atteint d'une pleuro-pneumonie double. Nous pûmes à peine lui faire une saignée de deux palettes; le sang était tellement appauvri qu'il ne se coagulait pas. C'était une sorte de gelée analogue à de la gelée de groseilles. Je ne jugeai point à propos de lui faire de nouvelles saignées. Le malade guérit par les révulsifs. Mais si, avec des conditions mauvaises semblables à celles dans lesquelles se trouvait ce sujet, j'avais insisté sur les saignées, le jeune homme aurait succombé infailliblement. Mais l'émission sanguine qui avait été pratiquée a été utile en ce sens qu'elle a aidé bien évidemment au pronostic, au choix de la méthode thérapeutique à mettre en usage. Ainsi, nous dirons saignez autant que vous le pourrez; saignez plus dans la pneumonie que dans toute autre maladie; mais ne cherchez pas à établir de règles fixes.

Chez notre malade, deux saignées ont été faites; ce matin une troisième saignée sera pratiquée. Cet homme, sans être fort ni faible, est à peu près d'une constitution moyenne. Le pouls est assez développé. La pneumonie est parvenue, dans un certain point, au second degré. Nous ne voyons rien qui contre-indique une nouvelle émission sanguine. Nous ne sommes point arrivé à ce point où l'on doive s'arrêter. Arrivé au cinquième jour de la maladie, nous n'avons pas dû nous borner aux émissions sanguines. Nous avons employé la potion stibiée. Nous ne croyons pas que le tartre stibié soit un antidote toujours efficace et infaillible contre la phlegmasie du parenchyme pulmonaire. Dans l'ouvrage de M. Grisolles, publié récemment, il semblerait, d'après l'auteur, que l'émétique constituerait la meilleure méthode thérapeutique destinée à combattre la pneumonie; et cependant, en réunissant tous les cas où le tartre stibié a été employé seul, nous trouvons une mortalité de un sur trois. J'insiste sur ce point, parce que je crois devoir tenir compte de tous les faits considérés dans leur ensemble, et pas toujours des catégories que l'on a pu établir. Je ne crois pas, conséquemment, devoir abandonner les autres remèdes pour un seul qui n'est pas, considéré isolément, un moyen plus avantageux que les autres.

Vous avez pu voir que j'ai prescrit le tartre stibié dans une potion gommeuse, sans addition aucune d'opium. La raison pour laquelle je n'ajoute point d'opium à la potion stibiée est celle-ci: que lorsque l'on fait cette addition, il ne se produit point d'effets primitifs sur le tube digestif; et j'ai observé, depuis longues années, que la mort a, je ne dirai pas presque toujours, mais souvent été la terminaison de la maladie, dans les cas où ces effets primitifs de révulsion ne sont pas survenus. Les malades qui ont guéri ont tous eu des vomissements ou des selles déterminées par le tartre stibié. Je ne nie pas toute action occulte de cette substance dans la guérison de la maladie qui nous occupe; mais je ne puis l'admettre seule. Je regarde les vomissements et les selles comme d'une utilité incontestable dans le traitement de la pneumonie. Lorsque nous constatons, après l'emploi du tartre stibié accompagné de ces symptômes de révulsion, une amélioration notable, nous sommes forcément obligé de voir dans les vomissements et les selles une action favorable, sans cependant y voir seulement un moyen de révulsion.

Lorsque l'expectoration est difficile, les efforts du vomissement déterminent une compression sur les organes malades en provoquant une contraction forcée des muscles de l'abdomen et du diaphragme. Cette compression, exercée par les muscles de l'abdomen fortement contractés, je la considère aussi comme utile lorsque le poumon est engoué autant qu'il est induré.

Indépendamment du tartre stibié, que nous employons avec confiance dans les circonstances et avec la mesure que nous venons d'indiquer, nous avons quelquefois recours aux purgatifs. Nous voyons souvent un purgatif doux être utile comme moyen de révulsion légère, qui a de plus l'avantage immense de ne pas beaucoup affaiblir le malade, tout en contribuant à la guérison de la phlegmasie pulmonaire, surtout lorsqu'elle n'est pas arrivée à un haut degré d'intensité. Enfin, vous nous verrez souvent employer les bains entiers dans le cours d'une pneumonie quand elle est en voie de résolution. Lorsque la peau est sèche, d'une chaleur âcre au toucher, la transpiration ne peut pas s'établir. L'usage des bains, dans cette circonstance, donne à la peau une souplesse nouvelle, et communique aux pores la perméabilité nécessaire pour que la transpiration s'effectue. On retire des bains tièdes, dans ces phlegmasies, des résultats tellement avantageux, tellement immédiats, que, même dans les hôpitaux, où l'on ne peut entourer les malades de précautions si nombreuses, j'ai souvent employé les bains surtout dans la forme bilieuse de la pneumonie, et souvent avec beaucoup de succès.

Le 7 décembre, le malade, aujourd'hui au septième jour de son affection, a été saigné une troisième fois depuis son entrée à l'hôpital. Le caillot était couenneux, ferme, résistant, nageant dans une assez grande quantité de sérosité. Concurremment avec la potion stibiée dont nous avons parlé, nous avons jugé convenable de nous servir des révulsifs extérieurs, moyens puissants, dont il ne faut pas négliger l'emploi; un vésicatoire a été appliqué sur la poitrine, et de l'ensemble de ces moyens est résultée une amélioration sensible dans l'état du malade.

Ceux de vous qui l'ont abordé ce matin ont été frappés du changement survenu dans la physionomie et dans l'habitude extérieure. Le premier jour que nous l'avons examiné, il était couché sur le côté dans un état d'accablement très pénible. Ce n'a été qu'avec beaucoup d'efforts qu'il est parvenu à se coucher sur le dos, et à se tourner vers nous.

Aujourd'hui, son attitude était naturelle; ses regards avaient repris leur vivacité normale. Il nous a dit se trouver beaucoup mieux sous tous les rapports. La douleur de côté n'existe plus. Le sommeil a été assez bon cette nuit, encore un peu troublé à cause de la douleur du vésicatoire.

L'amélioration que nous signalons a été précédée de sept à huit selles et d'autant de vomissements, déterminés avant-hier par le tartre stibié. Dès hier, l'auscultation et la percussion avaient présenté des changements très marqués. La respiration bronchique, que l'on entendait encore hier, moins forte, a tout à fait disparu. C'est à peine si l'on constate aujourd'hui un peu de crépitation clair-semée, deux ou trois bulles de temps en temps, plus grosses, plus humides.

A la partie inférieure de la poitrine, la respiration s'entend dans une plus grande étendue. La sonorité est meilleure, sans

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Fin du procès. — Les avocats. — M. l'avocat-général. — La *Gazette des Hôpitaux* au palais. — Gravité de l'arrêt. — Ses conséquences et ses fruits. — Générosité après la victoire. — L'homœopathie en souscription. — Offrande homœopathique. — Un discours phrénologique. — Un décanat en suspens.

Grâce à Dieu, le voilà donc fini ce malheureux et imprudent procès qui nous a tant préoccupés. La dernière audience n'en a pas été la partie la moins intéressante. Dans une réplique de deux heures, Me Crémieux avait mis au service de M. Guérin tout ce que son talent, tout ce que son esprit, tout ce que son éloquence avaient pu lui offrir de ressources. La cause de l'accusateur, déjà admirablement bien plaidée par Me Billault, venait de recevoir de nouveaux renforts de Me Crémieux qui avait cherché à détruire la vive et profonde impression produite par l'argumentation de M. Malgaigne. Alors, M. l'avocat-général Bresson prononça son réquisitoire. Les avocats des inculpés ont été, en première instance surtout, plus amers, plus incisifs, plus cruels envers M. Guérin; mais aucun ne lui a fait des blessures plus profondes que M. l'avocat-général. Il a traité la grande question de la liberté de discussion scientifique avec une hauteur de vues et une libéralité d'idées tout à fait remarquables. Quant aux faits de la cause, il les a appréciés avec une complète impartialité. Par nécessité de position, il a requis contre M. Malgaigne une condamnation qu'il venait de rendre impossible par ses considérations pleines de justesse et de bon sens. Le ministère public n'étant point appelant contre M. Vidal, l'avocat-général a cru devoir présenter en sa faveur des motifs très réels d'excuse et d'atténuation. Il n'est pas enfin jusqu'à M. Henroz, pour qui M. l'avocat-général n'ait sollicité l'indulgence de la Cour en faveur de sa jeunesse et de son inexpérience. On le voit donc, si M. Guérin, se fiant à l'appui inespéré et fort inexplicable qu'il avait trouvé devant les premiers juges de la part du ministère public, complait encore sur ce secours en Cour royale, il s'est étrangement et complétement trompé. Dans aucune autre bouche il n'a trouvé une critique plus sérieuse, plus élevée, plus approfondie de son inqualifiable procès. Je doute fort — quoique avec M. Guérin rien ne soit impossible — qu'il trouve encore là matière à jubilation. J'ajoute, et c'est un honneur qu'aucun écrivain de ce journal ne peut décliner, que la critique de la *Gazette des Hôpitaux* à l'occasion des faits de ce procès, a été l'objet d'un brillant éloge de la part de M. l'avocat-général. Ceci nous venge outre mesure des petites et des grandes colères dont M. Guérin ne s'est fait faute à notre égard, soit par lui, soit par ses avocats. Nous aurions même des remercîments à lui faire pour la popularité qu'il a donnée à nos écrits dans le monde judiciaire. Nous avons lieu d'être satisfaits de la figure que la *Gazette des Hôpitaux* a faite dans ce procès, et à cause de ce, nous pardonnons bien volontiers à M. Guérin son amertume et même ses injures. Ce n'est pas nous assurément qui le traduirons en police correctionnelle, et tant que Dieu conservera aux muscles de nos phalanges la contractilité nécessaire pour tenir une plume, ce n'est ni aux huissiers, ni aux avocats du roi que nous aurons recours.

Après M. l'avocat-général, Me Bethmont a fait une courte réplique, mais serrée, précise, éloquente, dans l'intérêt de quelques faits généraux de la cause. M. Malgaigne a ajouté seulement quelques mots à sa défense, et la Cour, après plus de deux heures de délibération, a rendu l'arrêt que vous savez.

Cet arrêt, M. Guérin se le dissimulerait en vain, est fort grave. Son appel, corroboré par celui du ministère public, a été mis à néant; c'est là un double échec dans toute l'étendue du mot. Que voulait-il contre M. Malgaigne? Une condamnation que, malgré tous ses efforts, les premiers juges n'avaient pas voulu lui accorder. En Cour royale, ses efforts redoublent; il se fait assister de deux avocats éminents; il occupe l'attention de la Cour pendant six heures; il fait présenter la cause avec toute l'habileté possible; il pose M. Malgaigne comme le principal et le plus coupable des inculpés; il dirige contre lui tout ce que l'art a de plus séduisant; vains efforts, habileté stérile: le principal inculpé lui échappe sans cesse. Cette critique qu'il voulait étouffer, le ministère public en proclame la nécessité, la sainteté, l'inviolabilité, et les juges, après trois jours d'audience, consacrent ces magnifiques principes par un arrêt solennel.

Que voulait-il contre M. Vidal, qui avait accepté le jugement fort sévère, à notre avis, des premiers juges; contre M. Vidal, qui n'avait fait appel que parce que M. Guérin allait en appeler lui-même? Une aggravation de peine; il voulait surtout que les juges trouvassent dans les articles de M. Vidal le délit de diffamation, et les juges, peu habitués cependant aux allures d'une polémique vive, sans doute, mais infiniment moins âcre que celle de M. Guérin lui-même, quand M. Guérin est en colère, les juges n'ont pas voulu lui accorder l'exorbitante pénalité qu'il a tant fait pour leur arracher. Malgré M. Guérin, M. Vidal est et restera un critique spirituel autant que profondément instruit; il veut bien payer de cinq cent francs ce que les juges ont qualifié de termes injurieux, ce que le public et les familles, faisant abstraction de la forme, appelleront un service véritable. M. Guérin voulait tout cela, et le ministère public plaide en sa faveur la provocation évidente que M. Vidal avait reçue de M. Guérin, et la Cour confirme purement et simplement le jugement de première instance. Certes, il nous eût été bien doux d'avoir à annoncer l'acquittement complet de M. Vidal, que les explications nouvelles données à l'audience par son défenseur, que les paroles mêmes de M. l'avocat-général pouvaient faire espérer et pressentir; mais dans les circonstances telles que les a faites M. Guérin, la simple confirmation du jugement par la Cour, si ce n'est pas un succès véritable pour M. Vidal, est une défaite pour son adversaire, dont cinq cent francs au lieu de vingt mille sont suffisants, par arrêt, pour réparer les blessures faites à sa considération.

Voilà donc tout le fruit que M. Guérin retirera de son imprudente et malheureuse action!... Et dire qu'il a résisté aux conseils les plus sages et les plus empressés, qu'il a traité de son dédain superbe ceux qui par intérêt pour lui ou par souci de la dignité professionnelle, voulaient l'empêcher d'aller étaler au grand jour de l'audience ces pro-

être encore tout à fait normale. Ainsi, relativement à la physionomie, aux mouvements du malade, qui sont plus libres, aux phénomènes d'auscultation et de percussion, nous trouvons, chez le sujet de cette observation, un amendement incontestable. Nous ne devons pas vous dissimuler cependant qu'il est un phénomène qui doit, relativement au pronostic, nous commander encore la circonspection ; c'est la fréquence du pouls, qui donne encore 96 pulsations par minute. Mais le vésicatoire pourrait bien être pour quelque chose dans la production de cette fréquence ; aussi, nonobstant ce phénomène, et parce qu'il est le seul qui persiste en l'absence de tous les autres, nous croyons pouvoir considérer le malade comme marchant vers un rétablissement complet dans un court espace de temps.

Le 9 décembre, respiration bonne partout, en avant et en arrière. Disparition complète du souffle, de la bronchophonie et de la crépitation. Pouls à 72. Le malade dit se trouver parfaitement bien. L'appétit commence à revenir. Aujourd'hui, neuvième jour de la maladie, commencement de convalescence.

HOPITAL COCHIN. — M. MONNERET.

Tubercules pulmonaires, troisième degré. Tubercules des plaques de Peyer et des glandes de Brunner. Etat morbide simulant la fièvre typhoïde.

Au n° 7 de la salle Saint-Augustin est couché un jeune homme, âgé de vingt ans, de Paris, imprimeur en papiers peints, d'une bonne santé habituelle, ne contractant pas habituellement de rhumes. Il tousse depuis un mois, surtout la nuit, n'a jamais eu d'hémoptysies, a rendu il y a quelques jours quelques crachats sanguinolents ; aucune douleur de côté ; quelques palpitations, sueurs abondantes, diarrhée qui a duré trois jours. Pas de cause appréciable.

Le 6 décembre. Etat actuel : taille allongée, système osseux développé, cheveux châtains, système pileux du visage peu développé, dents bien rangées, blanchâtres, aucune de gâtée. Poitrine cylindrique, rétrécie au sommet ; sonorité normale en avant.

Sous la clavicule droite on entend des râles sous-crépitants nombreux dans l'inspiration surtout sans retentissement de la voix, et les battements du cœur dans le lointain ; en arrière du même côté râles muqueux fins dans l'inspiration et l'expiration dans la fosse sus-épineuse ; bronchophonie. A gauche mêmes signes stéthoscopiques et râles sibilants nombreux dans tout le reste de l'étendue de la poitrine. Crachats abondants muqueux, rouge-œillet. Cessation de la sueur depuis cinq jours. Battements du cœur normaux ; pouls à 108 ; respiration, 36. Langue sèche, râpeuse, sans enduit. Soif ; anorexie. Ventre indolent ; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de selles. Tisane de gomme ; tartre stibié, 20 centigr.

Le 7, la température de la peau est plus élevée ; pouls à 124, 36. Sueurs. Langue collante, sèche, surtout à la pointe ; soif. Quatre vomissements de matières muqueuses et trois selles provoquées par le tartre stibié de la veille. Tartre stibié, 30 centigrammes ; julep ; diète.

Le 8, peu de changement. Même prescription.

Le 9, chaleur sèche à la peau ; 112, 28. Faiblesse et tendance à l'assoupissement. Intelligence nette. Toux moindre. Langue très sèche, râpeuse, animée à la pointe. Pas de douleur dans la déglutition ; vomissements dans la journée. Le ventre est indolent ; la peau est chaude. Trois selles sans coliques. Julep simple, cataplasme ; diète.

Le 10, la peau est plus chaude, sèche; pouls à 120, 32; la langue conserve le même aspect ; même gargouillement dans la fosse iliaque droite. Même prescription.

Le 11 et les deux jours suivants, le pouls reste à 120 ; la peau est aussi chaude, aussi sèche ; l'émaciation se prononce de plus en plus. L'affaiblissement augmente. Les crachats sont opaques, puriformes ; on entend des râles muqueux, abondants, disséminés dans toute la hauteur des deux poumons. Il n'y a pas de trouble des sens.

Le 14, stupeur, assoupissement pendant la journée ; 108, 40 resp. ; langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre ; lèvres et dents fuligineuses. Augmentation notable des râles qui ressemblent à ceux de la fièvre typhoïde. La rate conserve son volume normal. Pas de taches ni d'épistaxis. Eau de Sedlitz.

Le 15 et le 16, la peau du visage prend une teinte verdâtre ; l'assoupissement augmente, mais l'intelligence est nette ; pouls à 116-120, dur, vibrant ; signes d'engouement pulmonaire en bas et à droite en arrière. Décoction de quinquina ; potion avec poudre de quinquina jaune, 4 grammes ; acétate d'ammoniaque, 6 gouttes.

Le 17, même état. Un vésicatoire à la base du côté droit de la poitrine.

Le 18, le malade n'a pas conscience de son état ; pouls à 120-40 ; soubresauts des tendons ; râle crépitant venant par bordées à la base des deux poumons, et accompagné de souffle à droite ; plusieurs vomissements ; même météorisme ; même gargouillement, selles involontaires la nuit. Quinquina vineux ; potion avec éther, 1 gram. ; eau distillée de cannelle, 6 gram. ; musc, 10 centigr. dans un julep simple.

Le 19 et les jours suivants, l'état du malade est le même, le pouls reste à 120 ; 44 à 48 respirations ; il survient du délire dans l'après-midi ; la langue et les mains sont tremblantes ; les selles sont toujours involontaires ; les râles de la base du poumon sont plus humides, le souffle a disparu. Même prescription que les jours précédents.

Le 23, le pouls devient faible, 124, 42. Vers la seconde moitié de la journée, redoublement fébrile et délire qui persiste la nuit ; selles toujours involontaires ; pas d'éruption ; excoriation au sacrum. Limonade, vin de quinquina ; potion avec le musc, 8 centigr. ; éther, 2 grammes ; sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 24, délire intense et agitation la nuit. 136-48. Redoublement fébrile hier à deux heures de l'après-midi, marqué par du délire. Même prescription que la veille.

Le 25, 124-44. Intelligence à demi présente, soubresauts de tendons, tremblement des mains. Hier, à onze heures, redoublement fébrile marqué par de la chaleur et du délire ; réapparition des râles, qui sont ronflants à la base des deux poumons et mêlés de souffle à gauche. Même prescription ; on supprime la potion des jours précédents.

Le 26, pouls à 116, fuyant sous le doigt, 48. A gauche le souffle s'est étendu davantage. Selles nombreuses et involontaires.

Le malade meurt dans la nuit du 26 au 27.

Autopsie le 28. Amaigrissement général très prononcé.

Poitrine. Epanchement séro-purulent dans la cavité pleurale droite. Aux parties externe et postérieure du lobe supérieur du poumon droit existent des plaques constituées par de fausses membranes jaunâtres, sous lesquelles s'est infiltré du sang. Entre ce lobe et l'inférieur, on voit de nombreuses plaques grisâtres formées par du pus concret. Son sommet est occupé par des excavations irrégulières, anfractueuses, dans lesquelles conduisent des bronches dilatées, dont la tunique interne est fortement rougeâtre. Une partie de ce lobe est creusée par une foule de petites excavations doublées d'une fausse membrane grisâtre, et environnées de tissu pulmonaire infiltré de pus. Dans d'autres points, le tissu du poumon est fortement engoué et parsemé de tubercules miliaires nombreux ; on remarque çà et là de l'épatisation grise, et de l'apoplexie pulmonaire. Le lobe inférieur est dense, couvert de fausses membranes ; son tissu est carnifié, et il contient dans sa partie supérieur un large noyau d'induration grise constituée par des granulations grisâtres développées autour des bronches, qui sont dilatées et rouges à l'intérieur.

Le poumon gauche est couvert de fausses membranes à sa partie externe et postérieure. Tout son sommet est occupé par des excavations tuberculeuses irrégulières, doublées d'une fausse membrane grisâtre. L'une d'elles est d'une dimension plus considérable que les autres. Le pourtour de ces excavations est occupé par de la matière tuberculeuse infiltrée, qui est elle-même environnée par places de noyaux hémoptoïques.

Le larynx est sain ; la trachée rouge entre les anneaux ; le tissu du cœur est mou ; les cavités droites renferment un sang en partie fluide, en partie coagulé en caillots noirâtres ; leur endocarde est d'un rouge vineux ; les cavités gauches ne renferment ni sang, ni caillot ; l'endocarde est également d'un rouge vermeil, ainsi que l'aorte dans sa portion pectorale.

Abdomen. La portion supérieure du tube digestif ne présente aucune altération. Mais au commencement de l'intestin grêle, les plaques de Peyer deviennent saillantes ; sur quelques-unes d'entre elles, les follicules sont ulcérés ; sur d'autres, ils se dessinent en relief, du volume d'un grain de millet ou de chènevis, forment de petits corps blanchâtres dont on fait sortir par l'incision une matière blanche assez concrète, évidemment tuberculeuse. Sur plusieurs plaques peu saillantes se montrent de nombreuses ulcérations faites comme avec un emporte-pièce, et qui paraissent tenir à la séparation de la matière tuberculeuse. Les plaques vont en diminuant et font une saillie moindre à mesure que l'on avance dans l'intestin, où l'on trouve les glandes de Brunner hypertrophiées, saillantes, ulcérées en grand nombre, ou faisant relief et contenant la même matière indiquée plus haut. Les ulcérations des follicules isolés deviennent très nombreuses à la portion inférieure vers la valvule, où existent deux larges plaques noirâtres, réticulées, présentant en outre les mêmes tubercules et les mêmes ulcérations. La membrane muqueuse du gros intestin est très saine dans sa coloration et dans sa consistance ; elle offre çà et là quelques ulcérations sur les follicules isolés ; elles sont petites, comprennent à peine toute son épaisseur, et dans quelques points pénètrent jusqu'à la membrane musculeuse. Les glandes du mésentère sont petites, et n'offrent aucune trace de tubercule. Une seule contient une sécrétion crétacée.

Le foie est un peu diminué de volume, plus mou qu'à l'ordinaire. A sa surface se dessinent des raies livides qui correspondent à des portions de parenchyme plus injectées que d'autres. Lorsqu'on l'incise, les deux substances, peu distinctes, offrent une coloration uniforme. Les reins, d'un volume normal, sont peu congestionnés. La rate, n'est pas hypertrophiée : son tissu est en bouillie.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était entré à l'hôpital pour des tubercules pulmonaires parvenus à un degré avancé. Cette maladie, qui selon toute apparence existait depuis long-temps, l'obligea de suspendre ses travaux, et, au premier examen du sujet, il fut aisé de constater les ravages qu'elle avait occasionnés et sur les deux poumons, et sur la constitution générale. Bientôt, sans que l'on ait observé ni courbature, ni céphalalgie, ni épistaxis, ni troubles des sens, aucun en un mot de ces phénomènes qui marquent le début des fièvres typhoïdes, surviennent quelques symptômes qu'il est difficile de rattacher à l'affection pour laquelle le malade s'est présenté à l'hôpital. Ainsi la température de la peau augmente ; la langue devient collante, sèche, rouge à la pointe. Il y a de la soif, du gargouillement dans la fosse iliaque droite, des râles sibilants dans la poitrine. Au bout de quelques jours de durée, cet état se dessine davantage. Il survient de la stupeur, de l'assoupissement ; la langue se couvre d'un enduit noirâtre, les lèvres et les dents deviennent fuligineuses ; les râles augmentent et ressemblent tout à fait à ceux de la fièvre typhoïde ; cependant il n'y a pas d'éruption appréciable. Enfin tous ces phénomènes acquièrent chaque jour plus de gravité, et ils constituent avec l'engoûment pulmonaire qui se prononce, le délire, les soubresauts de tendons, le météorisme, les selles involontaires et l'eschare au sacrum un ensemble de symptômes qu'il est impossible de ne pas rapporter à une fièvre typhoïde.

L'autopsie rend-t-elle compte de tous ces symptômes ? Il y a ici à considérer trois lésions fondamentales : 1° la tuberculisation pulmonaire ; 2° l'engorgement pulmonaire typhoïde ; 3° l'hypertrophie avec ulcération des follicules agminés et isolés de l'intestin. Faisons la part de chacune de ces altérations, et voyons leur influence réciproque.

On sait qu'au moment de son entrée, il y avait chez ce malade prédominance des phénomènes locaux de tuberculisation, qui furent bientôt interrompus par ceux d'une fièvre typhoïde incomplète dans quelques uns de ses symptômes. Aussi les deux poumons étaient le siége d'une quantité d'excavations tuberculeuses de dimension variable, et, de plus, envahis par une foule de tubercules non ramollis. Mais là ne se bornaient pas les altérations pulmonaires, il y avait cet engorgement, cette carnification que l'on rencontre fréquemment chez les sujets qui ont succombé à l'affection typhoïde ; et ces dernières altérations se rapportaient déjà parfaitement aux symptômes observés pendant la vie. L'hypertrophie et l'ulcération des plaques de Peyer et de Brunner confirmèrent le diagnostic. Cependant on ne peut pas se dissimuler qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, plusieurs caractères de la fièvre typhoïde ne manquent. Les glandes mésentériques n'étaient pas hypertrophiées ; la rate avait conservé son volume normal. Sur les plaques de Peyer les ulcérations étaient arrondies, circonscrites, nullement irrégulières, noirâtres et saillantes comme à la fin de la période d'ulcération de la fièvre typhoïde ; de plus, ces ulcérations occupaient en grande partie les follicules de Brunner, et plusieurs d'entre elles contenaient encore de la matière tuberculeuse. Il y a là, comme on peut le voir, plus d'une différence entre cette altération de l'intestin et celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde. Faut-il admettre que l'ulcération des follicules isolés et agminés, bien que de nature tuberculeuse, a pu s'accompagner de la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde ? Il nous répugne d'admettre qu'il en ait été ainsi, d'autant plus qu'il serait impossible d'expliquer l'engouement pulmonaire, l'état somnolent, la stupeur et la prostration par la seule lésion de l'intestin.

---

fondes et incurables misères !.... Mais je refuse formellement d'imiter ses façons d'agir. Aujourd'hui que la victoire est à nous — car dans ce journal qui a si vivement sympathisé aux luttes des inculpés en faveur de la liberté d'examen, il m'est permis d'associer sa rédaction à la victoire — triomphateur orgueilleux et sans pitié, je n'insulterai pas un ennemi vaincu. Si la sainte cause de la liberté scientifique nous trouva tous armés pour sa défense, volontiers nous déposons nos armes après le combat, en désirant sincèrement que M. Guérin ne nous force pas à les reprendre. C'est ce qui arriverait inévitablement si, par une interprétation judaïque, il faisait de l'arrêt de la Cour ce qu'il fit du jugement de première instance.

— Laissons donc là et pour toujours juges et avocats. Combien tout cela est triste, et que l'avocat-général a eu mille fois raison de jeter un blâme sévère sur celui qui n'avait pas craint de dévoiler à la justice toutes les passions qui agitent le monde médical ! Il est bien plus doux de reposer ses regards sur un de ces actes par lesquels la confrérie, pieusement reconnaissante envers une de ses gloires, provoque l'érection d'un monument à sa mémoire. C'est le spectacle qui s'offre à nous en ce moment. Vous avez sans doute été surpris du peu de bruit que produisit la mort de Hahnemann. Quoique la mort d'un nonagénaire n'ait rien en soi de bien surprenant, cependant comme tout le monde ignorait sa maladie, comme les consultations allaient toujours leur train ; comme le dieu, depuis long temps dérobé aux profanes regards, restait caché au fond du sanctuaire et que sa prêtresse seule transmettait ses oracles, la nouvelle de sa mort fut inopinée, en ce sens qu'elle n'avait été précédée dans le public d'aucun signe précurseur. Sa tombe se ferma, dit-on, sans qu'une bouche amie s'ouvrit pour un éloge qu'on ne refuse pas aujourd'hui à des noms beaucoup moins retentissants. Ce n'était pas là l'affaire des admirateurs de Hahnemann et des sectateurs de l'homœopathie. Une souscription a été ouverte pour élever un monument à la mémoire de l'un, à la gloire de l'autre, et nous avons donné ces jours derniers la liste des principaux membres de la commission instituée à cet effet. Vous avez été supris, sans contredit, de n'y pas voir figurer un seul médecin. Mais, rassurez-vous, leur reconnaissance n'en sera pas attiédie pour cela, et ils suivront l'exemple du professeur de Montpellier, M. Rizueño d'Amador, qui s'est inscrit en tête de la liste de souscription. On sait, en effet, que le professeur de *pathologie générale* professe depuis quelques années l'homœopathie dans le sein de cette faculté, étonnée, affligée. Indignée de cette profanation du culte hippocratique. Rien d'étonnant alors d'avoir vu figurer le nom du professeur dans la liste de souscription. Seulement, M. d'Amador étant aujourd'hui la plus éminente personnification de l'homœopathie, on a généralement trouvé son offrande un peu homœopathique.

— La phrénologie a eu dernièrement une séance d'apparat à laquelle j'ai vivement regretté de ne pouvoir assister. Je m'en suis dédommagé autant que je l'ai pu en lisant le discours prononcé par le président de la Société. Dire que ce discours est de M. La Corbière, c'est dire qu'il respire les sentiments les plus honorables, les plus humanitaires, et aussi les plus ardentes convictions ; trop ardentes peut-être ; car j'ai regretté de trouver, par-ci, par-là, sous la plume de cet homme si bienveillant et d'un commerce si facile, des expressions qui donneraient une tout autre idée de sa nature bonne et charitable. Ainsi, par exemple, à sa place, j'effacerais sans pitié le paragraphe 4, ainsi conçu :

« Et cependant, malgré l'inanité de cette opposition *bâtarde* et *de commande*, ce n'est pas sans un étonnement mêlé de tristesse que je vois encore, de nos jours, le nombre et la passion des adversaires de la phrénologie. En effet, comme il faut être *ignorant*, *incomplet* ou *mal intentionné* pour nier la vérité de la doctrine de Gall, cela prouve combien il est encore d'*esprits faux*, *incultes* ou *pervers*... »

J'ai regret d'avoir à citer ce passage, qui me paraît manquer essentiellement de justice et de charité. Les bosses latérales étaient à coup sûr en action quand il a été écrit. J'en rappelle de ce jugement aux bosses supérieures de M. La Corbière.

— A tort ou à raison, par suite de circonstances vraies ou fausses, mais dont il me répugnera toujours d'entretenir mes lecteurs, on a cru un instant que le décanat de la Faculté de médecine de Paris pourrait bien devenir vacant. Ce n'était qu'une fausse alerte ; mais sur ce simple soupçon, que d'ambitions en émoi ! Ah, si je voulais tout dire ! Amitié, reconnaissance, simple souvenir de services rendus, vous n'êtes que de vains mots ; vous n'êtes rien.

Jean RAIMOND.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Tumeur sanguine fongueuse consécutive à une tache congénitale de la face. — Traitement par les caustiques. — Guérison. — Réflexions pratiques.

Une petite fille de sept mois fut envoyée à M. Robert par un de ses confrères pour être traitée d'une tumeur fongueuse assez étendue qu'elle portait à la face. Cette enfant, dès les premiers jours de sa naissance, présenta une petite tache rouge sur la joue droite, ayant le volume d'une tête d'épingle. Les parents y firent d'abord peu d'attention ; mais peu à peu cette tache fit des progrès. A l'âge de trois mois elle avait pris une telle extension, que les parents en furent alarmés, et allèrent consulter un médecin, qui tenta d'inoculer le vaccin sur la tumeur. On y pratiqua deux piqûres, qui furent suivies de pustules vaccinales. Ce moyen ne produisit aucun résultat, et la tumeur continua à s'accroître. Bref, l'enfant fut adressé avec sa mère, à l'hôpital Beaujon.

La tumeur est située au côté droit de la face, étendue 1° de haut en bas depuis l'angle interne de l'œil, 1 ou 2 millimètres au-dessous du bord libre de la paupière inférieure jusqu'à la partie moyenne de l'espace compris entre l'aile du nez et le bord libre de la lèvre supérieure ; 2° latéralement depuis le milieu de la joue jusqu'au côté correspondant du nez, dont l'aile est déviée et un peu rejetée à gauche ; 3° en saillie, elle a un centimètre ; 4° en profondeur, il n'est pas facile de le déterminer, parce qu'elle n'est pas bien circonscrite, et que sa consistance le confond avec les parties molles environnantes. Cependant en ouvrant la bouche et soulevant la lèvre, on voit qu'elle ne proémine pas de ce côté. Elle est d'ailleurs très mobile, et ne paraît avoir aucune adhérence aux os. Sa forme est irrégulièrement ovalaire, la surface lisse et converte d'une pellicule mince, sur laquelle on aperçoit les cicatrices vaccinales. La couleur en est habituellement d'un rouge vif ; mais quand l'enfant crie ou fait des efforts, elle devient d'un rouge beaucoup plus foncé et comme livide. Sa consistance est molle, mais sans fluctuation, sans empâtement ; c'est la mollesse qu'offrirait une éponge humide ; quand on la comprime elle s'affaisse et diminue de moitié ; si on cesse la compression elle revient, quoique assez lentement, à son état primitif. Il n'y a pas de pulsations, ni de mouvements d'expansion isochrones aux battements des artères ; cependant près de son bord interne, elle paraît offrir des pulsations communiquées par l'artère faciale qui est dans son voisinage.

On voit quelques veinules un peu dilatées sur la joue et la paupière se rendant à la circonférence externe de la tumeur ; mais l'artère faciale de ce côté, explorée sur le bord de la maxillaire, ne paraît pas plus développée que celle du côté opposé.

Diagnostic. — Le siége de la tumeur, dit M. Robert, est la peau dans toute son épaisseur ; l'épiderme seul le recouvre à l'extérieur ; le corps muqueux, le derme tout entier, et même un peu le tissu cellulaire sous jacent, en sont envahis. Elle appartient à cette espèce de tumeurs qu'on appelle congénitales, parce qu'ordinairement elles sont le résultat d'une tache congéniale, d'un *nævus maternus*, telles que les fongus hématodes, les tumeurs érectiles de Dupuytren, les tumeurs communément dites fongueuses, qui toutes se rapportent à la même classe.

Elle paraît être formée par les capillaires de la peau énormément dilatés et devenus tortueux, bosselés, présentant des ouvertures latérales qui communiquent avec des cellulosités pleines de sang et tapissées par une membrane très mince analogue à celle qui tapisse l'intérieur des vaisseaux. Ce tissu a de l'analogie avec les tissus caverneux ou érectiles, et notamment avec celui de la rate, qui en diffère cependant ; parce que le sang qu'elle renferme est visqueux et donne au corps de l'organe plus de résistance et moins d'élasticité. A l'extérieur elle est recouverte par une pellicule très mince, pellucide, qui paraît n'être que l'épiderme.

Pronostic. — Quelquefois les tumeurs de ce genre parvenues à un certain degré, restent stationnaires, et même s'atrophient et se flétrissent peu à peu. Moreau d'Allier a vu une tumeur située au-devant de l'oreille gauche et présentant la dimension d'une pièce de 5 fr., qui avait graduellement augmenté depuis la naissance jusqu'à l'âge de quatre ans, s'atrophier et disparaître.

M. Warton a vu une de ces tumeurs siégeant au côté droit du front grossir pendant deux ans, puis rester stationnaire pendant une année, et enfin disparaître par degrés.

Ces exemples sont pourtant fort rares, et il serait déraisonnable d'établir sur eux la base du pronostic. Chez notre malade la tumeur est en voie de progrès et de progrès rapides. Si ces progrès ne se bornent pas on verra des ulcérations se former par la déchirure de la pellicule qui recouvre la tumeur ; des hémorrhagies fréquentes qui pourront être funestes. Les ulcérations peuvent se cicatriser, puis se rouvrir, sans jamais dégénérer ; de sorte que les malades sont exposés à périr des hémorrhagies abondantes et répétées, et non de la dégénérescence cancéreuse de la tumeur.

Traitement. — Il est donc nécessaire d'opposer des moyens énergiques et sûrs aux progrès de cette maladie qui plus tard peut devenir très difficile à combattre.

La chirurgie moderne s'est beaucoup occupée de ces tumeurs, en a mieux connu la nature et s'est enrichie de méthodes opératoires nombreuses dans le but de les combattre.

Ces méthodes peuvent se réduire à trois : 1° atrophier la tumeur ; 2° l'enlever ; 3° la convertir en un tissu fibreux ou fibro-celluleux.

1° L'atrophier à l'aide de la compression méthodique et prolongée. Le cas actuel ne s'y prête pas, car il faut un point d'appui pour le comprimer, et nous ne l'avons pas sur notre petite malade. Cette méthode est principalement applicable aux tumeurs qui siégent sur le crâne.

2° L'enlever. Ce but s'obtient : 1° par l'instrument tranchant. Il y a ici un danger à courir dépendant du nombre considérable de petits vaisseaux qui devront être divisés. Ce danger est encore plus grand dans notre cas, et il pourra être difficilement prévenu parce qu'on ne peut pas, comme aux membres, se rendre maître du cours du sang avant de procéder à l'opération ; il serait en outre très grand à cause de l'âge de l'enfant, qui ne lui permettrait pas de supporter une perte de sang un peu considérable, et la malade périrait pendant l'opération. D'ailleurs on aurait à la suite de l'opération une perte énorme de substance qui constituerait un autre obstacle à une cicatrisation régulière. 2° Par la ligature. Elle n'est pas applicable ici parce que la tumeur fait peu de saillie et présente une base trop large. D'ailleurs ce moyen est très douloureux et entraîne des phénomènes d'étranglement qui, chez un enfant très jeune, pourraient être très dangereux. 3° Par la cautérisation. Ce moyen fut rejeté pendant long-temps dans le traitement des tumeurs considérables, parce qu'on le croyait capable de les faire dégénérer. Telle était l'opinion de Callisen, Boyer, et autres ; mais Wardrop, en Angleterre, et Laurence ont prouvé par des faits que ces tumeurs ne dégénèrent pas, et que la cautérisation peut être employée avec beaucoup de succès. Nous avons décidé de l'employer chez notre petite malade.

Il y a plusieurs espèces de cautérisations, ou plusieurs manières de la pratiquer : 1° Cautère actuel. J'avais pensé d'abord à l'employer chez notre enfant ; mais je l'ai rejeté à cause du voisinage des yeux, et d'ailleurs les plaies de brûlure ont une grande tendance à produire des cicatrices étroites, ce qui, dans l'état actuel, produirait une difformité fâcheuse. 2° Caustiques. Ils ont prévalu et ont été généralement adoptés. On préfère souvent le caustique de Vienne, parce qu'il est plus facile à manier que la potasse. M. A. Bérard le préfère à tous les autres, et fut le premier à l'employer particulièrement dans des cas analogues avec un plein succès. (Gaz. méd. 1842.) Les eschares qui résultent de cette cautérisation sont sèches et se détachent lentement, de sorte que l'on trouve au-dessous d'elle une cicatrisation lisse et très peu différente.

On a imaginé une foule de procédés ou méthodes qui toutes consistent à transformer le tissu érectile de la tumeur en un tissu fibreux compacte, lequel plus tard revient sur lui-même et peu à peu se convertit en un tissu cellulaire.

M. Lallemand est l'auteur de la méthode qui parvient à ce but en excitant de l'inflammation dans le tissu malade. L'inflammation amène toujours la coagulation du sang dans les vaisseaux soit artériels soit veineux, comme M. Cruveilhier l'a démontré, c'est-à-dire donne lieu à une espèce de tissu érectile normal. M. Lallemand se sert ordinairement d'épingles avec lesquelles il traverse dans plusieurs sens la tumeur. Il y trouve l'avantage de ne pas produire de cicatrices difformes à la peau. Par ce moyen il a obtenu de beaux succès dans les tumeurs fongueuses des lèvres et dans d'autres plus profondes. M. Bérard pourtant l'emploie sans succès dans des cas analogues à celui que nous devons traiter. Souvent par ce moyen l'inflammation ne s'étend pas assez, n'envahit pas toute l'étendue de la tumeur et, ou on échoue complétement, ou ou n'obtient qu'un demi-succès.

D'autres praticiens ont employé le séton, par lequel on traverse la tumeur. M. Velpeau dit avoir obtenu quelques succès par ce moyen, mais probablement c'était sur des tumeurs plus petites. Chez notre malade ce moyen aurait les mêmes chances d'insuccès que les aiguilles, et de plus il donnerait lieu à un écoulement de sang plus considérable que les par aiguilles mêmes, et que l'âge de l'enfant oblige d'éviter.

On a combiné ensemble ces deux derniers moyens en traversant la tumeur par des épingles et des sétons. On peut avoir ainsi plus de chances de succès ; mais il y a toujours trop d'incertitude pour que nous ne pensions pas à les employer de préférence à quelque autre plus sûr.

On a imaginé de faire dans la tumeur des injections avec quelque liquide plus ou moins caustique. Il y a eu des accidents d'inflammation assez graves, malgré la précaution prise par M. Bérard, qui voulut essayer ce procédé, d'introduire prudemment des épingles dans la tumeur.

On a eu recours à la vaccination, espérant que le travail organibue qui devait résulter de cette inoculation du vaccin produirait dans la tumeur une espèce de transformation favorable. Les résultats ne répondirent pas aux espérances. Dans le cas actuel même, on l'employa sans succès ; et cela devait être, principalement ici qu'il s'agit d'une tumeur d'une certaine grosseur.

On s'est enfin décidé à employer la cautérisation avec le caustique de Vienne, en ne négligeant pas les précautions nécessaires pour prévenir certains accidents, c'est-à-dire en garantissant les yeux et la paupière qui a des rapports avec la tumeur par de petites bandelettes de diachylon ; d'ailleurs, on peut appliquer le caustique jusqu'à trois millimètres de la circonférence même. L'action éliminatoire s'étendra plus tard à ces parties qui n'ont pas été touchées par le caustique. Comme l'enfant a du dévoiement, on attend qu'il soit bien rétabli, et qu'il s'acclimate en même temps à l'hôpital.

Le 17 juillet, le caustique de Vienne a été appliqué. Cette opération a présenté quelques difficultés assez graves. L'enfant, par ses cris, a fait gonfler la tumeur, et quelques petits vaisseaux s'étant rompus dans les premiers instants qui ont suivi l'application du caustique, il en est résulté un écoulement de sang qui entraînait le caustique même. Il a fallu de grandes précautions pour empêcher que cette substance pénétrât dans l'œil, dans les narines ou dans la bouche. La pâte de Vienne a été laissée en place dix minutes ; quand on l'a enlevée, on a pu voir que l'eschare offrait exactement la forme et la dimension de la tumeur ; seulement, au milieu de l'eschare, il y avait un point d'où s'écoulait du sang assez rouge et en assez grande quantité. Un bouton de feu porté sur ce point a suffi pour arrêter l'hémorrhagie. La douleur n'a été que passagère, et la santé générale du petit sujet n'en a nullement souffert.

Les jours suivants l'eschare s'est desséchée, et s'est convertie en une croûte noire très dure, qui a fini par tomber.

Le 26 août, réapplication du caustique de Vienne, mais solidifié. Voici pourquoi nous avons réappliqué le caustique solidifié. A la suite de la première cautérisation la tumeur avait disparu, une belle cicatrice s'était formée à sa place, excepté une petite portion linéaire près de la paupière ; alors nous nous sommes servi du caustique solidifié pour attaquer ce reste de la maladie, caustique qui n'a pas l'inconvénient de se liquéfier et de menacer les organes délicats du voisinage : il en résulta une belle eschare comme la première fois. Nous renvoyâmes l'enfant à la campagne, comme déjà nous avions fait à la suite de la première cautérisation, pour que le séjour de l'hôpital ne lui fût pas nuisible, avec ordre de nous le ramener au bout de quelque temps. Nous l'avons revu le 5 octobre dernier, et l'avons trouvé complétement guéri. Il en est résulté seulement un peu d'ectropion à la paupière inférieure. La cicatrice qui a succédé à la tumeur est lisse, blanchâtre, et nullement difforme.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 février 1844. — Présidence de M. CH. DUPIN.

M. Malgaigne adresse la lettre suivante sur l'abus et le danger des sections tendineuses et musculaires dans le traitement de certaines difformités.

L'Académie royale des sciences a entendu, il y a quelques années, les premiers récits d'opérations merveilleuses par leur nombre, et par leur innocuité, par les résultats que l'on croyait pouvoir s'en promettre, ou même que l'on disait en avoir déjà obtenus. C'est ainsi que le 20 janvier 1840, on vous communiquait l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans, à qui l'on avait fait 13 sections tendineuses dans la même séance ; et quelques mois plus tard, cette tentative hardie était de bien loin laissée en arrière par une autre du même genre, exécutée sur un jeune homme de vingt-deux ans, à qui l'on avait coupé en une seule fois 42 muscles ou tendons. Dans le premier cas, on avait en vue de corriger deux luxations incomplètes des genoux ; et dès le lendemain de l'opération, le but avait été si pleinement atteint, « qu'il ne » restait des deux difformités qu'un certain degré de flexion perma- » nente de l'articulation. » Pour le second cas, la nature des difformités n'était point indiquée, et les résultats étaient encore dans l'avenir ; mais on promettait de les communiquer en temps opportun à l'Académie.

Cependant, depuis bientôt quatre années, ce temps opportun n'est point venu encore ; et je n'aurais pas rappelé à l'Académie ces histoires interrompues, si l'on n'avait tenté récemment de préconiser une doctrine chirurgicale nouvelle qui me paraît des plus dangereuses, et sur laquelle ces deux faits, unis à quelques autres, pourront édifier les praticiens. Il s'agit de savoir s'il est permis de couper des tendons et des muscles dans les difformités produites ou entretenues par la paralysie ; et sans prétendre ici discuter cette doctrine à fond, je me contenterai d'exposer les résultats qu'elle a déjà donnés.

Cette jeune fille de quatorze ans, qui avait subi d'abord 13 sections tendineuses, lesquelles ont été portées plus tard jusqu'à une vingtaine, était une malheureuse paralytique de la Salpêtrière, où elle est encore couchée aujourd'hui, section Saint-Charles. Tous ses membres étaient plus ou moins contracturés, pieds-bots, luxations des genoux, flexion de l'avant-bras et des doigts, etc. ; elle offrait toutes les difformités, avec une paralysie irrémédiable. On a attaqué d'abord la luxation des genoux. Soit que l'opérateur se soit fait illusion, soit que les résultats observés le lendemain de l'opération aient disparu depuis, les luxations existent encore. On a attaqué les pieds-bots, ils persistent toujours. On a attaqué l'abduction d'une main, et la résistance de la malade a seule empêché qu'on n'allât plus loin. Par suite de ces vingt sections, qu'a-t-on gagné ? Absolument rien ; mais elle a perdu quelque chose ; ainsi elle ressent dans les deux jambes, au niveau des diverses sections, de vives douleurs qu'elle n'avait pas auparavant ; ainsi elle pouvait encore travailler toute la journée à l'aiguille avec la main droite, et depuis l'opération elle ne le peut plus. Elle avait quitté le service othopédique de l'hôpital des Enfants, le 29 juin 1840 : ce fut deux mois après ce premier résultat que fut faite la deuxième expérience sur le jeune homme de vingt-deux ans.

Celui-ci était plus impotent et plus paralytique encore ; tous les membres étaient fléchis, et l'on se proposait de les redresser tous. Malgré toutes mes recherches, il m'a été impossible de savoir au juste ce qui est arrivé de ce malade ; tout le monde a su l'opération, les recherches ont été cachées à tout le monde ; et ne voulant rien annoncer que de certain, je ne répéterai pas les divers bruits qui en ont couru.

Mais nous avons l'histoire complète publiée par un chirurgien honnête et consciencieux, d'une opération toute semblable tentée par lui, pour un cas tout semblable. C'était sur un enfant de onze ans, contracturé et paralysé de tous les membres ; cul-de-jatte, mais pouvant au moins encore balancer le tronc en avant, en arrière, de côté et d'autre. M. Phillips, entraîné par l'exemple, coupa tous les tendons réfractaires, redressa tous les membres contracturés, et le résultat fut que le malheureux enfant, allongé comme une barre de fer, les bras collés contre le tronc ; n'eut plus la même ressource de ces mouvements de totalité permis au cul-de-jatte, et qu'il se trouva ainsi étendu dans son lit comme un cadavre, avec la tête seule de libre ; position effrayante, et devant laquelle l'imagination n'ose s'arrêter.

Depuis le 1er août 1839 jusqu'au 1er juillet 1843, il est entré ainsi dans le service orthopédique des Enfants malades ; six sujets atteints de paralysies plus ou moins complètes. Quatre paraissent avoir été générales. De ces quatre sujets, l'une est la jeune fille dont il a été question tout à l'heure ; une autre n'est restée dans le service que six jours ; les deux autres sont morts à l'hôpital. Dans les deux autres cas, la paralysie n'affectait que le pied ou les membres inférieurs ; l'un a échappé à toutes mes recherches ; à l'autre, on a coupé le tendon d'Achille, et la paralysie et le pied-bot ont persisté comme auparavant.

Il m'a paru important de porter ces résultats à la connaissance de l'Académie, puisque c'est devant elle que des résultats si contraires avaient été promis ou annoncés. Il est temps que tous ces essais, plus ou moins hasardeux, soient enfin soumis au contrôle d'une juste et sévère expérience ; et je me propose d'adresser prochainement à l'Académie les résultats d'une autre enquête sur les abus et les dangers de la myotomie dans le traitement des déviations latérales de l'épine.

— *M. Sédillot*, professeur à Strasbourg, adresse le récit d'un opération qu'il a pratiquée sur la langue pour un cancer de cet organe. Toute la moitié gauche de la langue était profondément altérée jusqu'auprès de l'épiglotte. Voici comment M. Sédillot procéda à cette opération :

« Je commençai par enlever la première incisive gauche inférieure, puis j'incisai verticalement, à quelques millimètres à gauche de la ligne médiane, toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et les téguments de la région cervicale, jusqu'au niveau de l'hyoïde. Je passai un bistouri étroit derrière la portion correspondante du maxillaire, en ayant

soin de ménager complétement le côté droit, et je divisai l'os d'un trait de scie. Deux aides ayant immédiatement écarté les branches de la mâchoire, je séparai les parties molles de la branche gauche de l'os jusqu'au voile du palais, et au moyen d'un bistouri droit je partiquai la section de la langue sur la ligne médiane, et j'en enlevai la moitié malade, en la contournant en arrière au niveau de l'épiglotte.

» Cette opération, effrayante sans doute au premier aspect, nous paraît cependant la moins dangereuse, la plus facile et la plus sûre de celles qui ont été proposées dans des conditions semblables à celles où nous l'avons entreprise. »

L'opération a été suivie de succès.

— *M. Maunoir* (de Genève) adresse un mémoire sur la muscularité de l'iris.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES. Février 1844.

De la gangrène de la bouche avec nécrose des os maxillaires; Par le docteur DELAVACHERIE, professeur à Liége.

Il est une affection particulière de la bouche, qui ne se remarque que chez les enfants, appelée par les uns gangrène scorbutique et par d'autres, gangrène de la bouche; elle se borne rarement aux parties molles. Chez les huit malades observés par l'auteur dans le cours de vingt années de pratique, les os maxillaires étaient nécrosés. Dans deux cas il y a eu guérison avec élimination des parties frappées de mort. Dans les six autres, la marche de l'affection a été si rapide que les médications les plus énergiques restèrent sans effet. A l'occasion de ces malades, l'auteur fait remarquer que la mobilité et la chute des dents précèdent d'ordinaire les altérations des parties molles, et que ces dents sont toujours les molaires. En rapprochant cette circonstance de celle de l'âge des sujets, on est naturellement porté à croire que le travail de la seconde dentition n'est pas entièrement étranger à la manifestation de cette affection. Car pourquoi chez les enfants, dans le cours ou au déclin des maladies graves, la gangrène attaque-t-elle plutôt la bouche, tandis que, les adultes, c'est en regard des coudes, du sacrum, des trochanters, des ischions, et partout enfin où les téguments recouvrent des os saillants?

Il est d'observation que tous les enfants chez lesquels survient cette gangrène portent sans cesse les doigts dans la bouche et cherchent à extraire des dents, et à quoi ils parviennent à force de manœuvres réitérées. La dent est l'épine, et il se passe là évidemment ce qu'on remarque encore dans d'autres circonstances. Ainsi, par exemple, dans les convalescences d'une fièvre grave, ne voit-on pas le sphacèle s'emparer de la peau des parties sur lesquelles avaient été appliqués des rubéfiants qui semblaient même n'avoir produit aucun effet dans le flagrant de la maladie? En attendant une meilleure explication, l'auteur est très porté à croire que le travail de la dentition n'est pas plus étranger chez les enfants à la manifestation de la gangrène de la bouche que, chez les adultes, il ne l'est pour la détermination de certaines maladies dont nous avons parlé plus haut.

On a cru remarquer que l'usage des mercuriaux disposait à cette gangrène; les Anglais surtout croient à cette cause; elle serait tout au plus admissible pour un des malades qui fait le sujet de ces observations. En supposant que le ptyalisme mercuriel y prédispose, comment expliquer la rareté de cette maladie chez les adultes, qui, dans nos contrées, font plus fréquemment usage de mercuriaux que les enfants?

Parmi les huit faits recueillis par l'auteur, il ne s'en trouve qu'un seul appartenant à un adulte.

De toutes affections des os maxillaires, la gangrène de la bouche est celle dont le pronostic est le plus fâcheux. En effet, elle est presque toujours la conséquence d'une maladie interne grave. L'auteur a observé qu'elle est souvent funeste, lorsqu'elle survient dans le cours d'une fièvre typhoïde compliquée de phénomènes cérébraux, parce que sans doute alors la rapidité de sa marche est telle, que la médication la plus énergique est incapable de s'opposer à ses progrès destructeurs. L'auteur pense que les seuls cas curables sont ceux qui se manifestent spontanément; ce qui arrive rarement, ou pendant la convalescence de maladies internes.

Quant au traitement, il est tout local; il consiste dans la cautérisation de toutes les parties affectées, soit à l'aide du feu, soit par les acides minéraux.

FAITS DIVERS.

Recherches chimiques pour découvrir dans le sang, dans l'urine et dans d'autres produits de sécrétions animales, les sels minéraux administrés a l'intérieur; par M. A. DE KRAMER, professeur de chimie à Milan.

L'auteur a lu ce mémoire divisé en trois parties, dans les séances des 16 juin, 17 juillet et 4 août 1842, de l'Institut impérial de Lombardie. Nous n'essayerons même pas d'en donner une analyse, en raison de sa trop grande étendue. Nous nous bornerons à rapporter ici les conclusions que M. de Kramer a déduites de ses belles et intéressantes recherches, parce qu'elles nous semblent suffisantes pour faire comprendre à la fois, et l'importance du travail, et les règles qui doivent diriger les thérapeutistes dans le choix et dans la quantité des substances médicamenteuses qu'ils veulent administrer.

1° Les sels à bases alcalines, qu'on administre à des hommes et à des animaux, passent avec facilité dans le sang, dans les urines, et même, comme cela a lieu pour l'iodure de potassium en particulier, dans la sueur et dans la salive; ce qui pourtant ne reste prouvé que pour ce dernier corps. Ces résultats sont en conséquence conformes à ce qu'ont déjà avancé d'autres chimistes et d'autres physiologistes.

2° Le sang et les urines, une fois chargés de sels alcalins, se débarrassent de ces corps étrangers dans une progression très rapide, comme en fait foi l'expérience de l'auteur, auquel, après un traitement de cinquante jours par l'iodure potassique, six jours suffirent pour l'élimination du composé; en sorte qu'au bout de ce temps, 385 grammes d'urine en contenaient moins de 1/50000 de gramme.

3° Les sels barytiques (du moins le chlorure) passent en petite quantité dans le sang et dans les urines; ce qui rend fort délicate l'expérience, qui a pour but d'en constater la présence.

4° Les vapeurs de certaines substances aspirées sont absorbées et passent dans le sang, et cela avec une facilité et une rapidité vraiment remarquables, ainsi que le prouvent les expériences faites avec les vapeurs d'iode, lesquelles se retrouvèrent dans le sang une demi-heure après le commencement de l'expérience.

5° Les combinaisons des métaux proprements dits avec d'autres substances passent aussi dans le sang et dans les urines, puisque dans ces sécrétions on peut retrouver le métal. Les combinaisons qui ont été soumises à l'expérience sont le sulfate de mercure, celui d'antimoine (kermès), le tartrate de potasse et d'antimoine (émétique), le chlorure d'argent, le fer métallique, le carbonate de fer, le sulfate de fer, et les combinaisons de cuivre.

6° Les sels et les combinaisons métalliques, comme par exemple celles d'antimoine, peuvent encore se trouver dans le sang et dans les urines huit ou dix jours après la cessation du traitement avec les préparations antimoniales.

7° Le fer donné par la bouche est absorbé et passe dans le sang et dans les urines.

8° les urines normales contiennent du fer.

9° Le cuivre se rencontre aussi dans les urines normales en quantité très minime, et semble provenir des vases de cuivre qu'on emploie pour les besoins de l'économie domestique, ainsi que des diverses substances alimentaires tant artificielles que naturelles, et qui en contiennent des fractions minimes. S'il existe du cuivre dans les urines, il est à supposer qu'il peut en exister aussi dans le sang.

10° Le sang normal contient constamment du manganèse; les urines ne semblent pas en être exemptes.

De cette série de résultats importants, l'auteur déduit la raison théorique pour laquelle les métaux pesants peuvent passer dans les urines, combattant ainsi les opinions contraires émises par d'habiles chimistes, entre autres par le savant professeur de Giessen, M. Just Liebig. (*Giornale dell' Instituto Lombardo.*)

Ablation d'une tumeur volumineuse qui remplissait l'une des narines et s'étendait jusque dans le pharynx; par le docteur VALENTIN MOTT.

A. Burth, âgé de trente-deux ans, sentit, il y a une dizaine d'années, une obstruction dans la narine gauche, bientôt une tumeur sortit par l'ouverture nasale extérieure et acquit en peu de temps un développement considérable. On fit maints efforts pour l'arracher ou pour la lier, de telle sorte que lorsque le malade vint consulter M. Mott, plus de cinq cents tentatives de traitement avaient été répétées par cinquante médecins différents. En désespoir de cause, le patient s'était résigné à faire enlever de temps en temps la portion de tumeur qui faisait saillie au dehors, et il recourait à ce moyen lorsqu'il finissait par éprouver une trop grande gêne, et que les douleurs étaient intolérables.

M. Mott, ayant de prime abord reconnu par lui-même l'impossibilité de recourir aux moyens ordinaires, pratiqua l'opération suivante:

Une première incision presque verticale divisa les parties molles et la lèvre supérieure depuis l'apophyse orbitaire interne jusqu'à six millimètres en dedans de la commissure labiale. Deux lambeaux furent ainsi formés, l'interne comprenant les cartilages et l'os du nez; l'externe ayant permis de mieux voir la cavité nasale et la partie postérieure de la tumeur, on atteignit plus complétement encore ce but en sciant verticalement l'os nasal de ce côté, le plus loin possible de la suture transverse, afin d'éviter la lame descendante de l'ethmoïde.

Un second trait de scie porta sur le maxillaire supérieur, commençant à l'extrémité supérieure du premier, faisant avec lui un angle aigu se dirigeant en bas et en dehors vers la seconde dent bicuspide du côté malade et se terminant au niveau du plancher des fosses nasales.

A partir de ce dernier point, une troisième section fut pratiquée, se rendant horizontalement en dedans vers le vomer.

Pour résumer cette partie de l'opération, on peut dire que le chirurgien détacha en trois traits de scie les parties osseuses qui forment les bords ou le cadre de l'ouverture antérieure de l'une des fosses nasales.

Les connexions de la tumeur se trouvèrent ainsi partiellement détachées; mais son volume était tel, qu'il fut indispensable d'en enlever une partie à travers l'ouverture antérieure, avant de pouvoir porter l'instrument sur les points par lesquels elle adhérait à sa partie postérieure. Ceci étant fait, on termina en saisissant avec des pinces, et en entraînant par la bouche, la portion de tumeur qui plongeait dans le pharynx.

Aucun accident de quelque gravité ne survint pendant cette opération ni à sa suite. La plaie des parties molles se réunit par première intention. Dix mois après, M. Mott a revu le sujet, qui jouissait alors de la meilleure santé, et chez lequel rien ne faisait craindre une récidive. (*The americ. journ of the med. sc.*)

NOUVELLES.

M. Gay-Lussac vient d'être grièvement blessé dans le laboratoire du Jardin-du-Roi. Au moment où le célèbre professeur débouchait un flacon pour préparer une expérience, le contact subit de l'air en enflamma le contenu. Aussitôt une violente explosion, que les personnes du dehors ont pu comparer à celle que produirait la décharge d'un fusil de munition, se fit entendre. M. Gay-Lussac fut renversé, les deux mains et le front labourés par les éclats de verre. Ces blessures sont graves; mais on espère qu'elles ne présenteront pas de danger pour le mouvement des articulations. Un jeune préparateur a égalcment été atteint, mais beaucoup plus légèrement.

— Les candidats, dont les noms suivent, sont admis à participer au concours pour le professorat qui s'ouvrira le 1er mars prochain, à l'hôpital de perfectionnement, savoir: (*Pour la médecine*) MM. Cazalas, médecin ordinaire à Saint-Jean-Pied-de Port; Barby, médecin adjoint à Sedan; Fabre, *idem* à Maubeuge; Garnier, *idem* en Algérie; Rodes, *idem* à Oleron; Thibaut, *idem* à Givet; Fickelscherer, pharmacien aide-major à Montdauphin; (*pour la pharmacie*) Jeannel, pharmacien-major à Bordeaux; Goldscheider, pharmacien aide-major à Longwy; Garreau, *idem* à Strasbourg; Dusseuil, *idem*.

— Sur la proposition de M. le ministre de la guerre, le roi a accordé, le 12 janvier dernier, des médailles d'or et d'argent aux officiers de santé militaires de l'armée d'Afrique, dénommés ci-après, qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine dans ce pays, et en ont répandu les bienfaits parmi les indigents de la population européenne et indigène, savoir: (*Médailles d'or*) MM. Renaud, chirurgien-major de 2e classe, à Mostaganem; Moreau, médecin adjoint à Constantine; Magail, médecin ordinaire à Douera; (*médaille d'argent*) Finot, médecin ordinaire à Blidah.

Programme du Concours qui aura lieu en 1844, pour la solution de trois questions relatives au service sanitaire de l'armée.

Paris, le 1er février 1844.

MÉDECINE. — 1re *question.*

« Rechercher les causes du fréquent développement de la phthisie » pulmonaire parmi les soldats, et les moyens de prévenir ou de traiter plus efficacement cette maladie. »

CHIRURGIE. — 2e *question.*

« De l'amputation de la jambe sous le triple rapport du lieu où il » est préférable de la pratiquer, du meilleur procédé opératoire, et du » mode de pansement et de traitement qui convient le mieux pour » conduire le blessé à la guérison. »

PHARMACIE. — 3e *question.*

« Rechercher la composition d'une boisson propre à l'usage des sol» dats en temps de paix ou en temps de guerre et dans tous les climats, » sous le triple rapport de la simplicité et de la promptitude de sa con» fection, et du bas prix de la préparation et de la facilité de sa con» servation. »

Les mémoires devront être adressés directement au ministre de la guerre (*bureau des hôpitaux*) avant le 1er janvier 1845. *Ce terme est de rigueur.* Les auteurs devront, autant que possible, faire transcrire leur mémoire par une main étrangère. L'épigraphe qu'ils placeront en tête sera transcrite sur une enveloppe fermée de trois cachets à la cire, contenant la signature et le nom lisiblement écrit de l'auteur, ainsi que son grade.

Cette enveloppe ne sera ouverte que si le mémoire est reconnu digne de la médaille ou d'une mention honorable.

Les officiers de santé militaires des trois professions, prenant part exclusivement à la solution de ces questions, pourront indistinctement concourir pour les trois questions; mais, dans ce cas, chaque mémoire sera l'objet d'un envoi et d'une épigraphe différents.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 22 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 22. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Plaie d'arme à feu.

Au n° 16 de la salle Saint-Antoine, est un jeune homme qui a, dit-il, reçu un coup de fusil chargé à plomb, et qui a pénétré au côté interne et inférieur de la cuisse.

Ces plaies d'armes à feu ont cela de remarquable, que pendant les premiers jours elles ne sont pas douloureuses. On éprouve seulement un sentiment de stupeur et d'engourdissement qui s'étend à tous les muscles, puis survient une douleur sourde, profonde et pongitive.

Dans la tuméfaction inflammatoire que ces blessures occasionnent, il y a une sorte d'œdème, une enflure en quelque façon élastique, qui ressemble jusqu'à un certain point à celle qu'on observe dans la pustule maligne.

Pendant les premiers jours de ces blessures, nous employons avec énergie les antiphlogistiques et la saignée. On sait quels sont les heureux succès que nous en avons obtenus.

Mais il faut une mesure dans l'emploi des médications thérapeutiques. Il faut donc cesser les évacuations sanguines sitôt que la suppuration arrive, parce qu'alors, en les continuant, en diminuant la quantité de sang veineux, on favoriserait l'absorption du pus par les veines.

On cesse la diète à la même époque, parce que si le malade vivait trop de sa propre substance, on s'exposerait aux mêmes inconvénients que ceux qui résulteraient de l'excès des saignées.

La blessure de ce jeune homme est assez légère. Après une saignée de trois palettes et l'emploi des cataplasmes, l'inflammation a considérablement diminué.

Quant aux plombs qui sont dans les chairs, que deviendront-ils? Ils resteront dans l'épaisseur de la cuisse; ils s'y enkysteront. J'ai observé grand nombre de cas semblables; j'ai vu, et mes confrères ont vu comme moi, que le plomb restait en place et séjournait indéfiniment dans les membres, tandis que les balles, plus pesantes, et offrant plus de prise à l'action musculaire, s'engagent et descendent assez souvent dans l'épaisseur des tissus.

Cancer. (Récidive.)

Le malade qui, depuis un mois, est couché au n° 17, nous offre une récidive d'un cancer, qui paraît avoir occupé toute l'étendue de la lèvre inférieure, et que l'on a enlevé par l'opération. La récidive est constituée par l'apparition d'une induration qui siége sur le côté gauche de la cicatrice, et qui a le volume d'une noisette.

Nous avons essayé l'iodure de potassium à l'intérieur; nous avons fait appliquer 15 sangsues au-dessous du point tuméfié et douloureux. Cette médication a déjà produit de bons effets. La tumeur a diminué de volume; la douleur n'existe presque plus. Serons-nous assez heureux pour préserver le malade d'une seconde opération? Nous le saurons bientôt.

Paralysie de la vessie par compression violente de la partie inférieure du tronc.

Le malade couché au n° 19 de la salle Saint-Antoine, a eu la partie inférieure du tronc fortement comprimée par un bloc de pierre qui s'éboula pendant que cet homme était dans une carrière. Le corps de ce malheureux a été très violemment pressé entre les parois terreuses de la mine et le bloc de pierre. Il y a eu engourdissement des membres abdominaux et rétention complète d'urine. Le malade fut d'abord sondé; puis nous eûmes recours aux antiphlogistiques. Je fis pratiquer une saignée de quatre palettes et appliquer deux fois les sangsues, savoir : la première fois 25, le lendemain de la phlébotomie, et la seconde fois quarante-huit heures après. Elles ont été placées au bas des reins.

Le surlendemain de son entrée à l'hôpital le malade urinait seul, et trois jours après le membre inférieur commençait à se mouvoir. Mais il y avait encore quelques douleurs légères vers la colonne vertébrale; mais elles se propageaient vers les cuisses et le genou. Il y a donc encore de l'irritation vers la moelle épinière. Il faut se hâter d'enlever cette irritation. Aussi, ce matin, nous avons fait mettre 15 nouvelles sangsues aux lombes, et alors, si nous en reconnaissons le besoin, nous emploierons les moyens vésicants, les moyens révulsifs, qui deviennent d'autant plus puissants qu'ils auront été précédés par les antiphlogistiques.

J'ai rapporté, dans mon ouvrage sur la clinique chirurgicale, deux observations de ce genre, mais beaucoup plus graves; car, dans l'un de ces cas, il y avait paralysie de la vessie et du rectum; et dans l'autre, déplacement des vertèbres; et sur ces deux malades, paralysie des membres inférieurs. Je fis saigner à outrance et à blanc, ensuite je fis appliquer le moxa. Eh bien, le malade qui portait l'affection la moins grave fut complétement guéri, et l'autre a recouvré en partie les mouvements des membres abdominaux.

Vous rencontrez souvent des malades qui se plaignent d'uriner lentement et d'éprouver quelque gêne, quelque embarras dans les reins; tantôt c'est une véritable douleur dans la région lombaire. Eh bien, c'est dans la moelle épinière que l'on trouve assez souvent le foyer du mal, et non pas, comme on serait tenté de le croire, dans les organes urinaires. Si vous employez une saignée révulsive, c'est-à-dire une petite saignée, si vous avez ensuite recours à quelque application de sangsues aux lombes, et en dernier lieu aux vésicatoires, vous voyez ordinairement les urines reprendre bientôt leur cours naturel.

Une preuve convaincante que la lésion dont je vous parle existe dans la moelle épinière, c'est que, si le malade néglige son état morbide, alors, au bout de quelques mois, arrivent, et les contractures des membres abdominaux, et la paralysie musculaire. J'ai vu très fréquemment des faits de cette nature.

Si donc, les malades éprouvent des oscillations musculaires dans les membres abdominaux; si la marche, de pénible qu'elle était pendant la première heure, devient plus facile par l'exercice, prenez garde! et craignez une miélite; car, si vous la méconnaissez, si vous négligez d'employer bien promptement les moyens curatifs, il ne sera plus temps; car vous verrez alors survenir les effets redoutables et dangereux de cette affection, savoir : la paralysie des membres inférieurs, celle de la vessie et souvent du rectum.

Nous sommes fréquemment appelé pour ces affections graves de la vessie, du rectum et des membres abdominaux. On débute souvent par le moxa quand il y a douleur et soubresauts dans les tendons. Qu'arrive-t-il alors? C'est que l'excitation produite par l'exutoire augmente, en général, la lésion morbide. Avant tout, il faut enlever les douleurs et l'irritation inflammatoire, en ayant recours aux antiphlogistiques d'abord, ensuite aux narcotiques; et lorsque l'emploi heureux de ces moyens thérapeutiques a produit une amélioration au bout de quelques jours, alors vous avez recours aux vésicatoires, aux moxas, aux sétons et aux secousses électriques.

J'ai vu au boulevard Mont-Parnasse une jeune personne qui avait une paralysie de la vessie correspondant avec une paralysie presque complète des membres abdominaux. Cette affection datait depuis trois ans. J'ai employé d'abord les antiphlogistiques et les narcotiques. Trois mois après, la paralysie avait déjà diminué; l'on ne fit rien ensuite, seulement quelques frictions, et l'on employa un peu plus tard l'électricité au moyen de l'appareil de M. Constant James : elle produisit quelques douleurs. On eut recours, pour les combattre, à quelques bains généraux et à une saignée. Le troisième jour, plus de douleurs; la paralysie a diminué. Le huitième jour, nouvelles secousses d'électricité; elles deviennent moins excitantes et moins doulooreuses; nous employons les cataplasmes; nous suspendons encore les secousses électriques; nous les reprenons ensuite tous les quatre jours, puis tous les trois, puis tous les deux jours, et nous arrivons enfin à les faire donner tous les jours sans manifestation d'aucune douleur.

FEUILLETON.

HUITIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

De l'influence des théories sur la thérapeutique.

« Frappe, mais écoute! »
(THÉMISTOCLE.)

« Toute médecine qui n'est pas fondée sur la philosophie est quel» que chose de bien faible, » a dit celui qui jeta les fondements éternels du positivisme dans les sciences (Bacon, *De la dign. et de l'accroiss. des sciences*, liv. IV, chap. 2). Or comment se fait-il que cet axiome soit aujourd'hui complétement tombé dans l'oubli? C'est que la philosophie médicale, naguère encore tant glorifiée par l'école de Pinel, la philosophie, disons-nous, est passée de mode; elle a fait son temps, jusqu'à ce que le cercle étroit des idées humaines la fasse de nouveau surgir à l'horizon. Après avoir despotiquement régné dans la science, en raison de cette infirmité d'esprit qui nous porte à exagérer tout ce qui nous plaît, elle a, comme toute tyrannie, péri par ses propres excès, et l'abus en a fait bannir l'usage; à l'admiration a naturellement succédé le mépris; de sorte qu'aujourd'hui, comme du temps de La Bruyère : « Il n'est pas permis de traiter un homme de philoso» phe, ce sera toujours lui dire une injure. » (Caractères.) — Ce dédain qui s'attache de nos jours à tout ce qui ressemble à ce qu'on appelle système, théorie, etc., exerce tant d'empire sur l'esprit subjugué des praticiens, que la plupart se font gloire de sacrifier à l'empirisme pur, d'élaguer de leurs conceptions tout ce qui aurait trait à l'explication d'un phénomène. Cela cadre trop bien avec notre instinct d'émancipation pour ne pas engendrer beaucoup de prosélytes. « On ne voit que » trop de gens, dit Bacon, qui se plaisent dans une sorte de vertige, » et qui, regardant comme un esclavage la nécessité d'avoir des opi» nions et des principes fixes, veulent jouir d'une entière liberté dans » leurs pensées ainsi que dans leurs actions. » (*Essais de morale, De la vérité*.) — Comme il n'est pas une idée, quelle que soit son extravagance, qui ne trouve des autorités dans l'histoire, nos empiriques s'imaginent ainsi vouer un culte aux doctrines antiques, et faire acte d'une courageuse abnégation à l'égard de certaines idées modernes, qu'ils renient par cela seul qu'elles sont réprouvées dans les hautes régions; car les princes de la science ont leurs courtisans aussi bien que les autres. Malheureusement pour eux, l'histoire, qu'ils invoquent de confiance, leur fait défaut et tourne contre eux-mêmes, car les empiriques primitifs n'étaient pas ce qu'ils imaginent. « Les sectateurs de » Sérapion, dit Zimmermann, étaient de vrais médecins, et les empi» riques de nos jours sont tout au plus d'ignorants apothicaires. » (*De l'Expérience*, liv. I.) Ce qui les entretient dans cette erreur, c'est la persuasion où ils sont et où on les nourrit, que certains illustres praticiens des siècles derniers étaient absolument exempts de théories, erreur étrange dont nous allons chercher à les tirer par un exemple choisi entre mille, et de tous le plus saillant.

Combien de fois n'avons-nous pas entendu dire par de graves orateurs, décorés ou non de la toge professorale, que ce qui fait la gloire des Baillou, des Sydenham, des Stoll et autres, c'est que, dédaignant de vains systèmes, ils ont édifié l'art sur l'observation pure et simple de la marche des maladies et des effets des médicaments? Eh bien, prenons la plus illustre de ces autorités, Sydenham, pour qui j'ai souvent professé et profese encore une admiration sentie; et de peur que nos assertions ne vous paraissent suspectes de partialité, invoquons d'abord quelques témoignages, puis nous en viendrons à l'exposition textuelle des véritables opinions de l'Hippocrate anglais. Un célèbre médecin, son compatriote, auteur d'un estimable traité *sur les devoirs du médecin*, s'exprime en ces termes : « Sydenham, quoique re» connu pour un écrivain purement praticien, est plein d'un raisonne» ment hypothétique qui, néanmoins, ne l'empêche pas d'être très at» tentif à bien observer; aussi doit-on convenir que ses hypothèses » semblent n'avoir été pour lui que de vains spectateurs qui n'ont in» flué ni plus ni moins dans sa pratique. » (Disc. 4e.) Nous verrons bientôt si Grégory lui-même n'a pas un peu sacrifié au respect universel, et si le correctif ajouté à sa critique n'est pas une adulation arrachée par l'éclat d'un grand nom. Cabanis abordant le même sujet, quoique plus courageux, n'en est pas plus exempt d'un soupçon de partialité : « Quoique guidés par de mauvaises théories, dit-il, quel» ques praticiens habiles ont eu, comme Sydenham, la sagesse de n'en » faire aucune application hasardée..... Dans leurs traitements, ils ont » évité de les regarder comme des règles sûres. Par là, leurs erreurs » systématiques n'avaient pour eux *presque* aucune mauvaise consé» quence pratique. » (*Révol. de la méd.*) Voyons donc ce qui en est, et pour ce faire, choisissons parmi les maladies les plus vulgaires, et produisons les textes dans toute leur pureté.

Fièvre intermittente. « En hiver les esprits étant concentrés par le froid se fortifient, ensuite la chaleur du printemps les met en mouvement; et comme ils se trouvent mêlés parmi des humeurs visqueuses que la nature, durant l'hiver, a accumulées dans la masse du sang, quoique ces humeurs soient encore moins visqueuses que celles qui ont été desséchées et épaissies par les chaleurs de l'été et qui causent les fièvres d'automne; les esprits, dis-je, se trouvant embarrassés et comme emprisonnés dans les humeurs visqueuses, font effort pour s'en dégager, et par cet effort produisent l'ébullition qui arrive dans les fièvres du printemps. » (*Méd. prat.* Traduct. de Jault, p. 53.)

Dans les fièvres d'automne, « comme le sang est quelquefois extrêmement altéré, la fièvre qui résulte de cette ébullition est ordinairement d'un mauvais caractère. Au moins se trouve-t-il que le sang dénué de la plupart de ses esprits, et brûlé par les chaleurs de l'été précédent, ne peut avoir qu'une ébullition très faible, et demande un temps fort long pour se dépurer. » (*Ibid.*, p. 58.)

Sydenham établit ensuite un parallèle entre les fièvres intermittentes et les continues. » La différence entre les continues et les intermittentes de cette saison consiste principalement en ce que l'effervescence dans les continues se fait tout de suite et d'un même train, au lieu que dans les intermittentes elle se fait en divers temps et à diverses reprises. Néanmoins, dans les unes et dans les autres, la nature opère la fermentation dans l'espace de *trois cent-trente-six heures* ou environ..... *de même que le vin, le cidre et la bière !!*... etc. » (*Ibid.*, p. 59.)

Il serait difficile de rencontrer un pareil dévergondage d'idées même parmi les systématiques les plus absolus. Mais voyons si ces idées seront réellement sans influence sur la pratique de Sydenham : « *Si on arrête* mal à propos *la fermentation* par l'usage des remèdes rafraîchissants, il n'est pas étonnant que les fièvres tournent en langueur. » (P. 60.) — « Je ne propose d'autre méthode pour le traitement des fièvres intermittentes d'automne que celle qui semble devoir être employée dans les continues *pour que* la dépuration se fasse comme il faut. » (P. 61.) — « Si l'on donne le quinquina de trop bonne heure, il sera peut-être inutile et même dangereux, *parce qu'il* arrêtera tout-à-coup le mouvement de fermentation. » (P. 65.) — « Ne point diminuer par la purgation et encore moins par la saignée la quantité de la matière fébrile, *afin que* le quinquina opère plus librement. » (P. 65, etc.)

Qui donc, aujourd'hui, voudrait souscrire à de pareils préceptes, surtout fondés sur de pareilles théories? Qui reconnaît dans ce pitoyable salmigondis l'illustre Sydenham, ce praticien si *pur*, qu'on nous représente comme affranchi de toute idée systématique et préconçue?

Passons à la *dysenterie* : « Pour venir maintenant aux *indications curatives*,.... j'ai trouvé que c'était une fièvre qui agit sur les intestins, c'est-à-dire que les *humeurs âcres* et *enflammées* qui sont contenues dans la masse du sang et qui l'agitent, sont déposées sur les intestins à travers les artères mésentériques, et étant aidées par le mouvement impétueux des liqueurs qui se portent de ce côté-là, elles forcent les orifices des vaisseaux et donnent moyen au sang de s'épancher par les selles. » ..... « *Tout cela considéré*, il me parut que les *indications qui se présentaient naturellement* consistaient uniquement à faire d'abord, par la saignée, une *révulsion des humeurs*

Maintenant, cette jeune personne marche; elle marche plus qu'à l'ordinaire; car elle m'a écrit qu'elle faisait des courses longues et forcées, après lesquelles elle éprouvait un peu d'engouement et de pesanteur dans les reins, mais qu'elle ne s'en trouvait nullement incommodée.

Ainsi, l'électricité, l'électro-puncture, sont des moyens puissants, énergiques, et même trop énergiques; c'est pourquoi il faut bien savoir user de ces moyens, et remplir toutes les indications et les modification que réclame leur usage, et d'où dépendent les succès.

Calcul vésical. Engorgement utérin. Grossesse présumée.

Au nº 13 de la salle Saint-Augustin, est une femme qui présente un engorgement du corps de l'utérus. Depuis deux mois les règles, qui revenaient toujours exactement aux époques naturelles, n'ont point reparu. Cette femme se croit enceinte. Nous le présumons aussi, sans cependant en avoir acquis la certitude complète.

Nous avons aussi reconnu que la vessie renfermait un calcul tellement volumineux, que la lithotritie nous paraît impraticable; de sorte que pour l'extraire il faut avoir recours à l'opération de la taille. Mais dès son entrée à l'hôpital, cette femme a éprouvé des douleurs atroces qui la privaient de sommeil, et qui se renouvelaient à chaque instant, pour ainsi dire. Elles étaient accompagnées de besoins fréquents d'uriner. L'urine ne coulait que goutte à goutte, et chaque goutte était une horrible souffrance.

Que faire dans de si graves circonstances? Pratiquer de suite l'opération de la taille? Je sais bien que des chirurgiens pensent que les douleurs violentes causées par un volumineux calcul ne peuvent être vaincues que par l'opération; mais depuis long-temps, et depuis 1825, j'ai observé que des hommes qui portaient dans la vessie des calculs très volumineux, très douloureux, et que l'on opérait au milieu de leurs souffrances, succombaient tous après l'opération. Ainsi donc, l'excès de la douleur qu'éprouve cette femme, loin d'être une nécessité urgente d'opérer, a été, au contraire, pour moi, un motif puissant d'ajourner l'opération. J'ai pensé qu'on devait, avant toute manœuvre opératoire, chercher à diminuer la douleur; et pour y parvenir, j'ai fait coucher cette malade sur un lit dur; je l'ai fait baigner: je l'ai condamnée au repos le plus absolu; je lui ai fait pratiquer une petite saignée, appliquer ensuite quelques sangsues. Maintenant j'emploie graduellement l'hydrochlorate de morphine, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. Par cette médication, je suis parvenu à calmer les atroces douleurs de cette malade; maintenant elles sont supportables; mais l'excès des souffrances n'était pas le seul motif qui m'a déterminé à rejeter jusqu'à présent toute pensée d'opération; il en est un autre encore plus grave, et celui-ci, c'est la crainte, et je peux même dire en toute assurance, c'est la certitude que, si cette femme est enceinte, l'opération procurera l'avortement plus facilement à l'époque où en serait arrivée la grossesse. Ainsi donc, deux motifs bien puissants m'ont déterminé jusqu'à présent à ne pas opérer cette malade. Ces deux motifs sont l'excès des douleurs qu'éprouvait cette femme, et la certitudede procurer l'avortement en pratiquant l'opération.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

RÉSUMÉ DU SERVICE DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1843.

Les salles qui constituent le service de M. Bricheteau, renferment 75 lits. Du 1er janvier au 1er juillet 1843, plus de 500 malades y ont été traités de maladies nombreuses et différentes. Ce serait donc un travail fort long et fort difficile que d'exposer un résumé complet des faits pathologiques, anatomiques et thérapeutiques observés dans cet intervalle de temps. Je n'ai pas voulu faire un travail aussi complexe, j'ai cherché uniquement à présenter un résumé pratique. L'objet final de la médecine est la guérison ou le soulagement des malades tout au moins. Mon intention a été d'exposer ici le résumé des faits observés dans le service de M. Bricheteau, conduisant directement à ce but. Dès qu'une réflexion devait rester encore plus ou mois long-temps à l'état de spéculation de l'esprit avant d'arriver à une conséquence pratique, elle sortait du cadre que je me suis tracé. Il convenait de dire tout d'abord dans quelle pensée exclusivement pratique a été conçu ce résumé, ainsi il sera aisé d'accepter de suite son point de départ; plus tard aussi on comprendra mieux pourquoi beaucoup de parties sont et doivent être incomplètes.

Chaque maladie a fait la matière d'un chapitre particulier, autant du moins que j'avais à présenter un certain nombre de réflexions pratiques. Je n'ai point cherché une coordination pour ces chapitres divers, préférant les mettre tout simplement les uns à la suite des autres. En agissant autrement, il eût fallu exposer et justifier longuement mon plan. Or j'aurais toujours trouvé grande difficulté à suivre un plan bien inattaquable. J'ajoute que l'utilité de ce plan ne me semble pas en proportion capable de compenser la perte de temps qu'il eût occasionné.

Enfin je noterai, avant de commencer, que les 75 lits du service sont distribués en deux salles, l'une d'hommes en renferme 54, celle des femmes est composée de 21 seulement. Cette observation générale m'épargnera des redites, elle suffira souvent pour expliquer ou mieux faire ressortir la proportion des malades, différente dans les deux sexes.

Fièvre typhoïde.

Trente-huit malades forment le cadre des fièvres typhoïdes: onze femmes et vingt-sept hommes. Mais il convient d'en retrancher quatre restés dans les salles au 1er janvier et alors guéris ou à peu près; puis deux autres transférés dans le service de M. Delaroque, deux jours après leur entrée. Des réparations nécessaires ont fait évacuer la salle des hommes pendant presque tout le mois de juin.— Total définitif, trente-deux malades traités de fièvre typhoïde.

La maladie paraît surtout avoir été déterminée par une influence épidémique. Du 20 janvier au 20 février, nous avons eu seize cas, c'est-à-dire la moitié; un seul depuis cette époque jusqu'au 20 mars; quatre du 20 au 26 mars; pas un jusqu'au 20 avril, etc. — Les nouveaux venus à Paris semblent avoir été atteints en plus grand nombre, mais ce n'est pas parmi eux que la maladie a été plus meurtrière. Nous désignons du nom de nouveaux venus, les individus arrivés depuis quelques mois, l'acclimatement pouvant être considéré comme bien achevé après dix-huit mois ou deux ans de séjour.

Ordinairement l'invasion de la maladie a été lente, précédée plus ou moins long-temps de symptômes légers. Dans quelques cas rares cette invasion a été brusque. Deux fois l'origine de l'affection typhoïde a été insidieuse et obscure: les deux faits sont dignes de remarque et ont eu une funeste terminaison. — Un premier malade entra pour un simple mal de gorge, disait-il; en effet, on pouvait aisément constater une angine très intense, mais rien ne pouvait faire soupçonner autre chose. Une saignée et une application de sangsues paraissaient avoir amené du soulagement après les deux premiers jours, lorsque nous apprenons le lendemain à la visite que le malade a eu du délire la nuit, dès-lors se dessina une fièvre typhoïde dès plus graves. — Le second individu dont il est ici question a été durant dix ou douze jours en quelque sorte couvant une maladie, pour me servir d'une expression vulgaire; rien d'ailleurs de précis et de caractéristique dans son état. Une nuit, il est pris de délire et le lendemain matin il paraît atteint de méningite; on recourt donc très énergiquement aux émissions sanguines. Le surlendemain seulement la fièvre typhoïde apparaît évidente.

Comme symptômes, il faut surtout noter la stupeur, qui a paru un phénomène constant. Très fréquemment nous avons observé des hémorrhagies et spécialement des épistaxis; elles n'ont pourtant jamais été ni très abondantes, ni très difficiles à arrêter; il a toujours suffi de quelques topiques froids. L'état d'abord saburral de la langue, puis sa rougeur et sa sécheresse ont sans cesse caractérisé l'affection. La douleur du ventre, particulièrement dans la fosse iliaque droite, le gargouillement en ce dernier point n'ont pas manqué. Le dévoiement a été la règle et la constipation une très rare exception. La peau nous a présenté des sudamina et plus encore des taches typhoïdes à peu près constamment. L'auscultation révélait, dans presque tous les cas, le râle typhoïde, etc. — Du reste, il ne faut pas être étonné de trouver toujours ou à peu près, tous les signes de la fièvre typhoïde; nous avons été extrêmement sévère et réservé pour dénommer une affection fièvre typhoïde, et cela dans un but qui va être exposé et développé tout à l'heure.

Dans le plus grand nombre des cas compliqués, les accidents nerveux ont prédominé; un certain nombre de malades ont pourtant présenté la forme adynamique, et quelques-uns la forme mixte ataxo-adynamique. Un étudiant en droit qui a succombé, après avoir eu d'abord des accidents nerveux, extrêmemement affaissé dans les derniers jours, nous offrait non plus des taches typhoïdes, mais de larges ecchymoses, des hémorrhagies sous-cutanées, comme si le sang était sorti des vaisseaux partout incapables de le retenir. Un autre malade qui a également succombé, a eu une abondante suppuration par l'oreille et un érysipèle qui occupait tout le membre supérieur droit. — Les eschares au sacrum ont coïncidé avec les cas les plus graves, sans toutefois empêcher toujours la guérison. Ainsi, une jeune fille avait une eschare de fort grande profondeur, compliquant un état typhoïde très inquiétant. Elle a cependant bien guéri, et la cicatrisation de l'eschare a marché avec beaucoup de rapidité dès le début de la convalescence.

Sur les trente-deux malades soumis à notre observation, huit ont succombé: c'est-à-dire que le rapport des morts aux guéris est de 1 à 4. Ce chiffre paraît d'abord peu favorable, et néanmoins je le considère comme très avantageux. Il devient donc nécessaire d'entrer dans des développements convenables.

Cinq des malades sont morts dans l'espace de quelques jours, du 31 janvier au 7 février. Ce moment est bien celui où les salles contenaient le plus grand nombre de fièvres typhoïdes; mais de cela même il résulte que nous étions sous une influence épidémique, et aussi que cette influence épidémique était de sa nature fort meurtrière. Dans un intervalle de vingt-quatre heures, plusieurs malades furent pris d'accidents cérébraux qu'il fallut juger à peu près irrévocablement mortels; jusque-là, quoique dans un état assez grave, ils n'avaient pas paru menacés d'une funeste terminaison. On ne saurait méconnaître là une coïncidence remarquable, surtout en songeant que tous les malades, alors dans les salles, qui ont échappé à la fatale atteinte de ces vingt-quatre heures, ont

---

âcres, ensuite à adoucir toute la masse du sang et à *évacuer* par la purgation *ces humeurs nuisibles*. » (P. 162.)

Ici la pratique est, en quelque sorte, tellement incarnée à la théorie (et quelle théorie!) qu'il est impossible de l'en isoler.

Voyons pour la *chlorose*: « C'est à des humeurs corrompues accumulées dans le sang et déposées ensuite sur les différents organes que j'*attribue* les pâles couleurs des jeunes filles et *tous les autres maux* dont sont affligées les femmes qui ont long-temps souffert de l'affection hystérique...... *De tout ce que nous avons dit il paraît clairement* que, etc. (P. 408.) De ce beau système *découle* la nécessité de saigner, de purger les chlorotiques, puis de les fortifier! Jamais théorie conduisit-elle à une conduite plus incohérente?

Au sujet de la *chorée*, notre auteur s'exprime ainsi: « Comme cette maladie m'a paru venir d'une *humeur qui s'étant engagée dans les nerfs* les irrite et cause par ce moyen les mouvements convulsifs dont il s'agit, j'ai cru que les indications curatives devaient tendre en premier lieu à *évacuer cette humeur* par la saignée et la purgation, et ensuite à fortifier le genre nerveux. » (P. 525.) Ainsi, pour Sydenham, et *de par sa théorie*, le traitement de la chorée devrait être le même que celui de la chlorose, comme nous avons vu que, pour le même motif, le traitement des fièvres intermittentes devait être le même que celui des fièvres continues. Soutenez donc maintenant que la théorie de Sydenham n'influait pas sur sa pratique.

Phthisie. Les phthisiques sont des gens qui ont les poumons faibles, et les efforts réitérés qu'ils font pour tousser affaiblissent encore davantage cette partie. Les poumons ainsi mal disposés ne peuvent s'assimiler la nourriture qui leur est nécessaire. *De là* un grand amas de *pituite crue* qui accable la poitrine... que les efforts de toux font sortir par les crachats. Il se forme ensuite des ulcères dans les poumons, et la matière purulente rentrant dans le sang l'infecte et le corrompt... Pour comble de maux la diarrhée survient *à cause* de l'humeur purulente que les artères mésentériques déposent sur les intestins.... » Comme en hiver le sang abonde extrêmement en pituite, et que la transpiration arrêtée tout à coup produit une difficulté de respirer, il arrive de là que les sérosités se jettent sur les poumons par les rameaux de la veine artérielle, ou *au moyen des conduits salivaires* elles s'accumulent dans les glandes du gosier, d'où elles tombent dans les poumons par la trachée artère!!! » Oh! Sydenham, quel rêve faites-vous!

« On peut tenter de la guérir en diminuant l'humeur catarrheuse qui se jette sur les poumons. *Pour cela*, il faut employer la saignée du bras, les doux purgatifs..., les *incrassants lorsque l'humeur étant trop claire* ne peut s'évacuer comme il faut par la toux, et les *atténuants lorsque l'humeur trop épaisse* ne sort qu'avec beaucoup de peine, etc. » (Pag. 638.)

Théorisant *in globo* toutes les *maladies chroniques*, Sydenham les caractérise ainsi: « Toutes les maladies chroniques dépendent, si je ne me trompe, d'une même *cause universelle*, qui est l'*indigestion des humeurs... C'est pourquoi* les remèdes fortifiants sont les meilleurs. » (Pag. 462.) Cette page et les suivantes sont curieuses à lire quant à la théorie, et surtout aux conséquences pratiques qui en découlent. Allez donc, sur la foi de cette théorie, traiter toutes les maladies chroniques par les fortifiants! Qu'on vienne nous dire que Sydenham, avec de pareilles idées, dut être heureux dans sa pratique. Du reste, comme Van Helmont et comme Donbie, il est mort victime de ses convictions. Il fut goutteux très long-temps et succomba au *choléra morbus*, affections à la génération et à l'entretien desquelles la bière et surtout le madère ne furent probablement pas étrangers; mais poursuivons.

Telles sont donc les pitoyables hypothèses sur lesquelles ce grand praticien basait ses médicaments. Et c'est ce même Sydenham qui a la naïveté, je n'ose dire l'effronterie, de nous débiter des sentences telles que les suivantes: « Voilà ce qu'une longue expérience m'a appris. J'entends par expérience une pratique fondée sur la *connaissance exacte* des phénomènes des maladies..., une pratique qui tire des symptômes même des maladies ses indications curatives. » Notez, en passant, que Sydenham glorifie le diagnostic comme véritable source de la thérapeutique rationnelle. « Que n'a-t-on pas à craindre, poursuit-il, d'un médecin à systèmes qui, voulant éblouir le public par un vain étalage de science, ne se fonde que sur des spéulations chimériques et des principes arbitraires? Tous deux (l'empirique et le systématique) se jouent indignement de la vie des hommes; tous deux semblent être réunis pour le malheur du genre humain, et ils font plus de ravages que ne feraient les maladies mêmes destituées de pareils secours. » (P. 316.)

« Les lumières que présentent les auteurs ne sont que fausses et trompeuses lueurs très propres à égarer et à faire tomber dans le précipice... C'est que tous leurs écrits ne contiennent presque que des hypothèses qu'a enfantées une imagination déréglée... Leurs descriptions ne sont point fondées sur la réalité des choses, mais sur de *vains symptômes qui servent aussi de base à leurs méthodes curatives*... Voilà comment on néglige d'étudier les opérations de la nature pour se livrer sans ménagement à la fureur des hypothèses. » (P. 327-28.) « Un médecin qui règle sa théorie sur l'expérience ne peut guère se tromper, au lieu que celui qui passe son temps à forger des systèmes..., etc. Cette conduite des médecins spéculatifs, qu'on peut appeler une *prévarication*..., a été cause que la médecine est tombée dans le mépris, » etc. (P. 390.)

Telle est la phraséologie sur laquelle on juge tous les jours Sydenham, sans s'inquiéter de savoir s'il fut en réalité fidèle à ces principes, lesquels cependant sont autant d'arrêts qui le condamnent. Mais comment douter de la bonne foi d'un auteur qui, après ce que nous venons de voir, s'abuse assez sur lui-même (car on ne peut supposer un tel degré d'hypocrisie) pour proférer les affirmations suivantes: « Nos idées ne sont pas le produit d'une imagination échauffée, mais le fruit d'une expérience attentive. « (P. 390.) « C'est *en conséquence des observations* que j'ai faites sur les symptômes naturels de la passion hystérique, que j'ai formé mon *hypothèse*, par laquelle j'ai établi l'affaiblissement des esprits pour cause de cette maladie; en sorte que ce *raisonnement n'est venu qu'après l'expérience*: et certes, si j'avais commencé par raisonner, au lieu de commencer par observer, *j'aurais bâti en l'air*, et j'aurais été aussi imprudent que celui qui voudrait placer le toit d'un édifice avant que d'en avoir jeté les fondements! » (P. 499.) Indépendamment de ce qu'en réalité la théorie de l'affaissement des esprits est *bâtie en l'air*, nous avons vu que Sydenham, ici, en impose évidemment, car ce fut la théorie qui le conduisit à des pratiques abstruses. Et voilà deux siècles bientôt qu'on a la simplicité de le croire sur parole!

Ce n'est donc pas pour avoir séparé la pratique de la théorie que Sydenham mérite notre estime, c'est pour les faits d'observation pure qu'il a recueillis en grand nombre et consignés dans maint endroit de ses Œuvres, et en dehors de ses prévisions. Il nous paraît avéré que cet habile homme savait exploiter aussi l'empire des mots sur les idées, et la puissance du style sentencieux, comme lorsqu'il prétend qu'au changement de ces constitutions médicales, qu'il a rêvées, ses premiers malades couraient de grands risques avant qu'il eût *découvert* la véritable méthode de traitement. Le mot est dur, mais il relève de l'histoire: Sydenham fut charlatan..... au même titre que Galien et tant d'autres que nous vénérons, car la perfection n'est pas dévolue à l'humanité. Conclusion: Nous dirons de Sydenham ce que Bacon disait déjà d'Aristote: « Que si dans ses traités il est souvent question de l'expérience, il ne faut pas s'en laisser imposer par le petit nombre de faits qu'on y trouve; ses opinions étaient fixées d'avance. » (*Nov. Organ.*, aphor. 63.)

Cessez donc de nous dire que les grands praticiens n'avaient pas de systèmes. N'était-ce pas un théoricien que ce grand Boerhaave qui fonda l'iatro-mécanique, qui professait tant d'admiration pour ce même Sydenham, et que l'on consultait pourtant de tous les points du globe? N'étaient-ce pas des théoriciens que Stahl, Fréd. Hoffmann, Cullen et tant d'autres hommes illustres qui furent à la fois praticiens obsédés et fondateurs de systèmes? N'était-il pas théoricien, ce fameux généralisateur de la polycholie, ce Stoll que les modernes élèvent sur un piédestal? En vérité, tant d'inconséquences vont se loger dans le cerveau des prétendus savants, qu'on serait tenté de leur appliquer ce que le personnage comique de Beaumarchais avait l'impertinence de dire des gens d'esprit. Disons-donc encore avec Bacon: « Lorsque les hom-

parfaitement guéri. — Deux malades parmi ces cinq doivent être mentionnés : un homme de trente-deux ans et une femme de vingt-sept, tous deux d'une constitution athlétique, avec les plus superbes apparences de la force et de la santé. Nous n'avons aucun renseignement sur l'origine de la maladie; les plus terribles accidents avaient déjà éclaté lors de la première visite après leur entrée : rien ne put amender ces accidents, et les deux malades ont succombé, l'un trois, et l'autre cinq jours après leur venue à l'hôpital.

Pour quelques-uns des individus morts de fièvre typhoïde, nous avons eu connaissance plus tard d'émotions morales pénibles, qui auront dû exercer une action fâcheuse sur la maladie. — L'un d'eux avait dû se marier quelques jours après son entrée dans les salles; sa future femme, domestique, était grosse de plusieurs mois, et, avec ses économies d'avance mises en communauté, le malade avait payé une partie d'un fonds de jardinier qu'il venait d'acheter. Son état était toujours fort aggravé par les visites de cette femme, au point qu'il fallut finir par les défendre. — Un second se trouvait dans une position plus triste et surtout plus misérable, avec une femme dont il était depuis plusieurs années le mari non légitime, et de laquelle il avait cinq ou six enfants. — Il faut parler encore, à ce propos, du jeune étudiant en droit déjà cité plus haut; il était parent d'une de nos religieuses, et c'est pour cela qu'il était venu à l'hôpital. Nous l'avons observé au mois de mars, exténué par les excès d'un carnaval bien rempli, ayant passé durant un mois toutes ses nuits au bal, ou à peu près, et ses journées dans une étude d'avoué où il fallait absolument aller travailler. Ce jeune homme redoutait par-dessus tout une fièvre typhoïde, depuis la mort d'un de ses amis par cette cruelle maladie; malgré toutes les précautions prises, il est à craindre qu'il n'ait connu son état.

Enfin, la raison principale pour laquelle j'ai trouvé fort satisfaisant le chiffre de la mortalité, c'est le soin extrême avec lequel j'ai refusé la dénomination de fièvre typhoïde à tout ce qui n'en présentait pas bien évidemment tous ou presque tous les caractères. Ce qu'on désigne partout du nom de fièvre typhoïde légère a été élagué et ne figure point parmi nos trente-deux cas : tous ceux-ci ont eu au moins une certaine gravité. Je dois ajouter que les fièvres typhoïdes légères n'ont pas été, il est vrai, très communes; cela résulte de ce qui a été dit précédemment du caractère de léthalité de l'épidémie qui a régné en janvier et février. Néanmoins, un certain nombre ont passé sous nos yeux, qui auraient suffi pour nous faire arriver à un chiffre brillant dans la proportion des guérisons et des morts. Mais, pour cela, il eût fallu renoncer à la distinction utile et même essentielle, que nous avons préférée..... De l'aveu des hommes les plus divisés sur la maladie dont nous parlons, les fièvres typhoïdes légères guérissent parfaitement seules : un traitement peut soulager plus ou moins promptement les malades; mais pour la guérison définitive, il n'est nullement indispensable. Ces affections n'offrent jamais de gravité; pour elles, l'intervention du médecin n'est pas plus essentielle que dans beaucoup d'autres indispositions dont les malades ne tiennent aucun compte.

Par conséquent, il ne serait pas rationnel de faire entrer ces fièvres typhoïdes légères dans un tableau destiné à établir le rapport des succès et des revers. En vérité, y a-t-il une relation, au point de vue du résultat thérapeutique, entre la fièvre typhoïde légère, guérissant nécessairement, et celle qui revêt une forme grave, trop souvent mortelle? Tous les auteurs ayant traité de ce sujet ont pourtant commis cette incroyable confusion. Malheureusement ce n'est que multiplier les guérisons à plaisir et couvrir d'un voile, qui ne cache rien, des résultats, hélas! trop réellement décourageants.

Je serai plus court touchant les vingt-quatre fièvres typhoïdes terminées par la guérison des malades; pour celles-ci, il me suffira d'indiquer la durée de la maladie. Cette durée a été, moyennement, de vingt-cinq jours; quelques individus ont cependant séjourné dans le service quarante et cinquante jours. Les cas mortels ont été généralement plus rapides dans leur marche, ou du moins la terminaison a été plus prompte. Il en est trois néanmoins qui ont duré vingt-deux, vingt-trois et trente et un jours.

Le traitement n'a pas été dirigé d'une manière exclusive; la physionomie spéciale du malade ou de la maladie, la nature des complications modifiaient aussi la médication employée. Durant les premiers temps de la maladie, les purgatifs étaient ordinairement prescrits, précédés en général d'un éméto-cathartique. Ce traitement a été appliqué à presque tous les malades, du moins à tous ceux qui sont venus dès les premiers jours de l'affection. Un soulagement notable en résultait à peu près immédiatement; souvent après le vomitif administré le premier jour, le malade accusait une amélioration très grande, surtout dans la céphalalgie. Les purgatifs ont été employés seuls un assez bon nombre de fois; répétés tous les deux jours, deux jours sur trois, suivant l'indication spéciale. C'était l'eau de Sedlitz, une bouteille, ou deux verres. Le dévoiement ne détournait pas de cette méthode générale. Elle a été mise en pratique et continuée très activement chez une jeune fille ayant un délire très intense, une grande fréquence du pouls et un dévoiement fort abondant. Cinq bouteilles d'eau de Sedlitz ont été prescrites en six jours, et la malade paraissait aller mieux à chaque purgation nouvelle. Malgré les bons effets des premières, le camphre leur a été cependant associé dans les derniers jours à la dose de 1 et 2 grammes en lavement. Du reste, il y a eu guérison.

Le camphre est en effet un agent thérapeutique qui a été assez fréquemment prescrit dans certaines formes de la fièvre typhoïde (c'était toujours en lavement, à la même dose de 1 et 2 grammes). Plus d'une fois il a donné d'heureux résultats. Les cas de délire sont ceux pour lesquels il était surtout réservé, et c'est alors aussi qu'il paraît réussir plus spécialement. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le camphre nous a dès lors semblé indiqué assez souvent, puisque j'ai noté ailleurs que le délire avait été la complication la plus fréquente. L'étudiant en droit dont il a été parlé déjà, s'est d'abord bien trouvé de ce moyen; l'agitation et le délire avaient diminué les premiers jours, le pouls était descendu de 120 à 108; mais plus tard il ne put prévenir une fatale terminaison, non plus que les toniques qui lui furent associés..... Au contraire, l'amélioration a persisté dans quelques autres cas, et notamment chez un jeune homme, malade en même temps que le précédent, dont l'état a long-temps inspiré de sérieuses inquiétudes. Au total, les faits qui ont été observés dans le service, nous donnent assez de confiance dans l'efficacité du camphre contre la fièvre typhoïde, avec prédominance des symptômes cérébraux.

Rarement les émissions sanguines ont paru indiquées. Plus haut nous avons mentionné, comme intéressant à un autre titre, deux faits dans lesquels elles ont été employées en quelque sorte par erreur. Il faut en ajouter deux autres, dans lesquels les malades, types du tempérament athlétique, étaient pris d'accidents cérébraux très inquiétants; ici l'indication devenait évidente. Enfin deux autres malades avaient été saignés avant leur entrée. Des six, cinq ont succombé. Non pas que ce triste résultat doive être imputé aux émissions sanguines; il y aurait insigne mauvaise foi à apprécier ainsi cette méthode thérapeutique. Seulement, avec les faits actuellement soumis à notre analyse, il faut suspendre tout jugement, puisque faute d'indication en des cas guérissables, les émissions sanguines n'ont pas été essayées.

Les toniques ont été peu dirigés contre la fièvre typhoïde à titre de moyen thérapeutique unique. Nous n'en avons en effet qu'une seule observation. Le malade était au quinzième jour de l'affection, avec les signes manifestes d'adynamie profonde, la langue couverte d'un épais enduit bilieux. Il a été mis immédiatement à l'usage quotidien d'une potion avec l'extrait de quinquina, et il est sorti guéri vingt jours après. Hors de ce fait, les purgatifs avaient d'abord précédé l'administration des toniques; ceux ci remplaçaient les premiers lorsque la maladie revêtait la forme adynamique. Ou bien d'autres fois, lorsque des désordres nerveux plus ou moins considérables étaient remplacés par les signes d'une grande dépression vitale, les toniques ont été ordonnés. En cette circonstance, les purgatifs prescrits d'abord avaient fait place ensuite au camphre durant les complications cérébrales, et les toniques venaient comme troisième médication. Dans ces conditions diverses, mais qui sont bien spécifiées, les toniques ont été utiles. Pour moi, je crois une grande efficacité à ce mode de traitement, en le restreignant, bien entendu, ainsi qu'il vient d'être fait. Les observations sur lesquelles repose ce travail m'autorisent à avoir cette opinion, et j'y suis plus engagé encore par les faits dont j'ai été témoin dans le service auquel j'étais précédemment attaché, service où les toniques étaient plus généralement employés.

Il reste peu à dire pour terminer l'histoire des moyens dirigés contre la fièvre typhoïde, du moins dans le service et pendant l'intervalle dont je m'occupe. — Les vésicatoires aux jambes, les sinapismes aux jambes et aux cuisses ont souvent aidé l'action des autres moyens, principalement dans la forme ataxique : ces révulsifs ont, sans aucun doute, contribué pour leur bonne part à la guérison dans les cas heureux.....; et d'ailleurs s'il est difficile de faire la part de chaque agent thérapeutique alors que nous avons concurremment ou successivement eu recours au camphre, aux toniques, aux révulsifs vers les extrémités, dans des cas semblables il vaudrait mieux les cumuler aussi de nouveau. — Enfin, chez deux malades désespérés, avec la forme ataxo-adynamique, des applications de glace ont été faites sur la tête, mais sans résultat avantageux : tous deux ont succombé.

Maintenant se présente l'importante question de la convalescence des fièvres typhoïdes; mais je fais un travail sur des observations recueillies dans les hopitaux : c'est dire assez que je n'ai aucun élément pour traiter cette question pourtant bien essentielle.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 février 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. Devilliers annonce à l'Académie que le Conseil municipal de la ville de Paris vient de voter les fonds nécesssires à l'achat d'un terrain de sépulture pour les restes de Bichat.

— *M. Rochoux*. Si la discussion sur les tumeurs du sein doit se prolonger au delà de cette séance, je demande qu'elle soit continuée dans des séances extraordinaires, comme cela s'est fait déjà pour d'autres discussions.

M. Bousquet. M. Rochoux oublie que l'Académie n'est pas ici chez elle, et que ce qu'il demande est impossible à cause du dérangement que l'Académie occasionne déjà à la Faculté pour la Bibliothèque.

— *M. Ségalas*, en son nom et au nom de *M. Gimelle*, lit un rapport sur un instrument et deux mémoires présentés à l'Académie par M. le docteur *Cornay*, de Rochefort, rapport demandé par M. le ministre du commerce et de l'agriculture.

---

mes ne s'accordent que par l'effet d'un même préjugé et d'une même déférence pour une autorité qui les subjugue tous, c'est plutôt un assujettissement commun, une coalition d'esclaves qu'un vrai consentement. » (*Nov. organ.*, aph. 77.) Pensée que Voltaire exprimait par ces mots irrévérencieux : « Les sots admirent tout dans un auteur estimé. » (Candide.)

L'empirisme moderne né de l'abus et, conséquemment, du mépris, de la haine des théories, s'est fortifié de l'horreur calculée pour la localisation, l'organicisme et tout ce qui vise à la science positive. Dussé-je ajouter à l'agacement nerveux des adversaires de ces idées, je ne puis me priver d'emprunter un argument à Broussais lui-même : « La médecine empirique, dit-il, qui consiste à garder la mémoire des symptômes qu'on a observés et des remèdes qui ont été utiles ou nuisibles, sans se permettre aucune explication physiologique, est impraticable, parce qu'un seul organe lésé produit une foule de symptômes divers qui se combinent avec ceux qui dépendent de plusieurs autres organes dans des nuances infiniment variées. On ne peut remédier à cette confusion qu'en rapportant les symptômes aux organes. » (Propos. 460.) Quel est l'empirique déterminé qui, de nos jours, oserait traiter une affection fébrile sans s'enquérir des organes qui peuvent être lésés? Lequel oserait traiter une affection pulmonaire sans chercher à en déterminer l'espèce, à l'aide des procédés que l'art possède? Mais à quoi bon argumenter en faveur d'une thèse aussi flagrante? La théorie est inhérente à la pratique; l'empirisme pur est une chimère, ou, s'il existe, c'est un fléau. Cette vérité est si bien sentie, qu'en face d'un fait donné l'empirisme perd le courage de son opinion et ne manque jamais de déduire les motifs de ses actions. « Une théorie est indispensable à la médecine clinique, a dit Fodéré, et les empiriques les plus grossiers en ont une. » Vous administrez un cataplasme *parce qu'il* amollit, un vésicatoire *parce qu'il* irrite, une saignée *parce qu'elle* affaiblit, le quinquina *parce qu'il* tonifie. Il est si vrai que vous faites alors de la théorie, que si vous avez mal apprécié l'indication, vos remèdes pourront produire un effet tout contraire. La chance d'erreur est précisément ce qui constate la réalité de l'intervention du raisonnement. Faut-il donc tant de frais de logique pour vous convaincre de votre qualité d'être raisonnant, sinon raisonnable?

L'illusion des empiriques prétendus les conduit quelquefois aux déductions les plus burlesques; par exemple, on avait lieu de croire jusqu'ici que le systématique, le théoricien, était celui qui bassit ces déterminations sur des motifs abstraits, nébuleux, contestables, invisibles et intangibles, tandis que l'homme positif était celui qui s'en tenait au témoignage des sens et aux inductions rigoureuses. Pas du tout, l'ordre est interverti : ce sont les esprits positifs qui maintenant sont les systématiques; et ce sont les rêveurs, les Ixions amoureux des nuages qui se vantent de rester dans les faits qui se proclament empiriques, en un mot. Ainsi, vous faites remarquer que dans la fièvre typhoïde il n'y a parfois ni fièvre ni typhus, mais que l'intestin grêle est toujours le siége d'ulcérations que vous faites toucher au doigt et à l'œil, et vous leur attribuez naturellement un rôle capital dans la maladie. Eh bien! vous êtes un théoricien, un systématique; les hommes positifs, conséquents, logiques sont ceux qui nient ces lésions, leur refusent toute valeur et font reposer l'essence du mal sur je ne sais quel principe septique, putride, etc., que personne n'a vu, dont aucun ne se fait une idée nette, et dont nous ignorons parfaitement la source, le mode d'action et surtout les moyens curatifs.

Prof. Forget.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Prompte guérison des plaies des vésicatoires; par M. le Dr Seidlitz, de Saint-Pétersbourg.

Tous les praticiens connaissent les difficultés que l'on éprouve souvent pour arriver à obtenir la cicatrisation des plaies résultant de l'application des emplâtres vésicants; tous savent que ces exutoires résistent quelquefois pendant long-temps à l'emploi des moyens divers que l'on a conseillés contre eux. Cependant, lorsque le but que le médecin s'est proposé en prescrivant le vésicatoire a été atteint, il est d'un haut avantage de ne pas laisser continuer plus long-temps la suppuration, au moins dans un grand nombre de cas. C'est donc rendre un véritable service aux thérapeutistes que de leur faire connaître le traitement si simple que M. le docteur Seidlitz met en usage dans les circonstances de ce genre, et auquel il a dû des succès constants.

Ce professeur, pour parvenir à la cicatrisation rapide des vésicatoires, les fait recouvrir, après l'évacuation de la sérosité, d'une couche de coton ouaté, comme on le fait pour le pansement des brûlures, et il laisse cette couche en place jusqu'à l'entière guérison des plaies.

(Petersburger Journal fuer Natur-und Heilkunde.)

Arcane hollandais contre l'épilepsie.

Le remède anti-épileptique tenu secret, depuis deux cents ans, dans les familles des barons hollandais Stoet et de Rhemen, remède qui a joui et jouit encore, tant en Hollande qu'à l'étranger, d'une grande réputation, est composé d'après la formule suivante :

Pr.	Poudre de racine de dictamme blanc,	16 parties.
	Poudre de racine de zédoaire blanche,	1

La dose à laquelle on administre cette poudre est, pour les enfants, la quantité qu'on en peut prendre avec la pointe d'un couteau, et pour les sujets au-dessus de dix ans, ce qu'un dé à coudre ordinaire peut en contenir. On la fait prendre le matin, à jeûn, délayée dans de l'eau distillée de fleurs de tilleul.

Cette communication est due à un auteur anonyme qui dit avoir fait, avec ce médicament secret, des essais dans un grand hôpital, sans en avoir obtenu aucun succès. *(Casper Wocheschrift, etc.)*

Bons effets de l'Esprit de Mindererus appliqué topiquement dans les cas d'hydrocèle; par M. le docteur Mauthner.

M. Mauthuer rapporte qu'on emploie avec le plus grand succès, dans l'hôpital des Enfants malades de Vienne (Autriche), l'esprit de Mindérérus ou acétate liquide d'ammoniaque dans le traitement de l'hydrocèle des enfants. La forme sous laquelle on prescrit ce médicament pour cet objet, est la suivante :

Pr.	Esprit de Mindérérus,	30 grammes.
	Eau distillée,	30

M. S. A.

pour une lotion destinée à l'usage externe. On en imbibe des compresses en plusieurs doubles, et l'on en enveloppe la partie malade; on a soin de réimbiber les compresses à mesure qu'elles commencent à devenir sèches.

Suivant l'auteur, au bout d'un mois de l'application incessamment soutenue de cette solution, les hydrocèles les plus forts avaient complétement disparu. *(Hufeland's Journal.)*

Guérison de la fièvre intermittente par l'application de l'huile essentielle de térébenthine; par M. Carl Hayny, chirurgien à Jungbunzlau.

Deux individus étaient restés affectés d'une fièvre intermittente tierce depuis le printemps jusqu'à l'automne; et bien qu'ils eussent eu recours à l'emploi d'un grand nombre de médications, la maladie avait opiniâtrement résisté.

M. Hayny crut, dans cette occurrence, devoir recourir à l'emploi du moyen déjà conseillé par le docteur Burdach, les frictions sur le rachis avec l'huile volatile de térébenthine. En conséquence, il fit frictionner, matin et soir, la colonne vertébrale de chacun de ces deux malades avec 15 grammes de cette essence.

Dès la première friction, l'accès qui suivit se montra moins violent que les précédents, et il n'en survint plus que deux autres, après quoi la maladie céda pour ne plus reparaître.

(Œsterr. med. Wochens.)

L'instrument est le lithéréteur que nous avons déjà décrit dans nos compte-rendus de l'Académie des sciences, instrument destiné à retirer sans douleur de la vessie les gravelles et les détritus de la lithotritie.

Des expériences sur le cadavre ont été faites l'été dernier à l'Ecole pratique, sous les yeux de la commission, par M. Cornay lui-même. Le résultat n'en a pas été heureux. La canule qui devait aller chercher des graviers et des fragments de pierre dans la vessie, n'a pu être introduite dans cet organe, et plusieurs déchirures de l'urètre ont été la conséquence des tentatives répétées de cathétérisme. La commission dut ajourner son rapport.

Plus tard M. Cornay écrivit à l'Académie que des essais de son instrument avaient été faits sur le cadavre et sur le vivant à l'hôpital Beaujon. La commission s'empressa de s'informer de ce qui s'était passé, et des renseignements pris à bonne source ayant appris que d'un côté les expériences sur le cadavre n'avaient réussi qu'incomplétement, que de l'autre, il avait fallu renoncer à l'emploi du lithéréteur sur le malade à cause des douleurs qu'il produisait, la rédaction du rapport a été ajournée une seconde fois.

Plus tard encore, M. le ministre du commerce et de l'agriculture a invité l'Académie à faire son rapport sur l'instrument de M. Cornay; alors la commission n'a pas cru devoir attendre plus long-temps.

M. le rapporteur examine d'abord les mémoires de M. Cornay. Les conclusions feront connaître les opinions de la commission à cet égard. Quant à l'emploi de l'instrument sur le vivant, M. Ségalas rapporte une lettre qui lui a été adressée par M. Laugier, dans le service duquel la tentative a été faite, et à qui M. Ségalas avait demandé des renseignements. M. Laugier dit que deux essais ont été faits sous ses yeux sur un malade affecté de plusieurs calculs vésicaux et traité par la lithotritie. Chaque fois que M. Cornay a fait l'application de son appareil, le malade venait de subir l'opération du broiement, et des fragments de calculs avaient été plusieurs fois saisis et écrasés sans douleurs notables, et sans que l'urine, après le broiement, fût sanguinolente. L'appareil de M. Cornay appliqué, et le vide produit par quelques coups de piston, le liquide de l'injection est sorti avec rapidité de la vessie pour se précipiter dans le récipient, en entraînant quelques graviers très petits et de la poussière qui le rendait trouble. Cela a eu lieu les deux fois avec de *vives douleurs* pour le malade, d'ailleurs très courageux, et le liquide, au moins une fois, *était sanguinolent*. M. Laugier n'a trouvé aucun avantage pour l'expulsion des graviers dans l'emploi de cet instrument, et il le regarde comme inutile et nuisible jusqu'à nouvel examen, qu'il laissera faire à d'autres chirurgiens.

La commission partage entièrement la manière de voir de M. Laugier. Elle se plaît à rendre hommage à M. Cornay; mais elle estime que dans l'état actuel de l'art l'appareil imaginé par ce médecin devient superflu, et qu'en outre il y a des conditions où il serait dangereux de l'employer, telles que celles de vessie fongueuse, de vessie irritée ou irritable.

Elle propose de répondre à M. le ministre :

1° Que le premier mémoire de M. Cornay contient des erreurs graves sur les moyens généralement mis en usage pour faire sortir de la vessie les détritus qui résultent du broiement de la pierre dans ce réservoir.

2° Que le second travail de M. Cornay est exclusivement relatif aux essais faits avec ce qu'il appelle son lithéréteur.

3° Que le lithéréteur, qui constitue un appareil fort compliqué, est d'une manœuvre difficile et d'une application douloureuse, et qu'aux indications qu'il pourrait remplir on satisfait sans peine pour le chirurgien et presque toujours sans souffrance pour le malade par des injections pratiquées avec une sonde de gomme élastique et une seringue à lithotritie.

La commission propose, en outre, de remercier M. Cornay pour ses communications.

M. Blandin. L'opinion du rapporteur me paraît un peu sévère. Je ne connais l'instrument que par ce qui vient d'en être dit, je ne puis donc en parler qu'avec ces seuls éléments. M. Ségalas dit qu'une sonde en gomme élastique suffit pour extraire les détritus. Pas toujours, dans quelques cas, dans et ceux surtout de la paralysie de la vessie une simple sonde est insuffisante. Les essais tentés sur le cadavre ont-ils donc été aussi défavorables qu'on le dit? Je ne le crois pas. Les déchirures de l'urètre et autres accidents sur le cadavre de l'Ecole pratique peuvent avoir été occasionnés ou par un rétrécissement ou par inhabileté dans la manière d'introduire l'instrument. A Beaujon, sur le cadavre, douze graviers ont été introduits dans la vessie et neuf ont été extraits, c'est un beau succès. Quant aux essais sur le vivant, c'est plus sérieux. La lithotritie n'avait pas fait souffrir, dit-on, et l'instrument a occasionné des douleurs; les liquides n'étaient pas sanguinolents et ils le sont devenus après. Mais ces accidents sont-ils bien le résultat de l'application de l'instrument, et n'ont-ils pas été préparés par la lithotritie elle même?

M. Ségalas. Je commence par dire que jusqu'à présent j'ai pu constamment extraire les détritus provenant du broiement de la pierre dans les cas de paralysie de la vessie, soit à l'aide des instruments de lithotritie, soit à l'aide des injections faites avec une sonde en gomme élastique et une seringue à lithotritie. Je pourrais citer un très grand nombre de faits; je me bornerai à n'en rappeler que deux. L'un qui remonte à douze ou quinze ans, et qui s'est passé sous les yeux de notre honorable collègue M. Baron. La vessie était paralysée, et cependant les détritus d'une très grosse pierre ont été entièrement éliminés, si bien que le malade a vécu une dizaine d'années encore sans ressentir aucun symptôme de la pierre. L'autre tout récent qui a eu pour témoin M. Nacquart, ici présent; ce malade depuis long-temps ne rend pas une seule goutte d'urine sans le secours de la sonde, et cependant les détritus d'une grosse pierre ont pu être extraits à l'aide des instruments ordinaires de lithotritie et des injections faites avec une sonde en gomme élastique et une seringue à lithotritie. Quant aux essais faits sur le cadavre à l'Ecole pratique, je les ai seulement rapportés; je n'en ai présenté que l'historique.

M Amussat trouve aussi le rapport peut-être un peu sévère; il ne voudrait pas qu'on décourageât l'auteur; cependant il ne peut approuver son instrument. Dans les cas où l'extraction des détritus est difficile, il se sert avec le plus grand avantage d'une cuiller qu'il a imaginé à cet effet.

M. Ségalas répond qu'il s'en sert aussi dans quelques circonstances.

M. Gimelle insiste sur la justesse des conclusions, qui ne lui paraissent pas assez sévères.

M. Petit, membre correspondant, assure que l'instrument de M. Cornay est tout à fait semblable à un instrument imaginé depuis longtemps par M. Charrière.

M. Roux. Je demanderai seulement, et comme simple renseignement, à l'honorable rapporteur, si la lithotritie est favorable dans les cas de paralysie de la vessie; puis si elle a une influence plus favorable que la taille sur le retour de la contractilité de cet organe.

M. Ségalas. Je réponds d'abord que si je dois m'en rapporter à ma propre expérience, les cas de paralysie de vessie, loin d'être contraires à la lithotritie, seraient, au contraire, favorables à cette opération, parce qu'alors la vessie ne se révolte pas, pour ainsi dire, contre les instruments, et que l'extraction des produits du broiement se fait d'ailleurs sans peine par les moyens que j'ai indiqués. Quant à la question de savoir si, chez un malade dont la vessie est paralysée, il y a plus de chances pour la guérison de la paralysie par la taille que par la lithotritie, je ne puis répondre d'une manière absolue. Ce que je peux dire, c'est que j'ai lithotritié un très grand nombre de malades dont la vessie était paralysée; que chez plusieurs la vessie a recouvré sa faculté contractile, et que chez d'autres il a fallu continuer l'usage des sondes. En aurait-il été autrement sous l'influence de la taille? Je l'ignore.

M. A. Bérard demande quelques explications sur les motifs qui ont décidé M. Cornay à s'adresser au ministre du commerce. Sans vouloir jeter la moindre défaveur sur ce confrère, que je crois honorable, n'y a-t-il pas, pour l'Académie, dans cette démarche excentrique, un motif légitime de suspicion?

M. Lisfranc. Les expériences faites sur le malade de l'hôpital Beaujon ne sont pas concluantes. Remarquez que l'instrument de M. Cornay a été introduit immédiatement après la lithotritie. Or, et sur ce point je puis dire *experto credite Roberto*, après la lithotritie, l'irritabilité du canal et de la vessie est excessive, quel que soit l'instrument qu'on introduise la douleur est très vive; et si celui de M. Cornay en a déterminé, tout autre l'aurait fait également. Cet essai ne prouve donc rien, ni pour, ni contre; il aurait fallu introduire le lithéréteur à une époque plus ou moins éloignée de la lithotritie.

Mais on vient de soulever une autre question, et l'on s'est demandé si dans le cas de paralysie de la vessie, la taille vaut mieux que la lithotritie. Je suis d'accord avec messieurs les lithotriteurs que la lithotritie est facile dans les cas de paralysie de la vessie. J'ai long-temps suivi la pratique d'un chirurgien, à qui une thèse de concours donna une grande réputation pour la taille, et qui en pratiquait beaucoup; c'est de Dupuytren que je parle; eh bien! j'ai vu qu'après cette opération la paralysie persistait, et d'après ce que j'ai vu, je suis porté à penser que la taille n'a aucune influence favorable, au contraire, sur la contractilité de la vessie. D'un autre côté, si nous invoquons le raisonnement et l'analogie, nous voyons qu'il est un certain nombre de cas, et il n'est pas un praticien des grands hôpitaux qui n'en ait vu, dans lequel le séjour d'une simple sonde en gomme élastique suffit pour faire cesser la paralysie. Or si une simple sonde produit ce résultat, que ne devra pas produire la lithotritie qui d'un calcul égal et poli sur sa surface, rend des fragments anguleux, dont les instruments irritent les parois de la vessie? Il est certain que la vitalité de cet organe est augmentée après la lithotritie, de sorte que si sa contractilité pouvait être représentée par 5, elle est de 50, de 60, de 80, et même de 100 après la lithotritie.

Je me résume et je dis que dans les cas de paralysie de la vessie, la lithotritie me paraît préférable à la taille.

Et sur le sujet même du rapport, les expériences me paraissent insuffisantes pour juger l'instrument de M. Cornay.

M. le président. Formulez-vous une proposition?

M. Lisfranc. Oui, je voudrais qu'on ajoutât aux conclusions que les expériences n'ont pas été assez nombreuses pour porter un jugement définitif sur le lithéréteur.

M. Oudet. Il n'y a pas de rapport à faire puisque l'instrument est connu.

M. Ségalas. Le rapport est demandé par le ministre, et l'Académie ne peut s'empêcher de répondre.

M. Blandin. Alors même que l'instrument serait connu, ce ne serait pas une raison de le rejeter, car son application pourrait être nouvelle. Je ne partage pas l'opinion de M. Ségalas, qu'il soit toujours facile, à l'aide des instruments que nous possédons, d'extraire les fragments des calculs. Je me rappelle à cet égard un fait de lithotritie pratiqué par notre honorable rapporteur lui-même. La vessie lui vidée avec les instruments ordinaires. Eh bien, plus tard, et je peux l'attester, car je l'ai attesté anatomiquement, j'ai retrouvé un fragment de calcul dans la vessie. Je crois donc qu'il serait utile que nous puissions disposer d'un instrument plus parfait que ceux que nous possédons, et je maintiens que les deux expériences faites sur celui de M. Cornay sont insuffisantes pour légitimer la sévérité du rapport.

Je demande donc formellement que le rapport soit renvoyé à la commission pour plus ample informé.

M. Ségalas. Qu'est-ce, en dernière analyse, que l'instrument de M. Cornay? Une ventouse très compliquée, d'une application difficile, qui exerce la succion dans la vessie, comme pourrait le faire une seringue par l'intermédiaire d'une sonde. Quant au malade dont a parlé M. Blandin, je me le rappelle aussi. De ce que deux années après la lithotritie, M. Blandin a trouvé des concrétions phosphatiques dans une vessie paralysée qui ne rendait pas une goutte d'urine sans le secours de la sonde, notre collègue conclut que j'ai dû y laisser un fragment de calcul, quoiqu'il sache bien que le malade avait recouvré une bonne santé par l'opération. Eh bien, moi, qui ai trouvé la pierre à ce malade une année après que M. Blandin l'avait sondé, je n'oserais pas affirmer que lors de cette première exploration de M. Blandin il eût une pierre dans la vessie, quoique, d'après sa relation, il fût déjà en proie aux douleurs qui lui ont fait réclamer mes soins.

M. Dubois (d'Amiens). Il y a dans le rapport une proposition qui me semble tout concilier. La commission engage l'auteur à continuer ses essais, cela n'est-il pas suffisant?

M. A. Bérard. L'Académie répond au ministre, et non à M. Cornay, à qui elle n'a rien à conseiller. Son instrument n'offre rien de bon ni de nouveau, et je vote de tout mon cœur pour les conclusions telles qu'elles.

MM. Dubois (d'Amiens) et *Bégin* ne voient aucun inconvénient à reconnaître que les essais n'ont pas été assez nombreux de la part de M. Cornay, pour porter un jugement définitif sur son instrument.

Les conclusions du rapport, avec cette légère modification, sont adoptées.

M. Blandin, pour un fait personnel. M. Ségalas se serait mépris s'il avait cru que j'aie voulu dire autre chose, si ce n'est que l'on éprouve quelquefois de la difficulté à extraire les fragments de calcul. J'ai cru pouvoir en citer un exemple : M. Ségalas soutient que c'était un noyau de nouvelle formation; cela peut être et je ne veux pas soutenir le contraire. Ce que je sais seulement, c'est qu'un an auparavant, quoique M. Ségalas semble en douter, j'avais parfaitement constaté la présence d'un calcul.

— *M. Caventou* lit une note sur l'opium indigène : nous l'avons reproduite déjà dans nos comptes rendus de l'Académie des sciences.

La séance est levée après cinq heures.

NOUVELLES.

Par suite d'un concours auquel ont pris part MM. Barthès, Mathœi, Pons et Fournier, M. Barthès vient d'être nommé chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Montpellier.

— Dans la même Faculté on vient de désigner un professeur-agrégé pour remplacer le professeur de clinique médicale qui se trouve empêché, pour cause de maladie, de continuer son service. C'est M. Andrieu qui a été choisi.

— M. le docteur Duchesne Duparc commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, le jeudi 7 mars, à dix heures précises du matin, dans son amphithéâtre de la rue du Paon-Saint-André, n° 8 (près l'Ecole-de-Médecine), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE) N°. 23. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

REVUE DU SERVICE.

Nous commencerons cette revue par l'examen de quelques cas de fièvre typhoïde qui ont présenté des particularités dignes de remarque, et à l'occasion desquels M. Piorry a émis quelques considérations pratiques qui seront comme un complément à l'article que nous avons publié tout récemment sur l'entérite typhoïde.

Fièvre typhoïde. Etat organo-pathologiques complexes; septicémie; rétention et accumulation des matières fécales dans les gros intestins; distension des intestins grêles et de l'estomac par des gaz; hypertrophie de la rate.

Le premier de ces sujets est un malade couché au n° 12 de la salle Saint-Raphaël. Ce malade a présenté dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital un ensemble de symptômes très graves.

Il était plongé dans une prostration extrême; sa face était amaigrie et frappée de stupeur; le pouls était fréquent, petit, faible, dépressible, la température de la peau assez élevée; la respiration haute et précipitée. Le ventre était considérablement développé et distendu par une grande abondance de matières, au point que les viscères abdominaux étaient fortement refoulés du côté de la poitrine. La percussion faisait reconnaître en effet l'existence d'une énorme quantité de matières fécales dans toute l'étendue du colon; le cœcum en contenait en beaucoup moins grande quantité, et toutes les portions d'intestin situées au-dessus, c'est-à-dire l'intestin grêle tout entier, étaient distendues par des gaz; l'estomac lui-même en était rempli. Indépendamment de cette accumulation de matière et de gaz dans le tube digestif, il était aisé, soit par la douleur que la pression produisait dans la fosse iliaque droite, soit par la rénitence particulière qu'offrait cette région au toucher, de s'assurer de l'existence de la lésion caractéristique de cette affection. La langue était sèche et écailleuse, les dents également recouvertes de fuliginosités et d'écailles noirâtres. Enfin l'exploration plessimétrique de la rate, sur laquelle l'attention avait été fixée par l'existence d'exacerbations fébriles revenant périodiquement tous les soirs, fit reconnaître un développement notable de cet organe. Les organes thoraciques étaient sains; mais la distension du ventre était telle, que le diaphragme remontait jusqu'à deux ou trois travers de doigts au-dessous du niveau du mamelon, d'où la dyspnée à laquelle le malade était en proie. Nous devons ajouter aussi, comme dernier signe, que la région sacrée était le siége d'une éruption abondante de petites pustules.

L'état de ce malade était grave; sa vie était manifestement en danger. Cependant en analysant les symptômes, il était aisé de les ramener tous à un petit nombre d'états organo-pathologiques principaux qui constituaient toute la maladie, et qui seuls méritaient par conséquent toute l'attention. C'étaient, d'une part, l'état septique du sang, principe de la maladie, point de départ de tous les autres phénomènes; d'autre part, la lésion intestinale, l'accumulation des matières et des gaz dans le tube digestif, d'où résultaient comme conséquence immédiate le refoulement des viscères, la compression des poumons et la dyspnée; enfin l'hypertrophie de la rate, soupçonnée par les accès fébriles périodiques, constatée par la plessimétrie. Quant aux autres symptômes, ou ils se rattachaient plus ou moins directement à l'un de ces états organo-pathologiques, ou leur valeur était nulle comme signe et comme indication thérapeutique. C'est ainsi que M. Piorry a fait remarquer à ses élèves combien était exagérée l'importance que l'on attachait et que l'on attache encore généralement à l'état de la langue et des gencives dans la fièvre typhoïde. Ces fuliginosités, ces incrustations noirâtres qui recouvrent les dents, les gencives, et les bords de la langue et les ailes du nez, que l'on voit partout dans les auteurs signalés comme un symptôme d'adynamie, ne sont autre chose que le résultat mécanique de la respiration dans les circonstances particulières où se trouvent placés ces malades, c'est-à dire qu'elles sont le produit du dessèchement des mucosités de la bouche par le passage fréquent et rapide de l'air, les malades respirant le plus ordinairement la bouche ouverte, surtout pendant le sommeil. Qu'un homme sain, dit M. Piorry, essaie de respirer pendant un très long-temps de suite la bouche ouverte, surtout sa respiration étant un peu précipitée, il ne tardera pas à voir ses gencives et ses dents se recouvrir de concrétions brunes et noirâtres. Il suffit d'ailleurs, ainsi qu'il l'a souvent expérimenté lui-même, de soumettre des mucosités buccales mêlées de salive à l'action d'une température un peu élevée, dans une étuve par exemple, pour obtenir un résultat tout à fait analogue. C'est donc là un signe qui, aux yeux de M. Piorry, est de nulle valeur.

Quelles étaient donc les indications à remplir? D'une part l'état du sang, l'état typhoïde proprement dit; ce que M. Piorry désigne sous le nom de *septicémie;* d'autre part la rétention des matières dans l'intestin, qui faisant office de bouchon s'opposaient à l'issue des gaz, la lésion intestinale, enfin l'hypertrophie de la rate. La rénovation fréquente de l'air autour du lit du malade, les boissons abondantes, tels sont les moyens auxquels M. Piorry a habituellement recours contre la septicémie, et qu'il a mis en usage dans ce cas. Quant aux autres indications, elles ont été remplies par l'administration des purgatifs, et par le sulfate de quinine. Bien que les évacuations sanguines modérées soient généralement utiles dans le début contre l'état septique, on n'a pas dû y recourir chez ce malade, à cause de l'anémie et de la prostration dans laquelle il était plongé. Enfin on n'a jamais cessé de donner des aliments malgré l'altération de l'intestin, d'après les vues de M. Piorry sur l'alimentation, que nous avons exposées dans un précédent article. Tels sont les moyens auxquels on a eu recours chez ce malade; moyens en rapport, comme on le voit, avec chacun des états organiques principaux. En effet, en peu de temps, les intestins ont été déblayés des matières qui les encombraient; les gaz eux-mêmes ont été spontanément expulsés; les accès fébriles ont cessé, et avec eux le développement exagéré de la rate. Ainsi dégagée de ses complications, et réduite à l'état septique général et à la lésion intestinale, la maladie a graduellement marché sous l'influence des moyens hygiéniques et du régime approprié, vers une heureuse solution.

Fièvre typhoïde légère compliquant une affection organique du cœur. Eruption sacrée abondante. Importance de cette affection. Soins qu'elle exige.

A côté de ce malade, au n° 14, était couché un jeune homme qui a présenté des particularités qui méritent d'être signalées. Ce jeune homme portait une affection organique du cœur. Il fut pris de symptômes typhoïdes d'une intensité modérée. Ce qu'il y eut d'assez remarquable, dès le début de l'affection typhoïde, c'est que les battements du cœur, qui jusque-là avaient été très forts, avaient presque entièrement cessé. L'état phlegmasique réactif n'étant pas assez marqué pour pratiquer une saignée, on s'est borné à donner des boissons à haute dose pour la septicémie, et des purgatifs pour vider les intestins.

Le quatrième ou cinquième jour il survint une petite éruption pustuleuse très abondante qui, après s'être manifestée d'abord sur la région sacrée, s'étendit de là sur la presque totalité du corps.

C'est là, aux yeux de M. Piorry, un des signes les plus constants de l'affection typhoïde. Dans les cas où la maladie est douteuse, l'apparition de l'éruption à la région sacrée, lève pour lui toute incertitude. Ce n'est pas seulement sous le point de vue du diagnostic que M. Piorry appelle l'attention de ses élèves sur cette éruption, mais aussi et surtout sous le rapport du pronostic et du traitement. L'éruption typhoïde est, en effet, un état pathologique grave à ses yeux,

---

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DE VERS INTESTINAUX (Suite);

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.

(Suite du n° 17.)

Hématurie. Nous ne connaissons qu'un seul cas d'hématurie produite par les vers ou plutôt par le tænia; encore croyons-nous devoir déclarer que ce fait a besoin d'être confirmé par des observations nouvelles, et nous le rapportons ici uniquement dans le but de fixer l'attention des médecins sur ce point, afin qu'ils n'omettent aucun fait de leur pratique qui pourrait confirmer la possibilité de cette cause d'hématurie.

Jergusson, âgé de trente-neuf ans, marin anglais, prisonnier de guerre, entra à l'hôpital de Metz le 30 septembre 1811, dit M. Gaube (Revue médicale, 1826, tom. III, p. 91), pour cause d'une hématurie très intense, précédée et accompagnée de douleurs abdominales et d'un dépérissement progressif. L'hémorrhagie avait lieu depuis trois semaines. Le malade éprouvait un besoin de manger souvent; il disait que c'était le seul moyen de calmer un peu les douleurs du ventre. Ces douleurs abdominales étant devenues plus fortes pendant que Jergusson était encore à son dépôt à Verdun, il rendit, dit-il, dans une selle, quelque chose semblable à un petit ruban, d'environ quatre pieds de long, qu'il prit pour un ver; en même temps l'hématurie se déclara, accompagnée d'ardeur dans l'émission des urines. Tout l'abdomen était douloureux. Pendant ces trois semaines qu'il resta à son dépôt de prisonniers, un chirurgien anglais le traitant de pissement de sang, lui fit prendre, dit-il, quelque remède en poudre qui ne produisit aucun soulagement. Jergusson n'avait jamais eu d'hémorrhoïdes, et il n'était d'ailleurs sujet à aucune hémorrhagie habituelle. N'ayant rien découvert qui pût me faire soupçonner que son hématurie fût produite par les causes ordinaires de cette maladie, le malade m'ayant dit d'ailleurs avoir rendu, il y avait trois semaines, dans une selle, quelque chose qu'il crut être un ver, je fus porté à croire que c'était une portion de tænia; et après l'usage de quelques bains et des mucilagineux continués pendant huit jours, qui ne produisirent aucun soulagement, je me décidai à prescrire des anthelminthiques. Après quatre jours d'usage de ces remèdes, le malade ne rendit plus de sang; il succéda un écoulement muqueux, blanchâtre, avec diminution notable des douleurs dans l'abdomen, et dans l'émission des urines. Le septième jour, je prescrivis une potion vermifuge éthérée, et le lendemain un purgatif un peu drastique. Le malade rendit par les selles quatre portions articulaires de tænia larges de quatre à cinq lignes, blanches, chacune de près d'un pouce de long. Certain alors de l'existence du ver, je fus autorisé à penser que cet animal donnait lieu à tous les symptômes exposés ci-dessus. En effet, je mis en usage la décoction de fougère mâle, et dès ce moment tous les symptômes, et principalement ceux de la maladie des voies urinaires, s'améliorèrent d'une manière fort satisfaisante, et bientôt les urines furent rendues sans aucune douleur. Les mucosités diminuèrent aussi, et disparurent tout à fait dans l'espace de quelques jours. J'insistai sur ce moyen, secondé par l'usage de l'éther sulfurique et des purgatifs drastiques. Ces moyens firent rendre en deux jours plus de cent portions de ver. Je restai quelques jours sans répéter les purgatifs; je continuai la décoction de racines de fougère mâle, et les potions vermifuges éthérées. Le malade continuait à rendre à chaque selle, provoquée par des lavements vermifuges, un grand nombre de portions de ver. Tous les symptômes de la maladie de la vessie avaient disparu; les urines étaient rendues sans douleur, sans mucosités; l'abdomen n'était plus douloureux. Enfin le reste du ver, qui avait près de huit pieds de long, fut rendu à la suite d'un nouveau drastique, et dès lors Jergusson entra en bonne convalescence, et sortit de l'hôpital le 25 novembre, ayant repris de l'embonpoint et sa santé ordinaire.

Hémoptysie. Les anciens praticiens admettaient une hémoptysie vermineuse, et MM. Chomel et Raynaud, qui rappellent ce fait (Dict. de médecine, 2e édit., t. XV, p. 127), disent que cette espèce d'hémoptysie n'est plus admise aujourd'hui. Il faudrait, d'après ces estimables médecins, penser qu'il n'y a eu que simple rapport de coïncidence dans ces faits dans lesquels l'hémorrhagie s'est manifestée chez des individus présentant des vers. Certes, on est bien forcé d'admettre qu'il a pu en être ainsi souvent; mais peut-on d'un seul trait de plume effacer ainsi ce qu'a appris l'expérience, et cette tendance des médecins de nos jours à trop rattacher toute la pathologie à des causes organiques et matérielles n'a-t-elle pas fait perdre de vue beaucoup d'autres causes aussi réelles quoique plus difficiles à saisir dans leur mode d'agir? Nous le pensons, et c'est ce que nous paraît suffisamment démontrer l'observation suivante, publiée en 1827 par M. Danhoulle (Journal universel, t. XLV, p. 374).

M..., âgée de vingt-sept ans, issue de parents sains, et qui ont joui jusqu'à un âge très avancé de la meilleure santé, fut mariée à vingt ans, et accoucha, au bout de treize mois de mariage, d'un enfant qui ne vécut que quelques jours. Quoique d'un embonpoint médiocre, sa constitution robuste lui permettait de se livrer aux travaux les plus pénibles de la campagne. sans que sa santé en fût altérée: elle avait été fort bonne depuis son enfance, et M... n'avait jamais éprouvé de maladie grave jusqu'au commencement de 1813.

A cette époque, M..., se livrant sans relâche aux travaux de la moisson, fut attaquée subitement, et sans symptômes précurseurs bien sensibles, d'un crachement de sang très abondant. Vivement alarmée de l'apparition de cette hémorrhagie, et du danger qui pouvait en être la suite, elle revint promptement de la campagne, où elle se trouvait, et réclama mes soins. J'arrivai près d'elle le 4 juillet, dans l'après-midi, six heures après que l'hémoptysie se fut déclarée. Une petite toux précédait l'excrétion d'un sang vermeil et écumeux, qui continuait, mais avec des moments de calme.

La malade se plaignait d'un sentiment de pesanteur à la poitrine, principalement vers le côté gauche, et de titillation vers l'arrière-bouche; la face était très colorée; une chaleur générale, assez forte, alternait avec de légers frissons; le pouls était plein et fréquent, mais présentait parfois des irrégularités dans la force et les intervalles des pulsations. Point de trouble dans les autres fonctions; la respiration n'était pas gênée; les menstrues, qui avaient cessé de couler depuis huit jours, avaient été régulières et abondantes. Une forte saignée du bras fut faite sur-le-champ, et la malade fut mise à l'usage de l'eau de riz acidulée avec le suc de citron.

Le 5, même état que la veille. Application de dix sangsues sur le côté gauche de la poitrine; bols faits avec la conserve de roses et le nitrate de potasse; continuation de l'eau de riz.

Le 6, toux presque nulle, expectoration de sang moins considérable. Mêmes remèdes, à l'exception des sangsues.

Le 7, amélioration plus sensible encore; crachats très rares et moins rouges.

Le 8, disparition de tous les symptômes; le pouls seul conservait encore son irrégularité.

Le 9, retour vers la santé. Usage de la conserve de roses, continué pendant quelques jours; régime restaurant et analeptique.

Dès que les forces furent revenues, M..... reprit ses occupations ordinaires et continua à s'y livrer sans ménagement jusqu'au milieu du mois d'août. A cette époque, le crachement de sang et les autres symptômes reparurent avec la même intensité que la première fois; ils furent combattus avec le même succès par les mêmes remèdes. Seulement la convalescence fut longue et les forces, plus abattues, tardèrent plus long-temps à revenir.

Cet état de santé se soutient jusqu'aux derniers jours de septembre, où l'hémoptysie se montra de nouveau avec un appareil de symptômes aussi effrayants. L'agitation et l'inquiétude étaient même plus considérables qu'aux premières attaques, et la malade se plaignait de légères douleurs abdominales et d'un gonflement à la région épigastrique qu'on n'avait point remarqué jusqu'alors. J'eus recours de nouveau à la saignée du bras; la décoction de la racine de grande consoude

grave non-seulement en ce qu'il semble indiquer un état septique du sang plus prononcé, mais surtout et c'est une conséquence même de ce fait, en ce qu'il prédispose avec une déplorable facilité à la gangrène des parties déclives, de celles sur lesquelles repose tout le poids du corps. Aussi M. Piorry tient-il un grand compte de cette éruption dans le traitement de ses malades, et appelle-t-il avec une grande insistance sur elle l'attention de ses élèves. L'éruption sacrée est pour lui l'objet des soins les plus minutieux, convaincu qu'il est qu'en prévenant le développement des eschares au sacrum on diminue dans une grande proportion les chances de la mortalité. Il n'est pas de soin qu'il ne prenne pour atteindre ce but. Empêcher par les changements fréquents de position que les mêmes parties soient long-temps en contact avec les corps environnants ou qu'elles supportent long-temps le poids du corps ; prévenir surtout le contact et le séjour sur la peau soit des urines, soit des matières fécales ; faire de fréquentes lotions sur ces parties, soit avec de l'eau simple, des décoctions adoucissantes ou de chlorure, selon les circonstances ; enfin les recouvrir de diachylum lorsqu'elles commencent à s'ulcérer ou les panser méthodiquement, de manière à prévenir tout contact, soit de l'air soit de tout autre agent excitant : tel est l'ensemble des moyens qu'emploie et prescrit M. Piorry dans cette circonstance, recommandant par-dessus tout de ne pas négliger un seul jour d'examiner les malades chez lesquels cette éruption se manifeste. Tel a été aussi l'objet particulier des soins qui ont été donnés à ce malade qui a guéri, du reste, avec une assez grande rapidité.

Nous ne rapporterons pas en détail l'histoire des autres sujets atteints en même temps d'affection typhoïde, sur lesquels s'est portée notre attention ; il nous suffira de les mentionner seulement pour l'objet que nous nous proposons en ce moment.

Fièvre typhoïde avec pléthore sanguine du poumon.

Ainsi, dans la même salle des hommes, au n° 2 ou 3, était un troisième malade présentant un état typhoïde assez grave. On constatait également chez celui-ci la présence de matières fécales, mais dans la terminaison du gros intestin seulement ; circonstance qui, jointe à l'état phlegmasique de la terminaison de l'intestin grêle et à l'existence probable d'ulcérations dans cette région, indiquait l'usage des purgatifs en lavement au lieu de les donner par la bouche. Chez ce malade il existait au début une pléthore sanguine dans les poumons, qui nécessita l'usage réitéré des évacuations sanguines.

Entérite typhoïde. Diarrhée abondante. Application de glace sur l'abdomen.

Enfin, dans la salle des femmes, une jeune fille affectée d'une entérite typhoïde, sans autres symptômes septiques prononcés, avait des évacuations alvines abondantes et extrêmement fréquentes. Il y avait à craindre, si l'on eût laissé persister cette diarrhée, de voir décliner rapidement les forces de la malade. Aucune contre-indication ne s'opposant à l'emploi de ce moyen, on eut recours à l'application de la glace sur le ventre, continuée sans interruption, pendant deux jours, jusqu'à cessation complète de la diarrhée, ce qui ne tarda pas à avoir lieu.

Ce même moyen avait déjà été employé plusieurs fois, sous nos yeux, pour des cas semblables, avec le même succès.

— Si nous avons rapporté aussi succinctement ces quelques observations, c'est que leur intérêt ressort beaucoup moins de leurs détails, qui pour quelques-uns seraient de peu d'importance, que de leur rapprochement. C'est, en effet, par le rapprochement de pareils faits que M. Piorry fait habilement saisir la portée de sa doctrine qui consiste, comme on le sait, à considérer les maladies, non point comme une unité morbide, comme une entité, mais comme un ensemble, une réunion d'états organo-pathologiques plus ou moins intimement liés les uns aux autres, se succédant, s'enchaînant ou s'engendrant réciproquement suivant un ordre ou un mode déterminés et conformes aux lois de la physiologie. De là la diversité des moyens thérapeutiques qui, ne s'adressant pas à une unité morbide abstraite, mais à des états organo-pathologiques particuliers, doivent varier comme ces états eux-mêmes.

C'est ainsi que dans les quatre ou cinq observations que nous venons de rapporter sommairement, ici on a eu recours aux purgatifs soit par la bouche soit en lavement, suivant des circonstances toujours déterminées ; là, à des évacuations sanguines ; là, au sulfate de quinine ; ailleurs, à la glace sur le ventre, etc., chacun de ces moyens différents étant indiqué par un état organique particulier. Nous n'insisterons pas plus long-temps pour le moment sur ces considérations que nous aurons l'occasion de rappeler et de développer plus longuement dans d'autres circonstances.

Nous terminerons cette courte revue par la relation d'un fait qui viendra corroborer encore cette manière de voir.

Emphysème pulmonaire compliqué de bronchite chronique et bronchorrhée. Tartre stibié à haute dose. Abstinence de boissons. Vésicatoires. Amélioration considérable.

Au n° 24 de la salle Saint-Raphaël est couché un malade qui est entré à l'hôpital toussant depuis trois mois, et éprouvant depuis quelque temps une très grande dyspnée. L'exploration de la poitrine fit reconnaître un emphysème pulmonaire ; mais, indépendamment des signes particuliers à l'emphysème, elle faisait constater aussi l'existence de ronchus humides très considérables. Il y avait, enfin, une expectoration muqueuse épaisse très abondante.

M. Piorry prescrivit à ce malade l'administration du tartrate antimonié de potasse, à la dose de 30 centigr. dans 160 grammes d'eau aromatisée, à prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures ; l'abstinence de toute autre boisson, et deux larges vésicatoires derrière la poitrine. Nous verrons tout à l'heure quels étaient les motifs de cette médication ; disons de suite quel en fut le résultat. Quelques vomissements suivirent les premières doses de tartre stibié, dans lesquels furent rejetées des mucosités bronchiques en très grande abondance ; l'expectoration, momentanément augmentée, contribua, avec les vomissements, à chasser ce qui restait encore de mucosités accumulées dans les bronches. L'effet immédiat de cette évacuation abondante de mucosités, joint à l'action des vésicatoires, fut de procurer un soulagement extrêmement notable dans l'état du malade ; la toux et l'expectoration cessèrent, avec elles les bruits, les ronchus abondants que l'on entendait dans la poitrine ; et au lieu de cette dyspnée si considérable, de cette suffocation imminente, le malade n'éprouvait plus qu'une gêne légère de la respiration. Après plusieurs jours de repos, il sortit dans cet état de grand soulagement.

La maladie que l'on a désignée sous cette dénomination impropre d'emphysème, a dit à cette occasion M. Piorry, est un état complexe qui demande à être analysé. En remontant aux renseignements, et éclairant ces renseignements par l'exploration de l'état actuel des poumons, voici en effet ce que l'on a pu reconnaître. Il y a eu ici, dans le principe, une bronchite négligée qui est devenue chronique. La première conséquence de la phlegmasie chronique des bronches a été une bronchorrhée ; celle-ci à son tour a donné lieu à un épaississement de la muqueuse bronchique, et consécutivement à un rétrécissement du calibre des tuyaux bronchiques affectés. Une troisième lésion a enfin été la conséquence des précédentes, c'est l'emphysème, c'est-à-dire la dilatation des vésicules pulmonaires par l'air. L'expression d'emphysème serait donc tout à fait insuffisante, comme on le voit, pour donner une idée complète de la maladie dont il s'agit ; car elle n'exprime qu'un seul phénomène, ou un état organo-pathologique, qui n'est lui-même qu'une dernière conséquence d'une série d'autres phénomènes qui se sont successivement engendrés les uns les autres. Voyons, par un exemple pris dans les vivisections, ce qui se passe lorsqu'on lie la trachée-artère à un animal. La petite ouverture qui subsiste dans le calibre du conduit aérien étreint par la ligature étant insuffisante pour livrer passage à l'air, l'animal se livre à de violents efforts d'inspiration. Grâce à ce grand développement des forces inspiratrices, l'air s'introduit dans les poumons ; mais il n'a plus la même facilité pour en sortir, parce que, comme tout le monde le sait, les puissances expiratrices sont beaucoup moins énergiques que les puissances inspiratrices. De là l'accumulation exagérée de l'air dans les poumons, la rupture des vésicules et l'épanchement de l'air dans le tissu cellulaire. Eh bien, c'est là ce qui a lieu dans le cas du malade dont il s'agit. L'accumulation des mucosités dans des bronches dont la membrane muqueuse est épaissie et le calibre rétréci par une phlegmasie chronique, produit les mêmes effets que la ligature qui étreint la trachée d'un animal.

Ce fait n'est pas seulement intéressant à étudier sous le point de vue physiologique, c'est surtout par ses conséquences pratiques qu'il mérite de l'attention. Que ferait, en effet, un médecin empirique en présence d'un pareil cas ? Rien ; car, au seul nom d'emphysème, la maladie est considérée comme hors de toute ressource thérapeutique. Il n'en est pas ainsi pour le médecin pénétré des doctrines organo-pathologiques, qui sait décomposer, analyser les divers états organo-pathologiques qui constituent la maladie, qui sait se rendre compte de leur existence, voir leurs relations. Ainsi, chez ce malade, que nous a révélé ce mode d'analyse ? D'abord un rétrécissement des tuyaux bronchiques. Contre cet état, il n'y avait évidemment rien à faire ; mais nous avons trouvé en même temps un catarrhe bronchique, une bronchorrhée, qui compliquait cet état et qui concourait à en rendre les conséquences plus graves. Or, la thérapeutique nous offrait des ressources pour combattre cet état ; c'est dans cette intention que nous avons administré le tartre stibié à haute dose ; et que nous avons prescrit l'abstinence complète des boissons. On a vu quel a été le résultat. Sans doute le malade n'est pas guéri de son emphysème, parce que l'emphysème tient à une lésion organique qui est au-dessus des ressources de l'art ; mais sa position est notablement améliorée. Nous avons en quelque sorte décomposé la maladie par notre thérapeutique, et nous l'avons réduite à son état de plus grande simplicité possible : c'est-à-dire au seul état contre lequel nous n'ayons point de moyen d'action efficace.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Hydrothorax, suite de pleurésie chronique.

Au n° 13 de la salle Sainte-Catherine, a été couchée une jeune fille de quatorze ans.

D'une constitution assez délicate, un peu détériorée maintenant, cette enfant nous dit être malade depuis plus de deux

---

acidulée fut substituée à l'eau de riz. Je prescrivis, en outre, une potion dans laquelle entrait l'éther sulfurique, l'infusion de tilleul et le sirop de coings, pour dissiper une espèce de strangulation que la malade disait ressentir, et calmer une toux spasmodique qui la fatiguait beaucoup. L'usage de cette potion, que la malade devait prendre par cuillerées, la soulagea momentanément : elle la prit, au moment où on venait de la renouveler, en une seule fois, espérant, par une dose plus forte, obtenir un soulagement plus considérable et surtout plus complet.

Ce remède, quelques instants après, procura la sortie par la bouche d'un ver long de huit à dix travers de doigt, et de la grosseur d'une plume à écrire. Plus éclairé sur la cause qui entretenait la maladie, et dès lors fondé à penser que les vers en étaient la principale ou du moins une complication très importante, j'ajoutai aux remèdes prescrits le muriate de mercure, la poudre de racine de fougère mâle, et le camphre, donnés en pilules, et des lavements avec le lait. Ces moyens obtinrent un plein succès. Dans l'espace de six jours, la malade rendit par les selles douze vers semblables au premier. Complétement débarrassée de la cause de ses souffrances, M.... vit son hémoptysie cesser tout à coup. Ses forces et son embonpoint revinrent promptement et, depuis lors, quoiqu'elle n'ait pas usé de ménagement, aucune récidive n'est venue altérer la bonne santé dont elle n'a pas cessé de jouir.

Résumons en peu de mots ce fait remarquable. Nous trouvons une jeune femme, née de parents sains, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, qui, sans cause connue, est prise d'hémoptysie. Malgré le traitement assez actif qui fut mis en usage, nous voyons les accidents diminuer lentement, bien plus lentement que dans les hémoptysies même organiques, que l'on me passe cette expression. Bien plus les mêmes moyens sont de nouveau mis en usage sans plus d'avantage, lorsque le hasard, qui souvent en médecine amène des résultats tout à fait inattendus, fit prendre à la malade, en une seule dose, un médicament qui devait être gradué, d'où résulta l'expulsion d'un ver qui, mettant le médecin dans la bonne voie, fit administrer les anthelminthiques. Douze vers sont rendus, et tout à coup les accidents hémopthyques cessent pour ne plus revenir. Comme symptômes de la présence des vers, nous trouvons de légères douleurs abdominales, du gonflement à la région épigastrique, une espèce de strangulation et une toux spasmodique, tous symptômes que l'on ne rencontre pas dans les autres formes de l'hémoptysie. Il est fâcheux qu'à l'époque où ce fait fut recueilli, on ne connût pas encore le stétoscope.

Métrorrhagie. Ici nous n'avons aucun fait particulier à présenter au lecteur, et nous sommes réduit à lui faire connaître seulement les opinions de quelques médecins.

Van den Rosch a établi que les affections vermineuses pouvaient produire la métrorrhagie. (Const. epid. vermin., p. 104.) Le même médecin dit avoir vu deux fois les phénomènes de la menstruation qui s'étaient développés chez un enfant de huit ans, disparaître par l'emploi d'une onction anthelmintique sur l'abdomen. (Dict. de méd., 2e édit., t. XIX, p. 633.) Peut-être avec une observation plus exacte, ou si l'attention des médecins avait été éveillée sur ce point, aurait-on pu rapporter à cette même cause, c'est-à-dire à la présence des vers, plusieurs de ces cas de menstruation précoce observée dans les premières années de la vie, et que l'on trouve en assez grand nombre consignés dans les annales de la science.

Quoi qu'il en soit, l'auteur cité plus haut ajoute que chez plusieurs femmes qui avaient eu des hémorrhagies utérines abondantes, il a vu la menstruation reprendre son cours habituel dès que la présence des vers se fut manifestée clairement, et qu'on les eut expulsés. (Brierre de Boismont : De la Menstruation, p. 463.) Enfin nous dirons qu'un rapport de Van Phelsus (Hist. ascar. path., p. 185), la métrorrhagie a été observée persistant à l'état chronique, sous la seule influence de la présence des ascarides dans les intestins.

Pour terminer ce qui a rapport aux accidents sympathiques que peut entraîner l'existence des vers, il nous reste à traiter de deux maladies, dont nous pouvons parler d'après notre propre expérience, nous voulons dire la salivation et l'incontinence d'urine.

Salivation. A l'article *Coma*, nous avons rapporté l'observation d'une jeune fille sujette aux vers, et qui avait toujours la bouche pleine d'une salive fade et douceâtre. Van den Rosch dit avoir vu les salivations les plus longues et les plus abondantes produites uniquement par les vers, et Van Phelsus raconte qu'un paysan avait une salivation abondante toutes les fois que les ascarides lui occasionnaient des démangeaisons importunes. Le même médecin ajoute que les enfants qui sont sujets aux vers ont presque toujours les glandes salivaires engorgées. (Tissot, Maladies des nerfs. Paris, 1780, in-12, tome IV, page 86.) Nous-même avons été appelé à donner des soins à un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, qui, traité sans succès par un de nos confrères, vint nous consulter pour une maladie qui, depuis plusieurs années, se renouvelait à l'approche du printemps. A cette époque, le malade se plaignait continuellement d'avoir l'estomac plein d'une eau chaude qu'il rejetait par gorgée par une espèce de régurgitation, surtout le matin, peu de temps après son lever. Ce liquide était filant, spumeux et d'un goût salé. En même temps les glandes salivaires fournissaient une sécrétion tellement abondante quelquefois, que le liquide sortait entre les lèvres du malade et coulait sur son menton. Les divers traitements mis en usage échouèrent constamment, et après avoir duré un ou deux mois, il cessait spontanément, après que le malade avait fait instinctivement un grand usage de l'ail cru, selon l'usage de nos campagnards. Il est probable que ce bulbe agissait comme vermifuge, et faisait cesser les accidents en détruisant leur cause.

Quoi qu'il en soit, méconnaissant tout à fait, dans les commencements, le point de départ des accidents, je conseillai un vésicatoire au bras, puis à l'épigastre, les infusions aromatiques, la magnésie à haute dose, etc. etc, le tout bien inutilement pendant deux années de suite. La troisième année, je me décidai à traiter le malade par les purgatifs salins, et j'obtins un succès rapide. L'année suivante, les accidents ayant reparu, j'employai de nouveau les purgatifs salins, et le malade, venant à satisfaire ses besoins dans un jardin, reconnut dans les matières qu'il évacua une quarantaine de vers presque tous privés de vie. Instruit de cette circonstance, je pensai que c'était sans doute à la présence de ces animaux qu'il convenait de rapporter la cause de tous les accidents. Je donnai en conséquence les vermifuges, puis encore les purgatifs. Une trentaine de vers furent encore expulsés, et dès lors la santé se rétablit, et toute sécrétion gastrique et salivaire disparut bien avant l'époque à laquelle ces phénomènes avaient habitude de cesser chaque année.

Incontinence d'urine. Hufeland a vu des enfants chez lesquels l'incontinence d'urine était produite par des vers. et qui furent guéris par les vermifuges. Quelle était l'espèce de vers ? Nous l'ignorons. Quant à nous, qui avons été à même de voir et de soigner un assez grand nombre d'enfants atteints d'incontinence d'urine, et dont les observations ont servi de base au mémoire que nous avons publié sur cette incommodité (Presse médicale, 1837, t. I, p. 145), nous avons vu un enfant chez lequel tous les médicaments échouèrent, et chez qui la maladie nous parut produite par des vers oxyures, qui, logés dans le rectum, donnaient à la vessie une contractilité trop grande et l'empêchaient de retenir les urines. Comme chez le malade de Hufeland, les vermifuges firent cesser l'incontinence d'urine.

Ici se termine ce que nous avions à dire des maladies sympathiques que peut produire la présence des vers dans les intestins, et nous allons maintenant parler des accidents locaux beaucoup plus nombreux et, chose plus extraordinaire, beaucoup plus rares que les premiers. Je suivrai également, dans leur exposition, l'ordre alphabétique.

(La suite à un prochain numéro.)

— Il se fait en ce moment à Paris un cours de phrénologie, deux cours de magnétisme, un cours d'homœopathie, un cours d'uromancie, et, sur le tout, un cours des déceptions en médecine.

mois. Sa maladie aurait commencé, à cette époque, par un point de côté assez violent; difficulté dans la respiration; toux assez fréquente, sans expectoration, et surtout sans expectoration sanglante. On se contenta, pour tout traitement, de lui couvrir le côté gauche de la poitrine de cataplasmes, et on lui fit observer la diète pendant quelques jours. Au bout de quinze jours environ, la douleur, qui avait diminué de plus en plus, finit par disparaître presque complétement. Mais la jeune malade était toujours oppressée, respirait difficilement, était essoufflée et haletante dès qu'elle marchait un peu vite ou montait les marches d'un escalier.

Interrogée sur ses antécédents, elle dit avoir eu, il y a deux ans déjà, une maladie à peu près semblable à la maladie actuelle, c'est-à-dire une grande oppression qui avait été précédée par un point de côté et par de la toux. Cette maladie a été traitée, nous dit-elle, par des sangsues dont on aperçoit encore les traces, et par des vésicatoires. A part cette maladie, elle paraît avoir joui d'une bonne santé. Elle a été vaccinée, non variolée; elle n'a eu ni la rougeole, ni la scarlatine.

Voici l'état dans lequel on la trouva au moment de son entrée à l'hôpital :

Visage médiocrement animé, un peu jaune inférieurement; pouls à 76-80, assez développé; peau chaude, moite, normale. La respiration à 24-28. La malade étant dans un état de repos complet, elle est souvent obligée de se mettre à son séant sur son lit pour respirer, surtout pendant la nuit. Elle se couche sur le côté gauche, et déclare ne pouvoir se coucher sur le côté droit sans éprouver la gêne la plus pénible de la respiration. Le décubitus dorsal est assez facile. Voici ce que l'on constate par la percussion et l'auscultation :

Matité complète du côté gauche, en avant et en arrière; absence complète de bruit respiratoire en haut et en bas. On entend au sommet du poumon, en avant et en arrière, un bruit de souffle bien distinct, qui s'accompagne d'égophonie quand la malade parle. Le côté gauche de la poitrine semble avoir un peu augmenté de volume, surtout suivant son diamètre antéro-postérieur. La main gauche, appliquée sur la région précordiale, ne perçoit pas les battements du cœur au lieu accoutumé. L'oreille ne peut non plus constater les bruits dans la région précordiale. Le cœur, fortement dévié à droite, a été repoussé de ce côté, de telle sorte que la pointe vient battre sous le sternum. Les bruits, du reste, en sont normaux, un peu sourds, mais sans souffle.

Langue nette, humide, rosée; pas d'appétit; soif assez vive. Les fonctions digestives normales.

Le surlendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, un vésicatoire est appliqué sur le côté gauche, qui présente toujours les mêmes phénomènes d'auscultation et de percussion. On prescrit de l'entretenir pendant quelques jours. En même temps quelques centigrammes de calomélas sont administrés pour produire une révulsion légère sur le tube digestif.

Le 8, sept jours après l'entrée de l'enfant dans le service de M. Jadelot, le pouls est tombé à 72. La fréquence des mouvements respiratoires est à peu près la même, et l'oppression n'a pas sensiblement diminué; mais la matité a diminué d'étendue en hauteur, et dans l'espace de trois travers de doigt environ au sommet on constate un commencement de sonoréité. Le souffle se fait entendre moins haut, ainsi que l'égophonie, qui existe toujours lorsque l'on fait parler la malade à haute voix.

Le 14, une amélioration bien notable est survenue; on a continué jusqu'à ce jour à entretenir le vésicatoire: la respiration est à 20 par minute seulement. L'enfant respire beaucoup plus facilement, et n'est plus obligée de se mettre à son séant dans son lit. La matité n'occupe plus guère que les 8 à 10 centimètres inférieurs du côté gauche de la poitrine. C'est à peu près à ce niveau également que l'on constate encore un souffle bronchique léger et une égophonie peu distincte. Cependant, la résonnance n'est pas parfaite dans toute la partie postérieure. On entend çà et là un son un peu obscur à la percussion, et qui résulte probablement de la présence de fausses membranes. Calomélas, 25 centigr.; entretenir encore quelques jours le vésicatoire; 2 bouillons.

L'état de la malade devient de plus en plus satisfaisant. L'épanchement disparaît complétement, et est remplacé partout par une résonnance presque parfaite. La respiration se fait entendre assez purement dans toute l'étendue du poumon. On entend çà et là un peu de frottement résultant de l'existence de quelques fausses membranes. Elle respire très facilement et d'une manière presque normale.

Le 24, elle se sent tellement soulagée qu'elle demande sa sortie.

— Les cas du genre de celui-ci sont assez communs dans la science pour que l'on ne puisse rien y voir de très remarquable; mais il nous a semblé cependant, vu la fréquence même des cas de cette espèce, qu'il serait utile d'insister sur quelques-uns des phénomènes principaux qu'il a présentés, et sur le traitement qui a été mis en usage et suivi de succès dans le fait particulier qui nous occupe.

Et d'abord, chose assez rare chez les enfants, nous avons pu nous procurer, chez cette jeune fille, des renseignements assez précis sur son état antérieur. L'âge de la malade et son intelligence bien développée, ont dû nous faire prendre en considération les renseignements qu'elle nous a fournis sur ses maladies antérieures; renseignements desquels est résultée la presque certitude qu'une pleurésie avait existé il y a deux ans environ, semblable à celle à laquelle on avait affaire actuellement. Cette pleurésie avait occupé le même côté qu'elle occupait au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, et s'était dissipée sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et révulsif. Cette condition d'une phlogose antérieure ayant existé dans le même point deux années auparavant, explique suffisamment pourquoi, sous l'influence des causes qui ont déterminé la production de cette maladie nouvelle, le côté gauche s'est pris de préférence au côté droit. Il est une loi pathologique bien connue en vertu de laquelle un organe est d'autant plus prédisposé à l'inflammation, qu'il a été à des époques plus ou moins éloignées, plus souvent l'objet d'inflammations analogues.

Accompagnée comme au moment du premier examen de cette jeune fille, d'un épanchement dans le côté gauche de la poitrine, ce qui semble résulter de l'oppression qu'elle nous dit avoir éprouvée, cette pleurésie paraît avoir cédé à un traitement antiphlogistique et révulsif énergique. Mais nous n'avons pu savoir combien de temps elle avait duré, et nous verrons plus loin, en parlant des phénomènes observés du côté du cœur, que peut-être la durée de cette pleurésie a été assez longue pour que de fausses membranes aient eu le temps de s'organiser.

Examinons tous à tour et rapidement les divers symptômes qui ont contribué à déterminer le diagnostic.

Le point de côté, caractère distinctif de l'inflammation de la plèvre, qui, comme toutes les séreuses, devient douloureuse quand elle s'enflamme, aurait pu exister dans un cas de pleuro-pneumonie, et n'eût donc pas suffi pour indiquer seul l'existence d'une pleurésie pure et simple, si d'autres circonstances n'étaient venues se joindre à celle-là. Telles sont, par exemple, la toux sans expectoration, et surtout sans expectoration sanglante. Bien que les enfants crachent peu en général, l'âge de notre petite malade, quatorze ans, était assez avancé pour que l'on pût penser qu'elle aurait expectoré si la nécessité s'en était fait sentir. Du reste, il lui est arrivé deux ou trois fois pendant les premiers jours qui ont suivi son admission, de rendre dans son crachoir des crachats blancs, un peu muqueux, mais sans aucune coloration anormale. Or, on sait que dans la pneumonie, les crachats sont toujours significatifs; tandis que dans la pleurésie, ils ne fournissent qu'un caractère tout à fait négatif, ce qui ne veut, du reste, pas dire pour cela que ce soit un caractère sans valeur. D'après ces deux symptômes, on était en droit de penser déjà que l'on avait affaire à une pleurésie sans complication de phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

Le décubitus, l'augmentation du volume du thorax, et les phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion ne laissèrent aucun doute. Le décubitus était incliné sur le côté malade, phénomène que l'on remarque dans tous les cas de pleurésie avec épanchement et qui s'explique facilement de la manière suivante: Si le malade se couchait sur le côté sain, il est évident que ce côté ne pourrait se dilater aussi aisément que si le poids du corps ne s'opposait point à cette dilatation. De plus, le liquide contenu dans le côté malade vient presser par son propre poids sur le médiastin, et empêcher ainsi la dilatation normale et nécessaire du côté sain qui se trouve obligé, dans l'état morbide où se trouve le malade, de suppléer par un plus complet développement à l'inutilité presque entière du poumon dont la cavité pleurale est remplie de sérosité.

Le côté gauche de la poitrine était manifestement augmenté de volume, principalement dans son diamètre antéro-postérieur.

Ce caractère, sur lequel nous avons souvent entendu insister avec raison un professeur distingué de l'Hôtel-Dieu, semble être un des plus concluants en faveur de l'appréciation approximative de la quantité de liquide contenue dans le thorax. L'augmentation du diamètre antéro-postérieur de la poitrine accuse, en effet, une capacité bien plus grande de la cavité pleurale que l'augmentation du diamètre bilatéral. Chez notre malade, on n'eut point recours à la mensuration directe; mais l'ampliation du côté gauche était tellement forte, qu'il ne pouvait rester le moindre doute sur son existence.

Si nous en venons enfin aux symptômes caractéristiques, et en l'absence desquels tout diagnostic eût été impossible à porter, nous y trouvons la confirmation des probabilités auxquelles nous avaient mené nos premières observations. Ainsi, matité complète depuis le sommet jusqu'à la base du côté gauche de la poitrine, défaut de résonnance qui ne pouvait dépendre que de la présence d'un liquide dans la plèvre; toutes les fois, en effet, qu'il existe une pleuro-pneumonie, une phlegmasie du parenchyme pulmonaire, jamais ou presque jamais le poumon n'est pris en même temps dans toute son étendue, et au même degré; jamais il n'y a matité complète dans toute l'étendue de la poitrine. Il y a des différences dans les modifications de la résonnance, différences qui correspondent aux divers degrés d'intensité de la phlegmasie. Cette matité diminua peu à peu à mesure que se dissipa la maladie, mais non point comme elle le fait dans la pneumonie, c'est-à-dire en devenant dans le même point de plus en plus faible; mais on put évidemment constater, dès l'emploi des premiers moyens, une diminution de hauteur dans le niveau de la matité, ce niveau s'abaissant à mesure que diminuait le volume du liquide amassé dans la poitrine.

A l'auscultation, un souffle bien manifeste se faisait entendre au sommet avec égophonie quand la malade parlait. Il y a des cas où le liquide est tellement abondant, que le côté de la poitrine est entièrement rempli, et alors il n'y a plus de souffle ni d'égophonie possible. L'épanchement n'était pas ici de cette intensité; mais cependant il fut facile de constater que le souffle était plus distinct et l'égophonie plus manifeste au bout de quelques jours de traitement que le jour de l'entrée, la masse du liquide ayant un peu diminué. Si la matité baissait avec le niveau du liquide épanché, le souffle et l'égophonie changeaient de place également, et tiraient de plus en plus vers la partie inférieure du thorax, comme on put l'observer à mesure que la maladie marcha vers la guérison.

Enfin, à l'auscultation, on fut étonné de ne point entendre les battements du cœur au lieu accoutumé, et de trouver l'organe de la circulation fortement dévié à droite, de telle sorte que la pointe battait contre le sternum. Il était évident encore que l'épanchement de liquide contenu dans la plèvre avait refoulé cet organe du côté opposé. Mais était-ce à la maladie actuelle ou à celle qui avait existé il y a deux ans, que l'on devait attribuer cette déviation? Il serait impossible de décider ce point d'une manière formelle; mais nous sommes fondé à croire que lors de la première affection, qui semble avoir été analogue à celle-ci, le cœur ayant été refoulé à droite, aura contracté des adhérences et se sera depuis lors maintenu dans la situation qu'il occupe maintenant, et qu'il a conservée, lorsqu'après son entière guérison, l'enfant est sortie de l'hôpital. Ces cas de déviation du cœur par suite d'un épanchement pleurétique, sont, du reste, chose assez commune pour que l'on ne doive point s'en étonner.

Une fois bien établi le diagnostic, et il nous semble qu'il ne pouvait être douteux, restait à établir le pronostic et à déterminer le traitement à suivre.

Le pronostic dépendait et de l'état d'acuité et de l'étendue de la maladie. Quant à l'acuité, il y avait deux mois déjà que l'enfant était malade au moment de son admission dans les salles de M. Jadelot; et le pouls, qui ne donnait pas plus de 76 par minute, prouvait, de la manière la plus évidente, que l'affection était passée à l'état chronique. L'absence de toute douleur et de tout phénomène fébrile le démontrait suffisamment. L'âge de la malade et sa constitution, joints à ces considérations, devaient faire porter un pronostic favorable, l'observation prouvant journellement d'une manière évidente qu'une pleurésie qui occupe tout un côté de la poitrine est beaucoup moins dangereuse que ne le serait une pneumonie de la même étendue; puis il semble que l'économie puisse, jusqu'à un certain point, s'accoutumer à la compression exercée peu à peu sur le poumon, et à la respiration incomplétement supplémentaire du poumon opposé. Quoi qu'il en soit, un pronostic favorable fut porté, et le traitement révulsif, consistant en purgatifs et en exutoires, fut mis en usage.

Il est des praticiens qui ont conseillé, chez l'adulte ou chez l'enfant, d'abandonner à elle-même la pleurésie aiguë ou chronique. Nous pensons qu'il n'est jamais prudent d'agir ainsi, et, contrairement à l'opinion d'un observateur distingué, nous croyons que l'on peut succomber à une pleurésie sans qu'il y ait besoin, pour expliquer la mort, d'admettre l'existence de tubercules plus ou moins constatés. Il est donc nécessaire d'employer un traitement énergique proportionné, du reste, à la force du sujet et à l'intensité de la maladie.

Les émissions sanguines ne sont et ne peuvent être mises en usage que dans l'affection aiguë; ici, par toutes les raisons dans le détail desquelles nous sommes entrés, elles devenaient inutiles. Aussi ne s'en servit-on point. Mais il n'en était pas de même des vésicatoires, qui, dans la pleurésie aiguë, après l'emploi des émissions sanguines, et dans la pleurésie chroniques, rendent les plus grands services, soit qu'ils agissent comme révulsifs simplement, soit comme évacuants.

Les révulsifs sur le tube digestif qui furent employés ici, eurent le double avantage de réunir à l'action évacuante commune à toutes les substances de ce genre, l'action altérante fort importante et bien constatée, quoique l'on ne puisse l'expliquer d'une manière satisfaisante, que possèdent certains corps, les composés mercuriels, par exemple. Le calomélas produisit, dans le cas particulier qui fait le sujet de cet article, et conjointement avec les révulsifs cutanés, les bons effets que disent en avoir obtenus les Allemands, et que l'expérience de ces dernières années a démontré n'être pas illusoires. Disons cependant, avant de terminer, et pour ne point engager dans une voie funeste les praticiens peu familiarisés avec les préparations mercurielles, que dans des cas de cette espèce on ne doit les employer qu'à faible dose, et dans les cas où les sujets ont une certaine force de résistance, sans quoi l'on risquerait d'augmenter d'une manière fâcheuse la débilitation des malades.

Dr A. FOUCART.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 janvier 1844. — Présidence de M. GILETTE.

Le dernier procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance. — 1° *M. Andrieux de Brioude* demande le titre de membre résident. Un mémoire sur l'éclampsie est envoyé à l'appui. (Commissaires: MM. Laborie, Chailly (Honoré) et Forget.)

2° *M. Raynal* envoie cinq observations d'ovarite aiguë et chronique, recueillies dans la pratique vétérinaire. (Renvoyé à M. Leblanc.)

3° *M. Cangrain*, médecin à Alençon, demande le titre de membre correspondant. Il envoie un mémoire sous ce titre: Eclampsie, Masturbation, Hystérie, Sorciers.

4° *M. Szokalski*, docteur en médecine et en chirurgie de la Faculté de Giessen et de celle de Paris, demande le titre de membre résident. A l'appui, un travail sur la plique polonaise dans l'état actuel de la science. (Commissaires: MM. Adorne, Brierre de Boismont et Caffe.)

5° On envoie un travail intitulé: Recherches sur la nature et le siége de la cataracte, par M. Kœring. (M. Sichel est prié de faire un rapport.)

6° *M. Laborie* fait hommage à la Société d'un travail sur l'amputation partielle du pied.

7° *M. Leblanc* envoie le numéro de janvier, de sa *Clinique vétérinaire*.

— *M. Giraldès*, au nom de la commission qui l'a nommé son rapporteur, rend compte de l'examen qu'elle a fait d'un travail que M. le docteur Desmarres avait envoyé à la Société, à l'appui de sa demande du titre de membre résident.

Le rapporteur examine avec soin les différents chapitres de ce travail, dont il conteste la valeur et surtout l'originalité. Ses conclusions ne sont, en conséquence, pas favorables au candidat.

La Société, après une discussion approfondie des titres de M. Desmarres, à laquelle prennent part MM. La Corbière, Adorne, Chailly, Blatin, Sichel, Velpeau et Giraldès, se range aux conclusions du rapport.

Dr FAIVRE, *secrétaire annuel.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. Février 1844.

De la formation du cal; par M. le docteur LEBERT.

Voici les conclusions de ce travail :

Les os reçoivent, à l'état normal, des vaisseaux nombreux qui passent en bonne partie par le périoste avant de se ramifier dans la substance de l'os. Ces vaisseaux ont le double but d'entretenir la nutrition des os et de présider à la fois à leur accroissement lent mais continu, ainsi qu'à la résorption des parties qui sont remplacées par les substances osseuses nouvellement sécrétées.

La formation embryonale de l'os et les phénomènes fondamentaux de sa nutrition, constituent la base de la régénération des os lésés, la base de la formation du cal.

L'épanchement des éléments du sang qui suit immédiatement la fracture n'a rien à faire avec la sécrétion spéciale du cal. La première période de cette dernière ne commence que lorsque la réaction inflammatoire a commencé à passer, et même une inflammation trop vive en empêche et en retarde le développement. Cependant cette inflammation n'est pas sans utilité pour le cal ; en réunissant par une exsudation granuleuse et gluante les parties ambiantes de la fracture, elle fait précéder les attelles cartilagineuses et osseuses que la nature prépare par des attelles élastiques qui, moins solides, il est vrai, ont au moins, outre quelque mérite contentif, celui de circonscrire les limites de la nouvelle sécrétion.

La première période de la sécrétion du cal commence par une exsudation provenant essentiellement des vaisseaux qui, chargés avant la lésion d'entretenir l'os dans son état d'intégrité, en renferment plus particulièrement les éléments futurs à l'état de dissolution. Or, ces éléments en sortent par transsudation capillaire, fournis surtout par les vaisseaux du périoste et de la surface de l'os, à l'endroit où le périoste est détaché, mais ni par la surface libre des fragments, ni par aucun des éléments de l'intérieur de l'os, et ils ne proviennent surtout point de la membrane médullaire. Cette exsudation, d'abord liquide, ensuite gélatineuse, est le vrai sarcode du cal, l'élément qui, par son origine et par son développement ultérieur, montre qu'il renferme déjà virtuellement les éléments de l'os nouveau.

La seconde période est l'organisation cartilagineuse de cette exsudation liquide, que nous appellerons ostéo-plastique. La matière liquide devient solide, compacte ; elle s'organise de plus en plus, sa couleur jaunâtre passe à une teinte blanche et lactescente ; son intérieur contient des corpuscules du cartilage identiques avec ceux de l'embryon, et de nombreux réseaux, ainsi que des vaisseaux provenant du périoste et de la surface de l'os.

Dans la troisième période, celle de l'ossification du cal, nous voyons d'abord dans son intérieur, sans vascularité particulière correspondante, de nombreux îlots de substance ossifiante. Le cal provenant de l'espace entre le périoste détaché et l'os dénudé fourni par les vaisseaux de ces deux parties, procède de dehors en dedans ; il atteint d'abord l'espace entre les fragments, et finit par combler des deux côtés le canal médullaire dans une certaine étendue ; le rôle que joue dans tout ce travail la membrane médullaire n'est que secondaire, et consiste seulement dans le développement des vaisseaux et d'une substance fibreuse, qui vont pour ainsi dire à la rencontre du cal, et ne font que cimenter son union, d'un côté avec les fragments, d'un autre côté avec les parois de la cavité médullaire. Les vaisseaux du périoste et de l'os y jouent donc le rôle principal ; ceux de la membrane médullaire, un rôle tout à fait secondaire.

La quatrième période commence par l'ossification complète de l'exsudation ostéo-plastique ; elle se termine par la disparition d'une grande partie de sa masse, et par le rétablissement du canal médullaire.

Le cal diminue à mesure qu'il devient plus solide ; la substance cartilagineuse y disparaît tout-à-fait, les aréoles se développent davantage, la circulation y devient plus facile et plus continue, soit en dehors du côté du périoste, soit en dedans du côté de la membrane médullaire. Nous ne voyons pas moins diminuer le cal en dehors qu'en dedans, et nous avouons qu'attribuer sa résorption partielle à l'action de la membrane médullaire, est une hypothèse bien séduisante, mais qui ne nous paraît pas encore suffisamment démontrée, vu que le cal de la cavité médullaire ne diminue guère en beaucoup plus forte proportion que celui placé entre le périoste et l'os.

La formation du cal est donc, en résumé, une régénération fœtale de l'os lésé.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur le traitement de quelques affections de la matrice par l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté ; par le Dr ARNAL, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des Asiles de Paris, etc. In-8°. Chez Just-Rouvier.

Ce travail mérite l'attention sérieuse des praticiens. L'auteur, après avoir indiqué dans une introduction les motifs qui l'ont guidé dans ses études des maladies de la matrice, après un aperçu historique qui a pour but de montrer que la pratique de nos devanciers est injustement tombée dans l'oubli, après des considérations générales sur le traitement, sur les émissions sanguines, le repos au lit et autres moyens mis en usage, l'auteur arrive au point capital de son mémoire, qui est l'emploi du seigle ergoté. C'est de cette partie surtout que nous présenterons une analyse succincte à cause de son importance et de sa nouveauté.

La préparation employée par M. Arnal est un extrait aqueux de seigle ergoté. Indépendamment de ce qu'il était plus commode à administrer, ce produit lui a paru encore mériter d'autant plus la préférence, qu'il se trouve, comme l'a démontré M. Bonjean de Chambéry, complètement privé du principe toxique, c'est-à-dire de celui qui, selon les auteurs et les expérimentateurs, exerce une si funeste influence sur le système nerveux central, et aussi sur l'appareil de la circulation. Aussi M. Arnal a-t-il pu employer impunément des doses énormes du remède. Plusieurs de ses malades ont pris jusqu'à 50, 60 centigrammes et même 1 gramme d'extrait aqueux par jour, et cela pendant des mois consécutifs ; or, chaque 5 centigrammes de cet extrait représentaient 50 centigrammes environ de poudre ; c'était donc à peu près la valeur de 8 grammes qu'elles prenaient en 24 heures, et pourtant aucune n'a éprouvé d'accident sérieux.

M. Arnal indique avec soin l'action que ce médicament a exercée sur tous les appareils. Chez aucune malade l'estomac n'a éprouvé aucun dérangement appréciable. L'appétit et la digestion sont restés à l'état normal. Quelques femmes ont éprouvé des coliques analogues à celles qui précèdent les règles ; ce phénomène a été en général de bonne augure.

M. Arnal rapporte un fait curieux relatif à l'influence du seigle ergoté sur la sécrétion gazeuse intestinale qui a été tarie en peu de temps par son emploi sur deux femmes qui en étaient douloureusement tourmentées. Il passe ainsi en revue tous les autres appareils pour arriver plus spécialement aux affections de l'utérus.

Le seigle ergoté, assure M. Arnal, produit les plus heureux résultats dans les engorgements de la matrice. Cette substance n'aurait-elle que cet avantage, ce serait certes déjà beaucoup, ce serait même plus qu'il n'en faut pour lui assurer une place honorable parmi les médicaments les plus précieux de la matière médicale. « Mais, ajoute l'auteur, est-ce bien là tout ? N'y a-t-il pas plutôt injustice réelle à limiter ainsi son action aux engorgements simples, avec ou sans injection, avec ou sans ulcération ? En arrêtant ces lésions n'empêchera-t-elle le développement de lésions plus graves encore ? Ne prévient-elle pas, par cela même, les transformations organiques, et même, s'il faut dire toute notre pensée, les désorganisations cancéreuses ? » On comprend que pour adopter cette opinion, M. Arnal a besoin de soutenir la non-préexistence d'une diathèse, et d'admettre que l'affection cancéreuse peut, à la longue, être la suite d'un simple engorgement. Cette opinion, il la défend avec talent, mais aussi avec une réserve fort louable ; c'est moins une affirmation pure qu'une forte présomption entourée de toutes les considérations les plus puissantes prises dans l'anatomie et la pathologie.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir au but essentiel de ce mémoire, disons que sur trente-six malades affectés d'engorgement à l'utérus que M. Arnal a traitées par l'extrait de seigle ergoté, vingt-cinq avaient aussi une ou plusieurs ulcérations : celles-ci étaient généralement superficielles ; quelques-unes cependant plus profondes avaient détruit une partie du col. Dans ce nombre, vingt-deux avaient en même temps un engorgement notable du corps de l'organe ; mais cette circonstance n'a apporté aucune différence sensible dans le résultat du traitement ; le seigle ergoté agissant à la fois sur le corps et sur le col, la guérison a été, à peu de chose près, aussi rapide que lorsque le col seul était affecté.

La moyenne du traitement a été de trois mois environ.

Vingt observations très détaillées accompagnent ce mémoire, qui sera lu avec fruit par les praticiens.

Emploi du quinquina contre la bronchite spécifique qui se montre à la suite de la rougeole ; par M. le docteur STINTZING, d'Altona.

M. Stintzing a eu l'occasion d'observer plusieurs épidémies de rougeole, dans lesquelles la maladie se compliquait ou était suivie d'une bronchite spécifique qui s'annonçait par la rougeur de la figure, la respiration anhélante, etc. Dans la plupart des cas, ces accidents paraissaient liés à la rétrocession de l'éruption rubéolique, et en effet, on voyait généralement l'exanthème se montrer de nouveau aussitôt que l'on parvenait à dissiper les symptômes bronchiques.

Tous les moyens ordinairement conseillés contre la bronchite (sangsues, vésicatoires sur la poitrine, nitre, calomélas, digitale, carbonate de potasse, etc.) ne pouvant conjurer la terminaison fatale, M. Stintzing se décida enfin à essayer le quinquina, qu'il prescrivit sous la forme suivante :

Pr. Quinquina, 8 grammes.
Eau commune, 150

Faire bouillir jusqu'à réduction d'un sixième, passer et ajouter S. A. à la colature,

Sirop de réglisse, 15 grammes

M.

A prendre par cuillerées à bouche, de temps en temps.

Sous l'influence de cette médication, les symptômes s'amendèrent rapidement, et en même temps l'éruption rubéolique disparut. Néanmoins M. Stintzing crut devoir continuer l'emploi du même moyen jusqu'à ce que la desquamation se fût opérée entièrement.

Pendant toute la durée de ce traitement, ce médecin conseilla de recourir simultanément à l'administration du calomélas, afin d'entretenir la régularité des évacuations alvines.

Il n'est pas besoin de dire ici que cette médication si efficace ne peut et ne doit être mise en usage que dans la bronchite particulière dont il s'agit ; dans toute autre, elle serait évidemment contre-indiquée. (*Pfaff's Mittheilungen.*)

NOUVELLES.

L'accident arrivé à M. Gay-Lussac n'a pas eu heureusement toute la gravité qu'on aurait pu le craindre. La blessure seule de la main a pu donner quelques inquiétudes. M. le professeur A. Bérard, appelé à donner ses soins à l'illustre blessé, a mis en usage avec un plein succès les irrigations continues d'eau froide. Les plaies ont été réunies par première intention sans que le moindre symptôme de réaction se soit manifesté.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle lundi prochain, 26 février. M. Arago prononcera l'éloge de Bailly.

— La nomination d'un bibliothécaire de l'Académie de médecine a été faite par le Conseil d'administration de l'Académie, sur l'*invitation* du ministre de l'instruction publique qui avait désigné le candidat, et qui s'est engagé à donner sur son budget un supplément de traitement.

— Le jour où l'Académie rentrera dans ses pénates n'est pas encore fixé. Des travaux importants restent encore à faire dans la salle de ses séances et dans les dépendances.

— Depuis trois jours une foule innombrable de malade assiége le Bureau central des hôpitaux. Le nombre des entrées a plus que triplé. Triste conséquence des excès auxquels la classe ouvrière s'est livrée pendant les derniers jours du carnaval.

— La loi sur les patentes est à l'ordre du jour à la Chambre des Députés. La discussion sera ouverte au commencement de la semaine prochaine.

— M. Emile Chevé commencera l'étude de l'angéiologie, mardi prochain, 27 février, à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue de Laharpe, 90.

Errata. Dans le dernier numéro, clinique de M. Lisfranc, 1re colonne, 2e alinéa, au lieu de « ces plaies d'armes à feu ont cela de remarquable, que pendant les premiers *jours* elles ne sont pas douloureuses » ; lisez : « pendant les premiers *instants.* »

Dans la séance de l'Académie de médecine, page 88, 2e colonne, 9e alinéa, 8e ligne, après « la paralysie persistait », lisez : *en général*, et ligne 10e, lisez : « que la taille n'a *presque* aucune influence favorable », au lieu de « *n'a aucune influence favorable.* »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 24. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 26 FÉVRIER 1844.

DES ÉPREUVES ÉLIMINATOIRES DES CONCOURS.

(Deuxième article.)

Nous nous attendions à l'opposition que devait soulever notre premier article chez certains organes de la presse médicale. Nous avons même, à dessein, retardé la suite de nos réflexions, afin de profiter des observations qui nous seraient adressées, si elles nous paraissaient justes, afin de les réfuter si elles nous semblaient inadmissibles.

L'opposition est partie de la *Gazette médicale*, et, en vérité, nous l'avions prévu. Ce n'est pas, comme elle le croit, que nous voulions l'accuser d'optimisme ou de *complicité morale*, mot très en vogue, assure-t-elle. Elle aurait pu ajouter que ce n'est pas le seul mot qui soit en vogue; elle sait mieux que nous, un exemple récent le prouve, que cette odieuse chose peut être mise au service d'autres passions que des passions politiques. Seulement, la complicité morale n'obtient pas partout le même succès; la *Gazette médicale* le sait encore mieux que nous. Nous ne lui dirons pas les motifs qui nous ont fait prévoir son opposition à nos idées, cela importe trop peu à la question. Demandons-lui seulement, et nous en avons le droit, qu'elle apporte dans les discussions graves et qui touchent aux intérêts de l'enseignement, des convictions arrêtées, indépendance des hommes et des choses, désintéressement complet et but avoué, ostensible, d'être utile au plus grand nombre.

C'est avec ces sentiments que nous allons continuer l'examen de la question de l'élimination et les opinions émises à cet égard par la *Gazette médicale*.

Nous sommes loin de prétendre d'abord que le nombre toujours croissant de candidatures n'entraîne pas des inconvénients véritables. Nous reconnaissons volontiers, par exemple, que vingt-quatre concurrents dans un concours, produisant quatre-vingt-seize épreuves, c'est pour les juges une tâche rude, pénible, difficile. Mais nous soutenons que l'élimination ne remédierait que très imparfaitement aux inconvénients signalés et, d'un autre côté, qu'elle offre des difficultés d'exécution si grandes et des dangers si réels que l'état actuel des choses vaut mille fois mieux que celui qu'on voudrait lui substituer.

Pour ce qui est des inconvénients auxquels on veut porter remède, c'est-à-dire la difficulté pour les juges de suivre avec une attention suffisante des épreuves aussi nombreuses et d'arriver à un jugement équitable et motivé, quels avantages procurera donc tant l'élimination? Prenons toujours le nombre de 24 concurrents adopté par la *Gazette médicale*. Pour que l'élimination produisît des avantages réels, péremptoires, il faudrait que le jury éliminât au moins la moitié des candidats. Alors, en effet, le nombre des épreuves serait diminué de moitié, et les juges éprouveraient moins d'embarras à classer les candidats qui resteraient. Mais où trouvera-t-on jamais un jury disposé à éliminer 12 candidats sur 24? Et dans quel concours pourra-t-on rencontrer un tel nombre d'incapacités que la moitié des concurrents puisse être éliminée avec justice après deux épreuves? Cette supposition serait aussi injuste qu'injurieuse pour les jeunes hommes qui se précipitent dans la carrière des concours. N'en éliminera-t-on que six, et nous croyons encore que cela sera bien difficile, si ce n'est impossible, les avantages de l'élimination s'affaiblissent singulièrement; car ce sera toujours 84 épreuves à écouter, au lieu de 96, et certes cette diminution n'est pas assez considérable pour qu'un jury inflige cette sorte de flétrissure en vue d'avantages si minimes. N'en éliminera-t-on que quatre, et ce terme nous paraît être le maximum auquel un jury puisse atteindre; en vérité, pour gagner le bénéfice de la suppression de quatre épreuves, c'est-à-dire moins de deux séances, nous ne pensons pas qu'aucun juge, pour de si minces résultats, puisse jeter dans l'urne cette fatale boule noire.

Ainsi donc, en prenant pour base le chiffre même invoqué par la *Gazette médicale*, c'est-à-dire l'exemple du concours le plus nombreux qui se soit encore présenté, l'élimination, pour produire des résultats avantageux, devrait s'exercer sur des propositions impossibles, et, employée à dose modérée, elle ne mène à rien ou presque à rien.

La théorie d'élimination a, nous n'en disconvenons pas, quelque chose de séduisant. Il est certain que dans certains concours se rencontrent quelques ambitions fourvoyées, quelques esprits sans haleine et sans force, qui, dès la première épreuve, se placent à un rang tellement infime, que c'est pitié pour eux de les voir s'enferrer de plus en plus contre une arme inégale; et, cruauté pour les juges, de les soumettre aux ennuis d'un pareil spectacle. Mais, nous l'avons déjà dit, ces exemples sont rares, peu nombreux, et ils tendent à le devenir moins encore. On s'est exagéré l'importance de cet argument. Depuis vingt ans, nous avons par position, suivi la plupart des concours de la Faculté de médecine de Paris; trois ou quatre fois peut-être nous avons vu une ou deux de ces candidatures excentriques qui presque toujours n'ont pu fournir la carrière jusqu'au bout, et se sont éliminées elles-mêmes.

Nous voyons, au contraire, aujourd'hui, s'établir une sorte de nivellement dans la valeur générale des épreuves qui doivent rendre l'élimination impossible. Les motifs de détermination pour le résultat final, c'est-à-dire pour la nomination, en supposant que ces motifs soient toujours pris dans le cercle des motifs scientifiques, reposent plus souvent sur des nuances que sur des différences bien tranchées. Et, par exemple, dans le concours actuel de l'agrégation, qu'on a voulu prendre pour type, d'après les deux épreuves déjà subies, nous concevons que tous les concurrents n'aient pas acquis les mêmes droits à la nomination; mais nous n'en voyons pas, et c'est l'opinion générale, qui aient été tellement inférieurs qu'on doive leur infliger l'élimination.

Pourquoi, et ceci nous conduit à traiter le second point que nous voulions examiner? Parce que l'élimination est une mesure extrêmement grave, non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir des candidats. Ne pas être nommé dans un concours est un échec, sans doute, mais qui n'a aucune conséquence fâcheuse pour le concurrent, et qui souvent, au contraire, lui crée des titres antérieurs dont plus tard il est tenu compte. Etre éliminé après deux épreuves, c'est plus qu'un échec, c'est une défaite presque honteuse dont le souvenir restera et qui donnera aux concurrents ainsi frappés des titres antérieurs en sens inverse de ceux dont nous parlions tout à l'heure. Pour nous, qui ne nous plaçons pas seulement au point de vue de la commodité des juges, mais bien au point de vue des intérêts de l'avenir de la jeunesse studieuse, nous estimons qu'aucun inconvénient signalé dans le mode actuel du concours n'équivaut à ceux d'une mesure par laquelle on peut jeter le découragement dans une seule intelligence et entacher tout son avenir d'une élimination qui peut être injuste.

Injuste en ce sens — car nous ne voulons pas encore aborder les considérations morales — c'est que les exemples où un ou plusieurs candidats soient supérieurs dans toutes les épreuves, est la chose la plus rare. Ce qui est commun, au contraire, c'est de voir des alternatives de bien et de moins bien; des épreuves brillantes, suivies d'épreuves médiocres *et vice versâ*. Tel candidat n'a pas été heureux dans l'épreuve écrite, quelquefois parce qu'il a mal coordonné ses matériaux, telle autre fois parce qu'il a mal lu sa copie, tout cela s'est vu, qui s'est relevé ensuite dans les autres épreuves et d'une manière si éclatante que la balance a penché en sa faveur. Dans d'autres circonstances, la leçon écrite et la leçon improvisée ont fait concevoir d'un candidat les plus belles espérances, qui se sont écroulées de fond en comble, soit à la leçon inédite, soit et surtout à l'argumentation, l'épreuve capitale pour juger la force, l'étendue, la portée, la justesse d'un esprit. Si on eût éliminé ce candidat qui a mal lu sa copie en faveur de celui qui plus tard a fait naufrage dans l'argumentation,

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Evolution spontanée. — Changements à vue. — La liberté de la science et la liberté de discussion. — Grande consommation de pronoms. — Académie de médecine. — Opinion de M. Rochoux. — Les élèves et les maîtres. — Nouveau moyen de guérir la blennorrhagie. — Suites d'une conversation criminelle. — Un adultère passé au bleu. — Cas de pratique embarrassant. — Un candidat à l'agrégation. — Témoignage de générosité. — La phrénologie et la circonspection.

Ne vous l'avais-je pas dit, mardi dernier, que rien n'était impossible avec M. Guérin? Ce dernier tour de force surpasse tous les autres, et chez cet intrépide jouteur, c'est comme chez Nicolet, de plus fort en plus fort. Voici, en effet, que l'arrêt de la Cour lui fait pousser les mêmes cris de triomphe que le jugement de première instance. Il y a même ici quelque chose de nouveau, de très nouveau dont le lecteur sera bien aise d'avoir connaissance. Vous vous rappelez que jusqu'alors M. Guérin s'est vigoureusement défendu d'avoir fait un procès à la liberté de la critique. Le croire capable d'une action si noire, allons donc! c'était calomnie pure, on voulait donner le change à l'opinion publique et autres choses semblables. Aujourd'hui M. Guérin ne s'en défend pas. « Admettons, dit-il, que cela fût; mais la science, de son » côté n'avait-elle pas aussi à défendre ses libertés? La liberté de la » science ne vaut-elle pas la liberté de la critique? » Ceci me paraît tout ce qu'on peut imaginer de plus phénoménal. La liberté de la science, qui n'est pas la liberté de la critique, me semble plus fort que le redressement du plus bossu d'entre les bossus. Et, pour qu'on ne s'y méprenne pas, il insiste en ajoutant: « La discussion, dégagée de » tout intérêt particulier, montrait donc les droits de la critique scien- » tifique aux prises avec les droits de la science. » Vous voyez combien M. Guérin est habile dans les évolutions inattendues, et comme dans ce long drame auquel nous venons d'assister il a su faire usage de changements à vue.

Sur ce beau thème, M. Guérin a bâti une longue dissertation dont je n'ai nulle envie d'ennuyer mes lecteurs. Il me suffit d'indiquer le point de départ, pour faire comprendre dans quelle voie singulière les besoins de son amour-propre blessé ont engagé M. Guérin. La conclusion était inévitable: La liberté de discussion n'a pas été condamnée, c'est vrai; mais la liberté de la science a été proclamée dans les considérants des juges, et cela seul suffisait à M. Guérin, qui, probablement, ne demandait que pour la forme une pénalité sévère et soixante mille francs de dommages et intérêts.

Et tout cela présenté avec cette aménité de formes, ce ton parfait de convenances, cette sobriété d'expressions injurieuses et d'allusions inexactes, dignes en tout point d'un réformateur des licences de la critique. M. Guérin est même en progrès évident sous ce rapport. Il évite avec le plus grand soin toute allégation directe; ce n'est plus le nom propre qu'il emploie, mais il fait une consommation effrayante du pronom *On* a dit, *on* a fait, *on* a soutenu; telle est sa formule pour le quart d'heure, formule discrète et tout à fait prudente. C'est sous cette enveloppe qu'il cherche à répondre à quelques objections parties de ce journal qui, en vérité, a maintenant bien autre chose à faire qu'à suivre M. Guérin dans une polémique impossible, fastidieuse, et d'ailleurs complétement jugée.

— Je vous annonce avec regret qu'un député-médecin — et pour qu'on ne s'y méprenne pas, je dirai tout de suite que ce député n'appartient à la Faculté à aucun titre — se propose de prendre la parole contre la suppression de la patente. A ces motifs, du reste, il donne quelque apparence de libéralité. Il ne votera, dit-il, contre cette suppression, que lorsqu'elle coïncidera avec l'introduction des capacités dans le corps électoral. Il assure que, dans l'état actuel des choses, sept à huit mille médecins jouissent du droit d'élection par les seuls droits de la patente. Or, supprimer cet impôt, c'est enlever aux diverses nuances de l'opposition — car il s'est enquis de l'opinion des votants — une force considérable. Il estime que dans l'état présent des affaires ce serait une grande faute et un grand danger. Le ministère, dit-il, qui dans l'intérêt de sa conservation sait faire des sacrifices d'argent, a vu le bénéfice que lui donnerait la suppression de la patente; aussi soutiendra-t-il les conclusions de la commission, qui propose cette suppression. En un mot, il posera la question sur le terrain du patriotisme, et il soutiendra que tant que l'abolition de la patente ne sera pas congénère d'une loi sur les capacités, le corps médical doit supporter avec patience cet impôt humiliant en faveur des libertés publiques.

Cette thèse a quelque chose de séduisant, il faut le reconnaître. Cependant on peut objecter à l'honorable député que le plus prudent est d'accepter d'abord ce qu'on nous offre. L'introduction des capacités est dans un futur plus ou moins éloigné, mais certain. Cela tient à peu de chose, et ce peu de chose peut arriver demain. Il n'est pas sûr, au contraire, que plus tard les besoins du budget ne s'opposent à toute suppression d'impôts. Ce qu'il y a de plus difficile à déraciner, c'est un impôt, fût-il le plus injuste et le plus onéreux. Nous avons pour nous aujourd'hui des dispositions favorables dans le gouvernement et dans les chambres; ce serait folie de ne pas profiter de l'occasion, quels que soient les motifs qui nous la donnent. Ce n'est pas le cas de dire ici: *Timeo Danaos*. D'ailleurs, si les calculs et l'appréciation de l'honorable sont vrais, son opposition risque fort d'en être pour ses frais d'éloquence.

— A l'Académie de médecine, les tumeurs du sein qui ont fait relâche le mardi gras, doivent demain reparaître sur la scène. On annonce comme une chose rare et même inouïe dans cette enceinte, un discours de M. Marjolin. Ce pauvre M. Cruveilhier n'en évitera pas un seul. A l'occasion de l'Académie, je dirai quelques mots d'une lettre que nous a adressée M. Rochoux, dans laquelle il professe les mêmes opinions que M. Londe relatives à l'omnipotence et à la souveraineté attribuées par le règlement aux commissions d'élections. Avec juste raison il soutient que la question n'est pas de savoir s'il s'agit ou non de se modeler sur l'Institut, mais bien de décider si, pour maintenir les articles 45 et 46 de son réglement, l'Académie continuera à rester en guerre avec le sens commun le plus vulgaire, et surtout avec le principe de l'omnipotence de la majorité. Comme on le voit, les choses se préparent pour une discussion prochaine sur ce sujet.

— On sait que c'est le propre des élèves d'exagérer quelquefois au-delà de toutes les limites, les opinions de leurs maîtres. C'est ce qui vient d'arriver à l'inventeur de la cautérisation pharyngienne, qui ne se serait jamais avisé, je suppose, de vouloir guérir la blennorrhagie au moyen d'un pinceau trempé dans l'ammoniaque et légèrement promené dans le fond de la gorge. Un adepte a eu cette belle idée. Un de ses clients, blessé par Vénus, a courageusement supporté sept à huit jours de cautérisations pharyngiennes avec le résultat qu'on peut prévoir. Impatienté de ne pas voir arriver le succès promis de jour en jour, et perdant toute confiance au remède, qui n'empêchait pas d'ailleurs un rétrécissement de se manifester, le malade fait appeler un chirurgien distingué, professeur de la Faculté:

— Quel traitement avez-vous suivi?

— On m'a cautérisé.

— Diable! on a été bien prompt à recourir à ce moyen. On aurait pu commencer par la dilatation graduelle.

— En quoi cela consiste-t-il?

— On introduit des bougies ou des sondes d'un calibre de plus en plus considérable.

— Quoi! vous auriez voulu qu'on me dilatât ainsi la gorge?

— Que dites-vous, la gorge? C'est le canal de l'urètre qu'on dilate.

— Mais c'est la gorge qu'on m'a cautérisée.

Vous comprenez que le chirurgien a ri à gorge déployée, et que l'inventeur des cautérisations pharyngiennes ne manquera pas d'en rire de même.

— Un de nos confrères a été appelé pour un cas dont la pratique médicale n'offre certainement pas d'autre exemple. Un jeune homme, exerçant une profession honorable et distinguée, entretenait des rela-

l'élimination n'aurait-elle pas produit une erreur des plus graves et une injustice évidente ?

Eh bien ! l'élimination est cette arme dangereuse et perfide qu'on veut mettre entre les mains des juges, cette arme avec laquelle ils peuvent faire aux jeunes intelligences des blessures incurables, une arme aveugle qui peut frapper indistinctement la médiocrité ou le talent.

Mais on nous dit : ce que vous rejetez pour les facultés de médecine s'applique depuis long-temps sans objection et sans inconvénient aux concours pour l'agrégation des facultés des lettres et des sciences. Sans objection, nous le contestons ; et, pour la Faculté des lettres, nous nous rappelons avoir lu un excellent travail, sur ce sujet, de M. Léon Faucher, où les objections que nous élevons avaient été présentées avec tout le talent qui le distingue. Sans inconvénient, nous le contestons plus encore. Nous connaissons un *éliminé* de la Faculté des lettres qui est aujourd'hui un publiciste éminent, et qui n'aurait pas été un moins éminent professeur. Un peu de trouble et d'embarras dans ses épreuves suffirent pour faire prononcer contre lui le fatal *veto*. Pareille chose est arrivée à un orateur aujourd'hui influent de la Chambre des députés. Pour les Facultés de médecine, si nous voulions invoquer nos souvenirs rétrospectifs, et mettre des noms propres surtout à l'appui de nos arguments, nous prouverions que plusieurs agrégés actuellement remplissant leurs fonctions avec distinction, que deux professeurs au moins, dont les cours ne sont pas les moins suivis, auraient dû être formellement éliminés à la suite de leurs premières épreuves.

C'est qu'en effet deux épreuves de concours ne sont pas suffisantes pour juger la valeur d'un homme ; c'est que mille causes, sans compter le hasard qui joue cependant un si grand rôle dans les concours, peuvent faire perdre à un concurrent si ce n'est la totalité, au moins une grande partie de ses avantages, et que cette terrible mesure de l'élimination peut frapper une intelligence qui demain peut être aurait donné la mesure de toute sa puissance.

Nous l'avouons, pour nous, qui encore une fois envisageons moins les intérêts des juges que ceux des compétiteurs, cette considération est capitale. Comme devant les tribunaux on proclame ce grand principe d'absoudre vingt coupables plutôt que de condamner un innocent ; en face d'un concours nous proclamons cet autre principe, qu'il vaut mieux subir vingt épreuves inutiles que de déshonorer en quelque sorte un homme de talent.

Or, l'élimination peut amener ce résultat, nous votons donc de toutes nos forces contre cette mesure.

Il nous resterait maintenant à aborder la question morale que soulève ce sujet ; mais nous nous en abstiendrons en ce moment, la réservant tout entière dans les cas où les besoins de la cause que nous défendons nous engageraient à la traiter. Les motifs d'ailleurs que l'on peut invoquer à cet égard peuvent être facilement compris avec la plus légère indication : par exemple, qu'un juge mal intentionné, qu'une partie de ce jury ait un intérêt quelconque à éliminer un candidat, n'a-t-il pas là une arme toute prête et d'autant plus dangereuse qu'elle emprunte les apparences de la légalité ? Mais les circonstances ne sont pas opportunes pour traiter ce sujet, car, si nous sommes bien renseignés, le jury, dans le concours actuel pour l'agrégation, non seulement ne veut pas jouir des loisirs qu'on cherche à lui procurer, mais encore s'est formellement expliqué sur les dangers et l'impossibilité d'exécution de cette mesure.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Hystérie. Quelques réflexions sur les symptômes et le traitement.

Marie Moreau, couturière, âgée de dix-sept ans, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, est d'une forte constitution. Jusqu'à l'âge de treize ans, elle était extrêmement maigre, et sujette à des éruptions cutanées furonculeuses fréquentes. A quatorze ans elle fut réglée pour la première fois, mais peu abondamment. Quatre à cinq mois après leur première apparition, les règles se supprimèrent et restèrent huit mois sans reparaître ; accident causé, dit la malade, par un bain froid qu'elle aurait pris étant en sueur. Pendant tout le temps que dura cette suspension de la menstruation, malaise général, douleurs dans la poitrine, dyspnée, ennui, tristesse profonde, envies inexplicables de rire et de pleurer.

A peu près à la même époque, sans aucune cause connue, la malade fut prise d'un vomissement de sang léger, en même temps, mouvements convulsifs du tronc et des membres, cris violents ; contorsions des yeux et de la bouche, le tout suivi d'une perte complète de connaissance, qui dura près d'une heure, à ce qu'on lui raconta plus tard. Cet accès fut suivi d'une fatigue générale, d'une courbature et d'un peu de sommeil, mais avec une grande agitation.

Le lendemain et les jours suivants, la malade reprit ses habitudes, mais elle était toujours dans les mêmes dispositions morales.

Quinze jours après ce premier accès en survint un second, mais dans le jour, et pendant qu'elle marchait dans la rue. La durée en fut de deux heures environ ; mais il différa du premier en ce sens qu'il y eut plusieurs rémissions suivies de plusieurs rechutes, ce que la malade attribue, du reste, à l'effet produit sur elle par la multitude qui l'entourait et par la grande chaleur.

Le lendemain, nouvel accès, le surlendemain aussi ; et nous pouvons dire que depuis ce moment il arriva rarement à cette jeune fille de passer un jour ou deux sans qu'il y eût des rechutes ; quelquefois même il en survenait deux ou trois par jour. Leur durée devenait de plus en plus longue. Ils ont duré jusqu'à trois ou quatre heures ; mais alors avec des moments de rémission. Les accès étaient accompagnés, soit d'hémoptysies assez abondantes, soit de vomissements bilieux verdâtres, soit enfin de hoquets qui continuaient pendant plusieurs heures. La malade dit ignorer complétement la cause première de ces accès ; mais comme cause déterminante occasionnelle, elle déclare que l'odeur d'une fleur, la présence de quelqu'un qui lui était désagréable, enfin les causes les plus futiles en apparence, suffisaient pour provoquer un accès et une perte de connaissance.

Cet état dura cinq mois environ ; mais sous l'influence du traitement énergique qui fut mis en usage, une amélioration notable survint, et même une rémission complète d'un mois. Ce traitement avait consisté en préparations ferrugineuses, safran, armoise, valériane, pédiluves, bains de siége, saignées fréquentes. Pendant ce temps, l'état général avait été assez bon, sauf une oppression presque continue. La menstruation, qui était suspendue, ne put être rappelée par aucun moyen. L'état moral était toujours à peu près le même ; désir de la solitude, irritabilité continuelle, tristesse. Elle espérait être débarrassée complétement de ses accès, lorsqu'elle fut prise d'une nouvelle attaque très longue et très intense. Mouvements convulsifs assez violents pour qu'il fût difficile à plusieurs personnes de la maintenir. Il n'y eut pas de rémission dans cette crise, qui dura une heure et demie. Lorsque la malade revint à elle, elle était fatiguée, brisée, le visage couvert de pleurs, sans avoir aucune conscience de ce qu'elle avait éprouvé. Au lieu de sommeil, il y eut une agitation continuelle pendant deux ou trois jours. Au dire de la malade, ce nouvel accès aurait eu lieu au mois de juin, provoqué par la grande chaleur du jour. Une oppression très forte qu'éprouvait la jeune fille n'aurait également cessé qu'après un copieuse saignée pratiquée le soir. Rémission pendant quelques jours, puis reprise des accès qui, fort intenses, se renouvellent deux ou trois fois par jour.

Au bout de trois mois de séjour chez ses parents, sans aucune amélioration dans son état, Marie Moreau prit le parti, au mois de septembre dernier, de venir à Paris pour se faire traiter. Elle entra dans un service d'hôpital, où elle resta deux mois. Soumise à un traitement ferrugineux et antispasmodique, elle vit bientôt se modifier les accès dans leur fréquence et leur intensité. Vers cette époque environ, elle fut atteinte d'une fièvre scarlatine pendant les deux premières périodes de laquelle il n'y eût point d'accès. Dix jours après, pendant la période des desquamation, les crises reparurent, très faibles d'abord, avec palpitations intenses pendant les moments de rémission. La malade commença alors à ressentir dans un des côtés du corps des douleurs et des picotements avec quelques éblouissements, complication contre laquelle on ne dirigea aucun traitement. Par des circonstances particulières, Marie Moreau changea de salle vers le 15 octobre, et entra dans le service de M. Rostan.

Voici l'état qu'elle offre au moment de son entrée :

Vomissements après chaque repas. Apyrexie. Peau de chaleur normale, ni sèche, ni moite. Palpitations ; respiration pénible, surtout pendant les crises. La percussion et l'auscultation normales. Aménorrhée ; céphalalgie fréquente, sommeil agité ; bourdonnements d'oreilles. Sensibilité diminuée dans le côté gauche du corps, ainsi que la motilité. Un peu de contracture de la jambe pendant les accès ; ceux-ci reviennent tous les jours, et même deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures ; ils sont très irréguliers dans leur apparition et leur durée. La malade, au moment où les accès vont survenir, se plaint d'un sentiment analogue à celui que produirait une boule qui remontant de l'abdomen, viendrait au pharynx causer une pesanteur insupportable.

Dans les accès, contractions très marquées, tension des membres thoraciques ; flexion de la jambe sur la cuisse ; pas d'écume à la bouche ; le globe oculaire est élevé ; la durée moyenne des crises est de quinze à vingt minutes. Après l'accès, fatigue, courbature générale, hoquets convulsifs.

Pour traitement, potion opiacée ; lavements avec la valériane, le camphre, l'assa-fœtida ; bains froids.

Sous l'influence de cette médication, il y eut une légère modification dans l'intensité et la durée des accès ; mais en même temps aussi, diminution du mouvement et de la sensibilité dans le côté gauche.

Pendant le mois de novembre, on employa une médication antiphlogistique très énergique, consistant en saignées locales et générales fréquemment répétées. De plus, les emménagogues et les antispasmodiques furent continués. Les accès ne reviennent plus que tous les deux ou trois jours ; leur durée n'est que de dix minutes environ. Les convulsions paraissent moins fortes, et le sentiment de lassitude est moins prononcé.

Sous l'influence du même traitement, légèrement modifié suivant les indications, les règles reparurent dans le courant du mois de décembre, et depuis ce moment les attaques ont presque complétement cessé, sans avoir cependant tout à fait disparu. Les goûts bizarres qu'avait autrefois la malade sont moins extraordinaires aussi ; les vomissements ne surviennent plus comme autrefois après chaque repas. Enfin le libre usage du bras gauche et la sensibilité sont revenus. Aujourd'hui, elle est dans un état très satisfaisant ; les accès sont extrêmement rares, et la menstruation, bien que peu abondante, est assez régulière.

— Cette observation, dont nous avons à plusieurs reprises eu l'occasion d'examiner le sujet, et qui a été rapportée avec les plus grands détails dans un travail de M. Favrot sur l'hystérie et la catalepsie, nous a semblé digne de fixer l'attention, principalement sous le rapport des symptômes dont le cortége a été complet, différente en ce sens des faits de même nature que l'on rencontre ordinairement et qui présentent rarement un ensemble aussi parfait.

Les causes de l'hystérie sont en général, comme celles de la plupart des affections nerveuses, peu connues, et celles que l'on peut apprécier sont de nature très différente. Les circonstances qui prédisposent le plus à l'hystérie sont une influence héréditaire, une constitution nerveuse, et l'âge de douze à vingt-cinq ans environ. De ces conditions, la première est restée dans l'obscurité dans le cas qui nous occupe, et il a été impossible de savoir si la mère et les ascendants de la malade avaient été sujets à des affections de cette espèce. Elle n'était pas non plus d'une constitution nerveuse, mais forte au contraire et bien développée. La seule des trois conditions qui existât chez elle était celle de l'âge ; c'est en effet vers l'âge de quatorze ans, un peu après la première apparition des menstrues. Quant à la cause occasionnelle directe, un bain froid pris sans précautions pendant qu'elle était en sueur, paraît avoir provoqué une suspension brusque de l'éruption menstruelle, et avoir déterminé un dérangement complet dans la santé et dans l'état moral de la jeune fille. Quelques mois après l'époque du début de ces phénomènes, survint la première attaque d'hystérie, sans cause immédiate connue.

Ainsi dans le cas actuel, il paraît tout à fait impossible de rapporter à des causes morales, et l'on sait que ce sont les plus communes, la production de la maladie qui fait le sujet de cet article. C'est plutôt au dérangement survenu dans la fonction importante de la menstruation, dérangement qui reconnaissait lui-même pour cause un accident purement phy-

---

tions intimes avec la femme d'un teinturier, charmante femme, en vérité, qui aurait séduit des vertus plus austères. Les pauvres amants furent surpris en flagrant délit de conversation criminelle. Une bonne rincée fut le lot de la femme, mais le malheureux jeune homme n'en fut pas quitte à si bon compte.

Suivez-moi, dit le mari outragé, et il le conduit au fond d'une cave où se trouvaient tous les ustensiles de sa profession. Déshabillez vous, tout nu, entendez-vous ! — Mais, monsieur... — Pas d'explications, ou je vous tue. Cet homme, d'une force herculéenne, brandissait une énorme bûche et semblait tout prêt à exécuter sa menace. Le jeune homme obéit, et quand il se trouva dans l'état de nos premiers parents au paradis terrestre, le mari le prend dans ses bras et le précipite dans une cuve remplie de couleur bleue. Le bain dura une heure.

Le mari se radoucit alors, essuya le jeune homme avec le plus grand soin, et examina avec attention si la teinte était solide et générale. Elle ne l'était que trop ! L'amant infortuné était passé, de pied en cap, au bleu-de-roi le plus magnifique. Après l'avoir fait habiller, le mari le conduisit à la porte en lui disant : J'espère, monsieur, avoir votre pratique ; vous verrez que mes couleurs sont bon teint.

Le pauvre jeune homme rentre bien vite au logis, fait venir bains sur bains, use je ne sais combien de kilogrammes de savon plus ou moins ponce, se frotte, se frictionne, se brosse. Rien n'y faisait ; cette infernale couleur semblait indélébile. Enfin il fait venir son médecin.

Jugez de l'étonnement de celui-ci ! C'est une cyanose complète. Le trou de Botal se sera rouvert, c'est sûr ; il y a asphyxie imminente ; enfin, avant toute explication, il passe mentalement par toutes les suppositions que la science autorise. Cependant, il apprend la vérité, et il reconnaît que si le mal est moins grave, il ne le trouve pas plus facile à guérir. Tout ce que sa science chimique lui suggère, il le met en usage ; mais, hélas ! vainement. Cette traîtresse de couleur est toujours aussi intense, et il se trouve réduit à ne plus savoir que faire.

En désespoir de cause, il va trouver le mari :

— Votre vengeance a été aussi spirituelle que complète, lui dit-il. Mais enfin il est un terme à tout, et malgré les torts de ce jeune homme, vous ne voulez pas lui faire perdre sa carrière et son avenir. Je viens vous supplier, monsieur, de m'indiquer les moyens de défaire ce que vous avez fait.

— Ah, dame ! ma couleur est bon teint.

— Mais enfin, monsieur, vous devez savoir le secret de l'effacer.

— Ma couleur est bon teint.

Ce diable d'homme ne sortait pas de là. Notre confrère eut beau le prier et le supplier, faire appel à tous ses sentiments de charité, il répétait sans cesse : Ma couleur est bon teint.

A la longue, et après des obsessions inouïes, il dit au confrère :

— Je veux bien faire quelque chose pour ce jeune homme.

— Enfin !

— Je peux le faire passer au vert, ce sera plus pâle.

Le confrère sortit attristé et vint me confier son embarras. Il m'a prié d'en dire quelques mots dans mon feuilleton, afin que mes lecteurs, nos confrères, puissent l'éclairer de leurs lumières dans ce cas embarrassant. Je recevrai ce que l'on voudra bien m'adresser *franco* à cet égard.

— Je pourrais vous raconter aussi une anecdote relative au concours actuel de l'agrégation ; mais je la réserve pour plus tard. Le candidat qu'elle concerne, s'il venait à échouer dans son concours, ne manquerait pas de m'en attribuer la faute, et je ne veux donner ce prétexte à personne. Un petit conseil seulement : ce n'est pas tout d'être flatteur, il faut encore être adroit.

— Il court encore dans le monde une historiette relative à une proposition de percussion de la tête par un professeur sur un autre professeur. Cette offre a été faite comme témoignage de la plus grande générosité dont on pût faire preuve en faveur d'un ennemi. Mais il est des esprits tellement susceptibles que toute plaisanterie est impossible pour si peu qu'on soit charitable, et je le suis beaucoup. Vous voyez donc que je ne dis pas tout ce que je pourrais dire, et qu'il reste encore quelque chose au fond du sac.

Jean RAIMOND.

P. S. En vérité, j'ai du malheur avec la phrénologie. Toutes les fois que j'ai voulu y toucher, je me suis fait donner sur les doigts ; ce qui aurait dû me rendre plus circonspect. Mais décidément il paraît que je n'ai pas cette bosse. La dernière fois j'ai voulu en dire quatre lignes, cela m'a valu une lettre en quatre pages. Monsieur La Corbière, vous abusez de vos avantages, et il n'est pas généreux à vous de m'écrire une lettre si polie, si bienveillante, et de « m'égorgiller tout doucettement avec un si gentil petit coutelet. » Car cet honorable confrère prouve que j'ai eu tort sur quatre chefs de lui attribuer une interprétation qui n'était pas dans sa pensée ; ce que j'aime mieux avouer tout de suite que de le prouver au lecteur par la lettre accablante pour moi de M. Lacorbière.

Le préfet de police vient de soumettre au ministre du commerce et de l'agriculture la liste des pharmaciens qui, conformément aux art. 12 et 21 de la loi du 11 avril 1803, ont prêté le serment requis et tiennent officine ouverte dans le département de la Seine. Cette liste, qui vient d'être affichée dans tout Paris, compte 380 pharmaciens, dont 325 pour la capitale, et 55 pour les communes rurales. La population du département de la Seine étant d'un million d'âmes, a par conséquent un pharmacien pour 20,630 habitants.

sique, que l'on doit attribuer les phénomènes convulsifs qui se sont montrés ici. Il est remarquable que dans la très grande majorité des cas, l'apparition des symptômes hystériques se trouve liée à un dérangement dans les fonctions physiologiques de l'utérus, et qu'il est rare qu'ils se dissipent avant que l'on soit parvenu à rendre l'organe reproducteur au type normal de ses fonctions physiologiques. Il ne paraît pas probable non plus ici, vu la belle constituton de la jeune fille, que la maladie ait pu être produite, comme elle l'est souvent encore, par des excès de masturbation, excès qui détériorent rapidement la santé. Nous savons, au contraire, que notre jeune fille jouissait, au moment où elle tomba malade, de la plus belle santé et se trouvait dans toute la force de la jeunesse.

L'invasion des attaques a lieu le plus souvent immédiatement ou du moins très peu de temps après l'action de la cause excitante. Dans ce cas ci, nous avons vu au contraire l'état général de malaise et les symptômes précurseurs durer plusieurs mois, et les attaques survenir sans cause nouvelle appréciable, précédés seulement d'un vomissement de sang que rien non plus n'avait sensiblement provoqué. Une fois les accès bien établis et se renouvelant souvent, bien que d'une manière irrégulière, la moindre cause accidentelle suffisait pour les reproduire; une simple contrariété; l'odeur d'une fleur, la circonstance la plus indifférente en un mot, et souvent même elles se montraient de nouveau spontanément. On n'a pas remarqué qu'elles se renouvelassent d'une manière périodique correspondant aux époques menstruelles.

Relativement aux symptômes, nous ferons remarquer le long espace de temps pendant lequel ont existé seuls les symptômes généraux que nous pourrons appeler symptômes précurseurs, point que nous avons déjà signalé plus haut. A part l'opiniâtreté de la maladie qui dura plusieurs années et résista pendant bien long-temps aux médications énergiques que l'on dirigea contre elle, on a vu, à mesure qu'elle se modifiait, d'autres troubles nerveux apparaître dans différentes régions, puis se modifier eux-mêmes et finir par disparaître complétement d'une manière inopinée et inexplicable. Ce fut d'abord la contracture des membres dans un des côtés du corps, puis une semi-paralysie, phénomènes de la disparition desquels s'aperçut un jour tout à coup la malade en voulant se retenir de la main gauche à un meuble, pour éviter une chute imminente.

Il est rare, avons-nous dit aussi, de rencontrer dans une seule observation une variété aussi grande et un cortége aussi complet de phénomènes caractéristiques, à tel point que l'on pourrait presque dans ce seul fait trouver des matériaux suffisants pour tracer une histoire complète et détaillée de l'affection hystérique. Un fait assez important à noter également, c'est l'influence exercée sur la maladie principale par les affections intercurrentes pendant la durée desquelles les symptômes hystériques peuvent disparaître assez complétement pour faire croire à la guérison du sujet, et reparaissent une fois la maladie intercurrente dissipée. Chez notre malade, on observa à deux reprises ce fait curieux, d'abord pendant une scarlatine dont elle fut atteinte, puis pendant une fièvre intermittente à laquelle elle fut sujette pendant deux mois.

La plupart des médications indiquées par les auteurs n'ont point de succès constant dans le traitement de l'hystérie, et il n'en est pas une seule qui puisse à coup sûr guérir l'affection dont nous parlons ici. Dans le cas actuel, on a heureusement combiné l'emploi des antispasmodiques et des antiphlogistiques, et après un temps assez long, il est vrai, l'on est parvenu à faire cesser les troubles nerveux que l'on observait dans des attaques d'une fréquence inquiétante. Si, comme nous l'avons fait remarquer pour les symptômes, on a presque une histoire complète de l'hystérie dans l'observation précédente, les moyens thérapeutiques qui ont été mis en usage sont tellement nombreux que l'on pourrait presque trouver dans le récit que nous en avons donné, l'énumération complète des médications que les auteurs ont prescrites contre l'hystérie, et c'est encore là une des raisons pour lesquelles nous avons cru devoir la rapporter avec détail.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

RÉSUMÉ DU SERVICE DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1843.

(Suite du nº 22.)

Embarras gastriques simples et typhoïdes.

Nous rapprochons ce que nous avons à dire sur l'embarras gastrique, des réflexions relatives à la fièvre typhoïde, parce que les fièvres typhoïdes de forme légère élaguées du chapitre précédent, ont été reportées dans celui-ci. Elles sont confondues avec les embarras gastriques bien tranchés, et pour lesquels la confusion n'était pas possible. Avec ces éléments un peu différents entre eux il est vrai, trente malades figurent dans ce chapitre; vingt-six hommes et quatre femmes.

Ces trente malades ont traversé le service, de manière que nous ayons eu à peu près constamment sous les yeux une ou plusieurs des affections dont nous parlons. Le mois de mars a néanmoins paru en fournir un peu davantage; douze sur les trente sont de cette époque. Mais ce moment est celui du commencement du printemps, c'est-à-dire, celui où beaucoup de gens sont pris, les uns de symptômes gastriques, les autres de signes d'hypérémie, trop souvent entretenus par la vicieuse et empirique habitude d'un purgatif ou d'une saignée.

Quant aux embarras gastriques, fièvres typhoïdes légères, ils n'ont pas été les plus fréquents alors que nous avions aussi dans les salles le plus grand nombre de fièvres typhoïdes. Celles-ci venaient en foule, surtout du 20 janvier au 20 février, et dans cet intervalle nous avons compté quatre ou cinq cas légers, ici nommés embarras gastriques. Encore faut-il ajouter qu'ils sont venus vers le déclin de l'épidémie. Ceci, après tout, n'a rien qui doive surprendre; nous avons insisté en son lieu sur le caractère grave et meurtrier de l'épidémie que nous avons observée. Dès lors on comprend bien pourquoi, en vertu même de sa nature ainsi inquiétante, elle laissait peu de place à la forme bénigne de la maladie.

Une mention particulière due à l'un des malades inscrits dans cette catégorie, car il a présenté des symptômes assez singuliers: c'était un homme dans la force de l'âge et de la santé, présentant à son entrée un remarquable aspect de stupeur, de l'inappétence et de la constipation: il se plaignait d'une très grande faiblesse, mais n'accusait aucune douleur. Sa langue était sale; d'ailleurs pas de fièvre. Cet état a persisté durant près de trois semaines; le malade n'a jamais demandé la moindre nourriture, et même il refusait si on lui en offrait. La stupeur était toujours la même; les selles étaient seulement déterminées par des purgatifs, qu'il fallait répéter quelquefois pour en obtenir une seule. On avait d'abord essayé de combattre ce singulier état par les purgatifs; rien n'ayant été produit par leur usage, on avait pris le parti de ne rien faire. Les choses en étaient là, sans aucun amendement, lorsque des réparations à faire dans notre salle ont fait transférer ce malade chez M. Delarroque. L'emploi des purgatifs a été recommencé; et, soit par les bénéfices, soit par les seuls efforts de la nature (ce que j'admettrais plus volontiers), la guérison est enfin survenue après un mois de séjour à l'hôpital.

Les trente malades atteints d'embarras gastriques sont sortis guéris, après avoir séjourné dans les salles, moyennement, dix ou onze jours. Pour tous, le traitement a consisté en un éméto-cathartique d'abord, qui suffisait le plus ordinairement. Puis, si besoin en était, on y ajoutait un ou deux laxatifs. Dans les cas de fièvre typhoïde légère, on aurait pu se dispenser, à la rigueur, de recourir à cette médication, quelque simple qu'elle soit; on eût pu la remplacer par l'expectation, méthode bien plus simple encore. Néanmoins les malades gagnaient au traitement, en premier lieu, d'être soulagés et ensuite d'être guéris plus promptement. Cette double considération est bien suffisante pour justifier la pratique qui a été suivie, et pour la faire proposer également comme règle générale de conduite.

Pneumonies.

Le nombre des malades atteints de pneumonie a été de vingt-six; deux femmes et vingt-quatre hommes. Sur ce nombre, je dois en déduire deux restés dans le service au 1er janvier, et alors en pleine convalescence.

Rien de spécial dans les causes de la maladie. Le plus souvent un refroidissement subit, le passage brusque d'une température élevée à une autre beaucoup inférieure. La plus grande proportion des pneumonies a coïncidé d'ailleurs avec les vicissitudes atmosphériques, et elles ont été plus fréquentes aux trois moments suivants. Les dix derniers jours du mois de mars d'abord; puis vers la fin de janvier et le commencement de février; enfin du 10 au 20 mai.

La mortalité a atteint un chiffre énorme; huit malades sur les vingt-quatre ont succombé. Il importe d'entrer dans quelques détails pour expliquer un chiffre aussi exorbitant.

Elaguons immédiatement un malade apporté dans la journée, avec tous les signes de l'agonie et qui a succombé quelques heures après son entrée. C'est seulement par l'autopsie que nous avons constaté une pneumonie au troisième degré, occupant tout un poumon. C'était un vieux cocher, ancienne pratique du service, qui venait d'obtenir son admission à Bicêtre. Il a laissé marcher la pneumonie jusqu'au dernier moment, puisqu'il est venu ou plutôt puisqu'on l'a porté déjà agonisant. Cet individu était cependant toujours admis sans examen, et il le savait bien, dès que l'emphysème pulmonaire dont il était atteint le tourmentait davantage. Sous ce rapport cette observation est digne d'intérêt; car l'emphysème est toujours une complication fâcheuse des pneumonies; il aggrave beaucoup l'oppression, et néanmoins ce malade a pu aller jusqu'au bout. Lui, qui avait une admission facile et certaine à l'hôpital, n'est pas venu y demander des secours, d'où il faut conclure que la pneumonie a dû le troubler médiocrement dans ses habitudes ordinaires. — Sur les sept autres malades, un a présenté des complications cérébrales. Les signes habituels de la pneumonie étaient rares et obscurs; on distinguait difficilement un peu de souffle au sommet du poumon droit. L'oppression surtout a fait soupçonner une affection pulmonaire. Le malade, saigné le premier jour de son entrée, a succombé en quelque sorte subitement, sans agonie, le troisième jour. L'autopsie a révélé une pneumonie au troisième degré, occupant la presque totalité du poumon droit. La maladie devait être ancienne. — Un troisième n'a également séjourné que trois jours dans les salles; au moment de son entrée la mort paraissait certaine. Malade depuis onze jours, il était envoyé par un praticien de la ville, qui avait pratiqué deux saignées, appliqué des sangsues et un vésicatoire, administré une potion stibiée à 20 centigrammes. Aurions-nous été plus heureux si le malade était venu nous trouver dès le début de la maladie? Il est permis de l'espérer: mais à cette considération que les soins donnés hors de l'hôpital avaient dû être fort incomplets. Lorsque le médecin avait décidé le tardif transport du malade à l'hôpital, il était préoccupé de ce que sa femme était au moment d'accoucher, et le même lit allait devenir forcément, dans un sale et étroit réduit, la couche du mourant et de la femme en travail. Quoi qu'il en soit, nous avons administré le tartre stibié à la dose de 50 à 60 centigrammes, sans amendement dans l'état du malade. Le médicament était toléré, si l'on peut nommer tolérance l'impossibilité même de toute réaction. — Sans insister davantage sur l'histoire spéciale de chaque malade, nous dirons que les autres étaient au douzième jour de la maladie lors de leur entrée à l'hôpital. Chez tous il y avait du souffle dans une grande étendue, les crachats étaient jus de pruneaux. Un seul ne faisait remonter la pneumonie qu'à cinq jours; peut-être l'affection eût été enrayée par une saignée pratiquée le soir même de l'entrée du malade. J'ai eu le tort de la remettre au lendemain. Mais, malgré l'évidence d'une pneumonie, malgré la date déjà ancienne de son invasion, l'état général du malade m'a paru satisfaisant. Or, fidèle à ma constante habitude de prescrire le moins possible hors des yeux du chef de service, j'ai pensé pouvoir différer cette saignée; encore une fois, ce cas est le seul qui fût peut-être guérissable, et même faut-il conserver des doutes si l'on songe que, malgré l'activité du traitement, le malade a succombé après cinq jours, ce qui indique une marche bien rapide de la maladie. — Au reste l'autopsie nous a toujours montré des altérations tellement avancées et tellement étendues, qu'elles étaient au-dessus de nos ressources thérapeutiques. Dans aucun cas la pneumonie n'était double, mais généralement il y avait infiltration purulente étendue à la totalité du poumon malade.

Quant aux pneumonies terminées heureusement, la durée moyenne de leur traitement a été de quinze ou seize jours. Un des malades a voulu sortir après quatre jours; nous l'engagions à rester davantage, mais il se trouvait assez bien pour avoir été inébranlable dans sa résolution. Le plus grand nombre sont sortis après dix ou douze jours. Un a séjourné quarante-quatre jours dans les salles; mais chez celui-ci, après le traitement et la guérison de la pulmonie, il a fallu refaire une constitution profondément anémiée. De telle sorte qu'en réalité, durant les vingt derniers jours, la pneumonie était depuis long-temps guérie.

Le traitement peut assez bien se résumer ainsi: chez un pneumonique, au début, avec réaction, une saignée dès le jour d'entrée, à la visite du soir. Le lendemain nouvelle saignée, pour peu qu'il n'y ait pas contre-indication. Ceci a suffi dans un certain nombre de cas; une saignée a même quelquefois tout emporté.... Plus tard, au troisième ou quatrième jour, la pneumonie n'étant pas en résolution franche et rapide, l'action des saignées déjà faites était aidée par l'administration du tartre stibié à la dose de 40 à 60 centigrammes, ainsi continué plusieurs jours. Ce médicament a toujours eu une action efficace et nous avons pu noter quelques cas dans lesquels il a produit des effets presque merveilleux.

Chez quelques-uns des malades qui ont fini par succomber, le tartre stibié a d'abord déterminé des améliorations inespérées. Malheureusement la maladie trop ancienne et trop longtemps non combattue reprenait le dessus.

Parmi les guérisons, il est des cas de pneumonie datant de huit ou dix jours; l'état général repoussait toute possibilité de saignée. Le tartre stibié, administré de suite, toujours à la dose déjà indiquée, puis convenablement continué a amené la guérison. Un malade m'a surtout frappé. La maladie datait de dix jours et occupait plus des deux tiers du poumon gauche: un pronostic mortel avait été porté. Néanmoins, par l'influence de cette médication, le malade sortait guéri vingt-six jours plus tard, mangeant trois portions depuis l'avant-veille. Deux autres malades peuvent être cités aussi, quoique dans un état beaucoup moins grave; mais chez l'un le tartre stibié a été remplacé, après quelques jours, par les toniques, dont l'efficacité, dans ce cas particulier, paraît avoir été plus grande. Le second n'a eu que du tartre stibié et a bien guéri; mais une éruption dans la bouche a été déterminée par ce médicament, dont pour cela il a fallu suspendre l'usage dès le troisième jour.

Une dernière remarque doit être faite à propos du traitement des pneumonies. Pour celles qui ont été observées dans les dix derniers jours du mois de mars, la saignée paraissait sans résultat favorable; les malades ne se trouvaient pas mieux après les émissions sanguines. Au contraire, dès la première dose de tartre stibié, le changement était immense... Il faut dire que la maladie présentait, de son côté, des caractères en rapport avec le non-soulagement après les émissions sanguines. Peu ou pas de fièvre et de signes de réaction, sang des saignées peu ou pas couenneux. Il semblait y avoir là comme une constitution médicale, imprimant des caractères spéciaux communs à toutes ces pneumonies; et puis aussi, par suite, en quelque sorte comme une constitution thérapeutique et médicale. Cette réflexion aurait pu trouver place dans l'alinéa précédent; mais en rapprochant la physionomie particulière de ces pneumonies du cachet également particulier propre à leur traitement, les deux faits ressortent mieux et même semblent s'expliquer l'un par l'autre.

Gangrène du poumon.

J'avais d'abord voulu faire rentrer dans la pneumonie trois cas de gangrène du poumon; mais, après y avoir réfléchi, j'ai préféré leur consacrer un chapitre spécial, car la gangrène n'a pas toujours paru terminer une pneumonie. Dans l'un des cas, les choses s'étaient bien passées ainsi, et à côté de la caverne gangréneuse, il y avait le tissu pulmonaire pris de pneumonie au troisième degré. Mais les deux autres faits sont différents; tous trois d'ailleurs sont intéressants à plusieurs titres.

Un graveur d'environ trente ans fut porté dans le service comme affecté de pneumonie, et il avait en conséquence été saigné par un médecin de la ville le matin même de son entrée à l'hôpital. La maladie datait de quatre ou cinq jours. L'examen le plus attentif ne fit pourtant reconnaître aucun signe de pneumonie: les crachats n'avaient rien de caractéristique; la percussion et l'auscultation ne fournissaient aucun signe; seulement une douleur dans le côté. Le pouls était assez fréquent et petit. En tout cas, l'état du malade était grave; mais il paraissait dépendre plutôt, sinon d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, du moins d'un état typhoïde avec adynamie. On recourut à l'emploi des toniques, et le malade parut aller

mieux. Il était permis d'espérer la guérison, lorsque, huit jours après l'entrée, des crachats rouillés apparurent, et avec eux les signes plessimétriques et stéthoscopiques d'une pneumonie fort étendue. Malgré le traitement qui fut alors employé, l'expectoration devint rapidement gangréneuse, et le malade succomba quinze jours après son entrée dans le service. Ainsi qu'il vient d'être dit, nous trouvâmes à l'autopsie une caverne gangréneuse dans le sommet du poumon gauche; le reste de ce poumon était le siége d'une pneumonie au troisième degré.

Le second exemple de gangrène pulmonaire a été recueilli sur une femme de cinquante-quatre ans. Elle est venue, se plaignant de palpitations de cœur et d'une toux légère peu ancienne. Nous avons constaté, en effet, une hypertrophie du cœur. La malade était dans les salles depuis un mois, sans que son affection eût jamais présenté rien de particulier, lorsqu'elle fut prise d'une hémoptysie extrêmement abondante. Cette hémoptysie se prolongea durant huit ou dix jours, et parut alors s'arrêter d'elle-même, après avoir résisté aux moyens conseillés en pareil cas. A ce propos, la poitrine fut explorée avec le plus grand soin, et nul signe ne confirma le soupçon d'une affection tuberculeuse. Néanmoins, cet examen porta à penser que le poumon gauche était affecté, ou du moins portait des traces de maladies anciennes. Quant à l'hémoptysie, on crut devoir l'attribuer à l'état maladif du cœur. Quoi qu'il en soit, la malade sembla se remettre un peu; mais à quinze jours de là une nouvelle hémoptysie survint, plus abondante et plus rebelle au traitement que la première. Cette fois le crachoir était deux fois rempli de sang dans les vingt-quatre heures, au lieu d'une, ainsi que cela avait lieu précédemment. Enfin l'hémoptysie fit place à une expectoration gangréneuse, et la malade succomba quatre jours après. — Le cœur fut trouvé hypertrophié, sans lésion valvulaire..... Dans le poumon gauche, il y avait une énorme caverne gangréneuse, cernée de tout côté par de la pneumonie chronique. D'ailleurs, pas la moindre trace de tuberculisation, ainsi que les membres de l'Académie de médecine l'ont constaté, car la pièce a été présentée à cette Société savante... Enfin, ce poumon gauche portait à la partie inférieure de sa face externe des ampoules nombreuses et juxtaposées, qui avaient absolument l'apparence d'une grappe de raisin. Cette dernière disposition surtout avait motivé la présentation de la pièce à l'Académie. Il s'agissait de savoir si c'était là un emphysème sous-pleural ou un emphysème vésiculaire. La première de ces deux opinions a été généralement considérée comme vraie.

Enfin, le dernier fait de gangrène du poumon a pour sujet un homme de quarante-six ans, et nous n'avons pu en suivre l'origine. Le malade était dans le service au 1er janvier, ayant alors depuis plusieurs jours une expectoration caractéristique. Depuis quelques hivers, cet homme, très robuste jusque-là, était devenu sujet à des rhumes; mais ces rhumes disparaissaient seuls, sans intervention d'un médecin. La maladie dont il est affecté, il l'assimile à une maladie qu'il avait l'hiver précédent: or, cette maladie ne paraît pas avoir différé de son rhume habituel, puisqu'elle était constituée surtout par de la toux, et qu'elle a disparu, sans y rien faire, après une durée de six semaines. Mon prédécesseur dans le service n'avait pas été plus heureux en interrogeant ce malade; voilà tous les renseignements auxquels il s'est tenu. Néanmoins, nous ne pouvions douter d'une gangrène du poumon, et l'autopsie a confirmé ce diagnostic bien évident.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement de la chorée; par M. T.-H. WARDLEWORTH, chirurgien à Rochdale.

A l'exemple de Paracelse qui, le premier, rangea la chorée parmi les affections pathologiques et enleva son traitement à l'empirisme des exorciseurs, M. Wardlervorth considère cette maladie comme ayant son siége dans le tube intestinal, et ce qui le confirme surtout dans cette opinion, c'est qu'en faisant l'autopsie de deux sujets morts de chorée, il n'a trouvé aucune lésion ni dans le cerveau ni dans la moelle épinière; mais, en revanche, il a observé chez l'un et l'autre une tuméfaction des ganglions mésaraïques. De là, la prédilection de ce praticien pour l'emploi des purgatifs dans les cas de chorée. Voici la formule à laquelle il donne la préférence:

Pr.	Extrait d'élaterium,	5 centigrammes.
	Poudre de jalap,	18 décigrammes.
	Poudre de gingembre,	12 décigrammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène divisée en douze doses bien égales.

On donne une de ces doses, toutes les quatre heures, jusqu'à ce que l'effet laxatif commence à être produit.

L'auteur regarde, d'après son expérience, l'élatérium comme offrant un haut degré d'utilité dans les cas de ce genre.

Si, malgré l'action énergique exercée par ce médicament sur le canal intestinal, la maladie persiste, l'auteur recourt alors à l'emploi du tartrate de fer et d'ammoniaque: il en fait d'abord prendre 15 centigrammes, trois fois par jour, dans un véhicule quelconque, et il augmente graduellement la dose jusqu'à 25 centigrammes par chaque prise, ce qui, dans les cas ordinaires, suffit généralement pour se rendre maître du mal.

M. Wardleworth apprécie beaucoup ce dernier moyen, et conseille de l'inscrire au nombre de nos moyens thérapeutiques.

Du reste, le grand air est un auxiliaire puissant de cette médication.

Le rétablissement a lieu ordinairement dans l'espace de quinze jours à trois semaines.

(*Edinborgh Monthly Journal of medic. sciences.*)

Efficacité de l'huile de foie de morue dans un cas de tumeur abdominale considérable; par M. le docteur DE LA VIGNE, de Bendorf.

Une petite fille âgée de huit ans, qui déja antérieurement avait présenté tous les signes d'une disposition scrofuleuse, fut atteinte d'une inflammation abdominale, et bientôt guérie par les moyens ordinaires. Au bout de quelque temps l'abdomen de l'enfant acquit un tel degré de développement, que les parents en furent effrayés et vinrent réclamer les soins de M. le docteur De la Vigne.

Ce médecin; en explorant le ventre de la petite malade, trouva dans la région épigastrique une tumeur considérable, longue de plus de 11 centimètres, et large de 5 à 6 centimètres, dure, inégale, mobile, et suivant les positions diverses qui étaient données au corps.

Au bout de quelques semaines, cette tumeur avait encore augmenté d'un tiers, de sorte que l'abdomen de l'enfant ressemblait à celui d'une femme parvenue aux derniers mois de la grossesse.

Dès les premiers moments, on mit en usage l'iode et ses diverses préparations, ainsi que les bains et et les cataplasmes; mais on n'en retira aucun succès; loin de là, sa tumeur alla croissant. M. De la Vigne prescrivit alors l'huile de foie de morue, qu'il fit prendre à la dose d'une demi-cuillerée à bouche trois fois par jour, en ajoutant à chaque prise vingt-cinq milligrammes d'iodure de sodium. Il recommanda en même temps l'emploi des bains de sel alcalin de Kreuznach.

Après quelques semaines de ce traitement, la tumeur présentait déjà une notable diminution, et deux mois suffirent pour procurer une entière guérison.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

— Dans le nombre des orateurs inscrits pour parler contre la loi des patentes, on remarque le nom de M. le docteur Richond des Brus.

DU TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE PAR LA PATE ALUMINEUSE ÉTHÉRÉE, DE J. LEFOULON.

Au centre du mouvement incessant de l'intelligence et du savoir, l'art du dentiste semblait seul destiné à rester long-temps stationnaire. C'est que jusqu'à présent on n'avait considéré cette profession que sous son point de vue mécanique; c'est que depuis Guillaume, qui imagina le procédé barbare de l'implantation des dents, Duchâteau, Dubois, Foucou, Catalan fils, Fouzi, Pernet et Maury lui-même, n'insistèrent que faiblement sur les rapports de leur profession avec la thérapeutique. Si la mécanique a depuis long-temps trouvé le secret d'imiter la nature jusqu'à s'y méprendre, que de reconnaissance ne doit-on pas à la science qui la conserve!

Au premier rang des causes mystérieuses qui perdent les dents, il convient de placer l'inflammation de l'organe cellulo-vasculaire et nerveux que l'on nomme pulpe dentaire.

L'inflammation de cet organe doit inspirer quelque crainte à celui qui l'a ressentie, elle a disposé les dents à la carie interne. En effet, il est rare qu'on ne s'aperçoive pas bientôt d'une altération dans leur couleur; des taches s'y forment et en ternissent l'émail. Un air froid ou trop chaud, un corps étranger sous la dent, des émotions vives de l'âme, excitent l'inflammation de la pulpe, les douleurs sont plus rapprochées, plus violentes, plus durables, les parois de la dent montrent dans quelques points une transparence insolite; n'étant plus soutenu, l'émail s'écaille et découvre une cavité qui va toujours grandissant à mesure que l'absorption dévore le tissu malade. De ce moment, les fluxions deviennent plus fréquentes, les douleurs plus intenses, le nerf dentaire s'irrite à mesure qu'il est moins protégé.

Une dent menacée de carie cause tout d'abord une sensation douloureuse et inaccoutumée; tout la ramène: — d'abord légère et de courte durée, elle passe presqu'inaperçue, jusqu'à ce qu'elle se change en une insupportable douleur. A cette douleur se joignent bientôt la tuméfaction des gencives, l'exaltation de leur sensibilité, le gonflement de la joue. Il se forme une tumeur qui s'étend sur l'un des côtés de la mâchoire, sans signes extérieurs d'inflammation, si l'on en excepte l'élévation de la température et une tuméfaction, ou bien encore la tumeur s'élève, rougit et est accompagnée de battements douloureux; alors la fièvre s'allume, des sympathies morbides s'exercent, et tout l'organisme troublé partage la souffrance de la pulpe dentaire.

Que doit faire le praticien en présence d'aussi intolérables souffrances? — Plombera-t-il les dents cariées, au mépris de l'opinion unanime de ses confrères les plus expérimentés, qui regardent l'opération comme dangereuse tant que la pulpe est surexcitée par le mal? — Conseillera-t-il les escharotiques, les huiles essentielles, alors que tout homme de conscience recule devant leurs résultats irréparables? — Tranchera-t il le nerf ou le brûlera-t-il? — Il faut un certain courage pour accepter une opération plus douloureuse que le mal, et d'un résultat si incertain.—Reste l'extraction des dents cariées! mais qu'est-ce que le dentiste réduit à cette dernière et triste extrémité, que le progrès et la science ne reconnaissent plus nécessaire que dans de rares exceptions?

Il faut bien le dire, jusqu'au jour où la pâte conservatrice alumineuse éthérée a été découverte, il y a treize ans environ, on n'avait opposé à la carie dentaire que l'extraction ou des palliatifs sans valeur médicale, non pas que nous prétendions en inférer que la profession de dentiste manque d'hommes aussi profondément versés dans les secrets scientifiques de leur art que l'est l'inventeur de cette pâte, mais à coup sûr ils ont été moins heureux ou moins persévérants.

C'est également un devoir de constater que la pâte pour laquelle un brevet a été accordé à M. Lefoulon jouit de la double propriété qui lui est attribuée. Non seulement elle calme la douleur la plus intense, mais encore elle l'éloigne à jamais. Par elle, toute opération de plombage est facile; elle arrête et guérit, après quelques applications, la carie la plus rebelle, et elle est un remède puissant contre cette terrible maladie des gencives qu'on nomme fongosités. Nous ferons encore observer qu'il résulte d'une longue suite d'expériences, constatées par plusieurs années de succès, que la pâte de M. Lefoulon, placée sur les dents voisines de celles qui sont malades, ni produit pas la moindre altération ni dans le présent ni dans l'avenir.

C'est le devoir de chacun de répandre les découvertes qu'il croit posséder seul, quand, par leur nature, elles appartiennent à tous. Malgré ses efforts constants, M. Lefoulon n'avait pu, jusqu'ici, s'opposer à l'extrême volatilité de sa pâte. Le savant concours que deux chimistes, MM. Deyeux et Barruel, n'ont cessé de lui prêter, a porté ses fruits; sans discontinuer de donner ses soins aux maladies des dents, M. Lefoulon a été enfin assez heureux pour pouvoir mettre sa découverte à la portée de tous.

L'emploi de la pâte alumineuse éthérée est des plus simple: il suffit, à l'aide d'une petite spatule de bois, d'os ou de métal, de proportionner la quantité de pâte à la cavité de la dent, ou à l'étendue des gencives malades, soit pour une carie moyenne la grosseur d'une lentille par pansement, ou quatre fois cette valeur si on fait usage de la pâte contre le ramollissement des gencives ou contre l'ébranlement des dents; dans ce cas on peut la diviser simplement avec le doigt.

Résumons-nous en établissant bien que la pâte de M. Lefoulon n'a pas franchi et ne franchira pas les limites du possible, qu'elle ne préviendra pas toutes les caries, mais qu'elle en arrêtera les progrès en les guérissant aussi bien que les fongosités et les fistules dentaires; qu'elle ne fera pas qu'il n'existe toujours des cas où l'extraction soit inévitable, mais qu'elle les rendra de plus en plus rares, si on l'emploie en temps opportun, et si on n'attend pas imprudemment pour lui demander une guérison que le mal ait détruit tout ce qu'elle peut raisonnablement guérir.

DES APPAREILS INAMOVIBLES;

Par le docteur CH. TARDIEU, interne des hôpitaux civils de Paris. Un vol. in-4°, avec une planche. Prix, 4 fr.

A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 FÉVRIER 1844. (17e ANNÉE.) N°. 25. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Fièvres typhoïdes.

Nous avons, aux nos 9 et 19 de la salle Sainte-Agnès, deux hommes atteints de fièvres typhoïdes. Chez ces deux sujets, la maladie s'est présentée avec des formes diverses, qui lui ont donné une physionomie particulière. A une époque qui n'est pas encore très éloignée, et où la maladie dont nous allons vous parler était peu connue, on distinguait les synoques par leurs formes extérieures, en adynamiques, muqueuses, bilieuses, etc. Pour les pathologistes modernes, ces maladies ne sont plus que des formes diverses de la fièvre typhoïde. Les altérations sont les mêmes; la dénomination seule est différente pour toutes ces affections décrites par Pinel sous les noms de fièvres ataxique, adynamique, etc., noms sous lesquels moi-même j'en ai souvent tracé l'histoire. Une observation ultérieure et scrupuleuse a démontré que les lésions anatomiques étaient les mêmes chez tous les sujets.

Les phénomènes généraux qui accompagnent la maladie sont toujours d'un grand poids pour le médecin dans la cure de la maladie et dans le pronostic qu'il doit porter. Pendant un grand nombre de siècles, les médecins ne se sont guère guidés que sur les phénomènes généraux pour établir leur pronostic et leur traitement. Et nous même, malgré les progrès qu'a faits de nos jours l'observation et la thérapeutique dans une multitude de circonstances, nous n'avons pas de moyens directs à opposer au mal local. La fièvre typhoïde est dans ce cas; nous ne pouvons rien opposer à la lésion anatomique qui constitue la maladie, et qui en est le cachet. Supposons deux praticiens, dont l'un, dans le traitement de la fièvre typhoïde, ne tiendrait compte que des phénomènes généraux, tandis que l'autre ne s'occuperait que des phénomènes locaux; selon nous, ce dernier s'éloignerait beaucoup plus du traitement à suivre, que celui qui ne tiendrait compte que des phénomènes généraux. De ce que je dis, cependant, il faudrait se garder de conclure qu'il faut abandonner un des deux éléments et le laisser de côté. Il faut, au contraire, les considérer tous les deux, et en tenir compte; mais en faisant attention que souvent les phénomènes locaux ne sont pas en raison des désordres fonctionnels qui sont produits.

Il existe une cause générale, et la lésion des plaques de Peyer n'est qu'un phénomène secondaire, car elle n'est pas en rapport avec la gravité de la maladie. C'est là un point qui différencie la fièvre typhoïde d'autres affections auxquelles on l'a comparée, et dont on l'a rapprochée. Dans la variole, par exemple, plus il y a de pustules, plus le danger est grand. Dans la fièvre typhoïde il n'en est pas de même; souvent la maladie est extrêmement grave, et il n'y a qu'un petit nombre d'ulcérations. Sans doute chez un grand nombre des sujets qui succombent, il existe beaucoup d'ulcérations; mais chez d'autres aussi l'on en trouve à peine. Il importe donc, nous le répétons, sans négliger les phénomènes locaux, de donner une attention spéciale aux phénomènes généraux. Des deux malades dont nous allons vous entretenir, l'un a présenté la forme inflammatoire, l'autre les symptômes qui constituent ce que l'on a appelé la fièvre bilieuse.

— Le malade couché au n° 9 de la salle Sainte-Agnès est âgé de vingt et un ans; il travaille à la fabrication des couleurs; d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, à Paris depuis deux ans, habituellement d'une bonne santé, sa maladie actuelle date de quinze jours environ; il y a cinq jours qu'il est dans nos salles. La maladie a débuté par un malaise général, un sentiment de fatigue et de courbature; diminution de l'appétit. Cependant il a pu pendant près de huit jours encore, se livrer à son travail. Il y a huit jours maintenant que des frissons, suivis de chaleur et de sueurs, se sont montrés, et ont à proprement parler marqué l'invasion de la maladie. La tête est devenue excessivement douloureuse. Une seule selle liquide; pas de vomissements, pas d'épistaxis. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, la face était turgescente, très animée; enchifrènement, mal de gorge, picotements dans les yeux; pas d'éblouissements ni d'étourdissements. Il est venu à pied à l'hôpital, mais très difficilement; quand il est arrivé, il tremblait, disait voir les objets tourner autour de lui, et on aurait pu le croire dans un état d'ivresse.

Pouls à 100 par minute; peau chaude, visage rouge injecté, caractère qui a été donné comme un phénomène de la fièvre inflammatoire. Toutefois, au milieu de ces phénomènes et au milieu de cette faiblesse, de cette apparence d'ivresse que le malade avait présentée, au milieu de tous ces phénomènes, il y avait ce picotement des yeux, cette rougeur de la peau qui auraient pu donner à penser qu'une fièvre éruptive allait se déclarer. Si dans quelques cas, en effet, les fièvres éruptives débutent avec les symptômes typhoïdes, dans d'autres cas, au contraire, les phénomènes inverses ont lieu, et une fièvre typhoïde se développe là où les premiers symptômes auraient pu faire croire à l'imminence d'une fièvre éruptive.

Chez le malade dont nous nous occupons ici, en même temps que des phénomènes généraux très intenses donnaient à penser qu'une fièvre éruptive allait se développer, les symptômes de l'affection typhoïde se décidèrent d'une manière tranchée, et ceux de la fièvre éruptive disparurent bientôt. Ainsi, dans le principe, apparence de phénomènes généraux qui sont ceux de la fièvre inflammatoire; rougeur même des téguments, non-seulement de la face, mais même de tout le corps; pouls large, plein; céphalalgie intense, etc.

Le lendemain de l'entrée, déjà un peu de gargouillement et de sensibilité dans la région de la fosse iliaque droite, phénomène d'une grande valeur pour le diagnostic, et un jour de plus écoulé sans qu'il soit apparu d'éruption notable; langue sèche, lisse, rouge, non croûteuse encore. Cet ensemble de phénomènes devenait plus significatif. Depuis l'entrée du malade dans nos salles, le ventre s'est un peu météorisé; quelques selles liquides; sécheresse encore plus prononcée de la langue, des dents, des lèvres; céphalalgie de plus en plus violente.

Depuis hier, quelques rêvasseries pendant le sommeil; le malade a presque toujours été très lent dans ses réponses, qui consistent en phrases lentes et brèves. Intelligence un peu obtuse. Nous vous avons dit que la céphalalgie était très intense. Après une saignée du bras qui fut pratiquée le jour de l'entrée, la douleur de tête diminua un peu. Une application de sangsues faite hier aux apophyses mastoïdes l'a diminuée encore, mais sans la faire cesser complètement. Parmi les phénomènes que nous venons de passer en revue, il en est un des plus importants que nous avons omis de mentionner; c'est l'existence des taches rosées lenticulaires, qui, dans les affections que l'on a rassemblées sous la dénomination de fièvre typhoïde, se montrent fréquemment sous forme d'une éruption plus ou moins confluente sur les parois de l'abdomen et de la partie inférieure de la poitrine. Nous n'avons pas à vous faire remarquer, chez le sujet de cette observation, l'existence de ces taches caractéristiques qui sont aussi d'une grande valeur séméiotique, et que l'on ne doit point négliger quand il s'agit d'établir un diagnostic précis.

Lorsque dans les affections chroniques fébriles, il y a en même temps affection de la muqueuse du poumon et de la muqueuse du tube digestif, ou que l'on soupçonne seulement l'existence de ces deux affections, l'observateur doit toujours être sur ses gardes, et penser qu'une cause commune peut présider à la production de ces deux affections. Le plus ordinairement, ce sont des tubercules dans un cas comme dans l'autre. C'est une affection tuberculeuse qui donne lieu à une bronchite symptomatique, et à la diarrhée; une seule cause détermine la production de deux résultats qui paraissent au premier abord si indépendants l'un de l'autre. Eh bien! ce que l'on observe dans les affections chroniques se passe de mê-

FEUILLETON.

RAPPORT SUR LE COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DU CAIRE POUR L'ANNÉE 1843 (1).

Séance du 3 janvier 1844, de la Société orientale.

Messieurs,

Dans un aperçu rapide que la Société orientale nous avait demandé pour être inséré dans le dernier bulletin de la *Revue de l'Orient*, nous avons cherché à prévenir l'impression trompeuse que pouvait produire sur le public, la forfanterie du Compte-rendu des travaux de l'école de médecine du Caire pour l'année 1843. Nous venons aujourd'hui terminer notre tâche en vous apportant les motifs et les preuves d'un jugement réfléchi que les brèves limites du temps ne nous permirent d'esquisser qu'en termes généraux.

Connaissant les dispositions bienveillantes de la Société orientale pour tout ce qui touche au progrès de l'humanité, nous remplissons un devoir pénible en mettant à nu les misères d'une intéressante contrée que le Compte-rendu nous a représentée comme un foyer resplendissant de régénération sociale et de civilisation destiné à inonder l'Orient de ses bienfaisantes lumières. En dehors de cette enceinte, nous avons aussi l'opinion publique, que des rapports adulateurs, dont nous écartons pour le moment la source et les mobiles, ont trop favorablement prévenue touchant les réformes que ce siècle a vu s'opérer en Egypte. On a beaucoup entrepris sans doute pour changer la face et les destinées de ce pays, mais les résultats n'ont pas répondu aux tentatives, et nous allons, quoi qu'il nous en coûte, substituer la réalité aux illusions que la bienveillance ou l'intrigue ont long-temps propagées en France.

Vous savez, messieurs, que les cinq membres de la commission ont tous séjourné plus ou moins long-temps en Egypte, et connaissent l'institution médicale qui est l'objet principal de ce rapport; et quoique tous ne puissent témoigner des mêmes faits que vous allez entendre, une confiance réciproque dans la sincérité de chacun nous engage dans une commune solidarité. Vous ne serez pas surpris de nous voir jeter un coup-d'œil général sur la civilisation de l'Egypte, à propos du Compte-rendu de l'Ecole de médecine du Caire, car certains passages de ce document lui même nous ont amenés sur ce terrain, et puis une institution scientifique chez les musulmans, doit assurément être présumée un des indices les plus puissants du progrès des lumières au sein de l'islamisme.

Sans vous rappeler, messieurs, comment vous est parvenu le Compte-rendu sur lequel votre commission s'est déjà prononcée, nous allons soumettre à votre jugement les faits divers dont nous avons étayé notre opinion.

Si, pour changer l'état moral d'une nation, il suffit d'y importer des livres, d'y admettre des professeurs étrangers, de construire de grands bâtiments auxquels on donne le nom d'écoles, Méhémet-Ali a, sans contredit, opéré la métamorphose dont le monde européen s'entretient, et l'Egypte moderne est certainement aujourd'hui un pays fort éclairé.

Mais ce qui s'est passé dans cette contrée vient précisément vous démontrer qu'on ne transforme point ainsi tout un peuple, et que, pour l'amener à la civilisation, il faut des éléments qui ont manqué aux Egyptiens.

L'Egypte ne représente pas une nation homogène, un corps compacte: elle est habitée par des peuples différents, opposés par leurs religions, opposés par leurs mœurs, et que commandent des étrangers, les descendants des soldats d'Osman, premier empereur des Turcs.

Est-ce sur les maîtres de l'Egypte que Méhémet-Ali a fait porter les réformes dont on a si complaisamment vanté les résultats? A-t-il voulu inspirer aux Osmanlis des principes de gouvernement autres que ceux dont ils s'étaient nourris jusqu'alors? Tous, messieurs, vous savez que non.

Méhémet-Ali s'est emparé surtout des enfants des laboureurs égyptiens, et il les a livrés aux Européens pour en faire des artisans, des militaires, des médecins, etc.

Devait-on conclure de cette première prise de possession que les arts, les sciences, allaient refleurir sur le sol de l'Egypte? — On l'a cru, messieurs, en France principalement.

Depuis quinze ans, on n'a cessé de vous dire que l'Egypte avait fait des prodiges, et que la civilisation avait désormais fixé sa résidence dans les états de Méhémet-Ali.

Tandis que l'on s'extasiait ainsi chez nous sur l'œuvre du vice-roi, les Français à son service luttaient avec une incroyable énergie contre leurs propres élèves, et contre le mauvais vouloir, l'ignorance ou l'apathie des administrateurs turcs.

Ceux-ci ne voulaient pas que les fellahs s'instruisissent, et les fellahs eux-mêmes, enlevés à leurs boueuses demeures, ne comprenaient rien de ce qu'on leur disait.

Dans les divans ou ministères chargés de la haute direction des écoles, se trouvaient encore d'autres fonctionnaires influents, également opposés à l'émancipation des Egyptiens musulmans, nous voulons parler des Coptes.

Ainsi, des établissements à l'instar de ceux de l'Europe surgissaient bien sur les bords du Nil, mais, d'un côté, les Egyptiens n'avaient point fait l'éducation de leurs sens, et les délégués du vice-roi, les dépositaires de son pouvoir, se déclaraient hautement les ennemis des nouvelles institutions.

Dans l'état complet d'abjection où vivaient les Egyptiens lorsque Méhémet-Ali prit les rênes du gouvernement, pouvait-on espérer d'en faire des médecins, des ingénieurs, des savants enfin, sans avoir au préalable travaillé à leur éducation morale et physique?

Evidemment non; une pensée contraire exciterait le rire, et cependant, messieurs, telle n'a pas été la manière de voir des hommes auxquels Méhémet-Ali crut devoir s'adresser.

On lui assura que les fellahs, serviteurs avilis du Turc, dégradés, corrompus, amenés à pratiquer tous les vices de leurs chefs, deviendraient, après quelques années d'études, médecins habiles ou ingénieurs savants, capables d'être substitués aux Européens, leurs professeurs.

D'autres, peut-être, consultés par le vice-roi, auraient dit: « Avant de faire participer vos sujets au haut enseignement des écoles spéciales, il est indispensable d'établir dans vos provinces des écoles primaires, des écoles préparatoires. Ne point arriver par gradation à des études qui forment le complément du travail intellectuel de l'homme, c'est s'exposer à ne rien obtenir. »

Mais en agissant de la sorte, c'était retarder l'effet qu'on désirait produire; on avait hâte, au contraire, d'annoncer à l'Europe que l'Egypte s'était dépouillée de son vieux manteau vermoulu pour se revêtir du riche habit taillé sur un patron des pays civilisés.

Le Turc se moqua du singulier accoutrement imposé à son ancien serviteur, qui, la veille encore, rampait à ses pieds, et auquel il distribuait, journellement, avec une générosité remarquable, des centaines de coups de bâton.

Il n'accepta pas comme chose possible que le fellah impudique, sale, déhonté, pût devenir bientôt son médecin, un médecin dont le savoir ne tarderait pas à égaler celui des Européens.

Il qualifia d'erronées les assertions contraires, et jamais il ne dévia du principe dont il était parti.

Sans entrer encore dans l'énumération des faits que nous rapporterons tout à l'heure, supposons un moment que l'École de médecine soit arrivée au degré de prospérité qu'on vous a signalé. Quel avenir offre-t-elle?

Les princes du sang, y compris Ibrahim-Pacha, détestent les Arabes; jamais ils ne leur ont accordé l'intelligence nécessaire à l'étude

(1) La commission était composée de MM. Lagasquie, Hamont, Le Bron de Vexela, Aubert-Rochu et Moreau (de Tours).

me dans les affections aiguës. Aussi ne serez vous pas étonnés lorsque nous vous dirons que nous avons constaté chez notre malade les symptômes, peu intenses, il est vrai, mais bien nets et bien tranchés, d'une phlegmasie pulmonaire, des râles sonores et muqueux. En général, soit dans les affections chroniques, soit dans les affections aiguës, quand il y a simultanéité d'affection dans la poitrine et dans l'abdomen, que la pensée d'une cause commune déterminante se présente tout d'abord à votre esprit.

Le pronostic, chez notre malade, nous paraît assez grave. En premier lieu, dès le principe, il y a eu chez lui un état demi-comateux dont on parvient à le tirer en fixant fortement son attention, mais dans lequel il retombe très facilement. Cependant, hier, il a demandé à l'infirmier à quel endroit il se trouvait, et si ses parents viendraient le voir dans la journée. Il a pu, ce matin, se rappeler le jour de la semaine auquel nous sommes, le jour de son entrée dans nos salles, et le lieu où il se trouve. Il y a donc une amélioration sensible dans son état. Toutefois, cet ensemble de phénomènes dénote une maladie grave et dont l'issue est encore incertaine, mais dont les chances, eu égard à l'amendement que nous constatons aujourd'hui, sont, quoique faibles, plutôt en faveur du malade que contre lui.

Le traitement que nous avons mis en usage est le suivant: Le jour de l'entrée, une saignée générale a été pratiquée, ainsi que nous l'avons dit plus haut; et depuis lors, deux émissions sanguines locales à l'aide de sangsues. Des boissons délayantes en grande quantité; quelques laxatifs doux; des lavements émollients. Des compresses froides ont été maintenues sur le front, et souvent renouvelées. Ces moyens sont ceux sur lesquels nous insisterons. Nous n'avons pas jugé à propos de prescrire des bains, parce que la peau a été généralement moite et humide. L'effet que produiraient les bains, la nature s'est chargée de le produire; nous avons, en nous abstenant de ce moyen, épargné de plus au malade la fatigue qui en serait nécessairement résultée. Les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve ce sujet sont assez bonnes, et les soins ne lui manquent pas. Or, l'hygiène est une condition première sans laquelle tous les moyens thérapeutiques les plus actifs sont inutiles et sans résultat. Nous consacrerons plus tard une séance tout entière à l'examen des conditions hygiéniques les plus importantes, et nous ferons ressortir à vos yeux et l'utilité d'une bonne hygiène et la vérité de l'assertion que nous venons d'émettre.

Le 12 décembre, douzième jour depuis l'invasion de la maladie, l'amélioration se soutient. Tout indique clairement chez le sujet dont nous vous entretenons l'existence d'une affection typhoïde. Cependant, tous les phénomènes ne se sont pas montrés, qui caractérisent habituellement cette maladie. Ainsi; malgré la période avancée de la maladie, nous n'avons point obervé une seule tache rosée lenticulaire, pas une seule papule. Il n'y a point eu d'épistaxis, et si l'on a pu constater quelques râles dans la poitrine, nous n'avons pas, comme dans les bronchites typhoïdes intenses, trouvé ces crachats étoilés, visqueux si fréquents en pareille circonstance.

Malgré l'absence de ces quelques phénomènes, dont on ne saurait nier la valeur, nous persistons à dire que c'est à une affection typhoïde que l'on avait manifestement affaire. Depuis trois jours, la position de ce jeune homme s'est améliorée sous tous les rapports. Les mouvements sont plus libres; ses réponses sont plus promptes, moins brèves. La langue est poisseuse, humide. Mais en même temps il y a de la diarrhée; cinq à six selles par jour. Le pouls est à 84 par minute; il n'était pas plus fréquent le jour où je vous en ai parlé pour la première fois. L'accablement, la stupeur sont moins marqués; la physionomie est meilleure, plus calme, moins hébétée.

Dans la chaleur humide de la peau, dans l'absence d'aggravation de l'état morbide, nous trouvons la confirmation du sentiment de mieux-être qu'il dit éprouver. La moiteur de la peau avait en partie disparu hier. Nous lui avons fait prendre un bain dont il s'est bien trouvé. Nous avons tout lieu d'espérer que l'affection typhoïde ne se prolongera pas beaucoup, et que dans trois ou quatre jours, vers le quinzième jour depuis le début de la maladie, il entrera en convalescence.

Ce que je vous dis ici vous semblera peut-être d'une excessive précaution, mais c'est que je pense qu'il peut encore exister chez lui des chances de malheur et que c'est là ce qui me renferme dans les limites d'une aussi prudente réserve. Il n'est pas rare de voir vers le deuxieme ou troisième jour de la maladie une rémission telle des symptômes que les malades se lèvent et demandent à manger. Mais au bout de quelques jours les accidents reparaissent plus violents, et cette forme est très mauvaise. Je me rappelle que dans le temps où j'étais à l'hôpital de la Charité, un malade atteint d'une affection typhoïde se trouvait tellement bien qu'il était descendu au jardin, et commençait à manger. Vingt-quatre heures après, il fut pris d'accidents nouveaux plus graves que les premiers, et il succomba. J'ai eu, depuis cette époque, l'occasion de voir le même fait se renouveler plusieurs fois.

Un accident beaucoup plus grave à craindre, c'est la perforation de l'intestin. Les symptômes qu'elle produit sont toujours tellement graves qu'il est toujours resté des doutes sur la réalité de cette perforation chez les malades sur lesquels on a cru l'observer et qui ont guéri. Cependant si l'ouverture a été très étroite, qu'il ne soit passé dans le péritoine qu'une très petite quantité de matières fécales, l'on peut à la rigueur concevoir qu'il y avait péritonite partielle et que la cicatrisation puisse s'opérer. Mais ces cas seront si rares qu'on doit les regarder comme exceptionnels.

En résumé, tout nous permet ici de porter un pronostic favorable, mais en usant de la plus grande réserve, à cause des accidents dont nous avons dû vous indiquer la possibilité.

Quant au traitement, nous continuerons la médecine expectante, peut être quelques bains. Les selles étant faciles, nous n'avons pas jugé à propos de revenir de nouveau aux purgatifs.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL GUY DE LONDRES.

Cas de convulsions puerpérales rapportés par le Dr John Liver, *et accompagnés de réflexions pratiques importantes.*

Ces cas morbides n'ont présenté rien de vraiment extraordinaire dans leurs symptômes; mais la coïncidence de l'état albumineux de l'urine dans l'immenss majorité des cas, est un fait qui n'avait pas encore été remarqué, et qui peut être d'une certaine importance pratique. Nous nous bornons à citer ces cas sans entrer dans des détails, et nous les ferons suivre des réflexions dont l'auteur les a accompagnés.

1er *cas.* Cinquième grossesse. Convulsions anémiques, suite d'hémorrhagies. La mère se rétablit. Enfant né vivant.

2e *cas.* Primipare. Non mariée. Convulsions pendant le travail. Accouchement d'un enfant vivant. Rétablissement de la santé de la mère.

3e *cas.* Primipare. Convulsions anémiques. Enfant né vivant. Mère rétablie.

4e *cas.* Convulsions développées avant le travail chez une femme grosse pour la neuvième fois. Mère et enfant bien rétablis.

5e *cas.* Primipare. Version. Urines fortement albumineuses. La mère revenue à la santé. L'enfant né mort.

6e *cas.* Convulsions anémiques chez une femme mariée grosse pour la quatrième fois. Présentation partielle du placenta, accompagnée d'hémorrhagie utérine. Enfant né mort. Rétablissement de la mère.

7e *cas.* Femme primipare. Non mariée. Enfant né vivant par les seuls efforts de la nature. Urines albumineuses. Mère rendue à la santé première.

8e *cas.* Femme primipare. Délivrée par le forceps. Urines albumineuses. Enfant né vivant. Mère rétablie.

9e *cas.* Seconde grossesse. Convulsions après l'accouchement. Urines contenant beaucoup d'albumine, d'après les réactifs. Enfant né vivant. La mère se rétablit très bien.

10e *cas.* Neuvième grossesse chez une femme mariée, d'un tempérament sanguin et grasse. L'enfant naît mort. Inflammation cérébrale chez la mère, qui succombe rapidement.

11e *cas.* Femme primipare, de tempérament pléthorique. Convulsions pendant le travail. On la délivre à l'aide du forceps. Emphysème considérable. L'enfant naît vivant. La mère succombe à une série de phénomènes très variés. Les urines étaient albumineuses.

12e *cas.* Primipare non mariée, forte, mais pâle. Les convulsions surviennent après l'accouchement. Enfant vivant. La mère revient à sa santé ordinaire. Les réactifs révèlent la présence de l'albumine dans les urines.

13e *cas.* Femme primipare non mariée, d'une bonne constitution. Convulsions pendant le travail. Naissance de deux jumeaux vivants. Application du forceps. Version. La mère finit pourtant par se rétablir. Urines albumineuses.

14e *cas.* Seconde grossesse chez une femme de constitution délicate. Travail difficile, avec convulsions. Emploi du forceps. L'enfant naît mort. Rétablissement de la santé de la mère.

Remarques de l'auteur.

Mortalité. 1° Pour la mère. D'après les faits rapportés, on peut, à raison, conclure que cette maladie n'est pas si mortelle que d'autres praticiens (Hunter, etc.) l'ont dit en établissant que plus de la moitié des femmes succombaient; car on n'a perdu ici que 2 femmes sur 14. Au reste, d'après les cas observés à l'hôpital Guy de cette affection, il résulterait qu'elle tue seulement dans la proportion de 1 sur 7, ou de 14,2 sur 100, ce qui est bien différent de la proportion établie par les auteurs susdits.

Mortalité pour les enfants. Sur 14, 7 sont nés vivants et 7 morts. L'art a dû intervenir pour les extraire de la matrice.

Cas où l'art est intervenu. Sur 7 cas, les enfants sont nés spontanément; dans 3 on a appliqué le forceps; dans 2, la version. Dans un cas de jumeaux, le premier fut extrait par le forceps, et le second par la version.

Conditions de l'urine. Dans les premiers cas on n'examina pas l'état de l'urine; car l'attention des médecins n'était pas dirigée de ce côté. Mais s'étant présenté des femmes avec anasargue, et l'idée d'une maladie de Bright s'étant offerte à leur esprit, on examina soigneusement les urines des malades; sur toutes on a trouvé cette sécrétion albumineuse. Cette expérience fut répétée par le docteur Liver sur les urines de ses malades en ville, et donna les mêmes résultats. Il fait observer en même temps que cette condition remarquable des urines ne s'est offerte à son observation que dans les cas où il y avait des convulsions ou imminence de convulsions. D'après sa pratique publique et privée, il admet deux espèces de cas

---

des hautes sciences, et tous veulent les maintenir dans l'état d'avilissement où les a trouvés Méhémet-Ali.

Les Turcs, les Arméniens, les Coptes, les Juifs, les Arabes mêmes, compatriotes des hommes de la génération nouvelle, nient le savoir des Egyptiens, et contestent la possibilité de les amener à une condition sociale autre que celle où ils ont vécu jusqu'alors.

A la mort de Méhémet-Ali, et cette mort ne peut se faire attendre longtemps, ce vernis emprunté à la civilisation tombera; alors reparaîtront, dans une nudité effrayante, ces plaies hideuses qui rongent la population égyptienne, mais sur lesquelles on a, de nos jours, étendu un voile que tous les voyageurs n'ont pu soulever.

Recherchons comment on est arrivé à la création d'une Ecole de médecine, ce qu'a été l'enseignement médical, et si réellement l'instruction des Egyptiens est ce qu'on vous l'a annoncée.

Des médecins venus d'Europe avaient été placés dans les rangs de l'armée régulière, dont ils étonnaient le soldat. La France expédiait en Egypte les médicaments, les instruments nécessaires, et l'Egyptien blessé sur le champ de bataille n'était plus abandonné, il recevait les soins d'un homme de l'art.

Mais l'Egypte devait-elle demeurer constamment tributaire de l'étranger? Ses enfants ne pouvaient-ils pas un jour enseigner, eux aussi, les sciences et les arts? Telles étaient les questions que s'adressaient quelques hommes, lorsqu'on vint proposer à Méhémet-Ali de fonder une école pour enseigner la médecine aux Arabes fellahs.

La proposition fut acceptée, et l'on vit bientôt s'élever dans le désert, à quelques lieues de la capitale, un vaste bâtiment, l'Ecole de médecine.

On prit les élèves partout où on les trouva. Quelques uns vinrent de la mosquée *el Azar*; d'autres, la majeure partie, quittèrent les champs, et se présentèrent, pour répandre un jour dans leur patrie les lumières qui en avaient disparu — C'était en 1826. — Professeurs, disciples, malades, instruments et livres, furent rassemblés dans une même enceinte, et l'on inscrivit sur son frontispice: *Ecole d'Abouzabel.*

On songea à distribuer les cours, et à l'établissement d'une discipline convenable. Mais il arriva que professeurs et disciples ne purent s'entendre, aucun ne savait la langue de l'autre; bon gré, mal gré, on dut s'arrêter et nommer des interprètes qui devinrent les intermédiaires entre les premiers et les seconds.

Des difficultés surgissaient à chaque instant, et venaient entraver ou arrêter la marche de l'institution. Les leçons communiquées tant bien que mal, il fallait les conserver, les transmettre par écrit aux élèves, mais les traducteurs n'étaient pas assez avancés dans l'étude des langues orientales pour les transporter du français ou de l'italien en arabe. On fit disparaître cet obstacle en attachant à la Faculté de médecine des *cheiks* de la mosquée el Azar, qui eurent mission de reviser les pages traduites.

Ce ne fut pas tout. Les élèves ne savaient ni lire ni écrire, il fallut annexer à l'établissement une institution primaire.

Ce singulier assemblage d'hommes et de choses si disparates pouvait-il raisonnablement alors prendre le nom d'*Ecole de médecine?*

Une question grave se présenta, on s'occupa de la résoudre: Convenait-il de diriger les élèves égyptiens à l'aide des mobiles usités chez nous?

Des malheureux abrutis, dépravés, habitués à vivre aux pieds des Turcs, n'exigeaient-ils pas un mode de discipline différent du nôtre? Tout le faisait croire. Des discussions survinrent cependant; mais le pacha, maître en Egypte, apparut et fit cesser les débats qui s'étaient élevés dans le personnel de l'Ecole.

Il décida que lui seul, par droit de conquête, se chargerait de la discipline.

Ses agents s'armèrent d'un bâton, d'un fouet, prirent la conduite de l'établissement, et, pour des peccadilles comme pour des fautes graves, ils administraient aux délinquants des volées de coups de bâton ou de coups de fouet.

Si les Européens sollicitaient d'autres punitions plus en rapport avec la nature des travaux dont s'occupaient les élèves, les Turcs refusaient de les entendre, et les Ulémas eux-mêmes, issus pourtant du sang arabe, insistaient pour la conservation des usages barbares du Turc anticivilisateur.

Les uns et les autres disaient aux professeurs étrangers: « Chargez-vous d'instruire vos disciples; nous nous chargerons, nous, de les maintenir dans l'obeissance et de leur rappeler que nous sommes leurs chefs. » Comme s'il avait été rationnel et convenable de séparer la discipline de l'instruction!

Les Européens travaillaient pour l'éducation morale de l'Egyptien; le Turc et l'Uléma se réunissaient pour annuler leurs efforts. L'Arabe n'est aux yeux du Turc qu'un instrument de travail, qu'un paria qu'il exploite à son profit.

Toutefois, puisqu'une école existait, elle devait fournir des résultats, et le gouvernement égyptien attendait avec impatience l'issue des premières tentatives opérées dans sa création, sur laquelle il fondait plus d'une espérance.

Bientôt, la position des professeurs devint embarrassante; on ne pouvait différer, on s'assembla, on tint conseil, et, après de mûres réflexions, le personnel enseignant de l'Ecole annonça que des examens généraux auraient lieu, et pour sortir triomphant d'une lutte qu'il allait soutenir, il donna aux élèves, trois mois avant les examens, les questions qui leur seraient adressées.

Au jour fixé, le jury se forma; un nombreux auditoire siégeait sur de riches divans. Chacun des élèves alla puiser dans une urne un papier roulé sur lequel était écrite la question que depuis long-temps il avait étudiée. Le jury s'étonna des réponses, il fut satisfait... Un tonnerre d'applaudissements partit d'un centre de réserve; l'auditoire fut entraîné, il applaudit avec le centre, et une musique militaire, placée à dessein dans la salle, annonça au peuple, accouru sur les lieux, la victoire que venaient de remporter les jeunes Egyptiens.

La fondation et les succès avoués de l'Ecole de médecine devaient nécessairement avoir du retentissement; ils occupèrent les esprits, et les voyageurs se hâtèrent d'aller visiter l'enceinte où les musulmans portaient le scalpel sur les cadavres de leurs coreligionnaires.

Ces voyageurs étaient bien reçus du vice-roi: on savait que, rentrés en Europe, ils parleraient de ses créations; il était donc essentiel qu'ils emportassent une impression avantageuse de ce qu'ils avaient vu.

On réunissait les élèves dans une longue division de l'hôpital, sur les murs de laquelle on avait représenté le système planétaire, celui des éclipses, et figuré des lignes pour l'explication de quelques phénomènes de physique.

Là, entourés d'instruments de chimie ou autres, le chef de l'institution priait les visiteurs d'interroger les étudiants sur les premiers principes de physique ou d'astronomie.

(La suite à un prochain numéro.)

L'Académie n'est pas si près de rentrer dans ses foyers qu'on pouvait le croire, d'après les promesses de l'architecte. A l'heure qu'il est, les travaux sont suspendus. Les boiseries ne sont pas posées, et les peintures ne pourront pas s'exécuter avant quatre mois. Du reste, on signale déjà des inconvénients graves dans les nouvelles dispositions. Le renouvellement d'air y sera, dit on, impossible si on ne pratique pas des ventilateurs. Les stalles destinées aux académiciens sont si étroites qu'un grand nombre d'honorables n'y pourront pas entrer. Cela surprend d'autant plus que M. Mérat s'occupe avec un grand zèle de ces constructions, et qu'il lui était facile de fournir par lui-même une mesure convenable. Mais on dit qu'une indisposition fort regrettable de M. le trésorier est cause de cette erreur de l'architecte.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

de convulsions dans lesquels l'urine est albumineuse ; ceux où l'urine présente l'albumine durant la grossesse et dans lesquels il y a des signes évidents d'anasarque. Dans ces cas les convulsions sont plus violentes et plus prolongées que pendant et après le travail, et dans ces cas l'albumine est plus abondante dans les urines que dans les autres.

Il explique ce phénomène assez curieux de ce que la matrice dans l'état de grossesse presse sur les reins, les congestionne et donne lieu à la présence de l'albumine dans les urines de la même manière que ces phénomènes s'observent toutes les fois qu'une tumeur intra-abdominale exerce une pression continue et considérable sur les organes sécréteurs de l'urine. Nous laissons à l'auteur cette explication, qui ne nous paraît pas à l'abri de toute objection, et nous retiendrons le fait, qui est de quelque importance pratique.

Traitement. Il divise, à cet, égard, les cas de convulsions cités en deux espèces ou classes, c'est-à-dire en ceux de nature asthénique et en ceux de nature sthénique. Dans les seconds, il dirigea tous ses soins à combattre le coma, et à prévenir les convulsisns successives, ce qu'il obtenait en modérant l'excitation vasculaire et la congestion des vaisseaux cérébraux, et favorisant par les moyens convenables la marche régulière de la grossesse. Pour cela, les saignées étaient indispensables, et on les multiplia plus ou moins, selon les circonstances individuelles.

Le tartre stibié est aussi un précieux moyen contre les convulsions sthéniques ; son usage rendant beaucoup moins nécessaires les saignées, quoiqu'il soit ordinairement plus avantageux après celles-ci. Il modère l'excitation artérielle, et jette dans un état de relâchement convenable les parties à travers lesquelles l'enfant doit passer. L'auteur s'en est toujours très bien trouvé, soit pour prévenir, soit pour modérer la force des convulsions. Il le donnait associé à l'opium, dans le but, dit-il, de prévenir l'irritation des intestins et la diarrhée consécutive. Pour nous, qui avons d'autres idées sur l'action de ces deux substances que les médecins anglais et la majeure partie des médecins français; pour nous, qui admettons entre elles une action opposée, hyposthénisante dans l'émétique, et hypersthénisante dans l'opium, avec les restrictions qui découlent de la double action de chaque médicament, générale ou dynamique l'une, locale l'autre, nous ne pouvons pas approuver cette association, et croyons que l'opium uni au tartre stibié diminue d'autant la puissance de celui-ci.

Purgatifs. Ils sont d'une grande importance dans les convulsions puerpérales. Toutes les fois que la déglutition est impossible ou difficile, une dose de calomel de 10 à 15 grains, mêlée à du beurre, sera portée sur la langue des malades, et sera suivie de 2 ou 3 gouttes d'huile de croton tiglium. En même temps, on aidera l'action des intestins par un lavement de savon de térébenthine. Il est rare de trouver une grande quantité de matières fécales évacuées, quoique journellement on ait administré des aliments.

Le *mercure.* L'auteur emploie cette substance comme purgatif associée à d'autres apéritifs ; et même, dans ce but, il faut employer toutes les précautions nécessaires pour prévenir les inconvénients que son usage entraîne souvent, tels que la salivation, la diarrhée, et une faiblesse consécutive extrêmement fâcheuse.

De tous les faits observés, l'auteur est arrivé à cette conclusion, que quand les convulsions arrivent pendant la grossesse, avant que l'enfant soit arrivé à terme, et soint compliquées de l'état albumineux des urines, il y a grand avantage à hâter l'accouchement autant que les circonstances individuelles de la femme, et l'état des parties par lesquelles l'enfant doit passer, le permettent. Il rejette la dilatation artificielle du col de l'utérus, qui, selon lui, pourrait, par elle-même, donner lieu à des convulsions, ainsi que la rupture des membranés et le travail prématuré. Il est opposé aux incisions de la portion vaginale du col de l'utérus, recommandé entre autres par M. Velpeau. Si les membranes sont intactes, le col de l'utérus souple et dilatable, les parties génitales externes molles et peu résistantes, il conseille la version ; autrement, à moins que des circonstances très graves commandent d'agir, il préfère attendre jusqu'à ce que la tête de l'enfant soit assez engagée pour être saisie par le forceps et l'accouchement accompli de cette manière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 février 1844. — Présidence de M. Ferrus.

Dans la correspondance, il est fait mention : 1° de la lettre suivante de M. Guillon, qui est la dernière qu'il adressera au sujet de la réclamation de M. Mercier, sur les *rétrécissements valvulaires* de l'orifice interne de l'urètre. J'ai dû, dit M. Guillon, avant de l'écrire, rechercher les titres invoqués par notre confrère en faveur de ses prétentions. N'ayant pu me procurer plus tôt le mémoire qu'il a lu en 1836 à la Société anatomique, il m'a fallu, à mon grand regret, différer cette réponse jusqu'à ce jour.

Bien qu'il n'entre nullement dans mes intentions de déprécier les travaux d'autrui, je suis obligé de le dire, ce mémoire, auquel l'auteur renvoie sans cesse, et que je viens de lire pour la première fois, ne m'a paru contenir rien de neuf. Il reproduit tout simplement ce qui a été dit sur ce sujet par divers auteurs, notamment par Morgagni, par MM. Sœmmerring et Amussat ; *et aucun indice sur la thérapeutique des maladies de la prostate et du col de la vessie ne s'y trouve consigné.*

Mes recherches, et les informations que j'ai dû prendre, me portent à croire que M. Mercier a pris l'initiative dans cette circonstance, parce qu'en agissant ainsi il espérait prévenir les justes réclamations que j'aurais à lui adresser, sur les emprunts qu'il m'a faits et qui se trouvent dans feu son journal *l'Examinateur médical*, n° du 11 juillet 1841. Si sa réclamation eût été fondée, il aurait dû l'adresser à l'Académie à l'occasion de ma lettre du 19 septembre dernier, lettre dans laquelle je me plains de ce qu'un confrère à qui j'ai indiqué ce mode de traitement se l'est approprié, en le présentant comme *sien* dans un ouvrage qu'il a publié en 1841 (1). Mais, pour réclamer, M.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1843.

Mercier a préféré attendre ma lettre du 28 novembre dernier, où il n'est question des *rétrécissements valvulaires* de l'orifice interne de l'urètre *qu'incidemment*, la cure radicale de l'hydrocèle au moyen d'une petite sonde flexible décrivant plusieurs tours de spirale dans la tunique vaginale étant le sujet principal de cette lettre.

Comme chacun peut apprécier dès aujourd'hui la valeur des titres que ce médecin prétend être antérieurs aux miens, en invoquant l'appui de certains paquets cachetés qu'il dit avoir déposés dans les archives de l'Académie des sciences et dans celles de l'Académie de médecine, et tout en ajoutant que *pour peu que je le désire il fera ouvrir ces paquets*, j'attendrai qu'il se décide de son plein gré — Jusque-là, je me bornerai à faire remarquer qu'il aurait été plus logique de faire ouvrir ces mystérieux dépôts aussitôt que mes titres sont parvenus à sa connaissance. Cette manière d'agir, nette et prompte, eût été préférable aux lettres ambiguës qu'il vous a adressées.

Dans sa seconde lettre, M. Mercier dit : *Il s'agissait entre nous de » valvules au col de la vessie tout à fait inconnues en France avant » la publication de mes recherches, et sur lesquelles il n'avait été » écrit en Angleterre que quelques lignes fort inexactes et par cela » même sans doute laissées dans l'oubli par les écrivains les plus » distingués ; et M. Guillon me répond par des cas de rétrécisse- » ment de l'urètre !* » — A cela je réplique, que si dans le compte qu'il a rendu de la séance tenue le 4 août 1831 par la Société de Médecine Pratique, M. le docteur Moret, alors secrétaire de cette Société, s'est servi du mot *rétrécissement*, c'est que réellement c'était l'expression générique consacrée par l'usage ; lui-même, M. Mercier, l'a employée dans *l'Examinateur médical*, où il dit (page 10), en parlant des valvules vésico urétrales : « *Ces brides me paraissent devoir » rendre compte de la plupart des* rétrécissements *spasmodiques de » l'urètre.* »

En effet, la *dénomination de rétrécissements valvulaires de l'orifice interne de l'urètre* donne une idée exacte de la maladie qu'on désigne de la sorte, et qui s'oppose à la sortie de l'urine : c'est celle que j'avais employée en faisant ma communication. — Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que M. Mercier n'a rapporté qu'une partie de ce qu'avait écrit M. Moret, et qu'il ne dit pas un mot des moyens que j'employais, dès 1831, pour reconnaître l'état pathologique du canal excréteur de l'urine.

Puisque dans la seconde lettre qu'il a adressée à l'Académie de médecine, notre confrère ne craint pas de dire à des hommes qui connaissent ce qui a été écrit sur ce sujet que *les valvules au col de » la vessie étaient tout à fait inconnues en France avant la publi- » cation de ses recherches,* » je rappellerai ici ce qu'en dit un auteur connu de tous les praticiens. Voici ce qu'on lit dans le Traité des maladies de la vessie et de l'urètre, *considérées particulièrement chez les vieillards*, par Soemmering, ouvrage que M. Hollard a traduit en français il y a vingt ans :

« Howschip a donné, avec une planche coloriée, la description d'un » pli contre nature formé par la membrane interne de la vessie, et qui » s'étend des orifices des urétères à l'endroit où l'urètre traverse la » prostate, faisant fonction de soupape toutes les fois que le malade » voulait uriner ; celui-ci mourut enfin avec les symptômes d'un rétré- » cissement de l'urètre. » (P. 110.)

« Lorsque le lobe moyen de la prostate s'engorge, il s'avance comme » un mamelon dans la cavité de la vessie, pousse devant lui la mem- » brane interne de cet organe, et lui fait éprouver une distension plus » ou moins considérable. A mesure que la tumeur augmente, elle perd » sa forme mamelonée, s'élargit des deux côtés, et forme un repli tran- » sversal, en attirant devant elle la membrane qui recouvre les deux » lobes latéraux également engorgés. Ce repli, *semblable à une valvule » placée à l'entrée de l'urètre,* s'oppose à la sortie de l'urine, surtout » quand le malade redouble d'efforts pour chasser ce liquide ; celui-ci » ne peut jamais sortir entièrement, et sa rétention finit par devenir » complète. » (P. 155.)

Ces passages suffisent, je pense, pour faire apprécier à leur juste valeur les *illusions* de M. Mercier. Ils démontrent que les progrès attribués par lui à la publication de ses recherches pouvaient se faire sans elles, et que son livre n'était nullement nécessaire pour qu'on songeât à inciser *les rétrécissements valvulaires de l'orifice interne de l'urètre.* Enfin, tout en faisant remarquer que les *instruments qu'on devrait*, d'après ce qu'il dit, page 10 de son livre, *trouver chez son coutellier ne s'y trouvent pas, et que personne, que je sache, n'a pu encore se les procurer*, je terminerai *cette dernière réponse* en reproduisant la fin de certaine lettre que ce médecin adressait, en 1841, à un autre de nos confrères. « *Votre ouvrage*, dit-il, » *comme œuvre de science, est nul, parce qu'il ne présente pas la » moindre trace d'originalité ; comme travail de compilation, il ne » vaut pas beaucoup mieux, parce qu'on n'y rencontre partout » qu'embarras et détours, et nulle part l'allure libre et franche » d'un auteur qui n'a rien à masquer* (1).

» Agréez, etc. Guillon, d.-m.-p. »

P. S. M. Guillon joint à cette lettre une pièce d'anatomie pathologique en carton pâte de M. le docteur Tribert, représentant l'espèce de barrière à l'orifice interne de l'urètre, si bien décrite par Sœmmerring, et qu'il possède depuis trois ans. Il rappelle en outre, comme titre de priorité, un passage de la *Gazette des Hôpitaux*, du 5 mai 1832, et un extrait du Compte-rendu des travaux de la Société de médecine pratique publié en 1834.

2° D'une lettre de M. Brunache, dans laquelle il rapporte deux faits qui sembleraient prouver qu'il existe un antagonisme entre les scrofules et la pourriture d'hôpital.

— *M. le président* annonce la mort de M. le docteur Chaumas, membre correspondant à Metz.

— *M. Henri* lit trois rapports officiels demandés par le ministre du commerce : 1° sur l'eau minérale de Sail (Loire). 2° sur l'eau minérale de Paillière (Gard) ; 3° sur l'eau minérale d'Hauterive, près Vichy.

M. Nacquart. Par des motifs qu'il est inutile d'exposer, mais que l'Académie comprendra parfaitement, je ne crois pas qu'il soit du devoir de l'Académie de faire l'analyse comparative des eaux de Vichy et des eaux d'Hauterive. La commission aurait dû se borner à l'analyse pure et simple de celles-ci ; il peut y avoir inconvénient à ce que l'Académie sanctionne autre chose. Je n'ai ni le droit, ni la mission, ni l'intention de m'expliquer plus nettement ; mais l'Académie a besoin d'être prévenue de certains dangers qu'elle peut éviter en ne sanctionnant que la partie du rapport relative aux eaux d'Hauterive.

M. Henri. En faisant l'analyse comparative des eaux d'Hauterive et de Vichy, je prie M. Nacquart de croire que je n'ai eu d'autre intention que de rendre mon rapport plus complet. Cette comparaison des eaux si rapprochées m'a paru intéressante et utile à connaître.

M. Nacquart. Je suis parfaitement convaincu des bonnes intentions de M. le rapporteur ; mais il y a au fond de tout ceci une affaire grave, des intérêts opposés en lutte ; l'Académie doit soigneusement éviter que son jugement soit mêlé dans ce conflit, et je demande que le rapport soit renvoyé à la commission.

M. Rochoux. La proposition de M. Nacquart est contraire à la liberté des rapporteurs, qui doivent rester libres de faire leurs rapports comme ils l'entendent. L'Académie n'est responsable que des conclusions.

M. Nacquart insiste sur sa demande.

M. Londe. Ce n'est pas sans motifs que M. Nacquart s'élève contre les analyses comparatives ; elles ont souvent pour objet de tromper le public. Dans cette circonstance, elles le détromperont ; car elles rectifieront une analyse comparative publiée sur les deux sources en question, et dans laquelle, pour donner une grande supériorité à l'eau d'Hauterive sur celle de Vichy, on attribue à la première six parties d'acide carbonique libre, tandis qu'on n'en attribue qu'une partie seulement à la seconde. Je ne serai pas suspect dans ce que j'avance ici, car je suis inspecteur de la source d'Hauterive.

(1) Lettre à M. le docteur Civiale par le docteur Aug. Mercier (p. 16). (Extrait de l'Examinateur médical, 19 et 20 septembre 1841.)

M. Bégin. Je ne comprends pas la demande de renvoi du rapport à la commission. Si ce rapport contenait des erreurs matérielles, des inexactitudes dans l'analyse, je comprendrais alors le renvoi ; mais il ne s'agit ici que de décider si l'Académie adoptera le rapport tel qu'il est, ou bien si elle fera des suppressions, si elle supprimera, par exemple, tout ce qui concerne l'eau de Vichy ; or, je crois que l'Académie peut décider cela séance tenante.

M. Boullay. Le certificat du puisement est-il en règle ?

M. Henry. La commission a eu soin d'indiquer dans son rapport que les eaux avaient été puisées par le médecin inspecteur, et envoyées par lui au ministre. Quoique toutes les formalités n'aient pas été remplies, la commission n'a pas cru devoir s'abstenir de faire son rapport.

M. Boullay. Puisque le certificat de puisement n'est pas conforme à la loi, l'Académie ne peut pas voter sans de plus amples renseignements.

M. Londe. J'ai moi-même puisé l'eau, bouché les bouteilles, apposé mon cachet sur le bouchon, et, à l'arrivée de la caisse, j'ai reconnu mon cachet intact. Quant à l'erreur relative aux proportions comparatives d'acide carbonique dans l'eau d'Hauterive et dans celle de Vichy, M. le rapporteur a eu raison de la faire ressortir par l'analyse comparative ; mais il était facile de la soupçonner. En effet, l'eau de Seltz artificielle de Paris, qui contient à peine la proportion énorme de gaz qui a été attribuée à l'eau d'Hauterive, fait sauter le bouchon introduit de force par un procédé mécanique, dès qu'on a coupé la ficelle qui le retient ; or, je n'ai jamais vu un effet semblable se produire avec l'eau d'Hauterive que je venais de puiser, bien que les cruchons, bouchés solidement à leur sortie de la source, fussent laissés debout exposés pendant long-temps en plein soleil à une température qui ne devait pas être inférieure à + 30°.

M. Boullay. Je n'élève aucun doute sur l'authenticité des eaux ; d'après ce que vient de nous dire l'honorable M. Londe ; mais je parle ici en faveur d'un principe ; un antécédent pourrait avoir des dangers, et j'insiste sur ma proposition.

Ici s'élève une discussion extrêmement confuse et animée, des interpellations partent de tous les bancs, le président agite vainement la sonnette et fait de vains efforts pour ramener l'ordre dans la discussion. M. Roux se fait remarquer par sa vivacité, M. Gerdy prend la parole pour *simplifier les choses* ; et sa voix est couverte par un tumulte sans exemple. Il nous est tout à fait impossible de suivre cette discussion désordonnée. Après plus d'une demi-heure d'agitation et de tumulte, M. Caventou parvient à formuler et à motiver une proposition d'annulation de rapport.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée par 26 voix contre 15.

— L'ordre du jour ramène la discussion du mémoire de M. Cruveilhier sur les tumeurs fibreuses des mamelles.

M. Cruveilhier. Je prie mes honorables collègues de ne pas répondre à chacun de mes arguments, et je prie l'Académie de clore une discussion interminable dans l'état actuel des choses. Comment, en effet, nous entendre dans ce conflit d'opinions diverses ? Quelques-uns de mes adversaires ne veulent pas admettre l'existence des corps fibreux dans les mamelles ; d'autres ne les admettent que par une sorte de condescendance. Ceux-ci veulent que ce ne soient que des squirrhes au début ; ceux-là enfin veulent que tantôt ils dégénèrent et que tantôt ils ne dégénèrent pas. Evidemment les corps fibreux n'ayant pas la même dénomination dans mon vocabulaire que dans celui de mes adversaires, et mes adversaires ne s'entendant pas entre eux, toute discussion devient stérile : aussi celle-ci n'a-t-elle en rien avancé la question. En effet, les questions de faits ne peuvent se résoudre que par des faits, et ceux qui existent sont insuffisants.

Toutefois, cette discussion n'aura pas été complétement inutile ; elle nous fera voir combien l'anatomie pathologique des mamelles laisse encore à desirer.

M. Cruveilhier s'engage ici dans une dissertation sur le diagnostic anatomique et sur le diagnostic clinique. Celui-là devant toujours précéder celui-ci dans l'étude si on veut arriver à des résultats certains.

L'orateur se défend d'avoir porté une accusation contre les chirurgiens ; il n'a accusé que les imperfections de la science,

En résumé, il pense qu'en définitive toute la question se réduit à une question d'anatomie pathologique, question insoluble aujourd'hui, question complexe qu'il faut diviser pour l'étudier sous toutes ses faces, et sur laquelle il propose les quatre divisions suivantes :

1° L'espèce morbide dénommée corps fibreux est-elle susceptible de dégénérer en cancer ? Existe-t-il des faits qui le prouvent ?

2° La mamelle est-elle sujette au développement des corps fibreux ?

3° Dans le cas de réponse affirmative, existe-t-il des caractères positifs à l'aide desquels il soit possible de les distinguer des indurations, des cancers enkystés, etc. ?

4° Existe-t-il un certain nombre de cancers des mamelles purement locaux dans le principe qui, opérés à temps, ne récidivent pas ; ou bien le cancer est-il primitivement toujours lié à une diathèse cancéreuse qui rende la récidive inévitable ?

Telles sont, continue l'orateur, les questions qui me paraissent indispensables à étudier ; mais je ne peux les résoudre en ce moment. Je demande l'ajournement et la nomination d'une commission, dont je sollicite l'honneur de faire partie, qui s'occupera de ce sujet important. On pourra aussi solliciter des renseignements auprès de tous les membres correspondants et des praticiens les plus répandus. A la longue, on arrivera ainsi à la solution d'une question insoluble dans l'état actuel.

M. Roux ne s'oppose pas à cette proposition, il renonce même pour sa part à prendre la parole ; mais il croit qu'on doit la conserver aux membres qui n'ont pas encore parlé et qui se sont fait inscrire.

M. Lisfranc croit, avec tous les membres de l'Académie, que la discussion ne s'est engagée que sur le mémoire de M. Cruveilhier. Aujourd'hui M. Cruveilhier propose un ajournement, et pose des questions subsidiaires ; l'Académie ne peut accepter cette proposition. Il faut que M. Cruveilhier accepte jusqu'au bout la discussion telle qu'il l'a soulevée. Il vient de dire que toute la question se réduisait en une question d'anatomie pathologique. Ce n'est pas là son premier langage. Il a fort explicitement soutenu que le diagnostic des tumeurs du sein était facile, il faut donc vider cette grande question ; il faut savoir si une tumeur fibreuse existant dans le sein, il est facile d'en poser le diagnostic. M. Cruveilhier dit oui, nous disons non ; là est toute la question. L'ajournement est une fin de non-recevoir.

M. Blandin parle dans le même sens.

M. Roux trouve que M. Cruveilhier démolit son travail pièce à pièce, ce dont celui-ci se défend.

M. Castel. Selon M. Cruveilhier, la question est insoluble ; pourquoi l'a-t-il soulevée ? L'anatomie pathologique n'est pas faite, dit-il, vous tous qui avez consacré vos veilles à ces recherches, acceptez-vous donc cette accusation ? M. Cruveilhier, par un artifice de langage et de classification, n'est arrivé qu'à la détermination d'une espèce hétéroclite. Nous avons les éléments nécessaires pour juger la question ; Bichat a déjà dit que le tissu glanduleux est antagoniste du tissu fibreux.

M. Prus trouve qu'il y a deux choses distinctes dans le travail de M. Cruveilhier ; la question de doctrine et la question de faits. On pourrait ajourner celle-ci et discuter celle-là.

Il est plus de cinq heures ; M. le président lève la séance sans que l'Académie prenne une décision.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Février 1844)

Deuxième mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations des feuilles de noyer ; par M. NÉGRIER, professeur à l'École préparatoire de médecine d'Angers.

Ce mémoire se compose de deux parties, Dans la première, l'auteur complète l'histoire de la plupart des cas qu'il avait rapportés dans son premier mémoire en 1841 ; dans la seconde, il expose les faits nouveaux qui ont été soumis depuis à son observation. Ce qui suit donnera une idée suffisante de l'ensemble de ce travail.

« Les individus dont j'ai parlé présentaient *tous* les caractères de l'affection générale, qu'on est convenu de désigner par l'épithète de scrofuleuse. Je crois même que l'ensemble des quatre séries dans lesquelles j'ai rangé ces observations, offre des exemples de presque toutes les altérations locales attribuées à cette diathèse, qui, bien véritablement, imprime à chacune d'elles un caractère similaire sur la nature duquel un praticien ne peut se méprendre. Il ne saurait donc y avoir d'équivoque sur la maladie à laquelle j'ai appliqué le traitement dont je rapporte ici les résultats.

» En dernière analyse, les faits que j'ai rapportés constatent que, sur les 55 premiers sujets, la plupart gravement atteints, 34 ont été *radicalement* guéris ; que, parmi ceux que j'observe et traite encore, 6 guériront *vraisemblablement*, et que quelques-uns grossiront le chiffre des décès : tel est le résultat fourni par les observations relatées dans le premier mémoire. Quant aux sujets des observations de ce second mémoire, il est évident que les résultats obtenus ont été généralement plus satisfaisants et plus concluants en faveur du traitement ; car les malades, gravement affectés, auxquels il a été administré, étaient comparativement aussi nombreux dans la seconde liste que dans la première. Parmi les cas nouveaux, ceux d'ophthalmie scrofuleuse surtout étaient fort graves et de date ancienne, et avaient été jusque-là rebelles au traitement ordinaire mis en usage. La guérison prompte de *tous* ces derniers malades est venue confirmer ce que j'avais déjà annoncé sur l'efficacité particulière des préparations des feuilles de noyer pour combattre une affection qui fait souvent le désespoir du médecin. Enfin, parmi les cinq nouvelles observations de carico-scrofuleuses, il en est une plus particulièrement remarquable, c'est celle d'une petite malade dont le genou était affecté de ce qu'on appelle *tumeur blanche,* avec ulcération et carie ; la guérison a été obtenue, sans *autre* traitement que l'usage des préparations des feuilles de noyer, et dans un temps assez court.

» Je résumerai dans les conclusions suivantes, les remarques que j'ai faites depuis plus de dix ans sur le traitement que j'ai mis en usage :

» 1° Les affections scrofuleuses sont, en général, radicalement guéries par l'usage des préparations de feuilles de noyer ;

» 2° L'action de cet agent thérapeutique est assez constante pour qu'on puisse compter sur la guérison des trois quarts des sujets traités par ce moyen ;

» 3° L'action de ce traitement est généralement lente ; il faut de vingt à cinquante jours, selon la nature des symptômes et la constitution des sujets, pour que les effets en soient sensibles ;

» 4° Les sujets guéris par les préparations des feuilles de noyer, conservent presque tous la santé qu'ils ont obtenue sous l'influence de ce traitement, on voit peu de rechutes après ce traitement ;

» 5° Les effets produits par l'usage intérieur de l'extrait des feuilles de noyer sont d'abord généraux ; l'influence de cette médication ne se manifeste que plus tard sur les symptômes locaux ;

» 6° Dans certaines formes de l'affection scrofuleuse, on n'observe qu'à la longue une action efficace de ce traitement. Cette remarque est applicable surtout aux ganglions strumeux non ulcérés ;

» 7° Les préparations de feuilles de noyer exercent, au contraire, une action assez prompte sur les ulcères, les plaies fistuleuses, entretenues ou non par la carie des os, sauf chez les sujets d'un tempérament sec et nerveux.

» 8° Jusqu'à ce jour les ophthalmies scrofuleuses que j'ai observées ont été sûrement et plus rapidement guéries par ce traitement que par toute autre médication. »

Quelques remarques sur les tumeurs gélatino-albumineuses, fibreuses, de plusieurs auteurs; par M. LESAUVAGE, professeur à Caen.

La discussion actuelle, à l'Académie de médecine, sur les tumeurs fibreuses, donne un grand intérêt d'actualité à l'observation suivante que nous extrairons de ce travail.

Une dame de 63 ans, d'une faible constitution, mais très calme au moral, n'étant point maladive et ayant cessé d'être réglée à 46 ans, éprouva, en 1830, dans le sein droit, une douleur faible d'abord qui augmentait par la pression. Bientôt il y apparut une petite tumeur qui resta indolente pendant assez long-temps. Ce fut seulement en novembre 1831 qu'elle fit des progrès tellement rapides, qu'au mois de février suivant cette tumeur avait le volume de la tête d'un adulte. Elle était uniformément arrondie, point lobulée, assez flexible pour laisser des doutes sur la présence d'un fluide à son intérieur ; ce qui porta M. Lesauvage à plonger un trois-quarts jusqu'à son centre, huit jours avant l'opération, du reste point douloureuse, assez mobile, sans aucune altération à la peau ni dans les ganglions de l'aisselle. Il conseilla l'opération qui fut pratiquée le 22 février 1832.

On trouva la glande mammaire saine et aplatie au-devant de la tumeur. Celle-ci était formée par un tissu blanchâtre, élastique, assez résistant, mais qui, par la pression ou la traction, se déchirait en lames irrégulières, comparables à celles de la chair de morue. On y remarquait plusieurs kystes bien organisés, et avec la loupe une grande quantité de vaisseaux naissants, à contours assez bien organisés.

La guérison de la plaie se fit attendre. Elle était à peine obtenue depuis quelques jours, lorsque bientôt on vit apparaître une nouvelle tumeur qui ne tarda pas à acquérir le volume d'un gros œuf. La cicatrice s'érailla, et la peau, se rétractant jusqu'à la base de la tumeur, la laissa à nu jusqu'aux trois quarts de la circonférence. On en fit l'extirpation avec facilité. Elle avait un tissu tout à fait semblable à celui de la tumeur mère.

Dans les premiers jours de mai, la cicatrisation était achevée, mais une nouvelle tumeur apparaissait ; elle avait déjà le volume d'une très grosse noix, lorsque le 10 mai M. Lesauvage opéra la malade.

Peu de temps après nouvelle guérison, et presque aussitôt apparition d'une nouvelle tumeur. Celle-ci avait la grosseur du poing quand elle fut enlevée, le 16 septembre. Elle contenait un grand nombre de kystes à fluide brunâtre, et le tissu cellulaire sur laquelle elle reposait était plus rougeâtre et tuméfié.

Bientôt nouvelle récidive, et ablation, le 18 février 1833, d'une tumeur un peu moins volumineuse que la précédente. Au 3 mai suivant, opération d'une tumeur du volume d'une petite pomme.

La cicatrisation était à peine terminée, que cette fois il surgit trois tumeurs, deux sous la cicatrice, la troisième un peu au-dessus. La plus grosse avait acquis la grosseur d'un œuf, lorsqu'on pratiqua une nouvelle opération, le 30 juin. Le tissu cellulaire qui servait de base aux tumeurs, était plus tuméfié et paraissait très induré. On fut porté à craindre une transformation squirrheuse, et de ne point obtenir une cicatrisation ; cependant elle ne se fit pas attendre ; mais aussitôt après, développement de deux nouvelles tumeurs. La malade perdit courage, et se résigna à mourir. Les tumeurs acquirent rapidement un grand volume. Elles déchirèrent la cicatrice, se firent jour à travers, et accolées l'une à l'autre, elles présentaient la forme de deux parallélogrammes irréguliers. Elles finirent par remplir tout l'espace compris entre le tronc, le bras et l'avant-bras fléchis. Elles exhalaient en abondance un fluide séro-muqueux qui inondait et épuisait la malade. Enfin un état aussi fâcheux ne tarda pas à produire un grand trouble dans les fonctions, et la mort eut lieu le 24 novembre.

A l'autopsie, les deux tumeurs ne présentèrent aucune particularité nouvelle. Il est à remarquer que, malgré les extirpations multipliées, le tissu cellulaire placé sur le muscle grand pectoral était encore très abondant.

Aussi, contrairement à l'opinion reçue, une tumeur fibreuse ou gélatino-albumineuse a été suivi de sept récidives consécutives. On peut néanmoins concevoir quelques doutes sur la nature de cette tumeur. Les caractères anatomiques ne sont pas assez nettement précisés pour que l'on soit certain qu'il ne s'agissait pas de tumeurs encéphaloïdes enkystées..

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi du nitrate d'argent dans les collyres ; par le docteur FRONMUELLER, de Fürth.

L'emploi du nitrate d'argent en solution contre les différentes ophthalmies prend chaque jour plus d'extension, et cela avec raison. En effet, celui a reconnu une fois l'effet si actif de cet antiphlogistique topique contre les ophthalmies des nouveau-nés et des vieillards, ainsi que contre la plupart des conjonctivites aiguës et chroniques, n'en pourra plus abandonner l'usage. Dans beaucoup de cas, ni la pierre divine, ni les sulfates de zinc, de cuivre ou de fer, ni le cadmium, ni tout autre astringent de cette espèce, ne seront en état de remplacer le nitrate d'argent dont l'effet est à la fois plus incisif et plus durable, et qui surtout est déjà applicable dans la première période de l'inflammation. Cependant, le succès dépend en grande partie de la manière de l'employer, et les précautions suivantes seront jugées dignes d'être prises en considération par les praticiens.

Qu'on se garde avant tout d'employer des compositions compliquées. Un peu de mucilage, un peu d'opium (les teintures opiacées seulement dans les dernières périodes de l'inflammation) sont souvent des adjuvants qui modèrent l'action du remède au gré du médecin. Voici la formule ordinaire de M. Fronmueller :

Pr. Nitrate d'argent cristallisé,	25 à 150 milligrammes.
Eau d'opium ou de laurier-cerise,	8 à 16 grammes.
Eau distillée,	60 grammes.
Poudre de gomme arabique,	1 gramme.

M. et F. S. A. une solution qui devra être renfermée dans un flacon en verre.

Il faut avoir soin que la solution soit bien limpide et qu'elle ne soit pas décomposée par la lumière ; car, aussitôt qu'elle se colore en noir et que l'argent s'en trouve séparé par précipitation, l'effet devient presque nul. On doit donc engager le pharmacien à ne pas exposer trop long-temps le mélange à l'action de la lumière, mais à le verser promptement du mortier dans le flacon qui doit le contenir. Ce dernier doit être couvert d'un papier foncé, ou ce qui est préférable, enduit d'une couche de peinture (M. Fronmueller donne la préférence aux couleurs claires, qui empêchent aussi bien le passage des rayons lumineux, parce que des malades très impressionnables s'épouvantent quelquefois de la couleur noire du flacon ou de la peinture que la recouvre).

Le malade doit avoir soin de ne pas garder une portion de collyre hors du flacon, ni de reverser dans celui-ci ce qui pourrait en avoir été retiré, et qui n'aurait pas été employé.

Si l'on applique le collyre en lotions, il y a quelques précautions à prendre pour éviter que le tour des yeux ne soit coloré en noir ; en effet, cet accident, quoique de courte durée, ne manque guère d'exciter un vif mécontentement, spécialement chez les dames. On évite sûrement cet inconvénient en employant le collyre dans un lieu obscur, et en faisant essuyer le tour des yeux après l'application.

D'après M. Fronmueller, le nitrate d'argent ne montre son efficacité que lorsqu'il produit un sentiment de tension sur les parties où on l'applique, par suite de la contraction vasculaire. La dose du médicament doit donc être progressivement augmentée jusqu'à ce que cet effet soit produit.

Ce praticien a observé, chez une personne qui était douée d'un excessif développement des organes de l'olfaction et du goût, une saveur particulière, analogue à celle de l'encre, qui était ressentie dans la bouche après chaque application du collyre : cet effet se propageait sans doute par le canal nasal.

(*Journal fuer Chirurgie und Augenheilkunde.*)

Cas de guérison remarquable d'un prolapsus très invétéré du rectum ; par M. FREUND, chirurgien à Carlsrue.

A. R., petit marchand, était affecté depuis son enfance d'un prolapsus du rectum. Cette maladie, peu considérable dans l'origine, n'avait pas alors attiré l'attention ; mais elle avait fait peu à peu des progrès tels, que le sujet, arrivé à l'âge de 50 ans, était porteur d'un prolapsus de 10 à 11 centimètres de longueur.

Malgré les inconvénients si graves attachés à la persistance de cette affection, le malade, qui était en outre sujet à de fortes constipations, ne voulut jamais entendre parler d'opérations d'aucune espèce. Un essai tenté avec la noix vomique, d'après la méthode de M. le docteur Schwarz, resta sans résultat avantageux.

Dès lors, A. R. cessa toute espèce de traitement, et ne réclama les secours de M. Freund que contre la constipation et autres affections abdominales auxquelles il était sujet.

Dans les derniers jours de janvier 1843, M. Freund fut appelé à la hâte. Un état gastrique s'était manifesté peu de temps après un écart de régime. Un vomitif administré sur-le-champ produisit, au bout d'une heure, l'évacuation par haut d'une quantité assez considérable de mucosités bilieuses. Aussitôt, le malade se sentit notablement soulagé. Mais, quel ne fut pas l'étonnement de M. Freund, lorsqu'après quelques jours, son malade lui rapporta que, depuis le vomissement, le prolapsus avait entièrement disparu, et ne s'était pas reproduit même pendant les plus grands efforts faits pour aller à la garderobe.

Dix semaines après cette disparition, la guérison se maintenait malgré la fréquence des constipations.

(*Casper's Wochensc. fuer die ges. Heilk.*)

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 26. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Écoulement purulent par l'anus. Y a-t-il une fistule complète? une fistule borgne interne? Diagnostic des fistules borgnes internes. Hémorrhoïdes blanches. Ulcérations; état vénérien de l'anus. Observations recueillies par M. H. DAMOISEAU, interne du service.

Au n° 30 de la salle Saint-Louis est couché un malade qui, à son entrée, se croyait atteint d'une fistule à l'anus. Un examen très attentif ne nous fit découvrir aucun orifice fistuleux; mais nous nous gardâmes bien d'en conclure qu'il n'y avait pas de fistule. C'est que dans quelques cas, en effet, la fistule se cicatrise à l'extérieur pendant quatre, cinq ou six jours, et se rétablit ensuite. Ce phénomène s'observe surtout lorsque les trajets fistuleux sont étroits et peu profonds. On voit la fistule qui était guérie en apparence se rétablir pour guérir de nouveau, et reparaître encore. On doit donc se garder de prononcer d'une manière absolue qu'il n'y pas de fistule. Elle n'existe pas aujourd'hui sans doute, mais elle pourra exister demain; aujourd'hui elle est fermée, demain elle sera peut-être ouverte. Ce n'est donc qu'après avoir répété un certain nombre de fois l'exploration, que l'on est en mesure de porter un jugement.

Le malade qui nous occupe est resté douze jours dans nos salles; pendant ce temps, de fréquentes explorations de la région anale ont été pratiquées, sans qu'aucun orifice fistuleux ait été découvert, nous en avons conclu qu'il n'y avait pas de fistule, et que s'il y en avait eu elle s'était guérie spontanément.

Il n'y a donc pas de fistule; l'observation nous l'a démontré; mais l'écoulement puriforme d'où vient-il? Quelle est sa nature? Prend-il sa source dans une fistule borgne interne? Est-ce un flux blanc hémorrhoïdal? un produit de sécrétion de la muqueuse? C'est là un problème de chirurgie pratique d'une grande importance. S'il s'agit, par exemple, d'une fistule borgne interne et qu'on ne la reconnaisse pas, on épuisera vainement contre l'écoulement puriforme toutes les ressources de la thérapeutique.

L'orifice de ces fistules peut être situé très près de l'anus, à une ou deux lignes de hauteur. Les matières purulentes qu'elles secrètent, versées jusqu'à la partie inférieure des sphincters ne pouvant être retenues dans le rectum, suintent par l'anus, et tachent le linge et les vêtements du malade. Au moment de la dessiccation la muqueuse rectale se renverse légèrement en doigt de gant, l'orifice de la fistule devient externe, son trajet tout entier est violemment pressé par le bol fécal, et toute la matière purulente qu'il renferme est versée à la surface des excréments.

Pour reconnaître sûrement cette affection, il faut porter le doigt dans l'anus et explorer cette ouverture dans toute son étendue; on sent alors, soit un petit tubercule du volume de deux têtes d'épingles, soit une petite dépression. Le tubercule est formé par les bourgeons charnus qui entourent l'orifice, et la dépression n'est que l'orifice lui-même. Pelletan professait que la présence de l'un de ces deux signes suffisait au diagnostic. Je ne puis partager l'opinion de ce grand chirurgien; ces signes sont très précieux sans doute, et je n'ai jamais vu Pelletan, qui s'en contentait, commettre d'erreur: mais ils ne sont pas infaillibles. De petites tumeurs hémorrhoïdales, des follicules hypertrophiés, des plicatures de la muqueuse peuvent en imposer.

Pour lever tous les doutes, il faut engager le malade à faire des efforts comme pour aller à la selle, et exercer des tractions sur la marge de l'anus. On ne saurait croire, quand on ne l'a pas expérimenté soi-même, à quelle profondeur on peut ainsi porter la vue. Si l'on a eu soin d'explorer le malade à une époque assez éloignée de la dessiccation on voit alors le pus fondre par l'orifice fistuleux, et au besoin des pressions le feraient sortir. Un stylet est introduit dans cette ouverture, et poussé jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. On incise sur sa cannelure, et le malade est guéri d'une infirmité aussi rebelle qu'elle est dégoûtante.

Dans l'immense majorité des cas, la fistule borgne interne n'existe pas, et la suppuration vient de la muqueuse; car il ne faut pas l'oublier, les fistules borgnes internes de ce genre sont rares.

Il y a des *hémorrhoïdes blanches;* tous les un, deux ou trois mois elles donnent naissance à un écoulement blanc puriforme, et dans l'intervalle les malades ne ressentent aucune incommodité. Sous l'influence des excès de tout genre, l'écoulement se prolonge et il se montre ainsi intimement lié à l'état de la constitution. Faut-il arrêter cette suppuration? C'est là une question que l'on a traitée beaucoup trop légèrement dans ces derniers temps. Il y a des hommes chez lesquels le flux hémorrhoïdal a la périodicité du flux menstruel, soit qu'il y ait simple fluxion des vaisseaux hémorrhoïdaux, soit qu'il y ait flux sanguin ou puriforme. La suppression de cette fluxion périodique pourrait, suivant nous, avoir de grands inconvénients. Des maladies graves des voies urinaires et du tube digestif pourraient en être le résultat. On ne doit donc pas chercher à les arrêter, mais seulement à les modérer. Si l'écoulement finissait par devenir continu on pourrait tenter de le supprimer, s'il n'y avait pas toutefois de tubercules dans les poumons, etc. Pour atteindre ce but, on enlève les hémorrhoïdes, si elles sont trop indurées et si elles présentent des ulcérations de mauvaise nature. On cautérise les ulcérations, simples ou douteuses; on combat l'état vénérien de l'anus, et la cause étant enlevée, l'effet peut disparaître. S'il persistait, comme s'il n'y avait ni hémorrhoïdes de mauvaise nature, ni ulcérations, ni état vénérien de l'anus; si d'ailleurs le malade était très robuste, on ferait tout d'abord une saignée déplétive, et trois ou quatre jours après une saignée dérivative (on ne ferait pas de saignée dérivative si le malade était menacé d'apoplexie). On prescrit des injections émollientes portées dans le rectum à l'aide d'une canule en caoutchouc, puis des injections de décoction vineuse de roses de Provins. Mais le moyen par excellence, et qui m'a toujours réussi jusqu'aujourd'hui lorsqu'il n'y avait pas de lésions organiques, est le chlorure d'oxide de sodium à 3 degrés. On en injecte une cuillerée dans le rectum deux ou trois fois par jour.

Il importe beaucoup, même dans tous les cas, de surveiller les malades auxquels on a supprimé cet exutoire, et, au moindre symptôme, il faut en établir un autre dans une région moins incommode.

Luxation du poignet avec fracture du radius.

Au n° 5 de la salle Saint-Antoine, est couché un malade atteint de luxation du poignet et de fracture de l'extrémité inférieure du radius. Pendant des siècles on avait méconnu cette complication, qui est presque constante. C'est Dupuytren qui l'a signalée le premier; mais il s'est laissé aller, malgré tout son génie, à une exagération que les faits ont démentie. L'observation clinique nous a fait constater, en effet, quelques exceptions; bien plus, on a disséqué le poignet d'un sujet qui, à la suite d'une chute sur le dos de la main, s'était luxé cette articulation, et chez lequel le radius était intact. (1)

Avant d'appliquer l'appareil, nous combattrons les épanchements sanguins, et l'inflammation qui accompagne la fracture, par les émissions sanguines générales et locales, la diète, les cataplasmes émollients. En agissant de la sorte, nous n'avons point à redouter les eschares et le sphacèle, à moins que nous n'ayons affaire à des sujets d'une mauvaise constitution.

Ulcération syphilitique de la langue. Aphonie. Cautérisation de l'arrière-gorge avec le nitrate d'argent.

Au n° 12 de la salle Saint-Antoine, est couché un malade affecté d'ulcération syphilitique de la langue, avec rougeur vive de l'épiglotte et aphonie. Sous l'influence de l'iodure de potassium administré à l'intérieur, et d'un gargarisme composé ainsi qu'il suit:

Eau commune,	demi-litre.
Sulfate acide d'alumine,	2 grammes.
Sirop de mûres,	60 grammes.

l'ulcération de la langue avait éprouvé une amélioration considérable, mais la voix n'était pas revenue. Nous avons touché l'épiglotte et les parties voisines avec le crayon de nitrate d'argent fondu, et, depuis cette époque, la voix a reparu. Nous revenons à cette cautérisation tous les cinq ou six jours, et la voix revient de plus en plus.

Cette cautérisation de la muqueuse pharyngienne réussit dans un grand nombre de cas, mais surtout quand une influence chronique existe. J'ai été appelé, il y a peu de temps, auprès d'une femme jouissant d'ailleurs de la santé la plus florissante, mais aphone depuis quatre ans. On n'avait pas songé à la cautérisation. Trois cautérisations à huit jours d'intervalle, ont suffi pour lui rendre la voix de la manière la plus complète. Faisons remarquer que chez cette dame on n'apercevait aucune trace de phlegmasie, ce qui prouve que le moyen est encore applicable quand il n'existe pas d'inflammation.

La muqueuse laryngienne n'est pas la seule qui soit heu-

(1) Nous avons montré ici une vieille femme, très maigre, chez laquelle il n'existait aucune fracture du radius; l'absence de toute espèce de tuméfaction, pour ainsi dire, permettait de constater très évidemment que la luxation en arrière du poignet avait lieu sans solution de continuité des os.

FEUILLETON.

NEUVIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

De l'Influence des Théories sur la Thérapeutique. (Fin.)

« Toute science n'est que réminiscence. »
(PLATON.)

J'entends les empiriques répéter chaque jour, comme un victorieux argument en leur faveur, que c'est le hasard seul qui nous a procuré la notion des médicaments les plus efficaces. Quelques-uns même vont jusqu'à exhumer candidement ces contes de bonne femme religieusement recueillis par les crédules compilateurs de l'antiquité, tels qu'Hérodote, Pline et autres. Le hasard peut avoir été pour quelque chose, en effet, dans la découverte de certains médicaments que j'appellerai primitifs, qui ont été conquis à l'époque ténébreuse de l'origine de l'art, ou même depuis, dans de rares circonstances, par le fait d'une expérience fortuite. » C'est la seule expérience, dit Voltaire, qui a pu enseigner aux hommes les remèdes que fournissent les plantes. Hippocrate, Boerhaave, Chirac et Sénac n'auraient certainement jamais deviné, en voyant l'arbre du quinquina, qu'il doit guérir la fièvre, ni en voyant la rhubarbe qu'elle doit purger, ni en voyant des pavots qu'ils doivent assoupir. » (*Diatr.* du Dr Akakia.)— Il y a certainement du vrai dans ce que dit ici le philosophe; néanmoins, il commet certains anachronismes qui révèlent l'homme du monde étranger à la marche philosophique de notre science: en effet, la chimie était assez avancée du temps de Boerhaave pour que cet illustre médecin, grand naturaliste lui-même, eût pu, de certaines analogies et surtout de certaine composition élémentaire, déduire, *à priori*, les propriétés probables de certaines substances; et si l'on trouvait aujourd'hui des produits inconnus où l'on découvrît la quinine ou la morphine, il serait rationnel de leur attribuer, par anticipation, des propriétés fébrifuges ou narcotiques; c'est ainsi que de la présence de la gomme, de l'huile fixe, du mucilage, on conclut les propriétés émollientes; c'est ainsi que de la présence des acides, on conclut les propriétés tempérante et astringente; c'est ainsi que de la présence de l'arome, des huiles volatiles, de la résine odorante, on conclut les propriétés stimulantes; c'est ainsi que de la présence du tanin nous avons nous-même déduit, par supposition, les propriétés astringentes du monésia, etc. La notion des propriétés d'un médicament une fois acquise, soit par l'expérience fortuite, soit par l'induction tirée de ses propriétés intrinsèques, une nouvelle source d'applications rationnelles surgit de l'analogie morbide, et celles-ci sont purement scientifiques; l'expérience n'y concourt que comme corollaire, que comme élément confirmatif, comme contre-épreuve en un mot. Eh bien! cette dernière source d'inventions thérapeutiques est sans contredit la plus féconde, la plus usuelle, celle qui donne naissance à la presque totalité des remèdes nouveaux. On voit qu'en définitive le hasard pur et simple a certainement la part la plus minime aux innovations thérapeutiques, je dirais même une part presque nulle aux prétendues découvertes qui surgissent chaque jour. Développons un peu ces propositions importantes.

Qu'entend-on par le mot hasard? Celui ci peut se produire de deux manières; il peut être spontané ou provoqué. Les effets du hasard *spontané* sont tout simples; un enfant avale des baies de nerprun, il est purgé; un autre mâche des baies de belladone, il est empoisonné; voilà les propriétés purgatives des unes, et les propriétés narcotiques des autres, constatées *ipso facto;* mais combien de découvertes réelles de ce genre voyez-vous apparaître de nos jours? Telle fut, nous le répétons, l'origine des remèdes primitifs. Quant au hasard *provoqué*, que voudraient invoquer les empiriques expérimentateurs, pour justifier les inepties dont ils prétendent nous berner, celui-là ne se conçoit pas, en tant que produit de l'empirisme pur, dénué de toute donnée préconçue. De tous ceux qui ont fait ressortir la niaiserie de ce mode d'origine, c'est un profane, c'est Montaigne qui, à mon avis, a le mieux réussi. Pour être intelligible à tous, je traduis en français moderne le naïf gaulois de notre auteur: « Quant aux expériences auxquelles les médecins disent avoir été conduits par la fortune, et dans lesquelles ils n'auraient eu d'autre guide que le hasard, je trouve le mécanisme de ce genre de progrès véritablement incroyable; j'imagine l'homme regardant le nombre infini d'objets qui l'entourent: plantes, animaux, métaux. Je ne sais par où lui faire commencer son essai; et quand sa première fantaisie se portera sur la corne d'élan, par exemple, dont l'efficacité réclame une bonne dose de crédulité, de nouvelles difficultés non moins grandes se présentent encore? tant de maladies diverses, tant de circonstances variées viennent s'offrir, qu'avant d'avoir rencontré par expérience celles qui se prêteront le mieux à ses desseins, l'esprit humain, vraiment, y devra perdre son latin. Pour qu'il arrive à découvrir que parmi cette infinité de choses c'est cette corne qu'il doit choisir, que parmi cette infinité de maladies c'est l'épilepsie, que parmi tant de tempéraments c'est le mélancolique, que parmi toutes les saisons c'est l'hiver, que parmi tant de peuples c'est le Français, que parmi tant d'âges c'est la vieillesse, que parmi tant de mutations célestes c'est la conjonction de Vénus et de Saturne, que parmi les parties du corps c'est le doigt; n'ayant de guide dans tout cela ni le raisonnement, ni la conjecture, ni l'inspiration divine, mais le hasard seul, rien que le hasard; il faudrait, en vérité, que le hasard se montrât bien complaisant. Puis quand arriverait la guérison, comment s'assurer que le mal n'était point à son terme, que ce n'est pas quelque circonstance accessoire, comme les aliments, les boissons, les impressions morales, ou même des neuvaines d'une grand'mère qui aient agi aussi bien que le remède? Supposant même cette efficacité prouvée, *combien de fois* l'épreuve a-t-elle été réitérée (remarquez que Montaigne est partisan de la statistique)? Combien de fois les mêmes circonstances se sont-elles identiquement rencontrées, pour en conclure la règle? Et cette règle, qui l'a posée? Combien y a-t-il d'hommes qui s'occupent sérieusement d'enregistrer leurs expériences? Supposé que l'expérience émane d'un de ceux-ci, s'il en est cent autres dont les expériences donnent un résultat opposé? De quel droit trois docteurs prétendraient-ils régenter le genre humain? etc. » (*Essais*, liv. II, chap. XXVII.) — Remarquez avec quelle sagacité Montaigne, un homme du monde, fait saillir les difficultés de l'expérimentation, en général.

reusement modifiée par cette cautérisation, la muqueuse de l'oreille ne l'est pas moins. Un certain nombre de surdités causées par un catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, peuvent être guéries par ce procédé.

Fausse ankylose du genou avec demi-flexion de la jambe.

Au n° 19 de la salle Saint-Augustin, est une malade affectée de fausse ankylose du genou avec flexion de la jambe et saillie des muscles rétractés et de leurs tendons. Devons-nous faire immédiatement la ténotomie? Nous ne le pensons pas. La ténotomie, après tout, est une opération, et à ce titre seul elle peut avoir des suites funestes. On a des exemples d'érysipèles, de phlegmons qui ont amené la mort après les plus simples opérations. J'ai fait voir d'ailleurs, ici, deux cas de tumeur blanche avec demi-flexion, où la jambe a été redressée en trois semaines au moyen de l'appareil à extension. Dans un autre cas, il y avait ankylose incomplète depuis quatre ans à la suite de lésion traumatique du genou, et en six semaines nous avons redressé complétement la jambe. Nous n'en viendrons donc à la ténotomie, que si nous échouons avec l'appareil.

Polype intra-utérin. Excision.

La malade du n° 21 de la salle Saint-Augustin, que nous venons d'opérer sous vos yeux, portait un polype intra-utérin dont je vous ai déjà parlé. Depuis six mois ce polype n'avait pas changé de place; il était situé en grande partie dans l'intérieur de la matrice, et en très petite partie à l'extérieur. Les fréquentes hémorrhagies auxquelles il donnait naissance, ont été facilement arrêtées à l'aide de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Aujourd'hui, vous l'avez vu, l'excision en a été faite en quelques secondes. La malade s'en est à peine aperçue; il n'y a pas eu d'hémorrhagie, ni accident d'aucune nature. Nous avions donné à ce polype le temps de descendre complétement dans le vagin, abstraction faite d'une certaine étendue de son pédicule. A la faveur de la cautérisation qui nous avait rendus complétement maître des hémorrhagies, la santé, d'abord très délabrée de cette femme, s'était parfaitement rétablie et s'était soutenue.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

RÉSUMÉ DU SERVICE DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1843.

(Suite du n° 24.)

Pleurésies.

D'ordinaire il existe plus ou moins d'inflammation de la plèvre dans les cas de pneumonie, et c'est pour cela que les deux affections ont été rapprochées dans ce travail. Ici d'ailleurs il sera uniquement question des cas de pleurésies simples, sans pneumonie avec elles. Neuf malades rentrent dans ce chapitre, deux femmes et sept hommes.

L'une des deux femmes a succombé; mais la pleurésie était la moindre de ses maladies. C'était une jeune fille affectée en même temps de tuberculisation pulmonaire et de carie du rocher. (Des motifs particuliers ont obligé de faire l'autopsie avec beaucoup de précipitation, et nous n'avons pu vérifier si cette cavité était ou n'était pas tuberculeuse.)

La malade a éprouvé quelques symptômes qui ont été rapportés à une pleurésie ou à une pneumonie, tout en inclinant pour la première de ces deux affections. Il y avait un tel état de faiblesse et de souffrance, que la pauvre fille ne pouvait se prêter à un examen convenable de la poitrine. D'un autre côté, la mort était prochaine; cet examen ne pouvait donc être, en ces circonstances, qu'une cruelle curiosité. Nous avons, par conséquent, laissé à l'autopsie le soin d'apprendre qu'il y avait une pleurésie; et c'est parce que cette pleurésie a paru la cause de la mort, que nous avons mentionné ici cette malade.

Les huit autres pleurétiques ont guéri. Deux seulement ont présenté une forme aiguë, et l'un d'eux a été pris d'accidents cérébraux qui ont inspiré pendant plusieurs jours de sérieuses inquiétudes. Néanmoins, ces accidents ont cédé par l'administration d'une potion avec le camphre et le musc; fait sur lequel il est bon d'insister, en le rapprochant de ce qui est dit ailleurs touchant l'emploi du camphre contre les accidents cérébraux de la fièvre typhoïde.

Les six pleurésies qui restent ont suivi, ainsi qu'il arrive communément, une marche chronique. L'épanchement pleurétique apparaissait, sans être précédé ou accompagné d'aucun symptôme qui l'annonçât. Dans ces cas, la résolution a été très lente. Pour l'obtenir, on a eu recours aux vésicatoires sur la poitrine et aux boissons diurétiques. La plupart des malades n'ont pas attendu la résolution entière de l'épanchement; se trouvant soulagés et en état de reprendre leurs travaux ordinaires, ils demandaient à quitter l'hôpital, où l'ennui les gagnait.

Tous ces malades ont séjourné moyennement dans les salles vingt-deux jours.

Bronchites.

En relevant le chiffre des bronchites, nous aurons quelques observations incidentes à présenter. Ce chiffre est de 51 : 30 hommes et 21 femmes; mais là-dessus il faut d'abord ne pas tenir grand compte de malades à peine enrhumés et profitant de ce facile prétexte pour venir dans un hôpital où ils étaient trop légèrement admis. Ces individus, aussi bien que ceux qui figureront plus tard dans la dernière catégorie de ce résumé, sont plus rares si on observe les hôpitaux du centre de Paris. Là, en effet, les malades ayant le plus besoin de secours immédiats sont d'abord envoyés. Le bureau central réserve pour les hôpitaux éloignés ceux qui peuvent faire un plus long trajet, c'est-à-dire les très peu malades.

Quoi qu'il en soit, nous avons dû mentionner à l'article bronchite des individus dont la maladie a consisté simplement en un rhume; mais il importait aussi d'en faire la remarque.

Les cas plus tranchés n'ont pas davantage présenté des caractères bien graves. Tous ont eu une terminaison heureuse, et d'ordinaire sans modication fort active. Rarement les émissions sanguines ont paru nécessaires, et alors même qu'on y a eu recours, il n'a pas été besoin de les employer avec grande énergie. Une saignée du bras ou l'application d'une quinzaine de sangsoes. Dans un cas seulement, deux saignées ont été pratiquées, et peut-être y a-t-on été décidé plutôt par l'aspect vigoureux du malade que par l'intensité de la maladie. Généralement, les bronchites ont été traitées par un vomitif le premier jour, puis par des boissons adoucissantes. Tisane pectorale et potions gommeuses. Sous cette influence, la maladie a toujours guéri dans un temps assez court. Le succès d'une médication aussi peu active s'accorde très bien avec la légèreté de la maladie. La bronchite, en effet, se traduisait par les signes locaux qui lui sont propres, mais sans phénomènes de réaction.

Quelques-uns des malades inscrits dans le relevé du chapitre bronchite, ont offert des caractères spéciaux sur lesquels il convient de donner certains détails; je veux parler d'une petite épidémie qui a régné pendant le mois de mai. Le signe le plus saillant et surtout le plus tenace, était la bronchite : voilà pourquoi cette épidémie a trouvé place ici; car d'ailleurs la bronchite n'était qu'une portion de la maladie. Les individus atteints avaient de la céphalalgie et un peu de fièvre, puis ils présentaient des signes d'inflammation du côté de la muqueuse bronchique et de la muqueuse digestive dans sa portion supérieure. De l'embarras gastrique évident; bouche mauvaise, langue sale, inappétence, quelquefois des envies de vomir, etc. De la bronchite également évidente. Toux assez fatigante, expectoration spumeuse très évidente; râle sibilant ou ronflant généralement bien marqué. Tous ces malades se trouvaient bien d'un vomitif; la portion en quelque sorte digestive de la maladie cédait immédiatement, mais la bronchite résistait ensuite davantage; tous les moyens y échouaient jusqu'à ce qu'enfin, après une durée d'environ quinze jours, elle s'amoindrissait et guérissait comme par les seuls efforts de la nature.

Après tout, cette très bénigne inflammation, qui devait pourtant être mentionnée dans un travail de la nature de celui-ci, n'a jamais eu aucune gravité. Tous les malades ont parfaitement guéri sans avoir jamais offert la moindre complication. Toutefois la bronchite a été beaucoup plus opiniâtre chez l'un des malades, dont pour cela le séjour à l'hôpital s'est prolongé notablement. Un emplâtre stibié à la partie antéro-inférieure de la poitrine a précédé sinon produit la guérison. Mais la durée de la maladie avait fort affaibli le malade, qui était très amaigri au moment de sa sortie.

Tubercules pulmonaires.

La maladie dont il va être question maintenant constitue un grand fonds dans tous les hôpitaux; les exemples en ont été fort nombreux pour la part qui est revenue au service de M. Bricheteau. La mort domine dans le relevé qui va suivre, et malheureusement les malades sortis avec un soulagement momentané succomberont tôt ou tard à cette cruelle affection. 62 phthisiques ont été admis dans le service; 16 femmes et 46 hommes. 32 sont morts, et les 30 autres ont quitté l'hôpital satisfaits de l'amélioration apportée à leur état.

Peu de maladies ont été aussi bien étudiées dans leurs causes, dans leurs symptômes, dans leurs altérations pathologiques; il en est peu dont on puisse mieux suivre et calculer en quelque sorte par avance la marche destructrice. Et cependant la médecine curative n'a rien gagné à tous ces progrès, elle est absolument impuissante à guérir une maladie qu'elle connaît si bien. Peut-être avec une convenable administration des moyens de l'hygiène, on préviendrait le développement de la phthisie chez un sujet soupçonné d'en être originellement entaché; mais la maladie, une fois apparue, devient fatalement et nécessairement mortelle.

Je m'arrêterai donc peu à noter des faits pathologiques, ayant eu en effet fort peu à observer sous ce rapport; je veux dire peu comme faits rares ou obscurs dans la science. Cependant je tiens à noter, touchant l'étiologie des tubercules pulmonaires, que les deux causes les plus communes, d'après les faits sur lesquels je discute, sont l'hérédité d'une part, et de l'autre les conditions de misère au milieu desquelles vit la masse de la population parisienne. Ce résultat n'a rien que de très commun, je le sais, et il semblera étonnant de lui voir donner une mention spéciale, puisque je voulais me tenir aux faits rares ou obscurs dans la science. Voici donc les motifs de cette contradiction. Les faits recueillis par moi, mettant en lumière ces deux points bien connus de l'étiologie de la phthisie pulmonaire, m'ont aussi reporté sur les deux grandes questions d'hygiène publique qu'ils soulèvent. Or, ces deux questions sont pour ainsi dire *pratiques* et de la compétence des médecins. C'est aussi pour cela que j'ai voulu les indiquer en passant, sans avoir d'ailleurs le projet d'essayer de les résoudre.

Deux malades fort singuliers figurent parmi nos tuberculeux et méritent de n'être pas passés sous silence : l'un était dans le service au 1er janvier, jeune homme d'une vingtaine d'années, gros et grand, avec toutes les apparences de la plus florissante santé. Certes, à le voir, nul n'aurait pu le soupçonner phthisique. Ce malade était pourtant entré précédemment, maigre et chétif, avec tous les signes locaux et généraux de la tuberculisation plumonaire. Cela n'avait pas empêché le retour à la santé dont j'ai été témoin. Mais le phénomène le plus remarquable, c'est qu'au moment où j'ai vu cet état si satisfaisant, j'ai pu entendre du tintement métallique à la partie postérieure d'un des poumons, et cela dans une assez grande étendue.

Le second malade a été amputé de la cuisse par M. Bonnet de Lyon, il y a actuellement près de deux ans. Une voiture lui avait écrasé la jambe. Entré dans nos salles le 7 janvier, il en est sorti le 7 mai. Une caverne a été reconnue sous la clavicule droite, lorsque le malade est entré. Plus tard les signes de cette caverne avaient disparu; le malade allait bien, toussait à peine, en un mot, il paraissait sur la voie d'une parfaite guérison. Tout à coup cet état satisfaisant a cessé; il y a eu comme une nouvelle éruption tuberculeuse, et cette fois encore on a pu aisément retrouver les signes un moment disparus. Ces alternatives se sont répétées deux fois, et lors-

---

Faisant la part de l'exagération qui peut régner dans cette satire; on voit combien l'intervention du hasard provoqué est chose précaire et litigieuse; autant vaudrait prétendre que le hasard peut composer l'Enéide

Une autorité plus sérieuse que la précédente est celle de Bacon, qui sut approfondir toutes les difficultés, prévoir toutes les déceptions de la méthode expérimentale : « Cette manière de faire des tentatives, dit-il, a quelque chose de déraisonnable et de fou; quoi de plus fou, à la première vue, que de tenter une expérience, non parce que la raison ou quelque autre fait vous y a conduit, mais seulement parce que rien de semblable n'a jamais été tenté! » (*De la Dig. et de l'Accroiss. des Sc.*, liv. V, ch. II.) — Ailleurs Bacon se prononce en faveur de l'expérience par induction : « Veut-on, dit-il, faire des découvertes et en plus grand nombre, et plus utiles, et à de moindres intervalles de temps, c'est ce qu'on doit naturellement attendre plutôt de la raison, d'une industrieuse activité, d'une judicieuse méthode, *que du hasard*, de l'instinct des animaux; et d'autres causes semblables. » (*Nov. organ. aphor.* 108.)

Aussi l'induction est-elle en réalité la source incomparablement la plus féconde en découvertes de tout genre, et les empiriques doivent-ils cesser d'invoquer le hasard; ce à quoi ils consentiront avec un peu de réflexion. Qu'ils songent, en effet, à combien d'influences superstitieuses cédaient les anciens dans l'adoption des remèdes, à ne parler que des *signatures* fondées sur les formes, la couleur, et autres attributs des objets, sur l'usage des parties et les mœurs de la plante ou de l'animal dont elles provenaient. Ainsi ce pied d'élan dont parle Montaigne fut mis en usage dans les maladies contagieuses, *parce que* l'élan est un animal dont le *pied* est rapide à la course, et non du tout sur une donnée du hasard. Eh bien! telle est sans doute l'origine futile, absurde, de bien des remèdes antiques attribués par nous au hasard. De combien de drogues inutiles et même dangereuses nous a dotés la bizarre imagination des prêtres de l'antiquité, des astrologues, et surtout des alchimistes du moyen âge, dont les inspirations ridicules et mensongères furent incontestablement *théoriques!* Le motif de leur introduction est tombé dans l'oubli; mais ces remèdes nous sont restés sous le sceau de l'antiquité, qui, semblable aux anciens lieux d'asile, protége et sauve bien des coupables. Alors que la vraie science vint à refleurir, les motifs d'innovation s'appuyèrent sur des bases plus solides, et c'est la chimie moderne, disions-nous, qui constitue la source la plus rationnelle de nos richesses réelles. Néanmoins bien des mystères de la nature organisée nous sont profondément cachés encore; et de la composition connue d'un médicament nous ne pouvons inférer absolument toutes les propriétés qu'il peut receler, car certains de ses éléments peuvent se dérober à notre analyse. Nous pouvons dire aujourd'hui, comme du temps de Bacon : « Il y a tout lieu d'espérer que la nature renferme encore dans son sein une infinité de secrets qui n'ont aucune analogie avec les propriétés déjà connues, mais qui sont tout à fait hors des voies de l'imagination. » (*Nov. org. aphor.* 109. — C'est de cette incontestable vérité que font tant d'abus nos modernes empiriques, prétendant à tout propos que leurs arcanes *pourraient bien* être de ceux qui échappent aux données de la science. Mais avant d'admettre ces exceptions; il faut qu'elles soient cent fois et sévèrement prouvées, et nous avons mille fois raison de les récuser *à priori*. La philosophie le commande; la triste expérience de tous les jours nous en fait une loi. La science serait condamnée à l'immobilité ou du moins à la confusion éternelle, si elle était tenue de répondre aux interpellations du premier venu qui prétend la captiver; nions d'abord, à lui de prouver.

Enfin l'analyse et l'analogie morbides ont multiplié les inventions d'origine rationnelle dans une incalculable proportion. Les propriétés élémentaires des remèdes étant connues; les éléments constitutifs des maladies étant supposés bien déterminés, l'imagination vagabonde y trouve un champ sans limites pour l'exploitation des remèdes, au point de vue de leurs combinaisons infinies et de leurs nouvelles applications aux cas les plus variés et souvent les plus disparates; cas entre lesquels peut trouver qui veut des analogies : témoin les inductions saugrenues récemment imaginées au sujet du sulfate de quinine.

Mais à quoi bon invoquer le raisonnement? Pourquoi prendrions-nous la peine de traduire les anathèmes fulminés contre l'empirisme pur par tous les grands observateurs de tous les siècles, depuis Hippocrate, Galien et Celse, jusqu'à Baillou, Sydenham, Huxham, Fréd. Hoffman, Gaubius, Zimmermann, Borsieri, Cullen, Murray, Boerhaave, Dehaën, Stoll, J. Frank, Hufeland, Pinel et tous les modernes doués d'un peu de philosophie, sans compter Broussais, puisque c'est particulièrement lui qui est en cause dans la polémique de tous les jours? Ne suffit-il pas de jeter un coup-d'œil sur les œuvres des empiriques eux-mêmes? Nous avons déjà dit qu'ils avaient nécessairement une théorie à leur insu; mais ils ne prennent même pas la peine de le cacher, non soucieux du reproche d'inconséquence. Je n'arguerai point des axiomes généraux formulés par quelques-uns d'entre eux, tels que ceux-ci : « L'*analogie*, ce guide *si sûr* en médecine.... l'analogie, ce guide si si sûr *en thérapeutique*, » sentences consignées dans un précieux mémoire sur la *phthisie laryngée*. Je ne parlerai que des faits de détail même les plus récents. Pourquoi, par exemple, a-t-on vanté le chlore dans le choléra, la fièvre typhoïde, etc.? C'est que ce sont, dit-on des maladies septiques, conviction si profonde qu'elle persiste encore malgré les échecs des désinfectants. Pourquoi veut-on proscrire la saignée du traitement des fièvres graves? C'est qu'il y a là putridité, diminution de la fibrine, que sais-je? Pourquoi les purgatifs, au contraire, ont-ils été si chaudement défendus? C'est que le tube intestinal contient de la bile *âcre*, des matières putrides, etc.

Pourquoi, tout récemment, a-t-on essayé de généraliser le sulfate de quinine dans le traitement des mêmes affections? C'est que le sulfate de quinine est antiseptique, nervin, antipériodique, sédatif même, dit-on. C'est aussi parce qu'il ralentit le pouls qu'est venue l'idée malheureuse d'appliquer le sulfate de quinine à haute dose au traitement du rhumatisme aigu, et aussi, peut-être, parce que le rhumatisme offre quelques rémissions. Nous pourrions multiplier indéfiniment les exemples, si nous voulions passer en revue le fatras de remèdes imaginés ou renouvelés dans ces derniers temps, tels que les alcalis, l'acide hydrocyanique, le monesia, le sel, le tanin, l'iodure de fer dans la phthisie; l'huile de foie de morue dans les affections scrofuleuses, tuberculeuses, arthritiques, etc.; l'iodure de potassium dans les cachexies syphilitique, scrofuleuse, goutteuse; le nitre dans le rhumatisme; l'abstinence de fécule, voire même l'iodure de fer dans le dia-

que le malade est sorti, il était bien pour la troisième fois.

Le traitement avait consisté en un cautère sous la clavicule droite et le sirop d'iodure de fer de 15 à 25 grammes, qu'il fallait suspendre de temps en temps, parce que le malade en était dérangé. Cet individu vient de rentrer dans le service.

— Enfin je mentionnerai un pneumo-thorax diagnostiqué avant la mort et confirmé par l'autopsie.

Je présente un résumé d'après des faits observés et recueillis dans un hôpital ; il ne m'est donc pas permis d'aborder la question intéressante des climats chauds, soit comme moyen palliatif, soit comme moyen curatif de la phthisie, selon la trop optimiste opinion de quelques médecins. Seulement je dirai, à titre de réflexions sur l'influence atmosphérique, que l'hôpital auquel je suis attaché me semble convenable aux phthisiques. Il est situé à l'une des extrémités de Paris, loin de l'encombrement du centre, bien aéré, riche en larges cours pour les malades. Mais l'autre terme de la comparaison me manque ; ce n'est donc ici de ma part qu'une idée *a priori*, qui aurait besoin d'autres recherches pour son entière confirmation.

Le traitement a été en général fort simple. D'abord combattre les symptômes qui tourmentaient davantage les malades, atténuer les souffrances et amener le sommeil par les opiacés ; adoucir et faciliter l'expectoration et la toux par les boissons adoucissantes, etc. Mais ces moyens étaient accessoires jusqu'à un certain point. On employait en même temps les vésicatoires ou les cautères, de préférence sur les points de la poitrine où étaient perçus les signes de la tuberculisation. Cette manière d'appliquer les vésicatoires et les cautères semble avoir une efficacité plus grande ; mais il serait quelquefois difficile de la mettre en pratique ; ainsi une jeune fille consentirait rarement à se laisser placer un cautère sous les clavicules. Il a fallu plus d'une fois toute l'autorité du chef de service pour y décider les malades.

Ce que je tiens principalement à exposer au sujet de la tuberculisation pulmonaire, c'est le résultat d'essais nombreux auxquels j'ai assisté du sirop d'iodure de fer, administré dans cette affection. 15 grammes étaient prescrits au début, et plus tard on allait jusqu'à 25. Dès la première dose, tous les malades, à quelque degré de la phthisie qu'ils fussent arrivés, disaient en avoir éprouvé du soulagement. Si on insistait davantage, ils répondaient que l'expectoration avait été moins difficile et moins abondante. Mais bientôt les malades déjà avancés, ayant une ou plusieurs cavernes, demandaient la suppression du médicament. D'ordinaire ils expliquaient mal les motifs de cette répulsion ; mais ils demandaient avec une insistance qui n'admettait pas de refus. Autant qu'il était possible de juger avec des réponses très vagues et trop peu positives, le tube digestif paraissait plutôt troublé que tout autre organe ; l'appétit se perdait, les digestions devenaient difficiles. Au contraire, les malades non épuisés encore par le degré avancé de la maladie, supportaient mieux et plus long-temps le sirop d'iodure de fer. Chez eux l'usage pouvait être prolongé longuement, moyennant tout au plus quelques interruptions courtes et rares. L'amélioration persistait également. Le malade se sentait soulagé, en même temps que nous constations l'arrêt de la maladie dans le poumon affecté. Du moins les désordres locaux semblaient marcher moins rapidement, tandis que les phénomènes généraux étaient manifestement enrayés. Les forces étaient recouvrées ; le dévoiement et les sueurs ne tourmentaient pas les malades ; en un mot, l'appareil entier de la décomposition générale, propre à la maladie, était calmé et ralenti. Les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conséquence générale ; ils suffisent cependant pour autoriser, ne fût-ce qu'à titre d'essai, l'emploi du sirop d'iodure de fer. Il sera permis d'en attendre quelques bons effets, particulièrement à une époque peu avancée de la tuberculisation. Ce moyen serait combiné, bien entendu, avec les vésicatoires ou cautères, les boissons convenables, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Considérations générales et pratiques sur les fractures, faites à propos de plusieurs cas de ces lésions existant dans le service.

Il y a actuellement dans le service, dit M. Roux, une douzaine de fractures de différentes espèces sur cent malades environ qui sont confiés à nos soins. Ce n'est pas un nombre extraordinaire, surtout pour la saison où nous sommes ; pourtant, c'est déjà un nombre assez considérable sur la totalité des malades. Avant d'entrer dans des détails sur ces malades en particulier, et avant de vous présenter des considérations pratiques sur le traitement de ces différentes fractures, nous allons vous faire quelques réflexions préliminaires que nous croyons de toute importance.

Les fractures proprement dites, et telles que nous les considérons ici, ne sont pas les seules lésions dont les parties osseuses de l'organisme sont susceptibles. Il y a deux autres ordres de lésions qu'on remarque souvent dans les os, et desquelles nous voulons distinguer complétement les fractures. En effet, que doit-on entendre par fracture, prise dans un sens général ? Toute solution de continuité des os produite par une cause qui, par son action, a porté l'os même au-delà de son extensibilité naturelle ; mais de combien de manières cette solution de continuité peut-elle avoir lieu ? Ainsi, elle peut siéger tout près des articulations, et constituer ce qu'on appelle décollement des épiphyses ; ce n'est pourtant pas là une fracture dans son sens véritable. De même un os peut être frappé par une balle ou tout autre corps agissant avec violence, et traversé entièrement ou en partie, ou même coupé en deux par cette cause, cette lésion non plus ne pourra pas être considérée comme une véritable fracture. Quelles sont les différences fondamentales entre ces différentes lésions et les fractures ? On ne peut pas nier que toutes ces lésions ont des points d'analogie marqués ; car dans toutes, il y a solution de continuité du tissu osseux. Mais le décollement épiphysaire n'arrive jamais qu'au voisinage des articulations, étant constitué par les épiphyses elles-mêmes décollées qui sont aux extrémités des os. On ne l'observe que sur les os longs et chez les sujets encore jeunes, rarement au-delà de dix-huit ou vingt ans ; car il faut, pour que cette lésion arrive, que les épiphyses des os ne soient pas encore parfaitement soudées, ce qui n'a lieu qu'à un âge encore peu avancé. Or, les fractures peuvent se présenter dans tous les points d'un os, dans toute espèce d'os, et malheureusement elle est le privilége de tous les âges. En outre, le décollement des épiphyses est toujours transversal ; jamais il ne présente d'aspérités sur les surfaces décollées ; et enfin le toucher, pratiqué sur ces surfaces, n'arrive jamais à produire ce bruit qui est si commun et si caractéristique dans les véritables fractures. Enfin, le travail de consolidation dans le décollement épiphysaire se fait avec plus de rapidité que dans les fractures, même en tenant compte de toutes les circonstances d'âge, de sexe et de tempérament. Ainsi, sur le même sujet, une fracture proprement dite du tibia, par exemple, se consolidera plus lentement que le décollement des épiphyses de ce même os. Pour toutes ces raisons, il n'est pas possible de confondre ces lésions osseuses les unes avec les autres, malgré l'apparence d'analogie qu'il peut y exister. Les chirurgiens, peut-être, ne se sont pas suffisamment occupés du décollement des épiphyses. Les livres classiques en disent quelques mots, mais ne traitent pas la question d'une manière profonde ; peut-être cela tient-il à ce que l'occasion s'est présentée bien rarement d'examiner anatomiquement cette espèce de lésion osseuse. Pour notre compte, nous avouons n'avoir jamais eu cette occasion favorable dans notre longue pratique, n'avoir connu la lésion que cliniquement sur le vivant.

Quant aux plaies des os, elles diffèrent aussi sous plusieurs rapports des fractures. On peut bien, par l'esprit et en généralisant, les classer dans le même groupe, à cause de certains points de contact qu'il y a entre elles ; mais ce serait plutôt sous le point de vue philosophique qu'on pourrait le faire, que sous le point de vue clinique et pratique. En effet, en les comparant sous ce point de vue, on remarque entre les unes et les autres de notables différences :

1° Si les fractures sont ordinairement produites par des violences extérieures, souvent aussi elles sont l'effet de l'action de nos organes sans le concours d'aucun corps extérieur. Toute plaie osseuse, au contraire, est le résultat d'une cause extérieure.

2° Beaucoup de fractures anciennes, par contre-coup, dans une partie où la violence extérieure n'a pas agi, éloignée par conséquent du point de cette action, tandis que toute plaie osseuse est directe, c'est-à-dire causée par une violence agissant directement sur l'os.

3° Une fracture peut exister sans lésion des parties molles ; mais une plaie osseuse suppose toujours cette lésion ; car les parties molles qui couvrent l'os ont dû être lésées avant lui-même.

4° On admet généralement aujourd'hui des fractures incomplètes des os ; on l'a mis en doute pendant long-temps ; mais cela paraît bien démontré maintenant dans les os longs ; la chose pourtant arrive assez rarement. Dans les plaies des os, au contraire, l'organe est très souvent lésé incomplétement ; une partie seule de l'os est tranchée par le corps percutant.

5° Toute plaie osseuse est, en général, plus grave, les choses étant égales d'ailleurs, qu'une simple fracture, et cela à cause de la communication du foyer de cette plaie avec l'air extérieur par l'ouverture des parties molles. Cette complication grave se présente aussi quelquefois exceptionnellement dans les fractures, et alors elles prennent un degré de gravité tout particulier. Dans les plaies des os c'est un des caractères ordinaires. Enfin, il est bien démontré que la nature travaille avec beaucoup plus de lenteur à la réparation d'une plaie osseuse que d'une fracture.

Un chirurgien bon et simple, dont les ouvrages, sans avoir répandu un grand éclat par des découvertes extraordinaires, contiennent une série d'observations utiles, Lamotte, avec ce bon sens chirurgical qui le distinguait, avait déjà fait sentir cette vérité. Il rapporte plusieurs cas de plaies osseuses, et fait remarquer que la consolidation de celles-ci était très lente. Il n'en a pas tiré de conclusions telles que nous venons d'en formuler ; mais après lui, et sur ses traces, il fut facile de répéter les mêmes observations et d'en faire l'application pratique aux fractures. D'où vient cette difficulté plus grande de la consolidation des plaies des os ? Pour le dire en passant, peut-être la raison, ou une des raisons, réside dans la disposition différente des parties, ou fragments osseux, qui doivent se rapprocher pour se réunir. Dans les fractures, il y a souvent des saillies au bout des fragments, qui servent peut-être à les tenir mieux en contact, et facilitent ainsi leur consolidation. Dans les plaies des os on ne voit pas cela ; forcément, au contraire, il y a perte de substance nette, et en même temps contuse ; car il suffit de considérer un instant le mécanisme par lequel se fait cette sorte de lésions, les instruments qui les produisent, telles qu'une hache, une balle, etc., pour comprendre que les bords de ces plaies doivent être plus ou moins contusionnés et mâchés, que l'altération du tissu osseux doit être profonde dans ces points, et que, par conséquent, la consolidation doit se faire avec difficulté et lenteur. Le fait, du reste, est incontestable, quelles qu'en soient la cause et l'explication.

Avant d'aller plus loin dans les considérations pratiques que nous nous proposons de vous faire, nous allons vous dire quelques mots sur les différents cas de fracture qui existent actuellement dans le service. Il y a, nous disions, douze cas de fractures, quatre femmes et huit hommes. Nous n'avons pas, bien entendu, dans ce nombre limité, toutes les espèces de fractures qu'on connaît, ni les fractures de tous les os de l'organisme. Cette classe de maladies est si étendue, elles sont si variées et si multiples, qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de les voir réunies dans un même service, quelque étendu qu'il pût être. Cela est si clair qu'il n'est pas nécessaire de le démontrer par des exemples. Nous pouvons donc dire avoir actuellement dans notre service un échantillon de ces maladies, mais un échantillon qui pourra nous suffire pour le but que nous nous proposons dans ces leçons cliniques.

---

bête, etc. Si ce n'est une idée préconçue, la théorie, en un mot, qui a suggéré ces remèdes, si c'est pur hasard ou simple fantaisie, pourquoi n'avoir pas pris d'autres substances quelconques parmi les mille agents de la matière médicale ? Enfin, trouvez-nous un mémoire parmi le déluge de ceux qui pleuvent chaque jour, où l'auteur ne s'efforce de rationnaliser ; de théoriser ses procédés thérapeutiques ? tant l'instinct nous impose la nécessité de parler à la raison comme aux sens. Chose étrange ! vous affichez l'empirisme en même temps que vous fléchissez le genou devant son antithèse, l'induction. D'où viennent ces contradictions ? Le voici : L'on se proclame empirique pur parce qu'il y a honte aujourd'hui à s'avouer théoricien ; mais la raison est là qui châtie la faiblesse en trahissant l'imposture. « Pour savoir quelles étaient » véritablement les opinions des hommes, a dit Descartes, je devais » plutôt prendre garde à ce qu'ils pratiquaient qu'à ce qu'ils disaient, » non-seulement à cause qu'en la corruption de nos mœurs il y a peu » de gens qui veuillent dire tout ce qu'ils croient, mais aussi à cause » que plusieurs l'ignorent eux-mêmes. » (Disc. de la Méthode, 3e part.)

Ce qui nous distingue essentiellement, disent les empiriques, c'est qu'au moins nos déductions reposent essentiellement sur les faits..... Croyez-vous donc, bonnement, posséder seuls ce privilége ? Les systématiques les plus forcenés n'ont-ils pas aussi prétendu de tout temps s'appuyer sur les faits les plus constants ? Les faits, plus ou moins bien interprétés, ne sont-ils pas le pivot de toutes les conceptions humaines ? Ecoutez, à cet égard, ce que dit Bacon, notre sublime guide : « Il y a deux méthodes pour découvrir la vérité : *l'une*, partant des sensations et des *faits particuliers*, s'élance du premier saut jusqu'aux principes les plus généraux ;..... l'autre *part aussi* des sensations et des *faits particuliers* ; mais s'élevant avec lenteur, par une marche graduelle et sans franchir aucun degré, elle n'arrive que bien tard aux propositions les plus générales. Cette dernière méthode est la véritable. » (*Nov. organ. aphor.* 19) — C'est aussi celle que nous prétendons suivre ; mais à quel critérium la distinguer de la première ? Les plus hardis à conclure se prétendent tout aussi sévèrement logiques que les autres : Platon se croyait certainement aussi rigoureux que Socrate et Aristote croyaient l'être, Kant se croit dans le vrai aussi bien que Loke et Condillac. Ah ! vous ne procédez que par des faits ! Eh bien, lisez le dernier manifeste de M. Lordat, intitulé *Apologie de l'Ecole de Montpellier*, vous y verrez que cette Ecole se croit encore plus riche de *faits* que la nôtre ; car, indépendamment de l'infime série des *faits matériels*, que seuls vous admettez et qu'elle prétend cultiver comme vous, elle exploite, en outre, les *faits vitaux*, intellectuels, métaphysiques pour lesquels vous professez fort peu d'estime. Il n'y a pas jusqu'à l'école dynamique italienne, celle de Giacomini, qui ne prétende s'appuyer sur les *faits* alors qu'elle affirme, par exemple, que le jalap, l'aloès, le sulfate de soude ingérés dans le tube digestif, passent dans le torrent circulatoire avant de revenir opérer leurs effets purgatifs sur l'intestin ; elle prouvera bientôt que les cantharides ne soulèvent l'épiderme qu'après avoir passé par le cœur et les poumons !... Que voulez-vous ? Les faits sont l'argument banal de la sottise comme du génie ; c'est un glaive à deux tranchants, une tête de Janus, un caméléon, un protée que chacun manie, tourne et façonne à son gré, dans les limites de ses aptitudes. Mais au-dessus des faits, cette monnaie sans titre, plane le droit sens qui ne se laisse pas séduire par les mots et les arguties ; après le fait vient l'interprétation.

Trêve donc à ces luttes déplorables entre la pratique et la théorie, qui, loin de s'exclure, s'attirent mutuellement à titre de complément l'une de l'autre. L'expérience sollicite l'exercice de la raison, et la raison appelle l'expérience. L'antagonisme prétendu des faits et de la raison est une chimère créée par l'esprit de système, les faits et la raison se supposent mutuellement. Il n'est pas de science, si expérimentale qu'on la suppose, qui n'implique un ou plusieurs principes de la raison ; il n'est pas un système, si abstrait qu'il soit, qui n'ait ses racines dans certains faits d'observation. Une femme de génie, madame de Staël, a dit avec raison : « Il n'y a que les gens médiocres qui mettent en opposition la théorie et la pratique ; l'une doit être le résultat de l'autre et elles se confirment mutuellement. » (*Révol. franç.*) — « On prétend, dit Voltaire, qu'il faut que les médecins ne soient plus qu'empiriques, et on leur conseille de bannir la théorie. Que direz-vous d'un homme qui voudrait qu'on ne se servît plus d'architectes pour bâtir des maisons, mais seulement de maçons qui tailleraient les pierres au hasard ? » (*Diatr. du Dr Akakia.*) — Un profond penseur moderne, M. Cousin a dit : « Borner la philosophie à l'observation, c'est, qu'on le sache ou qu'on l'ignore, la mettre sur la route du septicisme ; négliger l'observation, c'est la jeter dans les voies de l'hypothèse. » (*Fragm. philos.*). — Si l'alternative existait, si le choix était possible, on ne sait vraiment à quel parti l'on devrait s'arrêter, car Bacon a dit encore : « La philosophie empirique enfante des opinions encore *plus étranges et plus monstrueuses* que la philosophie raisonneuse et sophistique. » (*Nov. organ. aph.* 64.) — Donc, il se prononçait pour la théorie, tant l'interprétation des faits lui paraissait chanceuse.

Mais, en admettant même que les faits et le raisonnement puissent être séparés en médecine, n'exagérons pas les conséquences de ces deux systèmes ; car, ainsi que l'a dit Cabanis : « Entre l'empirique rationnel qui ne sort point des raisonnements immédiats tirés de l'observation et le théoricien qui n'appliquerait sa théorie qu'à des phénomènes identiques avec ceux sur l'analyse exacte desquels il l'a fondée, la différence serait absolument nulle. » (*Révol. de la méd.*) — Que cette sanction devienne le symbole de paix entre deux partis que de simples malentendus ont armés l'un contre l'autre. Puissions-nous, réalisant les vœux de l'immortel auteur de la *grande restauration des sciences*, avoir concouru à « marier à jamais la méthode empirique et la métho- » de rationnelle, méthodes dont le divorce malheureux et les fâcheuses » dissonances ont troublé tout dans la famille humaine. » (Bacon, *Préface.*)

Prof. FORGET.

M. Edward Le Glay vient de publier le second volume de son *Histoire des comtes de Flandre* depuis l'origine du comté jusqu'à l'avénement des ducs de Bourgogne (au Comptoir des Imprimeurs-Unis, 15, quai Malaquais, 2 beaux et forts vol. in-8° ; prix, 15 francs). Cet ouvrage est maintenant complet, et il est permis de porter un jugement sur son ensemble.

Le livre de M. Edward Le Glay est de nature à fixer l'attention des savants et des gens du monde tout à la fois, et il prendra un rang honorable, nous en avons la certitude, parmi ceux de nos bons écrivains historiques.

Les quatre cas de fractures chez les femmes, sont deux fractures de l'avant-bras, un du col du fémur, et le quatrième de la jambe.

Les deux fractures de l'avant-bras diffèrent beaucoup entre elles ; car l'une siége à la partie moyenne du membre, et par cela s'éloigne de la catégorie commune ; l'autre affecte l'extrémité inférieure du radius. Cette dernière espèce de fractures a été bien étudiée et parfaitement connue seulement depuis le commencement de ce siècle, tandis qu'antérieurement on la confondait presque toujours avec la luxation.

C'est Dupuytren, il faut le dire, qui a surtout appelé l'attention des chirurgiens sur ce point important de pathologie, et a fait voir qu'autant les luxations du poignet considérées comme très communes par les anciens sont rares, autant sont communes et fréquentes les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Une chose assez singulière, c'est que cette sorte de fracture est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, sans pourtant savoir à quoi attribuer précisément cette différence, car la disposition des parties qui sont le siége de cette lésion est tout à fait le même chez les deux sexes. En outre, cette fracture laisse très souvent à sa suite de la douleur, de la raideur dans l'articulation, qui dure pendant un temps plus ou moins long, et qui exige beaucoup de ménagement de la part des malades. Chez notre malade, il y avait une grande tendance de la main à se porter en dedans, et on a dû appliquer une attelle coudée pour ramener mieux celle-ci en dehors, ce qui, soit dit en passant, n'est pas toujours nécessaire dans ces fractures.

Enfin, et pour ces raisons mêmes, ajoutons qu'il faut bien se garder d'appliquer sur l'avant-bras fracturé un appareil humecté, car on s'exposerait ainsi à faire naître des phlyctènes, de la suppuration et d'autres accidents graves, comme nous le démontrerons mieux en temps et lieu ; et de trop serrer le membre. Ce sont les fractures les plus graves et les plus susceptibles d'accidents, si on néglige ces précautions indispensables.

Les deux autres femmes ont, l'une une fracture du col du fémur qui paraît être intra-capsulaire, quoique dès le commencement il ait existé un raccourcissement considérable du membre. A cet égard, je vous dirai, pour le moment, qu'on distingue en pathologie deux espèces de fracture du col, l'une en dedans, l'autre en dehors de la capsule ; mais les caractères qu'on donne comme distinctifs de ces espèces de fractures ne sont pas faciles à reconnaître au lit des malades, et le chirurgien se trouve souvent embarrassé dans le diagnostic. Au reste, pour le traitement, cette distinction est de très peu d'importance, car il est le même dans les deux espèces.

La quatrième femme a une fracture fort simple de la jambe. L'ayant examinée avant son entrée à l'hôpital, nous nous décidâmes volontiers à la recevoir, par la raison que voici. A l'époque de sa fracture, elle était accouchée tout récemment, et nourrissait son enfant. Vous saurez qu'on a mis en doute que les femmes fussent dans une position favorable à la consolidation des fractures quand la nature, chez elles, était occupée du travail de la grossesse ou de la lactation. Cette opinion, basée sur quelques faits isolés, n'est pas encore assez démontrée pour pouvoir se prononcer d'une maniere positive : il est nécessaire de recueillir de nouvelles observations, et c'est pour cela que nous avons reçu avec empressement cette femme dans notre service, pour voir l'influence qu'exercerait la lactation sur la marche du cal. Malheureusement elle n'a pas continué à nourrir son enfant. Pour cela, ce cas de fracture manque de l'intérêt qu'il nous aurait présenté.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Février 1844.

Considérations pratiques sur les bons effets qu'on retire de l'administration de l'écorce fraîche de la racine de grenadier indigène dans le traitement du tœnia ; par M. le docteur LAFARGUE (de Saint-Emilion).

Lorsqu'on est appelé à donner des soins à une personne tourmentée du ver solitaire, et que l'on se décide à administrer l'écorce de racine de grenadier, est-il indispensable que cette écorce provienne du grenadier *sauvage* qui croît spontanément en Afrique et surtout en Portugal, ou peut-on employer avec tout autant d'avantages l'écorce du grenadier indigène ? Enfin, est-il indifférent de donner cette écorce sèche ou fraîche ?

Pour M. Lafargue, ces deux questions sont depuis long-temps résolues ; il fait exclusivement usage de l'écorce fraîche de grenadier *indigène*, parce l'expérience lui en a révélé la merveilleuse et instantanée efficacité. A l'appui de son opinion, il cite deux faits relatifs à des tænias séjournant depuis long-temps dans l'intestin, et dont les malades furent débarrassés, le premier en un quart d'heure au moyen d'une décoction faite avec 45 grammes d'écorce de racine fraîche de grenadier indigène, le second en une heure avec 90 grammes. M. Larfargue invite tous les praticiens à ne plus recourir à l'écorce exotique, souvent falsifiée, et à employer celle qu'on peut avoir partout sous la main, et dont l'efficacité ne lui a jamais fait défaut.

De l'extraction des corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie ; par le docteur CIVIALE.

L'importance pratique du fait suivant nous engage à la reproduire dans ses détails les plus intéressants :

« J'ai eu occasion, en mars 1843, de me servir d'un petit lithoclaste à mors plats, pour entraîner de la vessie une sonde qui s'était rompue vers le milieu de sa longueur. Pendant plusieurs jours on avait fait d'inutiles tentatives pour débarrasser le malade, qui prit enfin le parti de venir à Paris. Il me fit un exposé exact de l'état dans lequel il se trouvait, de sorte que je n'eus qu'à combiner les moyens à mettre en usage. A l'aide d'un petit lithoclaste je saisis immédiatement la sonde par le bout, et, après l'avoir fixée d'une manière solide, en rapprochant les branches au moyen de l'écrou brisé, je procédai à l'extraction. L'instrument ainsi chargé fut retiré avec lenteur ; mais parvenu vers le milieu de la portion spongieuse de l'urètre, j'éprouvai de la résistance, effet d'une coarctation organique. Cependant je tirai lentement sur le lithoclaste, qui parvint à franchir le point rétréci, mais qui n'amena que la portion de sonde embrassée par ses branches ; le reste demeura dans le canal derrière le rétrécissement. Je m'aperçus alors, mais trop tard, que je n'avais pas fait attention à deux circonstances fort importantes. D'abord il existait vers le milieu de la partie mobile de l'urètre, un rétrécissement long, dur et peu dilatable. En second lieu, la sonde, qui avait séjourné quinze jours dans la vessie, était tellement détériorée, qu'elle se déchirait avec la plus grande facilité.

» Le rétrécissement n'était pas assez avancé pour s'opposer à l'introduction d'une sonde ordinaire, car je ne l'aperçus pas lors de la première introduction. Le lithoclaste, un peu plus gros que la sonde, m'apprit bien qu'une portion du canal avait perdu son élasticité et sa souplesse normales, et, l'instrument introduit, il me fut facile de découvrir, dans le point correspondant des parois urétrales, des nodosités et une induration fort étendue. Mais je n'entrevis là qu'une cause de douleurs passagères pendant l'extraction de la bougie. Je n'avais pas prévu que celle-ci serait altérée au point de se rompre ; je devais même craindre d'autant moins cet accident, que la portion de sonde restée dans le canal venait immédiatement après l'extrémité du lithoclaste, formant un volume à peu près double du sien. Mais la décomposition de cet instrument était si avancée, que la pression entre les doigts la réduisait à une espèce de pulpe.

» Je n'eus donc que tardivement une idée de toutes les difficultés qui allaient se présenter. En premier lieu, la contraction urétrale gênait la manœuvre, qu'il fallait d'ailleurs exécuter dans la partie la moins dilatable du canal. On pouvait, il est vrai, retirer quelques avantages du toucher ; mais l'expérience m'avait appris déjà qu'on s'est exagéré l'utilité de cette ressource en de telles circonstances, bien qu'il faille ne pas les négliger.

» Quand on opère dans l'urètre pour saisir un corps dur, la résistance de celui-ci, lorsqu'il est en contact avec un instrument quelconque, sert de guide pour diriger les branches entre lui et les parois du canal ; on aperçoit de la même manière la véritable position du corps étranger, et le point par lequel il a été saisi, ce qui est de la plus haute importance.

» Ici, je me trouvais privé de tous ces avantages ; j'avais affaire à un corps non-seulement mou, mais encore pourri, dont le contact avec l'instrument procurait une sensation si confuse, qu'on pouvait à peine distinguer si ce dernier s'appliquait sur la sonde ou sur les parois du canal. Après quelques tâtonnements néanmoins, je parvins, avec une pince à deux branches, à saisir l'extrémité de la bougie ; mais, cette fois encore, elle se rompit, et je n'en ramenai que la portion contenue entre les branches. J'eus ensuite recours au crochet, instrument dont l'utilité est depuis long-temps établie pour l'extraction des petits calculs ou des éclats de pierre engagés dans la partie mobile de l'urètre. A chaque tentative je retirai quelques parcelles de sonde ; mais il eût fallu un temps considérable pour terminer ainsi l'opération, qui d'ailleurs pouvait fatiguer l'urètre. Je songeai donc à d'autres moyens.

» De nouvelles difficultés m'attendaient. Je ne pouvais laisser la sonde dans le canal, car le malade n'aurait point uriné. Il fallait donc la repousser. Mais la coarctation urétrale rendait cette manœuvre très difficile, sinon impossible. Ordinairement on fait rentrer dans la vessie un corps engagé dans l'urètre, en ayant recours à une forte colonne d'eau lancée avec précipitation, à une grosse sonde un peu cylindrique, ou à un gros instrument de lithotrotitie. Mais d'abord ces moyens n'ont une pleine efficacité qu'autant que le corps étranger n'a pas franchi l'arcade pubienne, qu'il se trouve dans la partie membraneuse ou prostatique du canal, tandis qu'ici la sonde était arrivée jusqu'à trois pouces du méat urinaire ; ensuite le rétrécissement s'opposait à ce qu'on l'employât. La sonde, que la coarctation laissait pénétrer, n'avait pas assez de volume pour remplir le canal derrière le point rétréci ; elle glissait même sans difficulté entre le corps étranger et les parois urétrales. L'injection lancée avec force ne réussit pas, et comme le malade ne rendait pas le liquide injecté, la vessie fut bientôt remplie.

» Il fallait cependant sortir de l'embarras où je me trouvais. Je sais combien peuvent être sérieuses les conséquences d'une incision pratiquée aux parois de l'urètre, au niveau de l'insertion du scrotum ; c'était là un moyen extrême auquel je ne devais recourir qu'à la dernière extrémité. Mon premier soin fut de ménager une issue facile aux urines, par l'introduction d'une sonde flexible dans la vessie. Je choisis la plus grosse, que la coarctation me permit d'employer. Dès que le rétrécissement fut franchi, et que les deux sondes se rencontrèrent, j'appliquai le pouce et l'indicateur de la main gauche sur le point correspondant de l'urètre, pendant qu'un aide allongeait la verge, en tirant sur le gland ; par la double pression en arrière, et de la sonde et des doigts, je parvins à repousser le corps étranger jusque dans la partie membraneuse ; l'instrument, passant ensuite entre lui et les parois très dilatables de cette portion du canal, parvint aisément dans la vessie. Le doigt introduit dans le rectum, fit reconnaître la saillie que formait le corps étranger ; mais je ne me préoccupai pas de son séjour en cet endroit, sachant, par expérience, qu'il ne pouvait point avoir d'inconvénients graves pendant les trois ou quatre jours dont j'avais besoin pour dilater le point rétréci de l'urètre.

» Ces différentes manœuvres durèrent près de trois quarts d'heure ; mais je procédai avec tant de ménagement, qu'à peine excitèrent-elles un mouvement fébrile. La première sonde fut remplacée, le lendemain et les jours suivants, par d'autres de plus en plus grosses ; et le quatrième jour, après que j'eus retiré la troisième sonde, le corps étranger fut extrait avec la plus grande facilité.

» Là se termina une opération qui m'avait donné quelque souci, qui surtout m'avait fait regretter de m'être trop préoccupé de l'affaire principale et de n'avoir pas consacré assez d'attention à des circonstances qui, pour être accessoires, n'en exercent pas moins une grande influence ; celle-ci eût pourtant été facile à combattre ; il suffisait d'examiner avec une grosse bougie si toutes les parties des parois de l'urètre possédaient leur souplesse normale ; le rétrécissement une fois reconnu, au lieu de procéder immédiatement à l'extraction du corps étranger, il aurait fallu placer une sonde à demeure, c'est-à-dire commencer par où nous avons fini. »

L'Académie des sicences a tenu lundi dernier sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Dumas.

M. Flourens, secrétaire perpétuel, a proclamé les prix à décerner dans le concours de 1842. Nous avons déjà fait connaître le nom des lauréats, ainsi que les récompenses qui leur ont été accordées pour ce qui concerne les sciences médicales. On sait que le prix de Physiologie a été accordé à M. le docteur Laurent, que les prix de Médecine et de Chirurgie ont été décernés à MM. Stromeyer et Dieffenbach (6000 fr.), à MM. Bourgery et Jacob (5000 fr.), à M. Thibert (400 f.), à M. Longet (3000 fr.), à M. Valleix (2000 fr.), et des mentions honorables à MM. Amussat, Serrurier, Rousseau et Philippe Boyer.

Les prix relatifs aux arts insalubres ont été décernés, savoir :

Le prix de 4000 fr. à M. Martin, de Verviers, pour son Procédé d'extraction de l'amidon des farines sans altération du gluten et sans fermentation putride.

Le prix de 3000 fr. à M. Lamy, ancien ouvrier, puis contre-maître à Rouen et près de Paris, pour la solution du problème de l'épuration du soufre par les procédés et appareils salubres et économiques.

Le prix de 2000 fr. à MM. Jarriu et Longeoté, pour leur procédé d'utilisation des eaux des féculeries.

Après la distribution des prix, M. Arago a lu des fragments de la biographie de Bailly.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 5 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 27. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

De la colique de plomb et de son traitement.

Plusieurs malades atteints de l'affection saturnine, plus spécialement connue sous le nom de colique de plomb, s'étant trouvés en même temps réunis dans les salles, M. Piorry a profité de cette circonstance pour développer devant son auditoire les idées qu'il professe sur ce sujet si difficile et si contesté, et pour exposer la méthode de traitement qu'il oppose à cette affection. Il en a fait l'objet de deux leçons cliniques que nous nous attacherons à reproduire aussi fidèlement que possible, vu leur intérêt.

Lésions organiques. L'étude des accidents qui se manifestent dans le tube digestif à la suite de l'action du plomb, a depuis long-temps attiré, à juste titre, l'attention des praticiens. Pendant long-temps on n'a considéré cette maladie que d'une manière empirique. Le symptôme le plus apparent, la douleur, ayant seule fixé l'attention des premiers médecins qui ont voulu en faire une étude un peu plus approfondie, la colique de plomb fut, plus tard, considérée comme une névropathie. Les uns y virent une souffrance nerveuse de la moelle de l'épine; d'autres y virent une phlegmasie produite par la cause plomb. Plus récemment, on a démontré qu'il ne s'agissait pas ici d'une affection inflammatoire, et on a cherché à expliquer les symptômes par une action spéciale directe des molécules saturnines sur les portions du tube digestif avec lesquelles elles se trouvaient en rapport. Telles sont encore aujourd'hui les opinions le plus généralement reçues; opinions que les faits mieux interprétés ne nous permettent pas de partager, ainsi qu'on va le voir.

Afin de circonscrire le plus possible la question, nous laisserons de côté les phénomènes généraux de l'intoxication saturnine, pour ne nous occuper seulement que de la série des accidents qui se manifestent du côté du tube digestif.

On n'a pas encore signalé de lésions anatomiques constantes qui fussent en rapport avec les phénomènes observés dans la colique saturnine. Plusieurs auteurs, cités dans l'ouvrage de M. Tanquerel des Planches sur la matière, avant Broussais, et Broussais lui-même, admettaient une phlegmasie de l'intestin; mais un grand nombre d'auteurs qui se sont occupés depuis de cette question, ont cherché en vain des traces d'inflammation: et la plupart d'entre eux déclarent n'avoir trouvé aucune lésion appréciable. Quelques-uns parlent d'étranglements internes: d'autres de dilatations et de rétrécissements alternatifs, d'invaginations, d'ulcérations même; enfin de ramollissements, de rougeur, etc.

Il est évident que la plupart de ces lésions étaient étrangères à l'affection saturnine, et simplement coïncidentes. Pour moi, je n'ai trouvé aucune trace de phlegmasie dans les cadavres des sujets que j'ai pu voir succomber aux symptômes de l'intoxication saturnine. Plusieurs fois j'ai rencontré les gros intestins dilatés ou resserrés par places. Chez un homme qui a succombé dernièrement dans nos salles à la suite d'une affection compliquée dans laquelle un kyste hydatifère du foie s'était ouvert dans la plèvre, l'intestin était resserré dans toute son étendue, et les muscles abdominaux fortement contractés. Dans les observations recueillies et citées par M. Tanquerel des Planches, il s'était formé un grand nombre de fois une sorte de retrait des intestins, qui étaient comme tassés en paquet. Mais ce phénomène lui-même est loin d'être constant. On a étudié avec grand soin les nerfs, les vaisseaux; on n'y a rien trouvé de particulier. En général, aucune altération notable dans les organes. Mais quand on a voulu soumettre les tissus à l'examen chimique, on a trouvé d'énormes quantités de plomb dans le tube digestif. Voilà pour ce qui concerne les lésions anatomiques. Abordons l'histoire symptomatologique et étiologique de la colique de plomb.

Symptomatologie et étiologie. Les personnes qui sont soumises aux causes d'intoxication saturnine, éprouvent souvent pour principaux symptômes, et presque pour symptôme exclusif, une diminution notable dans le nombre des selles, qui, rares d'abord, finissent par se supprimer complétement. Ces symptômes durent, en général, pendant quelques jours avant que des coliques se déclarent; et après un temps qui varie, il se manifeste des douleurs parfois modérées, souvent excessives. Ces douleurs occupent la région ombilicale, spécialement les espaces occupés par les gros intestins. Elles sont parfois continues; mais assez souvent elles sont intermittentes ou rémittentes, et elles rappellent, quant à leur caractère et à leur progression dans divers points du ventre, les souffrances qui précèdent dans quelques cas les évacuations alvines ou les douleurs de la dysenterie. L'intensité de ces douleurs est parfois telle que les malades jettent les hauts cris. On a dit que loin d'être exaspérées par la pression, elles en étaient au contraire soulagées; rien n'est moins exact que cette assertion. J'ai vu bien souvent la palpation et la pression augmenter considérablement les coliques. La pression soulage quelquefois, il est vrai, mais c'est lorsqu'elle est faite de façon à favoriser ou à déterminer la progression des matières dans le tube digestif. Les malades semblent souvent se livrer à des efforts de défécation qui n'amènent aucun résultat. Cependant les muscles abdominaux sont tendus, contractés et forment quelquefois comme une enveloppe solide et dure au-devant des intestins malades. C'est sur les points du ventre où la douleur est plus intense que les contractions spasmodiques sont le plus prononcées. Il semble que ces contractions aient pour but, soit de protéger les parties douloureuses sous-jacentes contre le contact des corps extérieurs, soit de suppléer à quelque défaut de mouvement de l'intestin, par l'augmentation de puissance des muscles pariétaux. Que si l'on cherche à palper les viscères dans les cas où la tension des parois n'est pas excessive, on ne trouve point qu'il y ait de gargouillement appréciable.

Par la pression on constate un fait de la plus haute importance, diagnostique et pratique. Si l'on fait indiquer au malade d'une manière précise, à l'aide du doigt, par exemple, le point du ventre le plus douloureux, on trouve presque toujours que ces points sont remarquables par une sonorité très prononcée. D'autres parties du tube digestif présentent, au contraire, une matité très marquée, et cela dans un espace dont la circonscription répond à la forme et au siége de quelque portion du tube digestif. En général, c'est plutôt vers la partie inférieure du tube digestif qu'a lieu cette obscurité du son, tandis que le bruit tympanique existe sur des points de l'intestin plus rapprochés de la région pylorique. Dans une trentaine de faits que j'ai observés sous ce rapport, dit M. Piorry, c'était ou le cœcum ou le colon ascendant qui donnait lieu à la matité, tandis que l'intestin grêle était le siége d'une sonorité marquée, appréciable à droite et en bas, en dedans et au-dessous du cœcum, et dans la fosse iliaque externe droite entre le grand trochanter et la crête iliaque. Sur d'autres malades l'*S* iliaque et le colon descendant donnaient lieu à un son obscur, tandis que les parties du gros intestin situées au-dessus donnaient lieu à une sonorité très marquée.

Il est arrivé quelquefois que plusieurs parties du colon, examinées de haut en bas, étaient sonores et mates successivement; il semblait alors qu'il y eût une intersection d'obscurité de son entre deux espaces occupés par le son tympanique. Or, il arrivait encore ici que les points douloureux correspondaient aux parties remplies de liquides ou de matières, et non pas à celles qui contenaient des gaz. Conduit par ces faits, M. Piorry a voulu savoir si l'intestin rectum n'était pas, dans ces cas-là, le siége de quelque modification organique; et voici ce qu'il a constaté :

Dans un cas, chez un jeune homme très robuste, cet organe était mou, dilaté et complétement privé de contractilité, ce dont on s'assurait par l'introduction du doigt. Tout au contraire, à deux pouces de profondeur, on sentait les fibres circulaires de l'intestin contractées à ce point, que le doigt s'y engageait comme dans un col utérin entr'ouvert. Cette circonstance s'est représentée depuis chez plusieurs des sujets

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La reine Pomaré et le docteur Pritchard. — Véritable cause de la rupture. — Un solliciteur peu ordinaire. — M. de Talleyrand et son médecin. — Un mot de Fontenelle. — Perturbation dans le feuilleton. — Un banquet. — Grande tempête académique. — Naufrage sur les eaux minérales. — Une anecdote de province. — La Nostalgie, poëme.

Si la reine Pomaré.....

— Arrêtez! vous allez parler politique.

Et le contre-amiral Dupetit-Thouars.....

— Mais vous n'y pensez pas? Cinq mille francs d'amende pour le minimum!

Ont failli troubler la paix du monde pour le pavillon de fantaisie.....

— Je vous en prie, monsieur Jean Raimond, ne marchez pas sur ce terrain brûlant, vous allez tous nous compromettre.

— N'ayez donc aucune inquiétude, messieurs, je sais où je vais aller. Donc, puisque votre interruption m'a fait perdre le fil de ma phrase, qui était superbe, je vous dis que si nous n'étions pas Français avant tout, comme médecins nous aurions droit de nous enorgueillir des événements de Taïti. C'est à l'influence d'un médecin que M Guizot a dû la perte imminente de son portefeuille, et toutes les conséquences dont cet événement était gros, n'auraient eu d'autre cause que la reconnaissance d'une femme envers son accoucheur. Vous savez, en effet, qu'à sa triple profession de marchand, de missionnaire et de consul, M. Pritchard réunit encore celle de médecin. En cette dernière qualité, il est devenu l'accoucheur de la reine Pomaré. et nous tous, qui savons quelle influence ces fonctions nous font prendre sur les femmes, nous pouvons assurer que ce n'est ni comme marchand, ni comme missionnaire, ni comme consul que le docteur Pritchard a pu s'emparer de l'esprit de la reine. Ceci annonce quelles seront les destinées de la médecine sur le sort des événements de ce monde quand les médecins tiendront dans le corps social la place qu'ils ambitionnent. Je connais un homme qui a beaucoup sollicité dans sa vie et qui a beaucoup obtenu. Il est tout ce qu'il a voulu être quoique d'une capacité médiocre. Savez-vous comment il s'y est pris? Il me l'a dit lui-même, c'est en mettant toujours dans ses intérêts le médecin de la personne, ou de l'ami, ou de la femme, ou de la maîtresse auprès de laquelle il sollicitait : aussi cet homme professe pour le corps médical la plus vive reconnaissance. Je le crois bien; il n'est peut-être pas une seule célébrité médicale contemporaine qui, sans s'en douter, n'ait servi à son élévation. Il n'est pas jusqu'à M. de Talleyrand que l'individu dont je parle ne se soit rendu propice par le canal de son médecin. Celui-ci était feu Bourdois de La Mothe, grand amateur de tableaux dont la collection valait, disait on, plus de cent mille écus. Notre solliciteur avait quelque chose à obtenir du prince des diplomates, et, selon sa coutume, il pensa au médecin du prince. Feu Bourdois était peu accessible aux sollicitations, d'ailleurs notre homme ne le connaissait en aucune façon et il avait vainement cherché quelque aboutissant influent auprès de lui. C'est sur ces entrefaites qu'il apprit la passion de Bourdois pour la bonne peinture. Par le plus heureux des hasard, cet homme qui n'a jamais eu ni le goût ni le sentiment des arts, avait recueilli dans l'héritage d'une vieille tante, un tableau de prix. C'était un charmant petit Van Ostade, que les connaisseurs ont pu remarquer dans la salle à manger de Bourdois, à gauche entre une croisée et le poêle. Notre solliciteur vit aussitôt le parti qu'il pouvait tirer de son tableau. Il fait le malade, fait appeler Bourdois, se plaint de quelque névralgie atroce, rebelle jusque-là à toute médication, etc., etc. Bourdois formule un traitement qui eut l'insigne honneur de guérir en un clin-d'œil une maladie ancienne et qui avait résisté à vingt autres médecins. Aussi la reconnaissance du malade ne put-elle être assez vive ni assez généreuse et, connaissant le goût éclairé de son sauveur pour les tableaux, il le prie d'agréer cette petite toile rare et précieuse, faible rémunération pour un si grand service. Vous concevez qu'il est bien difficile de fermer sa porte à un client qui paye si bien. Le client vint, en effet, parler de sa reconnaissance, puis des rapports s'établirent, et bientôt le but fut atteint. C'est Fontenelle, je crois, qui disait à un plaideur se plaignant des mauvaises dispositions pour lui d'un président au parlement : Avez-vous vu son confesseur? — Non. — Connaissez-vous sa maîtresse? — Pas davantage. — Savez-vous qui est son médecin? — Non plus. — Eh bien, mon cher, votre cause est perdue.

Pour en revenir au docteur Pritchard qui a été fort mal traité par la presse politique, je dois dire en son honneur et à l'honneur de la confrérie, que c'est un savant fort distingué, auteur d'ouvrages remarquables, dont le dernier, l'*Histoire naturelle de l'Homme*, a été récemment traduit en français par M. le docteur Roullin, et récemment analysé dans ce journal même. Du reste, en lisant cet ouvrage, on voit en effet que l'auteur doit être un missionnaire fervent. Son but évident est de mettre les saintes écritures en harmonie avec la science. On sait qu'il est fort difficile d'accorder le récit de la Genèse avec la théorie des naturalistes, qui admettent l'existence de plusieurs races humaines. La foi nous impose la croyance à un type primitif créé du limon de la terre par la main du Tout-Puissant. La science vient ébranler la foi en découvrant des caractères anatomiques si tranchés entre divers habitants de la terre, qu'elle en a conclu l'existence de races distinctes et de tout temps séparées les unes des autres. Pour M. Pritchard, la famille humaine est une; il n'y a qu'une race, un type, qu'une espèce; il n'y a que des variétés se produisant sous l'influence du climat, de l'éducation, des mœurs, des habitudes. Deux volumes sont consacrés au développement de cette opinion, et l'auteur, qui a visité le monde, apporte des matériaux immenses à l'appui de ses idées. Cet ouvrage a fait une grande sensation en Angleterre, où les sentiments religieux sont plus généralement répandus qu'en France. Du reste, le ton de discussion de ce livre est fort convenable. Les écrivains catholiques devraient le prendre pour modèle et se défaire de ce genre déclamatoire et furibond qui éloigne les esprits les mieux intentionnés.

Voyez un peu où m'a conduit la reine Pomaré! Il sera dit que cette reine d'un petit peuple presque sauvage, jettera la perturbation jusque dans le feuilleton d'un journal de médecine. En vérité, je ne sais plus comment revenir aux petits événements de notre monde médical, qui ont été, du reste, à peu près nuls cette semaine. Je pensais pouvoir vous donner quelques détails d'un grand banquet que la *Société de chirurgie*, qui n'a pas borné là son intervention, devait donner à MM. Malgaigne, Vidal (de Cassis), et aux honorables avocats qui ont soutenu devant les tribunaux les droits de la libre discussion. La fête, à cause de quelques empêchements, a été remise à lundi prochain. Elle n'en sera que plus belle.

— A l'Académie de médecine, séance fort orageuse mardi dernier. Une tempête effroyable s'est élevée sur les eaux...... minérales, et un naufrage s'en est suivi. C'est M. Nacquart qui a été le Borée agitateur des vagues. L'honorable académicien ne peut comprendre, dans son austérité de Brutus, qu'un propriétaire d'une source minérale fasse tout ce qui dépend de lui pour accréditer ses eaux et s'en procurer l'écoulement. Cela est cependant fort simple et même légitime. L'Académie de médecine est d'ailleurs instituée dans ce but d'éclairer l'autorité et le public sur la valeur des sources. Il est donc tout naturel qu'à elle s'adressent les propriétaires des eaux pour faire constater leurs propriétés chimiques et thérapeutiques. Annuler un rapport par crainte de l'exploitation qui en sera faite plus tard, c'est tout simplement dire aux intérêts en cause : Vos eaux peuvent être excellentes; mais à quoi bon les vendre? Il est certain qu'à chaque rapport sollicité pour les eaux minérales, il y a au bout imminence d'exploitation, et cela n'a rien qui doive offusquer l'Académie. Qu'elle mette dans son rapport toute la sévérité possible, c'est son droit, son devoir; qu'elle empêche le charlatanisme de duper le public, c'est un service qu'elle rend; mais là doit se borner son intention, pour qu'elle soit équitable envers les intérêts de tous.

atteints de cette affection, qui ont été reçns dans les salles de la Pitié.

Tant que les selles ne se rétablissent pas, les accidents précédents persistent, et très souvent ce sont là les seuls symptômes qu'on observe. Ailleurs cependant se manifestent parfois des vomissemants. L'appétit est, en général, nul. Il y a quelquefois de l'aversion pour les aliments. Presque toujours, si l'on examine les gencives, on les trouve tuméfiées, bleuâtres ou grisâtres vers les limbes, circonstance importante à noter, et qui semble démontrer l'existence concomitante d'une intoxication générale par cause saturnine.

Les phénomènes locaux que le tube digestif présente sont rarement accompagnés d'accélération du pouls, de chaleur à la peau, etc., circonstance qui mérite d'être notée avec soin. Tout au contraire, il se manifeste très souvent des douleurs de tête, des paralysies, particulièrement dans les muscles extenseurs, des accès épileptiformes.

Lorsqu'on rencontre, chez des malades, l'ensemble de ces symptômes que nous venons de décrire, ajoute M. Piorry, et que ces malades ne sont point des ouvriers employés dans les ateliers où l'on fabrique des préparations de plomb, il est bon de se rappeler qu'il est d'autres circonstances qui ont pu produire l'intoxication saturnine. Ainsi, c'est tantôt le vin, qui peut contenir de la litharge, tantôt des eaux qui ont passé par des conduits ou qui ont séjourné dans des réservoirs de plomb, tantôt l'habitation de certains lieux où se dégagent des émanations saturnines. Aussi, importe-t-il de ne s'en point rapporter à un examen superficiel, et d'interroger le malade avec le plus grand soin sur les causes possibles des coliques qu'ils éprouvent. Dans tous les cas où l'appareil des phénomènes précédents s'est manifesté, j'ai toujours fini, en multipliant et en variant les questions, par reconnaître la cause saturnine.

C'est une question de savoir par quelles voies le plomb est porté dans l'économie de manière à modifier ainsi le tube digestif. Il paraît d'abord certain que ce peut être d'une manière directe ; les parcelles de plomb peuvent être introduites dans les organes digestifs avec les aliments et les boissons, et aller frapper directement ces organes de paralysie. Il paraît très certain encore que l'inspiration d'air chargé de poussière de blanc de céruse ou de minium, peut être suivie des mêmes accidents. On affirme aussi que le dépôt d'une couche de plomb sur l'épiderme détermine aussi l'intoxication ; mais la difficulté de l'absorption par la peau recouverte de l'épiderme, nous fait révoquer en doute la possibilité d'une semblable influence.

Tout porte à croire que les accidents intestinaux produits par le plomb ne sont point des phénomènes d'entérite. Voici les raisons qui nous portent à penser ainsi. Lors de l'examen cadavérique, on ne trouve point, en général, dans le tube digestif, de traces de phlegmasie, et les cas dans lesquels on a vu des rougeurs plus ou moins vives, des arborisations veineuses, résultant plutôt de phénomènes de congestions dus à l'asphyxie des derniers moments de la vie, ou de toute autre circonstance, que des effets anatomiques de l'intoxication saturnine. De plus, la marche de cette affection ne ressemble en rien à celle des phlegmasies ; aucun phénomène fébrile ne se manifeste, à moins de complications. Enfin, d'un autre côté, les purgatifs drastiques, le séné, le tartre stibié, loin d'exaspérer les douleurs par leur contact avec la muqueuse intestinale, produisent souvent, au contraire, des effets avantageux.

On pense, en général, qu'il s'agit d'une affection névralgique. Telle est l'opinion de M. Tauquerel des Planches. De graves raisons nous portent à admettre que la colique saturnine est une paralysie (une anervie) de quelque portion du tube digestif, tout à fait comparable à l'abolition ou à la diminution du mouvement dans les muscles extenseurs dues à l'action de ce poison. Ces raisons sont les suivantes :

1° En général, ce sont des paralysies musculaires que cause le plomb, et non pas des névralgies.

2° La plessimétrie prouve que les parties de l'intestin qui contiennent des matières sont dilatées et non douloureuses, et que ces matières sont le plus souvent situées sur un point du tube plus rapproché de l'anus que ceux où les douleurs se font sentir.

3° Les portions d'intestin qui sont doulonreuses contiennent, en général, des gaz.

4° Le rectum, au moment des plus vives souffrances, est mou, et semble avoir perdu toute force de contraction. Il semble donc que les portions d'intestin inférieurement placées, frappées de paralysie, conservent les matières, que celles-ci empêchent le passage des gaz qui tendent à se dégager des matières accumulées ; que les intestins supérieurement placés, fortement dilatés, deviennent le siége de douleurs continues qui prennent un caractère plus violent à l'occasion des contractions devenues plus vives au-dessus de l'obstacle. Il paraîtrait cependant qu'entre les points de l'intestin paralysés, quelques fibres musculaires pourraient conserver leur mouvement et même se contracter spasmodiquement. C'est ainsi que sur le même sujet chez lequel le rectum a été trouvé mou et relâché, le doigt découvrait à trois pouces de profondeur un bourrelet circulaire formé par les fibres musculaires contractées. Cette explication des douleurs abdominales dans la colique saturnine paraît plus naturelle que celle qui consiste à supposer qu'une névralgie, entièrement inconnue dans son essence, se déclare dans les intestins consécutivement à l'action du plomb. M. Tanquerel pense aussi que les douleurs sont produites par la contraction de l'intestin ; mais nous différons en ceci de son opinion. Cet auteur admet que le poison atteint directement les fibres intestinales contractées ou les nerfs qui y correspondent. Dans son opinion, au contraire, c'est bien aux contractions que la douleur est due ; mais elles sont provoquées par l'obstacle que la paralysie met aux mouvements des portions d'intestin situées plus inférieurement.

On s'est demandé si, dans tous les cas de colique saturnine, il n'y avait pas une paralysie bornée aux fibres longitudinales, tandis que les fibres circulaires se contractaient. Cette explication serait fondée sur la comparaison de ce qui existe pour les muscles des membres, dont les extenseurs sont, dit-on, atteints de paralysie plutôt que les fléchisseurs. Mais d'abord, cette dernière circonstance n'est pas bien démontrée, puisque l'on a fait remarquer que si les extenseurs paraissent plus faibles dans la paralysie saturnine, c'est qu'ils sont tels dans l'état de santé, par rapport aux fléchisseurs, et ensuite rien n'est moins établi que cette opinion. Il nous reste à aborder maintenant la question du traitement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Engorgement ganglionaire de la région sus-hyoïdienne ; des différents moyens thérapeutiques à opposer à cette affection.

Le 27 février dernier est entrée à la Charité la nommée Pepin (Laure-Adélaïde), domestique, âgée de vingt-deux ans. Cette fille a été couchée au n° 22. Elle est d'une constitution molle, lymphatique, et assure néanmoins être ordinairement d'une assez bonne santé. Elle se présente avec un gonflement énorme au col ; selon elle, son mal aurait commencé il y a huit jours environ ; ce qui paraît peu probable ; tout porte à croire, au contraire, qu'il y a une quinzaine à peu près que les premiers symptômes doivent s'être faits sentir. Elle dit s'être aperçue d'abord d'une petite grosseur placée sous la mâchoire du côté droit ; cette petite tumeur est devenue douloureuse au bout de quelque temps, puis bientôt le gonflement s'est montré, a fait des progrès rapides, a envahi le côté gauche, toute la région sus-hyoïdienne, ainsi que la ligne médiane, de telle sorte qu'il a présenté en très peu de jours l'aspect que nous lui voyons aujourd'hui. La douleur n'a cessé d'augmenter, et il est devenu impossible à la malade d'écarter les mâchoires.

Il est évident aujourd'hui, même à la simple inspection, que la tumeur est largement fluctuante du côté droit ; la présence de la suppuration, quoique beaucoup moins manifeste dans le côté gauche, peut cependant être reconnue ; on ne voit pas de ce dernier côté, comme à droite, un amincissement considérable des téguments ; mais bien qu'obscure, la fluctuation s'y fait sentir.

La marche et le mécanisme de ces sortes d'inflammations présentent des particularités extrêmement intéressantes, assez généralement peu connues, et sur lesquelles il est utile d'appeler l'attention des praticiens.

Lorsque l'inflammation s'empare d'un ganglion lymphatique des régions sous-maxillaires, il est assez rare que cette inflammation ait sa source première dans le ganglion lui-même. Presque toujours une irritation dans quelque point des parties supérieures, a préexisté au gonflement du ganglion, et c'est ordinairement au cuir chevelu, aux yeux, au nez, et plus particulièrement dans la bouche, qu'il faut chercher le point de départ de la maladie. Mais surtout il faut se mettre en garde contre les réponses négatives que ne manquera pas de faire le malade quand on lui demandera s'il porte en effet quelque écorchure dans ces régions, s'il a quelques dents dont la carie se soit emparée ; presque jamais les malades n'avouent qu'ils ont eu ou out encore quelque chose de ce côté, non qu'ils aient intérêt à tromper le chirurgien, mais parce que ne connaissant pas la liaison qui peut exister entre un mal souvent très léger et celui dont ils se plaignent, ils ont fait peu d'attention au premier ; ou bien encore pour la carie des dents, par exemple, du moment où ils ne souffrent pas, ils soutiennent qu'ils n'ont dans la bouche rien de malade. C'est donc, il faut se le rappeler, à l'exploration directe qu'il faut avoir recours pour remonter à la cause première de la maladie.

Mais comment comprendre qu'une irritation dans les points que nous avons cités, puisse produire l'engorgement des ganglions sous-maxillaires ? Il est très présumable qu'il arrive dans cette région ce qu'on voit survenir dans tous les points de l'organisme où se trouvent rassemblés un certain nombre de ganglions lymphatiques. Qui ne sait qu'une écorchure aux doigts, à la main, provoque l'inflammation des ganglions axillaires, qu'une ulcération aux organes génitaux développe dans ceux de l'aine une inflammation qu'on a si souvent l'occasion d'observer ? Il n'arrive ici rien autre chose qu'un fait absolument semblable, se produisant de la même manière, par le même mécanisme. Des molécules irritantes sont charriées par les lymphatiques du lieu irrité jusque dans le ganglion, où elles ne tardent pas à manifester leur présence en y faisant naître une inflammation plus ou moins vive. Il faut ajouter cependant que dans les adénites en général et dans celles qui nous occupent en particulier, il est essentiel de distinguer deux éléments, deux temps, pendant lesquels les phénomènes sont loin d'être identiquement les mêmes. Nous vou-

---

— Voici une anecdote qui me vient de province, et à laquelle je laisse, faute de pouvoir mieux faire, sa rédaction originale et spirituelle. C'est un de mes lecteurs qui me l'adresse :

— Il y a quelques années de cela, monsieur X..., aspirant au titre d'officier de santé, arriva dans le chef-lieu de son département pour se présenter au jury d'examen. Avant de paraître devant ses juges, il crut convenable de faire un bon déjeuné, et il s'assit, dans cette intention, à la table-d'hôte, où il se trouva en belle et nombreuse compagnie.

Ce jour-là il n'était bruit que d'un duel fameux qui venait d'avoir lieu à Saumur entre deux officiers, et dans lequel l'un des combattants avait eu le ventre labouré par une balle. On parla de ce triste événement à la table-d'hôte ; chacun prit part à la conversation et X..., il n'est nul besoin de le dire, ne fut pas le dernier à pérorer. Sûr de sa supériorité et de sa compétence en pareille matière, il fit de la blessure de l'officier un tableau effrayant, en signalant le plus prolixement possible les désordres produits par le projectile. Chaque convive admira la science du discoureur, et le futur officier de santé rayonnait de joie en voyant l'effet que prodnisaient ses paroles.

— Tout à coup, un monsieur de simple apparence, qui jusque-là ne semblait occupé qu'à manger au bout de la table, vint se mêler à la discussion générale, et le dialogue suivant s'établit entre X et lui :

— Monsieur, ayez la bonté de me dire si cette balle a atteint le cœur.

— Sans nul doute : le projectile est entré vers la région du foie, a déchiré le diaphragme, lacéré le cœur, broyé l'estomac, traversé les reins et la vessie, et après avoir réduit tous ces organes en bouillie, il est ressorti par l'hypochondre gauche.

— Mais je ne m'explique pas comment, dans son trajet presque horizontal, la balle a pu atteindre des viscères si diversement situés.....

— Vous ne vous expliquez pas !.... Cela ne signifie point que la chose ne puisse avoir lieu. Celui qui ne connaît pas exactement la disposition de ces parties, ne peut pas se rendre compte de tout cela ; mais je vous assure, moi qui suis compétent, que ce que je viens de dire est l'exacte vérité.

Il se fit parmi les convives un murmure d'approbation ; plusieurs même haussèrent les épaules en regardant le pauvre vieillard qui se mêlait de choses auxquelles il ne comprenait rien.

Cependant l'heure des examens arriva : X... fit sa toilette et se posa avec assurance en face de ses juges. Mais aussitôt sa vue se trouble ; il pâlit, et tout son sangfroid l'abandonne. L'homme qu'il a presque taxé d'ignorance n'est ni plus, ni moins qu'un professeur de la Faculté de Paris envoyé là pour présider le jury.

Je ne vous peindrai pas la position du candidat ; il faisait pitié sur sa chaise.

Pour comble de malheur, la première question qui lui est adressée sort de la bouche du président, et se trouve précisément conçue en ces termes : « Veuillez me dire, Monsieur, quel organe léserait une balle qui, entrant par l'hypochondre droit, sortirait par l'hypochondre gauche... »

Le dirai-je à la honte de X ?... Il ne sut que répondre à cette question si ardue, et il fut renvoyé impitoyablement.

Comme bien on le pense, on ne le vit pas le soir à la table d'hôte.

J'ai aussi reçu un poème. Je dis moi ; mais je me vante, car il est adressé à M. le docteur Fabre, auteur de la *Némésis médicale*, seigneur et maître de ce précieux journal. L'auteur le lui envoie avec le poulet suivant :

ENVOI :

De ce débile enfant, Fabre, sois le parrain !
Pour qu'il ne tombe pas, conduis-le par la main.
S'il a des qualités, flatte-le, qu'il prospère,
Corrige ses défauts, et tiens-lui lieu de père.
L'indigent, tu le sais, au riche généreux
Dit : « Tenez sur les fonts mon enfant malheureux !
» Grandissant par vos soins, admis à votre table,
» On le croira bientôt le fils d'un connétable. »
Moi, je suis l'indigent et toi le bienfaiteur,
Mes vers, si tu souris, auront plus d'un lecteur.

Cette pensée est délicate, et ces vers sont charmants. Ils ne sont pas les seuls. L'auteur M. G...... — il ne veut pas être autrement désigné — a intitulé son poème *la Nostalgie*. Il mériterait d'être cité en entier ; quelques descriptions un peu en dehors de nos insertions habituelles nous imposent le rigoureux devoir de n'en citer que quelques courts fragments.

Voici, par exemple, un vers fort heureux ; parlant du nostalgique, dont la maladie augmente à mesure qu'il s'éloigne du sol natal, il dit :

Chaque heure qui l'écarte, écarte l'espérance.

Puis vient ce passage digne d'éloges :

Malheureux nostalgique, à la voix qui t'appelle,
Pourquoi prêter sans cesse une oreille fidèle ?
Chasse tes noirs soucis ; nos yeux à l'horizon
Découvriront bientôt tes bois et ta maison ;
Tu reverras ton chien sauter, briser sa chaîne,
Par ses bonds, par ses cris, t'annoncer dans la plaine ;
Ta mère, tes amis, venir te recevoir,
Et ton amante aussi.....
Pour te dire d'un œil mélancolique et tendre,
Qu'après un an d'absence il est doux de s'entendre !

Le tableau pathologique du nostalgique est bien tracé ; il se termine par ces vers :

Le poumon oppressé refuse l'air, la vie ;
Son œil demi-voilé cherche encore sa patrie ;
La force l'abandonne, il s'assoupit, et meurt
En murmurant ces mots : Pays, à toi mon cœur !

C'est qu'en effet, comme le dit le poète, la nostalgie

Au milieu des écueils dont l'Océan fourmille,
Est l'écueil le plus grand.

Ce sujet a bien inspiré le poète, et si c'est là le coup d'essai de M. G..., nous l'engageons à cultiver un art qui procure d'aussi douces jouissances, et qui distrait avec tant de bonheur des rudes et austères labeurs de notre profession.

Jean Raimond.

NOUVELLES.

La corvette *l'Aube*, venant de Saint-Domingue, mouille sur notre rade (23 février) ; elle nous apprend qu'à Port-au-Prince la fièvre jaune s'éteint ; elle ne présente plus que des cas isolés. Pourtant, pendant son court séjour en ce lieu, ce bâtiment a eu le malheur de perdre un jeune officier.

Le marin au début de sa carrière court un danger réel, lorsqu'il est soumis, dès en quittant la France, à l'inclémence de nos Antilles, Martinique et Guadeloupe, de Saint-Domingue, du Mexique, de la Havane ; sa constitution, faite pour un pays bien différent, éprouve une secousse qui la prédispose à cette cruelle maladie et en rend la marche plus grave, plus rapide. Il serait à désirer qu'on pût l'acclimater aux régions chaudes intertropicales, au Brésil ou ailleurs, avant de l'envoyer dans ces foyers d'épidémie. En effet, lorsqu'il a le bonheur de passer heureusement les six premiers mois son tempérament a subi une modification qui rend ce fléau moins redoutable.

A. G.

— Le gouvernement belge a confié à M. E. Devaux, jeune peintre de Tournay, la mission de faire, sous la surveillance de M. Gallait, une copie du portrait de Vésale, peint par le Titien, qui se trouve à l'Académie de médecine de Paris. Cette copie est destinée à notre Académie de médecine.

lons dire qu'il est nécessaire de différencier ce qui appartient au ganglion proprement dit, et ce qui appartient aux tissus environnants. C'est qu'en effet tous ces ganglions sont enveloppés par une masse, par une atmosphère, si l'on peut se servir de ce mot, de tissus extrêmement dispersés par l'inflammation, de tissus cellulo-graisseux ; et quand il arrive, ce qui ne peut manquer généralement si la maladie n'est pas victorieusement combattue dès le principe ; quand il arrive, disons-nous, que cette atmosphère cellulo-graisseuse partage l'état phlegmasique du ganglion, la maladie est alors un véritable phlegmon.

Ces deux nuances, ces deux temps, si l'on veut les appeler ainsi, que nous signalons dans la marche du mal, nous les retrouvons dans les symptômes. Dans le premier temps, la maladie est limitée, la marche de la phlogose est peu rapide ; mais dès que ce que nous avons appelé le second temps survient, c'est-à-dire dès que l'inflammation gagne les tissus environnants, elle s'avance rapidement alors ; en un mot, on retrouve tous les caractères qui font reconnaître le phlegmon.

Sous le rapport de la fréquence de la maladie qui nous occupe, on est autorisé à dire que les abcès s'observent très souvent dans la région sus-hyoïdienne, et qu'ils sont presque tous de l'espèce que nous venons de signaler.

De même que leur marche présente des variations, leur terminaison n'est pas constamment semblable. Du reste, pour se faire une idée nette des différentes terminaisons que peuvent affecter ces sortes d'abcès, il suffit de se rappeler la position anatomique de la plupart des ganglions qui en deviennent le siége. Ils sont, comme on le sait, assez voisins de la glande sous-maxillaire, pour qu'on ait cru, dans certains cas, avoir enlevé cette dernière, alors que tout simplement on avait extirpé quelques-uns de ces ganglions. Situés entre l'aponévrose et l'hyo glosse ou le génio-glosse, ils doivent, et on va le comprendre, les changements qu'on observe dans la terminaison des abcès dont ils sont le siége, aux complications qui peuvent survenir par suite de leur inflammation. S'il arrive, par exemple, que la plegmasie, qui s'est emparée de l'un d'entre eux, se propage au tissu cellulaire superficiel, la suppuration marchera vers la peau, et le foyer s'ouvrira seul ou sera ouvert avec le bistouri ; mais si l'inflammation prend le tissu cellulaire profond, celui qui est situé entre le ganglion et le plancher de la bouche, le gonflement extérieur sera peu considérable à la vérité, mais les malades éprouveront une grande gêne dans l'intérieur de la cavité ; il pourra se faire même que le gonflement devienne assez volumineux pour qu'il y ait menace de suffocation, enfin le foyer s'ouvrira dans l'intérieur de la bouche. Nous devons dire que cette dernière terminaison est moins fréquente que la précédente.

Le pronostic des abcès ganglionaires de la région sus-hyoïdienne est variable. Si la maladie tend à la terminaison que nous avons indiquée en premier lieu, c'est-à-dire si le pus gagne la peau et se fraie un passage à l'extérieur, le pronostic est favorable. Si, au contraire, la suppuration fuse dans des directions diverses, comme on en a vu des exemples, du côté de la région parotidienne, dans l'aisselle, le long des gaines aponévrotiques, le long des vaisseaux, des nerfs, on pressent qu'il peut marcher ainsi jusque derrière le sternum, ou du côté des vertèbres entre le larynx et l'œsophage, et il n'est pas difficile de prévoir les accidents qui doivent en résulter, tels que les caries, les nécroses, etc.

La thérapeutique qu'il convient d'appliquer dans ces sortes de cas doit nécessairement varier en raison de la nature de l'inflammation, de son intensité et des réactions plus ou moins vives qu'elle fait naître. Dès le début, si la fièvre se manifeste, les antiphlogistiques seront mis en usage, on pratiquera une ou plusieurs saignées selon le degré des symptômes généraux et selon la constitution du sujet, on usera des saignées locales si la maladie ne détermine pas de réaction générale, puis on appliquera les résolutifs au traitement de la tumeur, et on parviendra, mais dans quelques cas exceptionnels seulement, à éviter la suppuration ; nous disons que ce ne sera que par exception qu'on atteindra ce but, car l'observation démontre qu'il est rare, par ces moyens, d'empêcher le pus de se former : en général, ces engorgements suppurent, quelque promptitude qu'on mette à employer tous les moyens précédents.

Mais, outre le traitement ordinaire tel que nous venons de le tracer, il est deux autres moyens dont l'emploi appartient à M. Velpeau, et qui paraissent avoir sur la marche de ces inflammations une action manifeste, à la condition d'en faire usage entre le moment où le pus n'a pas encore envahi la tumeur et celui où il ne peut tarder à se former.

Le premier de ces moyens consiste dans l'application d'un large vésicatoire volant sur la tumeur. M. Velpeau a obtenu, par ce traitement, des résultats tellement frappants et à la fois tellement singuliers qu'il n'est pas permis de les ignorer aujourd'hui. Ainsi, dans des inflammations de ce genre parvenues à un très haut degré d'acuité, la résolution est survenue sous l'action des vésicatoires volants ; quelquefois même, le vésicatoire a produit quelque chose de plus encore. Il est un fait très remarquable, et qui a acquis une sorte de célébrité par suite des circonstances qui l'entouraient, qui prouve d'une manière claire tout le parti qu'il est possible de tirer du moyen qu'emploie M. Velpeau. Dans un concours pour une chaire vacante à la Faculté, un malade fut examiné par un des candidats, M. Bérard jeune ; ce sujet portait un engorgement inflammatoire de la nature de ceux dont nous parlons : M. Bérard reconnut de la fluctuation. M. Velpeau fit appliquer un vésicatoire volant sur la tumeur, qui diminua ; on en réappliqua un second, et le malade guérit.

M. Velpeau a vu plusieurs autres faits du même genre.

Le second moyen qu'on met en usage à la Charité, ce sont les ponctions simples ou multiples de la tumeur employées dans la première période de la maladie ; non pas les ponctions dans le but d'évacuer la suppuration, puisqu'à cette époque elle n'est pas encore formée, mais bien pour amener la résolution de la tumeur.

C'est une méthode de traitement qu'on peut mettre en usage encore dans les cas douteux de suppuration ; il est positif que cela amène ordinairement la résolution du foyer. Du reste, M. Velpeau a pratiqué les ponctions dans tous les engorgements ganglionaires, et c'est ainsi que nous voyons traiter journellement à la Charité ces sortes d'affections. On sait que ces piqûres ont été aussi employées par lui avec succès dans un grand nombre d'orchites.

Si l'on examine les avantages que présentent ces deux méthodes, la première surtout, on voit quel parti on en tirera auprès des sujets pusillanimes qui redoutent l'instrument tranchant, auprès des femmes auxquelles on pourra ainsi éviter quelquefois le désagrément de cicatrices qu'on doit leur sauver toutes les fois que la chose est possible.

Après ces deux méthodes, viennent les moyens connus ordinaires, les cataplasmes jusqu'à la suppuration, l'ouverture de l'abcès quand le foyer est formé, etc. Seulement il se pourrait que dans ces ouvertures, les chirurgiens peu exercés redoutassent de blesser quelqu'un des organes importants qu'on trouve de tous côtés dans cette région ; ainsi ceux qui devraient inspirer le plus de crainte seraient les artères faciale et linguale, vaisseaux qu'on serait, en effet, le plus exposé à blesser s'il n'existait dans la maladie même des circonstances qui les rendent assez faciles à éviter.

D'abord, toutes les fois que le foyer est très considérable, comme chez la fille qui fait le sujet de cette observation, il est à peu près impossible de rien atteindre, mais dans les cas où la fluctuation est vague, obscure, où le foyer est peu étendu par conséquent, les craintes paraissent plus légitimes ; cependant voici ce qui doit rassurer : quand un foyer purulent se forme, il ne tarde pas écarter, à étaler les tissus et il refoule en général l'artère faciale en arrière et l'artère linguale en dedans, de sorte que ces deux branches, assez volumineuses pour que leur lésion soit grave, sont facilement évitées, la première en ce que l'instrument s'arrête dès que la résistance vaincue et le sentiment d'un vide fait connaître qu'il est inutile d'aller plus avant, mais qu'il suffit alors d'agrandir l'incision ; la seconde en dirigeant la pointe du bistouri un peu en avant de l'artère faciale, la linguale est alors de l'autre côté.

En règle générale, il fait ouvrir les abcès ganglionaires de la région sus-hyoïdienne de bonne heure, et l'on doit savoir encore qu'il n'est pas nécessaire de faire des incisions très étendues pour donner issue à la suppuration. Lorsque le pus est sorti, la rétractilité de cette région est si grande qu'il est chassé de nouveau à mesure qu'il se forme.

Chez notre malade, il existe une complication qui démontre la nécessité de se conformer au précepte que nous donnons d'ouvrir ces abcès aussitôt qu'on le peut ; il y a déjà quatre ou cinq jours qu'une incision aurait dû être pratiquée, et l'on aurait évité ainsi le décollement considérable qu'on remarque et qui retardera nécessairement la guérison.

PAJOT.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 mars 1844. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT

M. Lefoulon, dentiste, répond à un mémoire adressé par MM. Désirabode père et fils, que son mémoire étant basé sur des faits nombreux, irrécusables, il ne peut que déclarer qu'il persiste à maintenir tout ce qu'il a avancé, et qu'il s'en réfère à la sagesse comme au savoir de de la commission à laquelle il propose de soumettre des malades en traitement.

M. Flourens ajoute qu'il a vu, en effet, des malades de M. Lefoulon, et qu'il les a trouvés dans un état de guérison assez avancée.

— *M. le docteur Chatin* adresse une note sur les fonctions des faisceaux chylifères et les veines. — Si personne ne conteste l'absorption des éléments nutritifs par les vaisseaux chylifères, deux opinions partagent au contraire les savants sur le rôle de ce système de vaisseaux par rapport aux substances toxiques.

Suivant l'une de ces opinions, les chlyifères absorberaient indifféremment toutes les substances déposées dans la cavité digestive.

D'un autre côté, les expériences de Hallé, Flandrin, Tiedemann et Gmelin, et principalement celles de M. Magendie conduisent à faire admettre que l'absorption des substances nuisibles à l'économie ne s'effectue que par le système veineux.

La perfection des procédés chimiques, qui nous permet de retrouver des quantités infinitésimales d'arsenic et d'antimoine en les engageant dans des combinaisons avec l'hydrogène, m'a porté à jeter dans la balance des opinions quelques expériences tentées avec ces corps.

1re *expérience.* J'ai empoisonné huit chiens en déposant dans l'estomac de chacun d'eux 50 centigr. d'acide arsénieux mêlé à du lait et liant l'œsophage. Le sang de tous ces animaux, extrait tant du cœur que des gros vaisseaux, a été réuni et incinéré par le nitrate de potasse. Le produit de l'incinération a fourni, par l'appareil de Marsh modifié suivant le précepte de l'Académie, un anneau et des taches d'arsenic dont tous les caractères ont été constatés. Le chyle obtenu par l'incision des canaux thoraciques des huit chiens, réuni et traité comme l'avait été le sang, ne m'a pas fourni la plus légère trace d'arsenic.

2e *expérience.* J'ai répété l'expérience précédente en substituant à l'acide arsénieux une quantité double d'émétique, et faisant périr les chiens une heure après l'administration du poison par l'ouverture de la carotide. L'antimoine a été retrouvé dans le sang, et nullement dans le chyle.

3e *expérience.* Trois kilogr. de sang provenant de divers malades qui prenaient l'émétique à haute dose, m'ont donné une quantité très sensible d'antimoine.

Ces faits me paraissent difficiles à concilier avec l'absorption de substances vénéneuses par les vaisseaux conducteurs du chyle.

— *M. Hossard* réclame contre l'appareil orthopédique présenté par MM. Chailly et Godier. Cet appareil est, selon lui, le même que celui pour lequel il a pris un brevet d'invention il y a quelques années.

— *M. Delabarre* fils, dentiste, adresse un mémoire sur le caoutchouc appliqué à la stomatonomie.

— *M. Jules Guérin* adresse la lettre suivante : L'Académie a reçu dans sa dernière séance une lettre relative aux abus et aux dangers de la ténotomie, où entre autres allégations que je crois inutile de relever, on prétend que je *fais la section des muscles dans la paralysie*, et que plusieurs sujets admis pour cet objet dans les salles de mon *service y auraient succombé.*

Relativement à la première allégation, je dirai qu'il ne m'est jamais arrivé de diviser des muscles pour remédier à des paralysies ; comme tous ceux qui pratiquent la ténotomie, je divise des *muscles rétractés* et pas d'autres. Si chez quelques-uns des malades que j'ai opérés, il s'est trouvé en même temps des muscles rétractés et des muscles paralysés, ce n'est que par une grossière méprise qu'on a pu croire que j'appliquais aux uns l'opération exclusivement réservée pour les autres. Je ne pratique donc pas la ténotomie contre des paralysies.

Relativement à des malades qui seraient morts à l'hôpital, on a pu, par le secours de cette allégation, laisser croire qu'ils étaient morts dans mon service et des suites de mes opérations, tout en se réservant le bénéfice d'une affirmation plus conforme à la vérité. Le fait est qu'aucun malade n'est mort dans mes salles des suites du traitement orthopédique ; et pour être à cet égard beaucoup plus explicite que l'auteur de la lettre, j'ajouterai que depuis que je pratique la ténotomie, soit en ville, soit à l'hôpital, je n'ai eu, sur plus de 4,000 opérations, à regretter la mort d'AUCUN malade. Ce résultat, contre lequel il ne s'élèvera aucun fait, est peut-être propre à rassurer les personnes dont l'opinion aurait été égarée par des allégations peu réfléchies ou des prétextes mal fondés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 5 décembre 1843. — Présidence de M. TOIRAC.

M. Gaide dépose sur le bureau un mémoire sur les revaccinations, dont il est chargé de faire hommage à la Société par l'auteur, M. le docteur Bayard, médecin à Cyrey (Haute-Marne).

— *M. Deleau* offre à la Société deux mémoires sur l'éducation des sourds-muets. Une commission composée de MM. Desrivières, Lagasquie et Moreau (de Tours), est chargée d'en rendre compte.

— *M. Moreau* (de Tours) fait un rapport sur un mémoire de M. Belhomme, ayant pour titre : *Essai sur l'Idiotie*. Après avoir rappelé que ce mémoire est la réimpression textuelle de la thèse inaugurale soutenue par l'auteur, en 1824, réimpression destinée à réparer l'oubli dans lequel ceux qui se sont occupés postérieurement d'idiotie ont laissé ses travaux, le rapporteur ajoute qu'il examinera seulement les deux points de cet essai auxquels se rattache quelque intérêt d'actualité, savoir : la distinction des différents degrés de l'idiotie, et l'éducabilité des enfants qui en sont atteints. « Conformément aux idées d'Esquirol, son maître, qu'il a recueillies et reproduites avec talent dans sa thèse, M. Belhomme classe les idiots en deux séries, les *idiots* proprement dits et les *imbéciles*. Chez les premiers, il y a oblitération des facultés intellectuelles et affectives ; chez les seconds, les facultés ne se sont développées que jusqu'à un certain point, ce qui empêche ces individus de s'élever au degré de développement intellectuel auquel parviennent ceux qui, placés dans les mêmes conditions, ont le même âge, le même sexe et la même fortune. « L'idiotie, avait » dit Esquirol, n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les » facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées ou n'ont pu se » développer assez pour que l'idiot ait pu acquérir les connaissances » relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge et » placés dans les mêmes conditions que lui. »

» Envisageant ici l'idiotie, continue le rapporteur, principalement du point de vue de l'éducabilité des enfants qui en sont atteints, je dois vous faire remarquer toute l'importance de cette distinction. Généralement on confond sous une même dénomination les enfants dont les facultés morales sont peu ou point développées ; on parle de leur *éducabilité* sans songer que ce mot, applicable jusqu'à un certain point à une partie de ces enfants, aux *imbéciles*, est totalement dépourvu de sens, si l'on veut l'étendre aux idiots proprement dits.

« Non, les idiots proprements dits ne sont pas éducables. Personne jusqu'ici n'a infirmé la sentence émanée du maître : « L'idiot, disait » Esquirol, est ce qu'il doit être pendant tout le cours de sa vie. On » ne conçoit pas la possibilité de changer cet état. Rien ne saurait » donner aux malheureux idiots, même pour quelques instants, plus » de raison, plus d'intelligence. »

» Ne faudrait-il pas en effet, pour cela, Messieurs, réformer leur organisation tout entière, reconstruire leur système cérébral, en un mot, d'un *monstre* faire un *être normal*, faire entendre, par exemple, voir, sentir, sans un organe de l'ouïe, de la vue, de l'odorat ; se souvenir, percevoir, juger, comparer, sans les organes auxquels la nature a dévolu l'exercice de ces hautes fonctions intellectuelles !

» Que si l'on entend par idiots les enfants arriérés qu'Esquirol a classés dans une catégorie à part, et auxquels il a donné un nom qui est resté dans la science, celui d'*imbéciles*, oh ! alors, le mot d'éducation n'est plus un mot mensonger, impossible, vide de sens. « Les imbé» ciles, dit Esquirol, ont des sensations, des idées, de la mémoire, » des affections, des passions, et même des penchants, mais à un fai» ble degré. Ils sentent, ils pensent, ils parlent, et *sont susceptibles* » *de quelque éducation* ; mais la raison ne dirige point leurs actions » qui, peu nombreuses, se répètent par habitude et par imitation. » Et ailleurs : « Ils peuvent combiner, comparer, mais ils ne peuvent » s'élever à des notions générales et abstraites. *Ils apprennent à lire,* » *à écrire, la musique ; ils exercent des arts mécaniques* ; mais ils » font imparfaitement tout ce qu'ils font. » Et ailleurs encore, comme pour faire sentir la nécessité de s'occuper d'eux, de leur éducation, il déclare que « livrés à eux-mêmes, ils se dégradent facilement. »

» Ces vérités n'ont point échappé à l'auteur du mémoire que nous analysons, et je trouve dans l'*Essai sur l'Idiotie*, tout un chapitre consacré à leur développement. J'en extrais les passages qui m'ont paru les plus saillants : « Les variétés de développement des facultés » (chez les idiots), prouvent que tous les individus ne doivent pas être » susceptibles d'éducation au même degré. Les imbéciles riches qui » ont certain degré de facultés apprennent à lire, à compter, la musi» que ; mais le font mal. Ils ont besoin d'être surveillés et excités à » l'étude. Ceux de la classe du peuple qui n'ont pu apprendre à lire, » se livrent à l'exercice d'un métier, mais ils restent toujours médio» cres. » — « Ils obéissent plutôt à l'imitation, à la répétition des mê» mes actes, qu'au raisonnement. » — « Les imbéciles au dernier de» gré et les idiots, sont en général fort peu ou absolument incapables » d'acquérir par l'éducation. Cependant on observe quelquefois des pro» grès qui ont lieu, il est vrai, en plusieurs années. » A ce sujet, M. Belhomme rapporte les deux observations consignées par Esquirol dans le grand Dictionnaire des Sciences médicales, et qui prouvent jusqu'à quel point les facultés intellectuelles, chez les imbéciles, peuvent, par les seuls efforts de la nature, acquérir de développement.

» Ce que nous venons de dire, et surtout les citations textuelles que nous avons faites, prouvent surabondamment que la question de l'*éducabilité des idiots* avait été posée et résolue affirmativement il y a deux années. Elle l'avait été par Esquirol, dont M. Belhomme s'est attaché, dès le début de sa carrière médicale, à développer et reproduire les idées sur ce sujet ; idées, devons-nous ajouter en terminant, pour être juste envers tout le monde, que M. Séguin s'est imposé la tâche de seconder, non pas en venant déclarer, à son tour, et après tant d'autres qu'*il était possible* de donner de l'éducation aux idiots, mais en les instruisant réellement, en modifiant, par une méthode d'éducation dont il n'a puisé les principes que dans son fond propre, leur organisation psycho-cérébrale originairement viciée. »

— *M. Blatin* présente à la Société un appareil qu'il nomme *marchepied explorateur*. C'est un appareil disposé d'une manière com-

mode et décente pour placer les femmes qu'on veut examiner au spéculum, pour pratiquer le toucher dans la position horizontale, la palpation abdominale, le cathétérisme, et l'exploration de la plupart des organes. Sa forme dissimule entièrement et à dessein l'usage auquel il est destiné. Il représente exactement, lorsqu'il est fermé, c'est-à-dire replié sur lui-même, un marchepied de bibliothèque, dont il peut faire l'office. Il se place, si l'on veut, sous une table, ou dans un coin de l'appartement, et n'occupe pas plus de place qu'un grand tabouret. Quand il est développé, il présente une sorte de lit sur lequel la malade s'étend à son aise, les jambes bien soutenues, la tête appuyée sur un chevet. Le médecin a la facilité de diriger, comme il le désire, l'appareil en face du jour, d'élever ensemble ou séparément les cuisses de la malade, dont le bassin repose à une hauteur convenable pour toute espèce d'exploration. Ce petit meuble se ferme et se développe en aussi peu de temps qu'on en mettrait à ouvrir un tiroir.

— *M. Blatin* présente un autre appareil destiné à faire boire sans les déranger, les malades dans leur lit, quelle que soit leur position. Il se compose d'un tube recourbé, en jonc flexible, percé suivant sa longueur, et portant à l'une de ses extrémités une embouchure et à l'autre un embout qui plonge dans le pot à tisane. La *biberette* constitue un petit siphon que le malade amorce en faisant une légère aspiration. On modère à volonté l'afflux du liquide, qui est continu, en appuyant l'extrémité de la langue sur l'embouchure. Si l'on ne veut plus boire, ou bien on désamorce la biberette, soit en la soulevant hors du liquide, soit en soufflant dedans et par conséquent en interrompant l'effet du siphon par l'entrée de l'air dans le tube, ou bien on ferme un petit robinet qui surmonte le léger appareil. Pour un malade qui serait très faible ou privé de son intelligence, on amorcerait la biberette au moyen d'une embouchure qui est établie exprès et qui fait partie du robinet indiqué.

— La Société procède ensuite au renouvellement annuel de son bureau, qui se trouve constitué de la manière suivante pour l'année 1844.

MM. Belhomme, président ;
Ségalas, vice-président ;
Edouard Louis, secrétaire-général, }
Felix Legros, secrétaire particulier, } réélus.
Berlot, trésorier, }

Le secrétaire-général, EDOUARD LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'obstetricie et à la médecine opératoire ; par J.-L. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

Depuis une vingtaine d'années, l'anatomie topographique est devenue une branche en quelque sorte élémentaire des sciences médicales. Son importance, qui s'est accrue de jour en jour, a pu être parfois exagérée ; mais c'est à juste titre que cette science a pris un rang élevé dans l'ordre des connaissances nécessaires à la pratique de l'art. Déjà bien connue, quant à ses données fondamentales et au caractère de ses applications, par l'illustre Desault, méthodiquement professée un peu plus tard et agrandie par Dupuytren et Béclard, admirablement développée par M. Lisfranc comme base de la médecine opératoire, elle a été exposée d'une manière complète dans les traités contemporains de MM. Velpeau et Blandin, et plus tard dans celui de M. Malgaigne. Depuis qu'elle est ainsi tombée dans le domaine des études classiques, les faits de détail et les aperçus nouveaux dont elle s'est enrichie, ne sont ni très nombreux, ni, à notre sens, du moins, d'une bien grande portée ; ses progrès consistent plutôt dans la rectification de quelques erreurs et dans une appréciation plus rigoureuse de ses applications, dont l'étendue nous semble aujourd'hui ramenée à sa juste valeur par l'expérience de nos plus habiles chirurgiens.

Cette manière de voir se trouverait au besoin confirmée par la lecture de l'ouvrage de M. Pétrequin, qui nous a paru consister surtout dans un travail de vérification ; c'est là son principal caractère, et l'on comprend, en effet, que dans l'état actuel de nos connaissances anatomiques il devait en être ainsi. Ce n'est pas qu'une œuvre de cette nature n'ait à nos yeux qu'une importance secondaire, et n'exige qu'un médiocre talent ; loin de là ; car, ce qu'il faut, pour atteindre ce but, de patience et de labeur dans les investigations cadavériques, d'attention et d'exactitude dans l'observation des faits cliniques, de bonne foi dans leur interprétation et de réserve dans les conclusions qu'on en tire, constitue un mérite aussi éminent que solide. Or, c'est à ces divers titres que le livre de M. Pétrequin se recommande. A une érudition vaste et bien digérée, à d'immenses recherches, soit sur le cadavre, soit sur le vivant sain et malade, l'auteur a su allier une critique d'autant plus ferme et sûre qu'il lui a presque toujours donné pour base les résultats de l'expérience.

Si nous avons de prime abord indiqué le caractère essentiel de l'ouvrage, et reconnu qu'à son point de vue principal l'auteur a parfaitement atteint son but, nous devons, d'autre part, signaler avec le même soin un grand nombre d'idées qui lui sont personnelles, et qui donnent à l'ensemble de son travail une empreinte de nouveauté et d'originalité. Ainsi, nous y avons remarqué des recherches intéressantes sur les artères et les nerfs de la face, dont la connaissance est utile pour la névrotomie dans le tic douloureux ; la découverte de certaines dispositions ligamenteuses sous-cutanées au pli de l'aine, au coude, dans le creux poplité ; la détermination des dimensions de l'urètre, basée sur un nouveau mode de mensuration ; l'explication des mouvements de la paupière inférieure par ses connexions avec la membrane de Tenon ; et un grand nombre d'autres particularités anatomiques jusqu'ici peu ou point connues ou restées sans application, mais dont la seule énumération nous entraînerait au-delà des bornes d'une simple analyse.

Ce n'est point seulement en anatomie, c'est encore en physiologie, en pathologie, et surtout en médecine opératoire, que l'auteur a émis des idées qui lui sont propres. Telles sont des considérations physiologiques sur les rapports du phénomène de l'érection avec les maladies du cervelet, sur les usages de la trompe d'Eustache, sur l'influence des amygdales et de l'épiglotte sur la formation des sons, sur les usages de la capsule de Glisson, etc. En pathologie, M. Pétrequin rejette la participation de la dure-mère à la régénération du crâne dans le cas de perte de substance de cette boîte osseuse. Il rappelle les bons résultats que lui a fournis l'emploi de l'opium dans les perforations spontanées des intestins et surtout de l'appendice iléo-cœcal. Il expose les expériences qu'il a tentées avec M. Reybard sur les plaies intestinales. Il a découvert un nouveau signe de l'onanisme, qui consiste dans la dilatation de la pupille qui est en même temps déformée et transportée en haut, de façon que le bord de l'iris est à peine visible dans ce point. Enfin, en médecine opératoire, M. Pétrequin s'est appliqué avec succès à perfectionner un grand nombre de procédés, souvent aussi à en imaginer de nouveaux préférables pour la facilité de leur exécution comme pour la sûreté des résultats. Nous devons surtout signaler ici la substitution d'un strabisme artificiel à l'opération de la pupille artificielle, et des idées nouvelles sur l'entropian musculaire, le staphylome, le bec-de-lièvre, les adhérences oculo-palpébrales, les ulcères de la cornée, etc.

Obligé de nous borner à une indication sommaire des points nombreux qui ont fixé notre attention dans l'ouvrage de M. Pétrequin, nous ne saurions cependant passer sous silence la méthode qu'il a adoptée dans ses descriptions, et, pour en donner une idée, nous laisserons parler l'auteur lui-même : « Après quelques généralités sur les limites, la figure et les usages de la région, nous avons cru devoir, pour en aborder l'examen détaillé, nous astreindre à l'ordre analytique des couches anatomiques, procédant ainsi, dans cette étude, par une sorte de méthode naturelle. On a dès lors l'avantage de passer en revue les objets dans l'ordre où le bistouri les divise, d'avancer ainsi du connu à l'inconnu, de ne rien laisser d'inexploré derrière soi, de signaler dans leurs rapports les divers organes que renferme chaque plan, et, comme on l'a dit, de rendre en quelque sorte mathématique la marche de l'instrument à travers les tissus. L'ensemble est subordonné à l'idée-mère des formes et des rapports. A notre point de vue, chaque localité présente : 1° une étendue définie en surface ; 2° une série variable de couches successives ; 3° sous chaque plan un certain nombre d'objets. Voilà pour la structure ; voici pour les connexions : 1° Dans chaque section, rapports réciproques des régions ; 2° dans la région, rapports des couches entre elles ; 3° dans chaque couche, rapports des organes qui la constituent, » etc. Le soin qu'a mis l'auteur à suivre fidèlement le plan qu'il s'est ainsi tracé, donne à ses descriptions une régularité et une clarté qui n'aident pas moins le lecteur à comprendre les idées qu'à fixer les faits dans sa mémoire. Une concision remarquable dans le style, jointe à une certaine sobriété de développements sur tous les sujets d'une importance médiocre, a permis à l'auteur de condenser son œuvre et de donner dans un seul volume un traité d'anatomie topographique au moins aussi complet que d'autres traités beaucoup plus volumineux. Nous devons remarquer, en effet, que fidèle à son titre, cet ouvrage n'est pas seulement un traité d'anatomie chirurgicale, mais qu'il a une couleur fortement médicale, et qu'en embrassant les données anatomiques utiles au médecin légiste et à l'accoucheur, il remplit ainsi très complétement le cadre des applications les plus essentielles de l'anatomie à la médecine pratique.

En résumé, l'ouvrage du chirurgien de Lyon nous paraît destiné à rendre de grands services aux étudiants par la méthode, la clarté, la concision et les autres qualités de forme qui le distinguent. L'homme de science ne l'ouvrira pas avec moins de plaisir pour constater les progrès d'une des branches les plus importantes de la médecine. Enfin, le praticien y trouvera un guide sûr et précieux pour les cas où sa propre expérience lui fera défaut.

Dr B.......

(1) Un vol. in-8° XVI – 812 pages; Paris, J. B. Baillière ; Lyon, Guyot père et fils. — 1844.

Aujourd'hui le président et le secrétaire du concours de l'agrégation, section de médecine, avant de tirer au sort les leçons après 24 heures de préparation, a fait connaître aux candidats réunis que l'élimination étant une mesure facultative, le jury avait jugé qu'il n'y avait pas lieu à l'appliquer, et a admis tous les candidats à continuer les épreuves du concours.

Demain mardi commencera la troisième épreuve. M. Marotte traitera des modifications de sonoréité de la cavité thoracique dans les maladies ; M. Legrand, de l'insomnie.

Une modification, comme on le voit, a été faite au concours dans cette épreuve. Jusqu'ici les deux candidats, dans la même séance, passaient sur la même question ; cette année, ils ont à traiter deux questions différentes.

—*Société médicale d'émulation*.—Dans sa séance du 7 courant, la Société a été appelée à décerner le prix sur la question qu'elle avait mise au concours, ayant pour titre : *les maladies de l'ovaire*. Un incident assez important s'est alors présenté. La commission des prix avait reconnu que le mémoire n° 2, qui paraissait mériter le prix, avait été copié, pour la moitié de son étendue, dans une thèse publiée à Strasbourg par M. le docteur Hirtz.

En conséquence, la Société décide :

1° Qu'il n'y a pas lieu à accorder le prix.

2° Que si l'auteur du mémoire n° 2 est une autre personne que l'auteur de la thèse déjà publiée, une lettre de blâme sera adressée au plagiaire.

3° Que si l'auteur du mémoire n° 2, envoyé au concours, est le même que l'auteur de la thèse, la Société lui accordera un encouragement de 150 fr. seulement.

Ces préliminaires établis, le secrétaire-général, M. Caffe, rompt le cachet du mémoire n° 2, et proclame le nom du docteur Hirtz, de Colmar. En conséquence, un encouragement lui est décerné.

— Les médecins de Marseille viennent de perdre leur doyen d'âge dans la personne de M. Seux, âgé de 85 ans. Ce médecin, aussi recommandable par ses vertus privées que par ses connaissances pratiques, emporte les regrets de tous ses collègues et amis, qui l'ont accompagné jusqu'à sa dernière demeure.

M. Seux était membre de la Société royale de médecine.

— M. Vaissière, ancien bijoutier, se dit possesseur d'un remède secret à l'aide duquel il prétend guérir les tumeurs blanches et autres dépendances de l'affection scrofuleuse. M. Vaissière prétend avoir appliqué son remède avec succès, au dire de plusieurs personnes et même de M. G..., docteur en médecine, qui est venu témoigner devant le tribunal. Vu les antécédents honorables du délinquant, qui exerce plutôt dans un but de bienfaisance que de spéculation, le tribunal, malgré les conclusions contraires du ministère public, a renvoyé M. Vaissière de la poursuite. Par suite de ce jugement, M. Vaissière continuera-t-il ou ne continuera-t-il pas à appliquer son remède ?

— M. EMILE CHEVÉ commencera l'étude de la pathologie, demain mercredi, 6 mars, à trois heures, dans son amphithéâtre, rue de Laharpe, 90.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 28. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

De l'excision des gencives chez les enfants à la mamelle.

Tous les jours vous entendez parler de l'excision des gencives chez les enfants à la mamelle dont la dentition est un peu difficile, sans que vous vous soyez peut-être rendu compte de l'opportunité de cette petite opération, ni des résultats que l'on peut en attendre.

L'opinion générale des médecins sur le mode de sortie des dents est la suivante : ils pensent que la dent, lorsqu'elle a acquis un développement suffisant, fait saillie au-dessous de la membrane muqueuse de la gencive, et finit par triompher de la résistance des fibres du derme muqueux.

La dent ferait l'office d'un corps anguleux qui, pressé énergiquement dans un tissu quelconque, un sac de peau, par exemple, le déchirerait lorsque la résistance du tissu ne serait plus proportionnée à l'excès de la pression.

Cette théorie, toute mécanique, rend, en apparence, assez bien compte des douleurs que fait éprouver l'évolution d'une dent, en même temps qu'elle justifie parfaitement l'opération qui consiste à exciser la gencive dans le point correspondant à la saillie de la dent. Il est clair, en effet, que cette excision doit, en un instant, diviser des fibres tendues outre mesure, prévenir leur déchirure, et permettre immédiatement au tissu de se rétracter de manière à livrer immédiatement passage à la dent.

Malheureusement cette théorie si simple n'a qu'un inconvénient, c'est d'être fausse de tous points, et il me sera facile de vous le démontrer.

Lorsqu'une dent est sur le point de sortir, on voit la gencive faire une saillie notable. Cette saillie est-elle formée par la dent qui est au-dessous? L'expérience répond aisément. Enfoncez une aiguille qui traverse le bord de la gencive perpendiculairement à l'axe de la dent, et vous verrez que bien souvent, le plus souvent même, l'épaisseur de la gencive traversée est de deux, trois et quatre millimètres, distance qui sépare encore la dent de la surface de la gencive.

Ce gonflement est donc simplement fluxionnaire ou inflammatoire; il est occasionné par la dent, mais il n'est pas constitué par la dent, ce qui est capital dans la question qui nous occupe. Cela est si vrai que vous verrez, dans l'espace de deux mois, le gonflement cesser et reparaître plusieurs fois, ce qui serait impossible s'il était formé par la dent. C'est ce que vous pourrez observer aujourd'hui même chez un jeune enfant de douze mois, couché dans le berceau n° 2 de la salle Sainte-Julie.

Depuis le commencement de décembre 1843, jusqu'au commencement de février 1844, il a eu presque continuellement une fluxion violente de la gencive qui recouvre deux dents incisives, qui sans doute vont bientôt percer. Cette fluxion augmente et diminue alternativement sans que les dents paraissent se rapprocher de l'extérieur. Ce fait, que vous avez pu observer si souvent dans nos salles, ne vous démontre-t-il pas que la saillie que l'on constate au niveau d'une dent qui va sortir est bien souvent un effet fluxionnaire !

Il ne faudrait pourtant pas exagérer cette théorie. Quand je dis que la saillie de la gencive est bien souvent un effet fluxionnaire, je ne veux pas nier que la couronne de la dent ne puisse former un relief souvent considérable. Mais ce relief, qui est constant, inamovible, doit être soigneusement distingué de celui qui est essentiellement temporaire, et qui, à cause de cela, je dis être fluxionnaire.

Le gonflement persistant se reconnaît à l'absence de douleur, à l'absence de la rougeur et des signes qui caractérisent ordinairement la fluxion chez les enfants, je veux parler surtout de la salivation, de la rougeur de la pointe de la langue, du gonflement des amygdales, de la fièvre, de la toux, etc.

En l'absence de tous ces signes de la fluxion, aucun médecin, que je sache, ne s'avisera de faire aux gencives des incisions; ce serait une pratique tellement stupide que je ne puis en supposer capable un homme doué du sens commun le plus grossier.

Mais quand existent tous les signes de la fluxion, il est de règle, pour beaucoup de praticiens, d'ailleurs éclairés, de faire des incisions sur les gencives, dans le but de faciliter la sortie de la dent.

J'avoue que cette opération semble, au premier abord, parfaitement indiquée. On voit la gencive saillante au niveau de la dent qui va sortir; il semble que celle-ci ne soit séparée du dehors que par une membrane simple et résistante. J'ai déjà dit combien était fausse cette opinion. Lors même que la saillie est le plus prononcée, il y a encore, le plus souvent, entre la dent et la surface de la gencive, un intervalle de un à quatre millimètres; et quelquefois même la veille du jour de l'éruption de la dent, cette distance est encore au moins de deux millimètres.

Pour bien comprendre ce que je viens de dire ici, il est bon de développer, pendant un instant, la théorie de l'évolution de la dent.

Par évolution, je n'entends pas ici ce qu'entendent les anatomistes et les physiologistes, mais bien seulement ce qu'entendent en général les médecins, dans le sens le plus restreint du mot. J'entends par ce mot évolution la manière dont la dent se comporte une fois qu'elle a acquis un développement et qu'elle est *mûre pour sortir*, si je puis m'exprimer ainsi.

A mesure qu'elle se développe, elle presse lentement les tissus qu'elle traverse, en use les fibres et se fraie ainsi un facile chemin. On comprend aisément que l'extrême lenteur de son développement prépare les parties, et qu'un effort de pression, soutenu pendant des semaines entières, favorise l'absorption des tissus immédiatement pressés, et que cette sorte d'usure successive assure la voie qu'elle doit suivre.

Tant que la dent reste à une certaine profondeur et qu'elle chemine avec lenteur, les choses se passent souvent sans douleur et sans qu'il se fasse de réaction inflammatoire; mais à mesure que la dent s'approche de la surface, comme, d'une part, elle chemine beaucoup plus rapidement, et que, d'autre part, elle rencontre des tissus plus sensibles et plus irritables, elle devient l'occasion du développement d'une assez vive irritation qui se traduit par de la douleur, de la rougeur et du gonflement. Le gonflement alors, bien que *provoqué* par la dent, n'est pas *constitué* par la dent, comme je le disais plus haut; et le gonflement, qu'on le comprenne bien, éloigne la dent de la surface de la gencive, au lieu de l'en rapprocher. De sorte que, par exemple, si la dent était à 1 millimètre du bord de la gencive hier, quand il n'y avait pas d'inflammation, il est à 2, à 3 millimètres aujourd'hui que la fluction est très vive.

Il est donc bien établi que la saillie que l'on voit alors n'est pas formée par la dent, mais seulement par l'inflammation développée autour de la dent.

Cependant la dent continue de s'accroître, l'irritation se calme, et tout à coup les parties s'affaissent, la pointe de la dent perce le derme, et, dans l'espace de vingt-quatre heures, fait une saillie, au-dessus de la gencive, de un et même de trois millimètres; non qu'elle se soit accrue de la dixième partie de cette saillie; mais bien parce que la dent semblera d'autant plus longue que l'affaissement de la gencive fluxionnée aura été plus considérable.

Ainsi, d'une part, il est bien établi que la saillie inflammatoire de la gencive n'est pas formée par la dent immédiatement sous-jacente; d'autre part, que la tension de la gencive est causée, non par la dent, mais par les produits de la congestion inflammatoire.

Ceci posé, voyons à quoi peuvent servir les opérations que l'on conseille et que l'on pratique dans ce cas.

Ces opérations sont l'*incision*, l'*excision*.

L'*incision* se pratique, soit avec la lancette, soit avec le bistouri; on fait à la gencive deux autres incisions assez profondes et parallèles au bord de la mâchoire. L'excision se prati-

FEUILLETON.

L'HOTEL-DIEU DE PARIS IL Y A 50 ANS.

Nous extrayons de l'Eloge historique prononcé par M. F. Arago, sur Bailly, le jour de la séance publique de l'Académie des sciences (26 février 1844), le morceau suivant, relatif à l'état des hôpitaux de Paris.

Des tribunaux scientifiques, prononçant en première instance en attendant le jugement définitif du public, étaient un des besoins de notre époque; aussi, sans aucune prescription formelle de ses règlements successifs, l'Académie des sciences a-t elle été graduellement amenée à faire examiner par des commissaires *tous* les mémoires qui lui sont présentés, et à statuer sur leur nouveauté, sur leur mérite, sur leur importance. Ce travail est ordinairement ingrat et sans gloire, mais le talent a d'immenses priviléges : chargez Bailly de ces simples rapports académiques, et leur publication deviendra un événement.

M. Poyet, architecte et contrôleur des bâtiments de la ville, présenta au gouvernement, dans le cours de l'année 1785, un mémoire où il s'efforçait d'établir la nécessité de déplacer l'Hôtel-Dieu, et de construire un nouvel hôpital sur des principes entièrement différents. Ce mémoire, soumis, par ordre du roi, au jugement de l'Académie, donna lieu directement ou indirectement à trois délibérations. Les académiciens commissaires étaient : Lassone, Tenon, Tillet, Darcet, Daubenton, Bailly, Coulomb, Laplace et Lavoisier. Ce fut Bailly qui tint constamment la plume. Ses rapports ont joui d'une grande et juste célébrité. Les progrès des sciences permettraient peut-être aujourd'hui de modifier en quelques points les idées des illustres commissaires. Leurs vues sur le chauffage, sur la grandeur des salles, sur la ventilation, sur l'assainissement général, pourraient, par exemple, recevoir des améliorations réelles; mais rien ne saurait ajouter aux sentiments de respect qu'inspire l'œuvre de Bailly. Quelle clarté d'exposition, quelle netteté, quelle simplicité de style ! Jamais un auteur ne se mit aussi complétement à l'écart; jamais il ne chercha plus sincèrement à faire triompher la cause sacrée de l'humanité. L'intérêt que Bailly porte aux pauvres est profond, mais toujours exempt d'apparat; ses paroles sont modérées, pleines d'onction, là même ou de vifs mouvements de colère et d'indignation eussent été légitimes. De la colère, de l'indignation. Oui, messieurs, écoutez et prononcez !

J'ai cité les noms des commissaires. En aucun temps, dans aucun pays, on n'aurait pu réunir plus de savoir et de vertu. Ces hommes d'élite, se réglant en cela sur la logique la plus vulgaire, croyaient que la mission de se prononcer sur une réforme de l'Hôtel-Dieu, entraînerait la nécessité d'examiner cet établissement. « Nous avons demandé, disait leur interprète, nous avons demandé au bureau de l'administration, qu'il nous fût permis de voir cet hôpital avec détails et accompagnés de quelqu'un qui pût nous guider et nous instruire;.... nous avions besoin de divers éléments; nous les avons demandés *et nous n'avons rien obtenu.* »

Nous n'avons rien obtenu ! telles sont les tristes, les incroyables paroles que des hommes si dignes de respect sont obligés de tracer à la première ligne de leur rapport !

Quelle était donc l'autorité qui se permettait ainsi de manquer aux plus simples égards envers des commissaires investis de la confiance du roi, de l'Académie et du public? Cette autorité se composait de divers *administrateurs* (le type, dit-on, n'est pas entièrement perdu), qui regardaient les pauvres comme leur patrimoine, qui leur consacraient une activité désintéressée, mais improductive; qui souffraient impatiemment toute amélioration dont le germe ne s'était pas développé dans leurs têtes ou dans celles de quelques hommes, philantropes par naissance ou par privilége d'emploi.

Ah ! si par des soins éclairés et constants, le vaste asile ouvert près de Notre-Dame, à la pauvreté et à la douleur, avait été déjà amené, il y a cinquante ans, à un état seulement tolérable, on aurait compris, en faisant la part de notre humaine faiblesse, que les promoteurs de ce grand bienfait eussent repoussé un examen qui semblait mettre en question leur zèle et leurs lumières. Mais, hélas ! prenons dans l'œuvre de Bailly quelques traits du tableau modéré et fidèle qu'il a fait de l'Hôtel-Dieu, et vous déciderez, Messieurs, si la susceptibilité des *administrateurs* avait rien de légitime : si, au contraire, ils ne devaient pas aller eux-mêmes au-devant des secours inespérés que le pouvoir royal uni à la science venait leur offrir; si, en retardant certaines améliorations d'un seul jour, on ne commettait pas le crime de lèse-humanité.

En 1786, on traitait à l'Hôtel-Dieu les infirmités de toute nature : maladies chirurgicales, maladies chroniques, maladies contagieuses, maladies des femmes, des enfants, etc.; tout était admis, mais aussi tout présentait une inévitable confusion.

Un malade arrivant était couché dans le lit et les draps du galeux qui venait de mourir.

L'emplacement réservé aux fous étant très restreint, deux de ces malheureux couchaient ensemble. Deux fous sous les mêmes draps ! l'esprit se révolte en y songeant.

Dans la salle Saint-François, exclusivement réservée aux hommes attaqués de la petite vérole, il y avait quelquefois, faute de place, jusqu'à six adultes ou huit enfants dans un lit de 4 pieds 4 pouces de large.

Les femmes atteintes de cette affreuse maladie, se trouvaient réunies, dans la salle Sainte-Monique, à de simples fébricitantes; celles-ci étaient livrées comme une inévitable proie à la hideuse contagion, dans le lieu même où, pleines de confiance, elles avaient espéré recouvrer la santé.

Les femmes enceintes, les femmes en couches, étaient également entassées, pêle-mêle, sur des grabats étroits et infects.

Et qu'on ne croie pas que je viens d'emprunter au rapport de Bailly, des cas purement exceptionnels, appartenant à ces époques cruelles où les populations, victimes de quelque épidémie, sont éprouvées par delà toutes les prévisions humaines. Dans l'état habituel, les lits de l'Hôtel-Dieu, des lits qui avaient à peine 4 pieds 4 pouces de large, contenaient quatre et souvent six malades; ils y étaient placés en sens inverse; les pieds des uns répondaient aux épaules des autres; ils n'avaient chacun, pour leur quote-part d'espace, que 8 à 9 pouces; or, un homme de taille moyenne, couché les bras appuyés et serrés le long du corps, a 18 pouces de large le long des épaules. Les pauvres malades ne pouvaient donc se tenir au lit que sur le côté et dans une immobilité complète, aucun ne se tournait sans heurter le voisin, sans le réveiller; aussi se concertaient-ils, tant que leur état le permettait, pour que les uns restassent levés dans la ruelle pendant une partie de la nuit, tandis que les autres dormaient : aussi, lorsque les approches de la mort clouaient ces malheureux à leur place, trouvaient-ils encore la force de maudire énergiquement des secours qui, en pareille situation, pouvaient seulement prolonger une douloureuse agonie.

Mais ce n'était pas assez que des lits ainsi peuplés fussent une source de malaise, de dégoût; qu'ils ôtassent le repos, le sommeil; qu'une chaleur insupportable y fît naître, y propageât les maladies de la peau et une affreuse vermine; que le fiévreux arrosât ses deux voisins d'une abondante sueur; que lui-même, dans le moment critique, fût refroidi par les attouchements inévitables de ceux que l'accès devait saisir plus tard, etc. Des effets plus grands encore résultaient de la présence de plusieurs malades dans le même lit : les aliments, les remèdes destinés à l'un, allaient très souvent à l'autre, enfin, messieurs, dans ces lits à population multiple, les morts étaient pendant des heures, pendant des nuits entières, entremêlés avec les vivants (1)! Le prin-

(1) . . . . . Ces lieux dont les porches glacés
Abritaient à plein air sur la paille entassés,
De lépreux grelottants une incessante foule;
Où deux à deux blottis comme en l'étau du moule,
D'un visage inquiet que la crainte pâlit
Chacun heurte en tremblant son compagnon de lit,

que en enlevant un morceau de la gencive, soit avec un bistouri boutonné, soit avec de petits ciseaux courbes sur le plat. Le but que l'on se propose, en pratiquant ces opérations, est de débrider la gencive, exactement comme on débride une aponévrose lorsque les parties sous-jacentes sont trop tuméfiées. On part donc de l'hypothèse d'une pression considérable exercée par la dent sur des parties élastiques, indurées et trop résistantes. Or, nous avons vu qu'il n'en était pas ainsi.

Si l'on opérait un débridement dans le sens où on l'entend ordinairement en chirurgie, la plaie faite au niveau de la dent resterait béante, et au fond l'on verrait et l'on sentirait la dent libre désormais. Or, il n'en est point ainsi ; les incisions que l'on fait sur les gencives restent linéaires ; leurs bords ne s'écartent nullement ; et, chose curieuse, les petites plaies sont réunies par première intention au bout de quelques heures ; c'est ce que l'on peut constater bien aisément pour peu qu'on y veuille apporter d'attention.

Je ne vois donc pas l'utilité d'un prétendu débridement qui ne débride rien, attendu qu'il n'y a rien à débrider ; et, tout au contraire, je serais disposé à regarder ces opérations comme mauvaises, en ce sens qu'elles font dans la gencive de petites cicatrices qui, peut-être, sont, pour la dent, plus difficiles à traverser que le tissu normal.

Pourtant, je ne puis me dissimuler que les incisions calment quelquefois très rapidement les douleurs de dents des enfants, et font cesser les accidents nerveux qui semblaient liés à la vivacité même de cette douleur ; mais elles ont agi comme des scarifications qui diminuent l'inflammation, et non comme moyen propre à faciliter l'issue de la dent.

Si donc on veut conserver la scarification des gencives comme moyen antiphlogistique, je l'accepte avec empressement ; mais je rejette absolument l'incision et l'excision si elles sont pratiquées dans le but de débrider les gencives, et de hâter ainsi la sortie de la dent.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Huguier.

Leçons sur les maladies non vénériennes des organes génitaux de la femme. — Abcès de la vulve.

Les salles dont nous sommes chargé offrant en ce moment un assez grand nombre de cas d'abcès de la vulve, qui méritent de fixer notre attention au plus haut degré, tant à cause de leur importance et de leur gravité immédiate que pour les conséquences qui peuvent en résulter, nous avons cru qu'il serait utile et même nécessaire de vous mettre au courant de ce que l'on sait au sujet de cette affection.

Les abcès de la vulve ont été jusqu'à présent, par des raisons dont nous ne pouvons trouver l'explication, un peu négligés par les auteurs dont les ouvrages sont entre vos mains. Peut-être cela tient-il à ce que les organes qui constituent l'appareil génito-urinaire de la femme sont très difficiles à bien étudier sous le rapport anatomique, et à ce qu'une pudeur mal entendue empêche un grand nombre de femmes malades de venir consulter le médecin. Nous allons essayer de vous présenter le plus brièvement possible, le résultat d'une expérience de plusieurs années, et d'éclaircir autant par des faits que par des recherches directes d'anatomie, les points qui jusqu'à présent nous paraissent avoir été les plus obscurs.

Toute collection purulente, quels que soient du reste son volume et son étendue, qui peut se présenter dans l'épaisseur des tissus qui constituent les parties génitales externes de la femme, ou qui se développe au-dessous du tégument externe de ces parties, peut être comprise dans le nombre de celles que nous allons décrire sous le nom d'abcès de la vulve. Ces sortes de collections sont extrêmement fréquentes ; nous pouvons dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, qu'à part les abcès du sein ce sont peut-être celles qu'on observe le plus souvent, surtout chez les sujets qui ont atteint l'âge de la puberté, jusqu'à l'âge où cesse la menstruation. Ainsi, c'est principalement depuis quinze jusqu'à quarante-cinq ans qu'on les rencontre. Passé cinquante ans ils sont très rares, ou du moins ils ne sont pas plus communs que ceux des autres parties du corps.

Causes. — Les causes qui peuvent donner lieu à ces affections peuvent être divisées en deux classes : la première comprend les causes prédisposantes ; la seconde, les causes accidentelles et occasionnelles. Celles de la première classe tiennent à l'organisation même des parties dans lesquelles se développent les abcès,

Ainsi, pour en citer quelques-uns, les tissus qui entrent dans la composition de la vulve jouissent d'une grande vascularité. Ce sont des membranes muqueuses, du tissu cellulaire, du tissu érectile, etc. A certaines époques de la vie, de l'année, ces parties se trouvent devenir le siége d'une activité particulière. Plus elles sont pourvues de tissu cellulaire, plus elles sont exposées aux abcès, et la chose est facile à expliquer. Ceux qui ont étudié quelque peu la chirurgie, savent que le tissu cellulaire est le siége de prédilection des collections phlegmoneuses. Une grande vascularité des tissus doit nécessairement y prédisposer aussi, le pus n'étant que le résultat d'un travail inflammatoire. Or, plus les tissus sont vasculaires, plus ils ont de tendance à devenir le siége de ce travail phlegmasique. Parmi les causes prédisposantes tenant à la composition des parties, nous ne devons pas oublier la vive sensibilité. Plus les parties sont nerveuses, plus elles sont sensibles, plus elles sont actives aussi, et plus elles sont exposées aux inflammations phlegmoneuses. Au moment où la menstruation s'établit, puis à chaque époque menstruelle, il se fait un mouvement fluxionnaire. Chaque fois qu'a lieu l'acte du coït, il en est de même, et l'on conçoit que ces mouvements fluxionnaires physiologiques, mais qui ne constituent pas l'état normal, aient une influence sur la production des abcès de la vulve.

Les causes déterminantes ne font qu'un, pour ainsi dire, avec les causes prédisposantes. Parmi les plus fréquentes, nous remarquerons d'abord la masturbation, surtout quand les femmes en abusent ; les stimulations produites sur les organes génitaux par les frottements que provoquent souvent les démangeaisons chez les femmes qui n'ont pas des soins extrêmes de propreté. Il y a des femmes qui présentent ces abcès peu de temps après leur mariage ; circonstance que l'on explique par la fluxion inaccoutumée que détermine chez elles le rapprochement des sexes, et le froissement causé par les premiers rapports. Les coups que portent sur ces parties des hommes d'une impardonnable brutalité, sont chez la femme du peuple une cause occasionnelle assez fréquente. Il arrive quelquefois qu'en s'asseyant sur un siége qu'elles croyaient plus élevé, les femmes se frappent la vulve contre un des montants anguleux de ce siége, et ces contusions sont fréquemment suivies du développement d'abcès de ce genre.

Dans d'autres circonstances, c'est après des contusions déterminées dans des accouchements laborieux, soit par la tête seule de l'enfant, soit par les instruments que l'on est contraint d'introduire pour hâter ou faciliter le travail, soit par la main de l'opérateur, lorsqu'il a dû l'introduire dans les parties génitales de la mère. Nous avons dit que la tête de l'enfant suffit quelquefois pour produire ces lésions, lorsqu'elle est trop volumineuse, ou que, soit par suite de son volume disproportionné, soit par suite de l'inertie de la matrice ou du défaut de contractions suffisantes, elle reste engagée plus ou moins long-temps dans le bassin.

Il arrive assez souvent que les femmes, en se mettant au bain avec trop de précipitation, se contondent violemment les organes génitaux. Le fond des baignoires est tellement disposé qu'il existe, dans le sens de leur longueur, une gouttière dont les deux moitiés sont assez relevées pour offrir deux plans inclinés. Lorsque la femme se dispose à entrer dans le bain, le pied qu'elle pose le premier au fond de la baignoire, peut, s'il n'est pas posé exactement d'à-plomb, et surtout si la baignoire a été graissée par du savon, le pied, disons-nous, peut glisser sur un des côtés de cette gouttière ; la femme fait un écart, et la vulve porte sur le bord de la baignoire. Cette cause est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et j'ai souvent occasion, dans ma pratique de la ville, de soigner des femmes chez lesquelles est arrivé cet accident. Nous croyons en avoir dit assez sur les causes directes qui peuvent produire les abcès de la vulve. Comme causes occasionnelles, n'oublions cependant pas de mentionner les blennorrhagies vulvaire ou vaginale, et toutes les inflammations des parties voisines, qui peuvent également favoriser leur production et même leur donner naissance. Les inflammations intenses du rectum, ou les phlegmons du tissu cellulaire qui l'entoure, les hémorrhoïdes, les inflammations de la vessie portées à un haut degré, les maladies de l'urètre, se terminent fréquemment par ces nombreuses espèces d'abcès de la vulve.

Siége. — Les abcès de cette partie sont ordinairement uniques, nous voulons dire qu'il ne s'en développe le plus souvent qu'un seul à la fois. Cependant, il n'est pas sans exemple d'en rencontrer deux, un de chaque côté de l'ouverture vulvaire. Dans quelques cas, ils se sont manifestés dans le tissu cellulaire que tapissent les téguments de la vulve. Alors, ils sont le plus ordinairement multiples. On rencontre quelquefois jusqu'à cinq ou six de ces abcès du tissu cellulaire sous-cutané, en même temps chez la même femme. Mentionnons, pendant que nous nous occupons du siége précis de ces abcès, ceux qui se développent dans le tissu cellulaire des aréoles du derme. De ce que nous venons de vous dire, il résulte qu'ils peuvent se développer indistinctement dans toutes les parties de la vulve, bien qu'ils aient cependant des tissus de prédilection dans lesquels on les rencontre le plus communément.

Il y a des hommes assez immoraux pour se réunir et abuser d'une femme par force, ou la soumettre à des violences qu'il nous répugne de signaler. A la suite de ces actes de brutalité, des abcès généraux peuvent se développer ; ces circonstances, nous devons le dire, sont heureusement rares. Les abcès peuvent se développer aussi sur le mont de Vénus, partie qui, on le sait, est riche en tissu cellulaire. Cela s'observe surtout chez les femmes qui ont abusé du coït, et qui n'ont pas beaucoup d'embonpoint. Quand elles sont passionnées, les rapports sexuels déterminent chez elles des frottements violents, des sortes de contusions même, principalement si l'épine du pubis (*os marsupial*) est très développé. La grande quantité de follicules et de poils que renferme la peau de cette partie, explique aussi comment les petits abcès sous-cutanés et furonculeux y sont si communs.

Souvent les abcès de la vulve ont leur siége dans les grandes lèvres ; ils peuvent occuper exclusivement les nymphes ; enfin, on les rencontre quelquefois simultanément à la partie inférieure des grandes et des petites lèvres. Voilà pour le siége topographique de ces abcès.

Si maintenant nous les examinons sous le rapport anatomique, nous y trouvons de grandes différences aussi. Ils peu-

---

cipal établissement de charité de Paris offrait ainsi ces accouplements affreux, que les poètes de Rome, que les anciens historiens ont présenté, chez le roi Mézence, comme le dernier raffinement de la barbarie.

Tel était, messieurs, l'état normal de l'ancien Hôtel-Dieu. Un mot, un seul mot dira ce qu'était l'état exceptionnel : alors on plaçait des malades jusque sur les ciels de ces mêmes lits où on avait trouvé tant de souffrances, tant de légitimes malédictions.

Jetons encore, messieurs, avec notre illustre confrère, un coup d'œil sur la *salle des opérations.*

Cette salle était remplie de malades. Les opérations s'y faisaient en leur présence. « On y voit, disait Bailly, les préparatifs du supplice ; » on y entend les cris du supplicié. Celui qui doit l'être le lendemain » a devant lui le tableau de ses souffrances futures ; celui qui a passé » par cette terrible épreuve doit être profondément remué et sentir » renaître ses douleurs, à ces cris semblables aux siens ; et, ces ter- » reurs, ces émotions, il les reçoit au milieu des accidents de l'inflam- » mation ou de la suppuration, au préjudice de son rétablissement et » au hasard de sa vie... A quoi sert, s'écrie justement Bailly, de faire » souffrir un malheureux, si on n'a pas la probabilité de le sauver, si » on n'augmente pas cette probabilité par toutes les précautions pos- « sibles ? »

Le cœur se serre, l'intelligence se flétrit, l'esprit reste confondu au spectacle de tant de misères ; et cependant cet hôpital, si peu en harmonie avec sa destination, existait encore il y a cinquante ans. C'est dans une capitale, centre des arts, des lumières, des mœurs polies : c'est dans un siècle renommé par le développement de la richesse publique, par les progrès du luxe, par la création ruineuse d'une foule d'établissements consacrés à des délassements, à des plaisirs mondains et futiles ; c'est à côté du palais d'un opulent archevêque, c'est à la porte d'une somptueuse cathédrale, que les malheureux, sous le masque trompeur de la charité, éprouvaient de si affreuses tortures. A qui imputer la longue durée de cette organisation vicieuse, inhumaine ?

Aux hommes de l'art ? Non, non, messieurs ! par une inconcevable anomalie, les médecins, les chirurgiens n'exercèrent jamais sur l'administration des hôpitaux qu'une influence secondaire, subordonnée ; non, non ! les sentiments du corps médical pour les pauvres ne pouvaient être mis en doute à une époque et dans un pays où le médecin Petit (Antoine) répondant à la reine Marie-Antoinette irritée : « Madame, si » je ne vins pas hier à Versailles, c'est que je fus retenu auprès d'une » paysanne en couches qui était dans le plus grand danger. Votre Ma- » jesté se trompe, d'ailleurs, quand elle prétend que j'abandonne le » dauphin pour les pauvres : j'ai, jusqu'ici, traité le jeune enfant avec » autant d'attention et de soin que s'il était le fils d'un de vos pale- » freniers. »

La préférence accordée aux plus souffrants, aux plus menacés, abstraction faite du rang et de la fortune ; telle fut jadis, vous le voyez, Messieurs, la règle sublime du corps médical français ; tel est encore aujourd'hui son évangile. Je n'en veux d'autres preuves que ces admirables paroles adressées par notre confrère Larrey à son ami Tanchou, blessé à la bataille de Montmirail : « Votre blessure est légère, mon » ami ; nous n'avons de *place* et de *paille* à cette ambulance que pour » les grands blessés, on va vous mettre dans cette *écurie.* »

Le corps médical ne pourrait donc, sous aucun rapport, être mis en cause, en suspicion, à l'occasion de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

Invoque-t-on l'économie ? Je trouve dans Bailly une réponse toute prête : la journée du malade à l'Hôtel-Dieu était notablement plus élevée que dans d'autres établissements de la capitale plus charitablement organisés.

Quelqu'un va-t-il jusqu'à prétendre que les malades condamnés à se réfugier dans les hôpitaux, ayant une sensibilité émoussé par le travail, par la misère, par les souffrances de tous les jours, devaient faiblement ressentir les effets des dispositions horriblement vicieuses que l'ancien Hôtel-Dieu offrait à tous les yeux clairvoyants ? Voici ce que je lis dans le rapport de notre confrère : « Les maladies sont presque » du double plus longues à l'Hôtel-Dieu qu'à la Charité ; la mortalité » y est aussi presque du double plus grande !... Les trépanés périssent » tous dans cet hôpital, tandis que cette opération est assez heureuse » à Paris et encore plus à Versailles.... »

« Les maladies sont du double plus longues ! la mortalité y est dou- » ble ! tous les opérés du trépan périssent ! les femmes en couches » meurent dans une effrayante proportion, » etc Voilà les paroles sinistres qui jaillissaient périodiquement des états de situation de l'Hôtel-Dieu, et cependant, répétons-le, les années s'écoulaient et rien n'était changé à l'organisation, à l'administration du grand hôpital ! Pourquoi cette persistance à rester dans des conditions qui blessaient si ouvertement l'humanité ? Faut-il, avec Cabanis, qui lui aussi porta sur l'ancien Hôtel-Dieu un jugement sévère, faut-il s'écrier : « que des » abus reconnus de tout le monde, contre lesquels toutes les voix s'é- » lèvent, ont des fauteurs secrets qui savent les défendre de manière à » lasser le courage des gens de bien ; » faut-il parler d'esprits faux, de cœurs pervers qui semblent regarder les erreurs et les abus comme leur patrimoine ? Osons l'avouer, Messieurs, le mal se fait d'ordinaire moins méchamment ; il se fait sans l'intervention d'aucune passion forte, par la vulgaire toute-puissance de la routine, de l'ignorance. — J'aperçois la même pensée sous le langage calme et habilement circonspect de Bailly, dans ce passage de son rapport : « L'Hôtel-Dieu » existe peut-être depuis le septième siècle, et si cet hôpital est le plus » imparfait de tous, c'est parce qu'il est le plus ancien. Dès les pre- » miers temps de cet établissement, on a désiré de s'y tenir, et la con- » stance a paru un devoir. De là toute nouveauté utile a de la peine » à s'y introduire : toute réforme y est difficile ; c'est une administra- » tion nombreuse qu'il faut convaincre ; c'est une masse énorme qu'il » faut remuer. »

L'énormité de la masse à remuer ne découragea pas les anciens commissaires de l'Académie. Que cette conduite serve d'exemple aux savants, aux administrateurs qui pourraient être appelés à porter un œil investigateur sur l'ensemble de nos établissements de bienfaisance et d'humanité. Sans aucun doute, les abus, s'il en existe encore, n'ont, un à un, rien de comparable à ceux dont le rapport de Bailly fit justice ; mais, serait-il impossible qu'ils eussent pullulé depuis un demi-siècle, et qu'à raison de leur multiplicité ils fissent encore d'énormes, de déplorables brèches dans le patrimoine des pauvres ?

Je modifierai bien légèrement, Messieurs, les paroles qui terminent le premier rapport de notre illustre confrère, et je ne porterai nulle atteinte à leur sens intime, si je dis, en achevant cette longue analyse : « Chaque pauvre est aujourd'hui couché dans un lit, et il le doit prin- » cipalement aux efforts habiles, persévérants, courageux de l'Acadé- » mie des sciences. Il faut que le pauvre le sache ; et le pauvre ne l'ou- » bliera pas. Heureuse, Messieurs, heureuse l'Académie qui peut se » parer de semblables souvenirs ! «

Atteint avec effroi le sommeil qui le navre,
Comme s'il prévoyait au réveil un cadavre ;
Comme s'il recevait sans cesse effarouché,
Les adieux du mourant auprès de lui couché !.....

(*Némésis méd.*, 2e édit., t. II, p. 3 ; les Hôpitaux et les Cliniques.)

NOUVELLES.

La maison que le baron Alexandre de Humboldt habite à Berlin, et à laquelle appartient un vaste jardin dont il a la jouissance, a été vendue ces jours derniers à un négociant, M. Rœniger, qui a aussitôt donné congé à son locataire. Le banquier Joseph Medelssohn, instruit du fait, a racheté la maison pour un prix énorme, et a annoncé à M. de Humboldt qu'il ne serait pas dérangé dans ses habitudes. La maison et le jardin restent à sa disposition tant qu'il voudra.

— Nous avons annoncé, d'après un autre journal, la mort de M. le docteur Fournet en Italie. Nous sommes heureux d'apprendre que ce bruit était dénué de fondement. Sa santé est, au contraire, tellement améliorée, qu'il se dispose à rentrer en France.

vent se développer : dans les follicules, et nous les désignerons alors sous le nom d'abcès folliculaires; dans le tissu cellulaire qui envoie des prolongements dans le derme des grandes lèvres. Ces appendices, ces prolongements du tissu cellulaire dans le derme peuvent s'enflammer, et constituent alors des abcès furonculeux. Une particularité de ces abcès furonculeux, c'est qu'à mesure que les premiers se guérissent, d'autres se développent.

La troisième espèce comprend les abcès du tissu cellulaire; ce sont les abcès proprement dits, auxquels nous donnerons le nom d'abcès phlegmoneux ou parenchymateux.

4° Les abcès des corps folliculaires, sur lesquels nous reviendrons plus longuement, et qui peuvent se diviser en deux espèces; abcès du corps folliculaire lui-même; abcès qui se développent, non plus dans les follicules, mais dans la cavité excrétoire du follicule.

5° Les abcès qui se développent dans les vaisseaux lymphatiques de la vulve, et que nous nommerons abcès angioleuciques. Il est rare, pour le dire en passant, de rencontrer ces abcès hors les cas de maladie vénérienne.

Enfin, sixième et dernière espèce, abcès formés dans les varices de la vulve ou abcès phlébectasiques.

La division que nous venons d'établir est importante à connaître, parce qu'elle n'est pas purement théorique, comme un grand nombre des divisions que l'on établit plus ou moins arbitrairement en médecine; elle repose sur des données certaines d'anatomie positive et est toute pratique. Ce n'est pas tout. Comment diviserons-nous les abcès de la vulve eu égard à leur marche, à leur nature? Relativement à leur marche, rien n'est plus simple; ils sont aigus ou chroniques, à marche rapide ou à marche lente, chauds ou froids.

Relativement à leur nature, ils sont essentiels ou idiopathiques, c'est-à-dire déterminés par une cause propre, particulière à l'abcès lui-même, et sympathiques ou produits par la stimulation d'organes qui sont enflammés, mais qui sont situés à une certaine distance de la partie où se développe l'abcès, et qui réagissent sur elle. Vous voyez, et nous n'avons pas besoin d'insister plus longuement sur ce point, quelle était l'utilité des détails sur lesquels je viens d'entrer pour les rapports et les connexions.

Les abcès symptomatiques sont de nature diverse. Les uns tiennent à un vice particulier de l'économie; nous distinguerons parmi eux, et en première ligne, les abcès vénériens qui sont la conséquence et le résultat de la maladie syphilitique; puis les abcès dus à l'existence de certaines lésions organiques. Les femmes sont comme les hommes sujettes à la nécrose, à la carie de l'ischion ou du pubis. Dans des cas de ce genre, vous verrez un abcès se former sur le mont de Vénus, ou périnée, quand il y a maladie de l'os du pubis; ce sera plutôt sur les parties latérales du vagin ou vers le périnée, au contraire, quand la nécrose ou la carie affectera l'os de l'ischion.

Une troisième espèce d'abcès symptomatiques, ce sont ceux qui dépendent d'une lésion du rectum, de l'urètre. Vous verrez assez souvent chez les femmes atteintes d'hémorrhoïdes volumineuses, ulcérées et en suppuration se former un abcès à la vulve, symptomatique de l'affection primitive. Une inflammation plus ou moins violente se produit et un abcès se forme, qui vient s'ouvrir dans le voisinage de la vulve. Dans d'autres circonstances la cause est une maladie de la vessie avec formation de calculs urinaires.

Symptômes, marche. — Tous les abcès de la vulve ont des symptômes communs et des symptômes particuliers à chaque espèce. La partie ou le côté de la vulve, qui est le siége de l'abcès, change de couleur. La peau prend une teinte rouge plus ou moins intense; il y a, si nous pouvons nous exprimer ainsi, une sorte de fièvre locale caractérisée par une rougeur, une chaleur, une douleur qui n'existent pas à l'état normal. En outre de cette chaleur et de cette rougeur, une tuméfaction plus ou moins étendue se prononce dans la portion de la vulve qui est le siége de l'abcès; la douleur est plus ou moins vive également, suivant l'espèce d'abcès et suivant la sensibilité du tissu affecté, mais elle existe dans tous les cas.

Examinons maintenant tour à tour les symptômes propres à chaque espèce d'abcès, et commençons par l'abcès type, par l'abcès phlegmoneux.

Celui qui siége sur le mont de Vénus ressemble à celui des autres parties du corps, seulement il est plus circonscrit, plus bridé, plus limité. Le tissu cellulaire de cette partie adhère intimement aux aponévroses de l'abdomen par des cloisons denses, fibreuses ou cellulo-fibreuses. Le pus se réunit difficilement en nappe. La douleur qui accompagne cet abcès est plus prononcée parce que cette partie est la plus sensible.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 mars 1844. — Présidence de M. Ferrus.

Après la lecture du procès-verbal, *M Londe* demande la parole pour une rectification, et saisit cette occasion pour exposer qu'elle a été sa participation dans l'affaire des eaux d'Hauterive dont l'Académie s'est occupée dans la séance précédente. Un prospectus avait été publié, dit-il, mon nom en tête, dans lequel on disait que les eaux d'Hauterive contenaient cinq fois plus de gaz acide carbonique que les eaux de Vichy, autant que les eaux de Seltz artificielles. Indigné de cet acte, et sur l'invitation du préfet et du ministre, je puisai de l'eau et envoyai les bouteilles au ministre du commerce. Celui-ci les a transmises à l'Académie, avec invitation de les analyser. L'Académie peut juger maintenant quel a été mon but, quelles ont été mes intentions, et voir que j'ai agi contre mes propres intérêts.

— *M. Mercier* adresse une lettre dont voici quelques passages :

Monsieur le président, je vous prie de faire ouvrir un paquet cacheté déposé par moi dans les archives de l'Académie, le 10 décembre 1839, et dans lequel se trouvent décrits : 1° un instrument propre à extraire de la vessie les graviers ou fragments de calculs; 2° un autre instrument destiné à inciser les valvules du col de la vessie. (Ce paquet cacheté a été ouvert, en effet, et le contenu a été lu par le président.)

Si j'ai jugé inutile de faire ouvrir ce paquet plus tôt, ce n'est pas qu'il contînt rien de *mystérieux*, puisque tout ce qui s'y trouve est actuellement imprimé; mais c'est que M. Guillon n'a pu produire encore aucun titre valable à l'appui de ses prétentions. Il rejette l'insuffisance de celui qu'il présente sur un oubli commis, il y a treize ans, par M. Moret, qui aurait dit *rétrécissement* au lieu de *rétrécissement valvulaire*. Mais est-ce que treize ans ne lui ont pas suffi pour faire cette petite rectification!

Quant à la découverte des valvules du col de la vessie, j'ai cité des Anglais; j'aurais eu bien plus de plaisir encore à citer des Français. Dans le but de prouver qu'elles étaient parfaitement connues en France avant moi, M. Guillon a extrait deux passages d'une traduction d'un ouvrage allemand. Mais qu'est-ce que c'est que ce pli formé par la membrane interne de la vessie, et *qui s'étend des orifices des uretères à l'endroit où l'urètre traverse la prostate?* Si M. Guillon comprend cela, je serai forcé de lui supposer une grande perspicacité. Mais l'observation de Howship est bien plus exacte que ne l'indique cette phrase de la traduction de Sœmmering, et un autre que M. Guillon serait convenu que j'ai, le premier, fait connaître toute la valeur de la remarque du chirurgien anglais. (Exam. méd, 1841, p. 6.)

Le second passage cité par M. Guillon prouve qu'il ne sait pas encore ce que j'entends par *valvules prostatiques*.

M. Guillon se plaint, en dernier lieu, de n'avoir pu trouver mon instrument chez mon *coutelier*. Mais M. Charrière n'aurait-il pas quelques raisons personnelles pour ne pas lui faire de communications?

M. Guillon juge mes recherches à sa manière; mais je crains qu'il ne les ait point lues; autrement il y aurait trouvé (p. 344) un cas de pollutions sanguinolentes qui ne lui aurait pas permis de donner comme sans pareil, celui dont il a entretenu depuis peu la Société de médecine pratique. (V. *Gazette des Hôpitaux* du 11 novembre 1843.)

— *M. le président* annonce qu'une candidature est ouverte dans la section de médecine opératoire.

Il rappelle ensuite qu'à la dernière séance, l'Académie s'est séparée sans prendre de décision relativement à la proposition de M. Cruveilhier, qui a demandé l'ajournement de la discussion sur son mémoire et la nomination d'une commission. M. le président croit devoir consulter l'Académie à cet égard.

M. Lisfranc. L'ajournement est impossible. M. Cruveilhier a annoncé dans son mémoire que le diagnostic des tumeurs du sein était très facile. Dans la dernière séance, il est convenu qu'au contraire la chose était fort ardue, et comme conséquence de cette dernière opinion, bien opposée à la première, il demande un ajournement et une commission. Quoique M. Cruveilhier ait annoncé, et notamment en répondant à M. Roux, qu'il ne ferait aucune concession, je trouve qu'il en a fait d'excessivement larges.....

M. le président. J'en demande pardon à M. Lisfranc, mais il rentre dans la question scientifique, et c'est ce que je ne peux tolérer dans ce moment; il s'agit de voter simplement sur la proposition d'ajournement.

M. Lisfranc. Je suis dans la question, car je veux prouver que les opinions de M. Cruveilhier sur le diagnostic.....

M. le président. C'est encore la question scientifique que vous entamez; je vous ôte la parole.

M. Castel. J'ai toujours cru que la justesse d'esprit était rare, mais je ne la croyais pas rare à ce point. M. le président veut nous faire voter sur un point qui a été décidé dans la dernière séance, c'est faire perdre son temps à l'Académie.

M. le président. Monsieur Castel, vous n'avez pas la parole, et je vous rappelle à l'ordre. (Murmures et étonnement.)

M. Nacquart demande qu'on lise la fin du procès-verbal de la dernière séance.

M. Dubois (d'Amiens) lit, en effet, et il en résulte que l'Académie n'a pris aucune décision.

Sur plusieurs bancs : Aux voix! aux voix! L'assemblée est très tumultueuse.

M. le président. Loin de moi la pensée de vouloir étrangler les discussions; mais j'entends crier aux voix, et mon devoir est de consulter l'Académie.

Plusieurs membres : Sur quoi? Nous ne savons sur quoi voter.

M. Castel s'efforce de se faire entendre. M. le président agite sa sonnette, et ne veut pas lui accorder la parole.

M. Castel, avec véhémence, et s'adressant au président : Vous nous faites perdre un temps précieux; il faut vous nommer un tuteur.

M. le président. Allons donc! c'est vous qui en auriez besoin; ces paroles sont indignes, et de nouveau je vous rappelle à l'ordre.

Le tumulte est à son comble.

Sur la demande de *M. Lisfranc*, M. le secrétaire annuel relit les propositions de M. Cruveilhier.

M. le président cherche à expliquer sur quoi l'Académie va être consultée.

M. Guéneau de Mussy croit que l'Académie n'a qu'à voter dans ce moment sur la question de l'ajournement.

M. Lisfranc parle contre l'ajournement, qui laisserait le doute dans les esprits sur les opinions de M. Cruveilhier, et ce doute est plein de dangers pour les femmes affectées de tumeurs du sein.

La discussion devient de plus en plus confuse. Enfin M. le président parvient à mettre aux voix l'ajournement, qui est rejeté à une immense majorité.

En conséquence, l'Académie continue la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier.

M. Blandin. Bien des choses ont été déjà dites dans cette discussion, et nous ne voyons pas cependant de solution prochaine. J'ai été le premier à attaquer les opinions de M. Cruveilhier, et je me suis appliqué à ne pas sortir de la question. Je m'appliquerai encore à n'en pas sortir davantage. Je laisserai, par conséquent, de côté, toutes les questions subsidiaires sur le cancer, qui ont été soulevées.

M. Cruveilhier a dit que ses antagonistes et lui se plaçant à des points de vue différents, leurs divergences étaient inévitables. Il se tient, lui, au point de vue de l'anatomie pathologique, et il nous reproche de nous tenir au point de vue clinique. Nous acceptons ce reproche, car pour nous la question principale est la question de diagnostic. Si l'on ne peut dire, cette femme porte au sein une tumeur de telle ou telle nature, il est dérisoire de soutenir que ce qui importe c'est l'anatomie pathologique de cette tumeur. D'ailleurs, à l'amphithéâtre même, n'y a-t-il jamais d'hésitations? Si bien, et dès lors que devient cette importance extrême donnée à l'inspection anatomique? Il ne s'agit pas de dire qu'il existe des tumeurs fibreuses dans les mamelles, tout le monde le sait, mais de dire comment on les reconnaît, et c'est ce que jusqu'ici M. Cruveilhier n'a pas encore dit.

Il me paraît que M. Cruveilhier professe que le cancer est toujours primitivement général, et en conséquence il croit qu'il ne faut jamais opérer. Il assure qu'il y a incompatibilité entre le cancer et les tumeurs fibreuses; il tranche ainsi d'un coup la question de la dégénérescence de ces tumeurs. Tout cela mérite un sérieux examen; et voici, selon moi, les résultats de la discussion qui occupe l'Académie.

M. Cruveilhier a dit d'abord que les tumeurs fibreuses des mamelles étaient très-fréquentes; nous disons, nous, qu'elles sont excessivement rares. Cela est si vrai, que plusieurs chirurgiens, et je citerai M. Laugier entre autres, assurent n'en avoir jamais vu. Pour mon compte, je crois en avoir aperçu, mais je n'en ai jamais vu. Et cependant les chirurgiens dans cette question sont très compétents. Nous avons occasion de voir et d'enlever des tumeurs innombrables des mamelles, et il n'est pas un de nous qui, après l'ablation, n'examine la tumeur sous le point de vue anatomique; M. Cruveilhier n'est pas autorisé à dire le contraire. Notre compétence, qu'il semble vouloir rejeter, est plus complète que la sienne, sous ce point de vue, car il n'opère pas et nous opérons; car il ne juge des tumeurs que par le diagnostic clinique plus ou moins fondé, et nous avons de plus le diagnostic anatomique; en un mot, M. Cruveilhier manque de l'un des deux éléments que nous possédons.

Mais sur le diagnostic clinique même, j'ai déjà démontré que M. Cruveilhier ne nous avait rien appris de précis et de positif. Je lui ai porté un défi, qu'il n'a pas accepté et que je lui porte encore, celui de diagnostiquer cliniquement une tumeur fibreuse. Dans son mémoire il a bien dit que ces tumeurs étaient superficielles, dures, mobiles, lobulaires, énucléables; mais tous ces caractères sont propres aux cancers enkystés.

D'ailleurs, dans une séance précédente, j'ai embarrassé M. Cruveilhier en lui montrant une tumeur enlevée sur la voûte palatine. Il a dit qu'elle était cancéreuse. Eh bien! elle était dure et énucléable. Etudiée au microscope par M. Mandl, elle a présenté, en effet, des globules cancéreux, au milieu d'un tissu fibreux pelotonné. Si l'inspection anatomique donne tant d'hésitation, que doit-ce être pour le diagnostic clinique?

M. Cruveilhier dit qu'une tumeur qui a été enlevée et qui ne récidive pas, est une tumeur fibreuse. On ne peut voir, dans cette assertion, qu'un parti pris et une préoccupation.

Les tumeurs fibreuses, dit-il, ont une marche lente; donc elles ne dégénèrent pas, préoccupation évidente.

Voici un argument plus sérieux en apparence. M. Cruveilhier a été dix ans médecin de la Salpêtrière; il a vu un nombre immense de tumeurs fibreuses de l'utérus, et il n'a jamais rencontré, dit-il, de dégénérescence. Mais cet argument n'est pas solide. Ce sont de vieilles femmes sur lesquelles il a observé, dont l'utérus est atrophié et a perdu sa vitalité; quoi d'étonnant alors que ces tumeurs perdent aussi leur vitalité au milieu de cette sorte de gangue inerte! De ce fait, il ne faut pas conclure à ce qui se passe chez les jeunes femmes, sur les femmes surtout à l'âge de retour.

M. Cruveilhier nous a prêté une opinion qui n'est pas la nôtre. Il nous accuse de considérer les tumeurs fibreuses du sein comme le cancer naissant. Rien n'est plus opposé à notre manière de voir. Nous disons, contrairement à son opinion, que ces tumeurs peuvent dégénérer, et tout à l'heure je vais invoquer l'autorité des faits. Pourquoi ne dégénéreraient-elles pas, me disait M. Andral? Les tissus fibreux normaux dégénèrent bien, pourquoi n'en serait-il pas de même du tissu fibreux accidentel?

J'arrive, et c'est par là que je terminerai, à l'exposition succincte de quelques faits en opposition avec les doctrines de M. Cruveilhier.

J'ai déjà parlé de cette tumeur demi-fibreuse et demi-cancéreuse enlevée sur la voûte palatine. J'invoquerai l'opinion de Dupuytren, qui croyait à la possibilité de la dégénérescence des tumeurs fibreuses utérines.

J'ai porté dans une dernière séance un de ces corps fibreux de l'utérus, qui à l'extérieur avait tous les caractères ordinaires. Incisé, il a présenté des stries noirâtres, véritable dépôt de matière mélanique.

Avec M. Martin-Solon, j'ai enlevé une tumeur énorme des mamelles, grosse comme la tête d'un adulte, qui pendant vingt ans avait été stationnaire, et qui prit peu à peu un accroissement tel qu'il fallut l'enlever. La femme la portait depuis vingt-cinq ans au moment de l'opération. Cette tumeur enkystée était remplie de matière encéphaloïde.

Il y a trois ans, appelé auprès d'une dame d'Orléans, je constatai sur le col de l'utérus une tumeur ramollie et d'une fétidité caractéristique. Cette dame vint à Paris et MM. Lisfranc, Récamier, Marjolin, n'hésitèrent pas dans leur diagnostic : c'était un cancer. Je remarquai une sorte de rétrécissement à la base de cette tumeur, j'en fis la ligature, la tumeur tomba et nous montra un corps fibreux du col de l'utérus évidemment dégénéré.

En résumé, s'il est impossible de faire le diagnostic des tumeurs de la région mammaire, il est évident qu'il faut opérer; car l'inaction a des chances dangereuses. On a dit cependant : Pourquoi tant se presser? Pourquoi! parce qu'il y a un moment opportun pour enlever ces tumeurs et que ce moment perdu on perd avec lui tous les bénéfices de l'opération. On opère trop tard, en général, et la faute en est aux praticiens qui conseillent la temporisation, et surtout aux malades qui redoutent l'instrument.

M. Cruveilhier, malgré l'heure avancée, demande à répondre immédiatement. Si j'ai demandé l'ajournement de la discussion, ce n'est pas par fin de non-recevoir, comme on l'a dit, mais parce que les éléments de la question ne me semblent pas encore posés. On vient de m'opposer des faits; je ne les trouve rien moins que concluants. Le dernier ne prouve rien. M. Blandin sait bien que les polypes fibreux des fosses nasales, qui font saillie au-dehors ou au dedans peuvent présenter des altérations qui en imposent souvent pour une dégénérescence. De même pour les corps fibreux de l'utérus : c'était là une altération, mais non un cancer. La tumeur de la voûte palatine n'a aucun des caractères que j'ai assignés aux tumeurs fibreuses. La matrice qui présentait une couleur ardoisée, ne prouve rien : on voit cette couleur ardoisée dans plusieurs organes qui ont été le siége d'une inflammation chronique. Quant au fait de cette tumeur, datant de vingt-cinq ans, qui vous a dit qu'elle n'était pas primitivement une tumeur encéphaloïde enkystée?

M. Blandin me reproche d'être sous l'influence de préoccupations; cet argument ne prouve rien, et je le lui renvoie.

Oui, c'est une question capitale, de savoir si le cancer est ou non primitivement local. Dans une certaine limite, je le crois; pour le cancer enkysté, par exemple.

On m'a reproché d'avoir fui le point de vue pratique et d'avoir introduit des éléments nouveaux sans preuve. (Ici il nous est impossible de suivre cette partie de l'argumentation de M. Cruveilhier; nous avouons ne pas l'avoir comprise.)

Quant au diagnostic, voici ce que je peux dire : Lorsque je suis appelé pour une tumeur sphéroïdale parfaitement distincte de la glande mammaire, d'une dureté pierreuse, mobile, non douloureuse, je fais les réflexions suivantes : ce n'est pas une induration; car cette tumeur ne tient pas à la glande. Ce n'est pas un cancer diffus; car celui-ci adhère aussi à la glande mammaire. L'idée des ganglions lymphatiques ne me vient pas; car je n'en ai jamais vu, et je priai M. Lisfranc de nous donner quelques explications à cet égard.

M. Lisfranc. J'en ai vu plus de cinquante fois.

M. Cruveilhier. Alors, c'est un élément nouveau dont il faudra tenir compte. Je me dis donc que ce ne peut être qu'un kyste ou une tumeur fibreuse. Un kyste, il est impossible de ne pas le reconnaître. (M. Roux s'agite et fait des signes d'incrédulité.) Tout est important de la part de M. Roux; eh bien! je lui dirai que depuis quelques jours je suis en possession d'un nouveau signe pour reconnaître les kystes. Pressés fortement entre les doigts, ils rebondissent. (Surprise.) Voilà ce que j'ai appris il y a peu de temps.

Quant aux cancers enkystés, l'âge des malades est une indication précieuse; il n'y en a pas dans la jeunesse, et nous avons vu que les tumeurs fibreuses sont fréquentes à cet âge. La marche de celles-ci est généralement lente. Enfin, souvent il y a multiplicité de ces corps fibreux, soit dans les mamelles, soit dans d'autres organes.

Maintenant, vous me demanderez si j'ai résolu toutes ces difficultés; je n'ai pas eu cette prétention; j'ai voulu seulement les poser, les indiquer.

— Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours de microscopie complémentaire des études médicales ; anatomie microscopiques et physiologiques des fluides de l'économie ; par Al. Donné, D.-M., etc. Un vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière ; 1844.

Il n'est plus permis aujourd'hui de nier les emprunts nombreux et nécessaires que la médecine est obligée de faire aux sciences dites accessoires. Une philosophie étroite ou orgueilleuse peut seule récriminer contre une tendance devenue générale parce qu'elle a été forcée. Les moyens d'investigation donnés à l'homme par le seul secours de ses sens tels qu'il les exerçait autrefois, sont devenus insuffisants aussi bien pour l'étude de l'homme sain que pour celle de l'homme malade. Les sciences, analysant avec plus de rigueur les phénomènes qui se passent sous nos yeux, en ont révélé tant d'autres complétement nouveaux et inconnus, qu'alors le médecin véritable a senti la nécessité de tenir compte de toute une nouvelle série de faits, sorte de monde nouveau qui venait se présenter à ses regards surpris. Ainsi les sciences, en augmentant peu à peu le champ de l'observation, fournirent en même temps des nouveaux moyens d'observer. Ce double rapport explique les connexions intimes que la médecine contracte de nos jours avec le physique, la chimie, etc. Parmi elles, l'optique, en agrandissant le sens de la vue au point de nous faire lire dans l'appareil de M. Biot la nature sucrée ou albumineuse d'un liquide, et même jusqu'aux proportions de ces principes, au point de nous faire disséquer, pour ainsi dire, au microscope, des particules d'une ténuité extrême, là où l'on ne voyait que des liquides plus ou moins opaques, l'optique, disons-nous, a fourni de nos jours des résultats précieux déjà mis à profit pour la physiologie et pour la pathologie. Ce n'est pas assurément que pour être bon médecin nous prétendions qu'il faille au préalable devenir savant et complet physicien, chimiste, mécanicien, micrographe, etc. Ce n'est certes pas notre pensée, car à chacune de ces sciences on peut consacrer sa vie. La micrographie, entre autres, compte déja tant de chef-d'œuvres de patience et de sagacité, que pour les posséder complétement et être en mesure de les répéter au besoin, on courrait grand risque de négliger la médecine pratique proprement dite. Mais sans se jeter inconsidérément et sans mesure dans les études microscopiques, il n'est plus permis de rejeter et d'ignorer les notions profitables qu'elles ont fournies. Il y a là, il faut en convenir, une limite difficile à indiquer, à laquelle pourtant il paraît sage de s'arrêter, et que nous trouvons parfaitement observée dans l'ouvrage dont nous avons à rendre compte.

Ce livre, publié déjà depuis plusieurs mois, a été favorablement accueilli. M. Donné y a suivi le plan de son cours ; c'est-à-dire qu'il l'a partagé en seize chapitres ou leçons, dans lesquels il passe successivement en revue le sang et les différentes humeurs des sécrétions, les phénomènes physiologiques qui s'y rapportent et leurs produits morbides; mais la limite entre les fluides et les solides n'est pas tellement tranchée, qu'il n'arrive quelquefois à l'auteur de franchir la limite conventionnelle qu'il s'est tracée. Et d'ailleurs, la forme qu'il a choisie lui permet de se livrer, comme il le ferait à son cours même, à une foule de digressions ; il raconte, chemin faisant, tout ce qui s'est présenté à lui d'intéressant pendant ses recherches. Ce système d'exposition que pourraient blâmer certains esprits partisans d'une méthode rigoureuse, amène une variété qui fait que de chapitre en chapitre on arrive à la fin sans que l'attention ait un instant faibli

C'est ainsi que pour le sang, après avoir minutieusement décrit les trois corps qui s'y trouvent suspendus, les globules rouges, les globules blancs et les globulins, M. Donné raconte la vie très probable de chacun des globules sanguins. D'abord globulins, c'est-à-dire particules de 1/300 de millimètre, élément solide du chyle, ces petits corps se réunissent trois à trois, quatre à quatre, s'enveloppent d'une membrane mince, formée aux dépens de l'albumine du sérum, et constituent ainsi les globules blancs; ceux-ci, à leur tour, se condensent, se régularisent, se colorent et se transforment en globules rouges. Mais, est-ce bien là l'état parfait du sang, l'état le plus voisin de l'assimilation, et cette substance réparatrice de nos organes, emmagasinée, pour ainsi dire, sous forme de globules rouges, devient-elle immédiatement tissu musculaire, nerveux ou cellulaire ? Il ne semble pas en être ainsi, et après une existence plus ou moins longue, qu'on ne saurait déterminer, ils paraissent plutôt se redissoudre et fournir le fluide organisateur dans lequel se trouve l'élément coagulable, le *bildungsflussigkeit* des Allemands.

Pour confirmer ces idées, M. Donné fait part des résultats singuliers que lui ont fourni ses expériences sur le lait injecté en quantité considérable dans le torrent de la circulation. Ce liquide qui est, dit-il, presque du sang, se transforme assez rapidement par son séjour dans les vaisseaux sans avoir été obligé de passer par les organes de la digestion. Les globules constituants du lait commenceraient par être dissociés et réduits en globulins qui ensuite se rassembleraient pour s'envelopper d'une membrane albumineuse et former ainsi les globules blancs, et de là aux globules rouges il n'y a qu'un pas. En effet, quarante-huit heures après l'injection tout est rentré dans l'état normal. M. Donné va plus loin, il pense que c'est dans la rate que s'opère cette transformation, et il assigne ainsi des fonctions importantes à cet organe qui a tant embarrassé les physiologistes. Cette opinion, on le sent, a besoin de preuves nombreuses, car des animaux et des hommes même ont pu vivre sans rate.

Pour compléter ce qui concerne le sang, l'auteur indique une magnifique expérience qui consiste à contempler ce fluide vivant, non plus comme on le faisait autrefois dans le mésentère d'un animal à sang froid ou dans la queue du tetard, mais dans la langue de la grenouille. Cet organe se prête, en effet, merveilleusement à ce genre d'expériences et par sa transparence, et par la multiplicité de ses éléments, et par sa grande vascularité : muscles, artères, veines, nerfs et glandes, on aperçoit d'un coup-d'œil un résumé de l'économie animale.

Puis nous passons à l'examen des mucus sur lesquels une distinction établie d'après la nature des membranes qui les fournissent, jette une grande clarté. Les unes, analogues à la peau, sécrètent un liquide acide, contenant des lamelles, produit de la desquammation de leur épithélium ; les autres donnent un liquide visqueux alcalin où nagent les globules muqueux si désespérants par leur ressemblance avec les globules du pus De là, M. Donné passe à la description du pus lui-même que le microscope ne peut accuser que là où ne peuvent se rencontrer des globules muqueux.

Après, arrive l'histoire intéressante, nette, précise, des urines, que l'auteur propose à juste titre aux commençants, comme sujet d'exercice. En effet, là tout est tranché, les formes arrêtées, les réactions prévues. Telle urine qui, à la vue simple, présente un nuage muqueux ou un dépôt d'un aspect purulent, portée sur la platine du microscope, laisse apercevoir des cristaux d'acide urique à la forme rhomboïdale, solubles avec efflorescence dans la plus petite goutte d'acide nitrique, ou les octaèdres réguliers de l'oxalate de chaux, ou bien encore les animalcules spermatiques. Car c'est là où le microscope triomphe; c'est là qu'il porte un diagnostic assuré quand il s'agit de constater cette affection si rémarquable par les troubles qu'elle détermine dans toutes les fonctions, nous voulons parler des pertes séminales involontaires. Le sperme, caractérisé par l'existence de petits animalcules de forme et de dimension bien déterminées, peut se retrouver mêlé à d'énormes quantités de liquide, et avec les précautions qu'indique M. Donné on peut en constater la présence, quand une simple goutte se trouve mêlée à plus d'un litre d'urine.

L'auteur passe ensuite au chapitre le plus étendu de son ouvrage, l'étude du lait. Ici on reconnaît l'objet favori des études de l'auteur. Il le décrit, l'analyse, le soumet aux expériences les plus variées, cherche à poser des règles pour reconnaître ses nombreuses adultérations, sa richesse en crème, etc. Le lait, avant d'arriver à l'état parfait, état dans lequel il se présente comme un sérum transparent tenant en suspension des globules bien connus et bien décrits, le lait se montre différent à l'époque qui précède l'accouchement et quelques jours après. Connu alors sous le nom de *colastrum*, il contient, mêlés aux globules ordinaires, certains corps jaunâtres de dimensions variables, mamelonnés à leur surface. Ce sont ces particules que M. Donné appelle *corps granuleux*, et qui, en persistant quelquefois dans le lait des nourrices, lui communiquent les propriétés les plus fâcheuses pour les enfants. Le volume et la quantité relative des globules laiteux s'apprécient aussi très bien par le microscope.

Mais ce n'est pas seulement comme formant l'aliment unique du premier âge que M. Donné a considéré le lait ; il s'en est occupé comme d'une substance dont la consommation est considérable dans les grandes villes, et qui, par cette raison, a été soumise à plusieurs moyens d'appréciation. Ces moyens sont scrupuleusement discutés, et après avoir montré leur insuffisance, M. Donné propose une méthode nouvelle et un instrument nouveau. La méthode consiste à tenir compte de l'opacité plus ou moins grande du lait qui résulte de sa richesse en crème; l'instrument est destiné à donner le moyen de faire cette appréciation. On sait qu'une discussion fort vive s'est engagée sur ce sujet à l'Académie des sciences ; le procès y est encore pendant ; il nous paraît convenable d'attendre sa solution, confiée à une savante commission instituée à ce sujet. Nous pouvons dire, du moins, que le zèle et la persévérance de M. Donné sur ce point si important d'hygiène publique, méritent des éloges et des encouragements, et qu'en admettant même qu'il se soit exagéré la valeur des moyens qu'il propose, il serait injuste de ne pas reconnaître qu'il n'y a que ceux qui ne font rien qui ne se trompent jamais.

En résumé, avec les tendances actuelles de la science, la publication de l'ouvrage de M. Donné nous paraît fort utile, non-seulement aux élèves, auxquels il s'adresse particulièrement, mais à tous les praticiens qui, éloignés des grands centres d'instruction, n'ont pu suivre les cours de microscopie si heureusement introduits dans l'enseignement particulier par l'auteur de cet ouvrage.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action de certaines huiles essentielles sur l'organisme animal ; par M. le docteur Mitscherlich, professeur à l'université de Berlin.

L'action des huiles essentielles n'a pas encore été examinée jusqu'à présent, et c'est pour l'huile volatile de térébenthine seulement qu'on a noté les symptômes determinés par l'ingestion à fortes doses. M. Mitscherlich a fait, avec plusieurs d'entre elles, des expériences qui décèlent le plus ou moins d'énergie de certaines de ces huiles, envisagées sous le rapport de leurs propriétés toxiques. Ces expériences démontrent le passage de ces huiles dans le torrent de la circulation, et leur élimination par l'exhalation pulmonaire, et en partie aussi par l'excrétion rénale; elles font connaître en outre les symptômes auxquels donnent lieu et qui déterminent la mort; enfin les lésions cadavériques qu'on rencontre dans l'estomac, les intestins, etc., après cette sorte d'intoxication. Malheureusement elles ne nous fournissent encore aucun éclaircissement sur la manière d'agir de ces substances. Voici, d'ailleurs, les conclusions que l'auteur a tirées des observations recueillies sur les animaux (lapins, chiens, etc.).

I. *Huile volatile de moutarde.*

1° L'huile de moutarde est un poison violent; elle tue les animaux dans un espace de temps plus court que ne le font les autres huiles essentielles citées ci-après ;

2° Elle provoque une inflammation locale qui, cependant, n'est très forte dans le canal intestinal ; cette inflammation détermine un fort détachement de l'épithélium, sans toutefois occasionner aucun changement dans la disposition du tissu cellulaire ;

3° Elle est absorbée, et son odeur permet d'en reconnaître facilement la présence dans la cavité abdominale et dans le sang ;

4° Elle est en partie rejetée par l'exhalation qui s'opère à la surface pulmonaire, et, dans un cas, elle a communiqué à l'urine une odeur de raifort ;

5° Dans les cas d'empoisonnement par cette huile, l'irritabilité musculaire persiste long-temps encore après la mort.

II. *Huile volatile de sabine.*

1° L'huile de sabine est un poison violent, mais qui ne tue les animaux qu'avec beaucoup moins de promptitude que l'huile de moutarde ;

2° Elle est absorbée, ainsi qu'on peut le reconnaître à son odeur dans la cavité abdominale et dans le sang ;

3° Elle est rejetée en partie par l'exhalation pulmonaire et en partie aussi par la sécrétion urinaire, ainsi que le démontre l'odeur qui lui est propre ;

4° Elle n'occasionne, même à doses mortelles, que peu de changements dans le canal intestinal, et seulement un engouement des vaisseaux sanguins qui se distribuent au jéjunum, plus un détachement de l'épithélium ;

5° Son action sur les veines est telle, qu'après la mort ces organes sont gorgés de sang ; et, dans un cas, on a pu observer dans l'urine des cylindres qui, probablement, étaient formés par la membrane interne des canaux urinaires de Bellini;

6° L'irritabilité musculaire persiste long-temps après la mort, et le cœur, dont les cavités sont gorgées de sang, présente long-temps encore des pulsations.

III. *Huile volatile de carvi.*

1° L'huile de carvi est un poison violent ; cependant son action toxique est moindre que celle des deux huiles précédentes ;

2° Elle est absorbée, ce qu'on peut aisément reconnaître à son odeur dans la cavité abdominale ;

3° Elle est rejetée en partie par l'exhalation pulmonaire, mais l'urine n'en offre aucun indice ;

4° Elle détermine des changements de structure dans l'estomac et le jéjunum, mais sans y produire d'inflammation, pas même de congestion sanguine.

IV. *Huile volatile de fenouil.*

1° L'huile de fenouil est un poison violent, mais néanmoins plus faible que les huiles essentielles qui précèdent ;

2° Elle est absorbée, ainsi qu'on peut le reconnaître à l'odeur qu'exhale la cavité abdominale ;

3° Elle est en partie rejetée par l'exhalation pulmonaire, mais l'urine n'en offre pas le moindre indice ;

4° Elle détermine, dans le tube intestinal, un changement de structure tout à fait semblable à celui dont il a été question en parlant de l'huile de carvi.

V. *Huile volatile de térébenthine.*

1° L'huile de térébenthine est un poison bien plus faible que les quatre huiles essentielles précédentes ;

2° Elle est absorbée, comme il a déjà été démontré antérieurement par Hertwig et autres expérimentateurs, et on la reconnaît très distinctement à l'odeur qui lui est propre, aussi bien dans l'air expiré que dans la cavité abdominale, etc.;

3° Elle est rejetée en partie par l'exhalation pulmonaire, et elle communique à l'urine une odeur spécifique, fait connu dès long-temps;

4° Elle n'a pas provoqué, dans les expériences de M. Mitscherlich, d'inflammation de l'estomac, mais un changement tout particulier dans la structure de cet organe, avec un détachement considérable de l'épithélium et formation de phlyctènes sanguinolentes ;

5° Ce n'est pas seulement à l'estomac et au jéjunum que se trouve borné le détachement de l'épithélium, comme il arrive avec les huiles volatiles dont il a été parlé plus haut ; mais l'huile de térébenthine parvenue dans le gros intestin y détermine un effet semblable, et c'est ainsi qu'elle donne lieu à un effet purgatif et à des évacuations alvines de nature muqueuse.

Rapport de MM. les docteurs Lodibert *et* Martin-Solon *sur le Sirop de Pointes d'asperges, préparé par M. Johnson.*

Messieurs,

Vous nous avez chargé, M. Lodibert et moi, de vous rendre compte du Mémoire que M. Johnson, pharmacien à Paris, vous a adressé *sur les propriétés médicales du Sirop de pointes d'asperges.* Voici l'analyse de ce travail :

« Nous avons fréquemment employé ce Sirop l'année dernière, à » l'hôpital Beaujon, et nous l'avons vu abaisser d'une manière très » notable le nombre des battements du cœur, dans les palpitations » nerveuses, dans les cas d'hypertrophie du cœur ; nous l'avons vu » quelquefois diminuer l'impulsion de l'organe malade et amoindrir le » bruit de soufflet qui accompagnait cette lésion. Les effets du Sirop » de pointes d'asperges ont toujours été bien plus sensibles quand les » palpitations pouvaient être attribuées à un état nerveux, que quand » le système musculaire était hypertrophié. Il est cependant certain » que, même dans cette dernière circonstance, la contractilité du cœur » a été quelquefois sensiblement modifiée ; c'est peut-être à cause de » cette propriété qu'au Malabar on emploie contre la fièvre hectique » une confiture préparée avec les pousses de pointes d'asperges.

» Nous avons, ainsi que plusieurs médecins, constaté l'effet diurétique du sirop dont il s'agit dans plusieurs hydropisies. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 29. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 8 MARS 1844.

L'article 12 du projet de loi sur les patentes, dans lequel sont spécifiées les exceptions à cet impôt, exceptions dans lesquelles figurent les médecins, d'après un amendement de la commission, cet article a été adopté hier par la Chambre des députés, après une rédaction nouvelle et fort bien motivée, proposée par M. Bouillaud.

Ainsi donc, ce grand acte de justice et de logique, sollicité depuis bientôt un demi-siècle, vient enfin d'être obtenu. Ainsi donc, le médecin ne sera plus assimilé par la loi à un marchand patentable, et la médecine, cette science et cet art tout de dévouement et de charité, ne sera plus comparée à une marchandise. L'art, la science et la profession reçoivent par cette décision une nouvelle garantie de dignité et d'honorabilité, et les remercîments du corps médical doivent s'adresser d'abord à la commission, qui a proposé l'exception en sa faveur, et aux honorables députés qui l'ont soutenue, parmi lesquels nous sommes heureux d'avoir à citer deux de nos confrères, MM. Bouillaud et Richond des Brus.

Voici la rédaction proposée par M. Bouillaud, et qui a été adoptée :

« Sont exemptés de la patente :

» Les docteurs en médecine et en chirurgie, officiers de » santé, sages-femmes et vétérinaires. »

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Fièvres typhoïdes. (Suite.)

Au n° 19 de la même salle, nous avons observé un autre sujet atteint de la même affection; mais chez ce second malade, la fièvre typhoïde a revêtu une autre forme, celle que les auteurs ont décrite sous le nom de forme bilieuse, et qui constituait la fièvre bilieuse des anciens médecins. Bien qu'il existe sous beaucoup de rapports une grande ressemblance et une grande analogie entre ces deux affections, chacune d'elles, celle que nous avons décrite et celle dont nous allons vous dire quelques mots à propos de ce sujet, se distinguent par un cortége particulier de symptômes propres, et que l'on ne retrouve pas dans les deux formes.

Chez le malade du n° 19, nous avons trouvé la teinte jaune, non-seulement de la face et de l'ovale inférieure du visage, mais encore de la peau de tout le corps, comme s'il y avait un commencement d'ictère. La peau était sèche et brûlante; un caractère de cette sorte de chaleur est de s'accumuler en quelque sorte sous la main du médecin; tandis que chez le malade dont nous vous avons entretenu précédemment, la peau, quoique chaude, était un peu moite, et la main se mettait facilement en harmonie avec la température de la peau du malade, dans l'espace de quelques minutes. Il n'est pas inutile de vous faire remarquer ce caractère, qui n'est pas sans importance pour le diagnostic. Toutes les fois que cette chaleur âcre existe, toujours vous avez sous la main cette sensation de chaleur morbide particulière, sèche, qui diffère de la chaleur ordinaire, si forte soit-elle, parce que la main ne peut s'y accoutumer, et qu'elle ne peut se mettre en équilibre avec elle-même par un contact prolongé. Il y avait en même temps chez notre malade une grande sécheresse de la bouche. Il n'est pas besoin de vous faire remarquer que la plupart de ces symptômes, et principalement la coloration jaune des téguments et la chaleur caractéristique que nous avons décrite, n'existaient pas chez le premier de nos malades.

Les mêmes différences se faisaient remarquer pour l'état de la langue; organe dont l'examen fournit des indications de la plus haute importance dans la maladie qui nous occupe. Tandis que chez le premier la langue était sèche, lisse, rouge; chez le second elle était sèche, mais blanchâtre, saburrale, présentant vers sa partie moyenne une légère coloration tirant un peu sur le jaune. La réunion de tous ces phénomènes indiquait manifestement une fièvre bilieuse; et bien que cette forme ne commande pas impérieusement beaucoup de modifications dans le traitement, cependant il en est quelques-unes qui sont formellement indiquées. Ainsi, par exemple, il est possible que cette forme soit une cause qui contre-indique les émissions sanguines, et la médication antiphlogistique que nous avons mise en usage avec beaucoup de succès chez le malade dont nous vous avons entretenus plus haut.

Lorsque le visage n'est pas rouge, animé, que le pouls n'est pas plein, extrêmement développé, il ne faut pas faire d'émissions sanguines, de crainte que le malade ne succombe à la faiblesse que l'on aurait ainsi déterminée, avant que l'affection typhoïde soit guérie. Chez notre sujet le pouls était fréquent, mais sans largeur ni développement extrême. Il donnait 112 pulsations par minute. L'expression de la physionomie était assez bonne, calme. La sécheresse de la langue, que nous avons signalée en parlant de l'état saburral, était accompagnée d'une soif très vive.

Les symptômes locaux du côté du tube digestif étaient les suivants : le ventre était ballonné, rénitent, à peu près indolent dans l'état du repos; mais à la pression, même modérée, on éveillait une assez vive sensibilité dans le flanc droit, où l'on produisait en même temps un gargouillement bien distinct. On n'a point constaté de gargouillement dans le flanc gauche, où la pression déterminait seulement une légère douleur. Il paraît n'avoir pas eu d'épistaxis, au moins à ce qu'il nous a dit; mais l'ayant questionné davantage d'une manière plus pressante, et en détaillant plus au long nos questions, lorsque nous lui avons demandé s'il avait mouché du sang ou s'il en avait craché, il nous a dit avoir en effet rendu à plusieurs reprises dans ses crachats de petites boules noirâtres qui s'étaient, disait-il, arrêtées dans sa gorge. Ces petites boules noirâtres sont, à n'en pas douter, de petits caillots de sang. Il arrive souvent, dans les épistaxis peu abondantes, et qui surviennent chez des malades qui sont couchés sur le dos, que le sang provenant des fosses nasales coule dans l'arrière-gorge, et soit alors rendu dans les crachats ou quand le malade se mouche, et cela sans qu'il se soit aperçu en aucune manière de l'épistaxis qu'il a éprouvée. Si j'insiste sur ce point, c'est pour vous faire voir que souvent un phénomène important que l'on recherche et que l'on croirait au premier abord n'avoir point existé, n'a en réalité pas manqué, mais s'est montré d'une manière tellement insidieuse et a duré si peu de temps, qu'il a, pour ainsi dire, passé inaperçu. Telle nous paraît avoir été probablement l'origine du sang que ce malade a rendu dans ses crachats; il n'a point présenté ces épistaxis abondantes, caractéristiques, que l'on observe si souvent : le phénomène, pour avoir été peu marqué, n'en a pas moins existé cependant.

Hippocrate lui-même, vous voyez que cette observation remonte à des temps bien reculés, avait déjà signalé l'importance de ces hémorrhagies dans la détermination du pronostic des maladies. L'épistaxis abondante, dit-il, au début des maladies aiguës fébriles, indique toujours une affection grave. S'il ne connaissait pas les affections typhoïdes, ce pronostic, porté par lui d'un manière générale, n'en reste pas moins d'une justesse incontestable et d'une haute importance.

Un autre phénomène existe chez le malade dont nous nous occupons, phénomène que nous avons également constaté chez le premier sujet dont nous vous avons parlé, mais à un degré beaucoup moins fort, c'est le râle sibilant que l'on entend dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière, et partout en même temps. Les quintes de la toux sont suivies de l'expectoration de crachats visqueux, étoilés dont nous vous avons signalé l'absence chez le malade couché au n° 9 de la même salle. Ces crachats sont tellement visqueux qu'ils tiennent en partie aux lèvres du malade alors qu'ils sont déjà sur les bords du crachoir. La sécheresse des lèvres favorise encore l'adhésion que présentent ces crachats et la difficulté de leur expulsion. Ainsi, voilà deux phénomènes importants que nous observons chez ce sujet, bronchite sibilante générale et crachats visqueux et gluants, phénomènes qui nous manquaient complétement, surtout le premier, chez

FEUILLETON.

RAPPORT SUR LE COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DU CAIRE POUR L'ANNÉE 1843.

(Suite du n° 25.)

Peu de temps après la fondation de l'établissement médical, M. le comte Alexandre de Laborde alla en Egypte, et voulut voir l'Ecole de médecine. C'était pour elle une bonne fortune : aussi, jugea-t-on qu'il était de la plus haute importance que ce personnage s'assurât par lui-même des progrès des élèves et de leurs excellentes dispositions.

M. de Laborde fut introduit en grande pompe dans la salle où les disciples s'étaient rassemblés. Les professeurs, les employés subalternes assistaient à cette cérémonie, et en présence d'une foule de spectateurs, il se passa une scène qu'on ne peut qualifier.

M. de Laborde examinait avec beaucoup d'attention les dessins tracés sur les murs.

« Cette salle est magnifique, dit-il; dans quelle intention ce travail a-t-il été fait ? »

En montrant un côté du mur, on lui répondit :

« Ces lignes sont tracées, afin que les élèves puissent comprendre la manière dont la lumière est interceptée, dans certains cas. Nous avons jugé cela nécessaire; car les Orientaux sont très superstitieux. A la vue d'une éclipse, ils prétendent que le diable marie sa fille, et ils font un bruit épouvantable pour chasser le diable.

» Aujourd'hui, nos jeunes gens ne partagent pas la manière de voir de leurs compatriotes; c'est ce dont vous allez vous convaincre; ayez la bonté d'adresser une question. »

« Monsieur, dit le voyageur, en s'adressant à un élève, veuillez, s'il vous plaît, me dire ce que c'est qu'un éclipse ? »

L'interrogateur ignorait la langue arabe, le traducteur transmit la question.

L'élève : « Je ne sais ce que vous me demandez, jamais le *professeur d'anatomie* ne nous a parlé d'éclipse. »

Le traducteur : « Ne paraissez pas embarrassé, courage ! dites quelque chose. »

L'élève : « Je ne sais que dire, interrogez-moi plutôt sur les os, je répondrai. »

Le visiteur : « Eh bien ! que dit notre jeune homme ? »

Le traducteur : « Monsieur, l'élève dit qu'une éclipse est l'obscurcissement d'un astre par l'interposition d'un autre. »

M. de Laborde fut enchanté de la réponse, et se promit bien de faire connaître en Europe les *progrès étonnants* des Egyptiens dans l'étude des sciences physiques.

Après plusieurs années de *succès* obtenus de la sorte, le délai demandé par l'administration de l'Ecole pour livrer des chirurgiens indigènes venait d'expirer. Le gouvernement réclama la réalisation des promesses qui lui avaient été faites.

Ne point adhérer immédiatement aux injonctions du vice-roi, c'était s'accuser soi-même, c'était récuser son propre ouvrage. L'administration ne pouvait le faire; il fallut se résigner.

On choisit les plus avancés des élèves, mais aucun d'eux ne savait réduire une fracture, aucun d'eux n'avait suivi un cours de matière médicale; cependant ils allaient recevoir la plus belle mission qui fût jamais donnée aux hommes, celle de soulager nos semblables.

Afin de masquer ce manque de connaissance, on se hâta de traduire un formulaire dont on remit un exemplaire à chaque candidat, et le chef de l'institution médicale imagina, pour compléter l'instruction des chirurgiens qu'il venait d'élever, un expédient qui lui parut fort avantageux.

Pendant plusieurs jours, en présence de ses élèves, il tirait des coups de fusil chargé à balle sur les cadavres déposés dans l'amphithéâtre.

Il rompait ainsi les os des morts, et séance tenante, il enseignait à ses disciples les moyens de réduire les fractures.

Trente sous-aides furent présentés au vice-roi, qui en ordonna le placement à bord de ses bâtiments de guerre, et dans quelques régiments de l'armée régulière.

Quinze jours s'étaient à peine écoulés, que les ministères de la marine et de la guerre recevaient journellement des plaintes sur l'incapacité des chirurgiens arabes, élèves de l'Ecole d'Abouzabel.

Ibrahim-Pacha lui-même adressa de fortes réprimandes au second de ces ministres, et défendit expressément aux élèves nouveaux venus d'exercer la médecine et la chirurgie.

Dans la marine, les mécomptes avaient été si graves, qu'une enquête fut ordonnée, et une commission composée de médecins reçut l'ordre d'examiner le savoir des chirurgiens arabes.

Ces derniers avouèrent eux-mêmes leur ignorance complète de l'art médical, et on reconnut que plusieurs d'entre eux savaient à peine lire et écrire.

Pendant assez long-temps on crut à la dissolution de l'école; mais tant d'hommes influents avaient contribué à son élévation, qu'elle fut maintenue malgré les impressions fâcheuses occasionnées par ses premiers élèves.

Durant trois ou quatre années, il ne fut plus question des élèves de l'école d'Abouzabel. Les médecins européens, que déjà on voulait remplacer, avaient reconquis leur première influence, et l'on se demandait parfois à quoi servirait l'Ecole de médecine d'Abouzabel, puisque les élèves ne pouvaient entrer dans les services publics.

La défaite essuyée par l'Ecole fut une victoire pour les Turcs; ils devinrent plus opposants que jamais, et l'établissement-modèle fut pour eux un sujet de division.

On en était là, quand Méhémet-Ali reçut un jour le conseil d'envoyer en France quelques élèves de l'Ecole de médecine, afin de se perfectionner sous les savants professeurs de ce pays.

Méhémet-Ali comprit toute la portée de ce conseil, et, sans désemparer, il fit préparer l'expédition qui ajoutait à sa gloire, en appelant l'attention de l'Europe sur les opérations de son génie.

Des élèves partirent sous la conduite de leur directeur.

Arrivés en France, il fallait que le public s'occupât d'eux, il fallait que leur présence dans une contrée civilisée fût l'annonce d'une ère nouvelle en Egypte, et fit proclamer Méhémet-Ali le régénérateur du peuple égyptien.

La France accueillit avec bienveillance et générosité ses nouveaux hôtes: elle applaudit aux intentions de réformes du gouverneur de l'Egypte, et prit sous sa protection les Africains, qui demandaient, au nom de Méhémet Ali, qu'on les initiât aux connaissances du monde civilisé; et, afin de ne pas laisser de doute sur les notions que déjà ils avaient acquises, on assembla des examinateurs qui déclarèrent, dans un procès verbal, avoir été satisfaits des réponses par les nouveaux initiés.

Cette première épreuve, subie au milieu d'hommes éclairés, eut quelque retentissement; les Egyptiens s'en prévalurent, et, rentrés dans la vallée du Nil, ils en firent un usage qui décela la nature de leurs sentiments.

Disons un mot de cet examen.

Les Egyptiens envoyés par Méhémet-Ali gagnèrent sans doute en instruction, mais on exagéra considérablement ce qu'ils avaient acquis, et jamais ils ne possédèrent les connaissances dont généralement on les a dits pourvus.

L'examen dont on s'était enorgueilli fut un examen de forme, plutôt qu'un examen sérieux.

Les agents du vice-roi allèrent trouver les examinateurs, et sollicitèrent leur bienveillance à peu près en ces termes :

« Les élèves égyptiens ont besoin de toute votre indulgence, nous venons la demander pour eux, dans l'intérêt de l'Egypte, de sa civilisation naissante.

L'Egypte a choisi la France pour son institutrice; nos élèves sont aujourd'hui les vôtres, daignez encourager leurs efforts en applaudissant aux premières tentatives dont vous serez les témoins oculaires. L'instruction de ces élèves, nous le savons, est loin d'être complète;

l'autre malade, et qui se pronoucent chez celui-ci de la manière la plus évidente.

Ce n'est pas tout, et nous allons, pour faire mieux encore ressortir les différences que présentent les diverses formes de l'affection typhoïde, poursuivre notre parallèle. Nous trouvons chez lui les taches rosées lenticulaires que nous n'avons pu découvrir chez le premier. Sur l'abdomen et sur la partie inférieure de la poitrine existent des taches rosées, qui n'ont pas moins, en certains endroits, de deux millimètres de diamètre et qui sont conséquemment de la dernière évidence. Elles disparaissent sous la pression du doigt pour reparaître aussitôt que cette pression a cessé. Ces taches, auxquelles les anciens n'avaient presque fait aucune attention, et auxquels ils n'avaient pas attaché l'importance que, selon nous, elles doivent avoir ; ces taches, dont la valeur a été signalée par les auteurs modernes, n'existent pas seulement dans la maladie qui nous occupe aujourd'hui, on les retrouve dans le typhus des camps, etc. Facilement reconnaissables pour ceux qui ont la moindre habitude d'observer les malades, elles ont des caractères particuliers qui ne permettent pas de les confondre avec aucune autre espèce de taches.

Quelques auteurs ont écrit qu'elles se développent sous l'influence des cataplasmes dont on couvre habituellement le ventre des malades, et à la suite des sueurs abondantes. C'est une erreur ; l'éruption à laquelle donnent lieu les cataplasmes et les sueurs n'a pas les moindres rapports avec celle dont nous vous entretenons ici, et ne peut en aucune manière être confondue avec les taches rosées lenticulaires.

Un accident est survenu chez notre malade, que nous pouvons rapporter à deux causes essentiellement différentes, et qui cependant concourent au même résultat, nous voulons parler de l'embarras de la parole, déterminé simultanément et par un trouble dans les fonctions du système nerveux et par un état de sécheresse de la bouche. Dans l'état de santé, et d'après les renseignements que nous nous sommes procurés, il parlait facilement et sans bégayer. Ce matin, il bégaie, et prononce difficilement les phrases les plus courtes. Sa langue est sèche et un peu fuligineuse : c'est encore là un de ces modes si fréquents de perturbation de la contractilité musculaire particuliers à ces affections.

Il y a dans le groupe de maladies réunies sous le nom d'affection typhoïde, une modification des fonctions du système musculaire, qui n'existe pas dans les autres maladies aiguës purement inflammatoires. Un homme atteint d'une pleuro-pneumonie ou d'une pleurésie intense, peut se soulever quelques instants dans son lit et se prêter plus ou moins facilement à l'examen du médecin. Le sujet typhoïde ne peut se soulever même un instant et est affecté de cette espèce de tremblement irrégulier qui se rapproche de celui de l'individu dans l'état d'ivresse. Il présente des soubresauts des tendons qui ne sont peut-être que l'exagération de ce tremblement, et que nous retrouvons ici. Ainsi le système musculaire présente dans toutes ses parties une perturbation manifeste, et cela suffirait presque, dans un grand nombre de cas, pour établir un diagnostic certain.

Il est d'autres symptômes non moins graves sur lesquels nous devons appeler votre attention. Le malade dont nous nous occupons laisse aller sous lui ses urines et ses matières fécales. L'émission involontaire de l'urine nous paraît un symptôme plus grave et plus inquiétant que la défécation involontaire, plus significatif aussi, et nous allons vous en donner la raison. Il est possible qu'en rendant des vents intestinaux, le malade laissse échapper avec les gaz des matières fécales, surtout si elles sont un peu liquides ; mais il n'en est pas de même pour les urines, et leur émission involontaire est la preuve toujours certaine d'un trouble considérable dans les fonctions du système nerveux et du système musculaire.

Vous avez dû remarquer que nous avons examiné avec la plus grande attention les téguments de la région du sacrum et du coccyx. Cet examen était nécessaire, et avait pour but de s'assurer si ces parties ne présentaient point par hasard ces rougeurs ou ces petits boutons qui précèdent et annoncent la formation d'une eschare gangréneuse, accident malheureusement trop commun dans les affections typhoïdes. Le sujet est aujourd'hui au quatorzième jour de la maladie, et loin de s'amender, les accidents vont en s'aggravant ; il lui arrive fréquemment de parler tout seul, ou plutôt de marmotter des paroles inintelligibles le plus souvent, signe fâcheux pour la terminaison de la maladie. L'intelligence, assez nette au moment de son entrée à l'hôpital et qui ne paraissait pas avoir été obtuse dans l'état de santé normal, s'obscurcit de jour en jour. Interrogé s'il savait où il se trouvait, il nous a répondu confusément qu'il n'en savait rien ; quel était le jour de la semaine, il nous a répondu vendredi, au lieu de mardi ; enfin il se croit ici depuis quinze jours, et c'est seulement le sixième jour aujourd'hui qu'il est dans nos salles.

D'après tout ce que nous venons de vous dire ; d'après l'ensemble des symptômes que nous venons de faire passer sous vos yeux, il vous est facile de voir, et c'est presque inutile d'y insister plus longuement, que l'état de ce sujet est des plus dangereux ; nous portons donc un pronostic excessivement grave, et tout nous fait craindre, avec raison, une terminaison funeste.

Quel est, en pareille circonstance, le traitement à mettre en usage? Quelles sont les indications thérapeutiques? Les ressources dont nous pouvons disposer sont bien faibles, eu égard à la gravité de la maladie. Le peu de développement du pouls, l'époque éloignée du début de la maladie, l'état de faiblesse et de prostration où il se trouve, la forme qu'a revêtue l'affection, tout nous empêche de songer aux émissions sanguines. En raison de la chaleur âcre, sèche de la peau, nous lui faisons prendre des bains ; des boissons acidules lui sont administrées. Les conditions dans lesquelles il se trouve ne sont pas celles qui pourraient indiquer l'emploi des toniques, que l'on ne doit mettre en usage que dans les cas où la chaleur s'abaisse, et nous avons vu qu'ici elle est considérablement augmentée. Les inconvénients qu'ils pourraient avoir nous font une loi de nous en abstenir en pareil cas, à moins que les malades ne soient dans un état de faiblesse telle que nous ne craignions de voir la mort survenir d'une manière inopinée. Ainsi, des bains, des compresses froides fréquemment renouvelées sur le front, des sinapismes sur les membres inférieurs, des fomentations émollientes, une grande propreté, voilà les indications que nous avons à remplir. Quant aux purgatifs, il est impossible d'y songer, puisque le malade a six ou huit selles liquides dans les vingt-quatre heures.

— Avant de terminer ce que nous avions à vous dire des fièvres typhoïdes qui sont actuellement dans le service, deux mots sur un homme couché au n° 13 de la salle Sainte-Agnès. Il est aujourd'hui au cinquante-huitième jour de la maladie. Il présente des eschares au sacrum, et se trouvait, il y a quelques jours, dans un état de faiblesse et de prostration extrême. Nous avons essayé de le remonter un peu par les toniques, mais bientôt nous avons été contraint d'en cesser l'usage parce qu'une diarrhée abondante s'était manifestée. Cependant, depuis hier, les matières qu'il rend sont plus solides et moulées. Mais son état n'en reste pas moins très grave aussi, surtout à cause des vomissements qu'il a eus il y a peu de jours, et qui sont un signe fâcheux quand ils surviennent à une époque éloignée du début de la maladie typhoïde. Dans les cas de ce genre, le pronostic est presque toujours mortel.

Le visage de ce malade est sans expression aucune, sa physionomie hébétée. Ses dents sont recouvertes d'un enduit fuligineux, noirâtre. Il parle continuellement tout seul. Ses réponses, quand on peut en obtenir en fixant fortement son attention, sont lentes, le plus souvent justes. Le pouls, et c'est principalement pour cela que je vous dis quelques mots de ce malade, est d'une fréquence rare ; nous avons pu compter 240 pulsations par minute ; vous comprenez que les pulsations, quand elles sont aussi nombreuses, ne peuvent se compter comme on les compte ordinairement. Pour parvenir à les apprécier à peu près exactement, il est nécessaire de ne compter que pendant cinq secondes, et jusqu'à dix seulement. Ce n'est que de cette manière que nous avons pu arriver à cette appréciation. Bien que nous nous attendions à voir succomber ce malade dans un très court espace de temps, nous n'avons pas cessé toute médication ; mais nous nous bornons à soutenir les forces autant qu'il est en notre pouvoir. Ici, l'indication vitale est la seule que nous cherchions à remplir. Entretenir la vie le plus long-temps possible, et par tous les moyens possibles, quand la mort est prochainement certaine, c'est à cela que se réduit le devoir du médecin. Nous lui avons, dans ce but, prescrit ce matin une potion cordiale contenant quatre grammes d'extrait de quinquina et quelques cuillerées de bouillon.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

RÉSUMÉ DU SERVICE DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1843.

(Suite du n° 26.)

Maladies du cœur.

Douze individus atteints d'affections organiques du cœur sont passés dans le service ; cinq hommes et sept femmes. Deux hommes et cinq femmes ont succombé. C'est encore ici le lieu de n'être point surpris d'une pareille mortalité, puisque les autres succomberont également tôt ou tard par le fait de ces maladies : *Hæret lateri lethalis arundo*. La proportion des femmes aux hommes est très considérable, ce qui est en rapport avec les faits connus. Mais cette proportion devient surtout remarquable quand on songe que le service est composé de vingt et un lits de femmes, et de quarante-neuf lits d'hommes.

La localisation des lésions anatomiques tiendra peu de place ; elle a, en effet, peu de valeur pratique, puisque, dans tous les cas, le pronostic et le traitement palliatif sont les mêmes. Nous nous bornerons à dire que, le plus communément, il y avait lésion de l'orifice ventriculo-aortique. Il y a eu trois cas d'hypertrophie simple, plus marquée néanmoins dans la moitié gauche du cœur.

Les trois cas d'hypertrophie simple, sans lésion valvulaire, ont tous offert de l'intérêt. Deux ont pour sujets de très jeunes gens : une fille âgée de dix-sept ans et un garçon de dix-huit.

La première était dans les salles au 1er janvier. En ce moment elle se trouvait bien ; mais plusieurs mois auparavant, lors de son entrée, elle avait offert tous les signes d'une affection cardiaque. Il n'y avait pas de souffle, mais une impulsion remarquablement forte qui persiste toujours, et qui avait fait diagnostiquer une hypertrophie du cœur. Cette malade a quitté l'hôpital pendant le mois de janvier, se portant bien.

Le 23 février elle est rapportée durant la visite : elle était

---

mais veuillez vous rappeler que ces élèves doivent étudier avant de retourner dans leur patrie, auprès du prince, leur bienfaiteur, et que votre approbation sera pour lui un témoignage heureux, dont les effets tourneront au profit de la civilisation en Egypte. »

Quelques années plus tard, les Egyptiens, devenus médecins, retournèrent sur les bords du Nil, fiers du titre qu'ils avaient obtenu et des égards que partout on leur avait prodigués.

Alors, sans respect pour leurs anciens maîtres, mettant de côté tout sentiment de gratitude, ces médecins égyptiens demandèrent à suppléer les professeurs européens, à suppléer leur directeur, celui qui les avait conduits en Europe.

Le conseil des médecins, consulté, se trouva fort embarrassé : on avait assuré au vice-roi que les Egyptiens pourraient, à leur retour, s'emparer de l'enseignement ; l'occasion était arrivée de réaliser cette promesse, pouvait-on se rétracter?

On convint d'adopter un moyen mixte. Quelques-uns des Egyptiens furent admis dans l'Ecole en qualité de professeurs adjoints ; les autres furent envoyés au loin, dans le Sennaar, à La Mecque, ou en Syrie.

Les médecins indigènes ne se tinrent pas pour battus. Docteurs en médecine comme les Européens, ils ne cessèrent de réclamer une parité absolue, et l'exclusion des professeurs étrangers. Ils firent tant et tant que le pacha ordonna un examen comparatif, et l'abandon de l'enseignement à ceux qui prouveraient le plus d'instruction. Les Européens crurent de leur dignité de refuser ; d'ailleurs, quels auraient été les juges? Plusieurs furent remplacés par des Arabes.

Nous venons de voir comment les médecins indigènes sont arrivés au professorat ; examinons maintenant comment ces médecins ont rempli les fonctions qui leur ont été confiées.

Reçus dans le corps enseignant, parlant la langue des élèves, il semblait, au premier abord, que leur coopération deviendrait on ne peut plus favorable ; il n'en fut point ainsi.

Les nouveaux promus tracassaient les élèves de mille manières ; ils prenaient plaisir à les vexer, à les tourmenter ; ils exigeaient d'eux des complaisances, une soumission, un respect absolus, des déférences auxquelles les Européens n'avaient jamais songé.

A aucune époque antérieure à celle-ci, il n'y eut autant de punitions, et au lieu de s'attacher à supprimer graduellement les honteux châtiments dont nous avons déjà parlé, les Egyptiens les prescrivirent avec une prodigalité qui effraya les Egyptiens eux-mêmes.

Des plaintes furent portées, les élèves redemandèrent les professeurs européens.

L'incapacité et l'indifférence des médecins arabes, formés par les professeurs arabes, devinrent tellement notoires qu'on résolut de ne les laisser dans les services du gouvernement qu'un ou deux ans, après lesquels ils rentreraient à l'Ecole. Cette rotation devait durer jusqu'à conviction complète d'une instruction suffisante. La mesure préconisée demeura sans résultats avantageux. Revenus à l'Ecole, les chirurgiens ne travaillaient pas, ils dérangeaient leurs condisciples ; on fut obligé d'en renvoyer un assez grand nombre, qui abandonnèrent la profession médicale.

Aujourd'hui, nous dit-on, l'Ecole de médecine ne compte parmi ses professeurs que des médecins nationaux. Nous pourrions, avec certitude de ne pas nous tromper, prédire la chute très prochaine de cette institution, si déjà elle n'était condamnée à périr par la force même des choses. Toutefois, nous ne devons pas vous dissimuler que si l'établissement médical égyptien est actuellement dans les mains des médecins arabes, ce fait est l'œuvre de quelques Européens eux-mêmes, qui, trompés, ont donné comme mûr un fruit qui était loin d'avoir le degré de maturité convenable.

Nous nous bornerons à ces détails, pour ajouter quelques dernières considérations qui compléteront notre travail.

Méhémet-Ali a créé une Ecole de médecine, il est vrai ; mais cette fondation, comme tant d'autres, ne l'aurait-il pas présentée à l'Europe pour masquer ses dessein? n'a-t-elle pas été ordonnée dans un but personnel et non dans l'intérêt du pays?

On a entretenu la France d'écoles ; mais on ne lui a pas dit que derrière leurs murs, une population dégoûtante de misère pourrit sur du fumier à côté des cadavres d'hommes et d'animaux que, dans leur affaissement moral, les Egyptiens laissent se putréfier sur la surface de la terre.

Et quelle est donc, pour l'Egypte, l'utilité d'une Ecole de médecine, lorsque les 1,500,000 fellahs, reste des 2,500,000 habitants qui peuplaient l'Egypte à l'arrivée de Méhémet-Ali, sont aujourd'hui dans le dénûment le plus complet !

Essaiera-t-on de vous persuader que l'Ecole de médecine a été instituée pour eux? Mais avant de songer à donner des médecins aux Egyptiens, il fallait leur assurer du pain. Méhémet-Ali ne l'a pas fait ; il a laissé subsister, en outre, dans le sein de l'Egypte, les causes d'insalubrité qui font naître la peste et tant d'autres maladies, et lui-même, avec le secours de son monopole, et par la rapacité des siens, il a été un fléau plus destructeur que la peste elle-même.

Voyez l'Egypte, parcourez-la dans ses régions haute et basse, et dites si les hommes, dans cette contrée, sont l'objet de la sollicitude du prince qui gouverne.

On vous a vanté les bienfaits de l'institution médicale égyptienne, on vous a parlé de la gloire acquise à ses fondateurs : le fait suivant, dont nous vous garantissons l'authenticité, vous dira ce qu'il faut croire de ces louangeuses déclamations, et quel cas les maîtres de l'Egypte font des bienfaits de la médecine et de la vie des hommes. — En 1841, les fellahs du district de Damiette étaient accablés par un mal régnant, une fièvre intermittente de nature fort maligne. Quelqu'un, effrayé du nombre des malades, demanda à Ibrahim-Pacha d'envoyer quelques médecins sur les lieux, et de placer, dans le centre du district, un dépôt de pharmacie. Ibrahim-Pacha répondit que *des fellahs n'avaient besoin ni de médecins, ni de médicaments*.

Une Ecole de médecine dans l'Egypte actuelle, c'est absolument un boudoir richement paré dans une maison qui tombe en ruines.

Méhémet-Ali, surnommé le civilisateur de l'Egypte, en politique habile, a compris qu'il fallait capter l'attention de l'Europe, et il atteint son but, en plaçant devant les misères de son pays quelques draperies brodées qui ont charmé l'œil du voyageur.

Quand, en 1841, le pachalik d'Egypte fut octroyé à Méhémet-Ali et à ses descendants, rien n'aurait dû alors entraver la marche de la civilisation. La guerre avait cessé ; l'armée se trouvait réduite au chiffre minime de 18,000 hommes ; et cependant examinez ce qu'a fait Méhémet-Ali. Il a supprimé les écoles primaires, des écoles spéciales ; dans toutes il a diminué le nombre des élèves. L'Egypte demande, pour être constituée et assainie, des hommes autres que les Turcs.

Nous répéterons, comme conclusion, que « le Compte-rendu dont » nous venons de vous entretenir est une de ces réclames déguisées, à » l'aide desquelles on est parvenu à tromper l'opinion de la France sur » la civilisation de l'Egypte, qui n'a jamais existé que de nom. »

Nous sommes peinés d'avoir eu à signaler les erreurs et l'administration destructrice d'un prince qui fut l'allié de la France, et qui, pendant long-temps, sembla rechercher l'estime des Français ; mais un devoir impérieux nous a été imposé, vous nous avez demandé notre jugement sur une des créations de Méhémet-Ali ; la vérité tout entière devait vous être dite, nous avons rempli notre tâche.

Puisse l'opinion publique, désormais éclairée par les travaux de la Société orientale, contribuer à alléger les souffrances des Egyptiens, ces malheureux qui regrettent la domination française, qui l'appellent de tous leurs vœux, et qui ne prononcent le nom français qu'avec un respect mêlé d'admiration !

NOUVELLES.

M. COSTE ouvrira, au Collége de France, par autorisation spéciale du ministre de l'instruction publique, son cours d'embryogénie comparée, le lundi 11 mars, à une heure précise, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— Les leçons sur les maladiés de la peau, de M. Duchesne-Duparcque, auront lieu, à l'avenir, les jeudis à dix heures et demie, au lieu de dix heures, à la demande de la majorité des auditeurs.

morte lorsqu'elle a été placée dans son lit. L'autopsie a révélé une hypertrophie du cœur, sans autre maladie, justifiant ainsi le diagnostic précédemment établi.

Le jeune garçon est entré pour des palpitations et des battements de cœur; il avait aussi une impulsion fort énergique, mais également sans bruit de souffle. Le pouls était très remarquable, et participait d'une façon singulière de la force d'impulsion du cœur. Une saignée abondante avait été pratiquée le matin du troisième jour après l'entrée à l'hôpital. Le soir, les plus alarmants symptômes surviennent subitement. L'interne de garde, venu aussitôt, constate cet état : tous les signes d'une affection du cœur ou du cerveau, de celles qui enlèvent les malades en quelques heures. La petitesse du pouls et la considération de la large saignée faite le matin détournent d'une saignée nouvelle; des sinapismes sont prescrits, ainsi qu'un lavement purgatif et camphré. Le malade meurt deux heures après.

A l'autopsie, nous trouvâmes une hypertrophie du cœur : cela avait été diagnostiqué. En outre, les deux poumons étaient gorgés de sang; il y avait apoplexie pulmonaire, car ce nom doit convenir pour cette infiltration sanguine du poumon, analogue à ce que M. Cruveilhier nomme, dans le cerveau, hémorrhagie capillaire.

Enfin, le troisième malade, âgé de cinquante-quatre ans, a séjourné trois jours dans le service. Il paraît être tombé subitement, comme frappé d'apoplexie, autant qu'ont pu le faire soupçonner quelques vagues renseignements fournis par le malade après deux saignées qui lui avaient rendu un peu de connaissance. L'amélioration n'a, du reste, pas persisté. Le cerveau a été trouvé sain au moment où nous avons fait l'autopsie. Le cœur était hypertrophié, sans lésion valvulaire; avec cela il y avait un énorme abcès occupant la portion postérieure du foie.

De pareils faits sont de nature exceptionnelle, et à ce titre leur importance est capitale. C'est pour cela que je me réjouis d'en avoir été témoin; car leur souvenir me pourra être d'une extrême utilité. Il m'ont préparé à ne pas être troublé devant des faits semblables, qui peuvent plus tard m'attendre dans la pratique.

Rhumatisme.

Aucun cas de rhumatisme n'a été observé dans la salle des femmes. Vingt-quatre hommes atteints de cette maladie sont venus réclamer nos soins, et tous ont guéri. Tous n'étaient pourtant pas dans les mêmes conditions; aussi il importe d'établir immédiatement une distinction relative à la forme et à l'ancienneté de la maladie.

Quelques-uns seulement ont présenté une forme franchement aiguë, et chez ceux-là l'affection était plus ou moins généralisée; de la douleur dans la plupart des articulations, de la rougeur et du gonflement dans une ou plusieurs, puis de la chaleur à la peau, de la fièvre et tous les symptômes de réaction qui accompagnent la forme aiguë des maladies. Ces rhumatismes étaient survenus par l'action accidentelle et momentanée des causes qui les produisent ordinairement. En ces cas, les émissions sanguines ont été employées et ont amené une guérison prompte et facile. Dans ces cas aussi, la loi de coïncidence, signalée par M. Bouillaud, entre le rhumatisme et les affections cardiaques, a pu être constatée et vérifiée. Deux fois notamment, les malades guéris des douleurs articulaires se sont plaint de palpitations et de battements de cœur qui les tourmentaient beaucoup; du souffle a été perçu. Tous ces accidents ont cédé par l'application de ventouses scarifiées sur la région précordiale.

La plupart des rhumatismes avaient la forme chronique. Les malades étaient atteints d'affections rhumatismales anciennes, entretenues par l'action en quelque sorte chronique des causes sous l'influence desquelles elles s'étaient développées. Comme continue, la maladie se réveillait à propos d'une variation atmosphérique ou de l'action du froid. Les individus souffraient davantage alors, et venaient à l'hôpital demander remède à des douleurs qui allaient, chez l'un d'eux, jusqu'à empêcher presque tout mouvement. Dans ces cas, différents de ceux qui précèdent, l'opium, le sulfate de quinine, les bains de vapeur, ont été mis en usage.

L'opium a été administré une seule fois, et même l'a-t-il été avec le sulfate de quinine et les bains de vapeur. C'est pour le cas auquel il était fait allusion dans une des lignes précédentes; la violence et la ténacité des douleurs ont obligé à essayer de plusieurs moyens.

Sans vouloir, avec un si petit nombre de faits, porter un jugement définitif sur le sulfate de quinine, ces faits, je dois le dire, m'ont peu édifié touchant l'efficacité de ce médicament. Souvent, après avoir pris une potion composée avec le sulfate de quinine, les malades ont accusé de l'amélioration; cette amélioration n'a cependant jamais été bien extraordinaire. Il m'est arrivé l'année dernière, dans le service auquel j'étais alors attaché, de voir beaucoup administrer l'opium contre le rhumatisme. Ses effets étaient toujours aussi heureux, au moins, que ceux du sulfate de quinine; et, dans quelques exemples rares, il en a déterminé de bien plus remarquables. Ces circonstances m'ont porté à me demander s'il convenait bien d'exalter le soulagement opéré par le sulfate de quinine, surtout en présence des dérangements inhérents à son action physiologiques.

Aussi, ce qui s'est passé sous mes yeux me détournerait d'employer cet agent thérapeutique contre les affections rhumatismales. En principe, il faut d'ailleurs, pour moi, le degré de certitude le plus évident et le plus absolu, afin de faire passer dans la pratique une méthode de traitement dont les essais ont coûté la vie à quelques hommes.

Enfin, un obstacle sérieux pour l'emploi général du sulfate de quinine, c'est qu'il est seulement à la portée des riches. Si j'en croyais uniquement les observations que j'ai recueillies, dans les meilleures circonstances, il ne guérit pas mieux que les moyens anciens. Or, une saignée, par exemple, ne coûte rien à celui qui ne peut pas payer son médecin.

Les bains de vapeur ont paru le meilleur traitement contre les rhumatismes anciens; ils ont enlevé quelquefois des douleurs qui avaient résisté à une longue administration du sulfate de quinine. Il est vrai d'ajouter que généralement les malades venaient demander des bains de vapeur, convaincus qu'eux seuls pouvaient les soulager et les guérir. Je note avec soin cette circonstance, parce que je suis convaincu que la confiance des malades en leur médecin et aux remèdes, est un essentiel élément de guérison.

A l'époque où je suivais les leçons de M. Velpeau, j'ai été témoin de faits bien remarquables d'influence de l'imagination, et j'en ai été fortement frappé. Néanmoins, à propos de la question qui m'occupe, l'imagination aura, sans aucun doute, activé seulement l'action, par elle-même très efficace, des bains de vapeur.

Il est une circonstance indépendante du traitement que je n'aurai garde d'omettre, car elle a une influence très grande; je veux parler de l'état atmosphérique; son humidité ou sa sécheresse, le degré de sa température, ont une action capitale dans le traitement des rhumatismes, spécialement lorsqu'ils affectent la forme chronique. Les mêmes remèdes, impuissants la première semaine, étaient efficaces le dixième jour. Ce bon résultat coïncidait avec une belle journée, et cessait d'arriver à la fin du beau temps, malgré la continuation du même médicament.

Méningite.

Les exemples de méningite sont au nombre de cinq, dont quatre mortels, malgré l'énergie du traitement employé, lorsque les malades sont venus à temps réclamer des soins. Celui qui a guéri avait été vigoureusement traité par les émissions sanguines et les purgatifs; il est sorti très bien guéri après treize jours. Toutefois, il ne pouvait encore quitter l'hôpital. Au moment où il sortait de nos salles, il passait en chirurgie pour y être traité d'un abcès étendu, mais peu profond, survenu spontanément dans la région du genou. Cet abcès peut être considéré, à la rigueur, comme crise favorable de l'affection des méninges.

Quant aux quatre malades qui ont succombé, il va être aisé d'expliquer une aussi forte proportion dans la mortalité.

Un premier malade a été apporté sans connaissance et sans mouvement. Vainement on cherchait à exciter la sensibilité en le piquant ou le pinçant; rien n'a pu déterminer le moindre et plus imperceptible mouvement qui pût témoigner d'un peu de sensibilité ou d'un reste de conscience de soi-même. La mort est arrivée deux heures après. L'ouverture du cadavre a montré l'injection des méninges et du pus à la base du cerveau, entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Un autre malade a succombé en moins de trois jours. Il avait pourtant été saigné du bras; des sangsues avaient été appliquées aux apophyses mastoïdes; les purgatifs accompagnaient ces émissions sanguines; néanmoins, la méningite a marché, et l'autopsie a également laissé voir quelques traces de suppuration.

Le troisième sujet était entré pour une colique de plomb, et ce n'était pas la première fois qu'il en était atteint. Il faudrait peut être invoquer l'action du plomb pour la production de la méningite, survenue brusquement le lendemain de l'entrée du malade, et très rapidement mortelle.

Le quatrième individu porté comme mort d'une méningite était un jeune garçon de dix-huit ans qui avait passé seulement deux jours dans les salles, se plaignant d'une très vive douleur lombaire, et ne la faisant pas remonter au delà de quelques jours. Il nous a dit pourtant avoir déjà souffert à plusieurs reprises de douleurs semblables, qui chaque fois avaient très bien et assez rapidement guéri. Plus tard, ses voisins nous ont appris que ce malade avait répété, que le médecin de son pays avait déjà dit deux fois, à propos de ces douleurs lombaires, qu'il succomberait. Le malade ajoutait qu'il avait échappé les deux fois, et qu'il le ferait encore celle-ci. Ce renseignement est précieux; car il indique des symptômes assez graves, d'après lesquels le médecin aura diagnostiqué la maladie que nous avons trouvée sur le cadavre. En tous cas, le malade a succombé subitement. Il avait une méningite rachidienne au niveau du point auquel la douleur s'était manifestée; un ramollissement de la moelle et une maladie des vertèbres à ce même niveau. Nous ne pouvions, certes, rien contre une pareille lésion; mais il faut être surpris des symptômes légers accusés par le malade. La douleur était extrêmement violente, il est vrai; aussi nous avait-elle fort préoccupés, et nous avons pressés le jeune malade de questions. Dès lors il est aussi très extraordinaire que nous n'ayons pas eu directement connaissance du pronostic mortel porté deux fois par un autre médecin. Le renseignement reste néanmoins, et témoigne de la gravité d'accidents antérieurs plus en harmonie avec la gravité des lésions cadavériques.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Nouveau mode d'amputation partielle du pied dans son articulation médio-tarsienne; par M. le docteur Isidore POULLAIN, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Lyon.

C'est F. de Hilden qui conçut le premier l'idée d'amputer le pied entre le calcaneum et l'astragale, d'une part, le scaphoïde et le cuboïde de l'autre. Décrite ensuite par Chopart, dont elle a conservé le nom, cette désarticulation a été depuis, et dans ces derniers temps, tellement perfectionnée par les modernes, que c'est aujourd'hui une des opérations les plus faciles de la chirurgie. Quoi qu'il en soit, voici le jugement qu'en porte M. Sédillot, soit qu'on la pratique d'après le procédé de Chopart, soit qu'on se conforme aux nouvelles modifications qu'y ont apportées MM. Richerand, Velpeau et Lisfranc.

« En ouvrant l'articulation par sa face dorsale, depuis la saillie du » scaphoïde jusqu'au bord intérieur externe du cuboïde, on pratique » rapidement et sans obstacle l'amputation tarso-tarsienne; mais la » plaie ainsi obtenue est fort large et a beaucoup de hauteur, parce » qu'elle présente toute la surface antérieure de l'astragale et du cal- » canéum; le lambeau plantaire est trop étroit à son origine, et doit » se prolonger jusqu'aux jointures tarso-métatarsiennes, afin de recou- » vrir dans un plan vertical l'astragale et le calcanéum superposés; » ce lambeau, en outre, a besoin d'être maintenu avec soin en contact » sur la plaie, parce qu'autrement, il retombe par son propre poids, » défaut qui nuit au succès de la réunion. » (Traité de médecine opératoire, 2e partie, page 328.)

A supposer que tous ces inconvénients soient réels (et ils le sont selon moi), M. Sédillot a cherché à les éviter par un procédé qui lui est propre, et qui consister à tailler un lambeau qui est plutôt *interne* qu'inférieur, et dont le résultat est une plaie demi-circulaire qui se trouve parallèle au grand diamètre de l'articulation; la réunion, qui est plus facile que l'autre procédé, donne une cicatrice linéaire. (Traité de médecine opératoire, 2e partie, page 329.)

Outre que ce nouveau mode d'amputation n'est pas d'une exécution très facile, surtout quand on l'applique au pied gauche, il a, selon nous, un autre inconvénient non moins grave que ceux ci-dessus signalés; c'est d'exiger une très grande étendue de téguments *sains;* car, si je ne me trompe, le lambeau interne que l'auteur conseille de prolonger jusqu'à deux travers de doigts de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil qu'il contourne, et qui doit être ensuite disséqué jusqu'au lambeau du scaphoïde; ce lambeau, dis-je, n'a pas moins de deux grands pouces de longueur. Or, c'est énorme, et quand une maladie du pied est assez grave pour exiger qu'on en vienne à la désarticulation médio-tarsienne, il est peu probable que cette maladie ait respecté la peau dans une aussi grande étendue, et vous permette de tailler le lambeau en question. Le procédé de notre estimable confrère doit donc être d'une application extrêmement rare sur le vivant, et c'est ce qui nous a engagé à le modifier.

Au lieu d'un seul lambeau, nous en formons deux, l'un à la partie interne du pied, l'autre à sa partie externe. Chacun d'eux a un pouce à peine de longueur, et exige par conséquent, pour être taillé, moitié moins de peau que le lambeau interne de M. Sédillot, et que le lambeau plantaire de Chopart. Deux incisions en demi-lune circonscrivent ces deux lambeaux à convexité antérieure, et s'étendent de la région dorsale et médiane du pied à la région plantaire correspondante, où elles se réunissent à deux lignes environ au-devant de l'articulation qu'on doit ouvrir. Voici, du reste, comment nous procéderons à cette désarticulation, qui n'exige qu'un tout petit couteau à amputation, et au besoin même un simple bistouri droit à lame un peu forte.

Le malade assis ou couché, la jambe fléchie sur la cuisse, le talon fixé sur le bord du lit ou d'une table, le chirurgien embrasse de la main gauche la portion phalangienne et métatarsienne du pied malade, de manière que le pouce de la même main se trouve sur le dos, et les quatre derniers doigts sous la plante, position qui lui permet d'étendre facilement le pied sur la jambe. Il cherche ensuite à reconnaître, avec le doigt indicateur de la main droite, la patrie supérieure et moyenne de l'articulation, autrement dit la tête de l'astragale qui fait partie de cette même articulation. A une ligne environ en avant de ce point qui forme à peu près le milieu de l'espace inter-malléolaire, il commence, à l'aide du bistouri tenu en troisième position, une incision qu'il conduit en demi-cercle d'abord en avant, puis en arrière, et qu'il va terminer dans un point diamétralement opposé de la plante du pied. A supposer qu'il ait opéré sur le pied droit, le premier lambeau latéral et *interne* se trouve ainsi formé et circonscrit. On taille le second de la même manière. On dissèque ensuite ces deux lambeaux jusqu'au niveau de l'interligne articulaire qui doit correspondre à leur base. L'aide chargé d'assujettir le bas de la jambe, les tient relevés pendant que l'opérateur procède à la désarticulation qui s'exécute très rapidement, soit qu'on pénètre dans l'articulation par sa partie moyenne et dorsale, ce qui vaut le mieux; soit qu'on y arrive par ses côtés, ce qui n'est guère plus difficile. On obtient ainsi une plaie *ovalaire* qui, par sa réunion immédiate, donne lieu à une cicatrice *linéaire* un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, mais toujours parallèle au grand diamètre de l'articulation.

Ce procédé, sous le rapport du manuel opératoire, est d'une exécution on ne peut plus facile sur le cadavre, et je suis convaincu qu'il ne présenterait pas plus de difficulté sur le vivant où je n'ai pas encore eu occasion de l'appliquer. La plaie qui en résulte offre toutes les conditions voulues pour une bonne cicatrisation, soit par la disposition des lambeaux dont la réunion s'opère perpendiculairement à son plus petit diamètre, soit par sa direction oblique et presque verticale qui permet que le pus s'écoule librement par son angle inférieur. Si, à ces premiers avantages, on ajoute celui non moins important de n'avoir besoin que de fort peu de téguments sains pour former chaque lambeau latéral, on sera forcé de convenir que le procédé que je propose doit nécessairement l'emporter sur ceux usités jusqu'à ce jour. J'en dois peut-être la première idée à M. Velpeau, qui s'exprime ainsi, en parlant de cette même amputation médio-tarsienne : « S'il n'y avait ni » en dessus, ni en dessous du pied assez de tissus sains pour permet- » tre de former un lambeau capable de recouvrir la plaie, je ne vois » pas pourquoi on ne se déciderait pas à en tailler *deux* d'égale éten- » due. » (Nouveaux Eléments de médecine opératoire, t. 1er, p. 471.)

A la vérité, il s'agit ici d'un lambeau dorsal et d'un lambeau plantaire, tandis que je propose deux lambeaux latéraux; mais à part cette différence dans la disposition des lambeaux, l'idée est la même en principe, sauf aussi la différence des résultats obtenus par l'une et l'autre méthode. Que celle que j'indique soit considérée comme *nouvelle* ou comme une simple modification du procédé Sédillot, ou bien encore comme une variété de la méthode ovalaire, c'est ce à quoi j'attache fort peu d'importance. L'essentiel est qu'elle soit la meilleure. Voici en quels termes M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui a été à même d'en apprécier les résultats sur le cadavre, en parle dans le Traité d'anatomie médico-chirurgicale qu'il vient de faire paraître : « Ce procédé, que je dois à M. Poullain, chi- » rurgien-major de l'hôpital militaire de Lyon, exige moitié moins de » peau que ceux jusqu'ici connus; il donne un beau résultat sur le » cadavre, et je me propose de l'exécuter sur le vivant à la première » occasion. Il offre toutes les conditions voulues pour une bonne ci- » catrisation, soit par la disposition des lambeaux dont la réunion » s'opère perpendiculairement au petit diamètre de la plaie, soit par » la direction presque verticale de celle-ci qui permet au pus de s'é- » couler par son angle inférieur. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE CHIRURGIE. Février 1844.

Sur l'abus et le danger des sections tendineuses et musculaires dans le traitement de certaines difformités; par M. MALGAIGNE.

Dans un travail qui n'a pas manqué de retentissement, en exposant les premiers résultats de son enquête sur *quelques illusions orthopédiques*, M. Malgaigne avait donné l'histoire d'une paralysie du pied traitée par la section du tendon d'Achille. Depuis lors la Gazette médicale a fourni l'occasion de revenir sur ce sujet, et l'auteur l'a saisie avec empressement. Suivant la doctrine de ce journal, lorsque dans un membre il y a des muscles paralysés et d'autres qui ne le sont point, on peut et l'on doit diviser ceux-ci, dans le but de corriger la direction vicieuse du membre. Pourquoi les coupe-t-on? Parce qu'ils sont rétractés et qu'ils entraînent le membre dans le sens de leur action. Et l'on ajoute que *cela a été fait*, ce qui s'entend sans nul doute du succès obtenu; et cette affirmation a particulièrement pour objet le fait du pied paralytique que nous mentionnions tout à l'heure.

Un premier fait à éclaircir est celui de savoir ce que l'auteur en-

tend par des muscles *rétractés*. S'agit-il de la rétraction physiologique pure et simple, qui se rencontre dans tous les muscles sains opposés à des muscles paralysés ? On serait tenté de le croire, et il est très certain que dans le pied paralytique en question, on a coupé le tendon d'Achille pour la simple rétraction physiologique de ses muscles. Dans ce sens, la nouvelle doctrine est tellement en opposition avec les notions les plus positives de la chirurgie et du sens commun, qu'il est véritablement superflu de la combattre. Jamais un muscle, agissant par la seule rétraction physiologique, ne s'opposera à ce que le pied soit ramené dans la direction naturelle par l'effort de la main, par l'application d'une bottine. Et si vous procédez à sa section, qu'en espérez-vous donc ? Ou bien la réunion se fera, le muscle reprendra plus ou moins de sa force et se trouvera toujours assez puissant pour dévier le pied paralysé ; ou bien l'action sera perdue, et au lieu d'une paralysie partielle on aura procuré une paralysie complète. Est-ce là un résultat à rechercher !

Mais le second point à éclaircir, c'est le succès obtenu. *Cela a été fait*, dit le texte, ce qui présente aussi deux sens. Si l'on a voulu dire que la section avait été faite en depit des contre-indications, le mot est juste, cela a été fait. Mais si, comme le bon sens porterait à le croire, cela signifie que le succès a suivi l'opération ; alors, non, *cela n'a pas été fait* ; et, sans plus de discours, M. Malgaigne remet le fait sous les yeux des lecteurs.

M. Malgaigne pose comme un principe strict et sans exception, qu'il est irrationnel de couper les muscles sains dans les membres à demi paralysés, et ce qui a été fait à cet égard est assez significatif pour que nul chirurgien ne soit tenté de le refaire.

Il examine ensuite si la doctrine est mieux fondée dans les cas de rétraction pathologique ou de contracture. Il distingue à cet égard la contracture des muscles du mollet et des muscles fléchisseurs de la jambe qui dévient le pied ou la jambe paralysés. Là, la section tendineuse peut être utile. Mais si tous les muscles d'un membre sont paralysés, mais si la paralysie existe non seulement sur un membre mais sur plusieurs, quel bénéfice peut-on espérer de la ténotomie ? Or, c'est ce qui a été fait non pas une fois mais plusieurs, et avec des résultats fort tristes pour les malades.

M. Malgaigne expose tous les faits de ce genre arrivés à sa connaissance, les donne dans tous leurs détails. Ici nous voyons une jeune fille de dix-neuf ans, présentant une paralysie avec contracture étendue à tous les membres, subissant dix-neuf sections tendineuses pour arriver à un état pire qu'auparavant. Là un jeune homme de ving-deux ans, subissant, à la Muette, quarante-deux sections de tendons, de muscles ou de ligaments, sans qu'il soit possible de savoir ce que ce malade a gagné par ces nombreuses mutilations.

L'auteur termine par le récit d'un fait analogue pratiqué par M. Phillips qui a eu le courage et la bonne foi d'avouer que le résultat a été désastreux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'efficacité de la cochenille contre la coqueluche ; par M. le docteur STRASBERGER, de Stettin.

M. le docteur Wachtl, encouragé par une note insérée au journal anglais *Times*, a recommandé, dans un journal de médecine allemand (*Oesterreichische medicinische Jahrbuecher*, octobre 1842), la cochenille contre la coqueluche, en annonçant que, dans sa pratique, il eu a obtenu d'excellents résultats.

M. Strassberger, à la suite de cet article, a donné, de son côté, la même substance dans une épidémie de coqueluche qui régna à Stettin pendant les mois de juin, de juillet et d'août. Ce fut d'abord avec défiance qu'il prescrivit la cochenille, parce que c'est un médicament tombé en désuétude, et il ne l'eut pas continué long-temps si, dès les premiers cas où il en fit l'application, il n'en eût retiré un avantage marqué.

M. le docteur Wachtl prescrit la cochenille de la manière suivante :

Pr.	Cochenille,	50 centigrammes.
	Carbonate de potasse,	1 gramme.
	Sucre blanc,	30 grammes.

M. et F. S. A. une poudre très fine, puis faire dissoudre dans

Eau bouillante,	180 grammes.

pour faire une mixture dont on fait prendre, trois fois par jour, une cuillerée à café.

M. Wachtl remplace quelquefois le carbonate de potasse par une égale quantité de crème de tartre. M. Strasberger, au contraire, a toujours employé la crème de tartre, parce que le carbonate potassique ayant été lui-même déjà conseillé contre la coqueluche, on aurait pu lui attribuer les résultats favorables de la médication. Ce dernier praticien se borne, en outre, à ne prescrire que la moitié de la dose indiquée ci-dessus, parce que, la dose qui doit être administrée chaque jour étant minime, la mixture pourrait à la longue éprouver une altération d'autant plus facile qu'elle tient de la substance animale en dissolution : il vaut donc mieux la renouveler plus souvent.

Le premier enfant auquel M. Strassberger administre ce médicament était une forte petite fille âgée de sept mois, chez laquelle l'état catarrhal était passé ; mais les accès de toux spasmodique étaient très fréquents et très intenses. Dès le second jour du traitement on put déjà remarquer de l'amélioration dans l'état de la petite malade ; les accès de toux convulsive n'étaient plus aussi longs et l'expectoration était plus facile ; leur nombre diminua bientôt, et au bout de six jours de traitement, la petite fille se trouva guérie.

Après ce cas de guérison, M. Strassberger a encore eu à traiter vingt-deux enfants de l'âge de six mois à deux ans, et à l'exception de trois d'entre eux, chez lesquels le moyen en question ne produisit aucun effet, tous les autres furent guéris, savoir : 1 en six jours, 2 en sept jours, 4 en huit jours, 2 en neuf jours, 1 en dix jours, 2 en douze jours, 1 en quinze jours, 3 en seize jours, 2 en dix-huit jours et 1 en vingt-huit jours.

Ce médecin ne peut s'expliquer l'inefficacité du traitement chez les trois autres enfants : l'un de ces sujets était un garçon robuste, âgé de cinq ans ; le second était une fille délicate et scrofuleuse, âgée de deux ans ; le troisième était une petite fille de l'âge de vingt-un mois, et qui s'était toujours bien portée jusqu'alors. Du reste, le soufre doré d'antimoine, associé à l'extrait de jusquiame et à la poudre de réglisse composée, délivrera bientôt ces enfants de la coqueluche.

Plusieurs praticiens auxquels l'auteur a fait part de ses expériences sur l'emploi thérapeutique de la cochenille, l'ont prescrite aussi, mais avec des résultats divers : ainsi, quelques-uns d'entre eux l'ont administrée sans succès, tandis que les autres en ont obtenu des résultats favorables et prompts.

M. Strassberger ne peut que se louer de l'emploi de cette substance, comme le relevé statistique ci-dessus l'indique assez ; mais il ne l'a jamais donnée dans l'état catarrhal de la maladie, car le médecin n'est que bien rarement appelé pendant la durée de ce stade. Ainsi ce praticien n'a eu l'occasion de voir que trois ou quatre de ses malades avant l'invasion de la seconde période, et il leur prescrivit l'hydrochlorate d'ammoniaque ou encore l'esprit de Mindérérus dans une décoction mucilagineuse.

Avec ce traitement, M. Strassberger n'a perdu jusqu'ici aucun malade, ni pendant la durée de l'affection, ni par suite des accidents consécutifs, et il ne peut que confirmer ce que M. Aberle, dans sa monographie *De tussi convulsivâ*, Vindobonæ, 1843, dit sur les bons effets de la cochenille. (*Medicinische Zeitung.*)

Thérapeutique oculaire ; par M. le docteur MAGNE.

C'est particulièrement dans la pratique des hommes spéciaux que l'on peut aller puiser pour tout ce qui regarde les ressources de la thérapeutique, assuré que l'on est d'y rencontrer des moyens dont l'expérience journalière de ces praticiens a eu de nombreuses occasions de constater la supériorité. Tel est le motif qui nous engage à publier ici les formules suivantes empruntées à M. Magne, cet élève de Sanson qui soit si dignement en ophthalmiatrie la route qui lui a été tracée par son honorable maître.

I. *Collyre anti-ophthalmique.*

Pr.	Hydrolat de romarin,	40 grammes.
	Hydrolat de laurier-rose,	40 id.
	Hydrolat de roses,	40 id.
	Pierre divine,	50 centigrammes.

M. et F. dissoudre S. A., puis ajouter au soluté :

Alcoolé de quinquina,	1 gramme.

M. par agitation.

Ce collyre est indiqué particulièrement dans les conjonctivites palpébrales et oculo-palpebrales.

On en introduit, deux ou trois fois par jour, quelques gouttes entre les paupières. On en imbibe aussi des compresses en plusieurs doubles qu'on tient, suivant les cas, en application sur les paupières.

II. *Liniment anti-ophthalmique.*

Pr.	Ammoniaque liquide,	8 grammes.
	Alcoolé très concentré de noix vomique,	8 id.
	Alcolé de safran,	2 id.
	Alcoolat de bergamotte,	2 id.
	Alccolat de lavande,	4 id.
	Ether acétique,	4 id.

M. S. A.

Ce liniment trouve son indication dans les cas d'amblyopie et d'amaurose asthéniques.

On l'applique en frictions, une ou deux fois par jour, suivant l'effet produit, sur les régions temporales, sur le front et au pourtour des orbites.

La dose pour chaque friction est d'une demi-cuillerée à café environ.

III. *Emplâtre anodin anti-ophthalmique.*

Dans les névralgies oculaires et dans les ophthalmies qui s'accompagnent de douleurs très aiguës, M. Magne emploie souvent le procédé suivant :

Il fait, sur les tempes, une douce friction avec un morceau de coton ouaté imbibé d'ammoniaque, jusqu'à ce qu'une légère rubéfaction ait été produite ; puis il applique sur la surface rubéfiée un emplâtre composé d'après la formule ci-dessous :

Pr.	Extrait de belladone,	15 décigrammes.
	Extrait de stramoine,	15 id.
	Extrait aqueux d'opium,	15 id.

Mêler exactement, puis étendre le mélange en couches minces sur un morceau de peau de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Cet emplâtre doit être renouvelé tous les jours, et il est rare que la douleur résiste à la troisième application.

Attaché au bureau de bienfaisance du 1er arrondissement en qualité d'oculiste, M. le docteur Magne y a souvent trouvé l'occasion d'employer les trois formules que nous venons de faire connaître, et il les a constamment vues produire les bons résultats qu'il en attendait.

Efficacité de la digitale dans un cas d'inflammation et d'hépatisation des poumons ; par M. le docteur LAUER.

Un soldat du 2e régiment de dragons (Prusse), d'une constitution médiocrement forte, fut reçu le 31 mars 1843, à l'hôpital de Garz, présentant tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie commençante du côté droit. Malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique assez énergique, la phlegmasie progressa ; le poumon gauche fut atteint à son tour, et il survint enfin de l'hépatisation. Ce qui ajouta encore à la gravité de cette situation, c'est que l'état général finit par prendre ce caractère spécifique auquel un certain nombre de praticiens ont appliqué et appliquent encore la dénomination de nerveux. Le malade était plongé dans un grand abattement ; il était privé complétement de sommeil, et il avait fréquemment du délire et des soubresauts des tendons. Le pouls, petit et d'une fréquence énorme, donnait cent quarante-six pulsations par minute.

Il ne pouvait plus, évidemment, être question à cette époque de recourir aux émissions sanguines, ni aux autres moyens purement antiphlogistiques ; mais il n'était pas moins évident non plus qu'avec une excitation aussi considérable du système vasculaire, une rétrocession de l'inflammation ne pouvait plus être espérée. Le but principal que l'on avait à se proposer était donc d'obtenir le plus promptement possible la diminution de la phlegmasie. Dans cette intention, on fit prendre toutes les heures, au malade, une forte infusion de digitale (deux grammes de feuilles de digitale pour deux centigrammes d'eau bouillante) additionnée de nitrate de potasse.

Le résultat de cette médication fut aussi satisfaisant qu'on put le désirer. En effet, le pouls tomba rapidement à 90 pulsations par minute. Les symptômes nerveux s'amendèrent dans la même proportion, puis finirent par disparaître entièrement, et l'inflammation se trouva tout à fait enrayée.

Le malade, qui avait certes été dans un danger imminent, put être considéré comme hors de péril vingt-quatre heures après que la digitale eut commencé à produire son effet. La résolution de la pneumonie fut ensuite obtenue promptement par l'emploi que l'on met ordinairement en usage dans le second stade de cette affection.

Le 25 avril, le sujet sortit de l'hôpital dans un état de parfaite santé. (*Medicinische Zeitung.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 11 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 30. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 11 MARS 1844.

Discussion sur les tumeurs fibreuses du sein.

L'Académie de médecine entre difficilement dans les grandes questions; elle en sort plus difficilement encore. Plusieurs faits viennent à l'appui de ce que nous avançons ici. Les difficultés contre lesquelles lutte actuellement la savante compagnie pour terminer honorablement la trop longue discussion sur les tumeurs du sein, viennent de plusieurs sources. Elles doivent surtout être attribuées à l'orateur qui a ouvert la discussion, à ceux qui y sont entrés, et un peu au président. A mesure que la discussion se prolonge et que les arguments scientifiques s'usent, arrivent les *aménités académiques.* On a entendu un membre interpeler le président pour lui offrir un *tuteur*, et le président de lui répondre par une aménité équivalente. Nous ne reproduisons ici que le mot, et même, bien à regret; car les scandales académiques ne profitent ni aux académies, ni à la science. Cependant il est bon qu'on sache que les académiciens (c'est-à-dire les gardiens naturels des convenances et des délicatesses du langage) savent s'oublier, ne serait-ce que pour avoir le droit de les rappeler à l'indulgence, quand des hommes plus jeunes, plus ardents et plus convaincus, mettent le nez en harmonie avec la chose, ou l'homme qu'ils ont à caractériser.

Il est des personnes qui ne se sont pas rendu un compte suffisant du but de la campagne que M. Cruveilhier vient d'ouvrir; et, véritablement, la position à laquelle ce médecin se trouve réduit, par le fait des débats, nous ferait presque absoudre ces personnes, si nous ne trouvions dans les antécédents de M. Cruveilhier de quoi assurer que c'est surtout pour l'application d'un grand principe qu'il est entré dans une lutte toujours périlleuse, quand on n'a ni le caractère, ni les armes convenables pour en sortir victorieux. Il est évident, pour nous, que M. Cruveilhier a eu l'excellente, la louable intention de faire un appel à la chirurgie pour l'inviter à la modération, en ce qui touche la thérapeutique des tumeurs du sein. Il n'a pas voulu faire du bruit; le bruit s'est cependant fait par lui; mais certainement, à l'heure qu'il est, c'est M. Cruveilhier qui en est le plus fatigué.

Tout ce qui tend à la modération chirurgicale doit trouver pleine et entière sympathie dans une assemblée de praticiens; cependant, il faut le dire, les paroles de M. Cruveilhier n'ont pas eu ce bonheur. C'est que les praticiens savent mieux que personne que les excès dans la modération ont des dangers aussi grands que les excès contraires.

Il n'y a pas long-temps encore que toute affection chronique du sein était considérée comme cancéreuse. Tumeur et cancer étaient synonymes, quand il s'agissait du sein. C'est ainsi que, pour la matrice, ulcère et cancer avaient le même sens. Cette double erreur répandue dans le monde, faisait l'effroi des malheureuses femmes qui se croyaient vouées à une mort certaine, quand elles souffraient du côté de l'utérus, ou qu'un sein devenait le siége d'une tumeur. A. Cooper a peint, avec une vérité touchante, la femme se présentant au chirurgien avec une tumeur au sein, qui, selon elle, devait la conduire au tombeau. Un mot du chirurgien la rappelle à la vie, la rend à ses enfants: *Non, madame, vous n'avez pas de cancer.* Cette parole consolante n'a pu être dite avec cette assurance, ce ton de persuasion que depuis les progrès de l'anatomie pathologique. C'est cette science, en effet, qui a créé la grande division des tumeurs du sein en *bénignes* et *malignes.* S'il y avait quelque chose à reprocher à ces termes, ce n'était pas à M. Cruveilhier à l'oser, vu la position difficile qu'il s'était faite dans la discussion. Ce que Cooper et ceux qui l'ont commenté et enrichi ont voulu dire aux praticiens, c'est qu'il y avait des tumeurs du sein qui étaient fatalement dangereuses, qui tendaient fatalement à la destruction de l'organe et de l'organisme, et d'autres qui n'amenaient pas fatalement ce résultat. En un mot, on a dit qu'il y avait au sein des tumeurs *essentiellement* cancéreuses et des tumeurs qui n'étaient pas essentiellement cancéreuses, ce qui ne veut pas dire que ces dernières ne puissent jamais revêtir le caractère cancéreux. Ceci est très important à noter; car un praticien commettrait une grande faute en avançant et en soutenant d'une manière absolue que, dans une région si fertile en cancers, une tumeur d'abord bénigne ne peut jamais devenir cancéreuse.

M. Cruveilhier, renchérissant sur Cooper et sur la plupart des auteurs français qui ont développé ses idées (auteurs que M. Cruveilhier n'aurait pas dû dédaigner), ce professeur a voulu trouver parmi les tumeurs bénignes, la tumeur la plus bénigne, la tumeur fibreuse, le *corps fibreux*, comme il le dit lui-même. M. Cruveilhier s'est proposé: 1° d'établir les *caractères anatomiques* de ce qu'il appelle les corps fibreux de la mamelle; 2° d'exposer les *différences qui les séparent des squirrhes ou cancers durs de cet organe*; 3° de montrer que *l'extirpation des corps fibreux n'est nullement nécessaire*; 4° de prouver que *ces corps fibreux sont incapables de dégénération*, et *qu'après leur extirpation ils ne repullulent jamais.*

Tout ce qui est souligné est extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, journal complétement officiel et rédigé avec les notes des membres de cette société.

La discussion s'est ouverte sur ces divers points. Il y avait un bon moyen de la rendre courte et fructueuse. Ces deux avantages, on les aurait obtenus, en priant tout simplement M. Cruveilhier de montrer le corps de la maladie afin d'établir le point de départ de la discussion en présence d'une tumeur, sur le caractère de laquelle on eût commencé à se mettre d'accord. L'existence du *corps fibreux* étant prouvée par une *pièce*, on n'eût pas entendu M. Velpeau dire: — Vos corps fibreux sont des tumeurs bénignes, je le veux bien, mais elles ne sont que des tumeurs fibreuses; et M. Castel ajouter: vos corps fibreux ne sont que des squirrhes à l'état embryonaire. Ainsi l'académicien qui serait venu dire à M. Cruveilhier: *Il n'y a pas de corps fibreux dans la mamelle*, eût été plus profitable à la discussion que ceux qui les ont admis timidement, pour ne pas être trop absolus.

La négation absolue des corps fibreux obligeait M. Cruveilhier à en produire au moins un, ou à ajourner la discussion jusqu'à l'acquisition de la preuve matérielle de ce qu'il avançait. Le temps nécessaire à la recherche du corps de la maladie jugeait une autre question, la question de fréquence, question qui, pour nous est complétement résolue. En effet, on discute depuis plus de deux mois sur la question des corps fibreux; le corps médical a retenti du bruit de ces débats; ils ont eu lieu en présence des praticiens les plus occupés de Paris, en présence des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et pas un n'a produit un corps fibreux de la mamelle, quand de toute part sont arrivées des tumeurs plus ou moins cancéreuses, et cela pour juger la question des tumeurs fibreuses!

Mais s'ils étaient réellement fréquents (ces corps fibreux), il n'y aurait qu'à se transporter aux amphithéâtres qui reçoivent les cadavres de la Salpêtrière pour en faire une ample récolte. M. Lisfranc, qui a fait répéter les opérations aux élèves, pendant 15 ans, aux amphithéâtres de la Pitié, pourrait en avoir une des plus belles collections. M. Cruveilhier surtout, qui s'occupe depuis si long-temps de ce sujet, qui est professeur d'anatomie pathologique, qui a ou doit avoir un beau muséum, M. Cruveilhier doit posséder des pièces de conviction. Il est donc au moins fort extraordinaire qu'il ne les produise pas, qu'il ne les dépose pas sur le bureau. Que dirait-on à un médecin qui viendrait en pleine Académie, proposer l'admission dans le cadre nosologique d'une maladie qui serait fréquente? Les fauteurs de l'*anatomisme*, et M. Cruveilhier en tête, l'interpelleraient pour qu'il eût à fournir le corps de la maladie. S'il se trouvait dans l'impossibilité de faire cette preuve, ce médecin serait appelé théoricien brillant, esprit aventureux mais un peu léger. On ajouterait peut-être tout bas d'autres épithètes plus désagréables. M. Cruveilhier répondra qu'il a produit des observations. D'abord les observations ne sont que plus complètes quand elles peuvent être accompagnées de la pièce pathologique, et d'ailleurs M. Cruveilhier n'a produit qu'un fragment d'observation que nous examinerons bientôt.

Voyez ce qui serait arrivé si au lieu de porter sur les corps fibreux de la mamelle, la discussion eût porté sur les corps fibreux de la matrice. Vous eussiez vu, à chaque séance, chaque orateur porter une foule de ces tumeurs de la matrice. Savez-vous pourquoi? C'est parce que les corps fibreux de la matrice *existent réellement* et qu'ils *sont fréquents*, ce qui n'a pas lieu pour les tumeurs du sein dont parle M. Cruveilhier.

A défaut de production de pièces, quelles sont les observations de M. Cruveilhier? Son travail n'en contient qu'une, c'est-à-dire qu'une parcelle. Ce professeur parle, en effet, d'une dame qui avait plusieurs tumeurs du sein; elle fut soumise, malgré lui, à un traitement très débilitant et elle succomba à un phlegmon érysipélateux. M. Cruveilhier put disséquer les tumeurs de la mamelle de cette dame, et voici leur texture, d'après le journal officiel qui a reçu les notes de ce professeur: « Leur surface était lisse, quoique mamelonnée; leur tissu était extrêmement dense et *présentait tous les caractères du tissu fibreux*; la pression la plus forte n'en faisait sortir aucun liquide, point de suc cancéreux; la dissection démontra que ces tumeurs étaient formées par *une multitude de granulations fortement pressées les unes contre les autres, tantôt adhérentes, tantôt libres d'adhérences.* » (Bulletin de l'Académie de médecine, janv. 1844.) Ainsi voilà une tumeur qui a tous les caractères du tissu fibreux, selon M. Cruveilhier, et qui, selon le même professeur, est composée d'une multitude de granulations absolument comme un tissu glandulaire. Voilà la seule preuve tirée directement de l'observation et de l'anatomie que puisse nous fournir l'auteur. Eh bien! comme avec M. Cruveilhier, une négation très formelle ne peut être

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La Patente. — L'idée et l'absurde. — Arguments poétiques. — Les petits papiers du percepteur. — Séances orageuses à l'Académie de médecine. — Une apostrophe véhémente. — Les passions. — M. Castel à cheval. — Invasion des dentistes. — L'élimination. — A sotte demande spirituelle réponse. — M. Combes et M. Louvrier. — Une erreur de personnes. — Les femmes de teinturier.

La semaine a été bonne pour les médecins. Depuis vendredi ils ne s'abordent qu'en se félicitant mutuellement sur la grande nouvelle de l'exemption de la patente, cette réparation si long-temps attendue, si obstinément demandée d'une erreur législative. Au point de vue positif et matériel, c'est, dit-on, plus de deux millions par an qui ne sortiront plus de nos poches. C'est énorme! Et que de belles choses nous aurions faites depuis cinquante ans avec tout cet argent qui s'est abîmé dans le gouffre du budget! Sous le rapport moral, cette conquête est plus précieuse encore. De par le fisc le médecin était placé un cran au-dessus du fabricant d'épingles, un cran au-dessous du charcutier; de sorte qu'en suivant la logique de l'honorable académicien que vous savez, que plus on paye, plus on est honoré, nous devions l'être beaucoup moins, socialement parlant, que ce dernier et estimable commerçant. Aux yeux du fisc, diagnostiquer et traiter une maladie était moins noble que faire des boudins, l'amputation d'un membre ne pouvait supporter la comparaison avec la préparation du petit-salé, et pour lui l'honorabilité professionnelle était en raison directe de la cote des impositions. A-t-il fallu de temps pour faire prévaloir des opinions plus justes! Un demi-siècle! Et l'on ose parler de la rapide propagation des idées? Il n'y a pas de graine dont la germination soit plus longue que l'idée. L'embryon délicat et fragile s'y trouve enveloppé d'une coque si épaisse et si dure de préjugés, le terrain est ordinairement si peu préparé, les circonstances extérieures si peu favorables, qu'il est rare, bien rare que celui qui l'a semée la voie germer, et de là à la fructification plusieurs générations auront passé peut-être. L'absurde, au contraire, est comme le Gascon; il vient partout, tout lui est bon, terre forte ou légère, pluie ou soleil, l'équateur ou le pôle; il végète, il croît, il s'enracine, il se propage avec une effrayante fécondité. Aussi, quand il faut le détruire, que de temps, que d'obstacles, que d'efforts! Voyez pour la patente, l'archétype de l'absurde. Et cependant, que de coups lui ont été portés! La poésie même, cette dernière expression de la colère humaine, ne lui avait pas fait défaut. Rappelez-vous les vers du *Phocéen*, dans sa *Némésis médicale :*

. . . .
Nous croyons n'avoir plus à payer la patente....
Insensés!... Quoi! la Chambre a cinq cents députés,
Tous payant plus ou moins, presque tous patentés;
Quoi! pour auner ses draps, quelle qu'en soit la laine,
On ose rançonner notre Cunin-Gridaine!
En dépit des faveurs d'un vote inféodé,
L'épicier Ganneron, par le fisc taraudé,
Ne peut graisser ses doigts d'un paquet de chandelles,
Sans payer la patente aux aides des gabelles;
Viennet paîrait lui-même un impôt annuel,
S'il tenait ou l'avoine ou le foin d'Estagel:
Et nous, bons tout au plus en temps d'épidémie,
A qui nos loups-cerviers ne doivent que la vie,
Nous, dont le dévoûment si souvent exalté,
De tourments en tourments mène à la pauvreté,
Qui, la nuit et le jour, des travaux les plus rudes,
Sans cesse assaisonnons nos pénibles études,
Nous nous jôûrions du fisc aux doigts longs et crochus!
. . . , . . .

Mais plus de rancune, les épiciers se sont émus; fatigués de nos plaintes, ils nous ont chassés de leurs rangs, et désormais nous n'aurons plus à craindre que

. . . . L'huissier prêt à poursuivre,
Nos dixièmes échus, avide et mécontent,
Semble indiquer du doigt qu'un receveur attend.

Enfin voilà la médecine rentrée dans la classe des professions véritablement libérales. A moins que la chambre des pairs ne défasse, ce qui n'est pas probable, l'œuvre si juste de la chambre des députés, à moins qu'elle n'introduise dans les détails de la loi quelque disposition nouvelle qui force à la ramener au palais Bourbon, nous ne payerons pas la patente en 1845. Nous ne recevrons plus de ces petits papiers blancs, bleus, verts ou roses, thermomètres colorés indiquant l'impatience de M. le percepteur. Tant que j'étais au blanc, je dormais tranquille; le bleu m'indiquait aussitôt que M. le percepteur avait froncé le sourcil, ce froncement me coûtait 1 fr. 50 c. Quand je passais au vert, les choses devenaient plus graves, c'était de la bile foncée; ci 3 fr. 75 c. pour la bile de M. le percepteur. Mais quand venait le rose, j'étais sûr que M. le percepteur était rouge de colère; et cette colère-là coûte 6 fr, ne plus ne moins. Alors il fallait s'exécuter, payer les douzièmes échus, pour ne passer point aux papiers noirs de messieurs les huissiers, qui coûtent bien plus cher que les roses. Dans ce moment et pour l'année courante, — le monde médical sera sans doute bien aise de l'apprendre, — j'en suis aux bleus.

— A l'Académie de médecine, nous avons eu deux séances extrêmement orageuses, celle de mardi dernier surtout, où de singulières choses furent dites. Les interpellations, les provocations, les injures, les rappels à l'ordre tombaient comme grêle. Jamais rien ne s'était vu d'aussi tumultueux. Ce qui a surtout étonné l'assistance, c'est la véhémence de M. Castel. Cet académicien, toujours si grave, dont les discours sont des sentences et les plus courtes allocutions des apophthegmes; cet orateur calme comme l'oracle antique, et digne comme la sagesse des nations, s'est laissé aller à une de ces apostrophes qui, se trouvant sous notre plume, nous conduiraient tout droit à la 6e Chambre. Assurément, M. Castel ne subira pas ces conséquences, et nous

qu'un délit académique, nous oserons nier très formellement les *corps fibreux de la mamelle* en tant que semblables aux *corps fibreux de l'utérus*. Nous le répétons, si à l'Académie un membre se fût levé, après la lecture de M. Cruveilhier, pour dire ce que nous venons d'écrire, la discussion eût mieux commencé et mieux fini ; elle aurait surtout plus tôt fini, avantage immense pour une académie qui a tant de travaux en retard.

Officiers de santé de l'armée. — Fait grave.

Le corps des officiers de santé militaires réclame tout l'intérêt, toute la sollicitude de la presse. Cette fraction si honorable de la grande famille médicale mérite d'autant plus notre attention que, soumise à la rigoureuse discipline des lois militaires, sa voix ne peut sans danger se faire entendre et que, moins heureux que les médecins civils, les médecins de l'armée ne peuvent que très imparfaitement et sous le manteau du mystère faire connaître leurs doléances et leurs griefs. C'est un motif pour nous de chercher à les connaître dans toute leur étendue, et la mission d'intérêt général que nous nous sommes imposée nous en fait un devoir.

Nous avons aujourd'hui à signaler un fait si grave par ses conséquences et si absurde par ses causes, qu'il est presque incroyable. Il nous a fallu, pour que nous pussions y ajouter foi, l'authenticité, la multiplicité et l'honorabilité des témoignages divers que nous avons invoqués. Mais malheureusement aucune espèce de doute ne peut s'élever sur la vérité du fait que nous allons raconter. Quelques préliminaires sont indispensables.

Il existe un règlement qui prescrit aux élèves des hôpitaux d'instruction de posséder les ouvrages suivants :

1° Pathologie médico-chirurgicale de Roche et Sanson ;
2° Chimie d'Orfila ;
3° Physique de Soubeiran ;
4° Anatomie d'H. Cloquet ;
5° Botanique de Richard.

Nous aurions d'abord beaucoup à dire sur le choix de cette petite bibliothèque. Nous pourrions demander si, sur des points essentiels, elle répond aux besoins de l'enseignement et aux progrès de la science. Mais les réflexions que nous pourrions faire à cet égard frapperont tous les esprits.

Le règlement est fort explicite sur ce point. Les élèves seuls sont astreints à posséder ces cinq pierres angulaires de la science. Les sous-aides, dont beaucoup sont docteurs en médecine ou sur le point de le devenir, n'ont jamais été soumis à cette disposition réglementaire.

Or, il y a peu de temps, une lettre ministérielle arriva à M. l'intendant militaire de Metz, qui enjoignait à MM. les sous-aides de représenter les cinq ouvrages désignés au chirurgien en chef, de les signer et d'*y laisser apposer le timbre de l'hôpital.*

Les sous-aides font le paquet de leurs douze volumes, se présentent chez le chirurgien en chef, consentent à apposer leur signature sur leurs ouvrages, mais refusent formellement de les laisser maculer par le timbre de l'hôpital. Ils allèguent que ces ouvrages sont leur propriété, achetée de leurs deniers, et qu'aucune lettre ministérielle possible ne peut porter atteinte au droit de propriété par l'apposition du cachet d'un établissement public. Voulait-on s'assurer simplement que les livres présentés étaient bien la propriété des sous-aides? La garantie de leur signature offerte était suffisante.

Les officiers de santé en chef, voyant sans doute l'absurdité de cette mesure vexatoire, se contentèrent d'avertir MM. les sous-aides qu'ils informeraient de leur refus.

A la nouvelle de ce refus, grande colère de M. l'intendant. Il convoque de nouveau les sous-aides, leur fait part des instructions ministérielles et les somme de s'y soumettre. Ceux-ci refusent de nouveau et unanimement. Alors M. l'intendant donne l'ordre de les conduire..... en prison !

MM. les sous-aides étaient au nombre de quatorze ; or, on les entassa, quatorze, dans une chambre de prison pouvant à peine contenir assez d'air pour trois personnes. M. l'intendant, prévenu qu'un aussi grand nombre de personnes dans un espace aussi étroit pouvait avoir des inconvénients répondit : « Les sous-aides ont refusé d'aller à l'hôpital, ils ont demandé la prison, qu'ils y restent. »

Il faut dire qu'en effet M. l'intendant avait proposé aux sous-aides de les emprisonner à l'hôpital, ce à quoi ils n'avaient pu consentir ; ils étaient coupables ou ils ne l'étaient pas, et toute demi-mesure était impossible à accepter.

Ils passèrent donc la nuit, nuit affreuse, dans cet étroit espace, exposés à la congélation s'ils ouvraient la fenêtre, aux horreurs de l'asphyxie s'ils ne l'ouvraient pas : plusieurs en sont encore indisposés. Et tandis qu'à côté d'eux les pénitenciers étaient couchés dans des lits commodes, MM. les sous-aides n'avaient pu obtenir qu'un peu de paille de la munificence de M. l'intendant.

Le lendemain, grâce à leurs réclamations, grâce aux demandes pressantes de tous les officiers de ronde qui les visitèrent dans leur prison, on les transféra, aux acclamations des groupes assemblés pour les voir passer, à l'hôpital militaire, dans une salle où ils ont au moins de l'air ; car, à l'heure où nous écrivons ceci, les sous-aides sont encore en prison, leur nombre même s'est accru de trois nouveaux délinquants qui, à l'exemple de leurs camarades, n'ont pas voulu se soumettre à un ordre aussi absurde.

Pendant les premiers jours, ils ont été positivement au secret ; toute communication dans les cours et corridors de l'hôpital leur étant interdite. Mais, sur l'ordre du colonel de la place, à l'insu de qui cette consigne rigoureuse avait été donnée, un peu plus de liberté a été donnée à ces jeunes gens, victimes évidemment d'une erreur ministérielle, victimes surtout de l'interprétation de M. le sous-intendant.

Ces faits, nous avons besoin de le répéter, nous sont garantis par les témoignages les plus honorables et les plus nombreux. Nous n'avons pas fait usage de tous les renseignements qui nous ont été transmis à cet égard, afin de rester dans les strictes limites de la modération. Mais, en vérité, on ne sait de quoi s'étonner le plus dans cette affaire, ou du ridicule complet qu'elle présente, ou de la pénalité exorbitante et inhumaine qui en a été la conséquence.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Entéro colite et dysenterie. Fièvre intermittente tierce.

Au n° 12 de la salle Sainte Catherine, a été couchée une fille de treize ans, d'assez bonne constitution, malade depuis un mois.

D'une assez bonne santé habituelle, cette enfant a eu, dans les premières années de sa vie, les fièvres éruptives qui sont ordinairement de cet âge. Vaccinée, non variolée, elle est assez sujette, dit-elle, aux maux de gorge, surtout pendant l'hiver. A Paris depuis trois ans seulement, elle retourna, il y a trois mois environ, à la campagne, où elle avait été élevée, et y resta six semaines. Quinze jours après son retour à Paris, elle fut prise d'une fièvre revenant régulièrement tous les deux jours, entre quatre et cinq heures du soir, chaque accès de fièvre se composant de frissons suivis de chaleur et de sueur. Dès le début de la maladie, quelques vomissements accompagnés d'un peu de douleur abdominale et d'un peu de diarrhée.

Depuis un mois les accès, bien que toujours réguliers, ont un peu diminué d'intensité ; mais la diarrhée continue toujours, plus forte qu'au début. Sept à huit selles par jour. La malade ne tousse pas, et n'est pas sujette à s'enrhumer. Sa mère est morte de tubercules pulmonaires.

Voici l'état qu'elle présente au moment de son entrée :

Le visage est assez pâle, sans cependant offrir la teinte jaune particulière aux sujets qui sont atteints depuis quelque temps de fièvres intermittentes. Le pouls est petit, assez fréquent, 92-96 par minute. La langue est blanche, saburrale, assez humide. Le ventre est un peu ballonné, sensible à la pression, sans gargouillement, soit dans le flanc droit, soit dans le flanc gauche. Selles fréquentes. L'enfant dit n'avoir pas remarqué qu'il y eût de sang mélangé aux matières fécales. Pas de céphalalgie, d'étourdissements ni de bourdonnements d'oreilles. Intelligence bien nette. Un peu de prostration et d'abattement, mais pas de stupeur. Coliques assez fréquentes et envies fréquentes d'aller à la selle. L'accès de fièvre a eu lieu hier soir. Lavements laudanisés ; cataplasmes sur le ventre ; eau de riz gommée. Diète.

Le 9, à peu près même état de la langue et du ventre. Les coliques sont toujours aussi violentes et les selles aussi fréquentes. Un peu de céphalalgie et d'agitation cette nuit ; peu de sommeil. L'accès de fièvre a eu lieu hier soir vers six heures. Le frisson a duré une demi-heure environ. L'accès était complétement terminé à huit heures du soir. Abattement ce matin. Trois selles liquides cette nuit. Les matières fécales, qui ont été conservées, sont légèrement striées de sang. Les selles sont accompagnées de ténesme et d'épreintes. Même traitement. Potion gommeuse avec sulfate de quinine. 30 cent. Diète.

Le 11, l'accès a eu lieu hier soir encore, mais d'une intensité moindre, et n'a duré que trois quarts d'heure environ. Mêmes phénomènes du côté de l'abdomen, qui est douloureux, tendu. Un vomissement hier dans la journée. Cinq selles liquides dans les vingt-quatre heures, mélangées de quelques stries de sang. Ténesme et épreintes violentes quand elle éprouve le besoin d'aller à la selle. Langue blanche, saburrale. Elle demande à manger. Pouls à 104-108, petit, peu développé. Potion gommeuse avec sulfate de quinine ; lavements laudanisés ; frictions sur l'abdomen avec huile de camomille ; diète.

Le 13, l'accès a manqué complétement hier ; mais, du reste, on observe toujours les mêmes symptômes. Abattement et prostration. Un peu de délire cette nuit. Insensibilité extrême du ventre. Pouls toujours à 104-108, petit, peu développé. Peau chaude, sèche. Lavements laudanisés ; potion gommeuse diacodée, 15 grammes ; cataplasmes ; diète.

Le 17, après la continuation pendant quatre jours de l'emploi des mêmes moyens, une amélioration notable est survenue dans l'état de l'enfant. Le ventre est beaucoup moins sensible, même à une forte pression. Sans être revenu à son volume normal, il est moins ballonné. Deux selles seulement pendant la nuit, sans aucun mélange de sang dans les matières fécales. La température de la peau est à peu près normale, sans sécheresse ni moiteur. Pouls à 88, assez développé. Même traitement.

Le 23 du même mois, seize jours après son entrée, l'enfant est dans un état assez satisfaisant pour qu'on lui permette de retourner chez ses parents. La langue est humide, l'appétit revenu, et il n'y a plus guère qu'une selle dans les vingt-quatre heures.

— Ce fait offre un intérêt incontestable sous le double point de vue de l'affection intermittente que présentait l'enfant au moment de son entrée à l'hôpital et de l'entéro-colite suivie de dysenterie qui se manifesta quelques jours après l'invasion de la première maladie.

Sous le rapport de la fièvre intermittente, il nous semble qu'il y a lieu à quelques remarques intéressantes, au point de vue de la manière dont s'est développée l'affection. Elevée jusqu'à l'âge de dix ans dans une campagne assez humide, et depuis trois ans à Paris, ce n'est qu'après un nouveau séjour de six semaines dans son lieu natal qu'elle contracta une fièvre intermittente, maladie à laquelle elle n'avait jamais été sujette, dont elle n'avait jamais ressenti la moindre atteinte. Serait-ce qu'il y aurait eu pendant les premières années de sa vie accoutumance de la constitution aux influences atmosphériques qui déterminent la production des fièvres intermittentes, accoutumance qui aurait cessé par suite du séjour pendant trois ans de la jeune fille à Paris? De plus, il y a ceci de remarquable encore, que ce ne fut que quelques jours après son retour à Paris, après qu'elle se fut, par conséquent, soustraite à l'influence de ces miasmes, que se montra le premier accès. C'est, du reste, un fait assez commun que cet espace de temps plus ou moins long qui s'écoule entre l'action de la cause toxique, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et la production de l'accès qui en est le résultat. Extrêmement simple chez cette jeune fille, l'affection intermittente fut promptement

---

l'en félicitons ; mais après avoir entendu de tels excès de parole dans le sein de l'Académie, quelle foi peut-on avoir à ces indignations contre quelques excès de plume beaucoup moins blâmables et beaucoup moins graves, et que l'on rend passibles d'une pénalité excessive ? Qu'un académicien adresse une injure grave contre le président de l'Académie, on le tolérera, on en rira peut-être ; mais qu'un critique, homme de cœur et de conscience, s'indigne contre un mensonge scientifique ou une imprudente charlatanerie, les foudres du parquet ne seront pas assez rapides, et les rigueurs des lois assez sévères. Allons, Messieurs, mettez un peu d'harmonie entre vos actions et vos paroles, voyez que l'homme le plus sage peut se laisser entraîner à des mouvements de passion irrésistibles. La passion ! Mais c'est le condiment indispensable de ce banquet monotone et fade qu'on appelle la vie. Un homme sans passion n'est pas un homme, c'est une huître. Sans elle rien de beau, de généreux, de spontané. Il en faut en tout une certaine dose, sans laquelle les événements où les hommes vous écrasent. Remarquez ceci, une certaine dose ; trop, elle vous emporte ; pas assez, vous êtes emporté. C'est le magnifique cheval arabe qui n'a que deux manières d'être, maître fougueux sous un cavalier malhabile, docile esclave quand il sent l'éperon. — Evidemment, M. Castel ne monte pas souvent à cheval.

— L'Académie des sciences est en ce moment envahi par Messieurs les dentistes. L'odontotechnie — mot charmant inventé pour dissimuler d'atroces souffrances — est en recrudescence à cette fin de redresser les déviations de la seconde dentition. Celui-ci y procède avec des fils de platine, condamnés par celui-là qui ne veut que des fils d'or ; l'un préconise le plâtre, l'autre le caoutchouc ; mais tous obtiennent guérison, cela va sans dire, ce que je me garderai bien de contester ; car malheur à celui contre qui les dentistes pourraient dire : J'ai une dent contre vous. Je me borne à constater cette invasion du baume d'acier sur les maxillaires. — Je n'oserais dire les mâchoires académiques.

L'événement nous a donné gain de cause sur les promoteurs de la malencontreuse institution des épreuves éliminatoires. Le jury du concours actuel pour l'agrégation a refusé d'appliquer cette mesure grave, qui peut compromettre d'une manière si fâcheuse l'avenir des éliminés. On peut prévoir qu'il en sera toujours de même, et que cette disposition tombera en désuétude et dans l'oubli. Avec toute la bonne volonté possible, nous avons cherché une apparence de motif raisonnable à cette mesure ; il nous a été impossible d'y trouver autre chose qu'une question de temps et d'argent.

Un professeur facétieux proposait, l'autre jour, à un candidat au quatrième examen le problème suivant de médecine légale : Un homme est trouvé mort dans la campagne ; des *fèces* existent autour de lui ; il importe de savoir si les *fèces* ont été rendues par cet homme, comment vous y prendriez-vous ? — Monsieur, a répondu le candidat, le *cas* me paraîtrait si grave que je vous appellerais en consultation. — Le professeur s'est fâché tout rouge et voulait renvoyer le candidat, dont l'examen, du reste, avait été fort satisfaisant. Les deux autres juges ont tenu bon ; mais le candidat apprendra, par là, qu'il ne faut jamais faire de l'esprit aux dépens de ses juges.

— M. le docteur Combes, dont j'ai raconté les infortunes au concours pour la place de chirurgien en second à l'Hôtel Dieu de Toulouse, nous adresse une lettre explicative sur l'acte de justice sommaire et tant soit peu à la turque de messieurs les administrateurs des hôpitaux à son égard. Mais M. Combes nous prie d'insérer sa lettre tout entière, et sa lettre est démesurément longue ; ce qui rend impossible son insertion totale. Cela nous embarrasse. Nous avons et nous montrons en toute occasion beaucoup de sympathie pour les opprimés, mais il faut que leurs doléances se produisent sous une forme et dans une limite acceptables. Telles ne sont pas les conditions de celles de M. Combes. Non-seulement il se défend, mais il accuse ; non-seulement il se justifie d'accusations mal fondées, mais il attaque par des allégations extrêmement graves dont il nous est impossible d'assumer notre part de responsabilité. Ce qui nous rend plus circonspect encore, c'est que le *Journal de médecine* de Toulouse, mieux en position que nous d'apprécier les faits, a refusé l'insertion de la lettre de M. Combes, d'après son propre aveu. Il est vrai que M. Combes en trouve la raison dans une *prudence* excessive, et en vue d'intérêts de position actuelle ou d'avenir des rédacteurs. Mais nous ne saurions admettre cette explication à l'égard d'honorables confrères dont nous connaisons le caractère et les sentiments de justice. Comme nous, probablement, ils auront reculé devant l'étendue et la forme des explications données par M. Combes, à qui nous ne pouvons que conseiller, dans l'intérêt de sa cause qui paraît juste au fond, d'être moins agressif et plus bref.

Nous tiendrons le même langage à M. le docteur Louvrier, inventeur de la machine destinée à guérir les ankyloses, machine qui eut des destinées si diverses à Paris il y a deux ans. M. Louvrier nous adresse une réclamation contre un article *Bibliographie*, inséré dans notre numéro du 27 janvier dernier. Cet article, que M. Louvrier attribue fort gratuitement à M. Duval, a été écrit par M. Lachaise, dont il porte la signature. Sur cette fausse croyance, M. Louvrier nous écrit une lettre fort étendue que nous ne pouvons insérer ; car, d'après ce que nous venons de lui dire sur l'auteur réel de l'article, cette lettre n'a plus d'application.

— Voici une troisième lettre qui me concerne seul. Il paraît que j'ai fait erreur de personnes — j'en suis bien capable — sur l'affaire de la reine Pomaré. C'est M. J.-J. Virey qui a la bonté de m'en instruire. Le docteur Pritchard, missionnaire, accoucheur, consul et marchand, n'est pas le docteur Pritchard, auteur de l'*Histoire naturelle* de l'homme et associé étranger de l'Institut de France. Il existe encore en Angleterre un autre savant, du nom de Pritchard, qui a fait un ouvrage sur *les animalcules infusoires*. Vous le voyez, mon erreur était complète, et je n'ai plus qu'à me cacher de honte. JEAN RAIMOND.

P. S. J'oubliais une quatrième lettre sur l'affaire du teinturier. L'auteur conteste que le fait soit arrivé à Paris, et il assure qu'à Mâcon, à Marseille, à Nancy et à Beziers semblable histoire est racontée. Plus discret, je n'ai pas indiqué le lieu de la scène. Que pareille chose soit arrivée en Bourgogne, en Provence, en Lorraine et dans le Languedoc, cela n'est pas impossible à la rigueur, et cela prouve, au demeurant, beaucoup d'esprit dans le corps des teinturiers ; mais de leurs femmes, grand Dieu ! qu'en direz-vous ?

ment et facilement enrayée par l'emploi du sulfate de quinine. Du reste, la malade ne présentait aucun de ces graves symptômes généraux qui caractérisent la fièvre intermittente existant depuis un certain temps, tels que la jauneur de la peau, la maigreur du sujet ; l'enfant n'étant affectée que depuis un mois à peine, il n'est pas étonnant qu'elle ne présentât encore aucun de ces phénomènes qui dénotent un état cachectique développé sous l'influence des maladies de ce genre.

La dysenterie dont fut atteinte l'enfant, et qui ne nous semble, surtout dans ce cas, être autre chose qu'une forme intense de l'entéro-colite, nous semble avoir été plus grave et plus importante que la première affection. Nous disons que la dysenterie ne nous semble être autre chose qu'une forme intense de l'entéro-colite, et nous insistons sur ce point parce que de l'étude des ouvrages qui ont été consacrés à cette maladie pourrait peut-être résulter cette conséquence que la dysenterie est une affection générale, « dont l'expression anatomique se trouverait dans les intestins, et qui dès lors devrait être rapprochée de la fièvre typhoïde. »

Primitive ou secondaire, la dysenterie peut se développer spontanément chez un sujet bien portant, ou pendant le cours d'une autre maladie dont elle n'est alors qu'une complication. Ce dernier cas, nous devons le dire, est sans contredit le plus commun. Lorsqu'elle est primitive, elle débute souvent par une entéro-colite simple, et ce n'est que plusieurs jours après son début, que l'on voit se manifester les symptômes caractéristiques de la dysenterie, les ténesmes, les selles sanguinolentes, les douleurs vives de l'abdomen.

Bien que la maladie se soit, dans le cas actuel, terminée par la guérison, et que nous ne puissions citer ici aucune autopsie détaillée de sujets ayant succombé à la dysenterie, nous pouvons dire, en passant, que chez la totalité des sujets qui succombent à l'affection qui nous occupe aujourd'hui, l'on trouve une inflammation intense des intestins et surtout du colon. La muqueuse est épaissie, boursouflée, rouge et sans consistance. L'injection est quelquefois tellement forte qu'elle a pu former des ecchymoses sous-muqueuses assez étendues. On rencontre assez fréquemment aussi des ulcérations des follicules du gros intestin ; rarement, au contraire, des ulcérations des follicules ou des plaques de l'intestin grêle. On n'est point d'accord sur la fréquence des fausses membranes à la surface de la muqueuse, les uns admettant comme presque constante leur existence, les autres la regardant comme problématique, ou du moins comme très rare.

D'après ces caractères, empruntés aux descriptions d'ouvrages spéciaux, il semble à peu près impossible de considérer la dysenterie autrement que comme une maladie purement locale, comme une inflammation dont le degré d'intensité varie suivant une foule de circonstances, soit extérieures, soit particulières au sujet malade.

On ne s'attend point ici que nous allions décrire en détail les symptômes et la marche de l'affection. Nous nous contenterons de les passer rapidement en revue, d'une manière suffisante pour justifier le diagnostic qui a été porté dans le cas que nous avons rapporté plus haut. L'abdomen est ordinairement tendu, douloureux, chaud, sensible à la moindre pression. Cependant, les cas ne sont pas extrêmement rares où le ventre est à peu près à l'état normal. Les selles, liquides dès le commencement de la maladie, deviennent, lorsqu'elle est un peu intense, sanguinolentes. Tantôt le sang se présente noir et abondant, tantôt sous forme de mucosités striées de filets rouge-vermeil ou d'un rose sale. Les selles sont en même temps accompagnées de ténesme, d'épreintes douloureuses, et les malades éprouvent souvent, sans rien rendre, le besoin de se présenter sur le bassin. Quant aux symptômes généraux, la fièvre ordinairement violente, la chaleur et la sécheresse de la peau, la fréquence des pulsations qui s'élèvent quelquefois au nombre de 140 et plus (elle n'a été chez notre malade que de 108-112), l'expression de la physionomie, l'amaigrissement du sujet, ne laissent aucun doute sur la nature inflammatoire de la maladie.

On observe quelquefois de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, de la stupeur, lorsque l'affection est à son plus haut période. Les épistaxis, les taches lenticulaires, les sudamina, le râle bronchique que l'on a désigné sous le nom de râle typhoïde, tous phénomènes qui, s'ils existaient, rapprocheraient la dysenterie et l'entéro-colite de la fièvre typhoïde, n'ont jamais été observés dans le cours de la dysenterie lorsqu'elle a été simple et non compliquée de phlegmasie de la membrane muqueuse de l'intestin grêle. L'intelligence reste ordinairement nette, même dans les cas graves, jusqu'aux approches de la mort. Quant au pronostic, il est toujours grave, souvent mortel ; les auteurs s'accordent presque tous à convenir que près de la moitié des cas sont mortels.

Les causes de la dysenterie, les influences sous lesquelles elle se développe sont tellement obscures qu'il est à peu près impossible de donner à ce sujet des renseignements de la moindre certitude. Toutes les périodes de l'enfance nous l'ont présentée ; les saisons n'ont pas non plus d'influence bien notable sur sa production. Si quelquefois elle règne d'une manière épidémique, c'est principalement quand il s'agit de la dysenterie consécutive que cela s'observe, et alors elle complique une épidémie de fièvre éruptive, de rougeole ou de scarlatine principalement, et l'on a remarqué que souvent alors ces fièvres éruptives étaient hémorrhagiques.

Le traitement de la dysenterie doit nécessairement varier selon les cas. Si elle complique une fièvre éruptive, il est naturel de penser que le traitement principal devra s'appliquer tout d'abord à la maladie primitive dont l'affection intestinale paraît n'être alors qu'un accident, une complication. Mais dans les cas où elle est primitive ou spontanée, il résulte évidemment de ce que nous avons dit jusqu'ici et de la nature inflammatoire, que nous croyons avoir démontrée, que le traitement doit être essentiellement antiphlogistique. On emploiera donc les émissions sanguines locales, les sangsues sur le ventre, si la force de la constitution de l'enfant lui permet de les supporter, et si la gravité de l'affection en fournit l'indication. Dans le fait que nous avons rapporté en détail au commencement de cet article, l'affection n'a pas semblé assez grave pour que l'on crût devoir recourir à cette méthode, que contre-indiquait du reste l'existence d'une fièvre intermittente.

Comme moyens thérapeutiques auxiliaires, mais qui sont néanmoins d'une grande utilité : les bains entiers tièdes, les cataplasmes, les lavements émollients et surtout l'emploi des opiacés à dose un peu élevée, les frictions narcotiques sur le ventre, enfin les boissons légèrement astringentes. En général, il paraît plus avantageux d'administrer l'opium par le rectum, dans les lavements que sous forme de potion ou de pilules, parce qu'à son effet général se joignent plus directement les effets topiques sédatifs. Ce n'est que dans les cas extrêmement graves et presque désespérés que l'on a recours à l'application sur le ventre de larges vésicatoires.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Fractures des sixième, septième et huitième côtes droites. — Emphysème sous-cutané très étendu ; déchirure du poumon avec pneumo-thorax et épanchement de sang dans la plèvre droite. — Opération de l'empyème. — Mort.

Le 16 décembre 1843 est entré à l'Hôtel-Dieu, et fut couché au nº 69 de la salle Sainte-Marthe, le nommé Triolet, âgé de seize ans, potier de terre.

Ce jeune homme, dans la journée du 16 décembre, fut violemment heurté par le timon d'une voiture qui le pressa contre un mur. A la suite de cet accident il fut transporté à l'hôpital dans la soirée. M. Roux l'examina le lendemain matin, et trouva les symptômes suivants : Une dyspnée considérable, la figure colorée et anxieuse ; en appliquant la main sur la poitrine, on perçoit une sensation de crépitation fine, caractéristique de l'emphysème sous-cutané ; cette infiltration de gaz s'étend à toute la moitié droite du thorax ainsi qu'au cou et au bras du même côté. Le malade accuse une vive douleur à la partie inférieure et latérale droite de la poitrine, dans le point où a porté le timon ; il n'existe cependant ni excoriations, ni ecchymoses. En raison de cette douleur, on n'insiste pas sur les tentatives qui avaient pu faire déterminer le point précis où les côtes étaient fracturées. En percutant le thorax, on trouve une sonorité très grande en avant, correspondant par l'auscultation à l'absence du bruit respiratoire, tandis qu'en arrière il y a de la matité dans la moitié inférieure de la poitrine avec de l'égophonie. On diagnostique une déchirure du poumon avec épanchement de gaz et de sang dans la cavité pleurale droite. Cependant le malade n'a pas craché de sang ; il ne peut se livrer à aucun effort d'expectoration, dans la crainte d'augmenter sa douleur de côté. Le pouls est plein, très fréquent ; on prescrit une saignée de trois palettes, et l'application d'un bandage de corps médiocrement serré ; la diète.

Le soir, les mêmes symptômes persistant, on pratique une nouvelle saignée de trois palettes.

Le 18, la dyspnée est très grande ; la matité remonte plus haut en arrière. On applique 25 sangsues au côté droit de la poitrine.

Le 19, l'emphysème a disparu en grande partie, mais tous les autres symptômes ont augmenté d'intensité.

Enfin le 20, la dyspnée étant extrême, les lèvres déjà violacées, l'épanchement thoracique considérable, le pouls petit et très fréquent et la mort imminente, M. Roux pensa que le poumon, n'étant pas enveloppé encore par de fausses membranes résistantes, était susceptible de se développer et de reprendre ses fonctions lorsqu'on aurait évacué le liquide qui le comprimait. Il se décida donc à pratiquer la paracentèse thoracique.

Avant de passer à l'opération, le professeur se livra à quelques remarques cliniques sur le sujet dont il s'agit.

Le cas que nous avons sous les yeux, dit-il, est digne de tout notre intérêt. Comment s'est produit l'emphysème sous-cutané que ce malade nous présente ? Le mécanisme de ce phénomène n'est pas difficile à expliquer. L'air qui s'est épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané ne peut venir évidemment que du poumon, et voici comment : le poumon, déchiré dans un point, laisse passer l'air des bronches dans la plèvre ; mais s'il y a quelque adhérence entre la surface pulmonaire et la face interne des côtes-là où la fracture de celles-ci existe, l'air, sans s'arrêter dans la cavité pleurale, passe directement, du tissu du poumon, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et donne lieu à l'emphysème : c'est ce qui est arrivé très probablement chez notre pauvre jeune homme. Il est facile de concevoir, d'après cela, que les adhérences du poumon aux côtes, dans cette circonstance, bien loin d'être nuisibles, sont utiles, et tendent à simplifier beaucoup la maladie. Il y a trente ans environ, j'ai fait un petit mémoire sur ce sujet, et sans avoir presque de faits devant moi, mais d'après de simples idées théoriques ; je me suis efforcé de démontrer qu'il y avait des avantages dans les cas de plaies pénétrantes de la poitrine avec blessure du poumon, à ce qu'il y eût des adhérences entre cet organe et les parois thoraciques ; car à l'aide de ces adhérences on établissait une barrière suffisante à tout épanchement d'air et de liquide dans la cavité pleurale, ce qui ne devait pas être sans importance pour les résultats consécutifs de la maladie. Ce que le raisonnement théorique nous avait fait soutenir, les faits viennent en nombre nous le confirmer.

Si, au contraire, le poumon blessé se trouve dans l'état normal de liberté au milieu de la cavité thoracique, pendant qu'une côte est fracturée et fait saillie vers le poumon même, l'air des bronches passera dans la plèvre et y donnera lieu à un pneumo-thorax ; une partie de cet air passera à travers la côte brisée et s'épanchera dans le tissu cellulaire, formant un emphysème traumatique ; il y aura en même temps épanchement de liquide sanguinolent dans la cavité pleurale. C'est un peu le cas de notre malheureux malade. Que peut-il arriver dans cette circonstance ? Que l'emphysème disparaisse peu à peu par les seuls efforts de la nature ; mais que l'épanchement liquide intra-pleural persiste plus ou moins, et qu'il soit nécessaire d'intervenir avec l'art.

Qu'y a-t-il précisément chez notre jeune homme ? Y a-t-il un épanchement de sang et d'air dans la plèvre ? Cela est très probable ; mais, on ne peut l'assurer, le diagnostic est assez difficile et obscur. Ce qu'il y a de positif, c'est que la respiration est courte et rapide, que le malade se couche instinctivement sur le côté droit, où on suppose exister l'épanchement pleurétique. Nous avons tiré un grand avantage de la percussion pour reconnaître chez notre sujet l'état du thorax, et c'est d'après les résultats de cette percussion que nous avons avancé le diagnostic ci-dessus.

Il s'agit ici, comme vous voyez, d'un épanchement pleural rapide et presque subit, et qu'il faut bien distinguer de ces épanchements lents, et se formant peu à peu. Cette distinction est d'une grande importance pratique, car le traitement doit être différent dans les deux cas. Il nous est arrivé seulement deux fois de pratiquer la paracentèse thoracique pour des épanchements traumatiques résultant de blessures pénétrantes de la poitrine. Nous eûmes plusieurs fois l'occasion de le faire pour des cas d'épanchement chronique ou purulent ou séro-purulent qui s'était formé peu à peu, et auquel, pour ainsi dire, le poumon s'était habitué.

Valentin a dit que dans les épanchements sanguins de la poitrine produits par une cause traumatique, on voit ordinairement paraître vers la base de la poitrine elle-même une espèce d'ecchymose sur la peau, comme si du sang s'était épanché dans ce tissu cutané. Il donne ce symptôme comme caractéristique de l'épanchement thoracique lui-même. On ne crut pas d'abord à cette assertion ; mais des faits sont venus à son appui, et nous-même eûmes l'occasion de la trouver fondée, principalement chez un malade qui entra dans notre service à la Charité pour une fracture des côtes ; ici existait une ecchymose dans la partie du thorax indiquée par Valentin, et elle était évidemment due au sang épanché dans la plèvre, et qui semblait s'infiltrer jusque sous le tissu cellulaire sous-cutané ; du reste, on ne pouvait pas l'attribuer au sang épanché à la suite de la fracture de côte, car celle-ci occupait la partie supérieure de la poitrine elle-même. La paracentèse thoracique chez ce malade donne issue à beaucoup de liquide, et le malade se rétablit.

Nous croyons indispensable de pratiquer la même opération chez notre jeune homme. Si on était sûr qu'il n'y a dans la poitrine que de l'air épanché sans liquide, il suffirait de faire une simple ponction avec le trocart ; mais, comme il y a une grande probabilité de l'existence d'un liquide mêlé avec l'air, il faudra pratiquer une ouverture un peu large à la peau et aux muscles, pour que ce liquide sorte librement. D'ailleurs, cette opération n'est pas aussi grave qu'on peut le croire. L'opportunité de cette opération est un sujet d'une haute importance, mais très délicat et très difficile à traiter : nous dirons seulement, à cet égard, que la paracentèse thoracique est moins dangereuse dans les épanchements traumatiques et récents, que dans les épanchements lents, suites d'affections chroniques de la plèvre ou du poumon ; la raison en est très simple. Dans les premiers, les organes sont encore en bon état, leurs fonctions ne sont que momentanément troublées et, l'obstacle mécanique enlevé par l'évacuation du liquide pleural, rien n'empêche qu'elles se rétablissent avec la plus grande facilité ; tandis que dans les secondes il y a une altération profondes dans les organes, altération dont l'épanchement n'est qu'une simple conséquence, et qui très difficilement cessera avec la cessation de l'épanchement.

L'opération fut pratiquée dans un espace intercostal un peu au-dessus de celui où on la pratique ordinairement. On a dû déroger à la règle ordinaire, parce qu'on n'avait pas pu bien distinguer les côtes, et on voulait éviter de tomber sur le foie. L'incision par le bistouri des parties molles fut nécessaire au lieu d'une simple incision, attendu qu'on avait toute raison de croire à l'existence de fausses membranes derrière les côtes, qui empêcheraient l'écoulement du liquide si l'ouverture n'était pas suffisamment large. Il a même fallu, l'incision étant faite, introduire le doigt dans la cavité pleurale, et détruire l'obstacle formé par des adhérences de matière membraniforme. Le liquide qui s'écoula était une sérosité sanguinolente, et l'écoulement se faisait par un mouvement saccadé isochrone aux mouvements respiratoires. La poitrine se vida complétement. Dans ce cas, il y avait moins d'inconvénient à un écoulement complet, que si l'épanchement eût été chronique et purulent, ou simplement séreux ; car dans ces épanchements récents le poumon conserve encore toute son élasticité, et peut assez facilement revenir à l'état primitif et remplir le vide laissé par le liquide écoulé, tandis que le contraire a lieu dans les épanchements anciens et chroniques, comme nous le faisions remarquer tout à l'heure. Dans ces faits d'épanchements, quand même les malades se rétablissent, ce qui est bien plus rare que dans les cas d'épanchements récents, le poumon ne revient jamais à son état normal, n'arrive jamais à remplir complétement le vide résultant de l'écoulement du liquide, ou, pour mieux dire, ce vide se comble par la dépression des côtes de ce côté ; de sorte qu'avec le temps, la poitrine de ces individus cesse d'être bombée et arrondie comme elle l'est naturellement, et présente un certain aplatissement du côté de l'épanchement. C'est pour cela que, dans ce dernier cas, il faut laisser écouler le liquide peu à peu et l'extraire à plusieurs reprises pour donner le temps au poumon de reprendre son élasticité normale, et devenir apte à fonctionner dans toute son intégrité.

Malheureusement l'opération n'a pas été d'un avantage réel

à notre malade. Dans le cours de la journée il a été très agité; est ensuite tombé dans un état d'affaissement, et cinq ou six heures après l'opération il a succombé.

Quelle fut la cause véritable de sa mort ? Est-ce l'opération elle-même ? Est-ce à la suite de l'air qui a pu pénétrer dans la poitrine par l'ouverture extérieure ? Est-ce une influence purement nerveuse qui a hâté sa terminaison funeste ? Nous ne nous prononçons pas, et nous terminerons par les détails anatomiques que l'autopsie nous a fournis.

Après avoir détaché tous les muscles de la poitrine, et avoir mis à découvert les côtes, principalement celles qui étaient fracturées, on pénétra dans la cavité thoracique. On a trouvé environ un litre de sérosité sanguinolente dans la plèvre du côté malade. Les côtes indiquées au commencement de notre observation étaient fracturées, et faisaient saillie vers le poumon. Celui-ci était largement déchiré, sans présenter aucune autre lésion ni trace d'inflammation. Autour de cette déchirure existaient quelques fausses membranes lâches, sans adhérences notables aux côtes. Une petite quantité de sérosité existait aussi dans la plèvre opposée. Le diaphragme était un peu éraillé au niveau de la neuvième côte, éraillement produit très probablement par les fragments de cette côte même. Le foie, à un endroit, était également un peu contusionné. On n'a rien trouvé ailleurs de remarquable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 mars 1844. — Présidence de M. Dup n

M. Matteuci adresse la lettre suivante, communiquée par M. Dumas :

Je vous prie de vouloir bien communiquer à l'Académie une expérience que je crois de quelque intérêt, et qui fait suite à mes travaux d'électricité animale. Dans toutes mes recherches précédentes je n'étais jamais parvenu à faire des piles d'animaux vivants *à sang chaud*, et ce n'est qu'avec le raisonnement que j'avais conclu que le courant musculaire dont les signes persistent d'autant plus, que l'animal est plus bas dans l'échelle, devait être au contraire proportionnellement plus fort en raison de sa place dans la même échelle. L'expérience a confirmé cette conclusion.

Avec beaucoup de soins et de peines, je suis parvenu à faire une pile de cinq pigeons vivants. Les deux cuisses étaient écorchées sur chaque pigeon, et une petite portion de la surface musculaire de l'une des cuisses était à découvert. La surface du muscle est une des cuisses, l'intérieur du muscle à découvert sur l'autre cuisse.

J'ai obtenu à mon galvanomère, dans la première expérience 15 degrés d'un courant toujours dirigé dans l'animal à l'intérieur du muscle à la surface. Ce courant a diminué rapidement, et après la troisième expérience, quelques minutes après il n'était plus que de 6 degrés dans le même sens.

Le sang épanché et coagulé est une des causes de la diminution. Si on l'enlève le courant augmente de quelques degrés. La plus grande difficulté est de tenir en contact les parties et je le fais ou avec des pinces en bois ou avec des ligatures.

Une expérience de comparaison avec cinq grenouilles également disposées, m'a donné 10 degrés. Le courant est pourtant plus persistant. Réfléchissez que la persistance du courant est, avec les pigeons, au moins quatre fois plus grande qu'avec les grenouilles.

Le courant électrique musculaire augmente donc d'intensité avec les degrés que les animaux occupent dans l'échelle, ce qui prouve encore mieux son origine chimique ou plus exactement sa liaison avec les actions chimiques de la nutrition et de la transformation des tissus en contact avec le sang artériel.

— L'Institut des Pays-Bas adresse communication d'un rapport fait à l'occasion d'expériences sur la gélatine. Il résulte de ce travail que la gélatine ne possède aucune propriété nutritive.

— *M. Gagnage* adresse un mémoire sur l'embaumement.

BIBLIOGRAPHIE.

Atlas d'Anatomie descriptive du corps humain ; par M. C. Bonamy, docteur en médecine, professeur particulier d'anatomie et de physiologie, etc. ; et M. Emile Beau, dessinateur. Paris 1844, grand in-8°. — Fortin, Masson et compagnie.

Première partie : Ostéologie, Syndesmologie, Myologie.
(82 planches et texte explicatif.)

Je n'ai pas à faire l'éloge des publications iconographiques dont l'anatomie fournit la matière, chacun sait leur importance et les services qu'elles rendent à l'étude et à la pratique de l'art. A toutes les époques, elles ont joui d'une faveur méritée, et sans mentionner une foule de travaux de ce genre entrepris sur divers points de la science anatomique, on se rappelle avec quel empressement les médecins ont accueilli, de nos jours, les œuvres d'Antomarchi, de Jules Cloquet, de Bourgery et Jacob, etc.

Mais, parmi ces magnifiques ouvrages, les uns sont épuisés; les autres, lents dans leur publication, considérables par leur volume, peu vulgaires par leur cherté, sont destinés à nos grandes collections, aux heureux de notre profession, mais ils sont difficilement abordables pour ceux que l'on pourrait à bon droit dénommer les prolétaires du corps médical ; je veux dire les étudiants, et les praticiens de modeste position. Je n'oublierai jamais qu'au début de mes études médicales, je me réjouissais de voir apparaître une grande publication de ce genre qui devait, selon toutes les apparences, suffire à mes besoins et à ceux de mes contemporains ; eh bien ! cette œuvre, très estimable sans doute, commencée il y a treize ans, n'a pu, malgré les efforts généreux de ses éditeurs, dépasser encore les deux tiers du cadre qu'ils s'étaient proposé.

Et d'ailleurs aujourd'hui, grâce à la remarquable activité des travailleurs, les livres vieillissent vite, des aperçus nouveaux remplacent les connaissances anciennement acquises ; rappelons les travaux de Tiedemann, d'Arnold, de Foville, de Longet, de Cruveilhier, de Swan sur le système nerveux ; les nouvelles études relatives aux aponévroses, aux vaisseaux lymphatiques ; les recherches récentes de Sœmmerring, d'Huguier, de Breschet, de Giraldès sur les organes des sens, et tant d'autres monographies qui ont porté la précision des connaissances anatomiques à un degré que cette science n'a jamais atteint, même au milieu de son plus grand éclat. Peut-on dire après cela que les planches anatomiques ne vieillissent pas !

Pénétrés de ces pensées, M. Bonamy, prosecteur assidu du professeur Cruveilhier, connu pour être un de nos plus habiles préparateurs, et M. Emile Beau, dont l'élégance et la précision du crayon ne sont aujourd'hui dépassées par personne dans les reproductions anatomiques, se sont associés pour publier un livre qu'ils destinent aux élèves et aux praticiens. La publication de cette œuvre sera prompte ; elle suffira aux études d'une génération d'étudiants ; son prix modique pourra être atteint par toutes les fortunes; son cadre, qui lui permet de tout réunir, repoussera les superfluités d'apparat ; en un mot, les auteurs veulent pratiquer une sage économie qui ne doit nuire en aucune façon à la perfection du travail. Cette tâche est ardue, et cependant nous sommes heureux de dire que le but a été atteint sinon dépassé : quelques mois sont écoulés et nous possédons déjà une portion notable de l'*Atlas anatomique du corps humain*.

Nous avons sous les yeux la première partie de cette œuvre, elle comprend quatre-vingt-deux planches grand in-8° jésus. Ce format, restreint en apparence, a permis d'employer pour la reproduction des organes les proportions de demi-nature adoptées dans les grands ouvrages in-folio, en même temps il est plus portatif, rend les recherches plus faciles. — L'ostéologie, la syndesmologie, la myologie, les aponévroses d'insertion ont fourni la matière de cette division.

On peut, sans contredit, former un jugement sur l'examen de planches aussi nombreuses et consacrées à la reproduction d'autant de parties importantes ; nous les avons parcourues avec soin et nous pouvons dire qu'elles sont dignes de la réputation de MM. Bonamy et Beau. Les préparations sont simples, méthodiques, précises; l'artiste a saisi leurs détails avec une grande exactitude ; le dessin est d'un fini parfait, le coloris d'une grande vérité. Jetons un coup d'œil rapide sur leur disposition.

La *syndesmologie* a été traitée avec soin. Les auteurs ont pris à tâche de copier la nature, et les faisceaux qu'ils figurent ont au moins sur les ligaments de fantaisie de plusieurs iconographies le mérite de l'exactitude. Nous avons aussi remarqué quelques coupes heureuses qui rendent l'ensemble de la pièce plus net et son intelligence plus facile. — La *myologie* est reproduite par couches selon l'ordre de superposition ; nous mentionnerons l'habile arrangement de ces planches, la fidélité et la précision des insertions musculaires, la netteté de leurs expansions aponévrotiques, l'imitation parfaite de leur structure. Sans aborder les détails spéciaux, je ne résisterai cependant pas au plaisir de mentionner, parmi toutes, les planches consacrées à la reproduction des muscles postérieurs et profonds de la colonne vertébrale ; en effet, sans vouloir en aucune façon établir de rivalité entre la publication que nous faisons connaître et des œuvres d'ailleurs estimables, nous croyons pouvoir affirmer qu'on ne trouverait rien d'aussi parfait dans les collections iconographiques, soit anciennes, soit récentes.

En regard de chaque planche, MM. Bonamy et E. Beau ont placé un texte explicatif. Ce n'est pas une simple indication, un renvoi aux parties qui sont représentées par le dessin, mais bien un complément nécessaire à l'intelligence de la nature que le travailleur a sous les yeux. Ces textes forment une série de descriptions complètes et très précises, quoique laconiques dans leur exposition ; plusieurs d'entre elles facilitent singulièrement l'intelligence de régions compliquées et nous les présentent sous un jour nouveau.

Un travail spécial, formant un appendice séparé, sera consacré au développement des dispositions et des procédés auxquels on doit avoir recours pour l'étude de l'anatomie. Un traité semblable manquait à l'enseignement, qui ne possède que des traités vieillis sur l'art de l'anatomiste préparateur. Le talent éprouvé de M. Bonamy doit nous faire bien augurer de ce complément de l'œuvre commune. Avec ce guide, l'élève bien pénétré de la voie qu'il devra suivre, et conservant d'ailleurs sous les yeux la région nettement préparée que lui reproduisent les planches, arrivera sûrement à son but, sans tâtonnements, sans perte d'un temps précieux, et pouvant à chaque instant de son travail critiquer lui-même les résultats auxquels il sera parvenu.

La rapide publication de l'*Atlas anatomique* doit être suivie sous peu de temps des parties complémentaires. — La deuxième traitera de l'angiologie ; la troisième, de la splanchnologie ; enfin la quatrième sera consacrée à la reproduction des centres nerveux et des organes des sens.

Un *Traité de médecine opératoire*, conçu sur les mêmes bases, servira de complément à ce premier ouvrage.

Nous venons de tenter, par cette courte appréciation, de bien faire connaître le mérite du travail de MM. Bonamy et E. Beau, mais cette appréciation et nos éloges mêmes sont tardifs ; le succès a dépassé les espérances des auteurs : accueilli avec une faveur marquée par le public médical, leur *Atlas* a reçu des savants un accueil non moins flatteur, ainsi M. Cruveilhier l'a jugé digne de figurer pour ainsi dire comme l'iconographie complémentaire de son grand *Traité d'Anatomie descriptive* ; en un mot, par cette œuvre modeste et consciencieuse les auteurs ont bien mérité de tous ceux qui sont bien persuadés qu'une bonne éducation anatomique est la seule base solide des études médicales.

Nous serions injuste si nous ne faisions une mention spéciale du bon goût avec lequel MM. Fortin et Masson dirigent la publication de ce travail. Grâce en partie aux efforts de ces éditeurs, la librairie médicale, naguère si négligée, n'aura plus rien à envier aux publications littéraires sous le rapport de l'élégance et du luxe typographique. L'*Atlas anatomique* sort des presses de M. Artus pour la lithographie, et, pour la typographie, de celles de MM. Béthune et Plon, à qui nous devons les plus belles publications illustrées de la librairie contemporaine.

Dr Marchessaux.

NOUVELLES.

Il y a en ce moment au Val-de-Grâce un concours pour une place de professeur de pathologie, et dans peu de jours un autre aura lieu pour une chaire d'hygiène militaire.

Voici les noms des juges du concours actuel :

MM. Gasc, inspecteur (président) ; Levy, professeur; Lavran, id.; Milon, id.; Broussais, id.; Baudens, id.; Lustreman, id. — Suppléants : MM. Larrey, professeur; Rollet.

Sept professeurs du Val-de-Grâce sur huit juges !!

On dit que le concours prochain d'hygiène est établi de la même manière. Sans chercher à pénétrer une arrière-pensée sur la composition de ce jury, nous nous contenterons de faire observer qu'il est formé contrairement à l'art. 51 du titre 6 de l'ordonnance du 12 août 1836, qui dit formellement : « Que le jury, pour le concours au professorat » sera composé de quatre professeurs du Val-de-Grâce et de quatre » officiers de santé désignés par le ministre de la guerre », afin que tous les juges n'appartinssent pas au même établissement ; autrement, les places de professeurs seraient dans les mains de MM. les professeurs du Val-de-Grâce.

— Le conseil-général de Saône-et-Loire a organisé un service nouveau de médecins de canton ; il a même voté quelques fonds qui doivent être distribués entre les docteurs chargés de remplir des fonctions dans cette récente organisation, dont le but est le soulagement gratuit des indigents malades. Les communes sont appelées à fournir un contingent relatif à leur population et à leurs revenus, pour encourager le zèle de celui qui visitera les pauvres.

Cette création, qui a pour but de rémunérer le zèle des médecins, et de mettre à leur disposition des médicaments qu'ils pourront faire distribuer gratuitement aux indigents, est récente encore ; elle mérite d'être étudiée dans son application.

En attendant qu'elle puisse être introduite partout, nous pouvons, dit *la Réforme*, citer un trait qui mérite d'avoir des imitateurs. M. de Villieu, maire de Loyes (Ain), vient de traiter à ses frais avec un médecin pour qu'il visite les malades de sa commune, dont la fortune est au-dessous d'un certain chiffre d'imposition.

— MM. Pelouze, membre de l'Académie des sciences, Devergie et Flandin, docteurs en médecine, chargés par le parquet de procéder à l'analyse chimique du cadavre de M. Dacoste, décédé dans les environs d'Auch, ont à peu près terminé leurs opérations. Ils sont, dit-on, en mesure de se prononcer catégoriquement sur la question de savoir s'il y a eu ou non empoisonnement. (*Gazette des Tribunaux.*)

— On lit dans le *Courrier de Lyon :*

« Il est mort ces jours passés, à l'hospice de l'Antiquaille, un aliéné dont la manie était fort originale et fort curieuse.

» Cet homme, ancien horloger, s'était fait la vivante incarnation du système décimal. Toute désignation numéraire qui ne rentrait pas rigoureusement dans ce système le faisait entrer en fureur. Il ne comprenait pas même que l'on pût se servir d'expressions telles que *dix*, *vingt*, etc.; car, selon lui, pour être vrai, il fallait dire un *ante*, deux *antes*, comme on dit trente, quarante, etc.

» Cette manie, fort inoffensive en soi, prenait un caractère de démence dangereuse quand on le laissait en liberté, car alors tous les objets de nature à porter atteinte à son cher système décimal qui frappaient ses yeux, excitaient son courroux à un haut degré, et leur vue le portait à des actes répréhensibles. Malheur à l'épicier, au boulanger, au boucher ou à tout autre détaillant, dont l'étalage portait, en sous, l'indication du prix de certains articles ! notre maniaque se ruait aussitôt sur ces signes proscrits, et mettait en pièces tout ce qui en était souillé.

» Il ne se bornait pas là. Souvent, dans la sainte indignation qui le transportait, il pénétrait jusqu'auprès des dépositaires de l'autorité, et là, il leur adressait de sévères remontrances, et les sommait de faire exécuter la loi, ou de céder la place à des hommes plus dignes qu'eux de l'occuper. Du reste, sur tout autre sujet il était parfaitement sain d'esprit, plein de jugement et de sens. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 31. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Phthisie pulmonaire avec cavernes, chez un sujet successivement affecté de fièvre typhoïde, de miliaire, et de pleurésie avec épanchement.

Au n° 24 de la salle Saint-Louis, a été couché le nommé Simon, âgé de vingt et un ans, menuisier, entré le 24 août 1843.

D'une constitution de force moyenne, habituellement bien portant, mais cependant sujet à s'enrhumer pendant l'hiver, ce jeune homme nous dit être tombé malade il y a deux jours environ ; mais il était mal à son aise depuis près de huit jours. Sa maladie a commencé par des maux de tête très violents, des frissons, suivis de chaleur et de sueurs. Quelques vomissements bilieux verdâtres ; inappétence ; soif très vive. Pas de diarrhée, plutôt un peu de constipation. Deux ou trois épistaxis assez abondantes. Insomnies pendant la nuit. Pas de toux ni d'expectoration. Le malade nous dit que son père a succombé à une affection de poitrine.

Au moment de l'entrée, le pouls est à 104-108 ; céphalalgie très forte, peau chaude, sèche. Langue blanche, saburrale ; anorexie, soif vive ; ventre légèrement tendu, douloureux dans les deux flancs, principalement à droite, où la pression même légère détermine une vive sensibilité, et un gargouillement bien manifeste. On n'observe sur la peau du tronc ni taches rosées lenticulaires, ni sudamina. Pas de vomissements aujourd'hui. Constipation depuis trois jours. Pas d'épistaxis depuis hier. Insomnie cette nuit. Saignée de trois palettes.

Le lendemain, des ventouses scarifiées furent appliquées sur le ventre, dans la région de la fosse iliaque droite, et une bouteille d'eau de Sedlitz. Diète.

Le 26 août, à peu près même état ; le pouls est toujours à 108, assez développé. Persistance de la céphalalgie extrêmement violente ; un peu d'agitation cette nuit. Au moment de la visite, le malade est assez calme et même un peu abattu ; un peu d'hébétude de la physionomie. Mêmes phénomènes du côté du ventre. Trois ou quatre selles dans la journée d'hier. Le flanc droit, où la percussion détermine un assez fort gargouillement, est encore douloureux. Langue blanche, saburrale, un peu sèche à sa pointe et sur ses bords. Pas d'appétit ; pas de nausées ni de vomissements. Bouteille d'eau de Sedlitz. Diète.

Le 28, les symptômes abdominaux semblent avoir un peu diminué d'intensité ; les flancs ne sont point aussi douloureux ; mais la langue est toujours sèche, râpeuse ; les lèvres sont un peu croûteuses sur les bords. Soif vive. Persistance de la céphalalgie. Agitation, et même un peu de délire pendant la nuit dernière. Le matin, au moment de la visite, le malade est ordinairement dans un état de prostration et de demi-stupeur ; il marmotte à voix basse des paroles interrompues ou inintelligibles. Sinapismes aux mollets. Bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 31, amélioration bien notable dans l'état local du malade, et amendement dans les phénomènes abdominaux ; l'état général n'a pas subi de modification bien sensible. Agitation et délire pendant la nuit surtout ; on se borne dès lors à une médication expectante, sous l'influence de laquelle, au bout de dix à douze jours, le malade entre en pleine convalescence. Deux bouillons.

Vers le 15 septembre, au moment où l'état de ce jeune homme était assez satisfaisant pour qu'on crût ne plus avoir aucune inquiétude, quelques frissons passagers survinrent, qui furent suivis de l'apparition de quelques petites vésicules assez abondantes sur la peau du tronc ; vésicules appartenant évidemment à cette forme d'éruption décrite sous le nom d'éruption miliaire. Le pouls est à 88-92 par minute. La langue est humide, rosée, nette. Le malade a passé une nuit assez agitée ; cris et délire. Du reste, les fonctions digestives se font bien, et il rend volontairement ses urines, qu'il rendait depuis quelque temps dans son lit. Sueurs continuelles, ou tout au moins moiteur extrême de la peau. Boissons gommeuses ; julep. Diète.

Le 18, persistance des sueurs, avec odeur fétide. Agitation et délire pendant la nuit surtout. Il a recommencé à uriner dans son lit. Pouls à 80. L'éruption miliaire, assez développée, n'a subi aucune modification.

Le 21, langue humide. Diminution des sueurs ; l'éruption commence à pâlir, et les vésicules à s'affaisser. Le malade ne délire plus, et la nuit a été plus calme. Pouls à 72. Bouillons.

Le 26, le malade, en se découvrant imprudemment hier pendant qu'il était en sueur, s'est refroidi, et ce matin il ressent dans le côté gauche de la poitrine une douleur extrêmement vive. L'auscultation ne fait découvrir qu'un peu de râle crépitant fin dans le côté gauche de la poitrine, et à une assez grande distance de l'oreille, comme s'il existait une légère couche de liquide entre les deux feuillets de la plèvre. Quinze sangsues sur le point douloureux. Gomme. Diète.

Le lendemain, matité dans presque toute l'étendue de la poitrine en arrière à gauche. La douleur de côté est moins vive. On entend un souffle bronchique bien manifeste dans le tiers moyen environ du côté gauche en arrière, et dans la moitié inférieure du tiers supérieur. Peau chaude. Pouls à 120. Julep gommeux avec oxyde blanc d'antimoine, 4 grammes.

Le 29, la respiration est de plus en plus gênée. Mêmes phénomènes à gauche pour l'auscultation et la percussion. En arrière, à droite, on entend un râle crépitant fin dans la moitié inférieure. Deux selles hier, à la suite de l'administration de l'oxyde d'antimoine. Même julep ; deux vésicatoires à la partie postérieure de la poitrine.

Le 23, à la visite du matin, à peu près même état ; il y a eu cette nuit un peu d'agitation, due probablement à l'application des deux vésicatoires. On continue l'oxyde d'antimoine. Le soir, pouls à 104, langue humide, visage assez calme, dyspnée moins forte ; toux assez fréquente, sans expectoration depuis le commencement de cette nouvelle affection.

Le 2 octobre, une amélioration notable est survenue, surtout depuis un troisième vésicatoire qui a été placé sur le côté gauche de la poitrine, tout à fait en dehors. Les phénomènes locaux sont sensiblement amendés. La matité a diminué en étendue ; le souffle bronchique et l'égophonie ne s'entendent plus que dans le tiers inférieur. Cependant le pouls est toujours à 104-108, et le malade accuse une grande faiblesse.

Le 7, le pouls est tombé à 92 ; l'état général est meilleur. Résonnance faible dans les trois quarts inférieurs du côté gauche. Absence de respiration dans ce point. Souffle tubaire faible et éloigné ; égophonie bien prononcée. La douleur de côté a tout à fait disparu, il n'y a plus de dyspnée ; le malade peut rester couché sur le dos assez facilement.

On continue pendant quelques jours encore l'oxyde blanc d'antimoine ; trois bouillons.

L'état du malade paraissait assez satisfaisant, sauf une toux sèche et assez fréquente qui avait résisté à toutes les médications mises en usage ; mais la faiblesse dont il se plaignait constamment lui avait fait prolonger son séjour à l'hôpital, lorsque, vers le milieu du mois de novembre, quelques jours après que M. Rostan eût repris son service à l'Hôtel-Dieu, un examen attentif lui fit découvrir au sommet du poumon gauche un souffle amphorique bien prononcé, avec tintement métallique, annonçant l'existence d'une caverne à la partie antérieure. En même temps, expectoration mucoso-purulente depuis quelques jours ; sueurs nocturnes. Pas de diarrhée.

Le 2 décembre, un abcès est survenu à la partie antérieure et inférieure de la poitrine, abcès qui doit communiquer avec le poumon à travers les plèvres. Crépitation bien sensible.

Le 4, la peau est amincie ; depuis avant-hier, la fluctuation est devenue très manifeste. Persistance de la crépitation. La poche purulente est soulevée et déprimée tour à tour à chaque mouvement respiratoire.

Le 6, ponction sous cutanée de l'abcès. On retire, à l'aide d'une seringue adaptée au trocart, une assez grande quantité de liquide purulent de bonne nature. Dans les dernières portions, on remarque un mélange de gaz.

Le 8, une ouverture spontanée s'est faite à côté de l'ouverture artificielle ; elle a donné issue à une assez grande quantité de liquide purulent, fétide.

Le 9, l'ouverture naturelle s'est agrandie. Une nouvelle plus petite s'est faite à côté. Deux sortes de liquides s'en écoulent en assez grande quantité ; l'un paraît de nature séreuse, l'autre de nature purulente. Amaigrissement bien sensible. Le malade dit ne souffrir un peu que lorsque l'on détermine une pression même légère sur la poitrine. Lorsque le malade parle, le liquide est expulsé de l'abcès et même avec une certaine force.

La mort survient le 12 décembre.

A l'autopsie, on trouva un liquide épais, purulent, remplissant les deux tiers inférieurs du côté gauche du thorax. Quelques adhérences assez bien organisées joignaient le poumon gauche aux parois de la poitrine, Au niveau de l'une de ces adhérences, existait la fistule pulmonaire qui, bien que fort étroite, a été parfaitement constatée par l'insufflation du poumon sous l'eau. Elle existait à peu près vers le milieu de la hauteur du poumon. La plèvre présentait deux ulcérations arrondies, du diamètre d'une pièce de vingt-cinq centimes. Au sommet du poumon gauche, caverne assez étendue avec adhé-

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DE VERS INTESTINAUX (Suite);

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P

(Suite du n° 23.)

Coliques. Tout le monde sait que les coliques sont un symptôme presque ordinaire de l'existence des entozoaires ; mais nous n'avons point à nous occuper de ce phénomène comme symptôme, et nous devons le considérer seulement ici en tant qu'il est assez intense pour produire des accidents graves et même la mort.

Drelincourt, en ouvrant le cadavre d'un homme de quarante ans, qu'avaient tourmenté pendant deux septenaires des tranchées atroces, trouva dans le trajet du colon un grand nombre de vers ; les uns isolés, étaient dispersés dans différents points du canal intestinal ; d'autres étaient agglomérés. (Biblioth. médic., t. XXVI, p. 315.) — Un assez grand nombre de faits analogues ont été publiés, mais interprétés différemment, selon le système dominant en médecine à l'époque où ils ont été recueillis. Ainsi, dans un temps où on faisait jouer aux vers, dans la pathogénie, un rôle beaucoup trop important, on rapportait beaucoup de cas de coliques à ces animaux, alors même qu'aucun n'était rendu. Aujourd'hui, au contraire, où on ne croit peut-être pas assez à l'influence morbifique des vers, on dit que, dans ces cas, les purgatifs employés ont fait cesser la cause (la saburre) de ces coliques, tout en expulsant les vers, qui n'étaient qu'une simple complication. Heureux encore les malades quand cette cause n'est pas tout à fait méconnue, et les accidents attribués à cette inflammation gastro-intestinale que certains médecins ont vu, et que quelques-uns voient encore partout. Ces réflexions nous paraissent justifiées par le fait suivant, publié par M. Bricheteau (Arch. de méd, 1832, t. XXX, p. 327).

Une jeune personne d'environ vingt ans, entrée à l'hôpital le 18 mai 1831, me parut, le lendemain, atteinte d'une maladie grave. Des antécédents, une douleur assez vive dans le ventre, qui était cependant souple, me déterminèrent à faire appliquer quinze sangsues sur le lieu douloureux. je fis d'ailleurs, je l'avoue, peu d'attention à quelques plaintes que proférait la malade, dans lesquelles les vers étaient accusés de l'étouffer. Cette malade fut peu surveillée par les gens de service ; on laissa couler le sang des sangsues jusqu'à la visite du lendemain. Je trouvai la malade très affaiblie et d'une pâleur extraordinaire. La charpie qu'on avait appliquée sur les piqûres était encore imbibée de sang humide ; je les fis cautériser de suite. J'eus en outre recours à l'application des sinapismes, à une potion tonique. La jeune fille succomba dans la journée. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes la plupart des organes, particulièrement le cœur et le foie, d'une pâleur remarquable ; il n'y avait aucune altération dans le tube intestinal, mais on y découvrit un assez grand nombre de vers lombrics, dont plusieurs formaient des pelotons entrelacés dans l'intestin grêle.

On voit, dans ce fait, que le médecin, après un examen trop superficiel, sans doute, crut avoir affaire à une gastro-entérite, et prescrivit des sangsues dont l'hémorrhagie causa la mort, par suite de la négligence des gens de service. Ce fait, malheureux par son résultat, doit être pour nous d'une grande instruction. En effet, il prouve, d'une part, que c'est à tort que souvent les praticiens n'accordent pas aux plaintes des malades et aux sensations qu'ils disent éprouver une attention suffisante, et, d'autre part, qu'une inflammation gastro-intestinale peut-être simulée par les vers ; je dis simulée, car il est certain que s'il eût existé quelque phlegmasie intestinale, on en aurait trouvé quelques traces après la mort, traces que n'aurait pu effacer entièrement la perte abondante de sang qui fit succomber la malade.

Si dans le fait malheureux de M. Bricheteau, la mort doit être attribuée à l'hémorrhagie et non à la présence des vers, il n'en est pas de même dans l'observation suivante, dans laquelle les entozoaires seuls ont bien évidemment été cause de la terminaison fâcheuse, comme le démontre l'autopsie.

M. Campenon, médecin de Tonnerre, s'explique ainsi (Hautersiack, Recueil d'observations. Paris, 1772, in-4°, t. II, p. 472) :

« Un homme âgé de quarante-huit ans ou environ, d'un tempérament fort et vigoureux, accoutumé à une vie laborieuse et pénible, et ne vivant que de ce qu'il gagnait de son travail journalier, ressentit, le 31 décembre 1763, sur le soir, de violentes douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de fréquentes envies de vomir. Il ne rendait, par le vomissement, que des matières glaireuses et bilieuses en petite quantité ; les lavements qu'on lui donna dans la nuit ne lui procurèrent ni soulagement, ni évacuation. Je le vis le lendemain matin, et je le trouvai dans un abattement excessif ; il éprouvait des inquiétudes et des jactations de corps continuelles ; le ventre était tendu, douloureux, surtout l'hypochondre droit ; le pouls était petit et très affaibli : je craignis dès lors que l'inflammation n'eût déjà trop fait de progrès et n'eût dégénéré en gangrène, et je portai sur cette maladie le pronostic le plus fâcheux.

J'avais auparavant visité scrupuleusement ce malade, pour voir s'il n'y avait point hernie avec étranglement ; mais tout, à cet égard, était dans l'état normal. J'insistai beaucoup sur les lavements émollients, sur les potions huileuses, sur les fomentations émollientes et sur les bains, présumant que cette colique pouvait être occasionnée par un *volvulus* ou par des matières fécales endurcies ; tous ces soins furent inutiles, je fus même obligé de faire retirer promptement le malade du bain, pour une faiblesse excessive qui lui survint, accompagnée de sueurs froides de très mauvais augure. Cet accident se calma néanmoins par la chaleur du lit, et il y eut quelques instants de tranquillité ; mais les douleurs bientôt reparurent avec encore plus de violence, et elles ne cessèrent qu'au moment de la mort. Cette maladie ne dura que vingt-quatre heures. Le lendemain je fis faire l'ouverture du cadavre, et je trouvai dans la partie inférieure du colon et dans le cœcum une pelote de vers entortillés les uns dans les autres, qui formaient une masse qui remplissait exactement la capacité de ces intestins : ils avaient été si distendus et si irrités par ces animaux, qu'il en était résulté l'inflammation et la gangrène. Ces vers, qui étaient longs de cinq à six pouces et gros comme le tuyau d'une plume, étaient au nombre de trois cent soixante-sept.

rence du sommet du poumon. Le poumon droit était sain.

— Remarquable par la succession continue de quatre affections extrêmement graves, dont la dernière fut mortelle, cette observation mérite, sous plusieurs rapports, de fixer notre attention ; et nous allons essayer en quelques mots d'en signaler les points importants.

Au moment de son entrée, ce jeune homme présentait tous les phénomènes d'une fièvre typhoïde bien caractérisée. Symptômes locaux et généraux, tout y était réuni, et il n'était pas permis de conserver le moindre doute sur l'existence d'une affection typhoïde qui revêtit, peu de jours après l'entrée du sujet à l'hôpital, la forme que M. Rostan désigne sous le nom de forme cérébrale, c'est-à-dire, fièvre typhoïde avec prédominance des phénomènes cérébraux. Par un traitement énergique, des émissions sanguines, des révulsifs sur le tube digestif, on se rendit maître de l'affection qui dura quinze jours environ. Le malade était en pleine convalescence au bout de trois semaines, lorsqu'il fut pris, sans cause connue, d'une suette miliaire, peu intense à la vérité, qui dura sept à huit jours, et se dissipa sans aucun traitement particulier. Il y eut ceci de particulier dans cette seconde maladie, qu'elle s'accompagna de quelques-uns des symptômes nerveux qui avaient caractérisé la fièvre typhoïde, tels que le délire, l'agitation, etc.

Hors ceci, une nouvelle convalescence venait de se déclarer ; le pouls était tombé à 72, et le malade prenait déjà du bouillon, lorsque par suite d'une imprudence qu'il commit en se découvrant lorsqu'il était en sueur, un point douloureux pleurétique apparut dans le côté gauche de la poitrine ; l'auscultation et la percussion firent promptement reconnaître dans ce côté l'existence d'un épanchement. On ne put, vu la faiblesse du malade, employer d'autre émission sanguine qu'une application de sangsues sur le point douloureux. Mais trois vésicatoires et la prescription de 4 grammes d'oxyde blanc d'antimoine par jour suffirent pour faire en grande partie justice de cette complication. Nous disons en grande partie ; car, malgré l'énergique révulsion exercée sur les parois de la poitrine, il fut impossible de faire complétement disparaître l'épanchement que nous avons signalé.

Faisons remarquer ici, en passant, la grande différence qui existe entre la pleurésie et la pleuro-pneumonie. La pleuro-pneumonie est toujours une affection extrêment grave, souvent mortelle, principalement chez les sujets qui, comme celui qui fait le sujet de notre observation, ont été épuisés par des maladies antérieures. La pleurésie, au contraire, quoique nous soyons loin de croire avec M. Louis qu'elle n'est jamais mortelle, est infiniment moins dangereuse surtout lorqu'elle s'accompagne d'épanchement, cas auquel elle passe très facilement à l'état chronique. Le sujet, qui n'eût probablement pu supporter la médication énergique qu'aurait nécessité une pleuro-pneumonie d'une certaine intensité, ou qui eût succombé à la maladie abandonée à elle-même, le sujet, disons-nous, ne fut point affaibli outre mesure par l'usage des moyens thérapeutiques dirigés contre cette pleurésie.

Le malade dont nous nous occupons ici était d'une constitution de force moyenne, un peu pâle, habituellement bien portant, mais sujet à s'enrhumer. Son père paraissait avoir succombé à une affection chronique du poumon, probablement à la phthisie pulmonaire. Ces antécédents, mis en regard de l'état du sujet, devaient paraître fort peu rassurants pour le pronostic à établir, et lorsque la phthisie pulmonaire fut confirmée et parfaitement constatée par M. Rostan, lorsque de plus on fut certain de l'existence d'une communication entre le parenchyme pulmonaire et la cavité pleurale, on put se demander avec quelque raison si la pleurésie devait être comptée au nombre des causes sous l'influence desquelles s'était développée l'affection tuberculeuse, ou si elle était elle-même le produit, le résultat de la perforation de la plèvre par un tubercule ramolli, et de l'épanchement du pus tuberculeux entre les deux feuillets de la séreuse.

Quoi qu'il en soit de ces deux hypothèses, l'auscultation fit reconnaître au professeur, de la manière la plus évidente, d'une part, un souffle caverneux au sommet du poumon gauche, avec gargouillement pendant quelques jours. D'autre part, et quelques jours après, un tintement métallique parfaitement manifeste, limité au même point, et perceptible quand le malade parlait, preuve évidente que des gaz existaient dans la cavité de la plèvre en même temps que le liquide de l'épanchement, et qu'il y avait une communication entre le parenchyme pulmonaire et la cavité pleurale.

Ce n'était pas tout : un abcès se forma dans l'épaisseur des parois de la poitrine, abcès dans lequel la ponction sous-cutanée avec aspiration du liquide sans le contact de l'air, fit reconnaître un liquide franchement purulent et phlegmoneux, mêlé dans ses dernières portions de quelques bulles d'air ou de gaz. Cet abcès communiquait manifestement avec la cavité pleurale et le poumon ; car, une ouverture spontanée de cet abcès s'étant faite à peu de distance du point dans lequel avait été pratiquée la ponction, on vit, sous l'influence des mouvements respiratoires, le pus sortir d'une manière intermittente et même être projeté à une assez grande distance pendant les fortes inspirations.

D'après tous les phénomènes qu'il avait pu observer lui-même, d'après les antécédents du malade, sa constitution et la probabilité d'une affection tuberculeuse pulmonaire à laquelle aurait succombé le père du malade, M. Rostan crut devoir supposer qu'il s'était formé une fistule pulmonaire, faisant communiquer le parenchyme pulmonaire et l'intérieur des tuyaux bronchiques avec la cavité de la plèvre. De plus, il dut supposer une ulcération consécutive de la plèvre costale, ulcération qui faisait communiquer le phlegmon des parois thoraciques avec l'intérieur de la cavité pleurale. Il pensa que la fistule pulmonaire était d'un diamètre assez considérable pour permettre assez facilement le passage de l'air et trop étroit pour laisser passer des liquides qui, enfermés dans la cavité de la plèvre, auraient pu, sans cette condition, être rendus par les bronches. Or, jamais, pendant le cours de sa dernière maladie, le malade ne vomit de pus et ne rendit d'autres crachats que les crachats mucoso-purulents ordinaires de la phthisie pulmonaire, ce qui n'eût point eu lieu si l'ouverture de la fistule pulmonaire eût permis aux liquides de sortir par cette voie.

L'autopsie vint, comme nous l'avons dit, justifier de la manière la plus éclatante le diagnostic porté par M. le professeur Rostan. On trouva la fistule pulmonaire énoncée et disposée comme il l'avait indiquée. La plèvre costale, de son côté, offrait deux ulcérations arrondies, du diamètre d'une pièce de vingt-cinq centimes et faisait communiquer la cavité pleurale avec l'intérieur de l'abcès. C'est la rareté d'une affection aussi compliquée et de lésions aussi curieuses, en même temps que la justesse et la précision du diagnostic porté par M. Rostan, qui nous a engagé à donner dans le plus grand détail cette curieuse observation, la science possédant peu d'exemples de cas de ce genre.

Quant au traitement de l'affection tuberculeuse, dès que l'on put en constater l'existence on ne s'en occupa nullement. L'affection était trop avancée et le sujet dans de trop mauvaises conditions pour que l'on pût essayer même de l'arrêter dans sa marche. Sans être de ceux qui nient complétement la possibilité, nous ne disons pas de la guérison, ce qui serait absurde, car il est impossible de guérir un poumon qui n'existe plus, mais seulement d'arrêter la phthisie pulmonaire ; M. Rostan pense qu'à une certaine période, il n'est rien à espérer, et quant aux cas cités par Laënnec, de sujets phthisiques confirmés, qu'il dit avoir guéris, il nous a plusieurs fois fait remarquer que Laënnec avait trouvé des cicatrices pulmonaires provenant, supposait-il, d'anciens tubercules guéris, chez des sujets qu'il n'avait point observés pendant la vie, et qu'il avait prétendu avoir guéri des sujets qu'il n'avait pu examiner après leur mort, deux conditions qui ôtent toute valeur à ses assertions sous ce rapport.

Dr A. FOUCART.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Traitement médical suivi après l'excision d'un polype extra-utérin.

Vous vous rappelez cette femme couchée au nº 9 de la salle Saint-Augustin, et sur laquelle nous avons pratiqué l'excision d'un polype extra-utérin.

Vous vous souvenez du profond état de faiblesse dans lequel elle était plongée lorsqu'elle vint dans notre hôpital. Vous avez encore, sans doute, présent à votre mémoire, que cet état déplorable était causé par des pertes de sang utérines si nombreuses et si considérables, que cette malheureuse femme était devenue presque exsangue. Vous vous rappelez enfin que le polype était dans la matrice, et qu'en cautérisant la seule partie que l'on pouvait atteindre, nous sommes parvenu à arrêter ces hémorrhagies si redoutables, et à produire une amélioration remarquable dans la constitution de la malade. Avant d'opérer, nous avons attendu que le polype fût sorti de l'utérus. Les hémorrhagies sont encore revenues ; nous les avons combattues de nouveau par la cautérisation.

Ce polype, dont la présence et le séjour dans la matrice devenaient une source menaçante et continuelle d'accidents qui n'auraient eu d'autre terminaison que la mort ; ce polype, qu'il aurait fallu opérer dans l'utérus lui-même, pour tenter de sauver la vie de la malade (et atteindre une tumeur dans la matrice, et l'extraire, n'est pas chose facile), ce polype, excité par les cautérisations qui avaient arrêté les hémorrbagies ; ce polype enfin, est sorti de l'utérus et s'est montré dans le vagin. C'est alors que nous en avons fait l'excision. Cette opération a été terminée promptement ; car elle était devenue chose facile, par toutes les circonstances favorables que nous avions fait naître. La tumeur polypeuse avait le volume d'une petite poire d'Angleterre.

Voilà l'histoire des faits qui ont précédé l'opération. Voyons maintenant ceux qui l'on suivie.

Il y a eu un suintement sanguin qui pouvait congestionner l'utérus et devenir une véritable hémorrhagie. Nous avons fait pratiquer au bras une saignée dérivative de trois onces, et quelques heures après l'écoulement sanguin avait cessé. Quelques douleurs, quelques coliques utérines ont ensuite apparu, et ont fait craindre l'invasion d'une métrite, si souvent précédée de ces symptômes précurseurs. Aussitôt nous fîmes appliquer des cataplasmes laudanisés ; et, pour les empêcher de se refroidir, ils furent couverts de flanelle et de taffetas gommé. On donna un quart de lavement laudanisé et presque froid. Cette médication fut suivie d'un prompt succès. Les douleurs furent calmées.

La malade se plaignit ensuite d'étouffements ; et ceci nous fait songer que les femmes auxquelles vous avez enlevé une tumeur utérine accompagnée d'hémorrhagies pour ainsi dire habituelles, sont dans toutes les conditions plus ou moins fâcheuses qui suivent la suppression d'un exutoire. Il nous a donc fallu saigner cette femme ; car la saignée prévient les pertes utérines graves et les congestions viscérales qui ont fréquemment lieu dans de telles circonstances.

On fera donc une saignée à cette femme, et non une saignée petite, mais de deux palettes, c'est-à-dire une saignée spoliative.

C'est ainsi qu'il faut agir si vous voulez éviter les congestions sanguines et viscérales qui peuvent survenir après l'excision de polypes utérins.

Cette malade est guérie.

Accidents survenus après l'extirpation d'une tumeur au sein. Érysipèle léger; eschares blanches. Emploi de l'axonge sur la surface erysipélateuse.

Il s'agit ici de la tumeur que la malade du nº 9 portait au sein. Elle s'était développée sans douleur ; elle était petite, lobulée, bosselée, bien isolée de la glande mammaire et très mobile. Elle devint douloureuse. Nous l'opérâmes, et l'examen de la tumeur nous offrit tous les caractères de la dégérescence cancéreuse. Mais ces faits sont si nombreux, si fréquents, dans notre hôpital, que je ne vous rappelle celui-ci, dont les caractères sont absolument identiques, que pour mieux fixer votre attention sur un des accidents qui surviennent si souvent sur les plaies qui résultent de l'extirpation de ces tumeurs ; je veux vous parler de l'érysipèle.

Nous avons appliqué l'axonge sur la surface érysipélateuse.

Des faits analogues et tout aussi malheureux ont été publiés il y a vingt ans, par M. Maugon, médecin de l'hospice civil de Carentan (Recueil périodique, t. LXVII, p. 74 et suiv.), et par Diemerbroek, qui a vu le marasme suivre ces coliques et ne cesser qu'après l'expulsion des vers (*Opera medico-practica*, Genève, 1688 ; in-4º, p. 752).

Le tænia peut entraîner les mêmes accidents que les vers lombricoïdes, alors qu'ils sont en grand nombre. Le docteur Hospital parle de deux individus adultes qui furent pris de coliques violentes que l'opium, donné à haute dose, ne put point calmer. Le premier, après l'administration de deux onces d'huile de ricin, rendit le second jour de la maladie un tænia de plusieurs mètres de longueur ; le second, chez lequel les coliques persistèrent pendant trois jours et inspirèrent des craintes sérieuses, rendit aussi, sous l'influence d'une potion laxative, un tænia d'une longueur extraordinaire. Ces deux malades furent parfaitement guéris après l'expulsion de cet entozoaire. (Bulletin de thérapeutique, 1836, t. X, p. 394.)

Dysenterie.— Les médecins qui ont décrit des épidémies de dysenterie font mention de dysenterie vermineuse ; mais, en général, ils considèrent les vers non comme la cause de la maladie, pas même comme une complication, mais seulement comme une simple coïncidence. Cependant nous pensons que si on analysait avec soin plusieurs descriptions de ces épidémics, on verrait que la présence des vers jouait réellement un rôle actif dans la maladie. Pourquoi, en effet, les vers ne pourraient-ils pas tout aussi bien produire et entretenir la dysenterie que d'autres corps étrongers ? Ainsi Morgagni rapporte l'observation fort curieuse d'un individu qui, ayant mangé, au mois de juin, une grande quantité de pois, fut pris en octobre d'une dysenterie qui se prolongea jusqu'au commencement de décembre, époque à laquelle ce malade rendit par les selles environ deux livres de pois entiers. (Dict. de méd., 2e édit., t. X, p. 545.)

Quoi qu'il en soit, il nous paraît démontré que la dysenterie sporadique peut être produite par les vers. M. Lévêque-Lasource, qui a fait connaître en France (Bibliothèque médicale, t. XXVI, p. 301) un ouvrage fort remarquable et surtout riche de faits pratiques (*Historia morborum qui annis* 1699, 1700, 1701, 1702, *Uratislaviæ grassati sunt*), admet cette cause de dysenterie. M. de La Prade, dans le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Lyon (Lyon, 1821, in-8º, p. 62), dit avoir vu chez un enfant âgé d'un an, une dysenterie rebelle produite par cette cause, et qui ne cessa qu'après l'éjection d'une énorme quantité de lombrics. Les faits que nous venons de citer sont présentés presque sans détails, de sorte qu'on pourrait jusqu'à un certain point, malgré l'autorité des deux médecins que nous avons cités, douter de la corrélation directe qui existait chez les malades en question, entre la dysenterie et les vers. Mais voici une observation fort curieuse qui vient détruire toute objection.

M. Chappel, jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament assez vif et d'une complexion bilieuse, fut attaqué d'un flux dysentérique, dont les accidents ne parurent pas d'abord assez graves pour demander conseil. Aussi les premiers jours se passèrent-ils sans remèdes. Cependant les tranchées devenaient plus fortes ; les selles muqueuses ou glaireuses se chargeaient d'une plus grande quantité de sang, et leur nombre devenait remarquable. On opposa aux progrès de cette affection des lavements émollients, des tisanes tempérantes ; on y joignit des purgatifs subastringents ; on finit par donner l'ipécacuanha selon la méthode de Pison, et successivement on employa les astringents, les mucilagineux, même les narcotiques. L'inutilité réelle de ces divers moyens fit recourir peu à peu au simarouba, à la salicaire, et à quantité d'autres remèdes. Le malade traînait depuis six mois une existence douloureuse ; les douleurs du ventre étaient très vives, les selles toujours sanguinolentes, les forces anéanties, le teint défait ; en un mot, l'état du malade commençait à être déplorable, et peu s'en fallait qu'il ne fût réduit à l'incurabilité. C'est dans ces circonstances qu'une de ces personnes officieuses qui vont fréquentant les malades avec des recettes ou des récits de guérisons conseilla à M. Chappel de prendre une bonne dose d'helminthocorton pendant trois matins de suite.

L'espoir d'une cure prochaine et assurée décida notre dysentérique à prendre 4 drachmes d'helminthocorton en décoction adoucie avec le sucre. Ce remède lui procura de la chaleur et de très fortes coliques, pendant lesquelles il sentit très distinctement comme quelque chose se rompre et crépiter dans l'intérieur du ventre. Le besoin d'aller à la garde-robe se fit bientôt sentir ; le malade eut une évacuation très copieuse, mais uniquement composée de vers. C'étaient des ascarides lombricoïdes ; leur nombre avait de quoi étonner ; mais leur évacuation décida un tel calme dans tout le corps, que le malade en conçut l'espoir d'une guérison très prochaine. En effet, de ce moment, il n'y eut plus ni selles dysentériques, ni tranchées ; un sentiment intérieur de bien-être fit augurer une prompte réparation des forces ; elles s'accrurent rapidement ; et M. Chappel, étonné, rentra bientôt dans tous les droits que donne une santé parfaite.

Cette observation, si digne d'intérêt, a été publiée (ancien Journal de médecine, 1786, t. LXIX, p. 257) par un homme, M. Baume, qui a fourni à la science quelques travaux importants, et sous ce rapport elle mérite une entière confiance.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— On lit dans l'*Echo de la Frontière :*

« La femme Ignace Gomet, indigente à Robersart, a mis au monde, le 26 février dernier, quatre enfants viables (trois garçons et une fille). Tous ont reçu le baptême, trois à l'église et un à la maison. »

Erratum. — Dans le dernier numéro, 1er article, 2e colonne, 3e alinéa, *au lieu de :* On n'eut pas entendu M. Velpeau dire : Vos corps fibreux sont des tumeurs bénignes, je le veux bien, mais elles ne sont que des *tumeurs fibreuses*, lisez : que des *tumeurs fibrineuses*.

Autrefois, on redoutait singulièrement l'application des corps gras sur la surface de l'érysipèle ; maintenant cette médication est souvent employée avec succès. Mais pour les obtenir, il faut que le malade soit dans certaines conditions favorables; car s'il y a embarras gastrique ou intestinal, ou bien une certaine constitution épidémique régnante, elle réussit moins souvent, jusqu'à ce que ces causes ou ces complications aient disparu.

Mais s'il n'existe aucune de ces conditions fâcheuses, nous avons recours à l'axonge, et voici comment nous l'employons:

On étend sur un linge à demi usé une couche d'axonge récente et purifiée; on la place sur la surface de l'érysipèle, toutes les deux heures, plus tôt que plus tard, et suivant sa température, on réapplique sur la même compresse une nouvelle couche d'axonge, sans enlever celle qui a été préalablement mise, en ayant soin de laisser sur la peau la petite quantité d'axonge que la compresse y a laissée. Cette compresse doit couvrir non-seulement l'érysipèle, mais encore un pouce de peau saine, et entourer la phlegmasie. Si vous attaquez l'érysipèle de cette manière, soyez sûrs qu'en vingt-quatre ou quarante-huit heures, vous obtenez un succès remarquable.

Sur cette malade du n° 9, il y avait un peu de fièvre qui avait précédé la phlegmasie, ce qui pourrait faire présumer que cet érysipèle s'est développé sous l'influence d'une cause interne.

Sur cette même malade, les bords de la plaie se sont gangrenés; ils sont devenus blancs; il y a eu de petites eschares blanchâtres qui sont tombées, et d'autres dont la chute est prochaine. J'ai vu quatre malades nous présenter cette circonstance remarquable de gangrène blanche. Il n'y avait pas eu d'érysipèle, et les malades ont toujours été sans fièvre.

Ces faits ont été consignés dans la *Gazette des Hôpitaux* il y a environ trois ou quatre ans. Cet accident, survenu sur la plaie du n° 9, est maintenant borné, limité à une très petite étendue. La gangrène blanche occupe à peine une ligne des bords de cette plaie.

Ouverture d'un abcès froid très volumineux, situé à la partie postérieure du tronc. Motifs de la préférence donnée à l'incision large sur l'incision étroite.

Au n° 4 de la salle Saint-Antoine, est un malade qui a un abcès froid très volumineux à la partie postérieure du tronc, le long du bord spinal de l'omoplate. Ce malade avait des symptômes syphilitiques qui furent amendés par l'emploi de l'iode.

Nous avons ouvert cet abcès, et vous avez vu que nous avons fait une large ouverture en pratiquant une incision de six centimètres de longueur.

Voici les motifs qui nous ont déterminé à ouvrir largement les vastes collections purulentes. En agissant ainsi, nous obtenons un résultat pratique bien important. Nous prévenons la viciation du pus, que l'on observe si souvent en pratiquant une ouverture étroite. En effet, quand vous faites une très petite ouverture, l'air entre toujours un peu dans la cavité de l'abcès; il ne peut pas en sortir facilement; il irrite, il vicie la matière purulente; tandis qu'en faisant une large ouverture, l'air entre aussi dans le foyer purulent, mais il n'y séjourne pas, et la viciation du pus n'a pas lieu.

Quelle est la cause de cette viciation purulente si redoutable? Je pensai qu'elle devait être produite par une phlegmasie. J'avais observé les faits à cette époque où l'on pratiquait de très petites ouvertures en ouvrant les abcès par congestion.

J'avais remarqué que l'irritation et la fièvre survenaient dans ces cas. J'attribuais ces accidents à l'inflammation. Dès ce moment, je réfléchis que si l'on prévenait cette inflammation, l'on préviendra aussi la viciation purulente, que je regardais comme l'effet de la phlegmasie. Je n'osais pas encore, à cette époque, employer les antiphlogistiques, comme je l'ai fait plus tard et avec tant de succès.

J'attendis qu'il y eut un malade ayant un vaste abcès froid. Il arriva. C'était un employé dans une sucrerie. Il avait un abcès froid volumineux qui s'étendait jusque vers l'articulation cubito-humérale. J'ouvris largement ce vaste abcès froid jusqu'à sa partie la plus déclive. Je fis appliquer 25 sangsues sur le trajet du foyer purulent. Je revins voir le malade le soir du jour de l'opération. Je craignais de trouver de la fluctuation et un commencement de viciation purulente. Je cherchais. Je ne trouvai rien. Je fus agréablement surpris de ne voir sur le linge qu'une très petite quantité de pus. Le pouls était bon; et quoique je n'eusse réellement à craindre aucun accident redoutable, cependant je poussai la précaution jusqu'à lui faire appliquer 15 autres sangsues le lendemain; et le huitième jour, ce malade fut présenté à l'Académie de médecine; il était guéri sans avoir éprouvé ni fièvre, ni inflammation, ni viciation purulente.

Ce premier succès augmenta mon courage. Désormais j'ouvris largement tous les abcès froids que je rencontrai; je fis faire des application de sangsues, et je n'eus à déplorer ni fièvre, ni inflammation, ni viciation purulente. C'est ainsi que j'ai constaté ces succès sur plus de soixante cas d'abcès froids. Bien convaincu que la phlegmasie était la cause de la viciation purulente, et que je la prévenais en employant la méthode antiphlogistique, j'allai plus loin. Je pensai que je pouvais la combattre lorsqu'elle serait développée.

L'occasion et les faits se présentèrent bientôt à moi pour opérer cette démonstraton logique.

Nous avions vu venir ici de la ville des malades qui avaient des abcès que l'on avait ouverts par une très petite ouverture, et sur lesquels il y avait de la fièvre, de l'inflammation et un commencement de viciation purulente. Nous avons de suite appliqué des sangsues, et nous avons détruit cette altération du pus en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Enfin, sur cinq autres malades sur lesquels cette viciation purulente avait fait des progrès, nous avons eu de suite recours aux évacuations sanguines locales, et nous avons vu disparaître ce redoutable accident. M. le docteur Robert, à l'époque où il remplaçait Sanson, attaqua de la même manière une viciation purulente; il en triompha aussi heureusement que nous.

J'ai appliqué cette méthode aux abcès par congestion; et à moins qu'ils n'ait pas pu être vidés complétement, elle a toujours obtenu les mêmes succès jusqu'à ce moment.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 mars 1844. — Présidence de M. Ferrus.

En l'absence de M. le secrétaire annuel, la séance est ouverte par la communication de la correspondance, dans laquelle il est fait mention d'une brochure de M. *Colombat* (de l'Isère), intitulée: Réponse au docteur Becquerel, ou Réfutation de son Traité du bégaiement.

— *MM. Ricord*, *Larrey*, *Denonvilliers* et *Laugier* écrivent pour annoncer leur candidature à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

— L'ordre du jour appelle la nomination des commissions pour les prix. Les divers scrutins à cet effet donnent les résultats suivants:

Prix de l'Académie: MM. Velpeau, Cruveilhier, Andral, Martin-Solon et Moreau.

Prix Portal: MM. Blandin, Poiseuille, Mélier, Rayer, Allard.

Prix Civrieux: MM. Falret, Prus, Royer-Collard, Ferrus, Londe.

Prix d'Argenteuil: MM. Villeneuve, Ségalas, Amussat, Bérard, Lagneau, Jobert de Lamballe, Mérat.

Après ces divers scrutins, M. le secrétaire annuel lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

— L'Académie reprend la discussion sur les tumeurs fibreuses du sein.

M. Castel. Jusqu'à présent la discussion n'a roulé que sur les indications thérapeutiques et sur la possibilité de dégénérescence des tumeurs fibreuses du sein. Ce point de vue physiologique a été à peu près négligé, et bien à tort selon moi.

Les notions émises par notre honorable collègue, M. Cruveilhier, offrent plusieurs contrastes. Je trouve un contraste dans l'hypothèse qui admet l'existence de tumeurs fibreuses dans un organe qui n'est point fibreux; je trouve un contraste dans un précepte demi-rationnel, donné à la suite d'une théorie complétement défectueuse, je dirai presque, à la suite d'une fiction. Nous ne pouvons nous méprendre sur la signification que notre collègue attache à la dénomination de corps fibreux de la mamelle; il nous a avertis qu'il entendait désigner des corps qui, en général, naissent au milieu des tissus fibreux. Il a ajouté qu'il faudrait les rapporter au système fibro-cartilagineux de Bichat, si ce système pouvait être maintenu. Vous aurez reconnu avant moi combien est féconde l'imagination d'un médecin qui déduit la susceptibilité de produire une affection morbide de propriétés qui seraient dévolues à un système dont il nie l'existence.

Ici l'orateur se livre à quelques considérations d'anatomie de texture, et il ajoute:

L'auteur du mémoire a considéré une maladie comme une abstraction, indépendamment de la texture de l'organe qui en est le siége. Les vaisseaux lymphatiques et le tissu cellulaire y abondent; cependant il a assimilé le corps fibreux de la mamelle aux tumeurs fibreuses de l'utérus, qui est riche en vaisseaux sanguins, riche en puissance musculaire, et qui n'est point dépourvu de tissu fibreux. Baglivi a compté les fausses analogies parmi les obstacles qui ont retardé les progrès de la médecine. *Falsum analogiarum genus.* La classification des tumeurs fibreuses fournit un exemple de cette discordance. Une tumeur née sur un os contient du phosphate calcaire, comme l'os lui-même; cependant on la fait descendre du périoste. La membrane muqueuse revêt les fosses nasales, elle est l'agent d'une importante sécrétion; cependant on ne lui assigne aucune part dans la génération des polypes; pour les comprendre dans le cadre des tumeurs fibreuses, il a fallu les faire descendre du périoste de l'os criblé. Si la nature de ces tumeurs, leur végétation, les phases qu'elles parcourent, si leur manière d'être, qu'elle soit organique ou qu'elle soit inorganique, appartiennent exclusivement à un tissu, d'où vient la diversité des éléments dont elles se composent? D'où vient qu'elles présentent tantôt de la dureté, tantôt de la mollesse, qu'elles sont tantôt charnues, tantôt spongieuses, qu'ici elles sont crayeuses ou gypseuses, que là elles sont cartilagineuses? Comment concilier les différences de forme, de consistance, de composition, de vie, avec une communauté d'origine? Réduisez l'hypothèse de M. Cruveilhier à ses dernières conséquences, vous trouverez qu'elle n'admet que deux sortes de tumeurs à la mamelle, les corps fibreux et les squirrhes.

Localiser toutes les maladies, rapporter une maladie à un seul tissu, alors même que la structure de l'organe qui en est le siége est très compliquée, est un préjugé qu'on doit imputer aux fausses inductions tirées de l'anatomie pathologique, si utile d'ailleurs, et dont les résultats exhaussent la médecine jusqu'au niveau des sciences exactes, quand ils reçoivent une juste interprétation.

Plusieurs de nos savants collègues ont examiné pièce à pièce, avec une sévérité d'analyse et une perspicacité à laquelle je ne saurais atteindre, les matériaux du mémoire: ils y ont signalé des distinctions sans fond, des descriptions factices, des noms équivoques, des caractères mal définis, et que l'auteur a groupés avec beaucoup d'artifice pour arriver à la création d'un genre hétéroclite de maladie.

M. Castel se livre ici à une longue dissertation qu'il nous est impossible de suivre. Il continue en ces termes:

Ni les modifications dont je viens de parler, ni l'état stationnaire, long-temps stationnaire d'une tumeur ne suffisent pour justifier l'opinion qu'elle est d'une nature qui lui est propre, qu'elle appartient exclusivement à un tissu, que ces sortes de tumeurs ne doivent point être regardées comme le rudiment, comme l'embryon d'une affection qui se dessinera à une époque plus éloignée. Ces embryons seraient très vieux, dit M. Cruveilhier. Comment a-t-il pu se procurer leur acte de naissance? Ils ne sont pas toujours reconnaissables. Il est de ces corps qui naissent adultes, il en est qui ne le deviennent jamais. La connaissance de l'âge serait, d'ailleurs, insuffisante pour constater l'espèce. Les femmes qui les portaient étaient octogénaires, dit encore notre collègue. La 80e année serait donc ou le *nec plus ultrà* de la vie, ou le *nec plus ultrà* de la possibilité d'une dégénération? Les auteurs de l'*Histoire de la Chirurgie* n'ont pas craint d'avancer que le cancer serait la cause la plus commune de la mort, si la carrière de chaque individu se prolongeait assez pour en développer le germe. Auparavant, le commentateur de Boerhaave avait dit: *Dùm inevitabili etiam vitæ sanæ affectu, vasis collosis factis, ad fatalem vitæ ducimus terminum.*

Savez-vous quelle est l'hypothèse qu'on soutient quand on assure que les corps fibreux ne sont pas susceptibles de dégénérer? L'hypothèse que les conditions de la vie restent constamment les mêmes ou que la diversité de ces conditions n'a point d'action sur le système fibreux. Dire qu'ils ne repullulent point après qu'ils ont été extirpés, c'est prétendre que l'altération des liqueurs animales n'a point influé sur leur origine. Toutefois il est des tumeurs de la mamelle qui ne subissent aucun changement notable: il faut faire honneur de cette prérogative, non au système fibreux, mais à l'idiosyncrasie du sujet, aux modifications d'une diathèse.

En résumé, l'usage excessif ou inopportun des opérations contre les tumeurs du sein pouvait ou devait être un sujet de critique. Mais il aurait suffi de répéter après notre ancien et illustre maître, le professeur Boyer, que *souvent le squirrhe ne dégénère point et reste stationnaire.* Il n'y avait pas lieu de mettre au monde un diagnostic équivoque et fantastique des tumeurs du sein. J'estime que la compagnie ne doit point l'adopter par entraînement et sans réflexion. Des motifs de convenance nous commandent encore une certaine réserve: notre collègue a été l'historien d'un fait de pratique qui lui a été commun avec d'autres médecins; il a fait ressortir les avantages des moyens qu'il avait proposés; il a censuré ceux qui ont obtenu la préférence, quoique les personnages n'aient pas été nommés; il y a dans le récit de ce conflit et de son dénoûment quelque chose de dramatique et d'un assez grand intérêt pour exciter une curiosité qui serait accrue par l'intervention de l'Académie.

M. Hervez de Chégoin fait lire par M. le secrétaire annuel un mémoire sur la question. Cette lecture rapide ne nous a permis que de prendre des notes fort incomplètes, et dont nous ne ferons pas usage, par crainte d'altérer la pensée de l'honorable académicien. Dans le prochain numéro, nous publierons les conclusions de ce travail.

(A cette occasion, nous ne pouvons nous empêcher de répéter que c'est une chose déplorable de voir les obstacles que le bureau de l'Académie oppose à la libre communication des pièces, mémoires et discours. Nous nous sommes adressé à M. Hervez de Chégoin pour le prier de nous communiquer son travail, malheureusement il n'en avait pas gardé copie; il a pris la peine de courir après son manuscrit, sa bienveillance a été vaine: le manuscrit, lui a-t-on répondu, était déjà à l'imprimerie, il lui a été impossible de se le procurer. Il est temps enfin que les hommes véritablement libéraux de l'Académie s'élèvent énergiquement contre un état de choses aussi rétrograde. Il y a là des meneurs que nous connaissons bien et que nous désignerons au besoin, des hommes qui ont usé largement et qui usent encore à leur profit de toutes les ressources de la publicité et cherchent à l'étouffer quand il s'agit de leurs collègues. Nous nous rappelons aussi certaines promesses lorsqu'il s'agissait de faire soutenir par la presse une certaine candidature académique. A-t-on dit un seul mot, depuis deux ans, en faveur du journalisme?)

— *M. Amussat* présente une grosse tumeur de la tête, connue sous le nom de loupe, qu'il a enlevée avec succès par la ligature circulaire, chez une dame qui en conserve encore actuellement vingt-trois autres, dont quelques-unes ont un volume assez considérable. Cette tumeur avait subi une dégénérescence qui la rapprochait de l'état cancéreux (fongus hématode), et il était urgent d'en débarrasser la malade, car elle gênait par son volume, égal à peu près à celui de la tête d'un fœtus de sept mois; elle fournissait une suppuration fétide excessivement abondante; enfin des hémorrhagies fréquentes survenant pour ainsi dire à chaque pansement de la surface ulcérée de la tumeur, pouvaient devenir funestes, si on ne se fût empressé d'enlever la tumeur.

Ce fait, dit M. Amussat, vient à l'appui des idées que j'ai émises dans la discussion à laquelle a donné lieu le mémoire de M. Cruveilhier sur les tumeurs fibreuses de la mamelle. Il prouve que les tumeurs en apparence les plus bénignes, peuvent, par des causes que nous ne pouvons pas apprécier exactement, changer presque complétement de nature, subir une dégénérescence fâcheuse, et que par conséquent on doit les enlever promptement si l'on veut éviter aux malades une opération grave et dangereuse.

Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES D'OCULISTIQUE. Février 1844.

Quelques observations de guérison de tumeurs érectiles des paupières; par M. Carron du Villards.

Une petite fille de quatorze semaines portait depuis sa naissance dans la paupière supérieure, une tumeur congéniale grosse comme un grain de café. Cette tumeur était rouge lie de vin; chaque jour elle grossissait, et lorsque l'enfant criait, elle prenait un volume plus fort, accompagné de coloration plus vive et de tension plus considérable. La mère avait déjà pris l'avis de quelques médecins, qui lui avaient proposé soit la cautérisation, soit l'extirpation. M. Carron du Villards, fort des réussites qu'il avait antérieurement obtenues, proposa l'inoculation du virus vaccin. Non seulement il fit autour de la tumeur quelques piqûres avec une lancette imprégnée de virus, mais encore il traversa la tumeur de part en part avec une aiguille à broder très fine et armée d'un fil de lin fortement imbibé de virus vaccinal, comme Jenner le faisait au début de sa pratique. Il sortit fort peu de sang; l'enfant laissa échapper quelques cris; au cinquième jour, tous les symptômes de l'inoculation vaccinale se manifestèrent, la tumeur fut entourée de cinq boutons légitimes. Elle s'enflamma elle-même, et suivit de point en point toutes les périodes des pustules vaccinales. Le dixième jour, elle se couvrit d'une croûte noirâtre qui s'enleva le vingtième comme un opercule, laissant sous elle une cuvette rose, exempte de toute trace variqueuse ou érectile.

Un enfant de neuf ans portait depuis sa plus tendre enfance une tumeur érectile dans l'angle externe de l'œil. Cette tumeur n'avait jamais augmenté de volume, jusqu'au moment où ce jeune enfant fut atteint d'une scarlatine très violente qui régnait épidémiquement à Paris. Ayant été atteint de bronchite aiguë avec toux convulsive et suffocation, la tumeur augmenta très rapidement et alarma ses parents. Aussitôt après la guérison de la scarlatine l'enfant fut présenté à M. Carron. « Comme je portais sur le doigt indicateur de la main gauche une verrue rebelle, j'enfonçai une épingle dans son centre et l'approchai de la bougie, en présence de l'enfant, et j'obtins immédiatement la chute de la tumeur. Je lui proposai le même moyen, qui fut accepté pour le lendemain. Trois épingles entomologiques furent introduites dans la tumeur; je réunis leurs extrémités avec un fil d'argent bien écroui; j'approchai une bougie; l'enfant très raisonnable fut aussi très courageux. La tumeur se boursoufla, elle se gerça, puis s'affaissa; en retirant les épingles, j'entraînai une partie du parenchyme de la tumeur. Huit jours après, tout était fini. »

Une fort jolie personne de Versailles portait depuis son enfance une tumeur sanguine congéniale, de la grosseur d'un pois chiche, sur la paupière supérieure. Pendant douze ou quinze ans environ la maladie était restée stationnaire, lorsqu'elle contracta une violente scarlatine avec toux convulsive. L'éruption scarlatine ayant surtout porté sur la face, la tumeur prit une vie inaccoutumée; chaque fois que la jeune personne était prise d'accès de toux, le nævus se gonflait, devenait rouge-brun, et paraissait près d'éclater. En moins de six semaines il avait acquis le volume d'une olive. Consulté par la famille, M. Carron se prononça contre toute idée d'extirpation, qui avait été antérieurement proposée. Il indiqua la méthode coagulante comme une ressource précieuse, et la malade accepta avec empressement. Afin d'empêcher toute extravasation hors de la tumeur du liquide injecté, il exerça autour d'elle une légère compression avec le speculum oculi de John Bell, moyen déjà proposé par M. Lisfranc pour arrêter l'écoulement du sang, lorsque l'on extirpe les tumeurs cystiques des paupières. Il perça la tumeur avec une seringue d'Anel, armée d'un stylet perforateur qui rentre à volonté pour donner passage au liquide. Il injecta complétement la tumeur dès la première fois; elle devint noire, grumeuse et flétrie. Pendant trois jours elle resta dans cet état. Le quatrième jour elle s'entoura d'un cercle inflammatoire recouvert de petites phlyctè-

nes; le cinquième elle se détacha en partie, et le reste se dessécha. Au huitième jour, la croûte tomba en entier, laissant sous elle une peau nouvelle, régénérée et rose, comme celle d'un vésicatoire cicatrisé, sans difformité ni perte de substance.

Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand. (Février 1844.)

Constipation présentant les signes rationnels de l'iléus et offrant le type intermittent; par le docteur Heldenbergh.

Un cabaretier, âgé de quarante ans, d'un tempérament nerveux et adonné à la boisson, était, depuis deux jours qu'il n'avait pas eu de selles, en proie à des douleurs atroces ayant leur siége dans la partie moyenne de l'abdomen, autour de l'ombilic, et d'une intensité telle qu'il se tordait, se pelotonnait sur lui-même, et se couchait tour à tour sur le dos, sur le ventre, se lamentait d'une manière pitoyable. La douleur était pour ainsi dire permanente, et offrait peu de moments de relâche. Le ventre était chaud, dur, non ballonné, mais très sensible à la pression. Aucun indice de hernie. Nausées, vomituritions fréquentes, suivies souvent de l'évacuation d'un liquide jaune-verdâtre. Langue sèche offrant un enduit d'un blanc sale, sans rougeur sur les bords et à la pointe. Pouls petit, serré, à 75. Peau sèche et froide, surtout aux extrémités. La veille, le médecin du malade avait prescrit un purgatif, un lavement et 18 sangsues sur l'abdomen. M. H. croyant voir là un état nerveux, ordonna une mixture antispasmodique avec une drachme de laudanum. Les douleurs se calment pendant la nuit, mais elles reviennent avec la même intensité le jour suivant. Même mixture; lavements calmants et fomentations adoucissantes, qui ne procurent qu'un soulagement momentané. Une once d'huile de ricin et lavement laxatif. Le lendemain, état pire. On prescrit des purgatifs plus énergiques, l'huile de croton, les bains; les selles ne viennent pas, les douleurs se calment un moment pour reparaître plus vives. Les symptômes s'aggravent. On prescrit alors un scrupule de sulfate de quinine en quatre fois, de demi-heure en demi-heure. Après l'ingestion des trois premiers paquets, le patient eut deux selles, et un amendement notable dans l'état du malade s'était manifesté. Depuis ce moment, et sous l'influence de la continuation du sel de quinine, le malade alla de mieux en mieux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi avantageux de l'infusion d'absinthe dans un cas de spermatorrhée non convulsive; par M. Rousse, d.-m. à Bagnères de Bigorre.

X., âgé de seize ans, d'un tempérament lymphatique, maigre, blond, fluet et d'une taille plus qu'ordinaire, est affecté depuis cinq mois de pertes nocturnes de sperme qui s'écoule à mesure qu'il est sécrété, sans que la verge soit en érection et sans mouvements convulsifs.

Lorsque le malade urine la nuit ces pertes n'ont point lieu.

Ce jeune homme, vierge et issu de parents sains, ne s'est point adonné à la masturbation. La nourriture et les boissons dont il a fait usage, d'après la prescription de son premier médecin, ont été plutôt affaiblissantes que toniques. Le diamètre du canal de la verge est plus dilaté que rétréci. Il n'accuse aucune espèce de douleur ni de pesanteur dans les reins, dans les uretères, dans la vessie, dans les testicules, qui sont flasques et pendants; il mène une vie tranquille et tout à fait sédentaire. Selles naturelles. Nul symptôme d'ascarides. Prépuce naturel. Verge ordinaire.

Ce jeune homme se plaint d'une grande faiblesse dans les cuisses et les lombes. Ses yeux sont enfoncés, larmoyants et ses paupières molles et gonflées. Il mange peu et éprouve des défaillances après ses repas. Ce malade, bon élève, semble avoir perdu un peu de son intelligence.

Il éprouve une ou deux pollutions environ par nuit, par deux nuits, et le sperme qu'il rend sans aucune sensation est sans couleur et sans odeur prononcée.

Prescription du 3 février 1844: Bouillon de bœuf; viandes grillées, rôties. Manger peu et souvent. Au moment de se mettre au lit, et lorsque la digestion a eu lieu, sommités d'absinthe (*artemisia absinthium*) 4 grammes. Faire infuser dans eau bouillante, 125 grammes. Passer et boire.

Le 4 février, le malade a uriné trois fois la nuit, et bien qu'il ait eu une perte séminale, il l'a sentie et a même éprouvé une légère excitation. Même état, du reste, et même traitement.

Le 5 février, les taches de sperme semblent plus colorées. Une perte sensible. Même prescription.

Le 6 février, l'appétit semble revenir; les digestions semblent plus faciles; plus de gaieté; il a senti que sa perte allait revenir. Il s'est levé et ledit écoulement n'a point eu lieu. Il a uriné trois fois.

Le 7 février, l'énergie revient; l'appétit augmente; il éprouve quelques érections le jour. Ses urines coulent abondamment. Il est plus fort et est moins porté au sommeil. Testicules rétractés; pénis moins long; pas de pertes la nuit. Absinthe, 5 grammes pour infusion.

Enfin, après vingt jours de ce traitement, le malade n'a plus éprouvé de pertes séminales et ses urines ont continué à couler abondamment. Il urine la nuit, ce qu'il ne faisait point avant l'administration de l'absinthe.

J'ai conseillé à ce jeune homme de revenir à l'absinthe si les envies d'uriner ne se faisaient point sentir la nuit.

Sur l'absorption veineuse; par M. le professeur Panizza, de Pavie.

M. Panizza a commencé par rechercher les moyens à l'aide desquels l'absorption s'opère. Dans ce but, ayant répété et varié les observations déjà faites et publiées sur ce sujet, et, en ayant institué de nouvelles, il a trouvé que le système sanguin ne présente en aucun point des extrémités libres, mais que les artères se continuent par un réseau non interrompu avec les veines, et que, contrairement aux observations de Ribes et de Lauth, les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes n'offrent, ni à leur origine, ni ailleurs, ces prétendues extrémités libres.

Ensuite, ayant maintes fois administré à beaucoup d'animaux diverses préparations de médicaments et de poisons, tant par les voies digestives que par les voies aériennes, et, quand les circonstances l'indiquaient, ayant administré de hautes doses de remèdes aux malades, il a trouvé qu'en général les substances inorganiques solubles dans les humeurs animales se rencontrent surtout, au moyen de réactifs chimiques, dans l'urine et dans le sang, et qu'on les y trouve peu de temps après leur administration.

Cette circonstance a porté M. Panizza à penser que ces substances entrent directement dans le sang, et qu'elles n'y arrivent pas par la voie longue et tardive des vaisseaux lymphatiques. Et cette opinion devient pour lui un point arrêté quand il considère qu'en examinant en même temps la lymphe du conduit thoracique postérieur et le sang des veines mésentériques supérieures, il trouve celui-ci incomparablement plus riche en substances ingérées par les animaux que ne l'est la première; et encore plus lorsqu'il réfléchit qu'en injectant de l'acide cyanhydrique dans l'intestin d'un gros quadrupède, l'empoisonnement n'a pas lieu si on met obstacle au cours du sang des veines mésentériques, bien que la circulation des vaisseaux lymphatiques soit laissée libre, et que les nerfs ne soient pas lésés. Il ajoute à cela qu'ayant injecté dans les veines de différents animaux, tantôt du tartre stibié, tantôt de la strychnine, tantôt de la morphine, tantôt de la coloquinte, il vit que les effets de ces substances, c'est-à-dire le vomissement, le tétanos, le narcotisme, les déjections alvines brûlantes, se manifestaient au bout de très courts instants.

De ce qui précède, il conclut que l'absorption se fait par les porosités des vaisseaux lymphatiques et par celles des veines; que les substances inorganiques solubles dans les humeurs animales passent facilement dans le sang, lequel s'en dépouille ensuite par les reins et la peau; que celles qui y sont insolubles passent presque en totalité et sans éprouver d'altération dans les *fèces*; qu'en général l'action première des agents médicamenteux s'exerce sur le sang, et que c'est par l'intermédiaire de celui-ci qu'elle s'étend consécutivement aux centres et aux cordons nerveux.

Appliquant tout cela à la pratique médicale, M. Panizza fait entrevoir que, beaucoup de substances ayant la propriété de parvenir directement dans le sang, il sera possible, par leur entremise, de trouver le moyen de corriger la crâse viciée de ce fluide.

Il fait observer en outre que, dans l'administration des remèdes, le praticien doit, avant tout, s'appliquer à les faire préparer et à les prescrire sous une forme telle qu'ils puissent être plus aisément absorbés, et il a soin d'ajouter que, l'absorption s'opérant avec une grande activité dans la membrane muqueuse des voies aériennes, la thérapeutique devrait, plus souvent qu'elle ne le fait, profiter de cette voie étendue pour faire pénétrer les substances volatiles dans l'organisme.

Enfin, il recommande de ne pas insister beaucoup sur l'administration des remèdes peu solubles, parce qu'il peut arriver, comme on l'a observé, en effet, qu'ils viennent à s'arrêter dans les intestins et à y constituer un obstacle au libre cours des matières excrémentitielles.

(*Giornale dell' Instituto Lombardo.*)

Tablettes anthelmintiques de santonine; par M. le Dr Mailhe.

La santonine est un principe *sui generis* qui se trouve dans plusieurs espèces de synanthérées appartenant au genre armoise, et particulièrement dans les sommités de celles qui fournissent le médicament connu sous la dénomination de *semen-contra*.

Ce nouveau principe, que l'on peut considérer comme analogue à certaines huiles volatiles concrètes, est cristallisable en prismes quadrilatères, allongés, brillants; il est inodore, presque tout à fait dénué de saveur, à peine soluble dans l'eau froide.

Administrée à la dose de trente à quarante centigrammes, la santonine exerce une action vermifuge très prononcée et qui paraît spécialement porter sur les ascarides lombricoïdes. Ainsi, M. Colloud assure l'avoir donnée à des centaines d'enfants avec un succès tel que les résultats obtenus ont de beaucoup dépassé ses espérances. Il affirme en outre, qu'ayant distribué une certaine quantité de cette substance à un grand nombre de pharmaciens, de médecins et de pères de famille, tous, d'un commun accord, se sont empressés de lui témoigner leur reconnaissance pour les heureux effets qu'ils en avaient obtenus.

Si, comme comme tout porte à le croire, ces assertions sont fondées, ou du moins ne sont point exagérées, la santonine constitue, sans aucun doute, un agent médicinal appelé à rendre de véritables services dans la thérapeutique des enfants; en effet, en raison de son insipidité presque complète, elle ne peut manquer d'être généralement préférée à l'huile volatile de semen-contra, dont l'âcreté est telle que peu d'enfants peuvent la supporter.

Néanmoins, bien que la santonine ait peu de goût, M. Calloud a remarqué qu'il était indispensable de l'associer à quarante ou quarante-quatre parties de sucre, pour pouvoir la faire prendre facilement aux jeunes sujets à qui elle est destinée. Voici la formule qui lui a paru convenir le mieux sous ce rapport:

Pr. Santonine pulvérisée,	4 grammes.
Sucre blanc pulvérisé,	150 id.
Gomme adragant pulvérisée,	2 id.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène et de consistance convenable, qui devra être divisée en cent quarante-quatre tablettes bien égales, dans chacune desquelles il se trouvera 2 centigrammes et demi de principe actif.

Ces tablettes seront données à la dose de douze à vingt, suivant l'âge des enfants. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

Statistique médicale de la province d'Alger,

Mélée d'Observations agricoles;

Par L.-F. Trolliet, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger.

In-8o. Prix, 3 fr. Paris, J.-B. Baillière. Londres, H. Baillière.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 16 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 32. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 15 MARS 1844.

COUR ROYALE DE PARIS (Appels correctionnels).

(Présidence de M. MOREAU.)

Audience du 14 mars.

EMBAUMEMENT. — CONTREFAÇON.

Nous n'avons pas à déplorer aujourd'hui le basard étrange qui nous fait substituer depuis quelque temps à nos paisibles comptes-rendus des cliniques les récits plus ou moins dramatiques de scènes judiciaires. Nous n'avons pas à le déplorer, parce qu'ici du moins il n'y a eu qu'honneur et profit pour le corps médical. Ce n'était pas un médecin acharné contre des confrères, et compromettant, dans une lutte scandaleuse, pour son intérêt propre, la considération de tous. Non, et le procès qui vient de se terminer en Cour royale est pour nous, doit être pour les médecins, une compensation de l'autre.

Un homme, dont nous ne voulons pas analyser les titres scientifiques avec sévérité, parce qu'aujourd'hui, étant vaincu, il doit être traité avec ménagement, était arrivé au dernier paroxysme de l'orgueil et de l'ambition. Nous disons orgueil et ambition, pour ne pas employer d'autres termes qui seraient moins dans le sentiment dont nous sommes animés. M. Gannal, puisqu'il faut le nommer, ramenant pour sa part l'ère civilisée où nous vivons au temps des Ptolémées, avait créé, comme chacun sait, une branche singulière d'industrie. Il s'était fait embaumeur, et pour cela il s'était approprié un coin obscur du domaine de la médecine pratique. Les médecins, contre lesquels on s'est beaucoup élevé dans cette affaire, et bien faussement, n'avaient pas pris garde à cette intrusion, ou plutôt, tout en la constatant, ils l'avaient tolérée. Mais la fable de la Lice est éternellement vraie, et M. Gannal ne se fut pas plutôt arrondi dans sa nouvelle exploitation, qu'il ne voulut plus y souffrir la présence, même accidentelle, des véritables propriétaires. Nous n'avons pas besoin de revenir sur les attaques indécentes et les injures publiées contre des médecins honorables coupables d'avoir attenté au monopole de celui qui s'était exalté jusqu'à dire : « Les vivants sont à vous; MAIS LES MORTS SONT MA PROPRIÉTÉ EXCLUSIVE. »

Tout allait bien pour M. Gannal. Un de nos confrères, M. de Brouard, poursuivi par M. Gannal, avait été sacrifié à son privilège. Il y a aujourd'hui contre M. de Brouard, force de chose jugée; car la justice est sacrée dans ses erreurs, et irrévocable dans sa faillibilité. M. de Brouard a été déclaré contrefacteur à la face de ses concitoyens, sa réputation en a peut-être souffert; il a été condamné à des dommages-intérêts, et il a dû plier sous le jugement qui le frappait. Il nous appartient de le réhabiliter, non dans l'estime de ses confrères, qu'il n'avait point perdue, mais dans la validité de son droit et la justice de sa cause.

M. Gannal triomphait donc, et l'usurpation semblait tellement consolidée qu'une attaque contre elle pouvait être regardée comme une témérité impossible. Mais il se trouve toujours des hommes honnêtes et courageux, qu'un naturel instinct soulève contre l'injustice, et c'est un bonheur pour la moralité publique quand le talent répond chez eux à la force du sentiment.

M. Marchal (de Calvi), tout à fait désintéressé dans la question industrielle de l'embaumement, se dévoua, on sait à la suite de quelles provocations, à la cause du corps médical; non qu'il fût beaucoup à l'avantage matériel qui pouvait résulter pour les médecins de l'anéantissement du privilège de M. Gannal, mais surtout en vue de rétablir le droit, de réparer l'erreur de la justice, et d'affranchir les médecins des attaques intolérables auxquelles ils étaient exposés.

M. Marchal en a appelé à ses propres forces, et il s'est présenté seul avec la vérité devant la justice.

Nous avons rendu compte des débats qui ont eu lieu devant le tribunal de première instance, et nous avons publié le jugement si moral, si élevé, qui donna gain de cause aux médecins.

M. Gannal avait annoncé qu'il était décidé à en appeler. Nous aurions désiré pour lui qu'il ne suivît pas son premier mouvement. Sa déplorable insistance l'a conduit à une double confusion.

C'est avant hier, 14 mars, que la Cour royale a été appelée à délibérer sur la seconde instance de M. Gannal.

Me Arago a soutenu la cause de l'appelant, et présenté devant la Cour les arguments qu'il avait déjà essayé de faire valoir devant les premiers juges.

Il a déclaré que M. Gannal avait renoncé à faire usage de l'arsenic dans ses embaumements, et c'est là ce qui lui a fourni la matière de sa péroraison. Une pensée épouvantable préoccupe Me Arago. Comment pourra-t-on, dans le cas d'empoisonnement, distinguer le poison assassin du poison conservateur, si, à l'exemple de M. Marchal, les médecins se servent de l'arsenic pour la conservation des corps?

Nous pouvons rassurer l'avocat de M. Gannal. Il y a cent liquides tout aussi conservateurs, plus conservateurs même que la dissolution arsenicale, dont on peut faire usage pour l'embaumement. Et d'ailleurs, comme l'a dit M. Marchal, cette question n'a aucun rapport avec celle de contrefaçon.

M. Marchal n'a pas donné dans le piége qui lui avait été tendu. Comme devant les premiers juges, mille questions accessoires avaient été soulevées et grossies par Me Arago; notre confrère les a laissées de côté et a posé nettement le sujet du débat: Me Arago a parlé pendant deux heures, il n'a, lui, occupé l'attention des juges que pendant une demi-heure; mais il était évident pour tous, même pour la partie adverse, quand il a eu terminé, que sa cause était gagnée. Il y a eu sur les bancs de la Cour une vive émotion quand M. Marchal a dit, en finissant : « J'ai appliqué nominalement un procédé publié en 1835 ; le brevet de M. Gannal est de 1837 : cette poursuite est donc ridicule ou *audacieuse.* »

M. l'avocat-général Bresson a pris la parole ensuite et s'est attaché à démontrer que M. Gannal n'a été et ne pouvait être breveté que pour son liquide. Il a fait ressortir une légère obscurité dans l'un des considérants du jugement de première instance, et a conclu, au terme d'une argumentation logique et précise, à la confirmation de ce jugement, sauf le considérant indiqué.

La Cour s'est retirée dans la chambre du conseil pour en délibérer, et est rentrée, au bout d'une heure, avec l'arrêt dont la teneur suit :

« La Cour,

» Considérant que Gannal n'impute pas à Marchal d'avoir procédé à l'embaumement du cadavre de Cipriani par l'emploi des liquides dont la propriété exclusive lui est assurée par un brevet d'invention ;

» Mais, considérant qu'il lui reproche d'avoir opéré cet embaumement au moyen d'un autre liquide injecté par une ouverture faite à l'artère carotide; que ce procédé était connu et décrit dans des ouvrages publiés antérieurement à l'obtention du brevet délivré à Gannal en septembre 1837 ;

» Qu'en cet état, Marchal ne saurait être déclaré coupable de contrefaçon ;

» Met l'appellation au néant ;

» Ordonne que ce dont est appel sortira son plein et entier effet ;

» Condamne l'appelant aux dépens. »

La question de principe, celle de savoir si l'opération de l'embaumement est brevetable, avait été résolue négativement en première instance. L'arrêt de la Cour tranche de la manière la plus précise la question de fait, celle de savoir si le brevet de M. Gannal était valable en ce qui touche la méthode.

Tout médecin peut donc désormais appliquer la méthode d'embaumement par injection, à la condition de se servir d'un liquide différent de celui de M. Gannal, qui n'est pas le plus efficace à beaucoup près. Nous devons féliciter de ce résultat important l'honorable confrère qui n'a pas hésité à consacrer son temps au triomphe d'une cause qui était celle du corps médical. Nous devons aussi des éloges mérités à l'avocat éclairé qui l'a assisté, M. Piétri, ami et compatriote de son client, auquel il avait fourni, sur la question de principe, les arguments les plus décisifs.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Hydro-péricardite. Epanchement. Convalescence.

Le 19 février 1844, est entrée à la Charité la nommée Clotilde Mallat. Cette femme est âgée de quarante ans; elle travaille à la lingerie de l'hôpital. Elle est couchée au n° 2. Elle nous apprend qu'elle est à Paris depuis huit mois, et qu'il y en a cinq à peu près qu'elle a commencé à éprouver de l'oppression. De plus, elle a été prise d'une toux qui la fatiguait considérablement, et s'est décidée à se laisser appliquer trente sangsues sur la poitrine, afin, disait-elle, de s'en débarrasser. Les membres pelviens ont commencé à s'infiltrer à dater de ce moment. Elle ajoute que déjà, cinq mois avant son entrée à l'hôpital comme malade, elle avait éprouvé une douleur très vive à la région précordiale, qui s'était dissipée après une saignée. Déjà aussi la suffocation était extrême quand elle était forcée de monter un escalier; mais depuis huit jours, tous ces symptômes ont acquis graduellement une intensité considérable, sauf la douleur, qui a plutôt diminué.

A son entrée, nous la trouvons dans l'état suivant :

La face est pâle, émaciée; la peau est d'une teinte grise; les membres inférieurs sont le siége d'une infiltration qui les envahit complétement. Les parties génitales, elles-mêmes participent à cet état. La respiration est très difficile. La malade est forcée de se tenir constamment assise sur son lit; il lui est complétement impossible de dormir. La région antérieure du cœur présente une voussure manifeste; la percussion y donne une matité complète. Cette matité existe également à la région postérieure. L'auscultation fait percevoir les bruits du cœur plus sourds, plus éloignés qu'à l'état ordinaire; de plus, ils présentent une sorte de claquement. La malade se plaint vivement d'une douleur qu'elle dit éprouver dans les reins. Le pouls est intermittent. Une saignée de 250 grammes; macération de digitale; décoction de chiendent; queues de cerises nitrées.

Le 20, la malade se trouve un peu soulagée; elle a pu dormir quelques heures à diverses reprises; les symptômes locaux sont les mêmes; les battements du cœur sont peut-être un peu plus sonores, plus superficiels; les douleurs dans les reins sont toujours d'une grande violence. La percussion et l'auscultation donnent presque les mêmes résultats qu'hier. Même traitement. Nouvelle saignée de 360 grammes.

Le 21, la malade se dit très soulagée. L'infiltration des jambes et des cuisses a diminué; la dyspnée est beaucoup moindre; la matité seule n'a pas diminué. Tous les signes d'un épanchement à la partie inférieure latérale gauche du poumon sont appréciables; le claquement ne s'entend plus qu'imparfaitement. La malade a eu une selle. Le sang de la saignée n'est pas couenneux. Chiendent, pariétaire; macération de digitale; éther nitrique; sirop des cinq racines; bouillon.

Le 22, la respiration, les bruits du cœur, la matité, restent à peu près les mêmes que la veille. L'infiltration a très manifestement diminué. Le visage est fatigué. La malade nous apprend qu'elle a été excessivement tourmentée par une toux continuelle qui ne lui a pas permis de prendre un moment de repos pendant la nuit. Cette toux n'est, du reste, qu'incommode; elle ne provoque aucune douleur. Les crachats sont ceux de la bronchite. L'épanchement occupe toute la partie inférieure du thorax du côté gauche. Le pouls s'est un peu relevé, bien que encore faible; ses intermittences sont très marquées. Prescription *ut suprà.* Ajoutez lait et bouillon.

Le 29, l'état est moins bon; l'oppression a reparu; la toux survient par quintes violentes; pas de sommeil. On lui a appliqué, hier soir, des sinapismes aux membres abdominaux, ce qui l'a un peu soulagée. Elle a été prise, cette nuit, d'une diarrhée qui a contribué à la tenir éveillée pendant toute la nuit. Eau de riz; sirop de gomme. Ce soir, si la diarrhée continue, potion avec 5 centigrammes d'extrait gommeux thébaïque.

Le 24, mieux sensible; elle se plaint à peine de l'oppression. L'infiltration des membres est dissipée; les battements du cœur sont toujours petits et irréguliers; la matité demeure presque la même; le cœur fait encore entendre un bruit qu'on peut comparer à celui que produirait le claquement d'un linge mouillé. Bouillon et lait.

Le 25, suspension de tout traitement. L'état de la malade est le même.

Le 26, tous les symptômes ont reparu; l'oppression est considérable; la malade a été obligée de passer la nuit assise sur son lit; la toux est à peu près calmée cependant. Potion avec miel, séné, jalap, scille, ipécacuanha, digitale, sirop de nerprun, une cuillerée à bouche le matin; sinapismes.

Le 27, l'état général est satisfaisant; elle a vomi une partie de la potion, et n'a pas eu de selles; mais elle n'a plus de dyspnée; elle a dormi; elle dit se trouver tout à fait bien. Bouillon et lait.

Le 28, le mieux se soutient, mais la malade vomit les aliments qu'elle a pris. La matité diminue; les battements deviennent superficiels; le bruit de claquement s'obscurcit. Potion avec eau de menthe, 15 grammes; eau gazeuse.

Le 29, la malade va mieux encore qu'hier. On lui accorde du vermicelle au bouillon. Eau gazeuse.

Les jours suivants, l'état continue toujours à s'améliorer.

Le 5, elle prend un peu de bronchite. Eau gommeuse; looch blanc. Une portion.

Le 8, la malade est tout à fait convalescente. La matité persiste.

— Depuis que les travaux de M. Bouillaud sont venus jeter une si vive lumière sur la péricardite et les signes propres à faire reconnaître cette affection, il n'est guère de praticiens un peu exercés à se servir de la percussion et de l'auscultation, qui puissent méconnaître cette maladie. L'observation que nous publions nous a semblé intéressante en ce qu'il nous a paru difficile de rencontrer un type aussi parfait de la phlegmasie de la séreuse du cœur. Tous les symptômes y ont été

nettement dessinés, et il semble que l'histoire de cette malade ait été calquée sur le tableau si vrai qu'en a tracé l'observateur que nous venons de nommer. Il n'est, en effet, aucun des signes propres à la péricardite qui n'ait été rencontré : la douleur précordiale, la voussure, la matité, la dyspnée, l'état du pouls, l'obscurité des battements après l'épanchement, le bruit de cuir neuf ou de linge mouillé, ainsi que l'appelle M. Cruveilhier, l'insomnie continuelle, l'œdème des membres pelviens, tous les symptômes décrits par M. Bouillaud se sont facilement produits, et d'une manière tellement manifeste, qu'il est permis de dire que le diagnostic était des plus fatals dans ce cas.

Sans nous arrêter davantage au diagnostic, au pronostic et aux caractères anatomiques de la maladie dont nous parlons, et pour lesquels nous renvoyons à l'ouvrage de M. Bouillaud, il nous paraît utile d'insister sur le traitement mis en usage dans ce cas contre la péricardite, en le comparant à celui qu'emploie l'auteur du Traité des maladies du cœur.

Chez un malade dans la force de l'âge, dit M. Bouillaud, s'il est atteint d'une péricardite intense, trois ou quatre saignées du bras de trois à quatre palettes dans les trois ou quatre premiers jours, secondées par l'application d'une trentaine de sangsues réitérées deux ou trois fois, suffiront à la guérison de la maldie. Voilà pour la péricardite aiguë. Passée à l'état chronique, la maladie, selon le même auteur, réclamera l'emploi de saignées locales modérées et des révulsifs, tels que les vésicatoires, les cautères, les moxas, les sétons, la pommade stibiée, l'huile de croton et les frictions mercurielles. M. Bouillaud se demande s'il serait prudent d'administrer la digitale si la péricardite avait entraîné l'hypertrophie à sa suite.

Mettant en parallèle cette méthode de traitement avec celui suivi par M. Cruveilhier, on voit que ce dernier adopte les idées de M. Bouillaud au début, ainsi que le font aujourd'hui tous les praticiens, du reste; mais que dès qu'il croit avoir suffisamment combattu la phlegmasie, il attaque aussitôt l'épanchement et les infiltrations par les purgatifs et les diurétiques; et il faut avouer que cette conduite paraît tout à fait rationnelle.

Il reste prouvé, en somme, que les antiphlogistiques forment la base du traitement de la péricardite, et qu'on peut, à l'exemple de M. Cruveilhier, en tirer en usage la médication hydragogue alors qu'on pense avoir abattu suffisamment l'inflammation. C'est là surtout ce qu'il est important de constater.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

RÉSUMÉ DU SERVICE DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1843.

(Suite du n° 29.)

Paralysie. Emploi de la brucine.

Par l'atmosphère d'anatomie pathologique au milieu de laquelle nous sommes élevés, on trouvera sans doute étonnant de lire le mot paralysie en tête d'une des catégories de ce résumé. Aussi m'en serais-je abstenu, si je n'avais eu uniquement pour but, dans ce chapitre, d'exposer les effets thérapeutiques d'un moyen employé contre toutes les maladies, différentes de siége et de nature, présentant le symptôme commun, paralysie.

Neuf malades, six hommes et trois femmes, forment le contingent de cet article; encore convient-il d'en éloigner quelques-uns, dont le séjour dans les salles a été de très courte durée. Six seulement peuvent former les éléments des réflexions qui vont suivre; un paraplégique, une paralysie des muscles fléchisseurs des doigts de la main gauche, quatre hémiplégiques.

La brucine a été administrée contre ces paralysies diverses. Au début, un ou deux centigrammes étaient prescrits; puis la dose était augmentée lentement et progressivement, à mesure que la tolérance du médicament était établie. Chaque nouvelle augmentation était aussi, comme la première prise, de 1 ou 2 centigrammes.

D'ordinaire les malades éprouvaient, par l'influence de cet agent thérapeutique, des secousses plus ou moins fortes, spécialement dans les parties paralysées. Ces secousses survenaient communément dès la première dose de brucine, à 1, 2 ou 3 centigrammes. Les jours suivants elles se calmaient d'abord, puis finissaient par disparaître; ce moment était celui où la dose était augmentée. Quelques différences ont été remarquées, eu égard à la susceptibilité des malades pour cette action physiologique de la brucine. Ainsi un homme a pu arriver jusqu'à 10 centigrammes sans éprouver bien sensiblement les secousses dont nous parlons; tandis qu'une femme chez laquelle 2 centigrammes avaient été prescrits le premier jour, en a été tellement dérangée, que le lendemain il a fallu réduire la dose à 1 centigramme. Puis, il a toujours été bien nécessaire d'agir avec la plus grande prudence dans l'augmentation des doses; et, malgré tant de précautions, la malade est continuellement à danser, pour ne se servir de son expression. Du reste, les bons effets de la brucine ont généralement éclaté d'autant mieux, que l'action physiologique avait été plus marquée. Cette assertion va être mieux justifiée dans l'alinéa suivant.

L'emploi de la brucine n'a pas déterminé des effets constants qui puissent établir la certitude de son efficacité; les faits sont d'ailleurs trop peu nombreux. Mais du moins nous avons observé souvent des effets fort avantageux, et quelquefois presque merveilleux. Ainsi la femme qui vient d'être mentionnée pour son extrême sensibilité à l'action de ce médicament, en a retiré une amélioration, que certes nous n'aurions pas osé espérer. Elle est âgée de cinquante-huit ans; on l'apporta paraplégique à l'hôpital, ne pouvant mouvoir en aucune manière les membres inférieurs, condamnée au repos du lit, et là à la plus complète immobilité. Les selles étaient rendues involontairement; la sensation du besoin d'aller à la garderobe était perdue. La vessie avait conservé l'intégrité de ses fonctions. En outre, une énorme plaie existait au sacrum. Bref, lorsque l'usage de la brucine a été commencé, nous étions convaincu du péril dans lequel était cette malade, et nous craignions pour elle une mort prochaine. Tous ces désordres dataient seulement d'un mois; ils avaient été précédés de coliques et de douleurs très vives dans la région des reins. Rien, du reste, pour expliquer l'origine de la maladie. Cette femme est domestique, l'a été toute sa vie, et l'était encore au moment de l'invasion du mal qui l'a amenée dans le service.

La plaie du sacrum fut pansée simplement avec la poudre de quinquina; la brucine prescrite immédiatement. L'amélioration a commencé dès les premiers jours; tandis que la plaie du sacrum marchait assez rapidement vers la guérison, les selles commençaient à redevenir volontaires, le malade jouissait de quelques mouvements dans les jambes; bientôt elle a pu les remuer, puis les soulever dans le lit. Après six semaines de traitement, la plaie est parfaitement cicatrisée; la fonction de la défécation est bien rétablie; la malade se lève seule, marche dans la salle et dans les cours avec l'aide d'une chaise. Quelques jours plus tard elle peut se passer de cet appui. La marche est encore mal assurée, titubante, et doit être peu prolongée; elle devient surtout difficile pour monter un escalier, et quelquefois cela est impossible si les degrés sont un peu élevés. Mais, malgré toutes ces imperfections, le résultat n'en est pas moins énorme. Le traitement est d'ailleurs continué encore; nous sommes à 11 centigr., les améliorations déjà obtenues nous permettent légitimement d'en espérer de plus grandes.

Une autre femme de cinquante-huit ans a été apportée; prise trois jours auparavant de congestion ou d'hémorrhagie cérébrale, elle avait été saignée en ville. Lors de son entrée, elle présentait uniquement une hémiplégie, pour laquelle nous l'avons traitée durant 54 jours par la brucine. Au bout de ce temps elle a demandé sa sortie, arrivée progressivement à recouvrer l'usage des membres paralysés au moment de l'entrée. Il restait encore un peu d'engourdissement, qui eût peut-être cédé à un traitement prolongé davantage. Dans tous les cas, alors même qu'il eût persisté, le résultat était déjà fort remarquable. Ce qui restait d'engourdissement chez une femme sexagénaire, pouvait aisément passer, à un examen superficiel, pour une conséquence de l'âge.

L'amélioration a été moins rapide chez un autre hémiplégique; la paralysie avait eu pour cause une attaque d'apoplexie, remontant à quinze mois. Néanmoins, quoique plus lente, elle était réelle et très appréciable. Malheureusement une congestion nouvelle vers le cerveau a entravé le traitement; elle a emporté les bons effets déjà obtenus, et il a fallu la combattre directement. Après ces accidents, le malade avait perdu beaucoup de ce qui était gagné précédemment; cependant il était encore incomparablement mieux qu'à son entrée. L'ennui le gagnant à l'hôpital, il a voulu le quitter, et nous n'avons pu reprendre le traitement, que les accidents cérébraux avaient forcément suspendu.

Par opposition, le malade qui a pu prendre 10 centigrammes de brucine, sans ressentir bien sensiblement les effets inhérents à son action physiologique, n'en a retiré à peu près aucune espèce de soulagement.

Le cas de paralysie des fléchisseurs des doigts a été moins défavorable, mais il ne saurait être cité non plus comme bien probant. La femme éprouve pourtant des secousses; mais il est douteux que la guérison puisse survenir par le fait seul de la brucine. Cette malade est encore dans les salles; elle continue l'usage de ce moyen, mais déjà on le combine avec d'autres, pour essayer d'arriver à une guérison toujours douteuse.

Ces faits sont sans doute en bien petit nombre, et il faudrait fort se garder d'une généralisation trop prompte. Toutefois, ils sont certes bien suffisants pour encourager à faire de nouveaux essais. Une telle conclusion est surtout légitime, lorsqu'on songe combien ces paralysies sont de leur nature presque toujours irrémédiables. Aussi j'ai cru devoir insister davantage sur ce point, car des résultats semblables sont éminemment pratiques.

Variole.

Le service n'a pas offert d'autres fièvres éruptives que des varioles ou des varioloïdes, car nous les confondons ensemble. Le nombre total a été de 17 : 10 hommes et 7 femmes. Toutes ont été terminées par la guérison; il est vrai que deux seulement ont été confluentes, et ont pu compromettre la vie des malades. Les deux individus sur lesquels elles ont été observées n'avaient pas été vaccinés, et cela explique pourquoi l'affection a pris chez eux plus de gravité. Non pas que tous ou presque tous les autres eussent été vaccinés; le plus souvent, en effet, il a été très difficile d'être bien informé à cet égard; mais ceci n'en confirme pas moins l'idée déjà fort ancienne, de la plus grande nocuité du virus varioleux chez ceux qui ont négligé le préservatif de la vaccine.

Je disais qu'ordinairement il a été difficile de savoir bien positivement si les malades avaient été ou non vaccinés. La plupart d'entre eux sont incapables de fournir des renseignements certains. Quant aux cicatrices vaccinales, il n'est pas toujours aisé de les reconnaître et de les constater, lorsque les bras sont plus ou moins couverts par l'éruption. Si les boutons étaient rares, si nous avions sous les yeux une varioloïde seulement, alors la recherche des cicatrices vaccinales était aisée, alors aussi nous les avons rencontrées à peu près constamment. Mais dans les autres cas, nous avions souvent beaucoup de peine à distinguer des traces ou plutôt des apparences, qui pouvaient bien être des cicatrices vaccinales; mais on n'aurait pu l'affirmer comme chose évidente. Enfin chez bon nombre nous n'avons rien trouvé, et ils n'avaient manifestement pas été vaccinés.

Ces faits montrent que les louables efforts de l'autorité ne parviennent pourtant pas à bien généraliser dans les classes pauvres l'usage précieux de la vaccine, puisque nous constatons dans les hôpitaux une si grande abondance d'individus non vaccinés; et encore, notre attention est seulement dirigée sur les malades affectés de variole. Cette réflexion me paraît d'une grande importance dans les études médicales; elle indique au jeune homme qui étudie, combien la population résiste, au moins par négligence, à cette pratique cependant essentielle. Dès lors elle lui fait voir un point qui devra plus tard, lorsqu'il sera devenu médecin, exciter son inquiète sollicitude, en raison de son importance et de l'oubli où il est laissé.

Nous pourrions noter de grandes différences dans la marche et la durée de ces 17 varioles ou varioloïdes; cela résulte de l'énoncé même des faits ici réunis en un chapitre commun. Les deux varioles confluentes, mentionnées plus haut, ont retenu les malades à l'hôpital, l'une 37 et l'autre 52 jours. Il est vrai que cette dernière a été gardée par complaisance après la guérison. Pour toutes les autres, la durée a été moindre, mais extrêmement variable : de cinq à vingt jours. La différence de durée établit aussi la différence non pas de gravité (ce mot ne saurait convenir), mais d'intensité de la maladie.

Le traitement a été nul dans tous les cas. Quelquefois une bouteille d'eau de Sedlitz était prescrite, si les malades arrivaient avant l'éruption : ceci était rare; ils venaient plus communément au début de l'éruption. Plus tard, quelques lavements pour combattre la constipation; un gargarisme adoucissant, si le mal de gorge était trop violent, et à la dernière période de la maladie, un ou plusieurs bains procuraient un grand bien-être aux malades. La plupart des médecins restant aussi simples spectateurs des varioles, il paraît inutile d'avoir noté ce qui précède; j'ai cru pourtant devoir le faire, parce que, dans une doctrine médicale, la méthode générale des émissions sanguines est appliquée à la variole et aux autres fièvres éruptives.

Cancer.

Un assez petit nombre de tumeurs cancéreuses ont été soumises à notre observation; dix en tout, distribuées de la manière suivante : cinq siégeaient à l'estomac, trois femmes et deux hommes; une occupait l'utérus, une autre le foie; chez un homme, la maladie avait envahi le cervelet dans un cas fort remarquable dont il sera parlé; enfin, nous avons un exemple de cancer du pancréas. Tous ces malades ont succombé dans le service, et les pièces anatomiques ont passé sous nos yeux. Le dixième fait est celui d'une femme qui, seule, a quitté les salles en assez bon état. Il s'agit d'une infirmière de l'hôpital des Enfants ayant perdu un œil des suites d'une ophthalmie contractée au service des malades. La perte de cet œil est déjà ancienne; mais nous avons soupçonné le début d'une affection cancéreuse de l'œil lorsque cette femme est entrée dans le service.

Il était difficile de trouver un grand enseignement pratique dans l'observation de la plupart de ces cancers, parce que tous, en effet, sont venus dans les salles à une époque déjà avancée de la maladie. L'examen direct de l'état des malades, la connaissance des symptômes qui avaient précédé ne pouvaient laisser aucune obscurité au diagnostic. Parmi les cinq cancers de l'estomac, figure un malade que j'avais eu occasion de voir dans le service auquel j'étais attaché l'an passé. Cet individu était sorti de l'hôpital, après un séjour de cinq ou six semaines, parfaitement guéri, disait il, de ce qu'il nommait sa gastrite. Nous étions moins convaincu que lui, ayant eu lieu de soupçonner une affection organique de l'estomac; alors, en effet, elle était fort obscure. Quelques mois plus tard les symptômes, douteux auparavant, étaient devenus manifestes, et la malade a succombé très rapidement.

Je ne saurais passer sous silence le cancer du cervelet déjà mentionné. D'abord c'est chose assez rare, et de plus celui-ci a présenté quelques particularités dignes d'intérêt. Ce cancer n'a pas même été soupçonné sur le vivant, et certes rien ne pouvait diriger les soupçons vers cette maladie. Une femme, âgée de vingt-six ans, entre le 10 mai, se plaignant d'une douleur de tête intolérable; cette douleur était rapportée à la région occipitale seulement. Rien n'a pu amender les souffrances de la malade : vomitifs, purgatifs, sangsues aux apophyses mastoïdes, vésicatoire à la nuque, saupoudré chaque jour avec le chlorhydrate de morphine; opiacés, glace sur la tête, préalablement rasée; tous ces moyens ont été vainement mis en usage, aucune amélioration n'a été produite. La douleur a conservé la même intensité, et avec elle nul autre symptôme; ni paraysie, ni convulsions, pas même le moindre engourdissement : tous les actes dépendant de l'innervation s'exécutaient parfaitement bien.

Dans les moments où la malade était calme, c'est-à-dire moins tourmentée par les souffrances, elle se levait et allait promener dans les cours de la maison. Alors elle paraissait en parfaite santé, et, à la voir, nul n'aurait soupçonné les souffrances atroces qu'elle endurait presque continuellement. Cela même fit penser que les douleurs étaient peut-être simulées, car aucune lésion ne venait expliquer ce singulier état.

Rien n'était changé le 4 juin, jour où la malade, obligée de rentrer chez elle, demanda sa sortie.

Le 7, trois jours après, on la rapporta, et, faute de lit, elle fut placée dans un autre service. Quelques heures plus tard, elle succomba subitement; on n'eut pas même le temps de demander l'interne de garde.

Autopsie. — Le cerveau est dans un état parfait d'intégrité. Après l'avoir examiné avec le plus grand soin, on va observer l'état du cervelet, et d'abord on remarque le volume légèrement augmenté de son lobe droit; il est incisé, et l'incision donne issue à un quart de verre d'une sérosité un peu roussâtre. Enfin le lobe droit, entièrement divisé, laisse voir une

tumeur encéphaloïde, grosse comme un œuf, faisant saillie dans le quatrième ventricule.

Ce fait méritait une mention spéciale, car il n'est pas de nature à éclaircir le diagnostic singulièrement obscur des affections de cette espèce. A ce point de vue il a donc une grande valeur pratique. Non seulement le cancer n'a pas été reconnu, mais même on n'a rien soupçonné; bien plus, les douleurs dont se plaignait la malade ont été suspectées. Ces douleurs, symptôme unique chez une femme jouissant des apparences de la plus florissante santé, ne pouvaient évidemment pas fixer l'attention vers la maladie qu'elles traduisaient seules. Ajoutez que l'appétit était conservé, les digestions faciles. La nutrition n'était en aucune manière altérée. Il y a là une grande leçon de circonspection; car si rien ne caractérise aux yeux du praticien de pareilles affections, du moins toutes nos connaissances acquises sembleraient exiger de bien plus graves désordres pour une lésion de la nature de celle que l'autopsie a révélée.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Rétrécissement du rectum traité avec succès par la dilatation à l'aide de bougies en étain. (Observation recueillie par M. MATURÉ, aide de clinique.)

M. Delpech, lieutenant au 18e de ligne, âgé de quarante-trois ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament bilieux, fut atteint, en 1838, d'hémorrhoïdes qui s'accompagnèrent de vives démangeaisons à l'anus et de constipation opiniâtre. Toutes les fois qu'il supportait quelque fatigue, elles devenaient le siége d'un flux sanguin abondant. Les saignées et les bains, conseillés par le chirurgien du régiment, n'eurent aucun succès contre cette affection.

En avril 1839, à la suite de violents efforts de défécation, cet officier fut pris d'une orchite pour laquelle il entra à l'hôpital de Dijon. Là, on reconnut qu'il avait en outre un rétrécissement du rectum; et l'on eut recours, pour le combattre, à la dilatation avec des mèches de charpie enduites d'onguent mercuriel. Après un séjour de trois mois et demi le malade sortit de cet hôpital bien guéri de son orchite, mais sans avoir éprouvé aucun amendement du côté du rectum. Envoyé aux eaux de Baréges, il n'en retira aucun bienfait. Nous ajouterons, pour terminer ce commémoratif, que le malade a eu, en 1833, une blennorrhagie assez rebelle dont il s'est néanmoins parfaitement rétabli.

M. Delpech est entré au Val-de-Grâce le 27 octobre 1843. Voici l'état dans lequel il s'est présenté à notre observation :

A la marge de l'anus on remarque deux ou trois petites tumeurs molles, flasques, ridées et indolentes, formées par la membrane muqueuse et la peau: ce sont des hémorrhoïdes flétries. Ces hémorrhoïdes étaient autrefois tuméfiées, douloureuses, et souvent le siége d'un flux sanguin.

En introduisant le doigt dans le rectum, on rencontre, à la hauteur d'environ six centimètres, un rétrécissement considérable, qui permet difficilement le passage du doigt. Il est formé par un bourrelet demi-circulaire qui existe seulement aux parties postérieures et latérales de l'intestin. Ce bourrelet est assez résistant, mais il n'offre ni la consistance, ni la dureté du squirrhe; il a peu d'épaisseur; et l'extrémité de l'index, après avoir franchi le rétrécissement, peut en parcourir le bord supérieur sans trop de difficulté. Il est indolore, même à la pression.

Le malade éprouve de fréquents besoins d'aller à la selle sans pouvoir les satisfaire. La pesanteur qu'il sent à l'extrémité du rectum lui fait croire qu'il a beaucoup de matières à rendre; et cependant, après de violents efforts de défécation, il parvient à expulser seulement quelques petits pelotons d'excréments aplatis, souvent striés de sang, et quelquefois accompagnés de matières sanieuses et jaunâtres. Il est en outre affecté d'un écoulement puriforme assez abondant, qui tache presque constamment la chemise. Des douleurs vives se manifestent pendant la défécation; elles disparaissent d'habitude au bout d'une demi-heure. Dans l'intervalle des selles, le malade est exempt de toute douleur; il ne ressent point d'élancements dans les parties, et il n'est plus sujet à des flux sanguins. Point de coliques, aucun trouble du côté de la vessie et du canal de l'urètre. La santé est généralement bonne.

Dès son entrée à l'hôpital, cet officier a été soumis à un traitement par la dilatation. On a commencé par se servir de chandelles ordinaires en suif rendues coniques. Elles ont l'avantage, comme les bougies en cire pour le canal de l'urètre, de dilater le rétrécissement en exerçant une compression douce et modérée sur les tissus, et de laisser dans l'intestin un dépôt de suif assez considérable pour faciliter le glissement des matières fécales. Le malade les introduisait lui-même plusieurs fois par jour dans le rectum. Dans le principe, ces chandelles avaient de la peine à franchir l'obstacle, mais elles n'ont pas tardé à passer facilement; et au bout de trois semaines elles ont été supprimées et remplacées par des bougies en étain. Ces grosses bougies, fabriquées par M. Charrière, d'après les idées de M. Baudens, sont fusiformes et offrent différents calibres. On a d'abord pris la bougie du plus petit numéro; puis successivement l'on en a employé de plus grosses, à mesure que le rétrécissement cédait. Le malade introduit la bougie cinq à six fois par jour: il la fait pénétrer dans l'intestin jusqu'à neuf centimètres de profondeur. Le rétrécissement, véritable sphincter accidentel, avait amené la paralysie partielle du muscle sphincter de l'anus. Aussi, dans les premiers temps de la dilatation, les matières fécales s'échappaient involontairement pendant la marche; mais cet accident n'a point tardé à disparaître, parce que le sphincter de l'anus a bientôt recouvré l'intégrité de ses fonctions. Concurremment avec ce traitement, on fait prendre à l'intérieur 1 gramme d'iodure de potassium dans 60 grammes de sirop sudorifique; la dose de ce médicament est graduellement élevée jusqu'à 3 grammes.

Au commencement de janvier, après une quarantaine de jours de l'usage de ces bougies, on constate un amendement notable: le rétrécissement est moins considérable; la défécation est plus facile, moins douloureuse; les besoins d'aller à la selle se font sentir moins fréquemment; le sentiment de pesanteur est bien moins prononcé; les déjections alvines sont bien encore accompagnées de la sortie de quelques matières sanieuses et jaunâtres, mais l'écoulement puriforme qui avait lieu dans l'intervalle des garderobes a disparu. — La plus forte bougie employée jusqu'à cette époque offre, dans sa partie la plus renflée, un pourtour de 6 centimètres et 5 millimètres; le 16 janvier, elle est remplacée par une autre d'un plus gros calibre, et qui a 7 centim. 5 millim. de pourtour. Cette dernière est la plus grosse dont on ait fait usage.

Le 16 février, M. Delpech sort du Val-de-Grâce non complétement guéri, mais dans un état de grande amélioration. Il emporte avec lui une bougie dont il devra se servir matin et soir, pendant plusieurs mois encore, pour consolider sa guérison.

— Il y a six mois, un officier de marine se trouvant dans des circonstances analogues, et ayant déjà subi un long traitement à l'hôpital de la marine de Brest, est entré au Val-de-Grâce, dans le service de M. Baudens. Il y est resté quatre mois pendant lesquels il a été soumis au traitement dont il vient d'être question, et il est sorti de l'hôpital, se ressentant à peine de cette infirmité, pour aller reprendre son service.

Tumeur volumineuse dégénérée de la tête (loupe); ligature circulaire; par M. AMUSSAT.

Madame X., âgée de soixante-quatorze ans, mère de douze enfants, commença à s'apercevoir, à l'âge de dix-huit ans, qu'elle portait sur la tête plusieurs petites loupes, qui ne la faisaient pas souffrir et ne l'empêchaient pas de se coiffer comme les personnes de son âge. Plus tard, elle fut forcée de porter une perruque pour dissimuler la difformité produite par ces loupes, dont le volume avait toujours été croissant. Enfin depuis six mois la tumeur principale, formée sans doute par la réunion de plusieurs autres, est devenue le siége de douleurs vives et d'ulcérations multipliées donnant lieu à une suppuration très abondante. M. le docteur Bancel (de Melun), qui donnait ses soins à la malade, ayant constaté plusieurs points fluctuants, jugea à propos d'y faire une ponction, qui ne fournit que du sang. Dans cet état, M. Bancel la confia aux soins de M. Amussat.

La tumeur la plus volumineuse, celle qui fournissait la suppuration et les hémorrhagies, est située sur l'oreille droite; elle est bosselée à sa surface, présente des saillies et des dépressions, des portions plus dures, d'autres molles et fluctuantes; la peau est tendue, amincie, rouge. Son pédicule un peu rétréci a dix pouces de circonférence; sa demi-circonférence antérieure est de six pouces. Inférieurement, elle pend sur l'oreille, qu'elle recouvre à moitié. Sa partie inférieure est le siége de deux ulcérations profondes et assez larges, qui fournissent une suppuration abondante et parfois des hémorrhagies.

Les autres tumeurs, au nombre de vingt-trois, ont depuis le volume d'une olive jusqu'à celui d'une orange.

Après avoir examiné attentivement la malade, M. Amussat crut devoir appeler en consultation MM. Ribes et Récamier, afin de décider le mode opératoire qui devrait être suivi. Il fut décidé que l'on combinerait ensemble la ligature et la cautérisation.

Le 17 février, en présence de MM Bancel neveu, Bouteiller, Filhos, L. Boyer et Levaillant, M. Amussat procéda à l'opération. Les cheveux qui recouvraient la tumeur ayant été préalablement rasés, il commença par circonscrire le pédicule de la tumeur avec les doigts, de manière à pouvoir appliquer une cautérisation circulaire assez forte pour détruire la sensibilité de la peau, qui eût peut-être été trop vive sous les fils de la ligature. Pour pratiquer cette cautérisation, on avait préparé à l'avance une lame de plomb très mince à laquelle on avait donné la forme d'une gouttière, et cette gouttière était remplie de caustique de Vienne. Par ce moyen, on put facilement cautériser tout le pédicule de la tumeur aussi exactement que possible; car la lame de plomb, par sa mollesse, par sa malléabilité, pouvait subir toutes les inflexions nécessaires pour qu'aucun point de la base de la tumeur n'échappât à l'action du caustique qu'elle contenait. Au bout de dix minutes environ, la cautérisation ayant paru être suffisante pour le but qu'on se proposait, on enleva les gouttières de plomb, en les redressant avec la même facilité qu'on avait eue à les courber pour circonscrire la tumeur. Le premier temps de l'opération étant ainsi terminé, on procéda au second, c'est-à-dire à la ligature circulaire du pédicule. Un fil très fort, ou plutôt une ficelle choisie à dessein, non-seulement à cause de sa force, mais aussi à cause de son volume qui devait l'empêcher de couper trop promptement les tissus, fut placée autour de la base du pédicule de la tumeur, dans les points où la cautérisation venait d'être pratiquée; puis les deux chefs du fil ayant été passés dans un serre-nœud articulé en deux parties, on exerça une légère constriction sur la tumeur, en les fixant provisoirement dans l'angle rentrant qui se trouve à l'extrémité du serre-nœud; et enfin, pour être à même d'augmenter à volonté la compression, un petit treuil placé à l'extrémité du serre-nœud, treuil sur lequel venaient s'enrouler les deux fils, permettait d'exercer une constriction graduelle assez forte pour couper le pédicule de la tumeur. M. Amussat ajoute que cette modification aux serre-nœuds ordinaires offre certainement une grande utilité; car, au moyen du treuil, on peut, d'une part, graduer la constriction, la rendre aussi douce, aussi supportable que possible, et, d'autre part, la constriction peut être poussée aussi loin qu'on le désire, sans déranger l'action de l'instrument, ni la position des fils.

Après l'opération, la tumeur a été recouverte de poudres d'alun, de charbon, de quinquina et de colophane, mélangées ensemble, maintenues par de la charpie et un bandage approprié.

Les jours suivants, l'état de la malade n'offre rien de particulier à noter. La compression a été augmentée graduellement. Il n'est point survenu d'hémorrhagie, et le 26 février, neuf jours après l'opération, la tumeur ballotte et tourne sur son pédicule, qui est réduit à un très petit volume. Avec des ciseaux, M. Amussat pratique la section, et il s'aperçoit que l'aponévrose était le dernier obstacle à la section complète par la ligature; il ne s'écoule pas une goutte de sang. La surface de la plaie est grisâtre, présente des restes de l'aponévrose qui a été divisée; la suppuration est de bonne nature; la malade est repartie dans son pays, et M. Amussat en a reçu récemment des nouvelles qui lui font espérer que la guérison ne tardera pas à être complète.

La tumeur enlevée a au moins le volume du poing d'un homme adulte; elle est ovoïde, molle, élastique, de couleur noirâtre. Incisée dans toute son étendue, on voit qu'elle est formée par du tissu fibreux formant des loges, des espèces de kystes, qui contiennent du sang noir. Dans d'autres points, on ne retrouve plus de tissu fibreux, mais un tissu spongieux infiltré de sang noir dégénéré. Enfin, au centre de la tumeur, existe un noyau osseux qui peut avoir le volume d'une noisette. Est-ce bien là, dit M. Amussat, une loupe qui avec le temps a subi une dégénération de mauvaise nature, et cet état a-t-il été la conséquence des contusions, des frottements réitérés auxquels la tumeur a été soumise par les bonnets, les coiffures qu'a portés la malade? M. Amussat n'hésite pas à répondre affirmativement à ces questions.

En résumé, ce fait prouve avec beaucoup d'autres, qu'il ne faut pas trop temporiser pour l'ablation des tumeurs, même les plus bénignes en général, comme les loupes, les tumeurs fibreuses, etc., puisque dans l'état actuel de la science, il n'existe aucun moyen de distinguer les tumeurs qui peuvent dégénérer, de celles qui peuvent rester sans inconvénient pour l'économie. Donc, si on attend trop long-temps, on est obligé de pratiquer une opération grave par elle-même, et dont les chances de succès ne sont pas aussi nombreuses.

M. Amussat termine sa communication en faisant ressortir les avantages du procédé opératoire qu'il a suivi, et qui a été couronné du plus heureux succès. La cautérisation circulaire avec le caustique de Vienne solidifié par M. le docteur Filhos, lui a été très utile dans ce cas comme dans beaucoup d'autres. Et la ligature circulaire pratiquée comme elle vient d'être décrite, n'a pas tardé à couper le pédicule de la tumeur, sans que la malade ait beaucoup souffert et sans qu'il soit survenu le moindre accident.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Mars 1844.

Observations pour servir à l'histoire du l'hydrocèle du cou; par M. FLEURY fils, professeur à l'école de Clermont.

Une demoiselle de trente ans, d'une complexion faible et délicate, éprouve depuis long-temps des douleurs vives à la région cervicale, qui la privent de sommeil et qui n'ont pas peu contribué à altérer sa constitution. Elle a remarqué que, depuis le moment où la menstruation a été établie, une tumeur s'est développée au-devant du cou. Peu volumineuse dans le principe, ses progrès ont été lents, et ce n'est qu'au bout de quelques années qu'elle en a éprouvé une gêne sensible.

Lorsque je fus appelé auprès de la malade, sa mère me dit que depuis quelques jours sa respiration était gênée, au point de lui faire craindre à chaque instant qu'elle ne suffoquât. Les remèdes qui avaient été employés jusqu'à ce jour n'avaient eu aucun effet avantageux, quoi qu'elle eût eu recours à différentes reprises à une foule de substances médicamenteuses, et surtout aux préparations d'iode qui avaient été prises à l'intérieur et à l'extérieur. Il existait au cou une tumeur qui avait le volume de la tête d'un enfant à terme; au lieu d'être bosselée comme le sont la plupart des goîtres, elle était lisse et arrondie; la peau qui la recouvrait était saine dans la plus grande partie de son étendue, et n'était unie aux parties sous-jacentes que par un tissu cellulaire peu serré qui lui permettait de glisser sur elles avec facilité; en arrière elle paraissait adhérer d'une manière assez intime aux organes sur lesquels elle était appliquée, quoique cependant les mouvements de déglutition fissent peu changer les rapports; les téguments étaient amincis sur la ligne médiane, et offraient une teinte violacée qui annonçait un commencement d'altération.

En cherchant à déplacer la tumeur pour juger de sa mobilité, je crus sentir une fluctuation profonde; je me décidai immédiatement à plonger un bistouri étroit à la partie la plus déclive, et à tenter une ponction exploratrice. Quelques gouttes d'une sérosité brunâtre s'échappèrent sur la lame de l'instrument, ce qui acheva de lever toute espèce de doute; l'ouverture fut agrandie, et donna issue immédiatement à une grande quantité d'un liquide brunâtre qui tenait en suspension des grumeaux noirâtres. Dès l'instant où la compression exercée sur la tumeur cessa d'exister, la malade fut soulagée, et j'eus l'espoir de la guérir radicalement d'une infirmité qui depuis longues années faisait le tourment de sa vie.

L'opération fut pratiquée le 18 septembre 1843. Deux incisions semi-elliptiques comprenant entre elles la partie de la tumeur où la peau était altérée, furent faites au-devant du cou; celle-ci fut ensuite disséquée de chaque côté, et séparée des parties sous-jacentes auxquelles l'unissait un tissu cellulaire assez lâche. Les parois du kyste, découvertes dans la plus grande partie de leur étendue, furent excisées avec des ciseaux courbes; mais leur épaisseur et leur consistance étaient telles qu'il fallut, pour en achever la section, recourir au bistouri. Un grand nombre de vaisseaux durent être liés; les artères qui portaient le sang à la tumeur, avaient acquis un calibre considérable et pénétraient dans un tissu très serré, ce qui rendait leurs extrémités difficiles à altérer à l'extérieur. La paroi profonde du kyste était encore en place, et suivait tous les mouvements qu'exécutaient le pharynx et la trachée-artère dans l'acte de la déglutition; son adhérence aux canaux aériens, et la crainte d'une hémorrhagie difficile à arrêter dans cette région, m'engagèrent à ne pas y toucher. Des boulettes de charpie en très grand nombre furent placées dans la plaie; quelques compresses et une bande médiocrement serrée complétèrent l'appareil, qui fut bientôt imbibé d'une sérosité sanguinolente exhalant une odeur infecte. Les pièces du pansement furent renouvelées jusqu'à trois fois dans les vingt-quatre heures; mais au bout de quelques jours, une suppuration de bonne nature s'établit dans la plaie; la face interne du kyste ne tarda point à se déterger et à se couvrir de bourgeons celluleux et vasculeux, de bonne nature, qui s'unirent promptement aux parties environnantes.

Un mois après l'opération, la malade avait pu quitter la chambre, et ne ressentait aucune des douleurs horribles dont elle se plaignait auparavant. La cicatrice a peu d'étendue, et détermine seulement quelques plis qui froncent la peau de cette région.

M. Fleury expose une seconde observation analogue à celle-ci et qui prouve comme elle qu'il ne faut point proscrire, comme l'a fait M. Manoir, d'une manière absolue, le procédé opératoire auquel la nécessité le força de recourir dans ce cas.

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX. Mars 1844.

Engorgement considérable et indurations du sein. Accidents graves. Guérison rapide par le sirop d'iodure de potassium à haute dose; par le docteur PAUL de Mignot.

Une dame, âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, d'une constitution molle, voulut allaiter son enfant à la suite d'un accouchement qui du reste avait été fort heureux. Comme elle était primipare, et que le mamelon n'était point encore formé, les succions opérées par le nouveau-né occasionnèrent une vive irritation. Il survint des crevasses. La mère voulut s'obstiner à nourrir. Dès lors des accidents graves se manifestèrent. L'auteur vit la malade trois semaines après leur développement. Le sein gauche était dans l'état suivant: tuméfaction considérable, donnant aux parties enflammées le volume de la tête d'un adulte; peau brûlante, tendue et recouverte d'une myriade de vésicules confluentes et comme laiteuses; entre les rares interstices des vésicules, apparaît une rougeur aréolaire et uniforme. Douleurs tensives, profondes, qui font appréhender la formation d'abcès multiples. Ganglions sous-axillaires extrêmement engorgés; la malade ne peut approcher le bras gauche de la région latérale de la poitrine. Autour du mamelon, qui est presque effacé, dureté et bosselures très douloureuses à la pression. On ne distingue encore aucun point ramolli. Fièvre intense, soif vive, sueurs nocturnes très abondantes, langue rouge sur les bords; urines rares et épaisses le soir, claires et abondantes le matin; odeur laiteuse forte et caractéristique. Trente sangsues furent immédiatement appliquées autour du sein, des cataplasmes émollients furent maintenus *loco dolenti*, et une dériva-

tion soutenue fut dirigée du côté du tube intestinal. En même temps les boissons diurétiques et diaphorétiques ouvraient aux sécrétions éliminatoires les autres voies de l'économie.

Ce traitement, qui paraissait rationnel, fut continué pendant quelques jours; il n'empêcha point le mal de faire des progrès; les sangsues furent appliquées trois fois sans un résultat heureux; l'éruption vésiculeuse, et d'un autre côté le travail inflammatoire interne, contre-indiquaient l'emploi des topiques fondants. Bientôt un abcès se forma et s'ouvrit un peu au-dessous du mamelon. L'ouverture de cet abcès soulagea momentanément la malade, comme il arrive toujours en pareil cas; mais il ne suspendit que faiblement le travail inflammatoire, qui se reforma d'un autre côté. Cependant la suppuration était fort abondante. Il semblait que des débris de tissu cellulaire mortifié et des matières lactescentes sortissent par la plaie, qui se changea bientôt en un trajet fistuleux. On prescrivit sans succès l'apozème suppuratif, le sirop de Portal, les pilules de Belloste, etc. La douleur était calmée, mais la suppuration et le volume du sein ne diminuaient pas. Il était parsemé de bosselures dont le nombre et la dureté semblaient s'accroître chaque jour.

Cet état de choses durait depuis deux mois, lorsque l'auteur songea à l'iodure de potassium; il fut prescrit d'abord à la dose de 3 décigrammes par jour, et graduellement porté jusqu'à douze grammes. La malade le supporta parfaitement bien; seulement vers la fin du traitement, pour en atténuer l'action sur l'estomac et en assurer la tolérance, l'auteur modifia ainsi la formule généralement adoptée :

Sirop de Cuisinier,	demi-litre;
Iodure de potassium,	24 grammes;
Extrait gommeux thébaïque,	1 décigramme.

M. S. A.

La malade put en prendre impunément jusqu'à douze cuillerées à bouche par jour.

Les effets de cette médication furent si rapides, si favorables, qu'au bout de trois à quatre jours le mal prit une marche rétrograde. Les ganglions de l'aisselle s'affaissèrent, l'engorgement diminua sensiblement vers la circonférence, la suppuration se tarit, et, un mois après, le trajet fistuleux s'oblitéra complétement. La suspension pendant quelques jours de l'iodure de potassium fit bien voir que c'était à son emploi qu'était dû l'amélioration; car elle s'arrêta tout à coup, et ne reprit sa marche qu'après une administration nouvelle du remède.

Aujourd'hui le volume du sein gauche est à peu près le même que celui du sein droit; la pression n'occasionne aucune douleur; seulement, le tissu cellulaire a un peu plus de dureté que dans l'état normal; on ne distingue point de ganglions engorgés ni de bosselures. Le sirop d'iodure de potassium est administré depuis un mois; la malade en a pris en tout cinq demi-litres; les trois premiers ne contenaient que 36 grammes d'iodure, les deux derniers 48. La dose qu'elle aura consommée sera de 84 grammes dans un mois. Cette jeune femme a acquis de la fraîcheur et de l'embonpoint; elle avoue qu'elle ne s'est jamais mieux portée. Dans les premiers jours, le sirop d'iodure de potassium lui a donné beaucoup d'appétit.

Cours sur les maladies de la peau; par M. DUCHESNE-DUPARC.

(Première leçon. — Analyse.)

Après quelques considérations sur les difficultés que présente l'étude des maladies de la peau, difficultés inhérentes au sujet lui-même et dépendant du nombre et de la diversité des classifications et des nomenclatures; après avoir exposé qu'une nouvelle source d'embarras surgit pour lui des doctrines qu'il a l'intention de professer en dermatologie, doctrines qui sont celles des anciens et surtout celles d'Alibert, son maître, circonstance qui ne l'empêchera pas de rendre pleine et entière justice aux travaux des autres dermatologistes, le professeur entre plus spécialement dans le sujet de son cours.

La pathologie cutanée occupe une place à part dans le cadre nosologique, et dans l'état actuel de la science il serait peu logique de ne pas la lui laisser. Cependant un certain nombre des maladies de la peau rentrent sans effort dans la classe connue des *hypérémies*, des *inflammations* : telles l'érythème, l'érysipèle, le pemphigus, le zona, etc. Les causes, en effet, sont presque toujours directes; les effets, ceux qui caractérisent l'inflammation : douleur, chaleur, coloration, gonflement; même terminaison : résolution, suppuration, gangrène, induration. Mais ces caractères communs disparaissent avec les genres morbides de *la classe* (exanthèmes) où une appréciation plus médicale des symptômes démontre que les éléments de l'inflammation se réduisent ici à un mouvement fébrile plus ou moins intense que la nature elle-même semble provoquer dans l'intérêt de l'évolution morbide, véritable élément de secours que le médecin est plutôt appelé à entretenir ou à provoquer, qu'à lutter contre lui. Là d'ailleurs n'est pas le seul obstacle à la fusion de cette classe dans les inflammations proprement dites. La marche de ces maladies constamment périodique, cette singulière disposition de ne se montrer généralement qu'une fois dans la vie et d'apparaître comme une sorte de tribut imposé à notre organisation; leur caractère généralement contagieux, leur forme souvent épidémique, les soins et les précautions qu'exige leur convalescence, toutes ces conditions s'opposent à leur fusion dans les cadres nosologiques.

Il en est de même de ces affections long-temps désignées sous le nom de *teignes* (achore, porrigine, favus d'Alibert), que nous appelons dans un de nos ouvrages *gourmes éruptives ou dartreuses*. La constance de leur siége, la singularité de leurs produits morbides, leur fréquence coïncidence avec certaines évolutions organiques, leur innocuité habituelle et le caractère souvent critique et dépuratoire de leurs apparitions, tout cela présente un état morbide des plus faciles à reconnaître, et qui rend inutiles les efforts déjà tentés pour rapprocher ces affections d'autres maladies.

Puis vient une quatrième classe, la plus intéressante de toutes, les *dartres*, auxquelles nous nous garderons bien d'enlever ce nom si caractéristique, et dont la nature spécifique ne peut être méconnue. Elles attaquent l'homme à tous les âges, à tous les rangs. Quand pour cause elles ne reconnaissent pas l'hérédité, elles sont constamment dues à l'oubli des lois de l'hygiène et aux écarts de la civilisation. Rampant à la surface du derme, leur apparition provoque rarement un trouble général de l'économie. Essentiellement chroniques, elles peuvent toutefois résumer tous les genres de sensations que l'inflammation est susceptible de déterminer. Mais par leur marche, leur durée, leur évolution, leurs symptômes, elles présentent des caractères si tranchés, que leur étude à part est une nécessité généralement adoptée.

Le chapitre des dégénérescences cutanées se montre encore plus dépourvu d'éléments de comparaison. Que peut-on mettre effectivement à côté de certains cancers de la peau, et surtout de ces affreuses lèpres qui s'attaques aux formes bien plus qu'à l'existence de l'homme?

Ici M. Duchêne-Duparc indique les caractères étiologiques et symptomatiques du cancer et de la lèpre, et les phénomènes spéciaux qui les différencient de toute autre affection.

Les scrofules ou affections tuberculeuses ne sont point, il est vrai, exclusives à la peau; et, à la rigueur, elles pourraient être détachées du cadre dermatologique; mais, comme c'est presque toujours par la peau ou dans son voisinage que le scrofule débute, comme les tuméfactions de tissu, les mamelons glanduleux, les ulcérations qui la caractérisent, sont plus fréquemment observés à la peau que dans tout autre point de l'économie, le professeur la conservera parmi les genres morbides qu'il veut étudier, promettant d'ailleurs de la suivre dans chacune de ses transformations qu'il indique en passant.

Le professeur arrive à sa septième classe formée par la *gale* et le *prurigo*, et qu'il désigne sous le nom *scabies cutanées*. Ici, la présence d'un animal microscopique donne à ces affections un caractère si tranché qu'il est impossible de les réunir à aucune autre. Il indique les points principaux de doctrine et de pathogénie que ce sujet lui fournira à traiter, les expériences qu'il répétera devant son auditoire relativement à l'*acarus*, etc.

A la classe précédente succèdent les hémorrhagies cutanées. Ici la peau n'est plus le siége d'altérations isolées, jusqu'à un certain point indépendantes de l'organisme, et auxquelles on puisse reconnaître un véritable caractère de spécialité; toutefois, la texture du derme imprime aux éruptions pétéchiales et scorbutiques qui les constituent, des caractères assez tranchés pour ne permettre aucune confusion à leur égard. C'est principalement cette considération qui détermine le professeur à les conserver dans son cadre dermatologique.

Le professeur expose ici les principales conditions de leur développement, et les considérations auxquelles ces maladies peuvent donner lieu.

Dans la neuvième classe, il a réuni, sous le nom de *lésions pigmentaires*, un certain nombre d'affections fort remarquables, qui ont pour caractère commun et même distinctif de siéger toutes dans la couche pigmentaire diversement altérée. L'étiologie de ces singulières affections est fort obscure, et quant à ce qui concerne leur nature, on est réduit aux hypothèses. M. Duchesne-Duparc fait remarquer tous les points d'étude présentés par ce sujet, et dont il traitera dans les leçons successives.

Viennent ensuite les *hypertrophies cutanées*, ces altérations affectant les formes les plus bizarres et de nature en apparence si diverse, mais qui, par un examen anatomique approfondi, peuvent être toutes rangées sous le même type, l'hypertrophie.

Le professeur termine cette énumération par des considérations étendues et pleines d'intérêt sur les *syphilides*, ces affections à mille formes diverses, dont les analogues se retrouvent presque tous dans chacune des classes précédentes, mais avec un cachet particulier soit dans leur coloration, soit dans l'ulcération qui en est la suite, soit dans la forme des cicatrices.

Ce tableau rapide, mais complet, suffit pour légitimer la séparation de la dermatologie du grand cadre nosologique et son étude à part.

Quant à la classification, M. Duchesne-Duparc adopte franchement et sans réserve celle d'Alibert, qui lui paraît la plus complète, la plus philosophique et surtout la mieux adaptée à la nature propre et intime des maladies, et partant conduisant plus sûrement à leur thérapeutique.

Cette dernière tâche, la plus importante de toutes, est celle aussi qui occupera le plus le professeur, et le plan et les idées qu'il a développées à cet égard indiquent une direction véritablement pratique.

Cette courte analyse ne peut donner qu'une imparfaite de cette leçon professée devant un auditoire nombreux et distingué, et qui promet un cours fort utile aux élèves.

NOUVELLES.

Nous apprenons avec intérêt que notre honorable confrère, M. le docteur Miquel, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, se présente aux élections du collége électoral de Villefranche (Haute-Garonne). L'estime générale et bien méritée dont jouit M. Miquel, lui attirera les vœux de tous ceux qui veulent voir arriver à la Chambre des hommes désintéressés et à intentions pures et droites. Sans nous étendre ici sur les opinions politiques de ce candidat, nous pouvons dire qu'elles obtiennent la sympathie de ceux qui veulent l'honneur, la gloire et la liberté de notre pays, c'est annoncer que M. Miquel se porte comme candidat de l'opposition.

— Lundi prochain, 18 mars à quatre heures du soir, commencera le concours d'agrégation, section de chirurgie, à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury est composé de la manière suivante :

Professeurs : MM. Marjolin, Gerdy, Velpeau, Cloquet, Moreau juges; MM. Blandin et P. Dubois suppléants. Agrégés : MM. Lenoir et Larrey, juges; M. Malgaigne, suppléant.

Le nombre des places à donner est de cinq, dont une pour les accouchements. Un de ces agrégés ne sera nommé que pour trois ans, les autres pour neuf.

Voici les noms des compétiteurs :

MM. Bouvier, Desprès, Maisonneuve, Lacroix, Boyer, Marchal, Gosselin, Boinet, Giraldès, Dufrene-Chassagne, Rendu, Lacauchie, Cazeaux, Depaul, Diday, Sardaillon, Jacquemier, Voilleinier, Laborie, Loir, D'Arcet, Tavignot et Morel.

MM. les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que MM. les élèves en médecine, sont prévenus qu'une pétition qui les intéresse est déposée, pour recevoir leur signature, entre les mains de M. Chassaignac, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris. S'adresser à M. Chassaignac.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 33. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 18 MARS 1844.

Discussion sur les tumeurs du sein. (Suite.)

Nous avons nié très formellement et très franchement l'existence des tumeurs fibreuses du sein, *en tant que semblables à celles de la matrice, qu'on est convenu d'appeler corps fibreux, et dont le type a été fourni par Bayle*. Personne encore n'a apporté la preuve contraire. On sait que l'élément anatomique de ces corps, de ces espèces d'organes dans un autre organe, subit des transformations que Bayle appelle : 1° état charnu ; 2° état fibro-cartilagineux ; 3° état osseux. A-t-on bien constaté ces trois formes, leurs rapports, leur filiation, comme on l'a fait pour la matrice ? Non, certes ; on n'a pas même présenté une seule forme de l'être que l'on veut cependant faire admettre dans la plénitude de sa trinité anatomique.

Comme on le pense bien, nous ne pousserons pas le scepticisme jusqu'à nier la possibilité d'un développement anormal du tissu fibreux dans un organe ou autour d'un organe dont la charpente est presque entièrement fibreuse. Ce serait vouloir nier les hypertrophies partielles du tissu fibreux et exclure des tumeurs composées du sein, précisément le tissu qui a pour ainsi dire le plus de droit à y être admis. Mais c'est précisément la facilité avec laquelle le tissu fibreux se mêle aux autres tissus pour former les tumeurs composées du sein, qui le différencie des corps fibreux de la matrice, qui ont une répugnance réelle, mais non invincible, pour les autres productions organiques. Aussi, au sein, l'association du tissu fibreux aux autres éléments qui forment une tumeur composée, l'expose à subir l'influence et les conséquences de ces éléments. Tant que les composants de ces tumeurs ne sont que juxtaposés, ils peuvent exister d'une manière indépendante avec leurs caractères propres ; mais leur fusion s'opère tôt ou tard, et c'est l'élément cancéreux qui, quelle que soit la proportion dans laquelle il a été admis d'abord, imprime aux autres son caractère de malignité. Aussi, dans une tumeur ancienne qui a été surtout bénigne dans son origine, c'est le squirrhe et l'encéphaloïde qui dominent, et les éléments fibrineux, tuberculeux, fibreux y sont pour ainsi dire étouffés par ces deux formes du cancer. Le mauvais emporte le bon. Ceux qui ont étudié avec soin les tumeurs composées du sein auront reconnu que l'élément qui se combine le plus souvent avec le squirrhe, c'est l'encéphaloïde ; mais qu'après vient le tissu fibreux. C'est cette affinité du squirrhe et du tissu fibreux qui a dû en imposer plus d'une fois à M. Cruveilhier lui même, surtout quand il a examiné des tumeurs naissantes. Il n'a vu alors que le tissu fibreux, qui pouvait, en effet, être prédominant comme quantité, comme apparence ; mais comme virtualité, comme influence pathologiques, c'est le tissu squirrheux qui l'emporte toujours. Caché d'abord à des regards peu prévenus, lesquels ne voient que l'élément bénin, l'élément cancéreux ne se montre que trop tôt, et on sait ce qu'il advient alors.

Ainsi, nous le répétons, nous ne croyons pas à l'existence des corps fibreux du sein, et M. Cruveilhier n'en a pas fait la démonstration anatomique. Cette preuve manquant, peut-on arriver à l'établissement de cette maladie par la voie symptomatologique ? En pathologie, on est quelquefois contraint à ce moyen extrême. Ainsi, il est des maladies qui ne sont dans le cadre nosologique à aucun titre anatomique ; elles n'y sont que par la symptomatologie, et quelques-unes même ne fournissent au diagnostic que des éléments subjectifs. Les névralgies sont, pour la plupart, dans ce cas. Mais il ne peut en être de même d'une maladie de la classe des tumeurs, c'est-à-dire de la classe la plus matérielle. Son existence, comme maladie à part, sa place dans le cadre nosologique, ne peuvent lui être assurés que par l'anatomie, surtout depuis que l'anatomie est si puissante.

Dix discours à l'Académie pourront, s'ils sont réussis, vous faire admettre parmi les orateurs de cette savante société ; mais, seraient-ils encore plus éloquents, ils ne feront pas admettre dans le cadre nosologique une maladie dont le corps n'aura pas été saisi et démontré par le scalpel.

Voyez ce qui est arrivé à M. Cruveilhier, quand il a voulu recourir à la symptomatologie : tous les attributs de ses *corps fibreux* ont facilement été reportés à d'autres tumeurs. M. Cruveilhier invoquait-il l'indolence des tumeurs fibreuses ? On lui répondait qu'il est des squirrhes qui n'ont jamais été douloureux. Voulait-il parler de la mobilité ? Mais il est une foule de tumeurs naissantes et pas mal d'encéphaloïdes qui sont dans ce cas. L'âge du sujet était-il pris en considération ? Mais il est des cancers des plus malins qui naissent chez de très jeunes femmes. M. Cruveilhier signalait-il le bon état de la santé générale ? On lui répondait encore que l'encéphaloïde naît quelquefois chez les sujets pendant leurs plus beaux jours. Est-ce l'état long temps stationnaire qui caractérise les corps fibreux ? Mais il est des squirrhes qui vieillissent avec les femmes qui les portent, sans subir la moindre augmentation, la moindre transformation. Faisait-on naître la question de la récidive ? On recevait alors cette réponse très sensée de M. Roux : « Vous dites que les corps fibreux de la mamelle sont fréquents ; vous ajoutez qu'ils ne dégénèrent et ne récidivent pas. » D'où vient alors que les chirurgiens qui opèrent à peu près toutes les tumeurs chroniques du sein sont généralement blâmés, et cela principalement parce que les opérées meurent presque toutes des récidives qui succèdent à leurs opérations ? S'il y avait des tumeurs fibreuses telles que vous les indiquez, c'est-à-dire avec leur caractère de fréquence et cette immunité pour la récidive, nous n'aurions pas mal de succès, et nous ne verrions pas sans cesse les ennemis de la médecine opératoire nous montrer des chiffres effrayants qui indiquent les récidives.

Ainsi le terrain de la symptomatologie n'était pas tenable ; et si M. Cruveilhier le tient encore, c'est parce qu'il n'ose le quitter : ce qui se comprend parfaitement.

Finissons par quelques mots qui seront compris par ceux qui connaissent le cœur humain et surtout le cœur académique. Voici ce qui s'est passé : M. Cruveilhier, homme consciencieux et éclairé, et, de plus, professeur d'anatomie pathologique, se présente un jour à l'Académie et dit : Messieurs, il y a des corps fibreux de la mamelle, et il y en a beaucoup.

Il est évident pour nous qu'aucun académicien n'avait vu un de ces corps fibreux. Il était tout naturel alors de répondre à M. Cruveilhier, ce mot bien simple : Monsieur le professeur, pourriez-vous me montrer un de ces corps, je n'en ai jamais vu ni palpé.

Voici franchement pourquoi cette question n'a pas été faite. Les uns auraient cru blesser M. Cruveilhier et mettre en doute ses lumières et sa bonne foi ; les autres auraient cru faire preuve d'ignorance, et nuire ainsi à leur réputation ! Quel malheur, si un journal avait imprimé : M. X. n'a jamais vu une tumeur du sein qui est cependant très fréquente. Enfin il en est qui, par cette simple question, auraient coupé court à toute discussion, et ils eussent ainsi été obligés de rentrer leur éloquence ; ce qui probablement leur aurait été très-nuisible. Faut-il ajouter que cette longue discussion en éloigne une autre qui déplaît à la coterie ? Toutes ces raisons et bien d'autres ont fait qu'on n'a pas dit à M. Cruveilhier : Il *n'y a pas* de corps fibreux ; on a seulement osé lui dire : Il *y a peu* de corps fibreux. De là tous les discours que nous avons été obligés de subir et ceux dont on nous menace.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe)

Ophthalmie grave avec kératite et ulcération de la cornée. Petite tumeur apparaissant au fond de l'ulcération. Quelques considérations sur la nature de cette tumeur. Guérison. Par le Dr E. LABORIE, chef de clinique de la Faculté.

Quesnay (Constant), âgé de vingt-quatre ans, charron, est entré le 8 décembre 1843 dans le service de M. Jobert. Il est né à Peville (Eure), de parents sains. Sa mère est morte à la suite d'une couche. Quant à son père, il vit encore, et jouit d'une bonne santé.

Il a un frère qui est d'une assez chétive santé ; c'est surtout

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un chirurgien maladroit. — Réponse à une attaque. — Singulière explication.. — Rancune israélite. — Un banquet. — Allocution de M. Marjolin. — Les agrégés et leur traitement. — L'architecte de l'Académie. — La cour du roi Petau. — Un accouchement à terme. — Le tombeau de Bichat. — Imminence d'un procès singulier. — Epidémie nouvelle : le *polka-morbus*. — La *kekaratché*. — La Tour de Nesle.

Pauvre collaborateur de la *Gazette médicale*, je vous plains, en vérité ! Un mois après la lutte, quand nous n'en parlions plus, quand nous cherchions même à l'oublier, quand nous aurions voulu enfouir dans la poussière du greffe tous ces souvenirs irritants de robes noires et de papier timbré, vous venez en rappeler la pénible amertume ! Chirurgien maladroit, vous déchirez les premiers linéaments de la cicatrice, et tandis que vos blesses exigeaient encore le calme et le repos, vous voulez nous forcer à guerroyer contre eux ! C'est mal ! mal envers ceux que vous voulez défendre, et qui ne vous remercieront point de ce que vous allez nous obliger de répondre ; mal envers ceux que vous attaquez, qui ne demandaient pas mieux que de ne pas vous mettre en cause, et qui jamais de vous ne s'occupèrent ; mal envers vous-même, qui d'aucune façon n'aviez été provoqué pour paraître dans la lice. Vous nous insultez gratuitement, sans motifs, sans cause, sans le plus léger prétexte. Je me trompe, une plaisanterie fort innocente et depuis trois mois oubliée sur Israël, voilà ce qui nous a valu cette immense colère depuis trois mois amassée dans les brumeuses régions de la rancune, et qui vient d'éclater et de fondre sur les colonnes inférieures du feuilleton. Ma grand'mère, femme d'un très grand sens et qui connaissait admirablement le monde, me répétait souvent : « Garde-toi, mon fils, de jamais rien dire de travers d'un jésuite, d'une vieille coquette ou d'un juif ; ces trois rancunes-là sont imprescriptibles. » Hélas ! je ne le vois que trop ; Israël est implacable et ne sait pardonner. C'est que le pardon est, en effet, une vertu toute chrétienne.

Mais, enfin, de quoi s'agit-il ? Ah ! mon Dieu ! de peu de chose, et je serai fort court. Le correspondant de la *Gazette médicale* expose à ses lecteurs les motifs de la longue interruption que ses lettres ont éprouvée. Pour si peu que je fusse méchant, je dirais que personne ne s'en plaignait ; non-seulement je ne le suis, mais encore la justice, même envers mes ennemis, est pour moi une passion d'instinct, et, sans répugnance aucune, je dis que j'aime, que je reconnais, que j'apprécie le talent fort distingué de l'auteur de ces lettres dont l'absence faisait grand défaut au journal qui les reçoit,

Pourquoi cette interruption ? Pendant le conflit judiciaire, « le bon goût la commandait autant que la justice, » manière fort commode d'excuser une neutralité qui n'a pas convenu à tous les tempéraments et à tous les caractères. C'est là ce qui lâche le correspondant ; de ce que dans ce journal nous avons pris la défense des grands principes de libre examen et de libre discussion, nous n'avons fait « qu'une guerre de personnalités ; nous avons fait servir ces principes à des inimitiés particulières. Attaques directes, insinuations, allusions de *mensonge*, on n'a rien épargné pour le succès d'une campagne judiciaire où l'on avait engagé avec une habileté incontestable et sous les enseignes d'une déclaration de principes incontestée, tout un peuple de signataires abusés sur la portée réelle du manifeste et sur le but des soi-disant hérauts d'armes. » Enfin, arrivant à cette plaisanterie sur Israël, qui n'avait été présentée que comme un bruit, comme une rumeur sans importance et dont on était même très disposé à se moquer, le correspondant ajoute : « Les démentis les plus péremptoires n'ont pu mettre un terme à l'intempérance *injurieuse* de certaines plumes qui exploitent comme une bonne fortune, une fortuite coïncidence d'origine religieuse entre trois personnes également au-dessus des attaques de la plus *misérable calomnie* : que de bon goût, de loyauté et de noblesse en cette façon d'écrire et d'agir ! »

Mais « toute cette effervescence d'*animosités* et de *rivalités* finira par tomber à plat. ». .

Cher correspondant, jamais prophétie n'arriva plus mal à propos ; jamais vous n'avez porté de pronostic plus malencontreux. Que Dieu me garde d'argumenter sur vos aménités de feuilleton ! J'ai voulu les soumettre à mes lecteurs pour que leur bon sens seul en fasse justice. Les reproduire, c'est les réfuter. Mais j'ai une magnifique réponse à vous faire : peut-être l'aurais-je gardée en portefeuille sans votre imprudente provocation ; mais vous me forcez, en invoquant l'opinion publique, à vous montrer de quel côté elle se trouve. Veuillez me dire, dans votre prochaine lettre, si vos patrons auront été contents.

La voici donc, cette réponse :

Lundi dernier a eu lieu, dans les salons de Véfour, un banquet offert par la *Société de Chirurgie* à MM. Malgaigne, Vidal, Bethmont, Plocque et J. Favre. La Société avait aussi invité M. Marjolin, qui, avec un empressement plein de bienveillance, s'est rendu à cette invitation. Cette réunion n'était ni une protestation, ni une provocation ; c'était une fête après un combat, et la présence du respectable M. Marjolin au milieu de ses jeunes confrères, tous ses disciples, l'a rendue une fête de famille.

Vous parlez de rivalités ! Il y en a de nobles, de légitimes, de nécessaires même à l'activité de l'intelligence. Mais celles-là s'allient à une estime réciproque, et n'altèrent en rien les sentiments de confraternelle bienveillance. Au jour donné, 24 chirurgiens s'assoient à la même table. ils sont pris dans une classe jeune et partant ambitieuse ; ce sont des rivalités dans toute l'acception du mot, rivalités inévitables et fatales qui se croisent et se heurtent dans toutes les phases de leur existence scientifique ; eh bien ! ces rivalités peuvent cependant, sans répugnance et cordialement, trinquer ensemble à la santé de deux rivaux ! Ce n'est pas là seulement un festin, c'est un acte ; non-seulement une fête, mais une manifestation, non en faveur de deux confrères, mais en faveur d'un grand et libéral principe défendu par deux confrères.

Pourriez-vous donner une autre signification au banquet de lundi ? Si vous le tentiez, voici notre réponse.

Des discours ont été prononcés, on pouvait le prévoir. Malgré le désir général d'éviter toute allusion aux mauvaises passions qui ont fait naître cette coalition chirurgicale et cette réunion d'hommes tout dévoués aux seuls intérêts de la science, quelques paroles ont été prononcées qui étaient, comme on le dit, en situation. M. le président Bérard, après avoir porté un toast à la prospérité de la Société de chirurgie, a félicité les écrivains « qui se servent avec autant de verve que de désintéressement de leur plume de critique pour établir mieux que jamais la *réalité dans la science* et la *moralité dans l'art*. »

A leurs nobles défenseurs, se sont écriés tous les convives !

M. Chassaignac a pris alors la parole, et a exprimé en termes pleins d'élévation la satisfaction qu'éprouvait la Société de voir M. Marjolin s'associer franchement et avec énergie à l'œuvre difficile que la Société de chirurgie vient d'entreprendre.

Alors M. Marjolin s'est levé, et de sa voix forte et digne il a dit :

« *Votre cause, Messieurs, était belle, elle était sainte ; elle a eu les sympathies des hommes honnêtes* qui tous reconnaîtront vos efforts et ceux de ces dignes et éloquents défenseurs qui sont venus se joindre à nous aujourd'hui pour jouir de cette fête de famille. »

Après ces nobles et éloquentes paroles, après un témoignage émané de ce qu'il y a parmi nous de plus honnête et de plus pur, et de plus respectable et de plus honoré, quelles atteintes pouvons-nous recevoir, nous, qui dans un rang plus obscur, mais non moins utile peut-être, avons aussi combattu pour la cause *belle et sainte* de la liberté scientifique ; quelles blessures peuvent nous faire les colères du correspondant de la *Gazette* ?

Passons bien vite à autre chose s'il vous plaît.

— On a beaucoup crié, en certain lieu, contre ce qu'on appelle les indiscrétions du feuilleton, relativement à l'affaire du traitement des agrégés ; on a même parlé d'inexactitudes ; mais, pressé sur ce point, on a été dans l'impossibilité de formuler une accusation précise. On

sa poitrine qui, suivant lui, est mauvaise.

Notre malade paraît bien constitué; il est habituellement bien portant; son tempérament est un peu lymphatique.

A l'âge de deux mois, on le laissa tomber dans le feu la face en avant, et il en résulta une brûlure de cette partie; brûlure qui, sur le côté droit surtout, a laissé d'indélébiles traces. Une cicatrice vicieuse tient, de ce côté, la paupière supérieure constamment relevée. Malgré cet ectropion de la paupière supérieure, ou lagophthalmie, l'œil resta bon; seulement il présentait une sensibilité plus vive; ne pouvant être complétement recouvert, et il était maintenu dans un état habituel d'irritation par la présence de corps étrangers et par le contact de l'air.

Il existait, par suite de ces causes, une sursécrétion de larmes, et par conséquent un larmoiement habituel.

Malgré ces circonstances, le malade n'était pas sujet aux ophthalmies. Huit jours avant son entrée, sans cause appréciable connue, Quesnay ressentit de la douleur sur l'œil, et successivement apparurent les symptômes d'un inflammation probablement bornée d'abord à la conjonctive, et qui, ensuite, s'étendit et gagna plus profondément en envahissant la cornée.

Ce ne fut qu'après avoir laissé le mal s'aggraver pendant huit jours, que le malade se décida à venir réclamer les secours de l'art. Il se présenta à la consultation de M. Jobert le 8 octobre 1843. Voici quelle était alors sa position :

Toute la conjonctive palpébrale et oculaire était fortement congestionnée; les vaisseaux étaient développés. Il y avait un chémosis léger, non œdémateux. Larmoiement abondant. Ecoulement d'une quantité assez notoire de suppuration s'accumulant vers le grand angle de l'œil. Photophobie.

En examinant la cornée, on trouvait dans un seul point, à la partie la plus déclive de sa circonférence, une ulcération profonde offrant plus de largeur vers l'extérieur qu'à son fond, assez exactement infundibuliforme; de telle sorte qu'elle diminuait sensiblement de largeur en pénétrant dans l'épaisseur de la cornée.

Il existait une vascularité marquée à la surface de la cornée, plus prononcée à sa circonférence et dans les environs de l'ulcération. Cependant, elle avait conservé presque toute sa transparence, et l'on pouvait apercevoir l'iris, dont la teinte était terne, et sur la surface duquel apparaissaient les vaisseaux sensiblement développés. La pupille était rétractée. Un dépôt pseudo-membraneux paraissait s'être formé sur l'iris. D'ailleurs, il y avait dans la chambre antérieure un épanchement d'un liquide assez louche, comme séro-purulent.

Le malade fut admis et couché dans la salle Saint-Augustin. Le lendemain, 9 décembre, à la visite, M. Jobert put faire constater aux élèves qui suivent sa clinique le fait suivant : au fond de l'ulcération apparaissait une petite tumeur grisâtre, qui, grosse comme deux têtes d'épingle, venait faire saillie à la surface de la cornée. Dans les mouvements que l'on fit exécuter à la paupière avec le doigt pour mieux voir la tumeur, on la rompit, et il s'écoula immédiatement par jet un liquide transparent et limpide.

Après cette évacuation de l'humeur aqueuse, la chambre antérieure se trouvant désemplie, l'iris fut entraîné vers l'ulcération, et il y eut immédiatement une déformation de la pupille qui s'allongea dans le sens vertical.

Le traitement que prescrivit M. Jobert fut énergiquement antiphlogistique. On appliqua des sangsues derrière les oreilles; saignée du bras; purgatifs; collyre avec la teinture thébaïque; séton sur la région temporale.

L'inflammation fut vaincue par ce traitement, et dès le surlendemain, le fond de l'ulcération de la cornée s'étant oblitéré, et l'humeur aqueuse s'étant reformée, l'iris reprit en partie sa position, et il ne resta qu'un peu de tiraillement dans le sens de l'ulcération.

La cornée reprit toute sa transparence, excepté au point de l'ulcération.

Le malade put quitter l'hôpital dans le courant du mois de janvier 1844, son œil était dans un état satisfaisant.

— Quelle était la nature de la tumeur qui surgissait du fond de l'ulcération de la cornée ? Pour la plupart des chirurgiens la réponse ne restera pas douteuse, ils admettront qu'il existait une hernie des lames profondes de la cornée qui, affaiblies par la destruction des lames superficielles, avaient cédé à la pression *à tergo* exercée par l'humeur aqueuse.

Cependant une autre solution de la question n'est-elle pas possible ? ne pourrait-on pas considérer cette prétendue hernie de la cornée comme un staphylôme de la membrane de l'humeur aqueuse? Les chirurgiens qui n'admettent pas cette lésion s'appuient sur l'examen anatomique des parties. Le peu d'extensibilité de la membrane de l'humeur aqueuse qui dans l'espèce humaine ne se détache pas facilement de la cornée contre laquelle elle est accolée, leur paraît une raison suffisante pour repousser la possibilité de la persistance de cette membrane, quand la totalité de la cornée a été détruite. Mais il y a sans doute exagération dans cette manière de voir; car la membrane de Descemet peut être détachée par la macération, comme le dit M. Giraldès dans sa thèse sur l'anatomie de l'œil. Or, si la macération est une condition qui rende possible la dissection de cette membrane, ne peut-on pas admettre, sans forcer la vérité, que l'inflammation, jointe à la distension par l'accumulation du liquide, ne puisse favoriser la formation de cette espèce de staphylôme? Sans admettre la hernie de la membrane de l'humeur aqueuse, Wardrop croit à la possibilité de la persistance de cette membrane quand a eu lieu l'ulcération de la cornée. Voici, du reste, ce qu'il dit sur ce sujet : « In many instances were an ulcer has penetrated the anterior chamber, the ulcerated orifice is closed by a thin, delicate and transparent membrane. » (Essays on the morbid anatomy of the human eye, t. 1er, p. 57.)

Comme on le voit, cette membrane, fine et délicate, qui persiste après que la totalité de la cornée a été traversée par l'ulcération, ne peut être que la membrane de Descemet.

M. Jobert considère comme très admissible la hernie de la membrane de l'humeur aqueuse, et il a eu occasion d'observer un malade sur lequel cette affection existait pour lui d'une manière évidente. Dans le fait que nous venons de rapporter, le chirurgien de Saint-Louis pense qu'il y avait kératocèle; il se propose, du reste, ultérieurement de traiter cet intéressant sujet. M. Jobert nous ayant rendu témoin de cette observation, nous avons cru devoir la publier avec détail, car les faits de ce genre ne sont pas communs.

Il est assez curieux de ne trouver dans la plupart des traités modernes sur les maladies des yeux que quelques mots sur la hernie de l'humeur aqueuse, et, le plus souvent même, de ne rencontrer aucune mention de cette maladie; tandis que dans le livre clinique d'Antoine Petit, de Lyon, il existe une observation de cette affection rapportée avec de grands détails. Peut-être dira-t-on que la lésion signalée par ce chirurgien n'était qu'une kératocèle, telle qu'on l'a décrit généralement. Mais quand bien même cette objection serait fondée, tout au moins aurait-on dû citer le fait pour la combattre. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rappeler cette observation. Nous la transcrivons textuellement ; elle est intitulée :

Staphylome de la membrane de l'humeur aqueuse suivi d'un staphylome de l'iris. Perte de la vue.

» Aimé Marmet, âgé de soixante-huit ans, marbrier, vint à l'hôpital le 23 octobre 1796 avec une ophthalmie à l'œil droit, suite d'un coup porté par un éclat de pierre sur la partie antérieure et moyenne de cet organe. L'accident était arrivé depuis seize jours, et n'avait été que faiblement soulagé par l'application des topiques émollients. En examinant l'œil, j'aperçus au centre de la cornée lucide une tumeur du volume d'une tête de mouche, qui, vue antérieurement, paraissait noire, tandis que par le côté on la voyait manifestement claire et limpide; elle s'échappait à travers une petite plaie faite à la cornée, et ne pouvait être méconnue pour un staphylôme de la membrane de l'humeur aqueuse; parce que derrière elle on voyait l'iris déployé dans son intégrité et la pupille parfaitement dans l'état naturel. Une légère compression exercée sur le globe de l'œil, des compresses trempées dans un collyre styptique, et le contact de la pierre infernale sur la tumer, la détruisirent en peu de jours et parurent avoir produit la guérison.

» Cependant, deux mois après, Marmet revint à l'hôpital dans un état infiniment plus fâcheux. Un staphylome de l'iris avait remplacé celui de l'humeur aqueuse, et formait en dehors de la cornée une tumeur du volume d'un petit haricot; la pupille, effacée, ne laissait passer aucun rayon de lumière, et le malade souffrait beaucoup. Je tentai vainement, par les moyens indiqués ci-dessus, d'arrêter les progrès de ce nouveau staphylome; il s'éleva chaque jour davantage de manière à faire disparaître entièrement l'espace que forme la chambre antérieure, et le malade ne fut soulagé que lorsque l'excision de la tumeur avec les ciseaux eut fait cesser la compression qu'exerçait sur elle le mouvement des paupières. La vue resta perdue sans espoir de retour. » (M. A. Petit, Collection d'observations cliniques, page 125. Lyon, 1815.)

Cette première observation est suivie d'une autre à peu près semblable, mais moins détaillée. On pourra la lire avec intérêt.

Nous terminerons enfin cette note en disant que de tous les auteurs que nous avons consultés, Mackensie est celui qui nous a paru le plus explicite sur cette espèce de hernie. Nous avons en vain cherché dans Weller une simple mention de cette affection.

Voici comment s'exprime, sur ce point, Mackensie (traduction Laugier et Richelot, page 437, chapitre intitulé : *Ulcère fossette, hernie et fistule de la cornée, hernie de l'iris*) :

« Il arrive quelquefois que les progrès d'un ulcère profond sont arrêtés par la membrane qui tapisse la cornée, ou que cette membrane, après avoir été traversée par l'ulcère, se cicatrise; dans l'un et l'autre cas, incapable de résister à la pression de l'humeur aqueuse, elle est refoulée à travers l'ulcère sous la forme d'une vésicule, et constitue ce qu'on appelle hernie de la cornée. Quelquefois cette hernie se forme dans une très grande étendue, revêt une forme conique, et s'élève tellement au-dessus de la surface externe de la cornée, qu'elle n'est recouverte qu'avec peine par la paupière. On est obligé d'enlever cette vésicule avec des ciseaux ou de la déchirer avec le nitrate d'argent; et, ce qui est très remarquable, c'est qu'une semblable hernie tend à se reproduire même peu de jours après qu'on a complétement enlevé la première, et ainsi de suite jusqu'à ce que la cicatrice de la cornée ait acquis assez de solidité pour soutenir l'humeur aqueuse. »

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que cette description ne laisse aucun doute. L'auteur paraît même considérer cette affection comme se rencontrant assez souvent; seulement il ne lui donne pas le nom qu'elle semblait devoir prendre d'après sa nature : il la désigne et la range sous le nom générique de hernie de la cornée.

---

n'en a pas moins persisté à soutenir que cet article ferait plus de tort que de bien à la cause des agrégés. Quelques-uns de ceux-ci même, gens d'une prudence excessive et sur lesquels le bec d'une plume produit l'effet d'un poignard, se sont plaints dans quelques réunions intimes de l'intervention de la presse, craignant surtout qu'on ne leur imputât une participation quelconque à la publication de cet article. Je puis dire aux uns que les observations justes, présentées sous une forme décente et convenable comme étaient les nôtres, n'ont jamais gâté une bonne cause. Nos révélations sont parvenues au ministère de l'instruction publique, où elles ont causé une vive surprise. Une sorte d'enquête a été demandée, et à l'heure qu'il est les choses sont fort près de rentrer dans l'ordre légal et réglementaire. L'ingratitude des autres envers la presse sera flagrante quand, dans un temps peu éloigné, la presse aura grandement contribué à faire allouer aux agrégés un traitement de 1300 francs au lieu de 7 à 800 francs qu'à grand'peine ils reçoivent en ce moment. Mais en toute chose il faut vouloir le bien pour le bien lui-même, et non en vue de la reconnaissance de ceux à qui le bien profite.

— L'Académie de médecine ne rentrera pas avant deux ou trois mois dans ses foyers. Les travaux qui, d'après l'architecte, devaient être finis au 1er janvier, puis au 1er mars, sont encore fort peu avancés. On dit, du reste, que toute la faute n'en doit pas être imputée à l'architecte. A l'Académie, il paraît qu'il y a autant de maîtres que de membres attachés par un titre quelconque au bureau ou conseil d'administration. C'est un peu la cour du roi Petan. Chacun commande, et dans ce conflit d'ordres souvent contradictoires émanés du président, des trois secrétaires, du trésorier et des membres du conseil, les ouvriers attendent, s'en vont ou font une besogne détestable, témoin ce qui est arrivé pour les stalles de MM. les académiciens, où ne pourront s'asseoir ceux qu'un certain degré d'obésité rend voyageurs peu commodes en omnibus. — La besogne académique n'en va ni mieux ni plus mal ; la discussion sur les tumeurs du sein se traîne en languissant, et finira probablement demain mardi, de guerre lasse. Nous avons eu le secret de la vive apostrophe de M. Castel. L'honorable membre était gros d'un discours, et les tendances du président vers la clôture lui faisaient craindre un accouchement prématuré. Grâce à sa vive résistance, l'enfant est venu à terme, mais non pas très bien portant; aussi est-il mort quelques minutes après sa naissance. Dans plusieurs autres circonstances, la paternité de M. Castel a été plus heureuse. — Une candidature chirurgicale est ouverte à l'Académie. J'attendrai, pour en dire quelques mots, que tous les combattants se soient montrés, et que le champ de bataille soit bien dessiné.

— Bichat enfin aura un tombeau ; ses restes mortels n'ont plus à craindre l'expropriation et l'humiliation de la fosse commune. Plus que d'autres peut-être nous pouvons nous en réjouir, car les premiers dans la presse, et il y a de cela plus de deux ans, nous avons appelé l'attention de nos confrères sur la pierre indigne et ignorée qui recouvre Bichat dans l'ancien cimetière de Clamart. Au retour de la cérémonie de Bourg, nous avons de nouveau insisté sur cet état des choses, et c'est depuis lors que les démarches de la Société d'émulation et les instances de M. le docteur Thierry, membre du conseil-général du département, ont pris ce louable degré d'activité qui a amené le résultat.

Mais un incident grave et singulier peut se présenter, et se présentera probablement en cette affaire. La tête de Bichat n'est pas dans son tombeau; elle se trouve au-dessus de la bibliothèque d'un chirurgien célèbre, son condisciple et son ami.

La Société médicale d'émulation, fille de Bichat, qui en fut le fondateur et le père, mue par un sentiment de piété filiale, veut que ses restes tout entiers soient rendus à la tombe, et se propose de réclamer sa tête au chirurgien qui la possède. Celui-ci refusera-t-il ? La Société d'émulation intentera-t-elle un procès en revendication? Cela est probable, mais n'est pas encore décidé. A la place de l'honorable chirurgien je n'attendrais ni demande, ni sommation, et quelque peine qu'on doive éprouver de se séparer d'un objet si précieux et si cher, je comprendrais les légitimes réclamations de la Société médicale. Seulement, j'exigerais que toutes les précautions fussent prises pour faire échapper à la destruction une tête aussi célèbre.

— Le spirituel conteur du *Siècle*, Pierre Durand, vous a raconté qu'une épidémie nouvelle et inédite sévissait sur la capitale, épidémie qui frappe surtout le système locomoteur et les articulations en particulier. C'est le *polka-morbus* dont on remonte facilement à l'étiologie, quand on sait que la *polka* est une danse d'invasion toute récente, et qui fait fureur en ce moment à Paris. Pierre Durand n'a pas dit qu'une autre épidémie, due à une cause analogue, occupait aussi l'attention des médecins. Le foyer de celle-ci est borné jusqu'à présent à la Chaussée-d'Antin, au quartier Saint Georges, et au faubourg Montmartre. On en a vu quelques cas dans le quartier latin; ce qui peut faire craindre une invasion prochaine. Cette épidémie, qui porte aussi sur les jambes, les bras et la tête, est occasionnée par la *kékaratché*. C'est une danse venue, dit-on, des Arabes; ce qui est infiniment peu croyable de la part d'un peuple aussi grave. Mais quelle danse ! Mélancolique et tendre, vive et agaçante, voluptueuse, passionnée, brûlante, échevelée, la kékaratché exprime rapidement et tour à tour tous les sentiments, toutes les passions, toutes les coquetteries, toutes les jalousies, toutes les nuances, toutes les fureurs de l'amour.

La kékaratché bien dansée est tout un drame tantôt frais et riant, tantôt menaçant et terrible. Pour la danser, il faut des fleurs et un poignard ; les plus raisonnables se servent d'arsenic. Le vitriol a été essayé, mais sans succès ; en effet, il défigure. Cette danse, comme vous le pensez, exige une mimique extraordinaire. Ce sont des efforts musculaires de la plus incroyable énergie, des attitudes, des balancements, des poses, des gestes qui mettent en action tout le système locomoteur. Or, cette danse, la plus haute expression de la gymnastique passionnée, a fait explosion cet hiver seulement dans quelques lieux de notre noble capitale. Ce devait être; après les *Mystères de Paris*, la kékaratché; après les émotions de la lecture, le délire effréné de la danse; c'est logique. Ce qui vous surprendra peut-être, c'est que c'est par les femmes surtout qu'est dansée la kékaratché. Et l'on appelle cela le sexe faible !..... Bref, comme tout mets nouveau et fortement épicé fait impression sur des palais blasés, la kékaratché a fait fureur sur des jambes déjà blasées sur les quadrilles infiniment hasardés cependant de M. Musard. Mais de même que le poivre et le gingembre enflamment les estomacs peu habitués à ces excitants, de même la danse nouvelle a produit sur l'appareil locomoteur des danseuses, une affection singulière et rare dont la description ne tardera pas à être faite. Ce qu'il y a de certain, c'est que, pour le quart-d'heure, *les lorettes, les madeleines et les boules-rouges* sont à la lettre, depuis la mi-carême, clouées dans leur lit, et que cette denrée est devenue fort rare et fort recherchée.

— Je ne peux mieux terminer cette édifiante causerie que par le récit suivant emprunté à la *Gazette des Tribunaux*. Des faits semblables à ceux-ci sont en harmonie avec le goût d'un siècle qui se passionne pour le *Chourineur* et la *Chouette*, et qui se livre aux fureurs de la koukaratché :

« Depuis quelque temps, des bruits sinistres se répandaient dans les quartiers du faubourg Saint Jacques et du faubourg Saint-Marceau. On parlait d'une société mystérieuse dont la retraite était inconnue, et dont les membres apparaissaient la nuit aux environs des barrières, enlevaient les jeunes filles qu'ils pouvaient saisir, et ne leur rendaient la liberté qu'après leur avoir fait souffrir des tortures inouïes.

Il y a huit à dix jours, M. Blavier, commissaire de police, reçut à ce sujet les plaintes de plusieurs pères et mères de famille, lesquels racontèrent à ce magistrat que leurs jeunes filles, toutes âgées de 12 à 16 ans, avaient été accostées, les unes à la barrière Fontainebleau, les autres à la barrière Saint-Jacques, par des jeunes gens bien vêtus, qui leur avaient proposé de les conduire au bal, et qui ensuite les avaient en quelque sorte forcées d'accepter à souper.

A partir de la fin du repas, ces jeunes filles ne pouvaient dire ce qui leur était arrivé, car elles étaient tombées immédiatement dans un sommeil léthargique ; et lorsqu'elles avaient rouvert les yeux, elles s'étaient trouvées assises près d'une borne, dans quelqu'une des rues désertes des quartiers dont nous venons de parler ; mais elles n'avaient pas tardé à reconnaître que d'infâmes attentats avaient été commis sur

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Kyste ovarique. — Tumeur de la glande thyroïde. — Épanchement pleurétique.

Au n° 3 de la salle Saint-Bernard a été couchée la nommée Lavergne, âgée de quarante-cinq ans, couturière, entrée à l'hôpital le 4 septembre 1843.

Cette femme dit être malade depuis deux ans. A cette époque elle fut prise de douleurs vives dans la région lombaire; douleurs qui s'accompagnèrent de défaillances, mais sans aucun dérangement de la menstruation. A partir de ce moment, sa santé n'a jamais été bonne. Dans les six mois qui suivirent la première apparition de ces douleurs, le ventre commença à augmenter un peu de volume. On pensa d'abord qu'il pouvait peut être y avoir commencement de grossesse, lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu pour la première fois en 1841. A ce moment, la malade nous fit observer qu'en même temps que son ventre avait augmenté de volume, elle avait sensiblement maigri. Le premier examen nous fit reconnaître dès lors dans l'abdomen un kyste volumineux. Le ventre offrait environ 45 à 50 centimètres de diamètre.

Au bout de quelques semaines de séjour dans nos salles, elle se sentit mieux, demanda sa sortie, et reprit ses occupations. Vers la fin de 1843, une hémorrhagie utérine survint, et les jambes s'œdématièrent. Elle fit prier M. le docteur Barth de passer chez elle. Le volume énorme de l'abdomen, la gêne excessive de la respiration, l'état d'anxiété dans lequel se trouvait la malade, le décidèrent à pratiquer une ponction, qui donna issue à une quantité, qu'il évalua à la capacité d'un seau environ, d'un liquide sanguinolent. On aurait pu, d'après la coloration sanguine légère du liquide, penser qu'un petit vaisseau des parois de l'abdomen avait été blessé, bien que même dans ce cas il soit assez difficile que le sang s'écoule, le trois-quart faisant l'office d'obstructeur. Ce n'est, quand un accident de ce genre arrive, qu'après l'opération et lorsque la canule est retirée, que se fait l'hémorrhagie.

Il est excessivement rare que l'hémorrhagie soit assez abondante pour devenir la cause d'accidents sérieux. Cependant, depuis treize ans, nous avons eu l'occasion de la voir deux fois suivie de mort, mais chez des sujets, nous devons le dire, affaiblis par des maladies antérieures. Quant à la blessure en elle-même de l'artère épigastrique ou de ses rameaux, elle ne constitue pas un fait aussi rare qu'on pourrait le croire. Mais elle est, dans l'immense majorité des cas, sans aucune suite fâcheuse. Quoi qu'il en soit, il est vraisemblable que la couleur du liquide ne dépendait pas de cette cause; dans le cas particulier qui nous occupe. Dans trois ponctions qui furent faites postérieurement, le liquide que l'on retira fut de même rougeâtre, et le microscope fit reconnaître de la manière la plus évidente que cette coloration était due à la présence de globules sanguins.

Après la ponction, on constata la présence du kyste dont nous avons déjà parlé, et qui n'avait subi aucune modification notable dans son volume et sa position; il occupait toujours la partie inférieure du ventre. Quand fut pratiquée la seconde ponction, la tumeur étant venue s'appliquer contre l'ouverture de la canule du trois-quarts, on fut obligé de la repousser pour permettre au liquide de s'écouler. Une troisième ponction fut faite le 7 juin, et une quatrième le 12 août 1843. Cette dernière fut pratiquée du côté de l'abdomen, opposé aux précédentes ouvertures. On retira ensuite deux seaux de liquide. Le kyste semblait avoir diminué de volume, et ne présenta plus guère que la grosseur d'une tête d'enfant. Après un séjour assez prolongé chez elle, la malade s'est enfin décidée à rentrer dans nos salles.

Au moment de son entrée, M. Barth, chargé du service par intérim, constata un épanchement dans le côté droit de la poitrine; matité, absence complète de bruit respiratoire. Il pensa que peut-être cet épanchement pleurétique remontait à l'époque éloignée à laquelle la malade avait ressenti des douleurs dans la poitrine. On ne constatait, du reste, ni souffle bronchique, ni égophonie, preuve certaine qu'il était très considérable. D'après les phénomènes indiqués, je pense aussi que l'épanchement pleurétique devait remonter à une époque éloignée.

Voici l'état que nous constatons aujourd'hui:

L'habitude extérieure n'offre pas d'altérations très grandes; l'amaigrissement n'est pas extrême. Cependant les membres inférieurs paraissent, au dire de la malade, avoir subi dans leur volume une diminution sensible. On remarque de l'œdème vers la partie inférieure des jambes, et vers la partie abdominale des cuisses dans les points les plus déclives. L'œdème n'occupe que ces deux portions des membres inférieurs. Dans le reste de leur étendue, on constate une maigreur excessive; même état de maigreur des membres supérieurs. Les veines superficielles de l'abdomen sont dilatées: cette disposition se rencontre très souvent chez les sujets dont les membres inférieurs sont œdématiés par suite de gêne dans la circulation veineuse. Il se forme une circulation nouvelle supplémentaire qui supplée à la circulation ordinaire et normale qui est arrêtée.

Ce n'est pas seulement dans les cas où la veine cave est comprimée, que cette dilatation supplémentaire a lieu; elle se remarque dans la plupart des cas, où des kystes ovariques portés à un point considérable de développement modifient la circulation veineuse des membres inférieurs en comprimant les gros vaisseaux. Une matité bien complète de tout un côté de la poitrine ne permet pas de douter qu'il n'y ait épanchement de liquide dans le thorax. Le côté droit est aplati, tandis que le côté gauche est bombé. La mensuration donne une différence de sept ou huit millimètres entre les deux moitiés de la cage thoracique, à l'avantage du côté gauche. La mensuration de la poitrine n'est pas toujours chose facile et concluante; la surface extérieure de la poitrine ne permet pas toujours d'apprécier sa capacité. Il peut y avoir retrait des côtes, c'est-à-dire rapprochement des côtes l'une de l'autre, et ce pourrait être là une cause d'erreur.

Pendant très long-temps, on s'est borné à cette mensuration de chaque côté de la poitrine, quant à la circonférence. Mais ce qui fait surtout perdre à la poitrine de sa capacité normale et habituelle, c'est que les parois antérieure et postérieure se rapprochent l'une de l'autre. La surface extérieure est restée la même; mais le diamètre antéro-postérieur a diminué. C'est donc surtout à la mensuration du diamètre antéro-postérieur que l'on doit s'attacher dans des cas du genre de celui-ci. Chez notre malade, il y a près de trois centimètres de différence entre les deux côtés, dans le sens de ce diamètre, au préjudice du côté gauche. Si nous avions eu cette femme sous les yeux depuis le commencement de sa maladie, il eût peut-être été possible de constater aujourd'hui une augmentation du côté sain de la poitrine, relativement à sa capacité primitive. Mais nous ne pouvons ici que constater l'état actuel.

Le caractère que nous vous indiquons ici est de la plus haute importance comme signe diagnostique, et j'ai fréquemment eu occasion de le signaler. Je fus appelé, il y a quelques années, pour une jeune fille qui était atteinte de tubercules pulmonaires. Par suite du ramollissement de ces tubercules, une perforation du poumon eut lieu, et survint un pneumothorax. Cependant, cet accident n'eut pas immédiatement de suites fâcheuses. L'air finit par être résorbé, et à cet état succéda un épanchement de liquide dans la cavité de la plèvre. Cette jeune fille vécut encore dix-huit mois. Chez cette femme, nous observâmes ce fait curieux, que, à mesure que le côté malade se rétrécissait et diminuait de capacité, le côté droit, qui seul restait sain, et par conséquent apte à la respiration, augmentait manifestement de volume. Il y eut augmentation dans l'ampleur du côté sain de la poitrine. Ce fait rentre dans la loi générale si connue, que lorsqu'un organe double manque, celui du côté opposé se développe anormalement pour suppléer en partie aux fonctions de celui qui manque. Si nous avions vu dès le commencement de sa maladie la femme qui fait le sujet de notre observation, peut-être aurions-nous pu constater aujourd'hui chez elle quelque chose d'analogue à ce que nous avons trouvé chez la jeune fille dont nous venons de vous parler.

La percussion du côté gauche fait constater partout une matité complète. A l'auscultation, on constate une absence complète du bruit respiratoire; mais on entend un ronchus grave assez fort, qui se passe probablement dans la trachée-artère.

Outre les deux affections dont nous venons de vous entretenir, notre malade présente au cou quelque chose de remarquable. Le corps thyroïde est le siége d'un gonflement très prononcé, principalement du côté droit, et la respiration s'accompagne, au niveau de ce goître, d'un ronchus ou râlement grave, déterminé par la pression de la tumeur sur le tube aérien, et par la présence de quelques mucosités visqueuses. Le corps thyroïde a donc augmenté notablement de volume. La tumeur qu'il forme rend la déglutition plus difficile; la malade avale assez bien les liquides; mais pour les solides, il n'en est pas de même, et elle a besoin de mâcher long-temps les aliments qui, nonobstant cela, causent une certaine douleur et éprouvent une certaine difficulté au passage.

Voilà donc une malade qui nous offre à considérer à la fois trois affections bien distinctes: au cou, dans la poitrine et dans l'abdomen. Il s'agit maintenant d'établir le diagnostic de chacune de ces affections, c'est ce que nous allons essayer de faire avec vous.

La tumeur du cou a son siége dans le corps thyroïde; elle ne peut l'avoir ailleurs, et, du reste, les tumeurs du corps thyroïde sont tellement fréquentes qu'il ne peut nous rester aucun doute à ce sujet. Mais le siége ainsi déterminé, quelle est la nature de la tumeur? à quelle lésion du corps thyroïde doit-on la rapporter? La glande thyroïde peut être, on le sait, le siége de lésions nombreuses et de nature bien diverses. Elle peut simplement offrir une hypertrophie plus ou moins considérable, sans altération très sensible de texture; ou bien il peut s'être développé dans son épaisseur un squirrhe; enfin elle peut, tout en s'hypertrophiant, avoir subi une transformation osseuse ou cartilagineuse.

La tumeur à laquelle nous avons affaire dans ce cas particulier présente une dureté considérable. Il y a, pour sûr, dégénérescence du tissu même de la glande. Cette dureté excessive exclut toute idée d'hypertrophie pure et simple de la glande thyroïde, et, eu égard à cette consistance exagérée, le mot *squirrhe* n'est-il pas celui qui vient le plus naturellement se présenter à la pensée? ou bien encore y aurait-il ici quelque chose de cartilagineux ou d'osseux? On pourrait, sans grande témérité, le croire. Mais dans tous les cas, répétons-le bien; ce n'est point une simple hyperthrophie, non plus qu'une affection simplement tuberculeuse.

Qu'existe-t-il du côté de la poitrine? L'épanchement a beau-

---

elles; et six de ces jeunes filles, dans l'espace de huit jours, avaient dû être conduites à l'hospice du Midi.

M. le commissaire de police ne négligea rien, dès lors, pour découvrir les auteurs de ces crimes hideux, et ses investigations furent dirigées avec tant de zèle et d'activité, qu'il parvint en peu de jours à se mettre sur les traces des coupables: il sut que douze jeunes gens avaient formé une association ayant pour but de satisfaire leurs passions brutales et de se livrer impunément aux désordres les plus effrénés et les plus criminels. A cet effet, ils avaient loué, rue de l'Oursine, une maison à laquelle ils avaient donné le nom de la *Tour de Nesle*; chacun d'eux avait pris le nom de l'un des personnages du drame qui porte ce titre, et la chambre où devaient être consommés tant de monstrueux attentats était appelée par eux *la chambre Orsini*. C'est dans cette chambre qu'étaient apportées les jeunes filles, sous l'influence d'un puissant narcotique; c'est de là que souillées, flétries, torturées, elles étaient transportées dans quelqu'une des rues voisines.

Grâce aux sages mesures prises par M. le commissaire, quelques jours lui suffirent pour opérer successivement l'arrestation des coupables, qui sont en ce moment, au nombre de douze, sous la main de la justice.

L'instruction de cette affaire est confiée à M. Bazire. »

Jean Raimond.

Programme des Prix de la Société de médecine de Bordeaux.

Nous rappellerons le texte de la question que la Société a posée l'année dernière pour 1844:

« Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pa-
» thologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des
» maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des dif-
» férences de nature plus fondamentales que celles de leurs formes.
» En déduire la thérapeutique la plus rationnelle. »

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 600 francs.

— Les progrès de l'industrie dans lesquels tous les peuples s'agitent aujourd'hui amènent, à n'en pas douter, de grandes perturbations. Ils ont une puissante influence sur la constitution physiologique des populations, comme sur les maladies qu'elles éprouvent. La médecine est seule compétente pour apprécier cette double influence. Il est temps qu'elle s'en occupe, car ses études et ses avertissements doivent tourner au profit de la morale et de l'hygiène publique.

La Société de médecine, dans l'intention de provoquer les esprits sérieux à cette œuvre si importante, propose la question suivante:

« Quelle influence l'industrie exerce-t-elle sur la santé des popula-
» tions dans les grands centres manufacturiers? »

Le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 500 francs, sera décerné en 1845.

— Quoique la science soit riche en travaux sur l'angine de poitrine, il reste néanmoins des doutes, des incertitudes sur la nature, le siége, le diagnostic et le traitement de cette maladie. Cependant la gravité des accidents, que l'on confond sous un même nom réveille trop souvent les vœux du médecin praticien. Il importe donc d'appeler de nouveau l'attention des observateurs sur ce sujet: dans ce but, la Société propose la question suivante, dont le laconisme dira aux concurrents tout ce qu'elle exige d'eux:

« De l'angine de poitrine. »

Le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 300 francs, sera décerné en 1844.

— Il existe quelquefois, dans les choses qui paraissent les plus simples, des difficultés que le travail, la science et le temps ne parviennent pas toujours à surmonter; telle est, par exemple, la préparation de la magnésie. Les Anglais nous surpassent sur ce point, et nous sommes leurs tributaires. La pharmacie aurait un assez grand intérêt à s'affranchir de ce tribut. C'est pourquoi la Société a pensé que la question suivante méritait d'être soumise aux investigations du laboratoire:

« Chercher un procédé pour obtenir la magnésie, blanche, légère et
» toujours très pure. Indiquer avec un soin scrupuleux tous les dé-
» tails de l'opération. »

La Société rétablit le prix tel qu'il a été fondé par M. Loze, membre honoraire. Il est de 300 francs, et sera décerné en 1844.

— Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin soit à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

— Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondants, et à récompenser leurs efforts.

— Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver par des expériences exactes son efficacité, aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfants de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques les plus complet, des vaccinations qu'ils ont pratiquées, et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

La Société verrait avec plaisir que ces tableaux fussent plus que de simples nomenclatures. Elle désirerait qu'ils offrissent, autant que faire se pourrait, des faits, des observations, qui serviraient à compléter nos connaissances sur la découverte de Jenner.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

— Les mémoires, écrits très lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemands, doivent être rendus, francs de port, chez M. BURGUET, secrétaire général de la Société, rue Fondaudége, 67, avant le 15 juin de l'année où chaque prix doit être décerné.

Les membres associés résidents de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense les auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 23 décembre 1843.

CHAUMET, président.
BURGUET, secrétaire général.

Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) a commencé aujourd'hui lundi à quatre heures.

M. Marjolin est président du concours, M. Lenoir est secrétaire.

M. Cloquet, juge, s'est retiré à cause de son degré de parenté avec un des candidats.

Les concurrents dont les noms suivent n'ont pas répondu à l'appel: MM. Dulay, Bouvier, Laborie, Loir, Rendu, Lacauchie.

Jeudi prochain, à une heure moins un quart, commencera l'épreuve de la question écrite.

coup diminué d'abondance. Le rétrécissement du côté malade fait voir de la manière la plus évidente que la quantité du liquide épanché est moindre, et qu'une grande partie en a été résorbée. La matité et l'absence complète du murmure vésiculaire prouvent que, dans le point dont nous parlons, le poumon n'est pas revenu dans son état normal. Peut-être, nous pouvons le supposer, le poumon serait-il entouré de fausses membranes épaisses. Peut-être y aurait-il atrophie du poumon déterminée par une pression trop-prolongée exercée par le liquide épanché dans la plèvre. Peut-être, enfin, y aurait-il entre les feuillets de la plèvre une couche de liquide non encore résorbé. Je dois vous avouer que je penche plutôt vers cette pensée qu'il existe entre les deux feuillets de la plèvre des fausses membranes épaisses, infiltrées de sérosité; ce qui semblerait de nature à me confirmer encore dans cette opinion, c'est l'existence d'une sorte de ronchus grave que l'on perçoit de temps en temps en appliquant l'oreille sur le thorax et qui dépendrait du tiraillement de ces fausses membranes pendant les mouvements respiratoires.

La présence de la tumeur qui existe au cou entraîne une circonstance particulière que j'avais omis de vous signaler, et qui mérite de fixer l'attention. Lorsque la malade est dans une position horizontale, et couchée la tête un peu basse, les douleurs sont beaucoup plus vives. Le même phénomène se présente chez elle ainsi que chez presque tous les sujets affectés de tumeur comprimant la trachée. La malade est obligée de se tenir assise dans son lit, et ne peut rester couchée sur le dos. Nous avons examiné les conditions anatomiques qui existent du côté du corps thyroïde; il nous reste à examiner l'état du ventre, et à déterminer la lésion dont il est le siége.

Nous sommes éclairés pour cette partie du diagnostic, et par les symptômes que nous sommes à même d'observer par nous-mêmes, et par la connaissance des antécédents de la malade. Nous avons des éléments presque suffisants pour nous prononcer sur la nature et le siége de la maladie. Quatre ponctions successives ont été faites et ont donné issue à un liquide sanguinolent. Nous devons croire qu'il existe un kyste ovarique. Il est très rare, quand il s'agit d'épanchement dans la cavité du péritoine, que les malades subissent plusieurs ponctions. C'est la raison pour laquelle on ne voit que peu d'hommes subir plusieurs fois cette opération. Chez les femmes, au contraire, il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquelles on a pratiqué la ponction un nombre de fois illimité; douze, quinze, dix-huit fois même. Cette différence tient à ce que l'homme n'a pas d'ovaires dans lesquels puisse se former un kyste. Ainsi, de ce que notre malade a subi plusieurs ponctions, de ce que son état général n'est pas sensiblement empiré depuis quelque temps, nous devons conclure, avec quelque apparence de raison, que le liquide est renfermé dans un kyste, et que ce kyste est formé aux dépens de l'ovaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er février 1844. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Tanchou, vice-président, occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Sorlin prend la parole à l'occasion de divers cas de vomissement, dont il est question dans le procès-verbal. On a prétendu, dit-il, que dans beaucoup de cas la diète prolongée avait déterminé des vomissements spasmodiques. On a expliqué comment on conçoit que la chose arrive; on suppose que l'estomac se contractant à vide, le sang afflue vers la muqueuse. Quoi qu'il en soit de ces explications, j'ai observé des cas de vomissement qui m'ont fort étonné; je puis citer entre autres une vieille femme de quatre-vingt-dix ans, qui depuis près de quarante ans vomit chaque jour après son dîner, ou une partie des aliments, ou plus ordinairement une certaine quantité de liquides glaireux. Dans la persuasion où on était d'abord que l'estomac était malade, on a essayé de tous les remèdes usités en pareille circonstance; mais il m'est démontré que c'est un mal dont elle ne peut et ne doit jamais guérir. La petite-fille de cette même femme vomit également depuis cinq ou six ans chaque jour, et, comme la grand'mère, des aliments ou des glaires. Elle a quarante-six ans, et a bu une grande quantité de vinaigre dans le but de perdre un embonpoint énorme. Faut-il attribuer ces accidents à l'action du vinaigre sur les parois de l'estomac, ou ne faut-il pas reconnaître plutôt une cause occulte et héréditaire?

J'ai vu des vomissements survenir également après le repas, chez deux jeunes gens dont la croissance était retardée mais dont l'intelligence était notablement développée: l'un des deux avait conservé la fraîcheur de son âge, le second avait pâli. Chez l'un et l'autre on avait inutilement employé les vésicatoires, les antispasmodiques, la poudre de calomel, la thériaque, et en général tous les remèdes qui réussissent quelquefois en pareille circonstance.

M. Perthus. A l'occasion des faits dont on vient de vous entretenir, je vous parlerai d'une malade que j'ai vue avec M. Fouquier. Cette femme, âgée de quarante-six ans et encore assez bien réglée, est prise la nuit, dans la quinzaine qui suit ou qui précède les règles, de crachements de sang. Après un sommeil assez calme elle se réveille la bouche pleine d'un sang noirâtre, et pense que ce liquide vient des parois de la bouche. Rien dans l'état de ces parties ne peut faire ajouter foi à cette version. Je pratiquai une saignée qui diminua le mal de tête et l'oppression, mais n'exerça aucune influence sur le crachement de sang: le pouls ne présente aucun mouvement fébrile. J'avais cru reconnaître une légère dilatation des bronches, mais M. Fouquier ne partagea point cette opinion et, attribuant cette maladie à une diminution des règles, il conseilla un régime sévère et l'excitation des plantes des pieds. Malgré l'emploi de ces moyens, il n'est survenu dans l'état de cette femme aucun changement notable.

M. Serrurier. L'application dans le dos d'un emplâtre arrosé d'huile de croton tiglium pourrait peut-être amener quelque bien, M. Ferrus en a retiré de bons effets dans des cas analogues où les excitants avaient échoué.

MM. Serrurier et *Tanchou* seraient d'avis qu'on donnât pendant un certain temps à la malade de la glace pilée et sucrée pour tout aliment.

M. Charles Masson s'étonne qu'on n'ait point essayé du sulfate de quinine, et *M. Perthus* répond, qu'en voyant l'espèce d'intermittence de cette affection, il avait songé à administrer ce médicament, mais que jusqu'à présent il n'avait point été donné.

M. Chalut pense que cette hémorrhagie n'offre pas grand danger. Chez une de ses malades, ses règles supprimées, sont remplacées par un crachement de sang rouge et écumeux, qui dure trois ou quatre jours.

M. Sterlin raconte qu'il a été appelé auprès d'un malade affecté depuis long-temps d'hémorrhoïdes fluentes, mais chez lequel il survenait quelquefois après la défécation de matières colorées et moulées des déperditions d'un demi ou d'un litre de sang pur, liquide ou en caillots. L'ayant examiné avec M. Amussat, on découvrit au-dessus du pourtour de l'anus une artériole située au fond d'une cavité, d'où s'échappait cette quantité énorme de sang. On cautérisa avec le caustique de Vienne, et depuis la perte de sang a disparu.

M. Guersant. Ce sont des tumeurs sanguines qui se développent dans les hémorrhoïdes. J'ai été consulté par un individu arrivant de Montargis: on avait bien reconnu un écoulement de sang; mais dans la pensée que c'était un effort salutaire de la nature qu'il fallait seconder, on l'avait saigné et il était tombé dans un état chlorotique déplorable. Lorsque je lui dis que je pratiquerais une ligature et le mettrais au vin de Bordeaux, il ne voulut pas me croire, et ne se rendit que plus tard, d'après l'avis de M. Marjolin, qui partagea ma manière de voir. Je partageai, effectivement sur la tumeur, saisie avec une airigne, une double ligature qui tomba sept ou huit jours après; je complétai la cure par du bon vin, du fer, une bonne alimentation, et le malade revint en parfaite santé.

M. Cheneau s'étonne de l'obstination que mettent certaines personnes à nier la possibilité de guérir la phthisie pulmonaire, lorsque tant de praticiens tant anciens que modernes ont admis cette possibilité, et entre autres Guersant père, qui rapporte sept exemples de cicatrisation pulmonaire.

Sans vouloir entrer dans l'histoire du traitement que j'ai cru convenable d'employer, ajoute-t-il, je citerai l'exemple d'une petite fille de six ans dont la mère était morte phthisique. Cette enfant expectorait chaque matin cent cinquante grammes d'un liquide purulent; on entendait le râle caverneux, le marasme était affreux; elle a guéri cependant; il m'est facile de la montrer aux confrères que la Société voudrait bien désigner à cet effet.

L'autre fille, âgée de neuf ans, était si malade, à Vincennes, que M. Guersant avait déclaré qu'elle n'avait pas huit jours à vivre, et cependant je l'ai rendue bien portante à son père, et si bien rétablie qu'elle est retournée à sa pension.

M. Duperthuis. Relativement à l'enfant dont on vient de parler, je dirai qu'à l'âge de dix mois je l'avais regardée comme phthisique, et en conséquence j'avais annoncé sa fin prochaine. Je m'étais trompé; un large vésicatoire placé sur la poitrine a amené un mieux inespéré, et l'a rendue à son père.

M. Chesneau. On peut guérir plusieurs fois de tubercules isolés.

M. Terrier rapporte qu'il a vu un malade traité par le docteur Aubrai, et guéri de la phthisie par 200 grammes d'iodure de potassium donnés chaque jour et durant trois mois. A l'auscultation, la matité et un gargouillement circonscrit ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence de la phthisie. On a d'ailleurs aidé à l'action du remède par un régime fortifiant.

M. Martin. Je puis vous faire voir une jeune fille de sept ou huit ans condamnée par plusieurs médecins. J'avais averti la mère qu'il n'y avait rien à faire, lorsqu'elle vint m'avertir qu'il était survenu un abcès sous le bras de sa fille. Effectivement, on sentait de la fluctuation. Mais hésitant d'y plonger la lancette, je le couvris de cataplasmes, et abandonnai l'ouverture à la nature. Elle se fit, et plus l'enfant respirait, plus le liquide s'échappait en abondance; je la fis tousser, et le pus sortit à flot; après deux mois l'enfant était rétabli. Trois mois plus tard les mêmes symptômes se reproduisirent, la matité, le gargouillement, on l'aurait jugée phthisique; mais les choses se passèrent ainsi que la première fois. Et aujourd'hui, quatre ans après, elle jouit d'une excellente santé.

M. Sorlin. On conçoit des espérances qui sont par fois cruellement déçues. Chez la fille d'une de nos célébrités comiques on avait reconnu les signes de la phthisie. Quatre cautères placés le long de la colonne vertébrale avaient ramené la fraîcheur et l'apparence de la santé; mais elle succomba plus tard à l'affection dont on l'avait crue guérie.

M. Tanchou fait observer qu'il est peu de praticiens qui n'aient rencontré dans la pratique des phthisiques guéris; mais qu'avant de vouloir décider si une affection de poitrine est ou non guérissable, il serait convenable de bien établir en quoi elle consiste. Il ajoute qu'il a fait appliquer avec succès des cautères sur la poitrine d'une dame condamnée par son médecin habituel, mais qu'il est, il faut le dire, obligé de continuer ces applications.

Il termine en rapportant l'histoire d'une jeune personne d'une beauté remarquable, et qu'on regardait comme phthisique. Un abcès volumineux se forma et s'ouvrit au côté, et même le pus sortait par la plaie et par la bouche; elle guérit cependant de cet abcès interlobulaire, et tout le trajet qu'aurait pu embrasser une anse de fil passant par la plaie et par la bouche se cicatrisa heureusement.

M. Léger. Il n'est aucun praticien qui n'ait obtenu quelques succès dans le traitement de la phthisie; mais s'il est un moyen infaillible, pourquoi notre confrère Cheneau, au lieu de rapporter vaguement les deux faits dont il nous a entretenus, ne nous enseigne-t-il pas par quels procédés il a réussi? ce serait plus profitable à la science et aux praticiens.

M. Sterlin. En effet, pourquoi M. Chesneau ne nous dit-il pas comment il a guéri? Ses remèdes sont-ils généraux ou particuliers?

M. Chesneau Je demande à m'expliquer sur ce sujet dans la séance prochaine.

Le secrétaire annuel, Charles MASSON.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Lorsque, dans votre estimable journal, j'ai soutenu le droit que devrait avoir l'Académie de choisir ses membres en dehors de la présentation des candidats faite par les sections, j'ai commis une erreur à l'égard de la section de médecine vétérinaire. J'ai dit que » trois voix » contre deux empêchèrent un candidat redoutable à ses rivaux d'être » porté sur la liste de présentation. »

Ma mémoire m'a mal servi; et des six candidats qui se présentèrent alors, aucun même ne fut écarté par la section.

Il est de mon devoir, Monsieur le rédacteur, de rectifier le fait inexact que j'ai avancé; et je le fais d'autant plus volontiers qu'il serait injuste de laisser peser sur une section qui ne l'a pas mérité, le reproche d'avoir abusé du pouvoir accordé par le règlement, et que je professe la plus haute estime pour les grands talents que renferme la section de médecine vétérinaire.

Agréez, etc., C. LONDE.

NOUVELLES.

Par arrêté du grand-duc de Hesse-Darmstadt, daté du 5 septembre dernier, il est enjoint aux circonciseurs juifs, 1° de passer un examen devant les médecins de district sur leur aptitude à cette opération; 2° de ne faire cette opération qu'en présence d'un médecin; les contrevenants à cet arrêté seront passible d'une amende pécuniaire.

— Le gouvernement de la Bavière vient de défendre la vente de *crayons colorés*, parce que l'examen chimique a démontré que les ingrédients employés à cette coloration était le vitriol vert, le vermillon et la céruse délayés dans la gomme laque, composés qui se dissolvent facilement à l'eau et peuvent ainsi causer des accidents chez les enfants qui prendraient ces crayons à la bouche.

— Le rôle que jouent jusqu'ici les médecins dans les affaires publiques et l'usage qu'ils font de leur influence, doivent nous encourager à désirer et à provoquer l'extension des droits politiques en faveur de notre profession. On a vu la part prise par MM. Bouillaud et Richond-des-Brus à la Chambre des députés, dans la discussion de la loi des patentes. Nous avons à signaler aujourd'hui un acte non moins honorable d'un de nos confrères, membre du conseil-général de la Seine, au sujet de la tombe de Bichat. C'est aux vives instances de M. le docteur Thierry que l'on devra la conservation des restes mortels de l'illustre auteur de l'*Anatomie générale*, et une concession gratuite et à perpétuité dans un des cimetières de la ville de Paris. Tout se prépare pour donner à la cérémonie de l'exhumation de Bichat l'éclat et la solennité dignes de cette grande renommée scientifique.

MM. les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que MM. les élèves en médecine, sont prévenus qu'une pétition qui les intéresse est déposée, pour recevoir leur signature, entre les mains de M. Chassaignac, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris. S'adresser à M. Chassaignac.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 34. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Des hémorrhoïdes; leur nature, leur traitement à l'état aigu ou à l'état chronique. Quand faut-il les extirper? Moyens de les faire diminuer ou disparaître sans opération. Dangers de l'extirpation. Moyen de prévenir l'hémorrhagie. Par H. DAMOISEAU, interne du service.

Au n° 15 de la salle Saint-Louis, est couché un malade atteint d'hémorrhoïdes. Cette maladie, vous le savez, est excessivement commune; je m'étonne qu'on ne s'en occupe pas davantage. Permettez-moi donc de saisir cette occasion pour vous entretenir des points les plus pratiques de son histoire.

Par quels tissus les tumeurs hémorrhoïdales sont-elles constituées? Question très importante au point de vue du pronostic et du traitement, et à laquelle les auteurs ont répondu d'une manière fort différente. Les uns ont prétendu qu'elles n'étaient autre chose qu'un développement variqueux des veines hémorrhoïdales; les autres, qu'elles étaient de nature érectile. Il en est qui n'y voient qu'une hypertrophie des tissus consécutive à la congestion sanguine; quelques-uns enfin les considèrent comme une fluxion sanguine semblable à celle qui s'établit sur l'utérus aux époques menstruelles.

Cette dernière opinion était celle de Montègre, qui avait consacré, pour ainsi dire, sa vie tout entière à l'étude des hémorrhoïdes, et auquel nous devons un très bon article sur ce sujet dans le grand Dictionnaire des sciences médicales. Examinons ces opinions diverses, et des conséquences importantes pour le pronostic et la thérapeutique résulteront de cette étude.

Presque jamais les tumeurs hémorrhoïdales ne sont exclusivement formées par des veines, mais très souvent elles sont entourées et pénétrées d'un grand nombre de veines volumineuses. On sait qu'après trente-cinq ans, le système veineux du rectum prend un développement extraordinaire. C'est un point d'anatomie bien remarquable, et qui a de bien grandes conséquences pour la pratique, que cette richesse du réseau vasculaire du rectum! La circulation du vagin n'offre rien de semblable, et certainement le nombre de ses vaisseaux n'est pas, à ceux du rectum, comme 1 est à 60. Voilà pourquoi les liquides sont absorbés si facilement dans le rectum, et pourquoi l'absorption est presque nulle dans le vagin. Tout le monde sait avec quelle rapidité un quart de lavement est absorbé dans le rectum. Nous avons laissé séjourner pendant deux heures une injection dans le vagin, la malade étant placée dans une position telle que l'eau ne pouvait s'écouler. Le liquide, dont le poids, avant son introduction, nous était connu, a été pesé après sa sortie, et nous n'avons pas trouvé de différence sensible à un centième près. Si donc l'on injecte des liquides narcotiques dans le vagin, il n'y a presque point d'absorption, et l'on n'obtient presque aucun effet. Dans le rectum, au contraire, leur absorption se fait avec la plus grande rapidité. Voilà pourquoi je conseille les injections dans le vagin, beaucoup plus dans le but de nettoyer ce canal que pour obtenir un effet émollient.

Ainsi donc, il peut y avoir des veines assez volumineuses dans l'épaisseur du tissu hémorrhoïdal: cela n'est pas douteux; mais le tissu hémorrhoïdal lui-même est autre chose que des veines variqueuses.

Le tissu hémorrhoïdal est-il de nature érectile? Nous ne le pensons pas non plus, et voici pourquoi: le tissu érectile, lorsqu'il siége ailleurs qu'à la partie inférieure du rectum, est-il susceptible, tous les un, deux ou trois mois, d'augmenter, en vingt-quatre heures, des deux tiers, des trois quarts ou des sept huitièmes de son volume? Non assurément; rien de pareil n'a été observé. Les tumeurs hémorrhoïdales sont donc autre chose que du tissu érectile. Mais, dira-t-on, vous ne prouvez pas que les tumeurs hémorrhoïdales ne soient pas formées par du tissu érectile; pourquoi, en effet, ce tissu ne serait-il pas susceptible de fluxion périodique? L'objection paraît sérieuse au premier abord. Nous y répondrons de la manière suivante: très fréquemment, sept, huit ou quinze jours se sont à peine écoulés que les tumeurs hémorrhoïdales ont disparu, et bien souvent on n'en trouve plus aucune trace. Qui a jamais vu le tissu érectile se comporter ainsi dans une autre région? Qui l'a vu jamais disparaître et reparaître de la sorte périodiquement tous les deux ou trois mois? Voit-on quelquefois les tumeurs érectiles disparaître spontanément, et pour toujours, comme cela s'observe quelquefois pour les tumeurs hémorrhoïdales? Il y a donc une différence de nature entre les tumeurs hémorrhoïdales et les tumeurs érectiles. Les tumeurs hémorrhoïdales sont constituées par une espèce de tissu fibreux parcouru par quelques vaisseaux seulement s'il n'y a pas congestion; quand la congestion existe, quelque violente qu'elle soit d'ailleurs, les vaisseaux ne sont jamais en aussi grand nombre que dans les tumeurs érectiles proprement dites.

Sur plusieurs mille cadavres chez lesquels nous avons fait l'extirpation de la partie inférieure du rectum, dans nos cours d'opérations, nous n'avons presque jamais trouvé dans cette région de tumeur véritablement érectile.

La nature non érectile des tumeurs hémorrhoïdales rend leur pronostic beaucoup moins grave, et éloigne de leur traitement les opérations ordinairement indispensables à la cure des tumeurs érectiles.

Quelle est la thérapeutique des hémorrhoïdes?

Il est des sujets qui présentent des tumeurs hémorrhoïdales fort peu développées mais chez lesquels la fluxion est très considérable et qui éprouvent des douleurs très violentes et des hémorrhagies qui les affaiblissent singulièrement.

En supposant que les hémorrhoïdes soient enflammées, ou plutôt congestionnées, car l'inflammation des hémorrhoïdes n'existe pas toujours, que faut-il faire? Ici se présente une distinction très importante: ou les accidents sont périodiques ou à peu près, ou ils sont permanents ou à peu près. Dans le premier cas on doit les laisser marcher s'ils ne présentent pas toutefois une trop grande intensité: on s'exposerait, en les arrêtant, à voir la congestion se faire sur les grands viscères. C'est chez les personnes prédisposées à l'apoplexie qu'on aurait surtout à redouter des accidents graves vers le cerveau, si l'on avait méconnu cette indication. Il faut donc respecter les hémorrhoïdes périodiques de l'homme à l'égal des règles de la femme. Si pourtant les douleurs devenues intolérables ou les hémorrhagies trop abondantes forçaient d'intervenir, faudrait-il, comme on le fait assez généralement, appliquer des sangsues à la marge de l'anus? On réussit quelquefois sans doute en agissant de la sorte à soulager le malade, mais le plus souvent on augmente considérablement la congestion. Ce qui réussit le mieux, en pareil cas, c'est une saignée de trois ou quatre palettes le premier jour; et si les malades ne sont pas faibles, les jours suivants une saignée dérivative de trois, quatre ou six onces, si le sujet n'est pas prédisposé à l'apoplexie, bien entendu.

Le malade à l'occasion duquel je suis entré dans ces développements portait à son entrée, un bourrelet hémorrhoïdal énorme à l'extérieur de l'anus; il a été soumis à ce traitement, les tumeurs sont rentrées en presque totalité et le tissu hémorrhoïdal est en grande partie dégorgé. C'est en semblable circonstance qu'il convient de prescrire des bains entiers, et si l'introduction de la canule dans le rectum n'est pas trop douloureuse des quarts de lavement presque froids avec addition de quelques gouttes de laudanum. On met du reste le malade à l'usage des boissons émollientes et à un régime adoucissant. Il faut éviter l'emploi des cataplasme, car ils exposeraient d'une manière presque certaine à augmenter la congestion des parties malades.

Lorsque les paquets hémorrhoïdaux sont sortis à l'extérieur, on doit songer à les faire rentrer; l'augmentation croissante du volume de ces parties pourrait amener leur étranglement par les sphincters et par suite leur gangrène, et de là des accidents funestes si le rectum était compromis dans une grande hauteur.

La réduction présente encore d'autres avantages; les tumeurs hémorrhoïdales, si douloureuses d'ordinaire, sont soustraites au contact de l'air et au grossissement des objets environnants, et de plus la circulation devenant plus facile la congestion qui est la source de tous les accidents est diminuée.

Comment doit-on procéder à la réduction? On a dit et on répète partout qu'il faut enduire ses doigts d'un corps gras. Ce précepte n'a certainement pas été donné par un praticien, car les tumeurs à réduire sont déjà trop glissantes et l'on est souvent obligé de les essuyer préalablement avec un linge sec. On se conformera d'ailleurs, pour opérer la réduction, aux préceptes généraux qui doivent diriger cette manœuvre, et ainsi les parties sorties les dernières seront réduites les premières, etc. Si le malade éprouve de violentes épreintes on distrait son attention, ou le brusque même au besoin pour suspendre ses efforts. La réduction étant faite on applique un bandage pour la maintenir. Au bout de quelques heures le malade éprouve ordinairement une amélioration très grande; assez fréquemment il survient du dévoiement, et une nouvelle issue des paquets hémorrhoïdaux peut en être la conséquence; on réduit de nouveau et l'on combat le dévoiement.

Venons maintenant au traitement des hémorrhoïdes à l'état chronique.

Elles ne font pas ou presque pas éprouver de douleur; la défécation les fait sortir et le malade les réduit lui-même; elles ne présentent ni ulcérations ni indurations inquiétantes. Dans

FEUILLETON.

DIXIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

De l'importance des éléments morbides en thérapeutique.

« Au lieu d'abstraire la nature, il vaut mieux » la disséquer. » (BACON, *Nov. org.*, aphor. 51.)

Nous prétendons, on le sait, pratiquer et professer la médecine *positive*, prétention banale, il est vrai, car il n'est pas un praticien, quels que soient le vide et l'excentricité de ses idées, qui n'ait la conscience d'avoir pour lui la raison et la vérité. C'est ce que nous objectait naguère un de nos spirituels amis de la presse, au sujet de notre définition: « La médecine positive, avions-nous dit, est la doctrine des sens et du bon sens. » A quoi notre critique a répondu: « Qu'on nous montre une médecine qui ait dit « qu'il fallait, pour l'exercer, être aveugle, sourd et fou! » (*Gazette des Hôpitaux*, 12 septembre 1843, *feuilleton.*) — Qu'est-ce que cela prouve? C'est que nous ne sommes pas juges dans notre propre cause; car, ainsi que l'a dit Zimmerman, « l'homme défend jusqu'à la mort ce qu'il croit avoir vu, sans se demander s'il était en état de voir. » (De l'Expérience, liv. II.) — Or, quelle que soit notre confiance en nos propres moyens, c'est au public savant qu'en définitive il appartient de nous refuser ou de nous accorder des sens et du bon sens; car la vérité ne peut être partout et, certes, tous les systèmes ne sont pas également positifs. On nous accordera, par exemple, que tel qui applique l'auscultation aux maladies de poitrine, est réellement plus positif que celui qui l'ignore ou la néglige; que tel qui s'arrête aux altérations appréciables des organes et des fonctions dans les maladies est plus positif que celui qui fait remonter ces altérations à des principes abstraits et purement imaginaires; que tel qui compte les faits est plus positif que celui qui s'en rapporte à de vagues souvenirs, etc.; le positivisme, j'en conviens, n'est point une doctrine, ce n'est qu'une application sévère des données de la science; tout ce que nous prétendons, c'est de faire rendre aux sens et au bon sens tout ce qu'ils peuvent produire. Au demeurant, comme l'a très bien supposé notre critique, nous tenons moins au mot qu'à la chose, et pour prouver que nous sommes positifs, nous userons de l'argument dont se servit Platon pour prouver le mouvement, nous marcherons.

La médecine positive est donc celle qui tient compte de tout ce qui découle de l'observation directe des phénomènes si multiples des maladies, soit à l'égard des altérations des parties solides ou liquides, soit au sujet des troubles fonctionnels, soit enfin en ce qui concerne les effets thérapeutiques des médicaments; c'est la négation des abstractions gratuites, *c'est ce qui est*. Et comme les différents termes de l'art sont bien loin d'être corrélatifs et de se supposer mutuellement, force nous est de renoncer souvent aux grandes systématisations qui depuis deux mille ans se sont efforcées de les relier entre eux; force nous est d'envisager à part chacun des anneaux réfractaires de cette vaste chaîne; force nous est de descendre des nobles hauteurs de la synthèse jusqu'aux vulgaires infimités de l'analyse, puisque là seulement gisent les vérités accessibles à nos propres yeux. « Les hommes, » dit Bacon, ont coutume d'envisager la nature de loin et comme du » sommet d'une tour élevée; ils se préoccupent trop de généralités, » tandis que s'ils consentaient à descendre aux particularités et à con- » sidérer les détails avec plus d'attention et de soin, ils y découvri- » raient certainement des choses plus vraies et plus utiles. » (*De augm. scient.*, lib. IV)

Et pourtant, l'analyse n'exclut pas le raisonnement ou la philosophie: *perpetuo jungendi fœdere*. L'union intime de ces deux éléments constitutifs d'une intelligence complète, fut cimentée par un de nos maîtres, Pinel, qui fit de l'*analyse* la base de sa nosographie *philosophique*. Or, comment agir entre ces deux nécessités! problème ineffable dont la solution tout individuelle gît uniquement dans la sagacité dévolue à chaque observateur, et dont la formule fixe est par conséquent introuvable. Voilà pourquoi notre science est indéfiniment prédestinée aux tourmentes révolutionnaires.

A quel criterium, en effet, reconnaître la vérité absolue? Un des plus illustres fondateurs de la science positive, Morgagni, n'a-t-il pas dit lui-même: « En médecine, il est parfois facile d'être trompé par les » choses mêmes qui paraissent les plus propres à faire éviter l'erreur! » (*De sed. et caus. morb.*, epist. XX, paragr. 30.) — Croyant trancher la difficulté, le sceptique Descartes avait dit: « Je réputais presque » pour faux tout ce qui n'était pas vraisemblable. » (Disc. de la Méthode.) — Mais si le vraisemblable peut nous tromper, l'invraisemblable n'est peut-être pas moins sujet à erreur; en effet, ce qui nous paraît invraisemblable, irrationnel, comme nous le disons, peut cependant être réel et avoir même des fondements rationnels dans la nature. Dans l'ordre de la nature, effectivement, ce que nous appelons exception est la conséquence de règles qui nous sont inconnues et, selon la sublime pensée de Bossuet, « ce qui est hasard à l'égard de » nos conseils incertains est un dessein concerté dans un conseil plus » haut. » (Disc. sur l'hist. univ.) — Telles sont les considérations qui doivent nous tenir en défiance contre nous-mêmes, et nous engager à scruter avec patience et pénétration les mystères de la nature. Tels sont les motifs qui proclament l'excellence de la médecine des sens; tels sont les titres indéclinables qui consacrent la nécessité de l'analyse.

Le positivisme et la médecine des sens ont de larges et profondes racines dans la science et dans l'histoire. Déjà, dans l'antiquité, Démocrite, Aristote, Epicure, Lucrèce, furent les représentants de cette philosophie qui considère la dynamique ou la manifestation des forces comme un attribut de la matière. Bacon, à la renaissance, avait dit: « Lorsque la véritable physique sera trouvée, la métaphysique cessera » d'être. » (*De aumg. scient.*) — Plus tard, Newton, le religieux Newton, aimait à croire qu'un jour viendrait où les phénomènes de l'organisation vivante seraient expliqués par les lois générales de la physique. Loke, Condillac, Cabanis, Fourcroy, Broussais et tant d'autres ont professé les mêmes idées, brillamment soutenues aujourd'hui par l'école des Magendie, des Dumas, des Liebig, etc. Quant aux autorités spécialement médicales, les produire serait récapituler tous les bons observateurs de tous les temps. Leurs idées peuvent être résu-

cet état de choses on extirpe en général, sans s'occuper des dangers que l'on fait courir au malade ; car on ne doit point l'oublier, l'extirpation des hémorrhoïdes est une opération d'une certaine gravité. Nous nous gardons d'opérer dans de pareilles circonstances, et, persuadé que la chirurgie quand elle guérit sans faire couler du sang en est mille fois plus brillante, nous nous efforçons de diminuer convenablement les tumeurs hémorrhoïdales, et nous évitons autant que possible l'emploi de l'instrument tranchant. Un régime doux, un exercice modéré, des saignées spoliatives ou dérivatives selon les circonstances, sont utiles pour améliorer l'état du malade. Quand ce traitement est insuffisant, on peut employer un moyen excellent, il consiste à diriger sur la marge de l'anus des douches en arrosoir d'eau à la température de 20 degrés ; au besoin on aurait recours à des douches d'eau de Barèges, ou enfin à une douche à jet unique dirigé dans l'intérieur du rectum. Nous guérissons souvent de cette manière, et dans presque tous les cas l'état des malades éprouve une amélioration très grande.

Nous n'avons pas toujours des douches à notre disposition, pour y suppléer, quand les paquets hémorrhoïdaux ne rentrent pas, nous touchons leur centre le plus rapidement possible avec le crayon de nitrate d'argent fondu dans le but de les exciter seulement et non de les cautériser. Les bourrelets rentrent ordinairement à la suite de cette excitation et ne sortent plus dans la plupart des cas.

Supposons maintenant que les tumeurs hémorrhoïdales présentent des ulcérations simples, je les cautérise avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure. Si les ulcérations sont de mauvaise nature, s'il existe des indurations, il faut alors opérer, et pour cela on saisit en général la tumeur avec la pince de Museux, et l'on en fait l'excision. Cette méthode, qui est généralement employée, peut être suivie d'hémorrhagies terribles et auxquelles le malade peut succomber entre les mains mêmes du chirurgien, comme j'en connais un exemple.

J'ai proposé et mis en usage une méthode opératoire qui met à l'abri de ces dangers ; la voici :

Je cerne le bourrelet hémorrhoïdal par deux incisions semi-lunaires qui se réunissent par leurs extrémités ; j'incise complètement ce bourrelet sur un point de sa circonférence ; je le maintiens à l'aide d'érignes fixées dans son épaisseur; au lieu de l'enlever en un ou quelques coups de ciseaux, comme on le conseille, je le détache en en coupant successivement de petites étendues. A mesure que les vaisseaux sont ouverts, ils ne peuvent plus remonter, puisque le rectum continue d'être soutenu. Il devient ainsi très facile de les lier ou de les tordre. Lorsque je suis presque arrivé au point de la circonférence du bourrelet hémorrhoïdal d'où je suis parti, je saisis avec le pouce et le doigt indicateur le reste du tissu que je dois réséquer, afin de m'assurer s'il ne renferme pas quelque artère qu'il serait aisé de découvrir pour s'en rendre maître ; je coupe d'ailleurs ensuite très lentement, par très petites parties, en achevant mon opération.

Cette opération est longue, douloureuse, et elle peut devenir funeste.

On doit redouter, après elle, le rétrécissement du rectum. Dans plusieurs cas, Dupuytren a été obligé d'en venir à une opération pour agrandir ce conduit, bien qu'il eût employé la mèche. Les premiers jours, on doit éviter de mettre la mèche ; mais sitôt que la possibilité de l'inflammation a disparu, on doit y recourir, en n'oubliant pas qu'elle doit être très grosse. Pendant trois semaines au moins, les malades doivent la porter constamment, et ensuite, pendant quelques mois, ils doivent introduire, tous les soirs, dans le rectum, une sonde de gomme élastique très volumineuse.

Nous n'avons traité ici que les sommités pratiques de la question des hémorrhoïdes ; le reste nous eût entraîné trop loin de nos malades, que nous ne voulons jamais perdre de vue dans notre enseignement clinique.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

RÉSUMÉ DU SERVICE DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1843.

(Suite du n° 32.)

Maladies saturnines.

Un même chapitre comprendra onze malades qui avaient contracté leur maladie en travaillant dans le plomb. Neuf étaient pris de coliques : huit hommes et une femme; deux autres se plaignaient de douleurs dans les membres, et avaient été atteints précédemment de colique saturnine.

Nous avons d'ailleurs peu à dire sur tous ces malades. Quelques-uns étaient étrangers aux professions qui travaillent le plomb ; mais beaucoup d'ouvriers sans travail acceptent provisoirement ce moyen de gagner à vivre, c'est-à-dire du pain au prix d'un empoisonnement. Des onze, trois sont compositeurs d'imprimerie; un quatrième est peintre ; la femme est polisseuse. Les six autres exercent d'habitude une profession étrangère au plomb ; ils sont serruriers, potiers d'étain, journaliers. Faute de mieux, ils ont par hasard été occupés au blanc de céruse. C'est dans cette catégorie des malades ayant accidentellement travaillé au plomb, que sont les deux individus atteints de douleurs dans les membres et guéris antérieurement de colique saturnine. L'un s'est de nouveau exposé à l'influence du plomb, l'autre s'en est abstenu.

Dans aucun cas l'affection n'a présenté de gravité, et cela résulte implicitement de ce que nous venons de dire touchant la manière dont elle avait été produite. Les compositeurs d'imprimerie ne sont pas exposés professionnellement comme les cérusiers, et ceux des malades qui avaient travaillé au blanc de céruse y avaient travaillé fort peu de temps. Tous aussi, à l'exception de deux, étaient malades pour la première fois.

Le traitement a donc obtenu un succès facile. Il a consisté en purgatifs et opiacés, combinés ensemble d'une façon qui n'a pas été constante. Le plus généralement l'opium était donné comme moyen principal, les purgatifs à titre de moyen accessoire. Les deux malades souffrant de douleurs dans les membres ont été traités aussi par l'opium, associé cette fois aux bains sulfureux. En tout cas, les onze malades ont été très bien guéris, et la durée du traitement n'a pas excédé vingt-cinq jours pour celui qui a séjourné le plus longuement à l'hôpital.

Jusqu'à présent ce travail a présenté une succession de chapitres, dans chacun desquels étaient groupées des maladies semblables. Ainsi à peu près tous les malades qui ont offert quelque intérêt, ont dû passer sous nos yeux dans ce résumé. Il en reste cependant un certain nombre, qui n'ont pu trouver encore place. Nous allons leur consacrer un paragraphe spécial : ici ces malades figureront l'un après l'autre, car généralement les observations sont uniques. Nous placerons ensuite dans ce même article quelques affections, dont les exemples ont été rares et sans intérêt.

Le premier fait, dans l'ordre d'importance, est celui d'une femme qui a succombé par un *étranglement interne*, lequel étranglement reconnaissait pour cause une bride anormale fixée sur la paroi postérieure de la vessie d'une part, et de l'autre sur la portion lombaire de la colonne vertébrale. Cette bride était péritonéale, et voisine d'une seconde de même nature; celle-ci n'avait point pincé, comme l'autre, une masse intestinale. Les symptômes ont fait admettre l'existence du choléra chez la malade qui fait le sujet de cette observation ; à l'autopsie seulement on a vu la cause véritable et méconnue de la mort. Il y avait des vomissements, mais ils n'étaient pas de nature spécifique ; constipation; douleurs, non dans le ventre, ainsi qu'il est d'usage dans une péritonite très intense, mais bien douleurs rapportées et concentrées à la région de l'estomac. Pas de tympanite, pas de ballonnement du ventre. Enfin il y avait des crampes qui ont paru caractéristiques aux personnes qui avaient vu des cholériques. Les recherches minutieuses faites à l'autopsie sur tous les organes, ont amené la découverte d'une anomalie assez rare ; cette femme avait un utérus double. Nous avons appris plus tard qu'elle était mère de six enfants, dont deux jumeaux. Je n'insisterai pas davantage là-dessus ; la pièce a d'ailleurs été présentée à la Société anatomique, et sa description publiée dans les bulletins de cette compagnie, qui, pour cette communication, m'a admis parmi ses membres.

Un jeune homme de dix-sept ans est mort du *carreau*. L'affection tuberculeuse du ventre coïncidait avec une affection de même nature dans le poumon. Toutefois celle-ci était très peu avancée, et les moyens pourtant bien rigoureux que nous possédons pour le diagnostic, n'avaient rien révélé chez le malade. Il offre en outre de l'intérêt par son âge, car rarement le carreau survient à une époque aussi avancée de la vie. Cet exemple est le second que j'observe depuis que je suis dans les hôpitaux ; l'autre a été recueilli chez un sujet de dix-huit ans, dans le service de M. Requin, à l'annexe de l'Hôtel-Dieu.

Je me contenterai d'une simple mention pour les malades suivants, dont il faut bien parler, car ils sont morts dans le service.

Une femme morte pour un ramollissement du cerveau déjà ancien, et portée à l'hôpital cinq jours avant sa mort.

Un homme atteint de cirrhose, mort vingt-neuf jours après son entrée, et chez lequel nous avons observé les caractères classiques de la maladie.

Trois individus, deux hommes et une femme, sont morts d'adynamie sénile. La vie a paru se retirer peu à peu, comme épuisée ; un dévoiement abondant a toujours précédé l'extinction finale, sans que rien, dans le tube digestif, ait pu ensuite en rendre compte au moment de l'autopsie. Deux de ces sujets n'avaient pourtant que cinquante-huit et soixante ans ; mais il ne faut pas mesurer la vieillesse au nombre des années. L'apparence en donnait bien davantage aux malades dont nous parlons ; et peut être aussi l'assertion qu'ils ont donnée ne doit-elle pas être prise en grand considération. Ceci est surtout vrai pour la femme. Le troisième malade était âgé de soixante-dix-neuf ans.

Une femme a succombé, après deux jours, aux suites d'une *métro-péritonite puerpérale* datant de quelques jours au moment de son entrée et contractée sans doute à la Maternité, où elle venait d'accoucher : elle n'avait, néanmoins, aucun symptôme lorsqu'elle en est sortie.

Une autre femme est morte de *péritonite tuberculeuse* très ancienne ; elle a passé seulement neuf jours dans les salles. La même affection (péritonite tuberculeuse) a enlevé un jeune homme, également tuberculeux par le poumon. La mort paraît avoir été causée plus directement par l'altération du péritoine ; cette membrane était en effet criblée de granulations tuberculeuses, tandis que le poumon était modérément atteint.

Venons à la seconde partie de ce chapitre ; quelques maladies observées un petit nombre de fois méritent d'être signalées, quoiqu'elles présentent peu matière à quelques réflexions.

Trois *ophthalmies* de nature grave ont été admises, faute de place dans le service chirurgical. Elles avaient atteint trois femmes, infirmières à l'hôpital des Enfants, et ayant contracté la maladie auprès des jeunes malades confiés à elles.

L'une des trois était en traitement au 1er janvier ; elle avait déjà perdu un œil, et le second était sauvé à grand'peine. Il est vrai que la malade est venue fort tard réclamer des soins : aussi le premier œil était déjà perdu irrévocablement, lorsque le traitement fut commencé pour le second.

Les deux autres cas ont été terminés plus heureusement, grâce à une médication énergique commencée en temps opportun. Saignée du bras, sangsues aux tempes, purgatifs, collyre au nitrate d'argent à haute dose. Tous ces moyens réunis ont pu conjurer la perte des yeux affectés.

Deux *hypochondriaques* sont entrés et ont séjourné longuement dans la salle des hommes. Dire les phases diverses de leur maladie, les points nombreux sur lesquels ils ont accusé des douleurs, serait chose longue et oiseuse. Je veux noter un seul fait, témoignage grave de l'influence de l'imagination sur les sensations des malades. L'un de ces hypochondriaques était Bavarois, et on l'avait d'abord soupçonné d'être nostal-

---

mées dans cet axiome formulé par Sauvages : « On ne doit admettre » en médecine que des principes aussi sûrs que les choses dont les » sens nous démontrent l'évidence. » (Nosol., t. Ier, p. 5.) — Tous pensent avec Zimmermann, que « c'est une absurdité manifeste que » de prétendre pouvoir administrer des médicaments pour faire rentrer » dans l'ordre une substance spirituelle sur laquelle ces médicaments » n'ont aucune action ; que rien d'utile ne sera jamais fait pour la » pratique, si l'on sort une fois du *mécanisme* de notre organisation. » (De l'Expér., liv. II.) — Tous, enfin, professent pour le mysticisme l'éloignement professé par Descartes : « Sitôt, dit-il, que je vois seulement le nom d'*arcanum* en quelque proposition, je commence à en avoir mauvaise opinion. » (Lettre au père Mersenne.)

Donc, encore une fois, la réalisation de cette médecine positive implique nécessairement l'analyse ou l'appréciation absolue et relative de chacun des éléments constitutifs des maladies. L'analyse n'est donc autre chose que la *doctrine des éléments*, que prétend avoir instituée l'Ecole de Montpellier, mais qui existe implicitement dans les œuvres des vrais observateurs de tous les temps et de tous les pays, ainsi que nous le verrons. Envisagés dans leur acception la plus large, la plus utile, les éléments morbides ne sont pas précisément ce que les a faits l'Ecole de Montpellier ; ce ne sont pas toujours, tant s'en faut, des affections essentielles, des maladies concrètes, simples ou combinées, comportant chacune leurs indications isolées, *indépendantes* de celles suscitées par l'élément conjoint. Ce morcellement absolu de l'unité morbide a été combattu, avec raison, comme destructif du rationalisme ou de l'induction physiologique, laquelle tend à remonter à la cause première et unique des troubles morbides, lorsque cette cause peut être assignée ; opération mentale dont le but est d'attaquer l'appareil morbide dans sa source commune, de l'étouffer, en quelque sorte, dans son germe. Mais aussi c'est pour avoir exagéré cette dernière tendance à la systématisation, à la simplification de l'idée de maladie, qu'on est tombé dans l'excès contraire, en substituant la localisation absolue à la doctrine des éléments : *In vitium ducit culpæ fuga*. En simplifiant à ce point la pathogénie, on a détourné l'attention des praticiens de certains phénomènes qui, bien que secondaires et accessoires le plus souvent, comportent néanmoins une importance propre, et réclament certains remèdes particuliers. Eh bien ! c'est à ce dernier point de vue que la doctrine de Montpellier, loin d'avoir exagéré l'analyse morbide, nous paraît susceptible d'une bien plus grande extension que celle qu'elle s'est donnée ; en tant, nous le répétons, qu'on ne perdra cependant pas de vue la subordination possible des phénomènes. Ainsi, cette doctrine n'admet comme éléments que des groupes symptomatiques ou au moins des symptômes capitaux s'élevant par eux-mêmes au rang de maladie ; tels sont les éléments ou états inflammatoire, saburral, bilieux, putride, et les éléments et symptômes, douleurs, spasme, adynamie, ataxie ; tandis que nous sentons, nous, au point de vue pratique, la nécessité de scinder encore ces états prétendus concrets, primitifs, absolus, et d'appeler la sollicitude du médecin sur des éléments ou symptômes moins importants encore, tels que la chaleur, le froid, la toux, la dyspnée, la fréquence du pouls, le vomissement, la constipation, la diarrhée, le météorisme, l'infiltration, la céphalalgie, le délire, etc., qui, simples fractions d'éléments pour l'Ecole de Montpellier, deviennent pour nous des éléments morbides réels, en tant qu'ils peuvent comporter des indications particulières qu'on doit cependant, autant que possible, mettre en harmonie avec l'indication capitale. Exemples : soit une méningite combattue par les antiphlogistiques, et dans laquelle, après la chute de la réaction, persistent le délire, les spasmes, la douleur ; vous administrez l'opium qui dissipe les éléments douleur, spasme, délire. Soit encore une bronchite chronique avec toux nocturne, insomnie, etc. ; vous donnez l'acétate de morphine qui enlève les éléments toux, insomnie, et la bronchite marche bientôt vers la résolution. Soit enfin un engorgement utérin avec ulcération du col, vous cautérisez l'ulcération et l'engorgement se résout, en même temps que la cicatrisation s'effectue. Ce n'est pas que les opiacés et le nitrate acide de mercure soient des antiphlogistiques directs ; mais en combattant directement certains éléments ou certaines conséquences de l'inflammation ; ils concourent puissamment à résoudre cette dernière. L'élément à combattre est souvent accessoire et en quelque sorte étranger à la maladie principale. Soit une entérite folliculeuse avec constipation, météorisme, etc., vous administrez de doux laxatifs qui, sans trop aviver la phlogose intestinale, enlèvent les matières qui, par leur séjour, tendaient à la perpétuer et à l'aggraver.

Ces exemples suffiront, j'espère, pour achever de faire comprendre ce que nous entendons par *éléments morbides* : sous ce nom nous comprenons « tout phénomène général ou local, primitif ou secondaire, » qui peut donner lieu à des indications spéciales, et réclamer des soins » particuliers de la part des praticiens. » Ceci n'est, à vrai dire, que la traduction des *états organiques* de quelques modernes, à cela près que notre définition comprend également les *états fonctionnel, dynamique*, etc., et qu'elle satisfait ainsi aux exigences trop exclusives des doctrines actuellement belligérantes. Ce système analytique est, nous le croyons, la plus haute expression des besoins et des réalités de la pratique; il résume cet éclectisme expérimental et rationnel dont on parle tant sans trop le comprendre ; car il prend en considération tout ce que l'observation et le raisonnement peuvent constater de phénomènes positifs, d'indications réelles.

A Dieu ne plaise qu'en posant ces principes, nous prétendions faire du nouveau ; bien au contraire : nous avons formellement déclaré que notre intention pure et simple est de soutenir les principes éternels de la science et de l'art, de les défendre contre les excentricités qui les menacent, de protéger la raison contre les envahissements du paradoxe. Il ne serait donc pas étonnant que quelques lecteurs n'y vissent que des choses banales et qui leur sont familières. Eh bien ! c'est précisément ce que nous voulons; car notre but, encore une fois, est un but de conservation. Il serait tout simple aussi que les adversaires de nos idées n'y vissent que des erreurs de principes, car il est clair qu'il existe antipathie radicale entre notre école et celle qui, par exemple, envisageant le fer comme un hyposthénisant, se voit forcée de faire de la chlorose une inflammation des vaisseaux ! Ce qui n'est pas une raison pour substituer l'injure à la dialectique.

Il me resterait, cher confrère, à signaler en quelques mots les écueils des principes établis ci-dessus, et à produire quelques-unes des autorités à l'ombre desquelles nous aimons à nous placer ; mais, bien que la forme épistolaire comporte certain abandon que réprouve le genre purement didactique, je craindrais de fatiguer vos lecteurs et de charger vos colonnes, que réclament des sujets plus intéressants. A la prochaine, donc, si vous le permettez.

Professeur FORGET

gique; l'erreur a été aisément et promptement reconnue. Ce malade se plaignait de souffrir très violemment, j'ai oublié dans quelle partie du corps, car il a successivement souffert partout. Dix centigrammes d'extrait gommeux d'opium avaient été inutilement donnés en deux pilules. La dose fut portée à 20 centigrammes en quatre pilules; cette fois les douleurs disparurent. Mais cette fois on avait donné simplement la mie de pain, tandis que les jours précédents l'opium avait été administré bien réellement.

J'ai appris que ce malade était mort deux mois plus tard, dans le service de M. Piedagnel, à l'hôpital Saint-Antoine; il m'a été impossible jusqu'à présent de vérifier ce fait, et de savoir à quelle maladie il avait succombé.

Seize *angines*, onze hommes et cinq femmes, ont été guéries durant les six mois que j'analyse; aucune d'elles n'était bien grave: à peine si quelques-unes entraînaient un peu de fièvre. Dans les cas les plus graves, une application de sangsues à la gorge en a fait justice; quelquefois il a suffi de pédiluves sinapisés avec ou sans lavements purgatifs. Des malades ont pu sortir après deux ou quatre jours, et ils n'ont pas excédé une moyenne de séjour de huit ou dix.

Sept *érysipèles* de la face ont été soumis à notre observation: trois hommes et quatre femmes. Nous n'avons noté pour aucun d'eux de signe grave; l'un des malades est même venu au moment où l'érysipèle était déjà presque guéri. Aussi la durée de la maladie n'a pas excédé de quatre à douze jours. Néanmoins, une femme a paru prise d'un peu de délire; le pouls était fort, et il a fallu recourir à une large saignée, après laquelle toute menace d'accident était dissipée. Quant aux autres malades, rien ne leur a été fait; un peu de diète: à cela près, assister sans rien faire à l'évolution naturelle de la maladie.

Sept individus étaient atteints de *chloro-anémie*: six femmes et un homme. L'emploi du fer a amené du soulagement, et ces malades ont quitté l'hôpital sans attendre une guérison complète, qui eût été certainement longue et difficile. Plusieurs des jeunes filles avaient vu reparaître leurs règles depuis long-temps supprimées, ou bien celles-ci avaient été plus abondantes que de coutume; mais cette amélioration, pour se soutenir, aurait nécessité un traitement plus prolongé. Malheureusement les chlorotiques s'y soumettent avec beaucoup d'impatience; elles veulent surtout être saignées, rapportant tous les symptômes dont elles souffrent à la non-apparition de leurs règles. Les médecins qui refusent, ainsi qu'ils le doivent, de satisfaire cette petite théorie que les malades se sont fabriquée, perdent vite leur confiance; elles ont hâte d'aller s'adresser à d'autres plus complaisants.

Trois *névralgies sciatiques* ont été traitées: deux hommes et une femme. Les deux hommes ont quitté l'hôpital après quelques jours, soulagés et non guéris. La femme, plus patiente, était délivrée de ses douleurs. Du reste, le traitement a consisté en bains, ventouses et vésicatoires sur le trajet du nerf affecté.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mars 1844. — Présidence de M. Caventou.

MM. Chassaignac, *Vidal* (de Cassis), *Malgaigne*, *Michon* et *Huguier* écrivent pour annoncer leur candidature à la place vacante.

— *M. Aubert-Roche* adresse le procès-verbal et les pièces d'une enquête ordonnée par la Société orientale, sur les chiffres et les faits qui forment la base des mémoires qu'il a présentés à l'Académie sur la réforme des quarantaines de la peste, et leur abolition en Autriche et en Angleterre. Cette enquête prouve que les chiffres et les faits avancés sont de la plus rigoureuse exactitude, et que l'on ne peut élever sur eux le moindre doute. Parmi les pièces, se trouve relaté un fait curieux; ce sont trois bâtiments partis le même jour d'Alexandrie (le 1er juin 1843): 1° le paquebot anglais; 2° le paquebot français; 3° un bâtiment à voiles. Par le paquebot anglais, les voyageurs sont arrivés le 13 juin en Angleterre, et, sans faire aucune quarantaine, ils ont été immédiatement débarqués; le 16 juin, ils étaient à Paris. Par le paquebot français, les voyageurs, rendus à Marseille le 12 juin, ont fait vingt jours de quarantaine, et sont arrivés à Paris le 5 août, vingt jours plus tard que par le paquebot anglais. Pour le bâtiment à voiles, après une traversée de trente jours, la quarantaine étant en outre de vingt jours, une personne à bord de ce navire n'aurait été à Paris que le 25 août, par conséquent vingt jours plus tard que par le paquebot français, et quarante jours plus tard que par le paquebot anglais. Ce fait est rapporté dans la lettre d'un haut employé de la santé publique, qui déplore vivement l'incurie et l'ignorance de l'administration sur les quarantaines.

M. Hamont demande qu'une commission soit nommée pour examiner ces pièces et en faire un rapport.

M. Pariset. M. Aubert ne demande pas des commissaires, et l'Académie ne peut prendre l'initiative à cet égard.

M. Hamont. La question est d'une si haute importance, que je ne comprends pas que l'Académie refuse de s'en occuper.

Cet incident n'a pas de suites.

— *M. Capuron* est appelé à la tribune pour lire un rapport; mais, sur l'observation de M. Gauthier de Claubry, que ce rapport n'est pas officiel, on reprend la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier.

M. Gerdy. Ceux qui ont pris part, jusqu'ici, à cette discussion, se sont fait plus ignorants et plus tranchants qu'ils ne le sont en réalité. D'un autre côté, en rejetant avec empressement les corps fibreux des mamelles admis par M. Cruveilhier, ils semblaient dire qu'ils ne croyaient pas à leur existence, et tous cependant ont convenu qu'ils admettaient, avec les chirurgiens de tous les temps, des tumeurs bénignes. D'un autre côté, ils ont vivement soutenu que l'opération était indispensable, ce qui laisserait croire qu'ils opèrent toujours. Mais il n'en est rien. Nos collègues ont été plus tranchants dans la discussion qu'ils ne le sont auprès des malades. J'estime qu'on a été beaucoup trop loin dans les opinions émises contre M. Cruveilhier. Notre collègue nous a présenté, relativement au diagnostic des tumeurs fibreuses, un ensemble de caractères propre à les faire reconnaître. Qu'a-t-on fait? On a pris chacun de ces caractères en particulier, et on a contesté qu'ils soient exclusifs à ces tumeurs. Mais ce n'est point ainsi qu'on doit procéder à la détermination des espèces: à ce compte, toute détermination serait impossible. C'est leur ensemble qu'il faut prendre. Sous ce point de vue, je ne crois pas que ce soit sérieusement qu'on ait dit que le diagnostic des tumeurs fibreuses était impossible. Le chirurgien qui trouve dans le sein une ou plusieurs tumeurs, petites ou grosses, dures, mobiles, élastiques, indolentes, sans adhérences à la peau et sans rétraction des mamelons, ce chirurgien, sur l'ensemble de tous ces caractères, peut affirmer que ce sont là des tumeurs fibreuses et non d'autres.

Ici M. Gerdy cherche à démontrer que, malgré leurs dénégations, tous les chirurgiens qui ont pris la parole croient à l'existence des tumeurs fibreuses; il cite leurs propres paroles. M. Roux distingue les tumeurs bénignes des autres. M. Bérard n'opère pas quand les malades ne souffrent pas. M. Lisfranc emploie la compression sur la moitié des cas, preuve que cette moitié n'est pas cancéreuse; ce chirurgien annonce de grands succès par ce moyen, je regrette qu'il ne les ait pas indiqués.

Ainsi, au sein même des adversaires de M. Cruveilhier, on admet le point capital de son mémoire, la distinction des tumeurs opérables et non opérables. Les anciens eux-mêmes avaient fait cette distinction. Qu'est-ce que leur distinction entre les tumeurs malignes et bénignes, si ce n'est la même idée reproduite par M. Cruveilhier?

Toujours opérer, me paraît s'éloigner des véritables principes de la chirurgie; c'est la partie facile de l'art. Diagnostiquer est plus difficile. Avec le bistouri on tranche le nœud gordien. L'opération, d'ailleurs, ne peut être faite dans toutes les périodes. Je ne crois pas qu'on doive opérer dans la période bénigne de ces tumeurs, mais bien à la période maligne. Celle-ci est rarement primitive. Le squirrhe, la mélanose, l'encéphaloïde même, ne sont pas plus le cancer que le phlegmon est un abcès. Après le phlegmon, le pus se forme en collection; après l'encéphaloïde, la douleur, l'ulcération se produisent, qui ne sont que la suite et la conséquence de la maladie primitive.

Donc, et cela résulte de ce que je viens de dire, il ne faut pas toujours opérer.

M. Dupuy commence par féliciter M. Cruveilhier d'avoir voulu désarmer un peu la chirurgie. Son mémoire est un service rendu à la pratique. Mais on ne s'est occupé jusqu'ici que de la forme, on a négligé le fond; c'est ce point de vue qu'il veut aborder.

Il nous est impossible de suivre l'orateur dans sa discussion incidentée et épisodique. Sans transition, il passe d'un sujet à un autre souvent fort éloigné de celui-ci et toujours de la question principale. Nous remarquons cependant le récit d'une expérience curieuse faite de concert avec Dupuytren. On voulait savoir si le cancer était contagieux. On nourrit pendant trente jours un chien avec de la matière cancéreuse; on le tua après: on trouva dans l'estomac trois tumeurs. Dupuytren croyait à leur nature cancéreuse; M. Dupuy les ouvrit, elles étaient remplies d'entozoaires.

M. Lisfranc. La question qui s'agite a déjà beaucoup occupé l'Académie, et elle le méritait par son importance. Je demande la permission d'en dire encore quelques mots, car je crois qu'on ne saurait assez lui donner de l'extension. — Dans le mémoire de M. Cruveilhier, tout est facile, anatomie, diagnostic, traitement. Je me suis élevé contre cette manière de voir, d'accord en cela avec presque tous mes collègues. Mais dans sa dernière réponse aux objections qui lui ont été présentées, l'assurance de M. Cruveilhier n'était plus aussi grande, car vous vous rappelez lui avoir entendu dire « qu'il n'avait pas la pré» tention d'avoir résolu toutes les difficultés de la question, mais de les avoir seulement indiquées. » Cet aveu, que j'accepte, fait honneur, du reste, à la loyauté de notre confrère.

Une des choses les plus difficiles de la chirurgie, tout le monde le sait, c'est le diagnostic des tumeurs en général. L'erreur sur ce point est facile, et permettez-moi d'en citer quelques exemples.

M. Lisfranc cite ici, en effet, plusieurs cas où les praticiens les plus consommés, et lui-même, ont été trompés sur la nature de tumeurs vicieuses.

Si, dit-il, toutes ces tumeurs sont si difficiles à diagnostiquer, comment voulez-vous qu'il en soit autrement pour les tumeurs fibreuses? Mais, me dira-t-on, celles-ci ont des caractères que les autres ne présentent pas, et dont la présence rend l'erreur plus difficile. Dans une précédente argumentation, j'ai dit ce qu'il fallait penser des caractères assignés aux tumeurs fibreuses. J'ai fait voir qu'il n'en était pas un seul qui leur fût propre, et que, séparés ou réunis, ils n'avaient pas la valeur qu'on leur attribue.

En répondant à M. Blandin, qui lui avait montré une tumeur cancéreuse où existait aussi du tissu fibreux, M. Cruveilhier a répondu qu'il admettait aussi l'existence du tissu fibreux dans la mamelle. Je prends acte de cet aveu. Or, si du tissu fibreux existe dans la mamelle, qui vous dit que le cancer y soit primitif, que ce ne soit pas ce tissu fibreux qui soit primitivement attaqué? Etes-vous sûr, parfaitement sûr que le tissu fibreux normal ne puisse être être le siége de dégénérescences? Pour le tissu fibreux accidentel, malgré l'opinion contraire de M. Cruveilhier, je crois à la possibilité de sa dégénérescence, et j'en ai vu plusieurs exemples, soit dans la matrice, soit dans les polypes du nez.

Un grand nombre de faits me défend aussi d'admettre cette autre opinion de M. Cruveilhier, que l'inflammation du corps de la mamelle fait contracter des adhérences avec la glande. Je ne peux voir là qu'un caractère fort équivoque pour différencier les tumeurs fibreuses des mastoïdites proprement dites.

J'ai dit que les ganglions lymphatiques développés dans la mamelle pourraient être confondus avec les tumeurs fibreuses. M. Cruveilhier a semblé révoquer en doute l'existence des ganglions lymphatiques. Mais qui ne sait que dans les cancers très malins on en voit un grand nombre, une sorte de chapelet qui s'étend depuis le sein jusqu'au creux axillaire, et quelquefois au delà?

J'ai dit que la moitié des tumeurs du sein guérissaient par la compression convenablement pratiquée. Un de nos collègues a paru tout à l'heure s'étonner de cette proposition, qu'il n'a pas reproduite d'ailleurs telle que je l'ai émise, en omettant cette restriction importante, pourvu que la compression soit exercée à une époque peu éloignée du début de ces tumeurs. Le même orateur aurait désiré, dit-il, que j'eusse fait connaître les moyens que j'emploie. Mais que dois-je répondre à cela, si ce n'est que depuis un grand nombre d'années ces moyens sont décrits et mis en pratique un grand nombre de fois tous les ans, et devant un grand nombre d'élèves, à l'hôpital de la Pitié, et qu'ils ont été indiqués avec les plus grands détails dans ma *Clinique chirurgicale!* Je persiste donc plus que jamais dans mon opinion, sur lequelle je suis tout prêt à donner des preuves complètes et à édifier mes collègues s'ils veulent prendre la peine de venir voir les faits à mon hôpital.

M. Cruveilhier a dit que le cancer enkysté était si rare, qu'il y avait peu de chances de commettre une erreur de diagnostic à cet endroit. J'admets la rareté de ce cancer; mais il n'en est pas moins vrai que ma proposition subsiste et que la distinction avec les tumeurs fibreuses est impossible.

Quant à l'argument tiré de la marche, de la durée, de l'absence de douleur, de la mobilité des tumeurs fibreuses, je crois qu'on a largement tort d'invoquer ces caractères, qui peuvent tous se rencontrer dans le cancer.

M. Lisfranc revient ici sur la question de savoir si le cancer est toujours primitif ou consécutif. Nous croyons comprendre qu'il se prononce pour une opinion mixte. Les cancers de l'utérus presque toujours, dit-il, sont consécutifs à des engorgements, à des ulcérations simples, qui, bien traités, empêcheraient la dégénérescence cancéreuse. Il y a quelques années, les cancers de l'utérus étaient extraordinairement fréquents. Tous les mois j'en voyais, à ma consultation, cinquante ou soixante. Aujourd'hui, et quoique le nombre des malades soit plus considérable, j'en vois fort peu, quatre, cinq au plus. A quoi cela tient-il? Aux méthodes thérapeutiques généralement employées aujourd'hui contre les engorgements et les ulcérations simples; méthodes qui préviennent les dégénérescences. Tous les jours je vois des faits semblables, et sur des femmes évidemment en proie à des influences héréditaires.

— *M. Amussat* présente une tumeur cancéreuse du sein qu'il a enlevée, et qui offrait tous les caractères diagnostiques attribués par M. Cruveilhier aux tumeurs fibreuses. Cependant l'examen anatomique ne laisse aucun doute sur la nature évidemment cancéreuse de cette tumeur.

La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 mars 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Le Roy-d'Etiolles lit un mémoire sur l'évacuation artificielle des débris des calculs urinaires et sur leur pulvérisation.

Deux opinions sont en présence sur ce sujet; celle d'un chirurgien qui restreint aux cas de paralysie de vessie l'emploi des évacuateurs, et celle de M. Heurteloup, qui fait de l'évacuation artificielle une méthode générale de traitement. La vérité paraît entre ces deux extrêmes. Il y a des calculeux dont la vessie expulse l'urine et retient les débris de pierre, ou s'ils sortent ce n'est qu'avec beaucoup de lenteur, ce qui oblige à multiplier les séances. D'autres, au contraire, ont, comme les enfants, le col de la vessie disposé en *infundibulum*, en sorte que des fragments volumineux s'y engagent et s'accumulent dans la partie membraneuse de l'urètre trop étroite pour leur donner passage. Telle est la cause souvent méconnue des besoins fréquents d'uriner, du ténesme vésical, de la fièvre, et autres symptômes qui suivent les opérations du broiement. Si pour combattre ces accidents on a recours aux antiphlogistiques, on n'en obtient que peu d'effets. Le temps lui-même, le repos, n'amènent pas de sédation, car la cause est incessante. L'extraction de ces fragments ou leur répulsion dans la vessie, peuvent seuls mettre un terme à ces phénomènes morbides. Souvent ces débris de pierre poussés énergiquement par une vessie hypertrophiée, s'enclavent avec force, et l'on éprouve de grandes difficultés pour les faire rentrer.

M. Le Roy-d'Etiolles entre dans de grands détails relatifs aux manœuvres, aux instruments employés; détails qui ne pourraient être suivis avec fruit sans le secours de la vue des instruments et des dessins.

Le même médecin lit une note intitulée: Nouveaux documents pour servir à éclairer la question de la diathèse cancéreuse et de l'utilité des opérations chirurgicales dans le traitement de cette maladie. En voici les conclusions: 1° L'extirpation n'arrête pas la marche du cancer; 2° l'extirpation ne doit être employée comme méthode générale que pour les cancers de la peau et des lèvres; 3° il n'y a nécessité d'extirper le cancer des autres organes que dans le cas où des hémorrhagies produites par des ulcérations compromettent la vie des malades.

— Le docteur *Bardeleben*, de Berlin, adresse une note sur des extirpations de la rate et du corps thyroïde. Voici les conclusions des expériences de l'auteur:

1° Les animaux dératés se portent très bien, et sans qu'il y ait une différence sensible entre eux et les animaux qui n'ont pas subi cette opération. C'est ce qui est prouvé déjà depuis long-temps par beaucoup d'expériences. On a pratiqué l'extirpation de la rate presque toujours sur des chiens. J'ai soumis à cette opération des chiens, des chats, des lapins, des cochons d'Inde. Tous les lapins que j'ai opérés sont morts de péritonite; ce qui résulte de la situation profonde de la rate chez ces animaux. Deux chats dératés à l'âge de deux semaines et trois cochons d'Inde, ont supporté cette opération sans que leur santé en fut aucunement altérée. Quant à la voracité qu'on a prétendu être la suite de l'extirpation de la rate, je ne l'ai jamais remarquée. Je n'ai jamais vu aucune trace de régénération de la rate, que M. Méyer, de Bonn, prétend avoir observée.

2° Les animaux privés de corps thyroïde (chiens et lapins) ne diffèrent aucunement des autres; seulement, l'un des lapins que j'ai opérés au Jardin-du-Roi présentait une augmentation considérable du désir vénérien, phénomène qui me semble d'autant plus digne d'attention, qu'un médecin français a avancé, il n'y a pas long-temps, que ce désir même s'efface tout à fait après l'extirpation du corps thyroïde.

3° L'animal privé de la rate et du corps thyroïde se porte néanmoins très bien, et il est impossible de trouver en lui aucun changement dans une fonction quelconque. Seulement, l'une et l'autre de ces opérations étant très grave, on réussira d'autant moins souvent à voir survivre le même animal à toutes les deux, que l'absence de l'un de ces organes semble déjà produire une disposition particulière aux épanchements aigus. Parmi les animaux que j'ai soumis à ces deux opérations, il n'y a qu'un seul chien qui ait supporté la seconde. Ce chien, dont la rate fut extirpée le 10 juillet 1841, a subi l'extirpation du corps thyroïde (ou plutôt des corps thyroïdes). Quatre semaines après cette première opération, et sauf une inflammation du tissu cellulaire du cou en suite de l'opération même, il n'a présenté aucun symptôme morbide, et jusqu'à ce jour même il se trouve si parfaitement bien, qu'il est impossible de découvrir une différence entre lui et les autres chiens de sa race.

4° Quelques physiologistes ont avancé qu'après l'extirpation de la rate le désir vénérien augmente, mais que ces animaux sont impuissants. Je n'ai pas observé que ledit désir ait augmenté chez mes animaux dératés, et, quant à l'impuissance, je pourrai présenter dans deux semaines les petits qu'une chienne va mettre bas après n'avoir été couverte que par mon chien dératé seul. D'autres ont dit que le désir vénérien s'efface tout à fait dans les animaux privés du corps thyroïde. Mon chien prouve très bien que ce n'est pas le cas.

— *M. Aubert-Roche* prie l'Académie de décider si elle fera ou non un rapport sur les documents qu'il a envoyés relativement aux quarantaines.

— *M. le docteur Sucquet* adresse un mémoire sur l'assainissement des amphithéâtres de dissection des écoles de médecine et des écoles vétérinaires; sur l'assainissement de la Morgue de Paris et des établissements analogues; sur la conservation des pièces d'anatomie normale et pathologique, des objets d'histoire naturelle; et enfin, sur un nouveau procédé d'embaumement au moyen du chlorure de zinc neutre injecté dans les artères.

— L'Académie procède à la nomination d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement d'Astley Cooper. La section avait proposé les noms suivants: 1° MM. Brodie, à Londres; 2° Mott (Valentine), à New York; 3° Dieffenbach, à Berlin; 4° Chelius, à Heidelberg; 5° Stromeyer, à Munich; 6° Ribert, à Turin.

Au premier tour de scrutin, M. Brodie obtient 39 suffrages, et est proclamé membre correspondant.

— L'Académie procède ensuite à la nomination d'un membre à la place de correspondant, vacante par suite du décès de M. Jacobson.

M. Ch. Bonaparte, prince de Canino, à Rome, obtient la majorité des suffrages.

— L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de la commission pour le prix de physiologie. Les commissaires nommés sont MM. Flourens, Magendie, Serres, Duméril et Blainville.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

REVUE MÉDICALE. Février 1844.

De l'infection, considérée comme principe de la contagion de plusieurs maladies; par M. AUDOUARD.

Il résulte de ce travail que plusieurs maladies contagieuses tirent leur origine de l'infection, et que l'infection est d'autant plus propre à engendrer la contagion qu'elle est, par sa nature, plus en rapport avec la nature même des individus. Deux grandes preuves en ont été données : l'une par l'infection des bâtiments négriers qui, née de l'homme noir, devient une maladie, la fièvre jaune, transmissible à l'homme blanc; l'autre, par l'infection des hôpitaux qui se convertit également en une maladie, le typhus, qui, né de l'homme, se transmet aux individus de la même espèce. Dans ces circonstances le corps humain élabore les éléments morbifiques qui, par cette élaboration, se convertissent en un être morbifique ou germe susceptible de passer et de se développer dans un individu de la nature de celui qui lui a donné naissance. C'est ce que l'auteur appelle aptitude à engendrer, à recevoir et à transmettre les virus, et voilà aussi comment l'infection est le principe de la contagion de plusieurs maladies.

Si l'on se persuade bien cette vérité, on sentira toute l'importance qui y est attachée, puisqu'on aura un guide plus sur dans l'étude des grandes épidémies et dans l'application des règles de l'hygiène publique. De là une réforme à prendre, et, sans partager l'opinion des hommes qui veulent que l'on supprime les barrières que l'on oppose jusqu'à ce jour à quelques maladies réputées contagieuses, néanmoins l'auteur dira aujourd'hui, comme il l'écrivait en 1822, dans la *Relation sur la fièvre jaune de Barcelone*, « que l'on raisonnera un jour sur les lois sanitaires qui nous régissent comme nous raisonnons nous-mêmes sur ce qui atteste à nos yeux l'ignorance des siècles passés. » Ces lois, dictées par la terreur qu'inspira l'épidémie de Barcelone, doivent être modifiées.

De la pneumonie des vieillards, étudiée principalement sous le rapport des différences qui existent entre elle et celle des adultes; par E. MOUTARD-MARTIN, interne-lauréat des hôpitaux.

Nous extrairons de ce mémoire ce qui est relatif au diagnostic et au traitement.

Le diagnostic de la pneumonie n'est pas toujours aussi facile chez le vieillard que chez l'adulte, et si dans certains cas il est très simple, dans d'autres cas il présente une difficulté véritable. Souvent un individu affecté de bronchite chronique voit sa bronchite revenir à l'état aigu, la toux est augmentée, il y a de la fièvre; puis plus tard, l'inflammation, en prenant de l'intensité, se communique au tissu pulmonaire. Alors fréquemment la pneumonie est très difficile à diagnostiquer : d'abord parce que les symptômes généraux peuvent appartenir à une bronchite intense aussi bien qu'à une pneumonie; ensuite parce que si l'inflammation pulmonaire n'est pas très étendue, ou si elle est profonde, les râles de la bronchite masquent les signes stéthoscopiques de la pneumonie. Aussi, dans ces cas, faut-il ausculter et percuter avec infiniment de précautions. Dans certains cas où les signes stéthoscopiques de la pneumonie sont complétement masqués par les râles de la bronchite, l'expuition suffit pour préciser le diagnostic.

Dans un grand nombre de cas, la pneumonie débute par des symptômes cérébraux, la langue se dessèche, elle devient noire; alors, quelle que soit l'intensité des symptômes du côté du cerveau, il ne faut pas négliger d'ausculter la poitrine, car souvent ces symptômes cérébraux ne sont sympathiques de l'inflammation pulmonaire, et, en effet, dans le plus grand nombre des cas, on finit par découvrir une pneumonie.

Pour distinguer la pneumonie de la pleurésie, l'auscultation de la voix et la percussion, en faisant changer les malades de position, pourront mener à un diagnostic certain. Pour l'auscultation de la voix, dans certains cas la voix chevrotante des vieillards prend un peu des caractères de l'égophonie; ce qui apporte quelques difficultés dans le diagnostic. Si l'égophonie est bien franche, il ne pourra pas y avoir de doute; mais si elle ne l'est pas, il faudra avoir recours à la percussion dans les différentes positions du malade; alors si on voit la matité changer de place, on pourra conclure à l'existence d'une pleurésie.

Ces déformations du thorax chez les vieillards apportent de grands troubles dans l'auscultation et la percussion. De ce que l'on aura trouvé d'un côté de la poitrine moins de son que du côté opposé, et la respiration plus faible, il ne faudra pas conclure qu'il existe une pneumonie, et même on ne sera pas autorisé à dire qu'il y a pneumonie, parce que chez un individu contrefait on aura trouvé du souffle d'un côté. Il faudra donc toujours être en garde contre ces chances d'erreurs toutes les fois que l'on aura à examiner un individu dont la poitrine sera mal conformée et la colonne vertébrale déviée.

Les médications, dans le traitement de la pneumonie, devront être tirées de l'état local de l'appareil respiratoire, de l'état du pouls, de l'état des voies digestives. Dans certaines pneumonies franches, où les râles sont secs, quoique à un degré moindre que chez l'adulte, où il existe du souffle mêlé ou non de râle crépitant, et dans lesquelles le pouls est fort, plein, résistant, où la face est plus ou moins congestionnée, où il n'y a pas de complications digestives, il ne faut pas hésiter à saigner, quel que soit l'âge du malade, et il faut répéter les émissions sanguines tant que l'état du pouls le permettra. Toutefois, il faut user de cet agent avec prudence, et il faut être toujours guidé par l'état du pouls. Tant qu'il conservera sa force et sa plénitude on pourra saigner sans crainte, mais on devra cesser aussitôt qu'il perdra de sa force. M. Prus attache une grande importance aux deux circonstances suivantes :

1° Quelquefois on trouve, dès le début d'une pneumonie, le pouls faible, embarrassé; si on ausculte le cœur, dans beaucoup de cas, on y trouve des battements énergiques, une impulsion violente, et ce fait seul indique que si le pouls est faible, c'est plutôt par gêne dans la circulation que par faiblesse véritable; dans ce cas il ne faut pas hésiter à ouvrir la veine. Il arrive fréquemment qu'après la saignée, le pouls se relève et permet d'en pratiquer de nouvelles.

2° Souvent l'état général, et celui du pouls en particulier, contre-indiquent une émission sanguine le matin; tandis que le soir, au moment de la réaction, qui, chez les vieillards, est souvent plus marquée que chez les adultes, on pourra faire une saignée qui, le matin, n'aurait pas pu être supportée.

L'auteur, d'accord avec M. Prus dont il reproduit les opinions, conseille, concurremment avec les émissions sanguines, l'emploi de l'émétique à haute dose, qui doit être subordonné à l'état des voies digestives.

Dans les cas de pneumonies compliquées d'état saburral, les vomitifs à dose ordinaire sont un moyen précieux et indispensable.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Substitution du vésicatoire à la ponction pour l'ouverture des abcès par congestion; par M. le docteur MARTIN, de Bruxelles.

M. Martin propose, dans le cas d'abcès par congestion, l'application du vésicatoire sur la tumeur purulente conjointement avec la compression, comme un mode de traitement local qui, tout en s'opposant d'une manière certaine à l'entrée de l'air, permet la sortie du pus du foyer de l'abcès.

Le procédé qu'il suit consiste simplement à appliquer et à entretenir un vésicatoire dépassant la circonférence de la tumeur, à le renouveler plusieurs fois si la suppuration n'est pas assez abondante; et, quelque temps après, quand l'abcès a diminué de volume, à le comprimer par les moyens les plus appropriés à la région où en est le siége.

Dans ce cas, dit-il, le vésicatoire agit d'une manière merveilleuse; la phlyctène à laquelle il donne lieu est remplie d'un liquide séro-purulent, et la peau, doublement amincie par la distension qu'elle a subie et par la perte de son épiderme, laisse filtrer le pus; l'abcès s'affaisse, et ses parois, dans lesquelles le vésicatoire uni à une compression méthodique, ont déterminé une inflammation adhésive, se recollent de la circonférence au centre.

Cette méthode simple, facile pour le chirurgien comme pour le malade, qu'elle n'effraie pas, a de plus l'avantage de n'exclure aucune de celles qui ont été proposées antérieurement, et auxquelles, en cas de besoin, on peut toujours revenir plus tard comme dernier moyen.

A l'appui de cette proposition, l'auteur rapporte une observation dans laquelle il a mis cette nouvelle pratique en usage avec un succès complet. (*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Emploi de l'extrait acétique de cantharides pour produire la vésication.

On emploie depuis assez long-temps, en France, pour produire la vésication, une préparation de cantharidine que l'on obtient en traitant les cantharides par l'éther sulfurique. C'est une matière huileuse qui est, en effet, d'un usage à la fois très commode et très avantageux lorsqu'elle est récente; mais, quand on la conserve, la cantharidine s'en sépare peu à peu à l'état cristallin, et la propriété vésicante finit par disparaître.

On se sert avec bien plus d'avantage de la préparation suivante, dont la formule a été publiée par les journaux allemands il y a déjà quelques années :

Pr. Cantharides en poudre grossière,	4 grammes.	
Acide acétique de bois concentré,	1	id.
Alcool à 85 degrés centésimaux,	16	id.

Faire digérer au bain-marie, à une température de quarante à cinquante degrés; passer avec expression, filtrer, distiller et évaporer à une douce chaleur.

Le produit est d'une consistance butyreuse. Il suffit d'en graisser un peu de papier que l'on applique ensuite sur la peau, pour obtenir, en très peu de temps, le développement d'une phlyctène.

Ce qui donne surtout à cette préparation un avantage marqué sur l'huile éthérée de cantharides usitée en France, c'est que sa consistance, et particulièrement la présence de l'acide acétique, mettent un obstacle à la précipitation de la cantharidine, et lui assurent ainsi la perpétuité de son action vésicante rapide. (*Journ. de Pharm. du Midi.*)

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Dans l'intérêt de l'un de mes confrères, je vous prie de vouloir bien insérer dans votre journal la lettre suivante, que j'ai l'honneur de vous adresser :

« Je déclare que c'est par une erreur involontaire que j'ai dit dans ma brochure ayant pour titre : *Réponse au docteur Becquerel, ou Réfutation de son Traité du bégaiement*, qu'à la date du 30 octobre 1843, M. le docteur Bernadet était encore l'associé du sieur Jourdant; toutes relations entre eux ayant cessé plus d'un mois avant cette époque. Je fais cette rectification d'autant plus volontiers, que j'ai aujourd'hui acquis la certitude que la lettre de M. Malebouche que j'ai rapportée et qui contient cette allégation, n'était pas parvenue à M. Bernadet, ainsi que le croyait M. Malebouche. Je déclare aussi que rien ne saurait me faire douter de la bonne foi de ce confrère dans l'appui qu'il a pu prêter dans le temps au dit sieur Jourdant.

» Agréez, etc. » COLOMBAT (de l'Isère). »

NOUVELLES.

Parmi les départements qui ont compris toute l'utilité de l'institution des médecins cantonnaux, on doit citer le département de la Haute-Saône, où depuis quatre ans cette institution a été organisée sur les bases les plus larges. Le conseil-général du département et les municipalités rivalisent de zèle et votent tous les ans des sommes suffisantes à l'entretien de ce service dont l'hygiène publique et les populations pauvres retirent les plus grands avantages. Il est bien à désirer que tous les départements sentent l'immense utilité de cette institution, et qu'on comprenne enfin que le médecin doit être placé, dans les besoins du peuple, au même rang que le prêtre et l'instituteur primaire. Le temps viendra sans doute où la profession médicale sera une profession officielle et publique offrant à la société toutes les garanties qu'on exige des notaires, par exemple, et jouissant aussi des mêmes priviléges.

— Le cercle médico-chimique et pharmaceutique de Liége avait mis au concours, pour l'année 1844, le sujet suivant : — « Indiquer et discuter les améliorations que réclame la législation pharmaceutique belge. »

Quatre mémoires lui ont été adressés en réponse à cette question.

Le cercle a jugé si remarquable et si complet le mémoire qui portait cette devise : « *Amicus Plato, amicus Aristoteles, magis amica veritas* », que, sur la proposition conforme de la commission choisie dans son sein, il a décidé, à l'unanimité, dans sa séance du 2 de ce mois, qu'afin d'en récompenser dignement l'auteur, il portait à 300 fr. la valeur de la médaille d'or de 100 fr. promise en ouvrant le concours.

L'ouverture du billet cacheté et annexé à ce mémoire a fait connaître que son auteur est M. le chevalier Alphonse de Le Bidart de Thumaide, docteur en droit, premier substitut du procureur du roi près le tribunal de première instance séant à Liége, président du conseil de salubrité publique de la province de Liége, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

Depuis quelques années, c'est le troisième ouvrage du même auteur qui a été couronné par une société savante.

Erratum. — Dans le dernier numéro, page 132, séance de la Société de Médecine Pratique, 2e colonne, le médecin cité par M. Terrier comme ayant traité un phthisique par l'iodure de potassium est M. *Aubrun* et non M. *Aubrai*, et la dose d'iodure de potassium administrée est non point 200 *grammes* par jour, mais bien *deux grammes*. Nos lecteurs ont dû relever d'eux-mêmes cette erreur typographique.

MM. les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que MM. les élèves en médecine, sont prévenus qu'une pétition qui les intéresse est déposée, pour recevoir leur signature, entre les mains de M. Chassaignac, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris. S'adresser à M. Chassaignac.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 23 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 35. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Péritonite traumatique avec perforation de l'intestin. Mort 36 heures après l'accident. Autopsie. Opération proposée par M. Baudens dans les cas de cette nature. Observation recueillie par M. MATURÉ, aide de clinique.

Rossignol, soldat au 18e de ligne, âgé de vingt-trois ans, d'une très bonne constitution, travaillait, dans la matinée du 24 octobre 1843, dans une baraque du camp de Charenton. Il condnisait avec une grande rapidité une brouette, quand tout à coup celle-ci se trouva arrêtée par un obstacle placé sur son passage. Rossignol ne pouvant maîtriser l'impulsion résultant de sa marche précipitée, se projette violemment contre l'extrémité d'une des branches de la brouette, et reçoit dans l'hypogastre un coup tellement fort, qu'il est tombé à la renverse à quatre pas en arrière. Il en résulta une douleur très vive dans l'abdomen ; quelques instants après des vomissements surviennent. Les douleurs et les vomissements ont continué toute la journée. Le soir, le blessé est transporté au Val-de-Grâce, salle 31, n° 45. Le chirurgien de garde lui pratiqua une saignée de 500 grammes, et appliqua 30 sangsues sur le point de l'abdomen où le coup a porté.

A la visite du 25, le malade offre les phénomènes suivants : le ventre est tuméfié, ballonné, tendu, très douloureux à la pression; la douleur est surtout vive sur le côté gauche de l'hypogastre, à deux pouces environ au-dessus de la branche horizontale du pubis, et au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen; c'est là, en effet, le point qui a heurté contre la branche de la brouette. Les douleurs abdominales, qui ne sont pas assez intenses pour rendre insupportable le poids des couvertures, font néanmoins pousser au malade des cris et des plaintes d'une manière presque incessante. Point de plaie, point d'ecchymose sur la peau de l'abdomen. Les vomissements de la veille continuent, mais ils ont perdu de leur fréquence. Nous avons sous les yeux un vase de nuit rempli par les substances vomies dans le courant de la nuit ; elles consistent en un liquide séreux, jaunâtre, trouble, à la surface duquel flottent des matières fécales solides, mais molles et mal liées. Il n'y a pas de hoquet. La langue est pâle, humide, large ; la soif est assez vive. Depuis l'accident, le malade n'a pas eu de selles ; il n'a pas non plus uriné. La respiration est accélérée. Le pouls est petit, dépressible, très fréquent et irrégulier. La face est pâle, altérée, couverte d'une sueur froide.

M. Baudens, d'après ces symptômes, diagnostique une péritonite suraiguë avec perforation intestinale; il ajoute que cette solution de continuité doit exister derrière le point de la paroi abdominale contre lequel a heurté l'extrémité de la brouette. S'il précise ainsi le siége de la perforation, c'est qu'il se base sur ce qu'il a observé dans le cas de plaies par armes à feu. Dans ces sortes de blessures, il a remarqué que la lésion de l'intestin est presque toujours située immédiatement derrière l'ouverture péritonéale. Ce fait, démontré par l'observation directe, est tellement vrai d'ailleurs, que si une anse intestinale vient à sortir par la plaie, c'est d'ordinaire celle qui a été perforée.

Passant ensuite à d'autres considérations, M. Baudens nous indique dans quel état se trouve l'intestin atteint de perforation. En Afrique, où il a été appelé à soigner un grand nombre de blessés offrant des perforations intestinales suite de coup de feu, il a fait la remarque suivante : les bouts de l'intestin lésé se contractent d'une manière spasmodique ; de mous qu'ils étaient, ils deviennent très durs et comme cartilagineux. Il est facile de constater ces caractères en plongeant le doigt dans l'abdomen. Dans les cas de cette espèce, l'indication est formelle ; il faut attirer l'intestin au dehors et pratiquer l'entéroraphie, ou bien favoriser la formation d'un anus artificiel. Mais que fait-on lorsque la perforation intestinale existe sans lésion des parois de l'abdomen, comme cela se présente chez notre malade? On se borne à recourir aux antiphlogistiques, aux émissions sanguines générales et locales, à la glace, etc., moyens que le praticien sait complétement inefficaces dans des circonstances aussi graves, et qu'il met cependant en usage pour ne pas avoir laissé succomber le blessé sans avoir tenté d'enrayer le mal. C'est ici que M. Baudens voudrait agrandir le champ thérapeutique. Puisque, dit-il, la mort est la terminaison nécessaire des blessures de ce genre, pourquoi, au lieu de s'en tenir à des remèdes presque inutiles, ne pas aller à la recherche de l'intestin lésé en incisant les parois abdominales dans le point correspondant à celui où l'on présume qu'existe la perforation? Pourquoi ne pas l'attirer au dehors, soit pour y pratiquer quelques points de suture, soit pour déterminer la production d'un anus anormal? C'est une opération très grave, on ne peut se le dissimuler ; la main du chirurgien se trouvera arrêtée par la crainte d'un blâme sévère s'il vient à échouer dans son entreprise, et par une foule d'autres motifs plus ou moins étrangers à l'art ; mais si le chirurgien est bien pénétré de l'idée que le malade est voué à une mort certaine, qu'une opération est la seule chance de salut pour lui, il devra avoir assez de hardiesse, et puiser assez de force dans sa conscience, pour se déterminer à pratiquer cette opération.

Le militaire blessé qui fait le sujet de cette observation se trouve dans les conditions propres à être opéré. On sait, en effet, d'une manière presque certaine le point où siége la perforation ; car tout fait présumer qu'elle existe là où l'extrémité de la brouette a porté, là où les douleurs sont les plus vives. De plus, le pronostic est des plus fâcheux, puisque M. Baudens affirme que la mort arrivera au bout de trente ou trente-six heures. Néanmoins, malgré une indication aussi positive, le professeur du Val-de-Grâce, après beaucoup d'hésitation, s'est trouvé arrêté par la crainte de passer pour trop hardi, et il a renoncé à l'opération pour suivre les vieux errements, tout en nous invitant à réfléchir mûrement sur ces considérations, qu'il livre à l'examen sérieux des praticiens.

Prescription. Diète, boissons glacées, application de glace sur le ventre, 30 sangsues sur le côté gauche de l'hypogastre. En outre, l'on renouvellera l'application des sangsues plusieurs fois dans la journée, et au nombre de 15 chaque fois, afin d'avoir un écoulement de sang continu.

Ces moyens ont été employés sans succès ; les accidents, au lieu de se calmer, ont été en augmentant, et le blessé a succombé à huit heures du soir.

Autopsie, faite le 27 au matin.

Un épanchement sanguin bien circonscrit, d'environ 3 centimètres de diamètre, se fait remarquer dans l'épaisseur des parois abdominales, au niveau du bord externe du muscle droit du côté gauche, à 6 centimètres environ au-dessus de la branche horizontale du pubis correspondant. Le sang épanché forme un caillot noirâtre, assez consistant, et se trouve situé en partie entre la face postérieure du muscle droit et le péritoine, qui, en cet endroit, offre une injection assez prononcée. La cavité péritonéale ouverte, laisse échapper en abondance un gaz fétide. Toutes les circonvolutions de l'intestin grêle sont réunies entre elles par des pseudo-membranes molles et jaunâtres, de sorte que l'intestin ne forme qu'un seul paquet. Le péritoine, qui recouvre le tube intestinal est fortement enflammé dans toute son étendue ; partout il est d'un rouge très vif, parcouru par des vaisseaux gorgés de sang, et dans plusieurs points il est recouvert de fausses membranes jaunâtres, ressemblant assez à du pus concret étendu par couches. Quant à la consistance de la séreuse, elle ne paraît pas avoir subi d'altération notable. On n'a trouvé dans sa cavité aucune espèce d'épanchement. Après avoir détruit les faibles adhérences qui réunissaient les circonvolutions intestinales, l'on a découvert dans un point de l'intestin grêle appartenant à l'iléon, et situé au-dessus de la fosse iliaque gauche, une perforation très étendue comprenant presque tout le calibre de l'intestin. La muqueuse intestinale, boursouflée, se déjette en dehors sur la face externe de l'intestin, tout autour de la perforation et forme les bords de cette ouverture, par laquelle s'échappe une assez forte quantité de gaz. Tout près de la perforation, on trouve un petit débris de légume qui paraît être un morceau de chou. Malgré plusieurs recherches, on n'est pas parvenu à découvrir d'autres substances alimentaires épanchées dans la cavité du péritoine. Autour de la perforation intestinale des adhérences commencent déjà à se former. Derrière l'intestin, la face externe ou antérieure du grand psoas offre une ecchymose d'une certaine étendue. Cet épanchement sanguin est manifestement l'effet du contre-coup.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Introduction.

Il y a quelques années, dit M. Velpau, je fis une série de leçons sur les maladies des yeux, et ces leçons furent publiées dans les Leçons cliniques, et rassemblées en un volume par M. Jeanselme.

Il se rencontre dans ce Manuel quelques assertions dont je ne veux pas me rendre garant ; mais le fond de mes doctrines y a été certainement été exposé avec fidélité.

Comme ces maladies sont excessivement fréquentes, et que

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DE VERS INTESTINAUX (Suite);

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.

(Suite du n° 31.)

Hématémèse et entéro-hémorrhagie. Quand bien même l'ordre alphabétique n'aurait pas rapproché ici ces maladics de celles dont nous venons de parler, nous aurions dû nous en occuper immédiatement après, car il existe entre elles la plus grande analogie.

Nous n'avons vu dans aucun traité de médecine mentionnée, parmi les causes de l'hématémèse, la présence des vers, et parmi les auteurs modernes, nous ne connaissons que M. Petit, de Lyon, qui en ait publié une observation. Le jeune Gay, fils d'un vétérinaire de Roanne, écrivait-il à Prost (Troisième Coup-d'œil sur la folie ; Paris, 1807, in-8°, p. 28), a rendu deux mille cinq cents vers lombricaux dans l'espace de cinq mois, sans avoir éprouvé d'autres symptômes fâcheux qu'un vomissement de sang. Ces vers sortirent tous par la bouche et par le nez.

Schmidtmann, au contraire, place la présence des vers, et surtout du tænia, parmi les causes qui peuvent produire l'entéro-hémorrhagie, et relate à l'appui de son opinion l'observation suivante :

Une femme âgée de trente-neuf ans avait, depuis plusieurs semaines, de violentes coliques, qu'elle rapportait à la région ombilicale, et qui étaient si intenses, qu'elle ne pouvait même supporter le poids de ses couvertures. Ses règles avaient paru huit jours auparavant, lorsqu'à la fin d'une journée durant laquelle elle s'était bien portée, elle rendit subitement, après avoir réitéré cinq fois des efforts d'excrétion alvine, une si grande quantité de sang par les selles, qu'elle tomba en défaillance et dans un état de débilité voisin de la mort. Cette excrétion sanguine se renouvela deux fois avec la même abondance. Le pouls était vide et très petit. Une poudre astringente, composée d'alun et de gomme kino, fut prescrite, ainsi qu'un régime doux et ténu. La malade se rétablit. Trois mois après, elle eut par intervalles des douleurs gravatives dans le ventre, et elle rendit plusieurs aunes de tænia. Au bout de quelques jours, nouvelle évacuation de sang par les selles, mais peu considérable. Une poudre vermifuge fut conseillée, et, après deux jours de son usage, elle rendit un peloton de tænia et de vers lombrics. Cette malade fut alors si complétement rétablie, qu'elle n'eut aucune rechute. (Gendrin, Traité philosophique de médecine pratique, 1838, t. Ier, p. 230.) — Déjà Ehrard avait publié, en 1818 (Medicin. chirurg. Zeetung, 1818, t, Ier, p. 383), un exemple de semblable hémorrhagie des premières voies, qui guérit par l'expulsion de vingt et un lombrics ; et M. Andral dit, dans son Mémoire sur les caractères anatomiques de l'inflammation du canal digestif (Clinique médicale, 1re édit. 1823, t. Ier. — Fièvres, p. 373), qu'il n'est pas rare de trouver les portions d'intestin enflammées remplies par un liquide rougeâtre qui paraît être dû à un mélange de mucus et de sang, et qu'il a observé quelquefois des paquets d'ascarides plongés au milieu de ce liquide sanguinolent, qui n'existait qu'autour d'eux. Enfin, en 1839, M. Charcellay a publié (Recueil des Travaux de la Soc. de Méd. du département d'Indre-et-Loire, 1839, p. 16) une observation fort curieuse d'hémorrhagie mortelle du duodénum, due à une artériole ouverte par des ascarides lombricoïdes, observation dont voici la substance :

Un enfant est atteint de dysenterie, et au neuvième jour il survient une hémorrhagie grave, à laquelle succombe le malade en moins de vingt-quatre heures. Cette funeste terminaison par hémorrhagie, que l'on voit assez souvent produite par les ulcérations de la dothinentérie, il était raisonnable de penser, en se fondant sur l'analogie, qu'elle pouvait être occasionnée par des ulcérations dysentériques. Toutefois, à l'autopsie, la simple inspection des intestins fait présumer, et leur section démontre, que c'est dans le duodénum, et non pas dans le gros intestin, dont la muqueuse n'est pas encore ulcérée, que l'hémorrhagie a son point de départ. Dès lors celle-ci n'a plus de rapport avec l'affection dysentérique, et, bien loin d'avoir avec elle quelque liaison, elle lui est tout à fait étrangère. Son siége précis est effectivement marqué par un caillot artériel, solidement adhérent, placé au commencement du canal intestinal, c'est-à-dire à une grande distance du lieu d'élection de l'autre maladie. La nature enfin de cette hémorrhagie est mise hors de doute par l'examen attentif de la pièce pathologique ; elle a été fournie par une artériole. Maintenant quelle est la cause de l'hémorrhagie ? Un énorme paquet d'ascarides distend le duodénum immédiatement au-dessous du caillot sanguin, et quelques autres pelotons de ces entozoaires sont disposés de la même manière un peu plus bas, dans l'intestin grêle, dont la muqueuse est saine partout ; chose fort essentielle à noter. Comme il n'y a pas ici de lésion morbide qui puisse rendre compte de cette rupture artérielle arrivée dans un tissu sain, ne voit-on pas autre chose qu'une simple coïncidence entre le développement de cette altération et la présence des lombrics, et n'est-il pas naturel de rechercher si ces vers peuvent piquer, transpercer même les parois intestinales ; si cela est possible, ils auront déterminé par hasard la perforation d'une petite artériole, et donné lieu à l'hémorrhagie foudroyante qui a mis fin aux jours de Servais ? Ici l'auteur examine de nouveau la plupart des faits que nous avions rassemblés dans notre mémoire sur la perforation des intestins par les vers, quelques autres qui avaient échappé à nos recherches, et il arrive à la même conclusion que nous, à savoir la possibilité de la perforation des parois intestinales par les vers lombricoïdes.

Introduction dans divers conduits.

1° *Larynx.* M. Cruveilhier dit que cette introduction des vers dans les voies aeriennes lui paraît incompatible avec la vie. Selon ce professeur, c'est après la mort, ou dans les derniers moments d'une agonie avec asphyxie que ces vers ont pu remonter de l'œsophage dans le pharynx, et s'insinuer dans le larynx. (Dict. de méd. et de chir. pratique, t. VII, p. 339.) Cependant M. Blandin, autre collaborateur du même ouvrage, admet la possibilité de cet accident, en s'appuyant sur un fait qu'il a recueilli (Thèse, Paris, 1824, n° 216, p. 14; et

la pratique change toujours quelque chose aux détails; comme aussi, aujourd'hui encore, beaucoup de praticiens confondent quelques-unes de ces maladies entre elles, il me paraît utile de refaire ce travail, en y ajoutant quelques nouvelles données.

Les maladies des yeux sont très fréquentes, disons-nous, et cette assertion est facile à vérifier dans les hôpitaux. De plus, l'œil étant un organe de première importance, on a dû, de tout temps, beaucoup s'occuper des affections qui pourraient l'intéresser; mais il est encore résulté de cette fréquence et de l'importance de la partie affectée une tendance qu'on retrouve dans tous les siècles, à faire une catégorie à part des maladies dont les yeux peuvent être le siége. C'est ainsi que, dès la plus haute antiquité, chez les Hébreux et les Egyptiens, on trouve le germe de cette spécialité.

De tous temps aussi, il s'est rencontré des gens qui ont blâmé cette tendance; et, par des motifs que nous retranchons aujourd'hui, on peut certainement produire des raisonnements en faveur des oculistes, on peut également en fournir contre eux. Cette discussion se rattache à la grande question des spécialités en général.

Si l'on réfléchit un moment à l'organisation de l'œil, on ne tarde pas à comprendre la fréquence des maladies qui l'affectent. L'œil et ses annexes, et il faut mettre au nombre de ces derniers les paupières, les vaisseaux, les nerfs, les muscles, les voies lacrymales; l'œil et ses annexes, disons-nous, sont composés d'une multitude d'éléments différents qui, chacun en particulier, peut devenir le siége de telle ou telle maladie.

Pour n'en citer qu'un exemple, les paupières ne présentent-elles pas des tissus nombreux et très différents? n'y trouve-t-on pas des téguments d'une nature particulière, du tissu cellulaire, du tissu charnu, des cartilages, des glandules, des cils qui eux-mêmes présentent plusieurs parties, et à la face interne ne rencontre-t-on pas une muqueuse avec des follicules ou des villosités? Que d'éléments divers!

Si l'on examine les voies lacrymales, on est forcé de distinguer le point lacrymal, le conduit, le sac, le canal nasal et la glande lacrymale; et que sera-ce si l'on étudie l'œil lui-même; c'est la conjonctive, la coque de l'œil ou sclérotique; la cornée, la choroïde, la rétine, l'iris, le cristallin, la capsule du cristallin, l'humeur aqueuse, la membrane hyaloïde, et tout cela sous le volume d'une noix. Encore on n'ignore pas que tous ces éléments ne sont point distincts; bien au contraire, ils sont entrecroisés, mélangés. En admettant que chacune de ces parties puisse être le point de départ de plusieurs maladies différentes, et tous les praticiens savent que ce n'est point une supposition que nous avançons en cela, la conjonctive et la cornée elles seules peuvent être affectées de toutes les formes d'inflammation, et il en est de même des autres éléments. On comprend alors comment les maladies de l'iris peuvent être si nombreuses.

Une particularité à laquelle il faut prendre garde dans les maladies des yeux, c'est qu'elles peuvent s'établir au dehors de la coque de l'œil ou au dedans. Quand la maladie est au dehors, elle est accessible aux sens, cela est plus facile; mais quand elle attaque l'intérieur, où il y a aussi beaucoup de parties différentes, elle devient alors difficile, délicate à reconnaître, à traiter.

Une autre particularité propre encore aux maladies qui vont nous occuper, consiste en ce qu'elles ne sont pas dangereuses de la même manière que les autres. Par exemple, dans les viscères, une inflammation se développe, du pus se forme, il se collige, tout se résout; ou bien on donne issue au liquide, tout reprend sa place, le malade est guéri. Mais dans l'œil, il s'en faut beaucoup qu'il en soit ainsi. Dans la plupart des cas, bien que le malade guérisse, le mal n'en est pas moins des plus dangereux; la vision sera perdue, comme cela peut avoir lieu par suite de l'opacité survenue dans certaines parties de l'organe qui doivent être transparentes pour exercer leurs fonctions.

L'œil est donc un organe tout à fait spécial, et cela explique, comme nous l'avons dit, la fréquence de ses maladies et la tendance qu'on a toujours remarquée chez certaines personnes à en faire l'objet d'une spécialité en médecine.

Et nous n'hésitons pas à le dire, quoique cela soit délicat, c'est un malheur. Sans doute s'il n'y avait au fond de cette tendance que le désir d'éclaircir la science et l'art, personne ne songerait à réclamer contre un but si digne de l'ambition du vrai médecin; mais ne savons-nous pas que c'est dans un autre but qu'on se livre à la spécialité: dans un but que sans doute il n'est pas défendu de rechercher dans toute autre profession, mais qui ne doit jamais être le mobile de la nôtre! Tranchons le mot, la spécialité vise toujours plus ou moins à se faire une position et la fin avouable d'un médecin, son but moral ne peut pas être celui-là: soulager ses semblables; tel il est, tel du moins il doit être.

En faisant de la médecine autrement, on l'assimile à l'industrie, où chacun recherche son intérêt particulier, sans se préoccuper de l'intérêt général. La médecine ne saurait être une industrie.

Qu'arrive-t-il en effet quand on prend, comme on le dit, une spécialité? On épuise sur un sujet tout ce que l'on a d'intelligence; puis l'objet habituel de ces études finissant par fatiguer, de même qu'un mets pris chaque jour devient insupportable, quelque agréable qu'il paraisse d'abord, il se présente alors deux voies; où l'on passe à un autre sujet, et cela est tout à fait honorable, où l'on se met à exploiter la science acquise. Dès ce moment on fait de l'industrie, et qui veut l'industrie veut ses moyens. Il faut faire croire que l'on fait plus qu'un autre, que l'on sait plus qu'un autre, comme un industriel veut qu'on sache que sa marchandise est la meilleure; on dissimule ses revers, on vante ses succès, on perd forcément la bonne foi scientifique, qui est le courage du savant, et les travaux auxquels on se livre et qui peuvent renfermer des choses excellentes perdent leur valeur, ne servent plus à rien aux gens de science, dans la crainte qu'ils ont d'être abusés.

Les spécialités sentent tellement la portée des raisons que nous faisons valoir ici, qu'ils se défendent de faire de la spécialité et, comme en définitive quelques-uns ont du mérite, ils trouvent d'excellents arguments contre les oculistes, et scientifiquement ils repoussent l'idée qu'ils en sont eux-mêmes.

Il y a constamment là-dessous une grande difficulté; les spécialistes prétendent qu'en ne s'occupant que d'une seule branche de la médecine ils doivent par cela même la posséder mieux que les autres médecins, qui les cultivent toutes à la fois; et cette assertion n'est pas seulement admise dans le monde, mais elle trouve des défenseurs même parmi les médecins. Cela paraît en effet exact, logique, au premier coup d'œil, et pourtant il n'est pas difficile de démontrer que cela est de toute fausseté.

Il n'y a rien dans l'organisme qu'on puisse impunément séparer; l'œil est-il donc étranger à l'organisme? Qui ne comprend que l'œil n'est pour ainsi dire que l'efflorescence de tous les systèmes? Dans l'œil il y a tout ce qu'on rencontre dans l'organisation, et ce composé de tout tient au tout. Faut-il une preuve que ce qui intéresse cet organe intéresse aussi le reste de l'économie? N'y a-t-il pas des maladies de l'œil qui dépendent d'une dent cariée, d'un état particulier du cerveau, du foie, du poumon? Si l'oculiste se trouve en face de ces affections, dont la source est dans un point plus ou moins éloigné du mal lui-même, que deviendra-t-il? Que deviendra-t-il s'il n'a étudié les maladies de l'encéphale, il ignorera donc les maladies de l'œil dépendantes des altérations de cet organe?

La spécialité dans ce cas ne présente qu'un seul bon côté, et c'est seulement pour l'homme médiocre qui, ayant étudié la médecine avec la médiocrité qui est dans sa nature, connaîtra mieux sans doute les maladies de l'œil en s'y attachant plus long-temps; mais l'homme intelligent, l'homme doué d'une activité cérébrale plus complète, celui-là concentrera alternativement cette activité sur tel et tel sujet, et il s'occupera de tous.

Il est positif que les spécialistes n'ont jamais été des hommes supérieurs; ils ont été médiocres; et c'est parce qu'ils ne se sont pas sentis en état de lutter avec les autres dans les concours, qu'ils ont embrassé la spécialité.

Après tout, il n'y aurait pas grand besoin qu'on s'occupât beaucoup de cette question, s'il ne survenait pas quelque chose de singulier dans les allures de la spécialité. Sont-ils inconnus; c'est un malade qu'ils veulent vous faire voir, c'est un essai qu'ils demandent la permission de tenter, et tout cela très doucement, sans bruit. Ont-ils une position faite; oh alors, ils avancent qu'eux seuls connaissent les maladies des yeux, ils écrivent même parfois que les autres n'y entendent rien. Qu'arrive-t-il? Que la grande majorité des médecins donnent dans le piége, et qu'ils favorisent de bonne foi, en envoyant des malades, ces manœuvres qui ont un nom qui n'est pas précisément celui de médecine consciencieuse.

Mais les oculistes ont fait plus; ils ont demandé des services dans les hôpitaux, ils auraient voulu entrer dans les hôpitaux par une petite porte d'oculiste, ils eussent même accepté une petite chaire à la Faculté. Malheureusement il n'a pas été possible d'arranger la chose; alors ils ont établi des dispensaires d'ophthalmologie, quelques-uns par souscription.

Et en faveur de leurs prétentions, qu'allèguent-ils? Les oculistes ont éclairé la science, selon eux. Il faut avoir du courage pour oser émettre une telle opinion!

Examinons les opérations sur les yeux: La cataracte par abaissement revendique Pott, Scarpa, Dupuytren; celle par extraction est accolée aux noms de Richter, Wenzel, Boyer, Roux. En Angleterre, nous trouvons, parmi les hommes distingués par leurs connaissances sur les maladies des yeux, Cheselden, Guthrie, Travers; Mackensie, dont on vante l'ouvrage, n'était pas un oculiste; Beer, oculiste allemand, n'a, en définitive, laissé que fort peu de chose d'utile.

Il résulte de ceci, qu'il ne serait pas difficile de prouver que les quatre cinquièmes de ce qu'il y a de bon sur les maladies des yeux viennent des chirurgiens et non des gens spéciaux.

Je demande grâce pour ces détails, mais ils sont vraiment nécessaires. Toute science comporte d'abord l'histoire de cette science, et, en vérité, cela fait partie de l'histoire de l'oculistique: il faut qu'à chacun revienne ce qui lui appartient.

Ainsi, un oculiste étranger est venu en France pour nous dire qu'avant lui on ne s'occupait pas chez nous des maladies des yeux; mais cela accusait au moins un profond oubli de ce qui avait été écrit chez nous depuis trente ans. Que l'on cherche, et l'on trouvera à peu près deux volumes dans les dictionnaires qu'on a publiés; il n'y a pas de clinique où l'on ne s'en occupe constamment; l'ouvrage de Boyer contient un volume sur ce sujet; depuis 1820 j'en ai constamment parlé; en 1830, à la Pitié, j'ai fait une série de leçons sur les maladies des yeux.

Il serait pourtant bon qu'on ne vînt pas chez nous avec la prétention d'y savoir ce qu'on y fait, mieux que nous ne le savons nous-mêmes.

Mais arrêtons-nous ici; nous pensons qu'on a compris de quelle importance il était que tout médecin étudiât les maladies des yeux.

Ces maladies ont été envisagées de deux manières distinctes qu'il est utile, dès à présent, de caractériser. Quelques oculistes en sont venus à penser que par l'inspection de l'œil malade il était possible d'indiquer, en même temps que la maladie, la constitution du sujet; de telle sorte que pour eux, telle ophthalmie ferait reconnaître un scrofuleux, telles autres un hémorrhoïdaire, un hépatique, même un varioleux, etc. Cette doctrine ayant été professée par un homme qui a obtenu un certain succès, a été acceptée par un assez grand nombre de praticiens. Elle n'est pourtant autre chose que la reproduction de cette idée vieille d'un demi-siècle, qui consistait à faire des maladies des êtres particuliers; elle n'est autre chose que cette méthode qui enseigne à étudier les maladies comme des objets d'histoire naturelle, comme des plantes, méthode qu'on retrouve dans Sauvage.

Cette doctrine, je la crois fausse; depuis long-temps je me suis élevé contre elle, non-seulement parce qu'elle est fausse, mais encore parce qu'elle est dangereuse.

Il y a là un point obscur, difficile que je me propose d'élu-

---

Traité d'anatomie topographique, 1834, 2e édit., p. 199); et M. Jobert a vu une femme de trente-cinq ans succomber à une asphyxie qui simula une apoplexie, et qui fut produite par la présence d'un ver dans la trachée artère. (Diss. sur les hémorrhoïdes. Thèse, Paris, 1828, nº 24, p. 45.)—Depuis l'époque où écrivaient ces deux derniers médecins, la science s'est enrichie de plusieurs faits relatés avec des détails suffisants pour faire regarder comme erronée l'opinion de M. Cruveilhier. Telle est du moins la conviction que j'ai acquise en analysant avec soin les quelques observations parvenues à ma connaissance, et que je vais présenter au lecteur pour le mettre en état de juger lui-même.

Mademoiselle Philippine L....., âgée de huit ans, jouissant de la meilleure santé, fut prise tout à coup et sans cause connue, d'une toux qui, en peu d'instants, devint très forte et continua d'augmenter en s'accompagnant de suffocation, malgré tout ce que l'on put faire pour la calmer. Cet état d'angoisse durait depuis deux heures, et déjà des convulsions commençaient à s'y joindre, lorsqu'à la suite de grands efforts la petite malade rendit un strongle vivant. Aussitôt sa toux cessa complétement. On ne put avoir aucun doute sur la nature de cette toux violente avec imminence de suffocation, car l'effet cessa dès que la cause toute matérielle fût expulsée des voies aériennes.

Ce fait, que nous empruntons à M. Aronssohn, qui, en 1836, publia un mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes. (Archives, 2e série, t. X, p. 44), ce fait, disons-nous, ne peut laisser de doute sur la possibilité de l'accident qui nous occupe. Comment, en effet, se refuser à admettre avec l'auteur que le ver expulsé ne fût cause de tous les symptômes graves présentés par la petite malade, puisque ces mêmes symptômes disparurent aussitôt après l'expulsion du ver? Par quelle autre cause cette toux et cette suffocation qui survinrent si brusquement et menacèrent les jours de la malade, auraient-elles pu être produites pour disparaître ainsi d'une manière si instantanée? Il y a eu ici évidemment action directe et non effet sympathique, comme dans quelque cas de toux dont nous avons parlé; car dans aucun de ces mêmes cas il n'y a eu menace de suffocation comme chez la petite malade de M. Aronssohn. Maintenant, ce ver avait-il pénétré entièrement dans les voies aériennes? Nous ne le pensons pas, parce que la durée des accidents n'a pas été assez longue, et parce que, dans ce cas, l'expulsion de l'animal n'aurait pas pu se faire aussi facilement, peut-être même eût-elle été impossible, car ici ce n'est plus un corps étranger inerte, comme dans les nombreuses observations que nous avons rassemblées (Mémoire sur le séjour prolongé des corps étrangers dans les voies aériennes, et leur expulsion spontanée. L'Expérience, 1840, t. V, p. 225), et la mort en eût été la conséquence, comme dans l'observation suivante que nous empruntons au même auteur. (*Loc. cit.*, p. 49.)

« Un cultivateur, âgé de cinquante-deux ans, ancien militaire, ayant reçu plusieurs blessures, maigre, d'ailleurs bien constitué, demeurant dans un lieu humide près de Strasbourg, jouissait d'une assez bonne santé, à l'exception d'une dyspnée qui était devenue habituelle. Au mois d'octobre il fut atteint de la miliaire. Le 26, le docteur Hœring trouva le malade dans l'état suivant: Prostration extrême des forces avec douleurs et engourdissement des membres; alternatives fréquentes de froid et de chaud; langue chargée; anorexie; sécheresse de la bouche; céphalalgie; soif très grande, et surtout dyspnée. (Limonade légèrement émétisée; sinapisme.) Deuxième jour: nuit très agitée; sueur abondante et fétide; dyspnée plus forte; incontinence d'urine; soif inextinguible; constipation. Saignée au bras de 12 à 16 onces; huile de ricin.) A deux heures de l'après-midi, cinq selles; diminution considérable de la dyspnée après la saignée, dont le sang ne présente rien de remarquable. Le soir, la dyspnée augmente de nouveau.

Troisième jour. Pendant la nuit, anxiété, pesanteur de tête, vertiges, bourdonnement d'oreilles, symptômes qui subsistent encore le matin. (12 sangsues derrière les oreilles, vésicatoires aux jambes.) — Le quatrième et le cinquième jour, l'état du malade fut à peu près le même, c'est-à-dire avec des intervalles de calme et d'agitation. — Le sixième jour, agitation continuelle; suffocation imminente à plusieurs reprises. Pendant la journée, difficulté extrême de la respiration, qui devient sifflante; déglutition pénible; le malade ne perd pas connaissance; il se fait comprendre par gestes, ne pouvant plus parler; il indique sans cesse la partie supérieure du sternum, comme le siége principal de ses souffrances. Vers deux heures, la région épigastrique se tuméfie considérablement; la dyspnée s'accroît de nouveau jusqu'à la suffocation, et le malade meurt subitement à quatre heures du soir, au moment où on se disposait à lui donner un vomitif.

Autopsie. Habitude extérieure ne présentant rien de remarquable; nulle trace de l'exanthème miliaire; tous les viscères thoraciques et abdominaux à l'état normal; la rate seule un peu volumineuse. Déjà M. le docteur Hœring était disposé à attribuer cette mort subite, sans lésion cadavérique, à une paralysie des nerfs pneumo-gastriques, due au principe miliaire, lorsqu'il lui vint à l'idée d'inciser le larynx et la trachée-artère; dans cette opération, exécutée avec des ciseaux, il coupa un lombric qui s'était logé en travers sur la bifurcation de la trachée; la membrane muqueuse était injectée, et offrait dans un point une érosion superficielle. L'endroit où était placé le ver correspondait à celui auquel le malade rapportait la douleur et le sentiment de constriction.

Les symptômes que présentait ce malade dans les derniers moments de son existence, étaient évidemment produits par la présence du strongle dans le tube aérien. L'érosion avec injection vasculaire de la muqueuse, qui a persisté quarante-deux heures après la mort, dans l'endroit même où s'est rencontré le ver, ne laisse aucun doute non plus sur son introduction pendant la vie. Ce qui est difficile à déterminer, c'est le moment où l'entozoaire a passé des voies de la digestion dans celles de la respiration. Cette difficulté tient à ce que le malade était depuis long-temps asthmatique, et se trouvait en dernier lieu atteint d'une maladie qui offrait, pour principal symptôme, un trouble marqué dans la respiration. Il paraît, toutefois, que l'accident a eu lieu le cinquième jour, car dès lors les symptômes ont pris un caractère de gravité qu'ils n'avaient point précédemment; et le lendemain, le malade, privé de parole, désigne lui-même le siége du mal.

(*La suite à un prochain numéro.*)

cider dans le cours de ces leçons. Je soutiendrai bientôt, et j'espère prouver qu'il n'y a pas de maladies auxquelles on puisse donner le nom d'ophthalmie scrofuleuse, rhumatismale, etc.

Ce n'est pas que je prétende d'une manière générale qu'il n'y ait point de constitution scrofuleuse, rhumatismale, mais non pas comme on l'entend communément; je m'expliquerai à mesure que ces questions se présenteront; seulement je puis dire, dès aujourd'hui, que, pour moi, les ophthalmies chez les sujets scrofuleux sont influencées par cette constitution, comme elles peuvent l'être par la constitution sanguine nerveuse ou autres.

Pour faire mieux sentir tout ce qu'il y a de singulier dans cette prétention de vouloir que telle ou telle maladie de l'œil se rapporte nécessairement à telle ou telle constitution, il suffit d'examiner si les scrofuleux pris de pleurésie, de péricardite ou de toute autre maladie, imposent à chacune de ces maladies le nom de sa constitution. Ira-t-on croire qu'une pleurésie chez un scrofuleux est, par cela même, une pleurésie scrofuleuse!

Nul doute qu'il ne faille tenir compte dans l'appréciation des maladies, de l'organisation de l'individu; mais, je le répète, c'est une prétention mal fondée que celle de vouloir déterminer la constitution du sujet sur l'inspection d'une maladie des yeux.

Que doit-il résulter de cette différence dans la façon d'envisager ces maladies? Un changement dans la manière dont elles doivent être étudiées. Les oculistes parlent des ophthalmies, et ils en trouvent de scrofuleuses, de rhumatiques et d'autres; mais qu'est-ce que cela peut apprendre?

Il y a dans l'œil, nous l'avons vu, des tissus nombreux, distincts; ces tissus peuvent être malades ensemble, ils peuvent être malades isolément. Et quand on a dit *ophthalmie scrofuleuse*, a-t-on appris quel est le tissu qui est le véritable siége du mal? Et l'on ne peut croire sans importance, sans une haute importance, la connaissance exacte du tissu malade; où c'est qu'on ignorerait alors que la maladie, l'inflammation, par exemple, se comporte différemment selon les tissus qu'elle envahit.

Si les oculistes avaient admis encore une conjonctivite scrofuleuse, une kératite scrofuleuse, cela se concevrait; mais de ce qu'un individu est atteint d'une maladie des yeux qui lui fait redouter la lumière et qui provoque un larmoiement abondant, ils en concluent qu'il est de telle constitution; pour moi, je n'en conclus autre chose que c'est tel tissu qui est malade. En veut-on une preuve? Il y a des scrofuleux au dernier degré qui ne présentent pas ces maladies.

Cette doctrine me paraît importante en ce qu'elle me conduira, comme on pourra le voir, à une thérapeutique toute particulière que j'exposerai dans la suite de l'histoire des maladies des yeux.

PAJOT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Péritonite aiguë, puis chronique. — Epanchement pleurétique avec soupçon de tubercules. — Amélioration, puis mort. — Remarques faites à ce propos par M. Gouraud.

Il existait le mois dernier à la salle Saint-Charles un cas dont l'histoire nous semble digne de grand intérêt, et que nous donnons ici en raccourci avec quelques remarques pratiques faites à cet égard par M. Gouraud.

29 novembre. C'est un jeune homme de dix-huit ans, à cheveux blonds et peau fine, d'un tempérament très lymphatique. Avant la maladie actuelle il eut une fièvre intermittente pour laquelle il passa dix-huit jours dans une des salles de ce même hôpital, prenant tous les jours 60 centigrammes de sulfate de quinine. La fièvre ne fut arrêtée que huit ou dix jours avant sa sortie.

Rentré chez lui, il se trouva médiocrement bien pendant deux jours, au bout desquels il retomba malade d'une maladie bien différente de la précédente. Dans la nuit, il fut réveillé par des coliques très vives avec vomissements répétés de matières bilieuses qui durèrent jusqu'au lendemain matin. La journée fut assez calme; mais le surlendemain dans la nuit, la même scène eut lieu, suivie également de calme et de passable bien-être pendant tout le jour; de sorte que le malade se décida à manger quelque chose pour son déjeûner et dîner.

Le jour suivant les mêmes symptômes se représentèrent avec l'accompagnement de la fièvre et d'un malaise général. Le malade garda la chambre jusqu'au milieu de la semaine suivante, sans presque faire de traitement véritable, et à cette époque, poussé par la violence du mal, se décida à rentrer à l'hôpital, où il fut transporté en voiture. Voici ce qu'on trouve lors de la première visite.

La figure du malade, dit M. Gouraud, était pâle, abattue, exprimait la plus vive souffrance; la pression la plus légère et la plus superficielle exercée sur l'abdomen était douloureuse; il y avait du reste à faire une distinction entre la partie épigastrique et l'hypogastrique par rapport aux symptômes morbides; car dans la région de l'épigastre la douleur n'était pas aussi vive que l'hypogastre, où en outre on reconnaissait distinctement un son mat produit par l'existence bien positive d'une certaine quantité de sérosité dans la cavité péritonéale. Du reste, tout l'abdomen présentait une distension, un gonflement anormal. Le pouls était d'une fréquence extrême, à 140 pulsations par minute, très dépressible sous le doigt, excessivement mou et incertain. Il y avait en même temps une diarrhée abondante. La langue était d'un jaune-verdâtre sale. Le malade était dans un état d'anxiété difficile à décrire, et nous devons avouer que tout d'abord nous avions porté un pronostic très défavorable; car nous nous trouvions en face d'une maladie extrêmement grave, nécessitant un traitement actif, et sans savoir comment nous y prendre pour agir énergiquement attendu l'extrême mollesse du pouls et la constitution chétive du malade. Nous savions bien, du reste, que dans les affections abdominales le pouls est ordinairement petit et faible, et que, malgré ce caractère, il ne contre-indique pas toujours les saignées même répétées, sous l'influence desquelles on voit bientôt le pouls se relever et la maladie prendre pour ainsi dire une marche plus franche et régulière; mais dans le cas actuel le pouls était petit, mou et en même temps d'une fréquence extrême, ce qui nous révélait un affaissement, une prostration des forces organiques telles, à ne pas nous permettre pour le moment l'usage des saignées. Ainsi nous crûmes devoir nous en abstenir et nous borner à l'emploi de moyens plus simples, tels qu'un bain général, des cataplasmes souvent renouvelés sur la région abdominale et de la limonade abondante et froide pour boisson. Le bain fut mal supporté par le malade, et disons ici en passant que cet agent thérapeutique qui pourrait être d'une grande efficacité dans une foule de maladies employé et dirigé d'une manière convenable, devient inutile, quelquefois même nuisible dans les hôpitaux, faute des soins nécessaires. Le malade était aussi mal qu'auparavant. Le soir le pouls se montre un peu moins fréquent et moins mou que le matin; il avait même un certain degré de dureté. Nous prescrivîmes alors une saignée, qu'on pratiqua immédiatement; le sang était légèrement couenneux. Le résultat en fut satisfaisant; il y eut un peu de soulagement; l'anxiété horrible du matin diminue un peu; mais le pouls était toujours à 140, le ventre très douloureux et les vomissement verdâtres continuaient avec fréquence, de sorte qu'on ne pouvait pas encore s'abandonner à de grandes espérances.

Hier matin (lundi) l'état général était meilleur; le pouls s'était beaucoup relevé et était bien moins fréquent. Nous ordonnâmes une saignée locale par l'application de 30 sangsues sur la partie du ventre la plus douloureuse: cette émission sanguine soulagea beaucoup le malade. Les vomissements, qui avaient continué plus ou moins cessèrent entièrement.

Hier au soir le pouls montrait des caractères toujours plus favorables; il était plus prononcé et plus franc. La pression sur l'abdomen, quoique toujours douloureuse, l'était beaucoup moins que les jours précédents.

Ce matin, 28, la langue est blanche et humide sans aucune trace de cette couche sale jaune-verdâtre des premiers jours; le ventre est toujours moins douloureux à l'hypogatre là où la douleur était auparavant si vive; la région épigastrique est aussi plus souple; le pouls est à 112 pulsations, assez résistant: ce qui constitue un excellent signe. En somme, la maladie, quoique toujours grave, est en voie de diminution, et on peut espérer une terminaison favorable.

Un des élèves qui suivent la visite, en présence des symptômes de vomissement, etc., a cru qu'il s'agissait d'une gastrite; mais nous croyons qu'il s'est trompé; car, indépendamment de la rareté extrême de cette affection stomacale qui se présente seulement de temps en temps et comme par exception au milieu des autres maladies, le cortége de symptômes qu'a présenté notre malade n'est nullement celui qu'on observe dans la gastrite. Ainsi il y a bien eu ici des vomissements, mais il n'y a pas eu de douleurs vives et déchirantes à l'épigastre, au contraire, ces douleurs existèrent à la partie plus inférieure de l'abdomen, etc., etc. Ainsi nous ne pouvons admettre l'existence d'une gastrite; c'est bien une péritonite très aiguë que nous avons à traiter.

Le malade n'a pas la face grippée comme ordinairement on l'observe chez les personnes affectées de péritonite; son facies présente une certaine expansion, tout en ayant l'empreinte de la souffrance; il n'y a pas non plus cette constipation opiniâtre qui accompagne presque toujours cette grave maladie. Ce sont encore des indices de bon augure; ils démontrent que le cas, quoique très grave, ne l'est pas encore à un degré tel, qu'on ne puisse en triompher. Certes, la diarrhée n'est pas en elle-même une bonne chose; mais dans ce cas elle est plus utile que la constipation, car nous n'avons pas besoin de combattre ce symptôme par des purgatifs répétés et qui, dans cette circonstance, seraient doublement fatigants.

Nous ferons remarquer en dernier lieu que l'usage journalier et continué pendant dix-huit jours du sulfate de quinine n'a peut-être pas été sans influence sur le développement de la maladie actuelle; nous pensons même qu'il y a beaucoup contribué. Et d'abord, s'il est permis de critiquer dans l'intérêt de la science et de l'humanité ce que font nos confrères, nous ne concevons pas cette manière de combattre la fièvre intermittente pour un usage quotidien du fébrifuge par excellence; nous avons toujours vu nos maîtres l'administrer une fois tous les deux ou trois jours, puis laisser l'organisme en repos, puis le répéter et ainsi de suite; c'est ainsi que procédaient aussi les grands praticiens nos devanciers, et avec le plus grand succès; c'est ainsi que nous pratiquons nous-même.

Pourquoi l'usage continuel du sulfate de quinine chez un individu d'une constitution délicate, susceptible n'aurait-il pas pu contribuer au développement de la maladie qui nous occupe?

Le 2 décembre, l'état du malade ne s'est pas amélioré depuis le jour où M. Gouraud en a parlé. Le ventre a conservé toujours une certaine sensibilité; la fluctuation du ventre est toujours manifeste, développée; des sueurs ont paru la nuit, et l'amaigrissement général a fait des progrès.

Le 4, le malade va mieux; le pouls qui s'était élevé à 108 pulsations, avec une faiblesse extrême est descendu à 108, et est plus développé. Il tousse pourtant toujours, et on n'est pas sans inquiétude sur l'état de ses poumons. On emploie quelques bains, un julep et de la limonade pour boisson.

Le 6, le pouls s'est élevé à 120; le malade étouffe un peu étant couché et préfère la position assise sur son lit. On met quelques gouttes de teinture de digitale dans son julep.

Le 19, le malade a vomi plusieurs fois les jours précédents; sa peau est d'un blanc mat, de même que les lèvres; la conjonctive prend une couleur un peu ictérique. Le pouls est moins fréquent qu'il n'était et plus large; il y a des urines rouges-orangé très sédimenteuses. Le ventre est toujours dans le même état d'ascite commençante et de sensibilité; et comme celle-ci est devenue plus vive dans les fosses iliaques, on ordonne l'application de quinze sangsues sur ce point.

Le 15, l'état de ce pauvre jeune homme inspire les plus grandes inquiétudes; le pouls est toujours plus ou moins fréquent; la faiblesse générale est extrême. Il est très probable qu'un travail organique se fait dans quelque viscère principal, et par lequel la vie du malade est gravement compromise. On continue les mêmes moyens.

Le 17, le pouls est à 120, petit et dépressible; les selles sont toujours diarrhéiques; l'urine louche et foncée en couleur. On lui donne un petit lait de poule et son julep calmant.

Le 20, le malade paraît aller mieux; il est moins étouffé, sent un peu d'appétit; les selles sont plus naturelles, et les urines plus normales. On lui permet deux panades.

Le 22, l'amélioration continue; le pouls est descendu à 84; la faiblesse générale est beaucoup moindre, et les fonctions du tube digestif semblent se régulariser. Pourtant, à la base des poumons, il existe un épanchement considérable; la matité paraît depuis la pointe de l'omoplate à gauche; et depuis un peu plus bas à droite. Dans toute cette étendue on n'entend ni la voix, ni la respiration. On fait appliquer un large vésicatoire à la base de la poitrine en arrière, mêmes moyens pour le reste.

Le 25, la dyspnée est un peu diminuée; la respiration s'y fait mieux entendre; le ventre est plus souple: il y a une amélioration générale. Deux potages.

Le 27, la respiration devient plus sensible, mais sibilante; il n'y a pas d'égophonie en arrière, mais encore un peu de liquide dans les plèvres; il y a aussi un peu de râle muqueux à la base des poumons.

Le 30, l'épanchement est allé toujours en diminuant; la respiration est presque naturelle là où dernièrement elle était sibilante. L'urine est devenue transparente depuis l'amélioration générale survenue. Seulement le flanc droit est un peu douloureux encore; de même qu'il y a toujours de la fluctuation dans le ventre. On ordonne pour nourriture des potages et une côtelette.

Le 13 janvier, le mieux des jours précédents ne s'est pas soutenu. La fièvre s'est rallumée; des bulles de râle avec craquements se font entendre çà et là dans la poitrine, et on soupçonne fortement l'existence de tubercules pulmonaires. La pâleur et la faiblesse sont encore extrêmes. Même prescription.

Le 16, il y a eu de la diarrhée sanguinolente; toujours le pouls fébrile, et la faiblesse croissante. On désespere entièrement de ce malheureux jeune homme.

Le 20, les selles ont été très nombreuses; le pouls petit, extrêmement fréquent. Le malade n'a plus la force de se soulever sur son lit; l'amaigrissement est arrivé au dernier point.

Le 23, le malade meurt à dix heures du soir. Voici ce que l'autopsie nous a fait connaître.

La cavité péritonéale contient environ un litre de pus liquide, d'une grande fétidité. Les anses intestinales sont adhérentes par une matière concrète, jaunâtre, qui paraît être du pus un peu consistant. Il y a, en outre, des fausses membranes nombreuses qui enveloppent le grand épiploon et font une masse irrégulière de tout le tube digestif. Celui-ci n'est pas perforé; il existe seulement à la surface du péritoine un certain nombre de plaques noirâtres, inégales, formées par des fausses membranes, et n'intéressant pas la continuité de l'intestin.

Il n'y a aucune trace de tubercule dans cet organe. La muqueuse intestinale est du reste parfaitement saine, sauf celle de l'estomac, dont le grand cul de sac offre un grand nombre de points rouges rapprochés avec un peu de ramollissement de la muqueuse. Dans la partie voisine de la grande courbure se montrent bon nombre d'ulcérations occupant toute la muqoeuse, assez réguliers, ne dépassant pas l'étendne d'une grosse lentille. Ces ulcéaations sont surtout placées au niveau de la face inférieure de l'estomac.

Le pus de l'abdomen communique avec celui de la plèvre droite par une large ouverture capable de laisser passer quatre doigts, à bords frangés et formés en debors et au-dessous de la rate, à travers le diaphragme, le péritoine et la plèvre. La face externe de la rate est couverte de pus et d'une exsudation pseudo-membraneuse. La base du poumon gauche et la face interne de cet organe aussi est dans le même état.

La plèvre droite contient aussi une quantité notable de pus grisâtre et noirâtre, dont on peut évaluer la quantité à 60 grammes environ, tandis que, du côté opposé, on peut l'évaluer au double.

Du reste, les poumons sont sains et ne paraissent pas renfermer de tubercules.

Il n'existe aucune lésion dans les autres organes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 2 janvier 1844. — Présidence de M. Belhomme.

Correspondance. — Demande d'admission de M. le docteur *Bourdet*, avec envoi d'un mémoire sur *le Sommeil et les Songes.*

Commissaires: MM. Baraduc, Bonnafont et Gratiot.

— La séance de ce jour est remplie presque entièrement par la révision du règlement, après quoi *M. Baraduc* présente le genou d'un enfant auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse, et dont il rapporte l'histoire en ces termes:

« Le 24 juin 1843, un enfant âgé de douze ans, de Laon, m'est conduit pour me consulter sur une affection du genou gauche. Depuis trois ans, cet enfant avait dans cette région une tumeur indolente survenue sans cause appréciable, et dont la nature est restée indétermi-

née. Huit à dix mois avant son arrivée à Paris, il s'est heurté le genou contre un corps dur; à partir de cette époque, l'articulation a augmentée de volume, est devenue douloureuse, de manière à priver le jeune malade de l'exercice de ce membre. Les médecins de la localité ont traité cette affection pour un abcès de l'articulation. Deux mois plus tard, une ulcération s'est développée à la partie externe et à trois travers de doigt au-dessus du genou, et a donné issue à une grande quantité de pus. Insensiblement l'articulation a diminué de volume, et est presque revenue à son état normal, amélioration momentanée après laquelle elle acquit bientôt des dimensions considérables. Alors cette affection est regardée comme une tumeur blanche. En même temps que le genou redevient plus volumineux, il perd sa forme naturelle pour présenter un aspect sphéroïde. Une fluctuation apparente se manifeste à la partie externe, tandis qu'elle est évidente au côté interne et à la région antérieure; la rotule est poussée en avant et séparée de la surface articulaire correspondante du fémur par un intervalle de 5 à 6 centimètres. Circonférence du genou, 61 centimètres.

» L'amaigrissement de l'enfant est porté jusqu'au marasme. Depuis une quinzaine de jours il tousse; il a du dévoiement, des épistaxis fréquentes. Tel est l'état dans lequel il m'est présenté le 24 juin. Le jour suivant l'auscultation me fournit les caractères d'une simple bronchite; la toux et le dévoiement cèdent aux moyens appropriés. Le 30, une consultation a lieu avec M. Marjolin; l'ouverture de l'articulation ayant été arrêtée, je plongeai un bistouri dans la tumeur située à sa partie externe, et je pus reconnaître alors que cette région était occupée par une masse fongueuse. Immédiatement je pratiquai au côté interne du genou une nouvelle incision qui donna issue à 500 grammes environ de pus; puis, j'appliquai le bandage que j'ai décrit dans ma thèse inaugurale, pour le traitement des plaies pénétrantes des articulations. L'emploi de ce traitement pendant plusieurs mois ayant ramené le genou à son volume normal, j'espérais que le membre pourrait être conservé; mais bientôt les fongosités rendirent l'action du bandage inutile; il fut supprimé. Un nouveau foyer se forma dans l'articulation; le pus fusa entre les muscles adducteurs de la cuisse jusqu'à la partie moyenne de cette région. L'enfant, qui avait repris de l'embonpoint et de la force, retomba, en quinze jours, dans un état de maigreur que des garderobes nombreuses tendaient encore à augmenter. Deux consultations eurent lieu, l'une avec M. Marjolin, l'autre avec M. Bérard aîné. L'amputation fut considérée comme unique ressource, malgré la toux survenue depuis deux jours. Le 16 décembre, je pratiquai l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire, en présence de M. Bérard, que je remercie d'avoir bien voulu assister son ancien élève.

» Trois jours après l'opération, je fis appliquer un emplâtre stibié au-devant de la poitrine. Au bout de quarante-huit heures, de nombreuses pustules se développèrent, et j'eus, les jours suivants, la satisfaction de voir la toux disparaître, ainsi qu'un engorgement qui s'était manifesté deux jours avant l'opération au sommet du poumon gauche, et qui avait fait craindre le développement de tubercules dans cet organe. Huis jours après l'amputation, la cicatrisation a commencé à se manifester; elle marche rapidement.

» L'examen des pièces que je vous soumets montre des fongosités occupant toute la membrane synoviale, ainsi que les ligaments semi-lunaires et croisés qui se trouvent réduits en une masse gélatiniforme. Tous les tissus fibreux de l'articulation sont envahis par ces fongosités, qui les transforment en une substance homogène. La portion externe du triceps crural a perdu son aspect musculaire pour revêtir également le caractère fongueux. Un abcès communiquant avec l'articulation sépare ce muscle de l'os; un second abcès siégeant à la partie interne du genou, et communiquant aussi avec l'articulation, remonte jusqu'à la partie moyenne de la cuisse entre la portion externe du crural, le troisième adducteur, le droit interne et le couturier, circonstance qui a nécessité l'amputation à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur du fémur. Un troisième abcès de formation nouvelle entoure le condyle interne du tibia jusque dans le creux poplité. Les surfaces articulaires présentent les altérations suivantes: La facette externe de la rotule est dénudée de son cartilage dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes; la surface correspondante du condyle externe du fémur offre le même aspect. Sur ces deux points, le tissu osseux est à nu; le cartilage paraît usé par l'absorption interstitielle aidée du ramollissement de la surface cartilagineuse, laquelle, dans toute l'étendue de l'articulation, semble avoir subi une macération prolongée. Le fémur, la rotule et le tibia offrent un léger degré de ramollissement, que je considère comme le résultat d'une vascularisation anormale dont le maximum de développement s'observe dans les tissus fibreux environnants, et constitue les fongosités dont nous avons parlé. Partout les os sont recouverts de leur périoste; seulement cette membrane est richement pourvue de vaisseaux très déliés qui se prolongent dans le tissu osseux, et permettent, par le peu de cohésion de leur tunique, de séparer très facilement le périoste de l'os. Le tissu osseux a l'aspect canaliculé décrit par M. Gerdy, et les petites crêtes osseuses qui forment les parois des petites gouttières, semblent pénétrées d'un suc gélatiniforme: elles paraissent ramollies et privées d'une grande partie du phosphate calcaire. »

Pour compléter cette observation, nous ajouterons les détails suivants, qui nous ont été communiqués par M. Baraduc depuis la présentation de sa pièce anatomique:

« 15 janvier. — La plaie est réduite à la moitié de son étendue, et l'état général du malade fait espérer une prompte guérison.

» Le 3 février, il ne reste de la plaie du moignon qu'un petit trajet fistuleux sans communication avec l'os, et occupant l'espace cellulaire compris entre les adducteurs, le droit interne et le triceps crural; d'ailleurs la cicatrice est solide et le moignon très charnu. L'état général est satisfaisant; l'embonpoint renaît chaque jour sous l'influence d'une nourriture succulente, et de promenades aussi agréables pour le jeune convalescent que la saison peut le permettre. »

Le secrétaire-général, Edouard Louis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Annales médico-sychologiques. Mars 1844.

Recherches sur les névralgies et leur traitement;
Par le docteur E. Hermel.

Ce premier travail de l'auteur a pour but l'exposition des faits relatifs à l'emploi favorable de l'électro-puncture dans le traitement des névralgies. Il rapporte huit observations relatives:

1° A une névralgie traumatique du nerf lombo-sacré et du nerf petit sciatique, datant de cinq mois, guérie par huit applications de l'électro-puncture;

2° A une névralgie du nerf péronier, datant de quinze jours, guérie par trois appplications;

3° A une névralgie sciatique, datant de quatre mois, inutilement traitée par les frictions avec le baume d'opodeldock et l'essence de térébenthine, par les vésicatoires, et guérie par une seule application de l'électro-puncture;

4° A une névralgie sciatique, datant de six mois, guérie par une application;

5° A une névralgie du plexus lombaire, datant d'un mois, traitée pour une maladie des reins par les émissions sanguines, guérie après deux applications;

6°, 7° et 8° A trois névralgies sciatiques dont deux avec paralysie, datant de cinq semaines, d'un mois, de quinze jours, et guéries après quatre et trois applications.

Dans ces névralgies, la douleur avait un siége facile à déterminer pour le malade lui-même; elle était exactement limitée sur un ou plusieurs trajets nerveux. Les douleurs n'ont varié que dans leur étendue; elles ne se sont point transportées d'un rameau nerveux sur un autre rameau. L'auteur insiste sur la parfaite limitation des douleurs, sur la fixité de leur siége, parce que ce sont pour lui les deux caractères principaux d'où il tire l'indication pour appliquer l'électro-puncture.

La santé des malades n'était point autrement altérée. Ces névralgies étaient indépendantes de toute autre maladie. Ce sont donc des névralgies *essentielles* ou idiopathiques que l'auteur a traitées avec succès par l'électro-puncture. L'engourdissement, la paralysie qui ont été notés dans deux observations ne tenaient point à une affection de la moelle; elle n'était qu'un symptôme de la névralgie essentielle.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes:

1° L'électro-puncture convient aux névralgies idiopathiques ou essentielles;

2° La violence des douleurs n'est point une contre-indication à l'emploi de cet agent thérapeutique; jamais sous son influence les douleurs ne se sont exaspérées;

3° La paralysie qui survient dans le cours des névralgies essentielles cède au même traitement.

Il est endore d'autres névralgies où l'on tire de grands avantages de l'électro-puncture, soit comme médication principale, soit comme médication accessoire: l'auteur les fera connaître ultérieurement.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelle formule d'emplâtre agglutinatif; par M. Prestat, pharmacien à Caylus.

Pr. Emplâtre diachylon gommé,	400	grammes.
Poix blanche,	50	id.
Térébenthine de Venise fine,	38	id.

Faire fondre le tout à une douce chaleur; puis, après la liquéfaction, ajouter les deux substances suivantes préalablement réduites en poudre très ténue:

Gomme résine ammoniaque,	12	grammes.
Résine mastic,	12	id.

Mêler exactement, puis étendre S. A. sur des bandes de toile convenablement disposées.

Pendant la durée de la saison froide, il convient d'augmenter de dix grammes la dose de la térébenthine, et en outre d'ajouter à la masse:

Huile d'amandes douces,	12	grammes.

Ce sparadrap, que M. Prestat emploie depuis dix ans, joint à l'avantage d'être fortement adhésif, ceux, non moins précieux pour la pratique, de ne point s'érailler et de ne jamais déterminer d'irritation à la peau. (*Encyclographie médicale.*)

Bols antigoîtreux.

Pr. Charbon animal préparé avec de la corne et purifié S. A.,	16	grammes;
Gomme arabique pulvérisée,	8	id.
Iodure de potassium,	3	id.
Cannelle de Ceylan pulvérisée,	1	id.
Sirop d'écorce d'orange,	Q. S.	

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée entre trente bols bien égaux et roulés dans la poudre de lycopode.

Ces bols, dont la formule est due à M. Righini, se donnent à la dose de deux par jour, un le matin et un le soir.

On doit recommander au malade de les laisser se diviser et fondre lentement dans la bouche. (*Journal de Chimie médicale.*)

NOUVELLES.

M. Chapuis-Montlaville a présenté à la Chambre des députés une proposition tendant à exempter tous les journaux du timbre. Cette proposition est actuellement soumise à l'examen des bureaux, qui décideront si elle doit être prise en considération.

— *Concours pour l'agrégation.* (Section de chirurgie.) — La question à traiter par écrit, pendant cinq heures, a pour sujet: Structure et développement des os; la nécrose.

— La loi sur les patentes a été portée à la chambre des pairs; elle y sera prochainement discutée.

Ce qui n'a pas été dit et ce que les médecins apprendront avec plaisir c'est que cette loi est exécutoire à dater du 1er janvier 1844, et que si elle est adoptée par la chambre des pairs, comme c'est présumable, les médecins seront exemptés de la patente à compter de cette année même.

Prix proposé par la Société médico-pratique de Paris pour l'année 1844.

« Résumer la marche, les causes et les caractères anatomiques de la *méningite et de l'encéphalite aiguës.*

» Donner ensuite une attention toute spéciale à l'interprétation des symptômes précurseurs et concommitants qui éclairent soit le diagnostic positif et différentiel, soit le siége, la nature et l'étendue des lésions du cerveau et de ses membranes, soit les présages de vie et de mort.

» Enfin apprécier la valeur, préciser l'indication et le mode d'emploi des divers moyens curatifs expérimentés contre ces affections dangereuses. »

Ainsi ce sont des recherches séméiologiques et la précision thérapeutique qu'appelle avant tout le vœu de la Société.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Les mémoires manuscrits, revêtus des formes académiques, doivent être adressés franco, avant le 1er janvier 1844, au secrétaire-général, M. Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

MM. les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que MM. les élèves en médecine, sont prévenus qu'une pétition qui les intéresse est déposée, pour recevoir leur signature, entre les mains de M. Chassaignac, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris. S'adresser à M. Chassaignac.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 26 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 36. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Kyste ovarique. — Tumeur de la glande thyroïde. — Epanchement pleurétique.

(Suite du n° 33.)

Des raisons que nous avons exposées avec détails, c'est-à-dire, des ponctions multiples, de la santé générale assez longtemps maintenue, etc., nous avons conclu que c'était dans un kyste qu'était renfermé le liquide, et que ce kyste est formé aux dépens de l'ovaire. La couleur sanguinolente, ou plutôt feuille morte, chocolat, est assez commune dans les kystes de l'ovaire, pour que, observée dans le cas actuel, elle ait encore pu contribuer au diagnostic. M. Barth a reconnu, à l'examen de la malade, l'existence d'une tumeur contenue dans l'abdomen, et présentant environ 45 à 50 centimètres de diamètre. Au moment où nous vous en parlons, cette tumeur a notablement diminué de volume, et n'offre plus guère que celui d'une tête d'enfant. Peut-être, du reste, est-il permis de supposer que la première évaluation avait été un peu exagérée, et que la tumeur n'avait alors environ que le volume de la tête d'un adulte.

Quoi qu'il en soit, à la seconde ponction, cette tumeur parut moins volumineuse qu'au premier examen. Contenues dans le bas-ventre, paraissant indépendantes de l'utérus, il est presque sans exemple que les tumeurs de cette espèce soient autre chose qu'un kyste de l'ovaire. On a parlé, avons-nous dit plus haut, des hydropisies des ligaments larges; mais on a toujours trouvé alors un petite ovaire accolé à la poche remplie de liquide. Ces tumeurs enkystées de l'abdomen qui simulent l'ascite, n'existent jamais chez l'homme. Il faut donc qu'elles aient leur siége dans un organe propre, particulier à la femme. Pour toutes ces raisons, nous considérons donc cette malade comme affectée d'une hydropisie de l'ovaire. Cependant ce qui s'est passé dans les premiers temps de la maladie nous avait donné à penser qu'il y avait un épanchement séreux dans la cavité du péritoine, et une tumeur enkystée de l'ovaire. Dans un cas de la nature de celui-ci, le diagnostic est excessivement difficile. Notre opinion actuelle, après un nouvel examen minutieux, est que ce n'est pas dans la poitrine que ce liquide a son siége. Nous pensons qu'il est renfermé dans une des loges de l'ovaire.

Un ovaire peut présenter une ou plusieurs loges solides, et d'autres remplies de liquides. Les unes, dont les parois sont ordinairement épaisses, renferment une substance de consistance caséeuse, gélatineuse. Telle ou telle loge de l'organe peut être affectée de telle ou telle manière. Dans les kystes multiloculaires, il y a presque toujours une différence dans la nature et l'aspect du liquide de chacune des loges. Ordinairement aussi, dans quelques-unes de ces loges, on trouve un liquide limpide, ou d'une consistance aqueuse, qui est contenu dans la plus spacieuse de ces divisions, comme il arrive probablement dans le cas actuel.

Nous vous avons fait observer que le liquide retiré de l'abdomen était sanguinolent, de couleur brunâtre; caractère qui ne se rencontre presque jamais dans le péritoine. La percussion de l'abdomen fait reconnaître une sonoréité presque normale dans l'un des flancs, le droit, s'il nous en souvient; or, lorsqu'il existe une grande quantité de liquide dans l'abdomen, la sonoréité ne peut persister dans un des côtés que dans le cas où le liquide est renfermé dans une poche. S'il existe en effet une poche à parois minces qui repousse les intestins du côté opposé à celui où elle est développée, un des flancs peut présenter une résonnance tympanique qui n'existerait pas si le liquide était renfermé dans le péritoine lui-même.

Nous en trouvons encore une autre preuve, irrécusable à notre avis, dans ce fait que la ponction ayant été faite dans le côté droit, le kyste qui est resté a présenté encore un énorme volume. Lorsque la seconde fois la ponction a été pratiquée du côté opposé, la tumeur qui est restée dans l'abdomen a présenté un volume beaucoup moins considérable. Ce fait s'explique facilement. Dans le premier cas, on n'aurait vidé qu'un seul kyste; dans le second, la canule du trois-quarts aurait traversé deux poches remplies de liquide, et qui se seraient vidées complétement. Répétons-le, avant de terminer: dans les cas de cette nature, il est excessivement difficile de distinguer et d'indiquer d'une manière précise la présence d'un kyste ou d'un épanchement péritonéal.

Quel est l'ovaire qui est affecté chez notre malade? Nous avons pensé que c'était l'ovaire gauche, dans lequel avait son siége l'épanchement. La malade, soumise à un interrogatoire détaillé et scrupuleux, a déclaré n'avoir pas remarqué qu'un côté du ventre fût devenu gonflé avant l'autre. Dans un grand nombre de circonstances, les malades se rappellent avoir observé qu'un côté de l'abdomen est devenu plus volumineux que le côté opposé, et cela fournit de précieuses indications pour la détermination de l'ovaire malade. Ici, nous n'avons rien pu apprendre par le rapport de la malade. Nous avons essayé de remédier par le toucher à ses notions incomplètes, et voici ce que nous avons constaté. Il y a déviation de l'utérus bien manifeste; le col de la matrice est dirigé à droite et en arrière. Or, d'après les résultats de l'observation journalière, si le col de l'utérus est dirigé en arrière et à droite, le corps devra nécessairement être dirigé à gauche et en avant. Le développement de l'ovaire augmente encore notablement cette déviation de l'orifice de l'utérus à droite, et le toucher par le rectum fait reconnaître une inclinaison forte du corps de l'utérus à gauche. Tout contribue donc à nous faire penser que l'ovaire droit est anormalement développé, et que la tumeur ovarique droite a donné lieu à une hydropisie considérable qui nous paraît avoir son siége dans une des loges de l'ovaire.

Il nous reste à vous faire remarquer un fait extrêmement intéressant, c'est que cette femme chez laquelle toutes les causes se réunissent pour gêner la respiration et la rendre difficile, cette femme, disons-nous, respire au contraire facilement, malgré l'existence de la tumeur qui comprime la trachée-artère, et malgré l'épanchement qui refoule nécessairement le diaphragme. Il n'y a pas d'accélération des mouvements respiratoires, qui sont au nombre de vingt par minute seulement. La malade n'éprouve pas de sentiment d'oppression. Quelque étonnant que puisse au premier abord paraître ce fait, on le comprendra si l'on fait attention à la lenteur avec laquelle s'est développé l'épanchement pleurétique, d'une part; l'augmentation de volume du corps thyroïde s'est faite aussi avec beaucoup de lenteur, et le développement de l'ovaire a suivi une marche analogue. Du reste, cette observation ne doit pas plus étonner pour le cas qui nous occupe, qu'elle n'étonne dans les autres organes. Tous les jours, on voit un petit épanchement de quelques grammes à peine de liquide, mais qui est survenu avec rapidité, causer les plus formidables accidents, et il pourra même entraîner la mort; tandis qu'une tumeur même volumineuse se développera lentement dans l'intérieur du crâne sans donner lieu à des symptômes bien graves.

Parotides. — Quelques réflexions sur cette affection.

Au n° 16 de la salle Sainte-Agnès, a été couché un homme atteint d'une affection qui n'est pas d'une grande gravité, mais qui ne laisse pas que d'être curieuse, et que nous n'aurons peut-être pas occasion d'observer d'ici à quelque temps.

Agé de vingt-deux ans, raffineur dans une sucrerie, habituellement bien portant; il y a dix jours environ, en se réveillant, il s'est aperçu et s'est plaint pour la première fois d'une douleur et d'un gonflement dans le côté droit du cou. Du reste, pas de dérangement dans sa santé générale. Malgré l'augmentation progressive de cette tumeur, il a continué à vaquer à ses occupations, et à manger comme à son ordinaire.

Ce gonflement était déjà un phénomène caractéristique de la maladie dont il allait être affecté. C'est, en général, à une sorte de roideur et de gêne dans les mouvements du cou que l'on s'aperçoit de la première invasion de la maladie connue sous le nom de *parotide* ou *oreillon*. Mais ce n'est que lorsqu'il y a gonflement et commencement de rougeur, que l'on est sûr de sa nature et de son siége. Il n'est aucune partie du corps qui ne puisse, dans certaines circonstances, devenir le siége d'un gonflement pareil à celui-ci. On aurait pu croire, à premiere vue, que ce serait un phlegmon commençant; mais le lieu qu'il occupait dans le cas actuel, devait faire croire à la probabilité d'un oreillon.

Parmi les sujets qui ont succombé, soit à des parotides très volumineuses, soit à d'autres maladies intercurrentes, on a vu, tantôt le mal siégeant dans les grains mêmes de la parotide, tantôt dans le tissu cellulaire interposé à chacun de ces grains. Dans le fait dont il est question ici, la glande parotide elle-même n'est probablement pas envahie par la maladie, et l'on ne trouve aucune trace de tumeur ni de gonflement vers l'angle de la mâchoire. Le gonflement commence au-dessous de cet angle, et s'étend beaucoup plus loin que les limites de la glande. C'est donc, à notre avis, le tissu cellulaire qui est pris, et lui seul.

Tant que le mal a été borné à un seul côté, on aurait pu avoir des doutes encore sur la nature de la maladie. Mais le côté gauche s'est pris au bout de quelques jours, et le gonflement du côté droit a diminué. Or, cette existence simultanée

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les médecins au Salon. — Un syphilographe mis dans l'ombre. — Motifs de cette attention delicate. — Annonce d'un ouvrage. — Un hippiatre et la marquise de X..... — La femme d'un pharmacien peut-elle porter des plumes ? — Conséquences de cette question. — Les pharmaciens et les petits métiers. — Insurrection contre le privilége de l'embaumement. — Monseigneur de Limoges. — L'embaumement est une hérésie. — Un miracle. — Une biographie qui sera sincère. — Un charlatan de Paris en province.

Peu de médecins au Salon cette année, de ceux du moins devant le portrait desquels on s'arrête comme devant des figures de connaissance. J'ai remarqué celui d'un professeur du Val-de-Grâce, en grand costume militaire, un bien bel homme en vérité ! Puis celui d'un syphilographe célèbre à qui le peintre a donné de grosses lèvres de nègre et un teint de bistre qui rendent ce confrère, gentil garçon du reste, presque méconnaissable. J'ai remarqué aussi qu'on l'avait placé dans le coin le plus obscur de la galerie noire, attention fort délicate de la part du directeur du Musée pour les nombreux clients du docteur qui, en voyant son image, auraient bien pu laisser échapper quelque exclamation compromettante. Il n'est pas moins vrai qu'en plaçant ce confrère dans l'ombre, on ne l'a certainement pas mis à sa place. D'après ce qui se dit, ce ne serait pas seulement par la spécialité qu'il exerce avec tant de distinction qu'il se recommanderait à l'attention de ses contemporains et, sans doute, de la postérité. Si je suis bien informé, ce confrère prépare un ouvrage de philosophie transcendante et de morale catonique qui produira une vive impression. Cet ouvrage, que les éditeurs se disputent, et auquel l'illustration doit prêter tous ses attraits, aura pour titre : *Le dix-neuvième siècle vu au spéculum.* Ce titre seul est un chef-d'œuvre, et vous comprenez l'empressement des éditeurs.

— Ces jours derniers, un cheval de la voiture de la belle marquise de X...., s'abattit en revenant du bois. L'animal fut légèrement blessé. De retour à l'hôtel, on court après un médecin vétérinaire. Celui-ci arrive; c'était une des célébrités du genre, membre de l'Académie de médecine, homme fort distingué d'ailleurs. Il examine et fait sa prescription. Mais madame la marquise est inquiète sur le sort de l'animal et veut savoir quelles seront les suites de l'accident de la bouche même du médecin vétérinaire. On l'introduit auprès de la marquise, qui, d'un ton d'aristocratie charmante, le reçoit en lui disant : C'est donc vous qui êtes le médecin des bêtes ? — A votre service, madame, lui répond spirituellement l'hippiatre.

—Tout aux environs de Paris, et dans l'un des villages qui touchent aux barrières, un officier de santé et un pharmacien vivaient en paix. Une poule survint, je dis une, c'étaient deux, et voilà la guerre allumée. Un double mariage avait eu lieu dans la commune; en style anacréontique, le médecin et le pharmacien avaient passé sous le joug de l'hymen. Depuis le *conjungo*, et à la grande surprise du pharmacien, qui n'en pouvait deviner la cause, plus une seule ordonnance n'arrivait à l'officine. Bien plus, il s'informe, et il apprend avec effroi que tous les malades du médecin sont dirigés vers la pharmacie d'un village voisin. Une explication était indispensable, urgente, et le pharmacien la provoque.

— Je viens apprendre les motifs qui vous font éloigner les malades de mon officine.

— Vous devez les connaître; quand un pharmacien s'élève au-dessus de son état et veut écraser le médecin, celui-ci doit lui retirer sa bienveillance.

— Mais, en aucune façon je ne crois être sorti de ma sphère, je n'ai jamais empiété sur les prérogatives de votre profession.

— Au contraire, monsieur, vous affichez dans le pays une suprématie que je ne puis souffrir. Votre femme porte des plumes, et ma femme n'en a pas !....

A cette formidable accusation, qui n'était que trop fondée, le pharmacien resta quelque temps stupéfait. Il retrouva cependant assez de présence d'esprit pour répondre : Ma femme n'a qu'une seule plume; achetez-en deux à la vôtre, et la médecine aura repris le rang qui lui convient.

Cette réponse me paraît digne de Salomon.

Heureusement pour le pharmacien qu'un médecin véritable, un docteur, homme de cœur et de talent, est venu se fixer dans la localité, que son instruction aussi bien que son caractère lui ont attiré la confiance des habitants, et qu'avec celui-ci madame la pharmacienne peut porter des chapeaux empanachés sans que l'officine du mari en pâtisse.

— A propos de pharmacien, ce n'est pas sans surprise que j'ai lu sur les vitrages d'une pharmacie d'une des plus belles rues de Paris, ces mots écrits en grosses lettres : *Nettoyage des gants.* Je croyais me tromper; mais le fait est certain, et un prospectus envoyé à domicile ne permet aucun doute à cet égard. Pour 25 centimes et sur l'heure, ce pharmacien rend à vos gants maculés par l'usage leur éclat et leur fraîcheur. Ce n'est pas tout. Ce cher homme, qui a fait descendre sa science de pharmacologie jusqu'aux plus infimes détails, applique le même procédé, avec un égal succès, aux souliers de satin blanc de nos dames. C'est charmant ! Cela prouve du moins que nous savons guérir sans remèdes, puisque la pharmacie, aux abois, en est à la recherche des petits métiers. Je connais une autre officine où l'on blanchit la blonde à la vapeur, et j'en sais un grand nombre qui, sans leur clientèle d'amateurs de chocolat, ne pourraient payer leur patente. Tous les fins gourmets de Paris savent aussi que le bon vin de Malaga ne se trouve que dans une officine célèbre qui en fait un grand débit. Enfin, il en est une autre qui rivalise avec *Marquis* et la *Porte Chinoise* pour la vente du thé. Je vous dis que bientôt ils vendront des saucissons.

— Voici que l'insurrection contre le privilége de l'embaumement se propage et devient générale. Ce n'est plus seulement à Paris que M. Gannal trouve d'intrépides Marchal (de Calvi), en province ce n'est plus par voie de protestation mais bien par action que nos confrères soutiennent les prérogatives du droit commun. Et par exemple : A Limoges, le vénérable évêque vient de mourir; le cessionnaire du brevet de M. Gannal a invoqué son privilége; d'un autre côté, l'Ecole de médecine de la ville, consultée par le chapitre, a répondu de telle manière que le pauvre cessionnaire a été écarté, et que l'embaumement a été confié aux principaux médecins de la localité. Ceux-ci n'ont pas

de deux affections semblables, cette espèce de gonflement spécial qui se transmet d'un côté à l'autre, ne peut laisser aucun doute sur le genre d'affection à laquelle nous avons affaire.

La maladie connue sous le nom d'oreillon ou de parotide, est rarement sporadique ; le plus souvent elle règne épidémiquement et dans certains lieux et dans certaines saisons ; elle attaque plutôt les enfants que les adultes, à moins cependant qu'elle ne se développe comme complication d'une autre affection plus grave. On la rencontre assez fréquemment à une période avancée de la fièvre typhoïde. Le cas actuel n'est pas sans offrir quelques particularités dignes d'intérêt. Outre que la santé générale a été conservée comme nous l'avons dit, et qu'il n'y a presque point eu de réaction fébrile, voici ce que nous devons vous signaler.

L'affection a commencé par le côté droit, et lorsque le côté gauche s'est pris, elle a abandonné peu à peu le premier point dans lequel elle avait siégé. Depuis vingt-quatre heures le mal s'est reproduit du côté droit, en gagnant la partie inférieure du cou, séparé seulement de la portion supérieur du rectum par un ou deux travers de doigt. La mobilité de l'affection quant aux points qu'elle occupe et envahit successivement, est un des caractères principaux qui les différencient ; toutefois, nous pouvons dire qu'Hippocrate a peut être un peu exagéré quand il a dit que souvent les parotides se terminent par métastase, et qu'elles se portent souvent sur les mamelles chez la femme, sur le scrotum chez l'homme. Je n'en ai vu qu'une se porter ainsi chez l'homme sur le scrotum ; mais encore dois-je dire, pour être vrai, que cet homme avait une blénorrhagie, et l'on voit que le fait n'est pas à l'appui d'Hippocrate.

La parotide diffère du phlegmon ordinaire ; il est rare qu'elle se termine par suppuration, tandis que cette terminaison est la plus fréquente du phlegmon. Un autre caractère, c'est la mobilité de la parotide, mobilité dont nous avons déjà parlé. Le phlegmon est une affection essentiellement fine. Cette mobilité donne à la parotide un cachet spécial. Elle tire encore un caractère spécial de ce fait que, dans certaines localités, un grand nombre d'enfants en seront atteints.

Dans une période avancée du typhus, dans la peste et dans un assez grand nombre de maladies de ce genre, contagieuses ou non, mais évidemment de nature spéciale, il survient quelquefois un gonflement de la glande parotide et de la région environnante. Il en est quelquefois de même dans les maladies inflammatoires franches, telles que la pneumonie, mais c'est beaucoup plus rare. On a voulu à tort, selon nous, rapprocher ces oreillons survenus dans le cours d'une affection aiguë intense de ceux qui se développent spontanément et sans cause connue. Mais il y a entre ces deux genres d'affections de grandes différences, non-seulement sous le rapport de l'étiologie, mais sous celui de la marche, du pronostic et du traitement. Il en est des parotides comme de l'érysipèle. Peut-être ne serait-il pas impossible de rapprocher par un point de contact l'érysipèle spontané, dont nous avons parlé au commencement de cette clinique, et l'érysipèle grave, ordinairement mortel, qui se développe chez des sujets sérieusement malades d'autres affections.

Le traitement des oreillons, tels que nous l'avons mis en usage sous vos yeux, est extrêmement simple, comme vous avez pu le voir vous-mêmes. Le plus ordinairement et lorsque l'affection n'est pas très grave, une médication active et énergique est inutile. On se borne alors aux cataplasmes narcotiques, de farine de lin, par exemple, arrosés de laudanum. Si l'abcès menaçait d'être grave et étendu, et que l'on eût la crainte de ne pouvoir en obtenir la résolution, il faudrait appliquer quelques sangsues. Au besoin même, et si l'on avait des craintes sérieuses, il ne faudrait pas reculer devant une saignée du bras.

Il est rare que la maladie dure plus de dix à douze jours, quel que soit le traitement que l'on ait employé, à moins qu'elle ne soit excessivement grave et intense. Il est souvent utile d'insister sur les agents thérapeutiques susceptibles de provoquer une augmentation dans les sécrétions et les excrétions. Mais dans ces cas il est plus avantageux de recourir aux diurétiques qu'aux diaphorétiques ; les conditions sous l'influence desquelles s'opère la transpiration cutanée déterminant facilement une congestion vers la peau, qui aggrave encore inutilement, et d'une manière fâcheuse, l'afflux sanguin dirigé sur les tissus de la région parotidienne.

Le traitement consiste plutôt à éloigner les circonstances qui pourraient déranger la marche de la maladie qu'à agir directement sur le point affecté et non sur la cause présumée qui l'a produite. On prescrira de même le repos de la partie malade, la diète et l'immobilité de la mâchoire inférieure. En somme, et pour nous résumer, les parotides ne constituent presque jamais une affection véritablement sérieuse, même quand elles sont étendues, à moins qu'elles ne surviennent pendant le cours et comme complication spéciale d'une affection grave antérieure.

Le surlendemain, M. Chomel fait remarquer de nouveau à ses auditeurs la mobilité excessive qu'a présentée l'affection dans ce cas particulier. La tumeur, qui occupait d'abord le tissu sous-parotidien du côté droit, et qui s'était portée au côté gauche, s'est depuis trois jours bien décidémment reportée sur le côté droit, et le gonflement de la région parotidienne gauche a diminué. Les douleurs du côté droit ont augmenté, dont devenues de plus en plus vives, surtout à la moindre pression. La rougeur est aujourd'hui bien manifeste, et du pus s'est formé : on sent une fluctuation évidente.

La suppuration, rare avons-nous dit plus haut dans les oreillons considérés en général, est plus commune après ceux qui sont spontanés et ne compliquent pas les maladies typhoïdes. Chez notre malade l'abcès se forme avec assez de rapidité, et tout porterait à espérer que cet abcès se viderait naturellement par une ouverture spontanée produite par l'amincissement de la peau. Mais comme l'abcès est tout à fait dans le voisinage du thorax, que sa base même est cachée derrière la clavicule, il y aurait du danger à le laisser s'ouvrir ainsi : on pratiquera donc une ponction à deux ou trois travers de doigt de la clavicule, et dans quelques jours toute trace de suppuration aura disparu.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

RÉSUMÉ DU SERVICE DURANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1843.

(Suite et fin du n° 34.)

Nous avons reçu à peu près exclusivement dans la saison froide et humide, vingt vieux *tousseux*, pour me servir de l'expression favorite d'un vieux médecin des hôpitaux : malades atteints de *bronchite chronique* ou d'*emphysème pulmonaire*. Les individus affectés de ces infirmités traversent en effet assez bien la saison d'été, mais reparaissent à l'hôpital dès les premières lueurs de froid ou d'humidité ; quatre étaient déjà dans le service au mois de janvier ; les autres y sont venus successivement. Ils étaient emphysémateux ; les neuf autres souffraient de catarrhe chronique. Le traitement a consisté en boissons adoucissantes, un peu d'opium au besoin. A vrai dire, cela est peu de chose ; l'éloignement des mauvaises conditions atmosphériques est le point principal, et une belle journée soulage plus les malades que tout l'arsenal de la matière médicale. Néanmoins je dois noter les bons effets du stramonium fumé par les emphysémateux ; ils s'en sont tous remarquablement bien trouvés.

Deux malades, un homme et une femme, avaient une *ascite*, qu'il a été impossible de rapporter à aucune autre lésion. Chez l'homme, la compression a été essayée sans succès au moyen d'un bandage fabriqué tout exprès pour cet usage.

Trois malades sont entrés dans le service pour y être traités d'accidents *syphilitiques*. L'un avait une exostose du tibia et a voulu sortir trop tôt, pour que nous ayons pu rien obtenir de remarquable d'un traitement commencé. Un deuxième a été guéri d'accidents du côté de la peau, par l'administration du sirop de Cuisinier, continué cinq semaines à la dose de 30 grammes par jour. Il prenait en même temps des bains simples et des bains de sublimé ; ceux-ci ont été au nombre de dix ou douze. Le dernier malade est une jeune fille, encore dans les salles ; le traitement a été le même, c'est-à-dire, le sirop de Cuisinier à la dose quotidienne de 30 grammes. Les symptômes étaient des gommes et des excroissances à la partie interne et supérieure des cuisses, à la vulve, à l'anus. Sur ces divers points on a pratiqué l'excision et la cautérisation des parties malades ; enfin des embrocations avec une solution de sublimé, 3 grammes pour un litre d'eau. La malade est presque guérie.

Deux cas de *purpura hemorrhagica* se sont présentés dans le service. Une jeune fille est venue pour des pertes utérines très abondantes ; prise aussi très fréquemment d'épistaxis ; couverte des taches hémorrhagiques sous-cutanées qui caractérisent cette affection. Des causes de misère profonde expliquaient très bien ces accidents. Nous avons obtenu dès les premiers jours une grande amélioration ; mais la malade a voulu sortir très peu de temps après son entrée. Elle n'a séjourné qu'une semaine ; il était difficile d'être arrivé déjà à un grand résultat. Le second malade est un marchand des rues, qui a été pris de l'affection pour laquelle nous l'avons traité, après six mois d'une vie très misérable et vivant d'ailleurs fort mal dans les meilleurs moments. Il était couvert de taches sous-cutanées ; avait les gencives molles et saignantes ; était sujet à des hémorrhagies fréquentes par l'anus ou les fosses nasales. Il a été mis à l'usage d'une décoction acidulée de quinquina ; prenait chaque jour une potion avec le quinquina, et autant que possible un régime substantiel. Au bout de quarante-deux jours il sortit en très bon état. Il aurait mieux fait de prolonger encore son séjour à l'hôpital et le traitement qu'il y suivait ; mais se trouvant bien, il a préféré s'en aller plus tôt, déjà pris d'ennui, compagnon à peu près inséparable de l'oisiveté.

— Je pourrais m'arrêter, car véritablement j'ai parlé de tous les malades qui ont été admis dans le service. En les récapitulant, je formerai un total de 382 : 271 hommes et 111 femmes. Cependant en parcourant mes notes, où j'ai inscrit avec la plus grande fidélité tous les individus admis dans les salles, j'en compte près de cent quarante dont il n'a pas été question, ; et, pour la plupart, j'hésite à les nommer malades.

Quelques femmes venues peu après leur accouchement avec des signes de métrite très légère, rapidement dissipés par un peu de repos et des bains. Deux ou trois blennorrhagies ; des diarrhées de date récente, guéries en quelques jours avec du régime, etc., etc. Ceux-là sont les plus malades ; et, d'après ces exemples, on comprend mon hésitation à donner le nom de malades ; à plus forte raison cette qualification ne convient pas aux individus suivants :

Nous avons souvent donné asile à des ouvriers malheureux venant travailler à Paris, et pour le moment incapables du plus léger travail. Ils étaient, en effet, exténués par une longue route faite à pied ; car toutes les provinces vomissent ici leurs enfants. La fatigue n'est pas une maladie ; mais ces gens manquent de la moindre ressource en arrivant à Paris. Il faut donc leur ouvrir les hôpitaux, à défaut d'Hôtel-Dieu, dans le sens primitif du mot et dans la destination primitive de la maison. — Des bains et surtout du repos, voilà tout le traitement.

Une autre classe d'individus fatigués vient des fortifications. On demande aux ouvriers employés à ces travaux une somme de besogne au-dessus des forces humaines. Les ouvriers résistent à ces travaux forcés pendant un temps plus ou moins long, suivant leur vigueur différente ; mais presque tous finissent par être obligés de s'arrêter. Ils viennent alors à l'hôpital se reposer, nullement malades d'ailleurs, mais pliant sous le faix. A une certaine époque, quelques journaux ayant parlé d'une épidémie de fièvre typhoïde parmi les ouvriers des fortifications, la police s'enquit soigneusement auprès de l'administration des hôpitaux de la maladie de chacun des travailleurs que celle-ci recevait dans ses établissements. Le directeur de la maison à laquelle j'étais alors attaché, ne se contentait pas de l'annotation mise sur la pancarte ; il venait s'informer lui-même, auprès de l'interne du service, touchant les ouvriers des fortifications. Chaque fois je répondais que la fièvre typhoïde était une chimère, mais qu'il importait de

---

hésité un instant à embaumer le prélat suivant la méthode par injection qui, par jugement et par arrêt, est évidemment rentrée dans la pratique commune. Ce qu'il y a de certain, c'est que le corps du prélat, exposé pendant huit jours à la vénération des fidèles, puis porté processionnellement dans la ville, n'a donné aucun signe de décomposition. Il paraît démontré, en effet, que par d'autres liquides que celui dont le privilége repose sur un brevet, on peut arriver à une conservation analogue. Eh, mon Dieu ! n'est-ce donc point assez ? Quelle est donc cette prétention, renouvelée des Pharaons, de ne pas vouloir rendre au réservoir commun les éléments de notre matérielle nature ? Vous croyez à l'âme et à son immortalité, et vous prenez souci de sa grossière enveloppe ! N'êtes-vous pas en opposition — je soumets ceci aux casuistes — avec le dogme catholique ? Que vous dit l'Église au premier jour du salut temps de carême où nous vivons ? En humiliant votre front sous ta cendre, elle prononce ces austères paroles : *Pulvis es, et in pulverem reverteris.* Comment donc s'accomplira cet enseignement sublime avec nos modernes embaumeurs ? Car, depuis les infortunes judiciaires de M. Gannal, les académies sont envahies par les conservateurs plus ou moins orthodoxes du corps humain. C'est à ne plus s'y reconnaître, et ceux qui prévoient les choses de loin, doivent être fort embarrassés à cet endroit pour leur volonté dernière. Le plus phénoménal de tous est assurément celui qui fait servir à cet usage l'électro-chimie. Vous êtes mort, c'est bon ; voulez-vous être conservé sous une enveloppe de bronze, ou de platine, ou d'argent, ou d'or ? Vous n'avez qu'à parler ; par le procédé Ruoltz — qui à coup sûr n'en prévoyait pas cette application — vous êtes transformé en un de ces métaux inégalement précieux, et votre enveloppe cutanée va se recouvrir d'une couche métallique inoxydable et indestructible. J'ai vu le cadavre d'un enfant ainsi préparé ; c'est curieux, je le confesse. Donnez, dirai-je à l'inventeur, un peu de vie à ces chairs flasques, un peu de fermeté à ces muscles éteints, une attitude à ce corps qui a cédé aux lois de la pesanteur, et de ce cadavre vous ferez un admirable bronze. Mais j'en reviens à mon *Pulvis es*, tout cela me paraît peu canonique. J'ai regret de voir des évêques se faire injecter cette hérésie dans le système artériel, et diminuer d'autant la surnaturalité du magnifique miracle qui doit s'accomplir dans la vallée de Josaphat.

— A propos de miracle, je vais vous en dire un qui n'est pas le moins extraordinaire ; c'est un biographe qui promet de n'être ni flatteur, ni méchant, ni complaisant, ni satirique, de ne spéculer ni sur l'adulation, ni sur le scandale, et d'être toujours vrai, sincère, impartial et désintéressé. Oui, lecteur ébahi, tout cela sera tel que je viens de vous le dire. L'auteur d'un ouvrage qui va paraître sous ce titre : *Biographie des Médecins de Paris*, m'a fait l'honneur de me rendre visite ; il m'a exposé son but, son plan, ses intentions, et j'ai trouvé tout cela loyal, utile, digne d'estime et d'encouragement, et comme je le pense, je le dis. Cet ouvrage bien exécuté, et je ne doute pas de sa bonne exécution, peut avoir une grande portée sur les conditions morales des médecins de Paris. Que chacun de nous soit jugé sur ses œuvres ; que notre valeur intellectuelle et morale soit appréciée par un homme de cœur et de conscience, qu'il expose avec impartialité, mais sans faiblesse, ce que nous avons dit et fait, et j'estime que la publication de cet ouvrage ne sera pas sans influence sur le corps médical parisien. L'utilité n'en sera pas moindre pour nos confrères des départements, qui ne nous jugent souvent qu'à travers les conditions d'erreur et d'infidélité que donne la distance. A ce sujet, je peux citer un fait que m'a raconté l'auteur même de l'ouvrage, et qui prouve à quelles chances d'illusions les médecins de province sont exposés à notre égard. Il arrive dans une petite ville de province ; il trouve les médecins du pays dans l'attente d'un grand médecin de la capitale, dont les conseils avaient été demandés par un malade important. Ce *grand* médecin avait écrit qu'il arriverait tel jour, à moins que sa haute clientèle ne s'y opposât, à moins surtout qu'*il ne fût appelé à la cour.* Or, savez-vous qui était ce médecin ? Le plus impudent de tous les charlatans de notre beau pays de France et de Navarre, celui qui a poussé la charlatanerie jusqu'aux dernières limites de l'absurde ; celui que nos pharmaciens, à bon droit, détestent et maudissent, car ses pharmaciens, à lui, sont le boucher et le marchand de vin.

Nos confrères de la petite ville, édifiés par l'auteur de la biographie sur le grand médecin parisien, refusèrent de se trouver en consultation avec cet homme.

Jean Raimond.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 mars 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Durand (de Lunel) adresse un mémoire sur la qualité électrique du sang. L'auteur reproduit dans ce travail un chapitre d'un ouvrage qu'il a récemment publié sous ce titre : *Nouvelle théorie de l'action nerveuse*, et dans lequel il cherche à démontrer que le sang a des propriétés électro-positives.

— *M. Autier*, médecin à Amiens, adresse une boîte contenant divers échantillons d'une charpie vierge faite avec les déchets des fils de lin des fabriques et des tisserands. Ces déchets sont coupés, avant le blanchissage, à la longueur de la charpie ordinaire, afin que chaque bout *soit moins* anguleux ; d'autres sont arrachés après à l'aide d'un ancien instrument appelé *loup*, sorte de tambour hérissé de grosses pointes. Le blanchissage est celui des fils ; le lessivage ensuite, bains de chlore, lavage, second lessivage, afin de donner à la charpie beaucoup de souplesse. La charpie ainsi préparée est parfaitement ouverte, très douce au toucher, et ne contient aucun détritus pulvérulent. Son prix est très inférieur à celui de la charpie en usage.

— *MM. Natalis Guillot* et *Melsens* adressent la lettre suivante : L'Académie a bien voulu accepter le dépôt d'un billet cacheté que nous lui avons adressé dans la séance du 9 octobre 1842. Ce billet contient le résultat d'expériences faites sur l'iodure de potassium employé contre les tremblements mercuriels.

Depuis cette époque, de nouvelles investigations nous ont autorisé à croire que l'emploi de la même substance pouvait être utile à tous les individus affectés de maladies saturnines.

Nous avons la certitude de la guérison de plusieurs malades. Il ne nous reste plus qu'à désirer de nouvelles observations.

Jusqu'à présent, nous avons administré l'iodure de potassium seul, en laissant du reste les malades prendre, lorsqu'ils le peuvent, leur nourriture habituelle.

Nous portons successivement la dose du médicament jusqu'à quatre ou six grammes par jour ; deux ou trois centigrammes d'iodure nous ont paru suffire à un traitement complet.

réformer la mesure du travail.

Je répète ici la même observation, parce qu'elle résulte de ce que j'ai vu, et surtout parce que c'est une question de santé publique, qu'on s'étonne de voir méconnue dans les travaux confiés à la direction du gouvernement.

Une partie importante de la pratique du médecin consiste à veiller sur la santé publique; je restais donc dans le cadre pratique auquel je me suis restreint, en exposant les réflexions qui précèdent.

Parmi les individus compris dans les 140 dont nous parlons, figurent dix ou douze aliénés paralytiques et épileptiques, lesquels ont été transférés dans les deux hospices destinés à la vieillesse, Bicêtre et la Salpêtrière. — Cinq ou six autres ont à peine traversé les salles où ils avaient été placés par erreur, leur maladie étant du ressort de la chirurgie.

Enfin il faut mentionner les paresseux, qui cherchent, en entrant à l'hôpital, les moyens de passer une semaine dans l'oisiveté. Ils sont assez nombreux; se plaignent de douleurs, ont reçu des coups ou fait quelque chute. Ici le meilleur traitement est la diète, et ce que M. Velpeau nomme les ventouses expulsives: ventouses scarifiées appliquées avec un bistouri très ébréché. — J'ai cru remarquer que les gens se disant ainsi malades, choisissent assez volontiers pour maladie la fièvre intermittente, avec accès éloignés. La raison est aisée à comprendre. Le médecin veut attendre le prochain accès; celui-ci manquant, il attend le deuxième; et de la sorte une semaine est gagnée. Ou bien l'accès arrive en effet, mais dans un moment où personne n'a vu le prétendu malade; on prescrit du sulfate de quinine, qui n'est pas pris ordinairement, et du temps est gagné. — J'aurais, à la rigueur, pu noter quelques fièvres intermittentes; mais elles ont guéri trop facilement, et, malgré mes vives recommandations aux employés des salles, je n'ai pu assister aux accès. Aussi je m'en suis méfié, et j'ai préféré ne pas considérer ici comme bien authentique ce qu'à bon droit j'avais lieu de croire suspect.

Une dernière réflexion à propos de ces 140 individus. Les médecins du Bureau central les ont envoyés de préférence dans notre hôpital, réservant les places du centre pour les malades qui ne peuvent faire ou supporter un long trajet. Mais lorsque nos salles ont beaucoup de lits vacants, ces malades y viennent dans une proportion vraiment abusive; ainsi, tout récemment, la salle d'hommes a été rouverte après des réparations qu'il avait fallu y faire: dans la première journée, 35 individus ont été envoyés par le Bureau central, sur lesquels à peine quelques-uns, non pas sérieusement, mais réellement malades.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GERDY.

Luxations de l'humérus. Réduction par la méthode ascendante (procédé de M. Gerdy).

Depuis le 1er janvier, nous avons reçu successivement dans le service quatre malades atteints de luxations; toutes les quatre appartenaient à l'articulation scapulo-humérale, qui est, de l'aveu de tous les chirurgiens, le siége le plus fréquent de cette affection.

Deux de ces luxations affectaient des hommes adultes de vingt-huit et trente-cinq ans; toutes les deux étaient complètes et *axillaires*.

Les deux autres, dont nous allons donner quelques détails, étaient sous-claviculaires, et siégeaient sur des femmes.

1° *Luxation sous-pectorale.*

Geneviève Lacroizelle, âgée de quarante-sept ans, marchande des quatre saisons, est entrée le 4 janvier 1844, et couchée au n° 2 de la salle Sainte-Rose.

Elle nous apprend fort peu de chose sur la cause de sa luxation: elle nous dit seulement qu'en voulant se coucher, elle tomba en bas de sa chaise sur le côté gauche, et qu'elle ne se rappelle pas si le bras était écarté du corps ou s'il était rapproché; mais une petite plaie contuse qu'elle porte à la partie interne du coude semblerait indiquer qu'elle voulut se préserver avec son bras. Le coude étant écarté du tronc, la luxation a dû se produire d'après le mécanisme qui est propre à ce genre de luxations.

C'est la sixième fois que cet accident lui arrive; chaque fois, il fut produit par une chute: la première fois, c'est en tombant en bas d'un trottoir.

L'épaule et le bras droits présentent des altérations de forme assez prononcées. En effet, on remarque au-dessous de l'acromion une excavation produite par la sortie de la tête de l'humérus hors de la cavité glénoïde, excavation surmontée par une saillie très prononcée que forme l'acromion; le muscle deltoïde est aplati; la rondeur de l'épaule a disparu; l'axe du membre est dévié en dedans et croise la clavicule; le bras présente une ligne courbe dont la concavité est tournée en dehors; il n'est pas plus court que celui du côté opposé lorsqu'il est rapproché du tronc; mais si on les tient dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps, on trouve que le bras malade a près de deux centimètres de moins que le bras non luxé. Le coude est éloigné du tronc de 4 centimètres environ, et légèrement porté en arrière; la douleur, qui n'est pas bien vive, augmente par les mouvements du bras; elle augmente aussi lorsque la malade porte la tête du côté opposé, mais elle diminue quand elle la penche du côté luxé. Comme elle a beaucoup d'embonpoint, on sent difficilement la tête de l'humérus au-dessous de la clavicule, et en imprimant un léger mouvement de rotation au bras, on voit la tumeur formée par la tête de l'humérus obéir à ce mouvement.

Traitement. Réduction de la luxation par la méthode ascendante, indiquée par White et par Thompson en 1761, et bien décrite par Mothe, de Lyon, en 1776. Cette méthode, pendant plus de vingt années, est restée dans un oubli complet; de sorte qu'en 1830, lorsque M. Malgaigne publia un mémoire où il remettait en lumière les véritables bases de la réduction des luxations de l'épaule, en les établissant, non pas, il est vrai, sur l'observation, mais sur des données purement anatomiques, il put croire, et plusieurs autres avec lui, que cette méthode était nouvelle. Quoi qu'il en soit, c'est cette méthode que M. Gerdy emploie pour réduire les luxations sous-pectorales; car c'est d'après elle, dit-il, que les muscles ont le plus de relâchement. La méthode ascendante a subi quelques modifications entre les mains de ce chirurgien. Par les détails que nous allons donner, on pourra se former une idée du procédé qu'il met habituellement en usage.

La malade, horizontalement couchée, appuie l'épaule luxée contre le montant du lit, en interposant, toutefois, un oreiller pour ne pas la blesser; de cette manière, l'omoplate est solidement fixée, de sorte que l'on peut faire les efforts nécessaires sur le membre sans craindre de voir la contre-extension céder. Le lacs extenseur est appliqué sur le poignet au moyen d'une bande convenablement serrée, et qui enveloppe toute la main.

Trois aides tirent graduellement et horizontalement sur ce lacs, de manière à porter le bras en haut, après lui avoir fait décrire un demi-cercle, depuis la juxtaposition au tronc, jusqu'à la juxta-position à la partie latérale de la tête, de sorte que les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit-rond, deltoïde, etc., sont successivement relâchés; en même temps, on fait éprouver au bras un léger mouvement de rotation en dedans, et la rentrée de la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde est accompagnée de claquement. Le bras est rapproché du tronc avec précaution, et maintenu dans cette position par un bandage de corps médiocrement serré. Des compresses imbibées d'eau blanche sont appliquées sur l'épaule; on donne à la malade deux portions d'aliments; de la limonade pour boisson.

Le 6, la douleur de l'épaule n'a pas diminué. Le pouls est fort et donne 80 pulsations. Saignée de 300 grammes.

Le 7, elle souffre moins; pas de fièvre.

Les 8 et 9, très peu de douleur. On laisse toujours le bras rapproché du tronc et maintenu par un bandage de corps seulement.

Le 15, elle sort guérie.

2° *Luxation sous-pectorale; tentative infructueuse pour réduire la luxation par la méthode à extension dirigée en haut, la malade étant assise. Réduction facile par la même méthode, par le procédé de M. Gerdy. Fracture du radius.*

Le 2 janvier, Jeanne Ch....., âgée de soixante-cinq ans, portière, rue de Bièvre, 28, voulant mettre le pied sur une échelle pour descendre d'une soupente où elle couche habituellement, fut précipitée d'une hauteur de deux mètres et demi sur le parquet de sa loge. Comment est-elle tombée, et sur quelle partie du corps a porté le choc? C'est ce qu'elle ignore complétement. Le fait est, qu'immédiatement après sa chute, elle se releva, remonta dans son lit, et après une heure de repos elle reprit ses travaux quotidiens. Cependant, la douleur ne disparaissant aucunement, et l'empêchant, dit-elle, de tirer son cordon, elle se décida à venir demander un lit à l'hôpital.

A son entrée, nous trouvons la malade dans l'état suivant:

L'épaule et le bras gauches présentent des altérations de formes assez prononcées pour attirer toute notre attention et nous faire soupçonner une luxation scapulo-humérale. En effet, M. Gerdy nous fait remarquer, au-dessous de l'acromion, une excavation produite par la sortie de la tête de l'humérus, hors de la cavité glénoïde, excavation surmontée par une saillie très prononcée que forme l'acromion; la rondeur de l'épaule est détruite par suite de l'aplatissement du muscle deltoïde et du déplacement de la tête de l'humérus; l'axe du membre, considérablement dévié, se dirige en dedans, de manière à croiser la clavicule et à présenter à l'œil une ligne courbe dont la concavité est tournée en dehors; le bras présente un raccourcissement d'un centimètre, et le coude est éloigné du tronc et porté en arrière; si l'on essaie de le rapprocher, la malade crie et s'oppose aux tentatives que l'on veut faire pour arriver à ce résultat. On peut sentir la tête de l'humérus au-dessous de la clavicule, et, lorsqu'en saisissant le coude, on imprime un mouvement de rotation au bras, on voit la tumeur formée par la tête de l'humérus obéir à ce mouvement. Les douleurs ne sont pas fortes, mais les mouvements sont entravés.

Après les remarques que nous venons de faire, le diagnostic n'est plus difficile; il est évident que nous avons affaire à une luxation sous-claviculaire.

Ce n'est pas tout; l'avant-bras offre aussi des altérations de forme bien manifestes; il présente une dépression vers son bord externe, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, ce qui fait que le diamètre transversal du bras est diminué; la main est légèrement déviée en dehors; les mouvements de pronation et de supination sont difficiles, la partie supérieure de l'os n'y participe pas. Le siége fixe de la douleur, et l'absence de résistance à la pression, enfin la crépitation qui se fait sentir et entendre distinctement ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fracture transversale du radius, vers la partie inférieure de son tiers moyen.

Indépendamment des lésions dont nous venons de parler, la malade, qui paraît du reste d'une santé robuste, présente des contusions dans plusieurs parties du corps.

Traitement. On commença par réduire la luxation, en essayant d'abord la méthode ascendante. On fit asseoir la malade par terre sur un coussin; puis, ayant fait fixer l'omoplate par les mains d'un aide, le chirurgien tira le bras directement en haut. Les efforts ne purent suffire pour réduire la luxation. Alors M. Gerdy eut recours au procédé qu'il emploie souvent et qu'il regarde comme le plus propre pour ce genre de luxation; c'est celui que nous avons décrit tout à l'heure. Ici on fut obligé de modifier la manière de pratiquer l'extension, à cause de la fracture du radius: un aide saisit le bras au-dessus du coude, le tira graduellement en lui imprimant un léger mouvement de rotation en dedans; bientôt on put entendre le bruit qui accompagne la rentrée de la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde. Le bras est aussitôt abaissé avec précaution et maintenu contre le tronc par un bandage de corps.

La luxation réduite, on s'occupe de la fracture du radius; on met l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras, seulement on a soin de porter la main dans l'adduction et de la maintenir dans cette position au moyen d'une boulette de charpie placée entre les deux attelles, sur la partie externe du poignet au-dessous du bandage roulé. Des compresses imbibées d'eau blanche sont placées sur l'épaule et autour du bras malade.

Le soir la malade se plaint d'être trop serrée; on lève l'appareil et on le remet immédiatement.

Le 13, on abandonne le bandage contentif du bras; on renouvelle le pansement de l'avant-bras.

Tous les huit ou dix jours on resserre l'appareil, et ce n'est que le 15 mars que la consolidation du radius est assez bien établie pour permettre à la malade de se servir de son bras.

A. T.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité analytique de la digestion considérée particulièrement dans l'homme et dans les animaux vertébrés; par N. BLONDLOT, D.-M., professeur-adjoint de chimie à l'école de Nancy, etc. Paris 1843. 1 vol. in-8° de 471 pages; chez Fortin, Masson et compagnie.

Il est peu de sujets, en physiologie, qui aient été l'objet de plus de recherches que la digestion et les phénomènes qui la constituent. Cependant, ce qu'on pourrait appeler la monographie de cette fonction capitale restait encore à peu près à faire. Des travaux nombreux existent, mais disséminés; les traités généraux y consacrent certainement un chapitre étendu, mais nulle part on ne trouve réunis la substance de ces travaux divers avec la critique et l'appréciation qui conviennent aujourd'hui. Nulle part surtout on ne trouve ces matériaux colligés par un physiologiste exercé qui, à l'appui ou à l'encontre des théories diverses, puisse apporter le fruit de ses recherches propres et de ses expériences personnelles. Tel est le mérite principal de l'ouvrage dont nous avons à nous occuper en ce moment. C'est tout à la fois une œuvre d'exposition par la richesse de l'érudition qu'il renferme, une œuvre de doctrine par les points de théorie nouvelle qu'il renferme, une œuvre de critique par ses appréciations et la discussion qui les accompagne, une œuvre d'expérimentation enfin par les faits neufs et intéressants qu'il fait connaître. Combien peu de livres en ce moment présentent cet ensemble de qualités! Aussi n'hésitons-nous pas à dire déjà que l'ouvrage de M. Blondlot est une des productions les plus honorables de notre époque, qu'il mérite sous tous les rapports l'attention du monde savant.

Dans une introduction historique l'auteur passe en revue toutes les opinions, toutes les théories, tous les travaux qui depuis Hippocrate jusqu'aux temps les plus récents se sont produits sur la scène scientifique. Ce n'est pas une énumération stérile et froide, c'est un tableau animé où chaque théoricien, chaque observateur, chaque expérimentateur, paraît dans son jour véritable, et auquel l'auteur demande exactement et sévèrement compte de sa théorie, de son expérience, de son observation. Il examine successivement la doctrine de la coction, de la fermentation, de la putréfaction, de la dissolution, les travaux de Réaumur, de Spallanzini, de Dumas et de Chaussier, de Montègre, de Wilson Phillip, de MM. Leuret et Lassaigne, de MM. Tiedemann et Gmelin, de MM. Prevost et Le Royer, du docteur Schultz, du docteur Beaumont, du docteur Prout, du docteur Eberle, de MM. Sandras et Bouchardat. En terminant cet exposé critique des principales théories émises jusqu'ici pour expliquer la digestion, l'auteur dit avec juste raison: « En les parcourant le lecteur a pu se convaincre du peu d'accord qui règne entre elles, non-seulement relativement aux vues générales, mais même relativement aux faits qui paraissent les plus simples et les plus faciles à constater..... Il résulte de là que dans le travail auquel nous devons nous livrer nous ne saurions admettre aucun des faits contestés sans leur faire subir auparavant une scrupuleuse vérification. Démêler les vérités enfouies pêle-mêle avec les erreurs et les hypothèses dans les archives de la science, les soumettre de nouveau à l'épreuve de l'expérience, les coordonner, combler les lacunes par de nouvelles observations, de manière à pouvoir en former un tout systématique, tel est le but difficile que nous nous proposons. » Nous avons cité ce passage parce qu'il expose nettement le but de l'auteur et qu'il fait connaître, mieux que nous n'aurions pu le faire, le caractère général de son livre.

Viennent des considérations générales étendues, dans lesquelles l'auteur, avec les physiologistes modernes, considère la muqueuse du canal alimentaire comme un tégument interne qui n'est que l'image du tégument extérieur. Là se rencontre une idée hardie qui ne sera peut-être pas généralement admise; savoir: que les aliments qui sont dans l'estomac doivent être considérés comme étant en dehors de l'individu; que conséquemment, la digestion se faisant en dehors de l'organisme, les aliments ne doivent être soumis qu'à des lois physiques et chimiques, et soustraits aux lois vitales. Cette idée conduit M. Blondlot à définir la digestion: L'opération physico-chimique, en vertu de laquelle les aliments subissent dans le tube digestif certaines altérations qui les rendent propres à fournir à l'absorption les éléments nutritifs.

Cette définition fait pressentir le plan adopté par l'auteur. Il étudie d'abord les phénomènes physiques de la digestion, qui sont la mastication et les mouvements péristaltiques, et les phénomènes chimiques qui se réduisent aux altérations spontanées des aliments, et à l'action exercée sur eux par les fluides sécrétés.

Les limites dans lesquelles nous sommes restreint ne nous permettent pas de suivre l'auteur dans les nombreux détails qu'il expose. Nous n'avons d'ailleurs remarqué aucune particularité nouvelle dans l'étude des phénomènes physiques. Dans celle de la réaction des aliments les uns sur les autres, l'auteur déclare la putréfaction impossible, à cause de la propriété antiseptique du suc gastrique et de l'absence de l'air dans l'estomac; pour cette même raison, la fermentation alcoolique n'est pas plus réelle. L'oxygène libre ne pouvant exister dans l'estomac, la transformation acétique est également impossible. Seule la transformation lactique est possible, toutes les fois que les aliments contiennent des matières sucrées, mais ailleurs que dans l'estomac.

Dans l'article suivant, M. Blondlot examine l'action chimique exercée sur les aliments par les fluides sécrétés dans le canal digestif. Ces fluides sont divisés en trois ordres:

1° Fluides muqueux;

2° Suc mucoso-résinoïde (bile);

3° Suc gastrique.

Les premiers ne prennent aucune part active dans les phénomènes digestifs; aucun d'eux n'exerce sur les aliments une action chimi-

de quelque importance, et la partie muqueuse qui constitue la partie essentielle de ces produits, doit être considérée comme une espèce de détritus ou de caput mortuum qui, exposé sous différentes formes à la périphérie de l'organisme, lui rend encore un dernier service en le protégeant contre les agents du dehors, à l'action immédiate desquels il est lui-même réfractaire. Pour la bile, c'est, d'après l'auteur, un simple produit excrémentitiel qui ne joue absolument aucun rôle dans les phénomènes digestifs. Comme la salive et le suc pancréatique, la bile serait une sorte de détritus auquel le canal intestinal servirait momentanément de réservoir. On sait, dit-il, qu'il en est de même pour l'urine chez les oiseaux et les reptiles, dont la vessie urinaire peut être considérée comme une dépendance du rectum, avec lequel elle constitue le cloaque. Sans nul doute, s'il en eût été de même chez l'homme, et en général chez les mammifères, les physiologistes n'auraient pas manqué de faire jouer à l'urine un rôle quelconque dans les fonctions digestives, d'autant plus que la facilité avec laquelle ce fluide entre en putréfaction se serait adaptée merveilleusement à quelques-uns de leurs systèmes.

L'auteur arrive ensuite à la partie la plus étendue et la plus importante de son livre, à l'étude de l'action exercée par le suc gastrique. On sait que par une tentative ingénieuse et qui a complétement réussi, l'auteur a pu se procurer du suc gastrique sur les chiens, à toute heure et dans toutes les conditions de la digestion. Aussi a-t-il pu étudier avec les plus grands développements la sécrétion, la composition chimique, le mode d'action du suc gastrique, soit sur les aliments simples, soit sur les aliments composés. Le fait le plus général et le plus nouveau qui ressort de cette longue étude, c'est que la réaction acide du suc gastrique est due à la présence d'un biphosphate acide de chaux; mais M. Blondlot n'attribue pas exclusivement à ce principe acide les propriétés digestives du suc gastrique; avec M. Dumas, il admet que son action peut être comparée à celle d'un ferment qui agirait par une force catalytique; en définitive, pour l'auteur, le suc gastrique est un simple dissolvant, un désagrégeant des matières nutritives pour les faire entrer dans les voies de l'absorption, où là seulement commence l'empire des lois vitales. Ainsi les phénomènes de la digestion sont entièrement des phénomènes physiques et chimiques, la nutrition seule est soumise aux lois vitales.

Cet ouvrage n'est pas seulement remarquable par son importance scientique, mais encore par son style élégant et plein da distinction qui en rend la lecture extrêmement agréable.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. Mars 1844.

Mémoire sur l'emploi de la teinture de bulbe de colchique, du nitrate de potasse et des saignées non formulées, dans le traitement du rhumatisme articulaire; par E. MONNERET, agrégé, etc.

Après avoir, dans un précédent mémoire, cherché à établir que le sulfate de quinine ne possède pas la propriété da guérir le rhumatisme plus sûrement que bien d'autres remèdes, l'auteur a voulu examiner comparativement les effets de quelques autres agents thérapeutiques qui jouissent d'une réputation au moins égale, et particulièrement la teinture de colchique, la nitre et la saignée dans la même maladie. Les observations ont été faites dans le service et sous les yeux de M. Andral.

Bulbe de colchique. — 25 malades ont été traités par la teinture de bulbe de colchique. La plupart ont pris de 4 à 16 grammes de teinture en 24 heures, les uns en une ou deux fois, les autres en quatre fois. Les doses indiquées dans les formulaires ont toujours été de beaucoup dépassées. On n'a jamais commencé par moins de 4 grammes; on a remarqué qu'on pouvait en élever rapidement les doses, mais non en continuer pendant long-temps l'usage lorsqu'on est arrivé à de hautes doses. Quelques malades ont pris la teinture pendant 7, 10 et 13 jours, mais après une suspension momentanée de 2 à 3 jours.

Sur les 25 malades soumis à ce traitement, 21 étaient affectés de rhumatisme articulaire, 4 de maladies diverses, 1 de paralysie faciale, 1 de névralgie fémoro-poplitée, et 2 autres d'albuminuria avec anasarque. Dans aucun cas l'administration de la teinture de colchique n'a été suivie de guérison évidente et durable. Chez 8 malades, il est vrai, la diminution ou même la disparition complète des douleurs ont coïncidé avec le traitement; mais, ou bien le rhumatisme durait depuis plusieurs jours, était à peine fébrile, et se terminait en 12 ou 15 jours; ou bien il était tout à fait chronique, et dans l'un et l'autre cas, la révulsion très forte que la teinture produisait sur l'intestin suffisait pour faire cesser ou pour suspendre le mal, et alors l'amélioration a toujours paru en même temps que la diarrhée, ce qui prouve que ce médicament agit comme drastique. Les complications qui peuvent exister du côté du cœur ne sont nullement modifiées par la teinture de colchique.

Parmi les effets presque constants de la teinture de colchique, l'auteur place d'abord les nausées et les vomissements, la diarrhée, la colique et les borborygmes. Quelques malades ont offert ces symptômes réunis à des degrés différents. D'autres ont eu d'abondantes évacuations alvines et à peine quelques nausées et quelques vomissements. D'autres enfin n'ont éprouvé que des nausées et des vomissements sans évacuation alvine.

Saignées. — Ce n'est point la formule de M. Bouillaud qui a été employée. On a fait pratiquer 3 saignées générales au moins dans les 4 premiers jours et prescrit 2 applications de ventouses scarifiées sur la région du cœur ou les jointures enflammées. Dans 2 cas seulement la digitale et l'émétique ont été administrés concurremment; les saignées ont été faites à des intervalles assez rapprochés et à des doses assez fortes pour constituer un traitement antiphlogistique très actif, énergique.

La durée moyenne du séjour des malades dans les salles a été de 24 jours, c'est-à-dire a peu près la même que s'ils avaient été traités par une autre médication.

De ses observations l'auteur conclut :

1° Que si des saignées modérées peuvent avoir quelque effet heureux dans le traitement du rhumatisme articulaire, c'est à la condition qu'elles seront faites à une époque rapprochée du début de la maladie, dans les 4 premiers jours principalement; passé cette époque, elles ne peuvent qu'anémier le malade et l'affaiblir au point da rendre difficiles ou très longs les efforts que fait l'organisme pour guérir la maladie;

2° Que les cas dans lesquels la saignée a le mieux réussi sont ceux où on l'a employée de bonne heure et à des doses fortes et rapprochées;

3° Que cependant les heureux effets de la saignée, pratiquée suivant cette méthode, sont loin d'être constants, mais qu'elle doit être préférée à celle qui consiste à faire des saignées modérées durant tout la cours de la maladie.

Nitrate de potasse.— 8 malades seulement ont été soumis au traitement par le nitrate de potasse. Chez tous, le rhumastisme articulaire était récent et très intense; ils étaient donc placés dans les conditions les plus favorables pour une expérimentation rigoureuse. Le nitre a été donné à la dose de 8 à 30 grammes en solution dans la tisane.

L'influence exercée sur la marche du rhumatisme et sur l'acuité de ses symptômes, m'a paru tout à fait nulle chez les 8 malades qui ont pris le nitrate de potasse. Les douleurs articulaires, les signes d'endocardite, les phénomènes généraux, n'ont subi aucune espèce de diminution.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le danger que présente l'emploi de certains collyres dans les ulcérations de la cornée; par M. le docteur CUNIER.

M. le docteur Cunier a déjà signalé à l'attention des praticiens les fâcheux résultats que produit l'usage d'adjoindre le laudanum ou l'opium aux dissolutions des sels de plomb, de zinc, de cuivre ou d'argent employées en collyre. En effet, il s'opère alors une décomposition par suite de laquelle il se forme, d'une part, un azotate, un sulfate, un carbonate, etc, de morphine, qui reste en solution dans le liquide; de l'autre, un méconate insoluble de zinc, de cuivre, de plomb ou d'argent, qui se dépose au fond de la bouteille. Comme on a toujours soin d'agiter cette dernière avant de pratiquer les instillations entre les paupières, le méconate, divisé et suspendu dans la totalité du liquide, se trouve en contact immédiat avec la surface du globe oculaire, et s'il existe quelque ulcération de la cornée, il s'y fixe et s'y incruste; c'est de cette manière que se forment de toutes pièces beaucoup de nuages, de prétendus albugos, contre lesquels viennent échouer toutes les ressources ordinaires de la thérapeutique, et qui ne peuvent céder qu'à l'abrosion, c'est-à-dire au grattage de la cornée avec une rugine.

Ainsi, un Anglais, en débouchant un flacon rempli d'ammoniaque, s'étant fait jaillir quelques gouttes de ce liquide dans l'œil, un médecin appelé aussitôt conseilla l'usage des fomentations froides; et, comme les douleurs acquéraient une intensité de plus en plus grande, il prescrivit l'usage d'un collyre saturnin opiacé. Mais cette médication n'amena aucune amélioration dans l'état du malade, pas plus qu'une émission sanguine locale et que l'administration du calomel portéa jusqu'à la salivation.

Plusieurs praticiens de Londres, successivement consultés, diagnostiquèrent un albugo, suite de brûlure, et conseillèrent, sans le moindre succès, les traitements les plus variés.

Enfin, le mal datait de trois ans déjà, lorsque le malade vint consulter M. le docteur Cunier. A cette époque, l'œil gauche était excessivement sensible à l'action de la lumière, et les muscles de la face du méma côté se contractaient avec violence, comme s'il eût existé un corps étranger dans l'œil. Toutefois, M. Cunier put parvenir à examiner la surface de l'organe, et cette inspection lui permit de reconnaître que la cornée présentait, dans le tiers de son étendue, un aspect d'un blanc jaunâtre luisant. La paupière inférieure offrait aussi, à sa face interne, deux ou trois petits points d'une couleur pareille à celle de la tache de la cornée.

Après s'être enquis des circonstances qui avaient précédé, et avoir acquis la certitude que le premier collyre qui avait été employé était saturnin et opiacé, M. Cunier diagnostiqua une incrustation de sel plombique, et proposa l'abrasion de cette membrane.

Cetta opération, aidée de tous les soins convenables, fut couronnée d'un plein succès; la matière opaque qui recouvrait l'organe fut enlevée aussi complétement que possible, et la vision se trouva parfaitement rétablie : une année s'est écoulée depuis lors, sans qu'aucun accident ait pu faire douter da la solidité de la guérison.

Depuis ce momant, le même chirurgien a eu l'occasion de pratiquer plusieurs autres abrasions cornéennes, et toujours avec un résultat non moins heureux que celui dont il vient d'être question.

(*Annales d'oculistique.*)

Effets nuisibles de l'application externe de feuilles de tabac; Par le docteur DE MEYERN, de Tastungen.

Une femme âgée de cinquante ans, après avoir été affectée pendant long-temps d'un hydrothorax, fut prise enfin d'une hydropisie générale.

Les médicaments pris à l'intérieur d'une manière rationnelle n'ayant amélioré l'état du sujet que passagèrement, on fit appliquer des vésicatoires autour des malléoles de l'une et de l'autre jambe. L'effet en fut extraordinairement satisfaisant, car il s'en écoula une quantité considérable de sérosité, à tel point qu'il ne resta bientôt plus d'eau que dans les extrémités inférieures. La malada recouvra ainsi l'état de santé qui avait précédé l'invasion de l'anasarque; il se développa seulement aux places sur lesquelles les vésicatoires avaient été appliqués, un travail phlegmasique exulcérant duquel il s'exhalait une odeur tout à fait cadavéreuse et qui devint le siége des douleurs les plus aiguës.

Les moyens employés étant restés sans effet, on eut recours à l'application de feuilles de chou, qui amenèrent quelque soulagement; mais la saison étant avancée, on fut bientôt forcé de renoncer à ce moyen. Alors, quelques commères ayant conseillé l'application de feuilles sèches de tabac humectées d'eau, ce dernier moyen fut employé. Ces feuilles furent renouvelées tous les jours : on en observa d'abord un effet salutaire; mais, plus tard, il se forma aux cuisses des tumeurs séreuses sous forme de sac; il survint de l'oppression et des accès de suffocation, et ces accidents augmentèrent en même temps qu'il se manifesta des symptômes graves d'une dépression dans le système nerveux. Il y eut des nausées, des vomissements spasmodiques; le pouls devint extrêmement lent et intermittent; il survint du hoquet, des sueurs froides et visqueuses, du froid aux extrémités, et une prostration excessive.

Après avoir enlevé les feuilles de tabac et avoir administré à la malade un verre de vin, tous ces symptômes alarmants cédèrent comme par enchantement dans l'espace de quelques heures.

On appliqua sur les malléoles du cérat simple et l'écoulement des pieds se rétablit.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion des thérapeutistes italiens sur l'action hyposthénisante de poisons considérés à tort par M. Orfila comme doués de propriétés excitantes, et ajoute un nouveau degré de force aux reproches qui ont été adressés au mode de traitement conseillé par ce toxicologiste. (*Medicinische Zeitung*)

MM. les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que MM. les élèves en médecine, sont prévenus qu'une pétition qui les intéresse est déposée, pour recevoir leur signature, entre les mains de M. Chassaignac, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris.

S'adresser à M. Chassaignac.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 28 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 37. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

De la colique de plomb et de son traitement.

(Suite du numéro du 5 mars.)

Après avoir tracé un historique rapide des divers traitements usités jusqu'à ce jour contre la colique de plomb, le traitement dit de la Charité, ou par les éméto cathartiques, la méthode antiphlogistique qui lui fut un instant substituée par l'école de Broussais. le traitement par l'opium à hautes doses, etc.; et après avoir fait ressortir tout ce qu'il y a d'empirique dans ces différents traitements, M. Piorry a posé dans les termes suivants les bases sur lesquelles doit s'appuyer la thérapeutique de la maladie dont il s'agit.

Ce qu'il faut faire ici comme ailleurs, dit M. Piorry, c'est analyser préalablement les états organo-pathologiques présentés par les malades, et déterminer les cas où toute médication est préférable à telle autre. C'est ce que nous allons essayer.

La première indication est de neutraliser et d'évacuer, autant que cela est possible, la substance toxique qui donne lieu aux accidents dont nous traitons. On a proposé dans ce but l'acide sulfurique en lavage, et on l'a donné dans l'idée qu'il en résulterait la formation d'un sulfate de plomb insoluble et par conséquent non vénéneux. On a prétendu que les ouvriers de la fabrique de Clichy qui faisaient usage de cette solution n'étaient point atteints de colique saturnine. J'ai souvent questionné des malades qui avaient travaillé dans cet établissement, et qui venaient dans mon service pour s'y faire traiter de la colique de plomb; un grand nombre d'entre eux m'ont affirmé avoir fait usage, ainsi que beaucoup d'autres, de l'acide sulfurique étendu. Les uns et les autres n'en avaient pas moins été atteints de la maladie. J'ai pu m'assurer moi-même de l'exactitude du fait, auprès des personnes qui dirigent l'établissement. Elles m'ont déclaré qu'on y avait renoncé à l'usage de l'acide sulfurique, parce qu'on ne lui avait reconnu aucune efficacité préservatrice ou curatrice. J'ai longtemps employé ce médicament, et je n'ai pas vu que ses effets fussent plus manifestes que ceux des boissons ordinaires. La théorie enfin serait, suivant nous, tout à fait contraire à l'action de l'acide sulfurique. Lorsque en effet le plomb cause des accidents toxiques, il est difficile de ne pas admettre que quelque molécule du métal ou de ses composés se fixe dans le tissu, soit dans les vaisseaux, soit dans les nerfs des organes, et n'entrave ainsi l'action de ces parties. Dès lors n'est-il pas évident qu'en administrant des substances propres à rendre le poison insoluble, ce serait le moyen, non pas de guérir, mais de prolonger indéfiniment le mal!

Tout au contraire, admettant avec beaucoup d'auteurs, notamment avec M. Orfila, que les poisons cessent de nuire lorsqu'ils sont étendus d'une grande quantité d'eau; nous souvenant que les poisons sont alors éliminés par les excrétions et particulièrement par les urines, nous avons eu recours au traitement suivant: Nous avons fait prendre des boissons à la dose de plusieurs litres par jour, en ayant soin d'en administrer de très petites quantités à la fois, mais fréquemment réitérées. Nous y avons ajouté de très petites doses d'acide azotique, dans l'intention de rendre solubles les sels ou les oxydes de plomb qui pourraient être restés adhérents au tube digestif, et d'en rendre l'évacuation plus facile. Toujours dans le même but, nous avons fait administrer des lavements répétés, des bains prolongés, et nous croyons pouvoir affirmer que ce traitement à peu près semblable à celui que nous employons contre les autres empoisonnements, et que nous combinons du reste avec l'emploi des purgatifs, a été suivi de succès si fréquents et si prompts, que nous avons vu presque constamment les accidents se dissiper dans l'espace de cinq à six jours.

L'évacuation de la substance toxique par les selles serait dans la majorité des cas l'indication principale; mais la difficulté gît ici à pouvoir y satisfaire. Or, nous allons bientôt voir que des purgatifs très actifs dans d'autres cas, le sont assez peu lorsqu'il s'agit de la colique saturnine. Ces médicaments sont cependant ceux qui ont l'action la plus directe et la plus positive contre un des effets entériques principaux de l'empoisonnement par le plomb, je veux parler de la paralysie des fibres musculaires intestinales. Ce fait est constaté par la très grande majorité des observateurs, et ce que j'ai vu à cet égard est tout à fait conforme à ce que l'on en a dit. Les purgatifs doivent, en général, être portés sur les parties du tube digestif qui sont atteintes par le poison; de là vient l'importance de la théorie que nous avons précédemment exposée, et des faits plessimétriques sur lesquels elle repose. En effet, s'il est vrai, comme tout porte à le croire, que la partie de l'intestin qui rend un son mat à la percussion soit vraiment le point affecté de paralysie saturnine, il est évident que c'est sur ce point que les purgatifs doivent être portés, et que ce n'est pas le moins du monde, comme quelques personnes semblent le croire, sur les portions du tube digestif les plus douloureuses et qui sont situées au-dessus des points mats, que doivent être dirigés ces médicaments. Ainsi, lorsque l'intestin grêle sera trouvé vers les parties déclives rempli de matières, il faudra bien avoir recours à des purgatifs pris par la bouche. Mais quand, au contraire, ce seront les gros intestins que l'on trouvera remplis de matières, c'est sous la forme de lavements que les purgatifs devront être administrés. On continuera en général l'emploi de ces purgatifs tant que la plessimétrie permettra de constater la présence de ces matières, et au besoin on en réitérera l'emploi deux fois par jour, et même plus souvent. Quand il m'arrive de constater l'existence des matières dans l'intestin grêle, et dans l'S iliaque en même temps, alors j'administre à la fois des purgatifs par la partie supérieure et par la partie inférieure du tube digestif.

Dans la majorité des cas, les évacuants sont plutôt indiqués sous forme d'injections par l'anus, que de toute autre façon, parce que c'est le plus souvent dans les parties inférieures des gros intestins qu'on trouve les fèces accumulées et que la paralysie paraît avoir lieu. Aussi quelques médecins, se fondant sur des faits pratiques, ont-ils admis que les lavements purgatifs étaient les meilleurs remèdes à opposer à la colique saturnine. Ces moyens ont même un avantage incontestable; c'est qu'employés ainsi, ils ne sont point portés sur les parties douloureuses de l'intestin situées au-dessus des points paralysés, qui, dans quelques circonstances, pourraient finir par s'enflammer et se trouver mal du contact de substances drastiques qui ne seraient point évacuées.

Autrefois on donnait, dans presque tous les cas de colique saturnine, les substances drastiques les plus irritantes. Nous conseillons tout au contraire d'employer d'abord des purgatifs médiocrement actifs, tels que l'huile de ricin, les sels de magnésie ou de soude, auxquels on pourrait ajouter du séné, surtout lorsque c'est aux lavements que l'on juge convenable d'avoir recours. Si ces médicaments ne suffisaient pas pour produire des évacuations et, partant, pour calmer les douleurs, on aurait recours à des cathartiques ou à des drastiques plus puissants, tels que le tartre stibié, les résines de jalap ou d'aloès, la gomme gutte, l'extrait de coloquinte composé, ou même l'huile de croton-tiglium qu'on ne devrait donner, toutefois, que dans des cas extrêmes. Ce dernier remède a été proposé en frictions par des médecins qui, voyant une entérite dans la colique saturnine, croient cependant utile de provoquer des évacuations. Mais donnée de cette sorte, l'huile de croton est peu constante dans son action, et quand elle agit sur l'intestin par la médiation de la circulation, elle irrite tout aussi bien que si elle était portée sur la surface intestinale elle-même.

Il paraît constant, d'après le plus grand nombre des auteurs, que les narcotiques, et particulièrement l'opium et ses diverses préparations, ont eu des avantages réels dans le traitement de la colique saturnine. Sans doute, s'il était vrai que les narcotiques indistinctement produisissent cet effet, ce serait un argument puissant à opposer à notre théorie. Mais il s'en faut que l'opium soit un remède d'une application générale contre cette affection. Bon nombre de praticiens n'en ont retiré aucun avantage. J'avouerai, pour mon compte, ne l'avoir employé qu'à de trop faibles doses pour avoir pu me faire une opinion arrêtée à cet égard. C'est dans la vue de calmer les douleurs qu'on le prescrit ordinairement, et, à ce titre, il pouvait être porté avec quelques chances de succès sur les parties du tube digestif qui sont vides de matières, et dont les contractions occasionnent, suivant nous, les douleurs dont se plaignent les malades. S'il était avéré que ce médicament paralyse le mouvement de l'intestin sur lequel il agit, son emploi serait conforme à notre manière d'expliquer par les contractions intestinales les douleurs parfois si vives de la colique saturnine. Du reste, il faut bien remarquer que même dans de pareils cas l'opium ne remédie guère au mal lui-même, qu'il ne neutralise point la cause toxique, qu'il ne remédie pas à la paralysie, et qu'enfin il est tout au plus apte à calmer les douleurs. Pour nous, il ne serait donc indiqué que dans les cas où il y aurait des douleurs très vives qu'on ne serait point parvenu à calmer par l'emploi des purgatifs et des antiphlogistiques. En théorie, si les douleurs intestinales sont en effet produites par des contractions musculaires, on pourrait se demander si la belladone ne réussirait pas mieux que l'opium à combattre ces phénomènes spasmodiques.

Les antiphlogistiques sont loin d'être toujours indiqués dans

FEUILLETON.

ONZIEME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

Ecueils de la doctrine des éléments morbides en thérapeutique.

> « En aucune chose l'homme ne sait s'arrêter
> » au point de son besoing. »
> (MONTAIGNE, *Essais*, liv. III, chap. 12.)

L'admission des éléments morbides est donc une des nécessité de la thérapeutique; mais qu'on y prenne garde, deux grands écueils ici s'offrent à éviter: l'un est l'empirisme aveugle et l'autre un indigeste abus des médicaments. Craignons, en accordant une trop grande importance aux éléments partiels, de perdre de vue le grand principe de la subordination des éléments; n'oublions jamais de les soumettre à cette induction pénétrante qui, remontant des effets à la cause, s'efforce de mettre à nu le nœud duquel peut dériver le drame entier de la maladie. Le premier des préceptes curatifs est certainement celui qui prescrit de coordonner les moyens locaux de manière à ne pas nuire à l'effet général, et de ne pas aggraver l'élément principal en cherchant à modifier l'élément secondaire: *Primò non nocere.* La plupart des praticiens qui s'honorent d'obéir aux lois de l'analyse, obéissent à leur insu aux tendances que nous signalons, et pour eux un seul élément est souvent une raison suffisante pour sacrifier le principe que nous défendons. Tel vous dira, par exemple, que la médecine des *enfants* diffère totalement de celle des adultes, oubliant cette judicieuse sentence de Celse: « A l'égard des enfants, il faut agir *avec* » *plus de ménagements*, être économe d'émissions sanguines, être avare » de purgatifs, ne pas trop les laisser souffrir de la faim et de la soif, » s'abstenir de leur donner du vin, » etc. (*De re med.*, lib. III, c. 3.) — C'est-à-dire qu'il faut tout simplement *proportionner* la dose des médicaments à la délicatesse de leurs organes. Tel autre soutiendra fermement qu'une phlegmasie chez un Russe exige un traitement tout opposé à celui que réclamerait un Indien, oubliant que l'illustre De Haën, entre autres, s'est fortement élevé contre cette hérésie que lui inculquaient cependant ses préjugés d'école, mais dont l'expérience lui avait démontré la fausseté (*Ratio medendi*); car c'est le sujet que l'on traite et non le *climat*, et tel Russe organisé comme un Indien, sera traité comme un Indien, *et vice versâ*. Un troisième sera persuadé qu'une même maladie chez deux individus dont l'un est *fort* et l'autre *débile*, réclame également des moyens diamétralement opposés, sans égard pour cette énergique protestation de Zimmermann: « Une pleu- » résie qu'il faudrait traiter par le vin et la thériaque est encore plus » rare qu'un enfant à deux têtes. » (De l'Expérience.) — Or, veuillez vous rappeler ces pneumonies qu'en temps de grippe on traitait bravement par le vin de Madère. Le sage Bacon avait déjà prévu ces aberrations familières sans doute aux praticiens de son temps comme à ceux du nôtre, car il disait: « Si quelqu'un s'appuyant sur une rai- » son spécieuse, s'avisait de dire qu'il convient à un sage médecin » d'avoir égard au tempérament des malades, à l'âge, à la saison, aux » habitudes et autres circonstances de cette espèce, et de changer plu- » tôt ses remèdes suivant ces cas, que de s'assujettir à certaines règles » prescrites, qu'on sache qu'il n'est rien de plus trompeur que cette » méthode si vague, et qu'en parlant ainsi on ne donne *pas assez à* » *l'expérience*, *mais beaucoup trop au raisonnement*. (*De augm. scient.*, lib. IV, cap. 2.) — Variez donc vos médications en conséquence des éléments, mais défiez-vous des extrêmes.

Quant aux dangers de la polypharmacie, veuillez vous rattacher aux principes formulés par tous nos grands maîtres: « Lorsque vous au- » rez institué une médication rationnelle, dit Hippocrate, tenez vous y » tant que persiste la même indication. » (Aphor. LII, sect. 2.) — « Le médecin prudent, dit Gaubius, ne fait aucune prescription dont » il ne puisse donner une raison suffisante. » (*Form.*, prop. 7.) — Et plus loin il profère cette sentence, qu'on dirait émanée du réformateur du Val-de-Grâce: « N'opposez pas des remèdes à tous les symptômes, » mais bien aux symptômes urgents *dont l'amendement fera cesser* » *les autres.* » (Prop. 45.) — Et en effet, ce ne sont point les remèdes qui manquent en général aux médecins, mais bien l'art d'en faire une application rationnelle. « Nous souffrons plutôt de la quantité que » de la disette des remèdes, » a dit Murray (*Apparat. med.*, præfat.), et Sydenham profère à ce sujet des paroles dignes de rester dans l'esprit de tous les praticiens: « Ceux-là se trompent grossièrement qui » s'imaginent que le principal défaut de la médecine est qu'elle man- » que de remèdes efficaces. Au contraire, si l'on examine les choses » comme il faut, on verra clairement que ce qui manque le plus à la » médecine, n'est pas de savoir le moyen de remplir telle ou telle in- » dication, mais de savoir précisément quelle est cette indication qu'il » s'agit de remplir. Le moindre garçon apothicaire m'apprendra dans » un demi-quart d'heure les remèdes dont je dois me servir pour faire » vomir ou pour purger, pour faire suer ou rafraîchir un malade, au » lieu que pour m'apprendre avec certitude dans quel cas je dois em- » ployer tel ou tel remède dans les différentes maladies, il faut être » extrêmement versé dans la pratique de la médecine. » (Méd. prat., de l'hydrop.) — Avis à la foule des ingénus qui s'imaginent que le *progrès* en thérapeutique consiste dans l'exhibition de quelque nouvelle drogue simple ou composée.

Or, s'il est vrai qu'il y ait plusieurs moyens de remplir une indication, de résoudre une inflammation, par exemple, gardons-nous de croire qu'il soit indifférent d'employer l'un ou l'autre de ces moyens dans tous les cas d'une même maladie. Croyons plutôt qu'un petit nombre de remèdes appliqués à propos suffiront dans un grand nombre de maladies, et auront plus de puissance que tout un arsenal de drogues hétérogènes. Bacon, que nous rencontrons toujours dans la voie du bon sens, avait encore aperçu cette vérité: « Que les médecins se » persuadent bien, dit-il, que deux ou trois remèdes, par exemple, » très capables d'opérer la cure de quelque maladie grave, auront cet » heureux effet s'ils sont administrés dans l'ordre et à des intervalles » convenables; mais que si on les prend seuls, si on renverse l'ordre » dans lequel ils doivent être pris, ils seront plus nuisibles qu'utiles. » Cette partie à laquelle nous donnons le nom de *fil médicinal*, nous » la rangeons parmi les choses à créer. » (*De augm. scient.*, lib. IV, cap. 2.) — L'illustre Stoll a très bien formulé l'excellence et les diffi-

la colique saturnine. Toutefois, il faut avouer que dans quelques cas ils calment infiniment les douleurs. On sait que M. Renauldin, qui a été à même de voir un si grand nombre de cas de la maladie dont il s'agit, a tiré un grand parti de cette médication. On peut cependant lui reprocher, en général, de ne remédier qu'à certains effets du poison. Nous n'employons guère les saignées générales ou locales que dans les cas où les douleurs sont excessives, et où les sujets sont dans un certain état de pléthore.

Le seul cas peut-être où nous avons vu depuis dix ans la colique saturnine résister à l'ensemble des moyens de traitement que nous venons d'exposer, est celui d'un jeune homme que nous avions dernièrement dans nos salles. La colique, après s'être dissipée en 48 heures, reparut deux jours après avec une excessive intensité. Les purgatifs furent sans utilité aucune pour calmer les douleurs, bien qu'ils eussent produit des évacuations. Le pouls ne s'accéléra pas; nous fûmes porté à croire cependant qu'une phlegmasie véritable avait remplacé les douleurs. Quarante sangsues et des cataplasmes furent appliqués sur le ventre, et firent cesser presque subitement les accidents. C'est dans des cas de ce genre que nous conseillerions surtout les évacuations sanguines. Dans une foule d'autres, et même dans ceux où il ne s'agirait que d'accidents nerveux, les bains locaux et généraux prolongés ne pourraient avoir que de l'avantage.

Il nous reste, avant de terminer ce sujet, à dire un mot du régime qu'il convient de prescrire aux sujets atteints de colique saturnine.

Il est évident que dans les cas où les selles sont supprimées et où des gaz s'accumulent au-dessus des matières, l'abstinence complète est d'une utilité indispensable; hors de cette circonstance, elle cesse d'être utile. A mesure que les évacuations s'établissent, que l'appétit reparaît, on peut permettre peu à peu des aliments; mais on ne doit le faire qu'avec prudence, et examiner avec le plus grand soin quels sont les effets des premiers aliments qui ont été pris. En général, il faut d'abord commencer par des quantités très minimes, et je crois que les aliments qui dégagent facilement des gaz doivent être évités avec le plus grand soin. Le repos le plus parfait est souvent ici d'une extrême utilité, aussi les malades le recherchent-ils spontanément; parfois cependant, au contraire, le mouvement semble les soulager. Enfin, il est une dernière pratique qui mérite d'être signalée, autant par sa simplicité que par son heureuse influence sur l'état des malades. Nous avons remarqué, dans quelques cas, qu'il a suffi de faire des frictions sur le ventre pour déterminer des évacuations et calmer presque instantanément les douleurs. Ces frictions doivent être faites avec la main ou avec un corps doux imbibé d'un liniment huileux et opiacé; il n'est pas indifférent de faire ces frictions dans un sens ou dans un autre; il faut les faire suivant la direction du colon descendant et du rectum, de manière à en chasser les matières qui y sont accumulées et à les diriger vers les parties les plus inférieures de l'intestin.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Fracture multiple du sacrum. Déchirure du canal de l'urètre; détachement de la partie inférieure des muscles droits de l'abdomen; épanchement sanguin énorme dans les muscles de l'abdomen et des cuisses, par cause traumatique. Mort.

Au n° 5 de la salle Sainte-Marthe, est un homme âgé de quarante ans. Il y a trois jours complets, en travaillant à transporter des feuilles de cuivre, pendant qu'il était chargé d'une masse de ces feuilles, qu'il évalue du poids de mille livres environ, le pied lui glisse, il tombe et reçoit ce poids énorme sur la partie inférieure de l'abdomen, près la symphyse du pubis. Il a été rapporté chez lui, où un médecin, appelé pour lui donner des soins, fit appliquer des sangsues sur l'hypogastre. On lui appliqua aussi des cataplasmes. Ces moyens ne firent que masquer un peu les souffrances, sans amener aucune résolution de la lésion locale, qui, du reste, n'était pas facile, et le malade fut transporté dans le service de M. Roux.

Le 17 décembre au matin, en l'examinant, on a vu d'abord sur la région hypogastrique les traces des sangsues qu'on lui avait appliquées, et une vaste ecchymose occupant toute cette région. En percutant sur cette partie dans le but d'entendre le son qui en résulterait, on a pu remarquer des sons très variés; dans un point c'était un son mat, dans un autre un son clair, et tout près du pubis surtout, on entendit manifestement du gargouillement, comme s'il y avait sous la peau un mélange d'air et de liquide. On a pensé qu'il existait là une collection de liquide, peut-être du sang épanché, dans le tissu cellulaire, et mélangé avec des gaz. On a aussi trouvé les signes rationnels d'une fracture du bassin avec décollement de la symphyse pubienne. Tout d'abord on a eu des craintes sur l'existence d'une crevasse dans la vessie et d'un épanchement consécutif d'urine; mais on s'est bientôt rassuré sur ce point, en réfléchissant que le malade avait uriné assez librement après l'accident, que l'urine n'était pas du tout sanguinolente, et que depuis les trois jours qui suivirent il ne se développa aucun symptôme qui se rattache à cette inflammation violente et gangréneuse qu'on observe constamment à la suite d'infiltration urineuse dans les tissus. On s'est donc arrêté au diagnostic de l'existence d'un vaste épanchement sanguin mêlé de gaz dans la région sus-pubienne, avec fracture peut-être multiple des os du bassin. On s'est, conséquemment, décidé à faire une ouverture sur la ligne médiane de cette région au-devant de la base de la verge; la peau étant incisée, on a vu tout de suite s'échapper du sang mêlé à une certaine quantité d'air. En ponctionnant plus profondément, on reconnut que l'épanchement sanguin était derrière le pubis, que la surface articulaire de cet os était à nu du côté droit, et un peu disjointe de la partie gauche. Cette disjonction semblait le résultat d'une fracture, mais on ne voulut pas pousser trop loin l'exploration de ces parties profondes pour ne pas augmenter les souffrances du malade sans utilité pour le traitement.

En examinant le foyer antipubien, on a vu qu'il se prolongeait dans les parties inférieures du bassin, vers la région périnéale, on vit alors l'indication d'une contre-ouverture dans cette région. Pour cela, M. Roux porta une algalie dans l'ouverture pratiquée à l'hypogastre, et en poussant doucement le bec le fit saillir sous la peau du côté gauche du périnée, alors il fit une incision sur ce point, et arriva facilement, en disséquant ces parties, à atteindre la sonde même; il termina l'opération par un séton qu'il fit passer, à l'aide du bec de la sonde, par les deux ouvertures.

Quel sera le résultat de ces incisions? On espère qu'elles serviront à donner issue à tous les liquides qui stagnaient dans les parties, et disposeront celles-ci à un retour vers l'état normal. Mais on a raison aussi de craindre une inflammation très vive du tissu cellulaire dont cette région est abondamment pourvue; peut-être en même temps une péritonite qui, compliquant fâcheusement la maladie actuelle, pourrait emporter le malade. Le cas est donc grave. Pourtant, quand on pense que la vessie n'est pas ouverte, et que la nature a beaucoup de ressources pour le travail de l'élimination du sang et des liquides épanchés, et pour la consolidation des os fracturés, on ne désespère pas encore d'un résultat favorable. Il y a dans la science plus d'un cas de cette espèce, accompagné de circonstances même plus graves, qui s'est terminé heureusement.

M. Roux cite à ce propos un cas remarquable de sa pratique particulière, que voici: Une personne attachée à la maison du prince de Condé se trouvait à une partie de chasse dans les environs de Chantilly; il tomba sur un corps aigu et solide sur la région périnéale. Il en résulta immédiatement une paralysie des membres inférieurs et des organes génito-urinaires; la vessie avait été piquée ou déchirée, et il se fit un épanchement d'urine dans le bassin. Des abcès multiples urineux se développèrent dans le périnée, autour du pubis, de tous les côtés, qu'on a dû largement ouvrir. Les os du bassin furent fracturés en plusieurs endroits, et d'une manière comminutive, car on a extrait de nombreuses esquilles des fistules qui s'étaient çà et là formées. Bref, le malade fut aux portes du tombeau; mais après huit ou dix mois de traitement, et surtout sous l'influence des efforts de la nature, il finit par guérir complétement: au point qu'aujourd'hui encore il jouit d'une santé assez bonne, eu égard à son âge déjà bien avancé. C'est un des cas les plus extraordinaires de ce genre que M. Roux a eu l'occasion d'observer, et qui contribue à lui donner beaucoup d'espoir sur le résultat heureux de celui qu'il a maintenant dans son service.

Le malade semblait aller bien les deux jours qui suivirent les incisions qu'on lui a pratiquées, mais après il tomba dans un état de grand affaissement; le pus qui s'écoulait de la plaie périnéale était de mauvaise nature et mêlé à de l'urine, ce qui a fait croire tout de suite à une déchirure de la poche urinaire, et fit modifier d'une manière défavorable le pronostic porté par M. Roux. Le pauvre homme enfin succomba, et présenta à l'autopsie les lésions suivantes:

Le sacrum, bien dépouillé de toute partie molle, présentait une double espèce de fractures, c'est-à-dire une fracture verticale dans toute sa longueur, et deux latérales et parallèles sur la moitié gauche.

La vessie était intacte; mais on voyait une déchirure à la partie antérieure du canal de l'urètre, au niveau de la prostate, et une autre déchirure près de la fosse naviculaire. Le bassin était en grande partie rempli de liquide purulent, où on reconnaissait aussi la présence de l'urine.

Les muscles antérieurs de l'abdomen étaient déchirés dans leur partie inférieure, là où ils s'attachent au pubis. Un épanchement sanguin considérable existait dans tous ces muscles, s'étendant en avant jusqu'à l'ombilic, en arrière jusque près du diaphragme. Les muscles, à leur partie inférieure et antérieure, commençaient même déjà à se putréfier. Il y avait enfin un épanchement sanguin considérable dans les muscles des cuisses, qui, du côté droit, s'étendait jusqu'au genou, et du côté gauche atteignait la moitié du membre. On n'a rien trouvé dans le péritoine ni dans les autres viscères abdominaux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Cancer sur le col utérin. Tentative d'opération. Application d'érignes sur la tumeur. Avantage de ces tentatives, quoique infructueuses.

Au n° 7 de la salle Saint-Augustin, est couchée une femme qui offre, sur le col de l'utérus, un champignon très volumineux: c'est un véritable cancer. Les souffrances de cette femme, son dépérissement occasionné par cette maladie, nous faisaient une loi de tenter une opération.

Il était bien difficile de connaître toute l'étendue de cette tumeur. Nous ne pouvions pas en préciser les limites; car il était difficile, et pour ainsi dire impossible, d'atteindre ces limites avec le doigt. Nous avions aussi la crainte, le pressentiment de ne pouvoir abaisser la matrice; car, sous l'influence des pressions exercées de bas en haut, elle restait complétement immobile.

Nous avons eu des cas de ce genre dans lesquels l'abaissement a pu être effectué.

Mais sur cette malade, nous avions peu d'espérance. Cependant, il fallait faire une tentative pour éclairer le diagnostic et pour savoir si l'on pourrait tenter l'opération.

Nous avons appliqué des érignes, puis nous avons exercé des tractions lentes et graduées, et nous avons acquis la triste conviction que l'abaissement ne pouvait avoir lieu. En portant le doigt dans le vagin, nous avons reconnu l'impossibilité de le porter assez haut pour apprécier les limites du mal.

Nous détachâmes les érignes, nous fîmes croire à la malade qu'elle avait été opérée. Quelques douleurs se firent sentir dans le ventre. On pratiqua une saignée dérivative; on appliqua des cataplasmes émollients laudanisés.

Cette malade est à présent dans les mêmes conditions où elle se trouvait avant l'opération. Les tentatives que nous avons faites dans ce cas, loin d'être nuisibles, sont au contraire ordinairement avantageuses; car elles opèrent un dégorgement sanguin et une diminution notable dans l'intensité des douleurs.

---

cultés de cette simplification, lorsqu'il a dit: « Les préceptes de l'art » même les plus faciles et les plus susceptibles d'être présentés avec » exactitude, exigent eux-mêmes que le médecin tire de son fonds les » moyens de les adapter aux cas qui leur sont propres » (Méd. prat., t. II, p. 44); et il dit ailleurs que la médecine, fût-elle réduite à un seul remède, exigerait encore une grande habileté de la part du praticien, pour appliquer ce remède à propos. C'est précisément ce qui constitue le *tact* ou le *génie médical;* c'est ce qui fait que les véritables médecins seront toujours en minorité. « L'étude des circonstances » est un des points les plus délicats de la clinique, a dit M. Bouillaud, » et leur connaissance, leur juste appréciation, est le secret des habiles » maîtres. » (Clinique de la Charité, t. I, p. 352.) — Or combien de prétendus maîtres oublient journellement ces préceptes de l'expérience et de la raison! Et en effet:

Lorsqu'on médite sur le mouvement scientifique de notre époque, une des nombreuses singularités dont on est frappé, c'est d'abord que tandis qu'on s'élève avec la vivacité de la colère et de l'envie contre l'étroitesse prétendue des idées médicales d'un grand homme déchu, on se laisse précisément aller au vice qu'on lui reproche avec le plus d'amertume, à savoir, à l'exclusivisme en fait d'indications thérapeutiques. A l'unique médication du réformateur nous prétendons substituer un remède unique, et ne faisons ainsi que substituer un despotisme à un autre moins la grandeur de celui que nous proscrivons; exemples: Les évacuations sanguines étaient, selon Broussais, la seule base du traitement des fièvres graves, et nous leur avons substitué qui les purgatifs coup sur coup et toujours, qui le sulfate de quinine à toutes les périodes, qui les chlorures, etc. Les saignées générales étaient en possession de guérir le rhumatisme articulaire aigu; on a voulu leur substituer qui l'émétique à haute dose, qui le colchique, qui l'opium, ou le nitre, ou l'iodure de potassium, ou même ce malheureux sulfate de quinine, etc., et tout cela, notez-le bien, toujours à titre de remèdes exclusifs ou à peu près: *E sempre bene.* Or, soyons conséquents: si nous pourchassons une médication ou un remède parce qu'ils se montrent inflexibles, si l'infaillibilité nous fait haïr les choses vraisemblables, évitons au moins d'encourir la peine du talion. Eh bien! la doctrine des éléments, bien comprise, est le frein qui nous retiendra sur les bords de l'abîme. Pénétrons-nous, encore une fois, de cette vérité, qu'il existe des médications générales, mais qu'il n'en existe point d'universelles; reconnaissons ce fait évident, à savoir qu'une même maladie, bien que comportant un traitement fondamental, admet néanmoins des moyens diversifiés suivant une foule de circonstances, vérité reconnue par tous les vrais médecins, proclamée par tous les hommes de génie, par Fréd. Hoffmann comme par Boerhaave, par Stoll comme par Broussais; écoutez ce dernier: « Quelle que soit » la débilité qui accompagne les irritations, celles-ci fournissent *seules* » les indications, tant qu'elles sont assez violentes pour s'exaspérer par » l'ingestion des matériaux alibiles et des médicaments stimulants. » Aussitôt que le contraire a lieu, la débilité fournit des indications » qui se *combinent* avec celles qui dépendent de l'irritation; enfin, » lorsque celle-ci a cessé, la *débilité* devient la *maladie principale;* » mais l'irritabilité des organes exige de grands ménagements dans » l'emploi des stimulants. » (Exam. des doctr., prop. 428.) — Tel est l'homme dont l'exclusivisme prétendu est l'objet des vitupérations universelles!

Eh bien! armés de ce grand principe de l'analyse, nous saurons désormais que penser de ces réformateurs au petit pied qui, ne pouvant s'élever sur le trône d'une doctrine, tâchent de se guinder sur la pointe d'un médicament, et qui, profitant de la confusion inséparable de toute révolution, usurpent ce règne d'un jour que procure une nouvelle ressource offerte à la crédulité si souvent déçue des vulgaires praticiens. Or, il n'est qu'une manière d'expliquer ces erreurs consciencieuses ou calculées d'une part, et cette confiance aveugle et fatale de l'autre: c'est que les phénomènes de la nature vivante étant des faits essentiellement complexes, des esprits étroits ou préoccupés se croient en possession de la vérité absolue alors qu'ils n'aperçoivent qu'une face de l'objet ou qu'une phase de l'évolution morbide. « Ordinairement, » dit Cabanis, les opinions les plus absurdes doivent leur origine à » l'abus de quelques observations incontestables; et les erreurs les plus » grossières sont le résultat de certaines vérités reconnues, auxquelles » on donne une extension forcée ou dont on fait une mauvaise appli- » cation. » (Révolut. de la méd., p. 261.) — La coexistence de la matière et de ses propriétés, du sang et des nerfs, de la force et de la faiblesse chez l'homme sain ou malade, nous donne la clef des systèmes qui tour à tour ou simultanément ont envahi la scène médicale: de l'organisme et du dynamisme, de l'humorisme et de l'innervation, de l'adynamie et de l'irritation; systèmes dont aucun pourtant, et quoi qu'on en dise, n'exerça jamais d'empire exclusif, même dans la pensée de son fondateur.

Prof. Forget.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu, dans un des derniers nos de votre Journal, une *Note sur un nouveau remède contre les brûlures,* attribué au docteur Blimd, d'Edimbourg.

Me permettez-vous quelques courtes observations sur cette note? J'ose l'espérer, et je vous en fais à l'avance tous mes remercîments.

1° Le remède en question n'est pas nouveau;

2° Il n'appartient pas au docteur Blimd;

3° Il est excellent, je ne l'ai jamais vu manquer son effet.

Le remède n'est pas nouveau, car il y a plus de trente ans que je l'ai vu conseiller pour la première fois par le docteur Le Chevrel, du Havre, et, depuis ce temps, je l'ai toujours employé et vu employer avec succès.

Ce remède n'appartient donc pas au docteur Blimd. Les Anglais nous ont pris assez de découvertes sans leur laisser celle-ci, quelque peu importante qu'elle paraisse; je dis qu'elle paraisse, car, pour moi, un *remède qui guérit* est toujours quelque chose d'important.

Lorsque la brûlure a une grande étendue, j'ajoute ordinairement un peu de miel à la solution de gomme pour lui conserver une certaine élasticité.

Je pense que l'action de la solution, ou plutôt du mucilage de gomme arabique, agit à la fois mécaniquement et physiquement: mécaniquement, en formant un bandage inextensible qui s'oppose à la dilatation de l'épiderme et, conséquemment, à la formation des phlyctènes; physiquement, en préservant la partie brûlée du contact de l'air, et en s'opposant à toute évaporation des fluides dermiques.

Agréez, etc. Boutigny (d'Évreux).

Paris, le 22 mars 1844.

J'ai écrit et j'ai publié que dans un grand nombre de cas semblables, il faut avoir recours à ces tentatives lors même qu'elles sont infructueuses, parce qu'elles sont favorables en ce qu'elles opèrent un dégorgement sanguin, qu'elles calment les douleurs et l'imagination des malades, qui croient être délivrées d'une affection morbide grave.

Amaurose. Nouveaux succès obtenus par la méthode de Gondret (pommade ammoniacale).

Aux nos 24, 26, 27, 31, sont quatre amauroses à des degrés différents d'ancienneté, d'intensité et d'amélioration.

Celle du n° 24 a commencé à la fin d'octobre dernier; sa vue s'est affaiblie graduellement, et quand il est entré à l'hôpital il n'y voyait presque plus.

Celle du n° 26 a commencé il y a deux ans; il n'y voyait pas du tout.

Le 27 a perdu la vue il y a plus de deux ans; il n'y voyait pas pour se conduire.

Le 31 a commencé à s'apercevoir que sa vue s'affaiblissait il y a près de trois ans. Il ne distinguait plus les objets quand il est entré à l'hôpital, la première fois, il y a un an. Il en sortit le 2 décembre dernier, et il y est rentré le 6 février de cette année.

On a beaucoup écrit sur l'amaurose. En est-on plus avancé sur la nature et le siége de cette maladie? On a dit qu'elle était une affection de la rétine; d'autres une maladie des couches des nerfs optiques. Et voilà pourquoi, croyant agir sur cette couche nerveuse, on a si souvent, dans l'amaurose, employé le séton à la nuque, dont je n'ai jamais vu de résultat bien avantageux; et voilà pourquoi on a si long-temps négligé d'agir d'une manière plus directe en employant des moyens thérapeutiques sur l'œil, les paupières, le front et le crâne.

On discuta beaucoup; on fit des expériences; on connaît celles de Vicq-d'Azir et de Ribes. On pratiqua la section de la cinquième paire de nerfs; l'œil devint rouge et se vida; la cornée transparente devint d'un blanc opaque. L'on acquit par cette expérience la preuve évidente de l'influence remarquable que la cinquième paire exerce sur l'œil et sur la vision.

Dans le service de M. Serre, une femme avait perdu, d'un côté de la tête seulement, la perception des rayons lumineux, des odeurs et des saveurs. Cette femme succomba. On en fit l'autopsie. Elle fut faite en présence de MM. Magendie, Georget et Serre. J'y assistai. On trouva que la partie de la cinquième paire située dans la boîte osseuse du crâne, avait triplé de volume, et qu'elle était d'une couleur d'un jaune serin. On dut attribuer à cette altération du nerf la perte des trois sens.

Ainsi la physiologie et l'anatomie pathologique démontrent cette influence de la cinquième paire sur l'œil et sur la vision. Elles démontrent aussi que cette fonction est plus ou moins altérée dans l'amaurose.

Guidé sans aucun doute par ces idées physiologiques, Dupuytren faisait appliquer des vésicatoires très larges sur le front et les tempes, il en a obtenu de très grandes améliorations et même quelques guérisons; mais ce moyen a des inconvénients, il laisse des cicatrices et il produit souvent des érysipèles.

La pommade ammoniacale de Gondret offre aussi d'incontestables avantages. Nous en avons constaté les succès sur les quatre malades dont nous venons de vous parler.

Voici la manière dont nous nous en servons. On taille une petite pièce de linge de la largeur et la forme d'une pièce de deux francs. On étend la pommade sur cette pièce de linge. Il faut ordinairement trente secondes pour que la pommade ait produit son effet vésical; il faut alors l'enlever, car autrement elle agirait comme un caustique. Ordinairement on attend deux ou trois jours avant de recommencer: on l'applique de nouveau et on ne la laisse séjourner que quelques secondes, c'est-à-dire le temps seulement de blanchir la surface dénudée. On enlève alors aussitôt la pommade.

Il y a des malades sur lesquels on ne voit aucune amélioration sensible dans la vision qu'au bout d'un, deux ou trois mois. Sur le n° 24, l'amélioration s'est montrée au bout de trois semaines; sur le n° 27, au bout d'un mois; mais sur le n° 3, la pommade a été continuée pendant plus de six mois sans apercevoir une grande amélioration. Quand il est sorti, le 2 décembre dernier, il y voyait fort peu; mais depuis sa rentrée, le 6 février dernier, la pommade qui lui a été appliquée le lendemain de son arrivée a produit cette fois, en moins d'un mois, des changements très remarquables. Quand il est venu la première fois, il pouvait à peine y voir pour se conduire, et maintenant il va seul se promener dans les salles et distingue assez bien les objets et même l'heure sur une montre.

Le n° 26 est sorti presque complétement guéri; il était entré le 5 décembre; ainsi la pommade a été appliquée pendant deux mois, et l'amélioration a été prompte, considérable; car pendant les derniers jours de son séjour à l'hôpital il y voyait à une très grande distance, et du portail de la salle des malades il distinguait l'heure du clocher de l'église. Sa guérison a été presque complète; cependant lorsqu'il est venu à l'hôpital il n'y voyait plus.

Pendant l'emploi de la pommade, assez souvent les malades se plaignent de douleurs de tête qui sont plus au moins violentes. Alors nous employons la saignée du pied, quelquefois celle du bras; les sangsues aux apophyses mastoïdes, et au bout de quelques jours ces accidents sont calmés.

Sur le n° 31, pendant l'emploi de la pommade, les douleurs de tête devinrent très violentes: on cessa la pommade; huit jours après, il y eut de la fièvre et un érysipèle se déclara. Il dura trois semaines et fut combattu par les sangsues et les saignées: on continua ensuite la pommade infructueusement pendant six à sept mois. Il y eut alors de nouvelles douleurs de tête plus violentes et accompagnées d'étourdissements, d'embarras gastrique et de perte d'appétit. On pratiqua à divers intervalles plusieurs saignées; deux au bras et deux au pied; puis, on eut recours aux purgatifs.

Sur les autres malades ces douleurs de tête ont été légères.

Ainsi il est évident que cette pommade agit d'une manière très énergique; il y a même quelquefois photophobie; la lumière devient excessivement douloureuse. Quand ce phénomène arrive, il est favorable; car il est le précurseur d'une amélioration dans l'amaurose.

Pendant ce temps de photophobie, on exerce des frictions sur le front avec la belladone, et bientôt la photophie disparaît et le malade commence à mieux voir les objets, ou bien il y voit moins mal. Quand l'application de cette pommade sur le front ne produit pas une excitation assez vive, on promène sur les paupières un pinceau légèrement imprégné de cette pommade, et on essuie l'œil immédiatement après l'application du pinceau. Aussitôt il y a réaction sur l'œil et l'on aperçoit bientôt une amélioration.

Ce topique peut produire l'apoplexie, mais cet accident n'arrive que lorsque des mains inhabiles emploient ce moyen sur des individus prédisposés à cette affection.

On a dit aussi qu'elle détruisait les cheveux et même les os du crâne.... Elle ne produit ces accidents que par la faute du médecin qui ne sait pas assez tôt changer de place l'application de ce moyen.

Elle échoue, il est vrai quelquefois, mais plus spécialement quand la pupille est rétrécie, tandis que quand elle est dilatée elle a d'incontestables succès. C'est un remède héroïque, et je ne saurais trop le recommander.

On a encore eu recours, dans l'amaurose, à la méthode de Serre d'Uzès. Elle consiste à cautériser légèrement toute l'étendue du pourtour de la cornée transparente avec le nitrate d'argent fondu.

Cette méthode est aussi très avantageuse, mais elle a quelquefois l'inconvénient de déterminer des inflammations graves de l'œil

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mars 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. Robert écrit pour que son nom soit inscrit au nombre des candidats à la place vavante dans la section de médecine opératoire.

— *M. Mège*, membre correspondant, demande à échanger son titre contre celui d'associé libre.

Cette demande est renvoyée à la commission constituée à cet effet.

— *M. le président* annonce à l'Académie et au public que les six années exigées pour que l'Académie puisse décerner le prix d'Argenteuil, n'expireront que le 21 septembre 1844, et que c'est par erreur que le concours a été fermé le 1er mars. En conséquence, les candidats sont libres de reprendre leurs travaux pour y faire les changements et additions qu'ils jugeront convenables: le concours ne sera clos que le 21 septembre prochain.

M. Nacquart. Dans cet état de choses, la commission qui a été déjà nommée doit être regardée comme non avenue.

M. Mérat. Pourquoi cela? Que le prix soit décerné un jour ou l'autre cela importe peu, et la commission nommée peut subsister.

M. Nacquart. Les raisons qui militent en faveur de ma proposition sont importantes. Je me bornerai à celle-ci: Les juges d'un concours ne doivent être connus que lorsque ce concours est clos. Je demande formellement que la commission nommée soit dissoute, et qu'une nouvelle commission soit nommée en temps et lieu.

Cette proposition étant appuyée est mise aux voix et adoptée.

— L'ordre du jour ramène la continuation de la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier.

M. Roux. Je suis convaincu qu'à l'époque où nous sommes de la discussion, et après les renseignements qu'elle a fournis, les assertions de M. Cruveilhier seraient aujourd'hui moins tranchantes et moins absolues. Je vais passer en revue les points principaux qui ont été agités dans les dernières séances par les divers collègues qui ont pris part à la discussion.

M. Gerdy ne me semble pas avoir beaucoup élucidé la question. Il a soutenu d'abord, venant en aide aux opinions de M. Cruveilhier, qu'il y avait dans le sein des tumeurs bénignes. Mais le nom de tumeurs fibreuses ne lui semble pas convenable, et il voudrait qu'on les désignât sous celui de cellulo-fibreuses. Ainsi voilà déjà le nom qui change, voilà un nouvel élément de confusion jeté dans une question déjà si confuse.

Le même orateur a semblé nous faire un reproche d'insister sur les difficultés du diagnostic. D'après lui, nous les aurions exagérées ces difficultés, et à l'ensemble des signes qu'il a exposés rien ne serait plus aisé que de distinguer les tumeurs du sein. Je regrette de n'avoir pu être converti par ce discours, et aujourd'hui comme avant je répète: Oui, les difficultés les plus grandes se présentent tous les jours dans le diagnostic des tumeurs des mamelles. Et ce ne sont pas seulement pour les tumeurs solides, mais encore pour les tumeurs contenant un liquide, pour les tumeurs enkystées.

Ici M. Roux cite plusieurs exemples dans lesquels des tumeurs situées dans différentes régions du corps, ont donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Je ne puis comprendre comment M. Gerdy a pu donner une théorie aussi étrange du cancer, qu'il ne considère que comme la dernière période de maladies diverses. Ces maladies, dit-il, ne sont pas plus le cancer que le phlegmon n'est un abcès. Ce n'en est que la conséquence. Je ne peux pas m'appesantir sur une doctrine aussi singulière; l'exposer, c'est la réfuter.

M. Gerdy, d'accord avec Cruveilhier, a soutenu qu'il ne faut pas opérer les tumeurs qui ne présentent pas avec évidence le caractère cancéreux. Tout ce que j'ai dit dans mes précédentes argumentations me dispense de m'étendre longuement sur ce sujet. Toute opération, a-t-on dit, peut-être suivie d'accidents graves. Mais de quel moyen thérapeutique ne peut-on en dire autant? La saignée est-elle toujours sans danger? Les médicaments qu'on emploie à haute dose, déterminent-ils toujours la tolérance? Quelquefois un simple bain de pied peut occasionner des accidents. L'opération des tumeurs du sein est facultative, a-t-on dit; mais il est un grand nombre d'opérations chirurgicales qui sont dans ce cas. On n'opère pas toujours pour empêcher la mort, mais le plus souvent pour remédier à des inconvénients plus ou moins graves. Le nombre des opérations indispensables et d'urgence, est proportionnellement petit en comparaison des opérations qu'on pourrait appeler de convenance. La cataracte, les fistules lacrymales, les fissures à l'anus et une infinité d'autres infirmités, n'entraînent pas des dangers pour la vie; on les opère cependant, et personne ne le blâme, quoiqu'il puisse arriver que ces opérations soient suivies d'accidents mortels.

M. Hervez de Chégoin est allé bien plus loin que M. Cruveilhier. Sa théorie peut se résumer en ces deux propositions: Les cancers récents offrent moins de chances de succès à l'opération et plus de chances de récidive que les cancers anciens; il n'y a pas de cancers locaux; ils sont toujours liés à une cause générale et primitive, et ce n'est qu'après avoir épuisé, pour ainsi dire, cette cause générale que les cancers se localisent. Comme conséquence de cette opinion, M. Hervez professe qu'il faut opérer le cancer le plus tard possible.

M. Roux démontre tous les dangers de cette doctrine, et fait voir combien la temporisation rend les opérations plus difficiles, plus compliquées et plus incertaines.

M. le président appelle M. Récamier, qui n'est pas présent, et annonce que, par rang d'inscription, la parole est à M. Desportes.

M. Husson, pour une motion d'ordre. Cette question est fort importante sans doute, mais voilà long-temps qu'elle s'agite. D'un côté les travaux ordinaires de l'Académie sont suspendus, de l'autre les candidats à la place vacante attendent l'occasion de lire quelques travaux. Je demande donc que l'Académie veuille décider quand finira la discussion. (Appuyé, appuyé.)

M. le président. Je vais consulter l'Académie.

M. Velpeau trouve qu'il y aurait convenance à maintenir le droit de parole à ceux qui n'ont pas parlé ou qui n'ont parlé qu'une fois.

M. Desportes croit qu'il y a des choses utiles à faire connaître et demande à être entendu.

M. Nacquart voudrait que le président pût circonscrire la discussion dans quelques points capitaux de la question. Il désirerait que le président résumât la discussion.

M le président. Je l'ai tenté sans y pouvoir réussir. Ces résumés d'ailleurs ne sont pas dans les habitudes de la présidence, et sont fort difficiles. Pour la question actuelle ce serait impossible.

Je vais mettre aux voix si l'Académie veut clore la discussion immédiatement.

Une première épreuve est douteuse; à la seconde, la majorité décide que la discussion est close, sauf le droit de réponse de M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier. Plusieurs orateurs m'ont dit que j'avais fait des concessions, et M. Lisfranc même m'a remercié de m'être amendé. M. Roux, avec des précautions oratoires, m'a dit que je ne serais pas aussi absolu. Faire des concessions est la pente naturelle de mon esprit, et surtout à des confrères dont j'estime à un aussi haut point les lumières. Mais mes convictions ne se sont point formées à la légère; elles reposent sur une étude longue et persévérante, et, quoi qu'en disent mes collègues, il m'est impossible de leur faire les concessions qu'ils croient que je leur ai faites. Pour cela je n'ai qu'à reproduire les propositions de mon mémoire, auxquelles je n'ai pu trouver jusqu'ici une objection sérieuse.

1° Les corps fibreux sont incapables de dégénérescence.

A quoi se sont bornées les objections sur ce point? A de pures assertions; mais des faits, aucun. J'avais cité ce fait si remarquable de Bayle, qui avait vu des corps fibreux intacts de la mamelle au milieu d'une dégénérescence cancéreuse. Dans un livre tout récent de pathologie externe, par M. Nélaton, je viens de lire un fait semblable. Rien donc jusqu'ici n'a démenti ma loi d'incompatibilité.

2° La mamelle contient des corps fibreux.

Cette proposition n'a été formellement attaquée par personne.

3° Les corps fibreux de la mamelle sont très fréquents.

Ici c'est une question de chiffres. Je peux avoir exagéré, c'est possible; la statistique n'a pas été faite, j'en conviens; mais croyez que mon erreur, s'il y a erreur, est de peu d'importance, et que plus on ira, plus on sera convaincu de la fréquence de ces tumeurs fibreuses.

4° Les corps fibreux peuvent être distingués de l'induration et du cancer.

C'est la proposition qui a été le plus attaquée. Cependant, comme l'a dit dit M. Gerdy, ce n'est pas en prenant chaque signe à part que l'on peut arriver à la détermination d'une espèce, mais bien par l'ensemble de ces signes qui se corroborent les uns les autres. Je ne veux pas dire qu'il n'existe pas de difficultés; les cancers enkystés, par exemple, sont très difficiles à distinguer des tumeurs fibreuses. Mais leur marche est différente. Après tout, si le diagnostic est difficile, c'est que l'anatomie pathologique n'est pas faite.

5° Leur extirpation n'est nullement nécessaire.

Cette proposition n'est que la conséquence des autres. Je soutiens qu'il n'y a pas d'opération innocente. Opérer aujourd'hui, que tout le monde peut opérer, grâce aux méthodes mathématiques introduites par M. Lisfranc, et je dis ceci, avec bonheur, opérer ne doit pas être l'unique ressource de la chirurgie. Faire l'ablation d'une tumeur quand on peut faire autre chose, est une lâcheté. (Vives réclamations.)

(*M. Velpeau*. Voilà des doctrines bien dangereuses, auxquelles nous ne pouvons plus répondre)

On a soutenu qu'il fallait opérer toutes les tumeurs pour éviter l'infection générale que déterminerait leur dégénérescence. Mais j'ai prouvé que les tumeurs fibreuses ne dégénéraient pas. Les exemples que l'on a invoqués ici ne prouvent rien; je conteste formellement qu'on nous ait apporté ici de véritables tumeurs fibreuses dégénérées.

M. Cruveilhier pense aussi que les opinions de M. Hervez de Chégouin sont dangereuses et erronées. Quant au cancer, il adopte une opinion mixte, en disant qu'il y a des cancers primitivement généraux, et d'autres primitivement locaux.

Cette discussion est terminée.

M. Bousquet. Plusieurs personnes inscrites avaient écrit leur opinion. Je demande à l'Académie la permission d'insérer ces discours dans le Bulletin.

M. Lisfranc s'élève avec force contre cette proposition, qu'il trouve contraire au règlement, aux antécédents de l'Académie, et aux convenances.

M. Velpeau conteste ces assertions, et invoque l'exemple de l'Académie des sciences où pareille chose se fait tous les jours.

M Gerdy ne voit pas que des avantages à adopter la proposition de M. Bousquet.

M. Delens voudrait que les discours fussent déposés immédiatement sur le bureau, et lus par le secrétaire à la prochaine séance.

M. Lisfranc demande l'ordre du jour.

Il est mis aux voix et rejeté.

M. Ségalas demande que les discours qui seront insérés dans le Bulletin soient immédiatement déposés.

La proposition de M. Bousquet est mise aux voix et adoptée, avec la condition demandée par M. Ségalas.

La séance est levée après cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1844; par le docteur A. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc.

M. Bouchardat vient de publier pour la quatrième fois son Annuaire, dans lequel il a pour but, comme on sait, de présenter aux praticiens le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques, ainsi que les principales formules pharmaceutiques que l'on a fait connaître dans le courant de l'année qui vient de se terminer.

Pour composer l'Annuaire que nous annonçons ici, l'auteur a non-seulement mis à contribution les nombreux recueils périodiques qui se publient tant en France qu'à l'étranger sur la médecine, la chirurgie et la pharmacie, mais il a encore puisé dans la plupart des ouvrages

médicaux qui sont parus en 1843. Aussi son travail renferme-t-il une foule de documents qui recevront, nous n'en doutons pas, de tous ceux qui se livrent à l'exercice de l'une des branches de l'art de guérir, un accueil non moins favorable que celui qui a été fait aux précédents Annuaires.

Nous ne pouvons faire connattre toutes les notions qui se trouvent consignées dans ce volume; mais nous donnerons du moins une idée de leur importance en signalant les principales d'entre elles.

Ainsi, on y trouve d'intéressantes observations sur tes préparations opiacées en général, et en particulier sur l'opium d'Algérie et sur l'inoculation des sels morphiques; sur l'emploi prophylactique des préparations belladonées contre la scarlatine, et leur usage dans le traitement de diverses affections des yeux; sur t'extraction de ta conicine ou principe actif de la ciguë; sur les propriétés optiques de la strychnine et de la brucine, et t'efficacité de ta noix vomique dans certains cas de chorée et de gastralgie; sur la préparation et l'emploi des composés cyaniques, du chloroforme, du camphre et de la naphtaline; sur la digitaline, ou principe actif de la digitale, les propriétés optiques des alcaloïdes, des quinquinas, les diverses applications thérapeutiques du nitrate d'argent, les préparations iodiques usitées en médecine, et les huiles extraites des foies de raie et de morue; sur la question de l'antagonisme, de la fièvre paludéenne et de la phthisie pulmonairc, etc.

Enfin, l'Annuaire est termiué par quelques renseignements sur la pharmacie vétérinaire, sur la toxicologie, sur les lithontriptiques, sur les urines laiteuses et sur les alcalis végétaux, et il est suivi de l'exposé des recherches et expériences faites par MM. Bouchardat et Sandras sur les contre-poisons du sublimé corrosif, du plomb, du cuivre et de l'arsenic.

Du traitement de la phthisie pulmonaire. Quelques reflexions sur les phthisiques observés à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; par Emile PEREYRA, médecin titulaire de cet hôpital.

On sait que, depuis un certain nombre d'années, l'huile de foie de morue jouit d'une grande vogue parmi tes médecins lorsqu'il s'agit de combattre les accidents divers de la diathèse strumeusc. L'analogie si évidente qui existe entre la nature de l'affection scrofuleuse et celle de ta phthisie pulmonaire tuberculeuse devait naturellement conduire les praticiens à tenter l'administration de cette huile dans le traitement de cette dernière maladie, et c'est en effet ce qui a eu lieu, tant en France qu'à l'étranger.

Attaché au service cliniquc d'un grand hôpital, et s'occupant spécialement de recherches sur la valeur positive de l'auscultation dans le cas de tubercules pulmonaires à différents degrés de développement, M. Péreyra fut, chez nous, t'un des premiers à tenter l'emploi de cette médication, et le travail qu'il livre aujourd'hui à la publicité n'est que la description fidèle, le tableau animé des faits observés et recueillis par lui-même dans le service dont il est chargé.

Sans réclamer aucune priorité, il raconte comment ses idées sur la nature de ta phthisie l'ont amené, en 1838, à rechercher d'autres moyens de traitement que ceux qui avaient été mis en usage jusqu'alors. Il rapporte ce qu'il a fait, et, ainsi qu'il a soin de le faire observer, les résultats qu'il mentionne sont assurément de nature à encourager les médecins dans l'abandon de la méthode antiphlogistique qui ne laisse le plus souvent que l'espoir de soulager, de pallier la phthisie, à tel point qu'un praticien un peu âgé ne compte presque jamais sur la guérison.

Ajoutons on terminant que l'auteur a consigné, dans cet opuscule, des notions fort intéressantes sur les caractères des brutits respirstioires et du pouls chez les phthisiques.

Manuel de médecine légale; par M. Henri BAYARD, docteur en médecine, etc.

Les ouvrages de médecine légale que nous possédons en France sont encore en assez petit nombre, et soit en raison de la date déjà reculée de leur publication, soit à cause de l'esprit dans lequel ils sont rédigés, ils ne fournissent pas un guide commode au médecin qui veut étudier les règles, les préceptes généraux des sciences médicales cousidérées sous le point de vue de leur application aux besoins des cours et tribunaux.

C'est pour parer à cet inconvénient, c'est pour combler cette lacune, que M. H. Bayard publie le manuel dont nous parlons. Son but, dit-il, en écrivant un manuel pratique de médecine légale, a été de présenter au lecteur l'ensemble des règles à suivre dans l'étude pratique des questions multipliées, si délicates et si diverses qui composeut cette science.

Afin d'être à la fois aussi complet et aussi concis que possible, et en même temps afin de ne point altérer les opinions des auteurs qu'il cite en en donnant des extraits tronqués ou incorrects, il a le soin de noter partout les indications bibliographiques avec une exactitude scrupuleuse, de sorte qu'il est facile au lecteur de remonter jusqu'aux sources, et de pouvoir approfondir chacune des questions qui sont traitées.

Nous devons reconnaitre que toutes les parties de cet ouvrage sont rédigées avec soin; mais nous devons citer en particulier, comme offrant des développements plus étendus, les questions relatives aux blessures, aux attentats à la pudeur, à la grossesse, à l'accouchement, à l'infanticide, à l'examen des taches qui peuvent être l'objet des recherches médico-légales dans les expertises judiciaires, et enfin à l'empoisonnement.

Sous tous les rapports, ce manuel nous parait être à la hauteur de la science, et nous croyons pouvoir lui prédire un accueil favorable de la part de tous ceux qui savent apprécier convenablement le mérite d'un livre dans lequel la clarté se trouve associée à la concision.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelles recherches sur la kiestéine; par M. le docteur VANNONI, professeur d'obstétrique à Florence.

M. Vannoni, conjointement avec son collègue M. le professeur Cozzi, s'est livré à des recherches suivies dans le but d'étudier la nature chimique de la kiestéine, et de reconnaitre à quelle époque de la grossesse elle se montre, les différences qui existent entre cette substance et d'autres matières analogues, et quelles sont les maladies compliquant la grossesse qui peuvent en troubler la formation ou t'appsrition.

Ce praticien rapporte qu'il a rencontré ce principe dans l'urine de cent quarante femmes enceintes, qu'il a pu observer à sa clinique obstétricale de Santa-Maria de Nuova de Florence.

Chez plusieurs femmes soupçonnées grosses, et chez lesquelles l'absence réelle de grossesse avait été prouvée par suite de recherches cliniques, cette absence a été confirmée par t'analyse chimique de t'urine qui était tout à fait dépourvue de kiestéine. Chez une femme, entre autres, qui présentait tous les signes rationnels d'une grossesse de trois mois, l'absence de ce corps avait démenti l'existence de la gestation, ce que le temps était venu confirmer par la suite.

Chez une temme affectée d'une grave affection tuberculeuse des poumons et devenue en conséquence aménorrhoïque, la supposition d'une grossesse ayant été admise, l'urine fut examinée et présenta un un corps analogue mais non identique à la kiestéine.

Enfin, la kiestéine n'a pas été trouvée dans l'urine d'une femme réellement enceinte de cinq mois, mais qui était en même temps atteinte de la maladie de Bright (albuminurie).

(*Annali universali di medicina.*)

Sur les propriétés toxiques du cytisus laburnum; psr M. le Dr ROBERT CHRISTISON.

L'écorce du cytisus laburnum exerce sur l'économie vivante une action narcotico-âcre, ainsi que l'a observé M. le docteur Robert Christison, professeur de matière médicale à l'université d'Edimbourg.

Donnée intérieurement, en substance, à un homme, elle provoqua, au bout de quelques minutes, des vomissements violents et des coliques, et il resta à la suite de cette action un malaise abdominal qui devint chronique.

M. Christison a fait plus tard des expériences sur des animaux.

Chez les chats et les chiens, cette écorce donna lieu à de fortes douleurs et à de prompts vomissements. Toutefois, ces accidents se dissipèrent bientôt.

Chez un fort lapin, dans l'estomac duquel on avait injecté une décoction de cette écorce, il survint bientôt une grande snxiété; ta marche devint vacillante, et de violentes convulsions eurent lieu. Au bout de deux minutes et demie la mort arriva. L'autopsie fut faite sans retard: on trouva le cœur surchargé de sang, mais cependant se contractant encore sous l'influence des excitations extérieures; les muscles se comportaient de la même manière. L'estomac oontenait une masse verte pulpeuse imbibée de la décoction, mais il ne présentait aucune autre altération morbide.

Donné à petites doses, ce poison agit exaclement de la même manière, seulement son action est plus lente.

Bien que les essais tentés jusqu'ici avec cette substance soient peu nombreux, ils suffisent néanmoins pour la caractériser et pour lui assigner un rang parmi tes poisons narcotico-âcres doués d'une grande énergie. (*Edimbourg medical and surgical journal.*)

Emploi de la teinture de muriate de fer contre la gastromalacie; par M. SCHUMANN, de Berent.

M. Schumann a obtenu, dans un cas de gastro-malacie, la guérison de cette affection à l'aide de la teinture de muriate de fer. Après avoir fait prendre ce médicament pendant dix jours, la diarrhée caractéristiquc, la soif inextinguible et les vomissements fréquents cessèrent entièrement, et l'enfant, qui avait presque été réduit à l'état de squelette, se trouva complétement rétabli au bout de six semaines.

(*Medicinische Zeitung.*)

NOUVELLES.

La réunion des professeurs particuliers pour la distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique pour les cours d'été, aura lieu à la Faculté mercredi prochain, 3 avril, à midi.

— Nous avons reçu de M. Gannal une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

NOTE SUR L'EMPLOI DES PECTORAUX.

La plupart des préparations désignées sous le nom de *Pectoraux* ou *Béchiques* sont incomplètes et fort bornées dans leurs notions. L'une ne s'adresse qu'à ta période aiguë de la maladie, l'autre qu'à la période chronique; celle-ci n'a d'action que sur l'atonie des membranes, celle-là que sur leur phlogose. Nous nous appuyons, à cet égard, sur l'autorité du *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, qui s'exprime ainsi au sujet de ta plupart des pectoraux: « Nous observerons que dans le début de la plupart des maladies pulmonaires, ils le sont véritablement; mais que, plus tard, ils ne méritent plus ce nom, et que si on s'obstine à les continuer, les affections catarrhales durent un temps considérable. »

Cela est vrai du plus grand nombre des pectoraux connus dans la matière médicale. Il faut donc qu'un médicament auquel on puisse attribuer avec juste raison ta propriété pectorale réunisse des conditions multiples et diverses pour parer aux symptômes multiples et divers que les affections de poitrine peuvent présenter, c'est-à-dire que ce médicament soit adoucissant, incisif et calmant.

1° *Adoucissant*, pour combattre la toux qui tient à une irritation ou à une phlegmasie du système pulmonaire, et qui est associée aux symptômes suivants: tension, sécheresse, chaleur, douleur, avec peu ou point d'expectoration. Cette propriété émolliente et adoucissante le rend merveilleusement apte à guérir la première période des rhumes, des catarrhes pulmonaires, de la pleurésie, de la pneumonie, de l'hémoptysie ou crachement de sang.

2° *Incisif* et *résolutif*, pour s'opposer aux accidents qui résultent d'une toux qui dure depuis long-temps, et qui a pris un caractère chroniquc, et pour remédier à une sorte de relâchement de la membrane muqueuse des bronches, qui produit une sécrétion exubérante de mucosité. Le pectoral alors, tel que nous l'entendons, produira une influence stimulante tellc que l'expectoration en sera favorisée, et que les voies aériennes seront débarrassées de l'obstacle qu'elles présentent. Dans les cas dont nous parlons, et qui sont si communs, il se fait un afflux continuel d'humeurs vers les poumons; il faut augmenter l'activité de ces organes, leur donner, en quelque sorte, les moyens de dissiper cette espèce de congestion.

3° *Calmant*, *sédatif*; car dans ces irritations aiguës et nerveuses qui déterminent des quintes de toux plus ou moins longues et extrêmement fatigantes, il doit pouvoir calmer cette série de phénomènes qui font le désespoir des malades.

Y a-t-il beaucoup de pectoraux qui réunissent les triples propriétés que nous venons d'énumérer, et qui nous semblent indispensables? Nous ne le pensons pas.

La préparation connue sous le nom de *Sirop de Lamouroux* est peut-être la seule qui remplisse toutes les indications qui peuvent se présenter dans les maladies de poitrine. Employée depuis plus d'un quart de siècle, la pratique a démontré que ce sirop convient à tous les degrés et à toutes les périodes des affections pulmonaires récentes ou invétérées, et que son administration, toujours suivie de résultats heureux, ne peut, dans aucun cas, présenter d'inconvénients. Aussi, l'emploi de ce sirop est généralisé depuis long-temps, et tous les praticiens en renom l'ont adopté et en font le plus fréquent usage.

MM. les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que MM. les élèves en médecine, sont prévenus qu'une pétition qui les intéresse est déposée, pour recevoir leur signature, entre les mains de M. Chassaignac, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris.

S'adresser à M. Chassaignac.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 30 MARS 1844. (17e ANNÉE.) N°. 38. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Des divisions à établir dans l'étude des maladies des yeux. De la blépharite et de ses diverses variétés.

S'il était important de faire sentir l'utilité de l'étude des maladies de l'œil, il ne l'est pas moins d'examiner l'ordre suivant lequel cette étude doit être faite.

Les maladies des yeux peuvent se diviser d'abord en deux grandes catégories :

1° Les maladies inflammatoires, celles qu'on a désignées sous le nom générique d'ophthalmies.

2° Les maladies étrangères à l'inflammation ; les maladies chroniques, organiques.

Cette dernière classe présente évidemment des affections plus variées, plus différentes les unes des autres que la première; c'est à elle qu'il faut rapporter, la cataracte, le glaucome, l'amaurose, le cancer et bien d'autres encore ; en un mot, toutes les altérations qui ne sont point l'inflammation, comme certaines tumeurs de l'orbite, les anévrismes, les varices, etc.

Nous ferons remarquer que nous insisterons beaucoup plus sur la première de ces classes que sur la seconde, n'ayant presque rien à changer aux idées généralement reçues sur cette dernière catégorie des maladies de l'œil. Mais quant aux ophthalmies, elles constituent une série si nombreuse de maladies, elles sont, comme nous l'avons dit précédemment, si communes que tous les praticiens doivent être désireux de les connaître.

Avant de commencer l'histoire des ophthalmies, il serait bon peut-être d'en donner une définition ; mais il faut avouer qu'il est assez difficile de définir cette classe de maladies de l'œil. Les uns ont vu l'ophthalmie seulement dans l'inflammation de la conjonctive ; les autres l'ont appelée une exagération organique du système vasculaire. Heureusement que la définition n'est point ici la chose importante ; mais une division nettement établie entre ces différentes inflammations nous paraît beaucoup plus essentielle.

Comment donc divisera-t-on les ophthalmies ? En deux familles distinctes : 1° Les inflammations qui occuperont les paupières ; 2° celles qui auront leur siége dans l'œil lui-même. Puis chacune de ces familles présentera des variétés dont nous parlerons bientôt.

Les premières, nous les appellerons des palpébrites ou des blépharites ; les autres seront plus spécialement les ophthalmites, et nous en trouverons d'un grand nombre d'espèces.

Pour s'entendre, il était nécessaire de poser ces règles ; et ici, on le voit, nous sommes en désaccord complet, comme nous l'avions annoncé, avec la plupart des oculistes. En effet, pour certains pathologistes, les maladies des yeux devraient être divisées par constitution, ou, si on l'aime mieux, rapportées à des causes supposées ; car leurs divisions se réduisent à cela, et quand ils disent ophthalmie catarrhale, rhumatismale, scorbutique, scrofuleuse, syphilitique, abdominale, rubéolique, variolique, hémorrhoïdale, etc., ils supposent que le sujet est atteint de ces différentes affections, ou se trouve dans les divers états que ces noms expriment, et cela sur l'inspection de la maladie de l'œil. Pour ceux qui envisagent ainsi les ophthalmies, on voit qu'il n'est pas question de tissus, mais de constitution individuelle ; nous avons dit déjà que cela était faux, mais nous voulons faire voir aujourd'hui comment cela est faux.

Ce n'est pas que nous pensions qu'il soit tout à fait erroné d'associer la goutte, le rhumatisme, les scrofules à une ophthalmie, qu'on remarque ceci ; mais nous avançons que les prétentions de cette doctrine, de conclure telle ou telle constitution par l'inspection des maladies de l'œil, sont complétement insoutenables. Ainsi, d'après cette doctrine, il peut arriver qu'on diagnostique une ophthalmie rhumatismale, et que jamais le malade n'ait eu de rhumatisme. Quel sens aura donc cette ophthalmie rhumatismale ? Disons que cela est singulier, il faudrait peut-être même dire davantage.

Il est tellement vrai que l'on arrive ainsi à des conclusions fausses, que des maladies de l'œil qui devraient être excessivement rares dans les hôpitaux, y sont cependant des plus communes. Ainsi, l'ophthalmie arthritique se voit fréquemment dans l'hôpital, et pourtant tout le monde sait que la goutte ne sévit point sur les gens qui se font soigner dans les hôpitaux. C'est une maladie qui n'attaque guère que les riches, et nous ne recevons ici que des pauvres ; néanmoins, les ophthalmies de cette espèce ne sont pas rares. Des faits analogues se retrouvent à propos de toutes les autres espèces d'ophthalmies.

S'il s'agissait en cela du seul inconvénient d'un nom mal approprié à la maladie, d'un mot mis à la place d'un autre, nous insisterions fort peu sur ces détails ; mais ces dénominations qui se rattachent à la doctrine tout entière que nous combattons, ont conduit à des résultats tout autrement graves. Ainsi l'on a été conduit par ces idées à diriger sur la maladie présumée le traitement qui devait agir sur l'ophthalmie ; on a été conduit à traiter la goutte, la syphilis, dans les maladies de l'œil ; résultats supposés de ces affections générales, dont le malade n'avait jamais été atteint peut-être.

En somme, voici la marche que nous avons adoptée. Nous n'avons pas voulu envisager les inflammations de cette manière ; nous avons pensé qu'il fallait examiner d'abord quels étaient les tissus susceptibles d'inflammation, qu'il fallait étudier les diverses couches dont ces tissus étaient formés. Or, comme ils sont très nombreux, très ténus, cette étude est difficile sans doute ; est-ce à dire qu'on ne doit pas l'entreprendre ?

Examinons les éléments dont la maladie pourra s'emparer. Dans la paupière, nous trouverons d'abord les téguments qui sont moins souples, extensibles ; ce qui nous apprend que l'inflammation y développera un boursouflement considérable en s'y établissant ; mais comme en définitive la peau des paupières ne diffère que peu de la peau de la face en général, il ne sera pas nécessaire de créer pour cette inflammation une ophthalmie particulière. Sous la peau existe un tissu cellulaire très souple aussi ; par conséquent l'inflammation y marchera vite, la suppuration s'y montrera promptement ; en un mot, l'inflammation s'y comportera, comme elle le fait ailleurs, dans des tissus analogues ; il n'est donc pas besoin non plus de faire de l'inflammation du tissu cellulaire des paupières, une ophthalmie à part. Plus profondément on rencontre le muscle orbiculaire ; l'inflammation des muscles est si rare, que nous ne nous y arrêterons point.

Mais ici nous arrivons à des éléments propres aux paupières, à la conjonctive, aux cartilages tarses, à cette série de petites granulations, qui sont les glandes de Meïbomius, chargées d'une fonction spéciale ; nous voyons le bord libre des cartilages tarses nous présenter trois régions ; ce bord, qui est taillé carrément, et auquel on peut distinguer une lèvre postérieure sur laquelle s'ouvrent les glandules que nous venons de nommer, une lèvre antérieure ou cutanée où s'implantent les cils et le bord lisse, l'interstice entre les deux régions précédentes ; enfin nous devons encore examiner les cils qui eux-mêmes présentent une organisation compliquée. Tout cela est microscopique ; mais chacune de ces parties existe et peut devenir le siége d'une maladie ; il est donc absolument indispensable de les connaître.

Et qu'on le remarque, en ne parlant que des parties que nous venons d'énumérer, nous posons la question dans les termes les plus simples. En poussant plus loin les recherches, ne pourrait-on se demander si ces tissus ne sont pas composés eux-mêmes, si la maladie commencera plutôt, dans le cas où ils le seraient, par un élément que par un autre, si ce ne pourrait pas être dans les vaisseaux, dans les nerfs de ces parties que se trouverait le point de départ de l'inflammation.

Pour l'œil lui-même, nous retrouverons des considérations identiques ; l'inflammation s'emparera de la conjonctive, de la cornée. Nous la verrons débuter tantôt par un lieu, tantôt par un autre.

Ceci établi, nous partons maintenant d'un point de départ connu, et quand nous dirons *conjonctivite palpébrale*, par exemple, nous nous entendrons parfaitement ; il en sera de même pour l'inflammation des follicules et pour toutes les parties de l'œil ; le siége du mal, le corps du délit, si l'on pouvait ainsi dire, se trouvera facilement. C'est en partant de cette base que nous voulons réformer cette partie de l'oculistique ; nous admettrons autant d'inflammations qu'il y a d'éléments ; ce qui ne nous empêchera, en aucune façon, de tenir suffisamment compte de la constitution de l'individu.

Dès lors, on conçoit qu'il y a lieu de diviser les inflammations en simples et en compliquées, puisque partout dans l'économie on retrouve l'inflammation avec ces deux formes. Il en est pour l'œil comme pour le reste de l'organisme ; pour les viscères, si l'on veut un exemple.

Mais il y a un embarras dans l'étude des maladies des yeux, dont il faut être prévenu. S'il est vrai que les inflammations partent ordinairement d'un des tissus de l'œil, il ne l'est pas moins que ces inflammations en engendrent d'autres, et que le médecin trouve alors plusieurs affections établies, qu'il est moins facile de reconnaître. On comprend, en effet, que lorsqu'on n'a pas assisté au début de la maladie et qu'on n'a pas été témoin de sa propagation aux tissus environnants, le siége primitif du mal échappe ; on a de la peine à se retrouver au milieu de cette sorte de confusion. Et cela d'autant plus, que

---

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DE VERS INTESTINAUX ;

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.

(Suite du n° 35.)

M. Aronssohn rapporte encore une troisième observation qui lui est propre, et des faits analogues ont été recueillis par Haller, qui s'exprime ainsi : « Deniquè inter rariores mortis causas fuisse puto quam » in puellâ decenni vidi. Eam reperimus cum omnibus visceribus » sanissimis, unicè verminosum, et fauces atque os lombricis plenum, » duo verò de tereti genere vermes in asperâ arteriâ, ad cordis sedem; » in quo principio pulmonis aperti sunt, manifesti suffocationis auto- » res. » (*Opuscul. pathol.*, Lausanne, 1758, in-8°, p. 26, obs. 10.) — Par M. Récamier, qui a vu un malade atteint de bronchite capillaire ne survivre que quelques heures à son entrée à la clinique, à une période de la maladie qui ne devait pas faire soupçonner une fin aussi prochaine. L'ouverture du cadavre fit reconnaître dans le larynx un ver lombricoïde dont la présence avait suffoqué le malade. En effet, ses derniers instants avaient été caractérisés par des phénomènes d'asphyxie. (Revue médicale, 1825, t. IV, p. 12.) — Enfin, par un des médecins de l'hôpital des Enfants, et je crois devoir reproduire ici cette observation intéressante parce qu'elle est de nature à démontrer que les faits de cette espèce ne paraissent si rares que parce que l'attention des médecins n'est pas assez souvent dirigée sur cette cause de mort, et parce que les autopsies ne sont pas toujours faites avec assez de soin ; car il est évident que la cause de la suffocation qui enleva si rapidement le petit malade en question, aurait été complétement méconnue et attribuée sans doute à quelque affection nerveuse cachée, si les recherches n'avaient été dirigées du côté du pharynx et de l'œsophage.

Une jeune enfant de neuf ans (Bull. de thérap., 1835, t. VIII, p. 32), rachitique, d'un embonpoint considérable, fut prise des prodromes de la rougeole pendant qu'un de ses frères était convalescent de cette maladie. Elle éprouvait depuis deux jours de la toux, des éternuments, des nausées, des vomissements, de la fièvre et une anxiété précordiale lorsqu'elle a été transportée à l'hôpital des Enfants. Arrivée à midi, elle offrait une teinte violacée de la face et des lèvres, une anxiété extrême, une gêne très grande de la respiration ; elle accusait une vive douleur de gorge, portait la main à la partie antérieure du cou, comme pour en arracher l'obstacle qui s'opposait au passage de l'air. L'exploration de la gorge ne fit rien reconnaître d'anormal ; la toux et la voix n'étaient point croupales, cependant la suffocation était imminente. L'interne de de garde fait appliquer immédiatement huit sangsues sur les parties latérales du larynx. Pendant cette application, l'anxiété et l'agitation augmentent, la respiration est haute, costale, saccadée, inégale ; la malade fait de vains efforts de toux, comme pour expulser un corps étranger retenu dans les voies aériennes, se plaint toujours de douleurs de gorge ; l'asphyxie devient imminente. L'interne se décide à ouvrir la veine ; mais à peine s'est-il écoulé une once de sang, que la malade succombe. C'était environ deux heures après son entrée à l'hôpital.

Le lendemain l'on procède à l'ouverture du cadavre. La muqueuse du larynx et de la trachée présente une teinte d'un ton pâle, ainsi que celle des bronches. La glotte, l'épiglotte et les différents replis muqueux sont exempts d'altération ; les ganglions bronchiques ne sont ni hypertrophiés, ni tuberculeux. Les plèvres ne sont le siége d'aucun épanchement ; les poumons ne présentent aucune lésion. Le péricarde et le cœur sont dans l'état normal. L'estomac contient une petite quantité de liquide exhalant une odeur acide ; la muqueuse présente un pointillé rouge assez vif ; mais sa consistance est normale. La membrane muqueuse intestinale est généralement pâle ; vingt vers lombrics sont contenus dans l'intestin. Le cerveau et ses enveloppes ne présentent rien d'anormal.

L'on était dans l'impossibilité d'expliquer la mort par les lésions observées ; lorsque, pour n'omettre aucun organe dans les recherches minutieuses auxquelles on se livrait, l'on procède à l'examen du pharinx et de l'œsophage. A peine a-t-on porté le scalpel sur le premier de ces deux organes, qu'un ver lombric d'environ six pouces de longueur, encore vivant, s'échappe par l'ouverture supérieure de l'œsophage.

Quoique dans ce cas le ver n'ait pas été trouvé dans les voies aériennes, comme dans l'observation rapportée par M. Blandin, nous ne doutons pas, d'après les accidents éprouvés par la malade pendant la vie, que la mort n'ait été le résultat de l'introduction de cet entozoaire dans le larynx, qu'il aura abandonné pendant les vingt-quatre heures qui ont précédé l'ouverture du corps.

2° *Œsophage.*. Nous venons de voir, et nous croyons avoir suffisamment démontré que la suffocation peut être la suite de l'introduction des vers dans les voies aériennes ; le même résultat peut être produit par un peloton de vers arrêté dans l'œsophage. Nous lisons dans le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Lyon, par M. de La Prade (1821, in-8°, p. 62), ce qui suit : Un maçon étant mort subitement, l'ouverture du corps fut ordonnée. On trouva un gros peloton de lombrics dans l'œsophage, à la hauteur de la thyroïde, qui était convertie en une tumeur volumineuse, pleine d'une matière semblable à de la lie de vin.

Quant à de prétendues perforations de ce conduit qui auraient été produites par les vers, et dont M. Lepelletier a relaté deux observations (Journal hebdomadaire, 1831, t. IV, p. 367), nous les rapportons avec M. Cruveilhier (Dict. de méd. et de chir. prat., t. VII, p. 344) à cette altération particulière de l'œsophage connue sous le nom de ramollissement gélatiniforme. Ces prétendues perforations n'ont aucun point de ressemblance avec les perforations intestinales produites par les lombrics, et sur lesquelles nous avons jeté quelque jour par les recherches que nous avons publiées en 1838.

3° *Oreille.* Si quelques personnes ont de la peine à admettre que, pendant la vie, des vers puissent, à travers la glotte pénétrer dans les voies aériennes, que sera-ce donc si on vient leur dire que ces mêmes

l'on n'observe nulle part comme pour l'œil cette facilité qu'a la maladie à envahir les tissus voisins. Ainsi, quand une des parties des paupièresdevient le siége d'une inflammation, tous les autres tissus peuvent se prendre; on a observé, du reste, à peu près la même chose pour la peau. Aussi, y a-t-il des dermatologues qui, adoptant les idées de Willian, recherchent ces maladies dans leur état élémentaire, tandis que d'autres, soutenant qu'on ne les trouve presque jamais à cet état, veulent qu'on les étudie et qu'on les classe selon l'aspect avec lequel elles se présentent. Pour les yeux, il y a une difficulté de plus, dépendant du petit espace qui est le théâtre de ces combinaisons.

Inflammation simple des paupières. — On doit distinguer trois espèces d'inflammations simples des paupières : 1° celle de la conjonctive et de ses dépendances; 2° celle des cils et de leurs annexes; 3° celle du bord palpébral.

Les inflammations de la conjonctive palpébrale, les blépharites se divisent elles-mêmes en trois variétés : la première comprend l'inflammation de la conjonctive seule, sans réaction inflammatoire sur les papilles ou glandules; elle débute par la surface libre de la muqueuse, et nous lui avons donné, à cause de cela, le nom de *blépharite muqueuse;* la seconde envahit d'abord les glandes de Meïbomius, c'est la *blépharite glanduleuse*; dans la troisième, l'inflammation commence par les papilles, le tissu présente un aspect granulé, comme sablé, nous l'avons appelée *blépharite granuleuse*. Chacune de ces inflammations affectant une marche différente, on comprend qu'il est utile de les bien distinguer.

Les inflammations des bords ciliaires ou blépharites ciliaires se subdivisent également en trois variétés : la première, que nons nommons *furfuracée*, est caractérisée par une légère efflorescence de l'épiderme, de petites écailles, des paillettes ; la seconde débute par les follicules, et a reçu, à cause de cela, le nom de *follicnleuse*, et la troisième, qui appartient peut-être par le fond à la précédente, est constituée par une exsudation abondante qui colle les cils entre eux et les réunit en forme de petits pinceaux, c'est la *blépharite ciliaire*, proprement dite.

Enfin, les inflammations qui se montrent aux bords palpébraux, peuvent être rangées en deux classes, l'une qui présente des ulcérations et commence par la partie carrée du bord libre, *blépharite exulcéreuse;* la seconde, se montrant sous l'aspect d'un liseré grisâtre placé en travers sur ce bord, c'est la *blépharite diphtéritique*.

Il est sans doute quelques-unes de ces variétés qui pourraient à la rigueur se fondre les unes dans les autres, mais il en est qui, de toute nécessité, doivent être maintenues, la blépharite exulcéreuse est de ce nombre.

La blépharite furfuracée qui, avons nous dit, est caractérisée par de petites écailles, est extrêmement commune, une infinité de personnes en sont affectées et ne s'en doutent point; cette légère maladie a les plus grands rapports avec la dartre furfuracée que l'on observe en général sur les jeunes sujets blonds, dartre qui va s'exaspérant vers chaque printemps. La blépharite furfuracée très-légère mériterait à peine le nom de maladie si elle n'était susceptible d'amener, par la suite, une démangeaison des plus vives qui porte les malades à se gratter, à se frotter la paupière avec une sorte de plaisir. Alors apparaissent de petits points rouges autour de la racine des cils, ces derniers s'altèrent et la maladie finit par les faire tomber. Sans aucun doute, la blépharite furfuracée est une affection distincte; elle peut persister seule plusieurs mois et plusieure années même, mais il n'est pas moins vrai qu'il est peu convenable de la négliger, parce que, outre l'inconvénient de la chute des cils qu'elle amène, elle favorise singulièrement le développement des autres maladies de la paupière. Ainsi, il faut être prévenu que toutes les fois que le malade vous affirmera que la maladie dont il se plaint n'est point dans l'œil, mais qu'elle lui semble être sur le bord des paupières, en y regardant avec soin on trouvera les écailles caractéristiques de cette affection.

La blépharite folliculeuse diffère de la précédente en ce qu'elle débute principalement par certains points particuliers du bord cutané du cartilage tarse, tandis que la première envahit dès le commencement tout le bord lui-même. La blépharite folliculeuse, outre qu'elle commence par certains points, est accompagnée de douleur et de symptômes inflammatoires sur les points envahis qu'ils soient groupés ou isolés. Il ne tarde pas beaucoup à sortir des points qu'occupe le mal une matière gluante qui se dessèche en croûte, de telle sorte qoe le matin, les bords des paupières sont adhérents, collés entre eux d'une manière intime par la sécrétion qui s'est faite pendant la nuit. Dans cette espèce de blépharite, les malades accusent un sentiment de douleur, de chaleur et de la démangeaison. Ils disent sentir leurs paupières chaudes, mais la douleur et l'inflammation de la partie les retiennent de gratter, tandis que dans la variété précédente, les malades éprouvent, en frottant la paupière, un soulagement marqué et même une sorte de plaisir.

Cette forme de blépharite est véritablement plus sérieuse que l'autre ; elle peut guérir seule, mais souvent elle s'aggrave et s'étend de plus en plus ; elle fait tomber les cils beaucoup plus tôt que la blépharite furfuracée , et il n'est pas extrêmement rare de voir succéder à ces follicules enflammés des fongosités qui, de prime abord, peuvent donner l'idée d'une maladie tout à fait grave.

La blépharite ciliaire s'empare plus volontiers de toute la longueur des cils ; elle occupe tous les follicules qui sécrètent une sorte de matière liquide qui, agglutinant les cils, les renverse, les réunit en paquets de quatre à cinq en forme de petits pinceaux et leur donne un aspect mouillé. Il est évident qu'on pourrait appeler ces deux dernières formes de blépharite, l'une générale et l'autre partielle.

Si l'on veut comparer maintenant ces blépharites avec l'exulcéreuse , on voit que, dans cette dernière, outre le sentiment de démangeaison , le malade accuse une sensation de brûlure. Chaque matin les bords palpébraux sont aussi adhérents , collés , mais on ne voit rien aux cils, et quand ils présentent des traces de matière quelconque , c'est à leur pointe et non à leur base qu'on l'observe , ce qui indique qu'elle a coulé le long du cil, mais qu'elle ne vient point de lui. En écartant les paupières on aperçoit des plaques jaunâtres, rougeâtres, violacées ou d'un rouge vif ; elles sont disséminées, et il semble que cela ait été écorché. Les autres tissus sont sains. Il n'y a pas de furfures ni d'autres blépharites : cela arrive quelquefois cependant.

Cette variété , qui peut durer très long-temps sans gravité apparente , ne doit pas être négligée ; car elle se transforme en ulcère granulé qui devient lui-même le point de départ de ces productions désignées sous les noms de fics, de sycosis, etc. , qui souvent sont fort difficiles à différencier du cancer.

PAJOT.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Introduction d'un haricot dans la trachée-artère. Trachéotomie. Extraction du corps étranger.

Au n° 25 de la salle Sainte-Thérèse, est couchée une jeune fille âgée de sept ans et demi, dont les parents habitent les environs de Coulommiers, entrée à l'hôpital le 22 février dernier.

Cette enfant jouait avec des haricots qu'elle s'amusait à cacher dans sa bouche et à en retirer successivement, lorsque, pendant qu'elle riait, un de ces haricots fut introduit dans le pharynx par un mouvement involontaire de déglutition, et passa dans le larynx et de là dans la trachée artère. Cet accident arriva le 16 février. Pendant cinq jours qu'elle resta dans son pays, depuis le moment où survint l'accident, deux médecins furent consultés et lui donnèrent leurs soins. L'un d'eux conseilla un vomitif, qui fut pris, et détermina deux ou trois vomissements non suivis de l'expulsion du corps étranger. L'inutilité de cette médication l'engagea à conseiller aux parents de la malade de l'amener à Paris.

Avant de continuer l'histoire de cette jeune fille, je crois devoir m'arrêter un instant sur un point qui me semble important. D'ailleurs, je pense qu'une conférence clinique permet des digressions, la plupart du temps utiles, du moment qu'elles ont pour objet des considérations toutes pratiques, et suggérées au chirurgien par l'examen qu'il fait du malade ou par le récit qui lui a été fait des antécédents. Disons donc un mot du traitement par les vomitifs qu'a cru devoir prescrire un des docteurs appelés à soigner cette enfant. Il y a certainement, à ce propos, quelques observations à faire. Dans quelques cas, un vomitif, par les secousses violentes qu'il détermine, pourra provoquer l'expulsion du corps étranger introduit dans le tube aérien; mais cet heureux résultat ne sera par toujours atteint, et c'est là-dessus que nous devons insister.

Il peut arriver quelquefois que le corps étranger introduit dans la trachée-artère, remonte, par suite de ces secousses de toux, dans la partie supérieure de ce canal, repasse dans le larynx et s'y arrête, engagé dans les replis de la muqueuse que l'on connaît sous le nom de cordes vocales. Il se place en travers et intercepte complétement le passage de l'air; alors il peut survenir une suffocation subite et sans remède. Bien qu'il ne soit pas des plus communs, cet accident mérite cependant d'être pris en sérieuse considération ; c'est pour cette raison que quelques personnes ont blâmé formellement l'emploi des vomitifs dans les cas de corps étrangers dans la trachée artère. Si, dans le fait actuel, l'administration du vomitif ne produisit aucun fâcheux résultat, il n'en est pas moins vrai qu'il ne changea rien à l'état de l'enfant.

On l'amena donc à Paris le jeudi 22 février, il y a quatorze jours aujourd'hui. Lorsque nous l'examinâmes, nous pûmes constater, chez elle, l'existence de tous les symptômes que présentent les sujets chez lesquels un corps étranger s'est introduit dans la trachée et y séjourne. Elle était pâle, abattue; de temps en temps une quinte de toux convulsive, sans expectoration. Examinée avec soin, la poitrine présentait dans toute son étendue une sonoréité parfaitement normale ; mais l'auscultation y faisait découvrir à la partie postérieure, depuis le sommet jusqu'à la base des poumons, une sorte de râle ou de roncbus bruyant, plus prononcé lorsqu'on faisait tousser la petite malade.

Le doigt promené sur la trachée percevait manifestement la sensation d'un corps étranger, de consistance dure, séjournant dans ce canal, et auquel les mouvements respiratoires imprimaient tour à tour un mouvement d'abaissement et d'ascension. En approchant l'oreille ou le sthéloscope de la trachée, on entendait un bruit analogue au son d'un grelot, ou à celui que détermine un corps solide qui se meut dans un canal à parois solides et rempli d'air. L'ensemble de ces phénomènes locaux, joint à la connaissance des circonstances antérieures racontées par l'enfant, dont l'intelligence est bien développée, ne permettait point de douter de la présence d'un corps étranger dans la trachée-artère.

Quelles étaient ici les indications? Quelle était la conduite à tenir? Si l'on parcourt les ouvrages des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et qui se sont livrés à des recherches pratiques sur le point qui nous occupe, on peut se convaincre que la présence d'un corps étranger dans la trachée-artère, même pendant un temps assez long, n'est pas nécessairement mortelle, et qu'il est arrivé quelquefois, bien que rarement, qu'après un intervalle de plusieurs jours, ces corps étrangers ont été expulsés par suite d'une violente secousse de toux. La science possède des faits dans lesquels, après vingt-cinq, trente, quarante jours, cette heureuse solution de la maladie a été obtenue. Vous trouverez dans le Dictionnaire de médecine, l'histoire d'un homme qui a gardé un corps étranger dans la trachée pendant quarante-cinq jours, et qui l'a rendu à cette époque. Pour ne parler que des corps qui ont été expulsés spontanément, on en a vu qui avaient séjourné pendant un assez long espace de temps pour produire des ulcérations des bronches, et il a toujours été fâcheux de compter sur cette expulsion spontanée, eu égard aux ulcérations des bronches, aux pneumonies qu'ils ont déterminées.

Nous avons vu, il y a deux ans, dans nos salles, une jeune fille qui, depuis seize jours, portait dans la trachée-artère un haricot qu'elle avait avalé en jouant, et chez laquelle une pneumonie s'était déclarée. Nous n'avons pu l'opérer que le seizième jour, et nous avons regardé comme un bonheur inespéré la guérison que nous avons été assez favorisé pour obtenir. Bien que nous ayons donc par devers nous l'expérience d'enfants chez lesquels les corps étrangers ont séjourné pendant un assez long espace de temps dans la trachée, les accidents formidables qui peuvent en être la suite nous font penser, avec les auteurs les plus recommandables, qu'en pareille circonstance il est nécessaire d'opérer le plus promptement possible.

L'opération fut donc faite sur le champ. Bien qu'il fût nuit et que nous fussions mal éclairé , elle fut pratiquée d'une manière assez prompte et facile. Après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire, deux veines volumineuses se sont rencontrées, qui nous ont donné quelques inquiétudes. Leur division nous eût gêné au moment de l'ouverture de la trachée, pour deux raisons que je dois vous signaler en passant. D'abord, une perte de sang abondante aurait eu pour effet d'affaiblir la malade, puie elle nous aurait empêché de voir distinctement les tissus qu'il nous restait à diviser. Enfin, au moment de l'ouverture du conduit aérifère, du sang aurait pu s'introduire dans les bronches et augmenter les chances de suffocation que nous avions à redouter. Une fois ces veines écartées sur chaque côté de la trachée, une étroite ponction fut pratiquée avec un bistouri droit, l'ouverture agrandie à l'aide d'un bistouri boutonné , et la pince à écartement fut introduite. Aussitôt le corps étranger fut porté au dehors, et les cris de l'enfant cessèrent.

Le haricot était un peu tuméfié, comme s'il eût séjourné quelque temps dans l'eau. Il présentait une longueur de deux centimètres environ sur un centimètre de largeur; le lende-

---

animaux peuvent s'introduire dans l'oreille par la trompe d'Eustache? Ce fait paraît cependant être authentiquement démontré par l'observation suivante, que nous empruntons au Bulletin des travaux de la Société de médecine du département d'Indre-et-Loire (1839, p. 30, note) :

Après la lecture du mémoire de M. Charcellay, M. Besnard , qui s'est occupé tout particulièrement du même sujet, a communiqué à la Société un fait très remarquable, dont l'authenticité lui a été garantie bien des fois par M. Bruno , sous les yeux duquel il s'est passé. Ce médecin intègre , dont le nom est si pur, et que la Société médicale s'honore d'avoir eu pour président, a vu, étant encore à Amboise, une jeune domestique de vingt à vingt-deux ans , qui fut prise pendant la messe de convulsions accompagnées de cris et de douleurs dans l'une des oreilles. Arrivé près d'elle , il ne fut pas peu étonné d'apercevoir un lombric sorti en partie du conduit auditif externe. Il se hâta de le saisir avec précaution , et, à l'aide de douces tractions, il parvint à le retirer tout entier. Après avoir passé à cette espèce de filière , ce ver était sans vie, fort aminci et allongé. Les accidents nerveux cessèrent ausitôt et la malade fut promptement rétablie ; mais ce ne fut que quatre à cinq mois plus tard qu'elle recouvra l'ouïe ; car, quelques semaines avant son attaque de nerfs, elle l'avait perdue d'un seul côté , en même temps qu'elle avait eu dans la gorge un dépôt qui , après s'être développé lentement, se vida par la bouche. Deux vers lombrics morts s'échappèrent avec le pus.

4° *Canaux biliaires*. M. Cruveilhier (op. cit., p. 340), s'appuyant sur la vitalité si remarquable dont est doué l'orifice commun des canaux cholédoque et pancréatique, pense qu'ici encore ce n'est qu'après la mort que les vers peuvent pénétrer dans les conduits biliaires. Il semble cependant admettre une exception pour un fait rapporté par Laënnec (Bull. de la Fac. de med. de Paris, t. VI, n° 5) , c'est celui d'un enfant chez lequel l'estomac contenait un grand nombre d'ascarides lombricoïdes , et dont les pores biliaires étaient distendus et le tissu du foie rongé dans plusieurs points par des vers de la même espèce. Mais ce fait, qui manque de détails sur les phénomènes observés pendant la vie , est bien loin d'avoir la valeur de celui que M. Guersant publia en 1821 (Dict. de méd., 1re édit. , t. XXI , p. 244) ; Un enfant qui se plaignait de coliques légères fut bientôt après pris de convulsions qui furent suivies d'une mort prompte. A l'ouverture du cadavre , nous ne trouvâmes aucune altération dans le cerveau , dans le prolongement rachidien et dans les organes contenus la poitrine et dans le ventre ; on reconnut seulement que deux ascarides de sept à huit pouces des longueur, avaient pénétré par le conduit hépatique et s'étaient introduits dans les canaux biliaires. Comme les convulsions avaient immédiatement suivi les coliques, nous avons pensé que l'introduction brusque et instantanée de ces deux animaux dans les conduits biliaires avait été la véritable cause de ces convulsions.

Portal dit également avoir recueilli une observation sur des accidents déterminés par un ver lombric qui s'était insinué dans le canal cholédoque, et ajoute que Wierius a rapporté l'histoire d'une autre oblitération du canal cholédoque par les vers. (Maladie du foie. Paris, 18 , in-8°, p. 173.)

Ces animaux parasites peuvent même pénétrer jusque dans le foie , comme le prouve l'observation de Laënnec rapportée plus haut. Cette disposition fut aussi rencontrée, en 1828, à l'hôpital de Toul, dans le service de M. Leclerc père (Bull. de la Soc. de méd. de Toul , 1839 , p. 30) ; et je trouve consigné dans mes notes un autre fait semblable, qui appartient , je ne sais à qui , car je n'ai pas mis le nom de l'auteur qui s'exprime ainsi : « Un jour, en incisant à un pouce environ de profondeur le grand lobe du foie , près la scissure horizontale , quelle fut ma surprise de voir sortir de cette division deux parties d'un ver long de quatre à cinq pouces ! il était vivant. Depuis long-temps, quoique jouissant d'une bonne santé , le sujet qui présenta cette observation avait habituellement la face livide et cadavéreuse , et éprouvait presque tous les jours des douleurs très vives dans la région du foie. (Journ. de méd. par Leroux, Boyer, Corvisart, t. IV, p. 346.)

Enfin nous dirons qu'on cite dans les Commentaires de Leipsick , t. XIV, année 1767, un cas où trois vers ascarides s'étaient introduits par le canal cholédoque et nichés dans la vésicule du fiel.

(La fin à un prochain numéro.)

main, lorsqu'il fut desséché, il était revenu au volume d'un haricot sec ordinaire, et avait perdu près de la moitié de celui qu'il offrait la veille au moment de l'extraction. Le pansement fut très simple; un plumasseau de charpie sur l'ouverture; une bande médiocrement serrée. Nous ne voulûmes pas rapprocher immédiatement et d'une manière définitive les lèvres de la plaie. Un peu de sang peut, dans l'opération de la trachéotomie, s'être introduit dans la trachée, et notre intention n'est presque jamais de réunir les bords complétement, afin de faciliter l'expulsion des liquides sanguinolents qui ont pu s'introduire. Même lorsque l'on cherche à rapprocher de suite les bords de la plaie, nous sommes persuadé qu'ils ne se réunissent point par première intention, et que la suppuration s'établit infailliblement. C'est d'après notre observation personnelle que nous avons pris le parti de faire un pansement simple, que nous avons besoin de renouveler tous les jours.

Le lendemain, la tuméfaction des bords de la plaie aurait pu faire croire que l'ouverture de la trachée était déjà complétement fermée; mais cette apparente réunion n'était que le résultat du gonflement des parties. Vers le quatrième jour, la plaie a pris un bon aspect et a commencé à marcher vers la guérison, et peu après, à la même époque, la toux, qui avait persisté jusqu'alors, a diminué, et le mouvement fébrile est tombé. Quant au régime alimentaire, dès le lendemain de l'opération, nous avons prescrit deux bouillons coupés, et peu à peu nous avons augmenté la dose et permis des potages légers. Nous avons fait nous-même, avec le plus grand soin, à chaque visite, les pansements, et nous avons légèrement réprimé, avec le crayon de nitrate d'argent, les bourgeons charnus qui n'ont pas tardé à se développer. Onze jours après l'opération, il ne passait plus d'air entre les bords de la plaie; cependant vous avez pu voir encore aujourd'hui, quatorzième jour, une petite dépression au centre de la plaie, dépression qui correspond au point de la trachée qui s'est cicatrisé le dernier. Nous regardons notre malade comme complétement guérie, et dans quelques jours nous pourrons lui donner sa sortie.

Comment se fait-il que les chirurgiens qui pratiquent l'opération de la trachéotomie comptent parmi ceux qui l'ont subie un si grand nombre de revers? Examinons avec vous les causes qui déterminent si souvent la mort en pareille circonstance. Le plus grand nombre des opérations de trachéotomie sont pratiquées dans des cas de croup. Or, depuis que nous sommes chargé d'un service chirurgical à l'hôpital des Enfants, nous n'avons pu obtenir un seul cas de guérison après cette opération, chez les enfants affectés de bronchite pseudo-membraneuse. En ville, quoi qu'ils soient peu nombreux, nous en comptons quelques-uns. Au contraire, lorsque nous avons eu l'occasion de faire, même à l'hôpital, des trachéotomies pour extraire des corps étrangers introduits dans la trachée, nous avons souvent réussi à sauver nos malades. D'où vient cette différence, et pourquoi l'opération, si malheureuse dans le premier cas, a-t-elle été plus fréquemment suivie de succès dans le second? La chose est facile à comprendre, et vous allez vous en rendre compte sur le champ.

Lorsque l'on pratique la trachéotomie pour donner issue à un corps étranger renfermé dans la trachée, une fois l'ouverture faite et le corps étranger expulsé, le malade se trouve dans les conditions normales, à moins cependant que ce corps étranger ne soit resté assez de temps en contact avec la muqueuse pour déterminer des accidents consécutifs. Mais ici, nous ne voulons d'abord parler que des cas simples. Le sujet se trouve donc, nous le répétons, dans les conditions de santé normale, à cela près de la plaie qui a été faite. Les organes respiratoires ne sont pas le siége d'une affection particulière. De plus, à ces opérés, on n'introduit pas de canule destinée à maintenir béante l'ouverture pratiquée au tube aérien, et à faciliter la respiration. Or, le tube, la canule métallique placée entre les lèvres de la plaie, et qui se trouve en contact avec la surface interne de la membrane muqueuse trachéale, fait l'office d'un corps étranger, et continue à irriter cette muqueuse. Dans le croup, au contraire de ce qui arrive dans les cas du genre de celui qui nous occupe, une fois l'opération faite, les conditions morbides qui l'ont nécessitée subsistent encore; la phlegmasie n'est pas détruite par le seul fait de l'opération, et la sécrétion pseudo-membraneuse continue à s'opérer.

Il y a donc, dans cette circonstance, nécessité de maintenir entre les lèvres de la plaie une canule métallique, et nous venons de vous en signaler les inconvénients. Mais ce ne sont pas les seuls ni les plus graves. L'air extérieur nécessaire à la respiration, trouvant un passage direct, arrive brusquement dans la trachée et dans les bronches, sans s'échauffer, comme il le fait à l'état normal, par son passage à travers les fosses nasales et la cavité buccale. Le tube aérien est raccourci, et l'air ne se trouve plus dans les mêmes conditions. Ces deux circonstances, d'un tube métallique qui reste en contact avec la membrane muqueuse de la trachée, et qui permet à l'air extérieur de s'introduire sans avoir subi les modifications accoutumées de température, suffiraient pour expliquer les insuccès que l'on éprouve si fréquemment à la suite de l'opération de trachéotomie pratiquée dans les cas de croup.

Je suis persuadé qu'un très grand nombre d'enfants succombent uniquement parce que l'air arrive trop brusquement et trop froid sur la muqueuse bronchique. La preuve en est que presque tous les enfants qui se trouvent dans ces conditions présentent des récidives de la bronchite pseudo-membraneuse primitive, au moment où elle paraît en voie de résolution, ou sont atteints de pleuro-pneumonies secondaires. Souvent, à l'autopsie, on ne rencontre plus de fausses membranes dans les tuyaux bronchiques, mais on trouve une inflammation intense du parenchyme pulmonaire. Ce n'est point ici le résultat de ma seule expérience que je vous indique; tous les chirurgiens éprouvent les mêmes revers et par les mêmes causes. M. Trousseau, qui a pratiqué un grand nombre de trachéotomies chez les enfants, a souvent observé la même chose. Dans le plus grand nombre des cas, on constate l'existence de pneumonies. Mais il arrive fréquemment aussi que l'on ne trouve après la mort ni traces de fausses membranes, ni traces de phlegmasie parenchymateuse; et alors, à quelle cause rapporter la funeste issue de la maladie, si ce n'est à l'influence d'un air trop froid introduit trop brusquement dans les tuyaux bronchiques?

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Mars 1844.)

Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon chez les enfants; par MM. LEGENDRE et BAILLY, anciens internes de l'hôpital des Enfants.

Ce long et important travail, dont la publication a été scindée en trois numéros, peut se résumer dans les considérations suivantes :

1° Chez les enfants rachitiques, débiles, ou bien affaiblis par des maladies antérieures, on trouve souvent, après la mort, un certain nombre de lobules pulmonaires dans un état particulier de condensation que nous proposons d'appeler *état fœtal*, en raison de l'analogie qui rapproche cette altération de l'état normal du poumon chez le fœtus.

2° L'état fœtal, c'est-à-dire l'occlusion des vésicules, peut résulter d'une simple contractilité de tissu, ou bien dépendre de la congestion du réseau vasculaire extérieur aux vésicules. Cette seconde variété, qui constitue pour nous l'*état fœtal congestionnel*, se rencontre de préférence le long du bord postérieur des poumons, et accompagne le plus ordinairement l'inflammation catarrhale des vésicules pulmonaires.

3° Que l'occlusion des vésicules soit simple ou congestionnelle, l'insufflation n'a pas moins pour effet constant, dans les deux cas, de rendre plus ou moins complétement aux lobules leur aspect vésiculaire normal.

4° L'état fœtal que nous avons rencontré 8 fois chez des enfants affaiblis indépendamment de toute inflammation pulmonaire, parait néanmoins se développer de préférence sous l'influence du catarrhe pulmonaire et de la pneumonie catarrhale. Ainsi, nous l'avons constaté chez 39 enfants de 2 à 5 ans, parmi lesquels 27 succombèrent à la pneumonie catarrhale, comme unique maladie, tandis que les 12 autres moururent d'autres affections qui, dans les derniers jours de la vie, s'étaient compliquées de catarrhe bronchique ou de pneumonie catarrhale.

5° L'état fœtal disséminé et indépendant de tout catarrhe ne peut être constaté qu'à l'autopsie.

Au contraire, chez les nouveau-nés, où il affecte le plus ordinairement la forme lobaire, l'obscurité du son et la faiblesse du murmure respiratoire, jointes à l'*absence* de symptômes de réaction générale, peuvent en faire reconnaître l'existence pendant la vie.

6° L'état fœtal, considéré jusqu'à présent comme une phlegmasie parenchymateuse à forme lobulaire, doit être distingué avec soin de la véritable hépatisation.

7° La faiblesse générale des enfants, le décubitus dorsal prolongé, et l'obstruction des bronches par un mucus épais et abondant, sont les causes principales qui, en gênant les fonctions respiratoires, paraissent favoriser le développement de l'état fœtal. Aussi n'est-ce pas par les antiphlogistiques, mais bien par des moyens propres à relever les forces des enfants et à détruire les causes qui s'opposent à l'intégrité des fonctions respiratoires qu'il faudra combattre désormais cet état morbide, si différent de la véritable hépatisation.

8° La pneumonie lobulaire, dans l'acception rigoureuse du mot, *n'existe pas*; car on ne voit jamais, comme dans l'état fœtal, l'hépatisation se borner à un seul lobule, et surtout respecter les limites établies par le tissu cellulaire interlobulaire. Aussi le nom de pneumonie partielle nous paraît-il beaucoup mieux convenir à ces noyaux disséminés d'hépatisation non circonscrite ou circonscrite, qui caractérisent cette espèce de pneumonie.

9° Ces noyaux d'hépatisation ne sont en aucune façon modifiés par l'insufflation, et les bronches capillaires qui s'y rendent sont exemptes de catarrhe; deux caractères qui, à eux seuls, pourraient suffire à différencier la pneumonie partielle des engorgements lobulaires de la pneumonie catarrhale.

10° Contrairement à l'opinion généralement reçue, nous pensons que la pneumonie partielle est une maladie peu fréquente chez les enfants, et qu'à part la pneumonie mamelonnée, que l'on doit rapporter à l'hépatisation partielle circonscrite, tout ce qu'on a dit de la fréquence de la pneumonie lobulaire dans le jeune âge, doit s'entendre de l'état fœtal réuni ou non à l'inflammation catarrhale des vésicules. Nous dirons, à l'appui de cette assertion, que, sur 145 autopsies d'enfants de 2 à 5 ans, nous n'avons constaté que 9 cas de pneumonie partielle; 5 fois elle existait comme seule et unique affection de poitrine, tandis que dans les autres cas elle coexistait avec de la pneumonie catarrhale, dont il était très facile de la distinguer.

11° Tout en avançant que la pneumonie partielle, aussi bien que la pneumonie lobaire, est une maladie rare de 2 à 5 ans, cependant, lorsqu'une véritable hépatisation se développe à cet âge, nous croyons qu'elle affecte de préférence la forme partielle; car, sur 145 autopsies d'enfants de 2 à 5 ans, nous n'avons constaté que 2 cas de pneumonie lobaire pour 9 cas de pneumonie partielle. Au contraire, après 5 ans, la pneumonie partielle serait une forme peu fréquente, puisque, sur 103 autopsies d'enfants de 6 à 15 ans, nous ne l'avons rencontrée qu'une seule fois chez un enfant de 11 ans.

12° L'*extension* de l'inflammation catarrhale des bronches aux vésicules pulmonaires constitue, pour nous, la *pneumonie catarrhale*. Cette inflammation peut se développer dans des points où les lobules sont aérés ou bien revenus à l'état fœtal; dans ce dernier cas, il en résulte des caractères anatomiques particuliers qui ont fait méconnaître jusqu'à présent la véritable nature de la maladie, et l'ont fait prendre pour une phlegmasie parenchymateuse à forme lobulaire.

13° La bronchite capillaire ou catarrhe suffocant, et la pneumonie lobulaire généralisée, décrites comme deux maladies distinctes, ne doivent être considérées que comme deux formes de la pneumonie catarrhale. Dans la première, ou forme *bronchique*, il y a prédominance de l'élément catarrhal bronchique; dans la seconde, ou forme pneumonique, l'inflammation catarrhale des vésicules, unie à une congestion lobulaire étendue, donne lieu à des symptômes, et présente des caractères anatomiques qui, malgré quelques ressemblances, diffèrent cependant foncièrement de ceux qui appartiennent à l'hépatisation véritable.

14° On savait déjà que les pneumonies dites lobulaires succédaient au catarrhe bronchique, qu'elles étaient toujours doubles et peu avantageusement combattues par les émissions sanguines. Les nouvelles doctrines que nous émettons sur la véritable nature de la maladie rendent parfaitement compte de ces particularités. Ainsi se trouve expliquée, par les différences nosologiques qui séparent les inflammations catarrhales des phlegmasies, la prééminence des contro-stimulants et des évacuants sur les antiphlogistiques, ainsi que les bons effets de la médication tonique dans le traitement de la pneumonie catarrhale.

15° Cette affection, très fréquente de deux à cinq ans, devient rare après cet âge, pour se montrer de nouveau avec fréquence pendant la vieillesse; c'est du moins l'opinion qui est résultée pour nous de la lecture du mémoire de MM. Hourmann et Dechambre sur la pneumonie des vieillards, travail dans lequel il nous est impossible de ne pas reconnaître la plupart des caractères anatomiques que nous avons assignés à la pneumonie catarrhale. Nous croyons, en effet, que cette identité de caractères et de nature aurait été mise hors de doute (et pourra l'être désormais), si, parmi leurs procédés d'investigation, MM. Hourmann et Dechambre avaient mis en usage l'insufflation des poumons malades.

La proposition de M. Chapuys-Montlaville, relative à la suppression du timbre en faveur des journaux, a été prise en considération par six bureaux sur neuf à la Chambre des Députés. Maintenant le vote définitif lui sera-t-il favorable? Nous le désirons sincèrement, sans oser trop l'espérer. Mais ce que nous espérons surtout, c'est que si la proposition de M. Chapuys-Montlaville paraissait trop radicale dans son ensemble, les médecins députés qui siégent à la Chambre proposent au moins la suppression du timbre pour les journaux purement scientifiques et littéraires. Cette mesure, qui n'entraînerait qu'une perte insignifiante pour l'Etat, serait pour les journaux de médecine l'exemption d'un impôt extrêmement onéreux, et cette exemption provoquerait des améliorations importantes au profit de tous. La presse médicale pourrait ainsi multiplier et étendre les services incontestables qu'elle rend à la science.

Cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfants.

M. Paul GUERSANT, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera, à dater du mois d'avril :

1° Tous les jours les visites à sept heures et demie;

2° Visites, leçons et opérations le jeudi, de sept heures et demie à dix heures;

3° Consultations tous les jours à huit heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche.

Décidément, le mal se communique; les plaideurs qui perdent leur procès, non seulement ne maudissent plus leurs juges, mais encore se trouvent très satisfaits du résultat et chantent victoire. Après M. Guérin, M. Gannal : nous l'avions un peu prévu. Le grand tort de ces messieurs, c'est de ne pas se réjouir *in petto* et d'éprouver une joie si expansive que nos colonnes leur soient nécessaires pour la montrer à l'Univers. Le tort le plus grand est celui des douces lois de septembre, qui nous forcent à insérer une incommensurable *réclame*, dont M. Gannal a déjà calculé l'effet et la portée, qu'il va reproduire à des milliers d'exemplaires, bien entendu, sans les petites réflexions dont nous croyons devoir l'accompagner.

Comme on va le voir, M. Gannal se débat vainement contre les principes de droit commun auxquels nous nous honorons d'avoir prêté notre appui, et qu'un jugement et un arrêt solennels ont sanctionnés d'une manière irréfragable. Le fait clair et évident de ce procès, le fait dont tous les sophismes du monde sont impuissants à altérer la signification précise, c'est que l'embaumement par injection, dont M. Gannal revendiquait pour lui le privilége exclusif, est aujourd'hui rentré dans le droit commun, dont il n'aurait jamais dû sortir. Voilà la victoire que M. Marchal (de Calvi) a remportée sur le monopole et dont tous les commentaires possibles n'affaibliront pas la portée. Malgré tous les efforts de M. Gannal pour en dissimuler et en atténuer l'effet, on verra que c'est là la partie très faible de sa lettre, et que tout le reste est à peu près étranger à la question. Nous désirons qu'il obtienne de son insertion le résultat qu'il en espère pour sa considération d'homme et de savant. Pour nous, la seule chose que nous puissions voir dans cette affaire, c'est le triomphe d'un principe de droit commun et la destruction d'un monopole qui blessait les convenances générales et les intérêts moraux du corps médical.

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, le 23 mars 1844.

Monsieur,

Un article inséré dans votre numéro du 16 mars, empreint d'inexactitudes, d'exagération et de malveillance, porte à ma personne et à mes travaux une atteinte directe; la défense, dans cette occasion, est pour moi un droit et un devoir : permettez-moi donc de réclamer l'insertion dans votre Journal de quelques rectifications claires et précises.

1° L'ensemble de votre style tend à me poser comme agresseur dans toute cette affaire, tandis qu'en réalité je n'ai fait que me défendre. Au début, il y a sept ans, lorsque je commençai à pratiquer l'embaumement par injection (j'étais le seul alors à opérer de cette manière), les insinuations malveillantes, les railleries, les doutes intéressés sur l'efficacité de mon procédé, furent les premières armes qu'on dirigea contre moi : force me fut d'entrer dans l'arène; la lettre au docteur Pasquier en est une preuve.

Plus tard, lorsque cette industrie eut acquis par mon fait, par mon activité une importance imprévue, que les exhumations eurent prouvé que le *procédé Gannal* tenait tout ce qu'il avait promis, on contesta mon droit, mon privilége, et je dus, pour maintenir l'un et l'autre, en appeler à la justice; et au lieu donc de dire que j'ai porté l'ambition et l'orgueil au dernier paroxysme, que j'ai attaqué, poursuivi avec acharnement, dites, Monsieur, que je me suis défendu. Et si ce fait est à vos yeux une preuve d'ambition et d'orgueil, personne, j'en suis sûr, ne partagera votre opinion.

2° Une autre prévention fâcheuse contre moi, résulterait encore de l'ensemble de votre article. Dans la cause qui s'est plaidée le 14 de ce mois devant la Cour royale, vous faites deux camps : l'un pour le corps médical tout entier, l'autre pour moi. Vous associez à tort aux embaumeurs, que vous défendez, tout ce que la science et la pratique médicale possèdent d'honorable et d'éminent. La médecine n'a pas triomphé devant la Cour; son champ de bataille est le corps humain vivant, et son triomphe, la destruction des maladies : ainsi l'entendent les médecins que leur haute moralité, leur science et leur position éloignent de toute lutte au sujet de la dépouille mortelle. Ce sont ces médecins-là, Monsieur, qui m'appellent pour pratiquer l'embaumement, qui me sont reconnaissants d'une intervention morale : ces médecins, Monsieur, sont dans mon camp et non dans celui de vos amis.

3° La forme générale de votre article offre encore une insinuation malveillante; elle est mensongère. Vous dites : « M. Gannal avait

» créé une branche singulière d'industrie... il s'était fait embaumeur... » tl triomphait, » etc., etc. Cette forme de votre article *au passé*, engage à croire que je n'existe plus, et que pour ainsi dire l'arrêt de la Cour royale me raye du nombre des vivants. Tout cela, Monsieur, n'est point de la sincérité, tout cela même est contraire à la vérité, puisque d'après le premier considérant de la Cour : Gannal n'impute pas à Marchal « d'avoir procédé à l'embaumement du cadavre de Ci- » priani par l'emploi des liquides *dont la propriété exclusive lui est » assurée par un brevet d'invention.* »

Il résulte que je suis bien et dûment breveté, que mon procédé *est ma propriété exclusive.* J'ai un droit, une existence : Le *procédé Gannal*, et *Gannal l'embaumeur*, sont deux faits qui, loin de cesser d'exister, ont reçu une sanction, un accroissement de vie ; le procédé Gannal est plus que jamais chose distincte, et m'appartient exclusivement. Quant à déterminer la place que le procédé doit occuper parmi les prétendus embaumements à l'imitation du mien, ne vous en inquiétez point, Monsieur, l'auteur et son procédé sauront s'établir solidement là où l'honnêteté et le bon droit leur réservent une place.

4° Le deuxième et dernier considérant de la Cour : « Mais considé- » rant qu'il loi reproche d'avoir opéré cet embaumement au moyen » d'un autre liquide injecté par une ouverture faite à l'artère carotide ; » que ce procédé était connu et décrit dans des ouvrages publiés an- » térieurement à l'obtention du brevet délivré à Gannal en septembre » 1837 ; »

Ce deuxième paragraphe, disons-nous, établit le point de démarcation, je le respecte comme arrêt de nos juges communs ; mais en dehors de la formule légale qui doit recevoir son application, il est un autre mode d'appréciation que le public et les conseillers eux-mêmes recherchent pour former leor conviction. Eh bien, Monsieur, ce mode d'appréciation, au point de vue non de la loi, mais de l'équité, reçoit non-seulement les faits, mais les intentions, les circonstances comme éléments principaux. Personne n'oubliera que décrite ou non la méthode d'embaumement par injection, lorsque je l'ai suivie le premier, n'était appliquée pour aucun corps destiné à la sépolture. Personne n'oubliera que loin d'en appeler à la priorité dont vous vous appuyez aujourd'hui, les embaumeurs vos amis se bornèrent à en nier l'efficacité. Personne enfio n'oubliera que cette idée leur vint à l'époque où mon activité et mes travaux avaient fait de l'embaumement une opératinn décente et recherchée par les familles.

5° Vous dites que vous ne voulez pas *examiner mes titres scientifiques avec sévérité*, et cela par un sentiment dont les traces ne se retrouvent nulle part dans votre article. Osez, Monsieur, examiner à votre aise, et faites savoir au public 1° que pour la gélatine, les travaux de mes prédécesseurs sont concluants, que les miens sont sans valeur ; cela n'empêchera pas ni la gélatine, ni M. Darcet, d'être jogés et condamnés ; dites au public que trois fois l'Académie des sciences m'a décerné des récompenses par fantaisie, pour des travaux imaginaires ; les salles de dissection, les collections d'anatomic pathologiques et d'histoire naturelle, vous donneront un démenti formel ; trois fois répétez comme vos amis que mon procédé est sans efficacité, et les exhumations viendront chaque jour vous couvrir de confusion.

6° Vous continuez : « *M. Gannal s'était fuit embaumeur, et pour » cela il s'était approprié un coin obscur du domaine de la méde- » cine pratique ; les médecins contre lesquels on s'est beaucoup » élevé dans cette affaire, et bien faussement, n'avaient pas pris » garde à cette intrusion, ou plutôt, tout en la constatant, ils » l'avaient tolérée ; mais la fable de la lice est éternellement » vraie*, etc. »

Je suis embaumeur, Monsieur ; l'arrêt de la Cour le veut ainsi, et de là il résulte que je ne me suis approprié le domaine de personne. Vous avez tort de dire que dans cette affaire on s'est élevé contre les médecins. Personne n'y a songé, et les médecins restent honores comme auparavant. Le blâme dont vous parlez les envelopperait certainement, si la eonfusion que vous faites entre eux, et quelques hommes que je m'abstiens de qualifier, pouvaient jamais passer dans les esprits. Votre tirade se termine : *Mais la fable de la lice est éternellement vraie.* Ceci n'est pas entièrement exact : dans le monde matériel il en est pourlant ainsi ; mais dans le monde intellectuel, l'audace et l'avidité dépassent toutes les bornes. C'est ainsi que quelques malheureux, poussés par de mauvaises passious, n'ont point hésité à me diaputer ma chose, ma création, l'œuvre de mon esprit et de mes mains. Vous restiez donc à côté et en deçà de la vérité.

7° Vous parlez ensuite du procès de M. de Bruard. « *Il y a contre » lui force de chose jugée*, dites-vous, *car la justice est sacrée dans » ses erreurs et irrévocable dans sa faillibilité.* » Vous assimilez à tort la cause présente à celle de M. de Bruard, car l'arrêt de la Cour d'Auxerre est confirmé pleioement par le premier considérant de la Cour de Paris.

8° *M. Gannal triomphait donc*, ajoutez-vous à la suite, *et l'usur- » pation semblait tellement consolidée, qu'une attaque contre elle » pouvait être regardée comme une témérité impossible.* » Vous donnez au jugement de la Cour d'Auxerre une influence qu'il n'a pas eue ; je triomphais, il est vrai, dans ce temps, par des raisons qui font que je triomphe encore aujourd'hui. Je transformai une opération grossière et barbare, celle pratiquée par vos amis, en une opération décente ; c'est un premier triomphe, un triomphe scientifique. J'offrais aux personnes pauvres l'embaumement gratuit, et aux autres parents affligés le sacrifice d'une somme de 50 à 500 francs, au maximum 2000 fr., pour assurer la conservation d'un corps, alors que les embaumeurs, vos amis, réclamaient des sommes qui pouvaient aller jusqu'à 15 et 20,000 fr., et pour quelle opération, grand Dieu ! C'était là un second triomphe, un triomphe de la moralité, un triomphe tout au profit des familles.

M'attaquer, dites-vous, *pouvait être considéré comme une témérité impossible.* — Allons donc, Monsieur, vos amis sont ils des enfants, et moi un croquemitaine ! Il y a bien dans tout ceci une témérité impossible, mais ce n'est point de m'attaquer ; c'est de vouloir faire prendre le change aux familles, et d'altérer la confiance qu'elles m'ont accordée.

9° Vous pensez, Monsieur, qu'il y a cent liquides tout aussi conservateurs, plus conservateurs même que la dissolution arsenicale. Vous pouvez bien avoir raison, et plus même que vous ne croyez ; mais je vous porte aussi le défi formel d'entreprendre avec moi des expériences comparatives où vous emploierez l'un de vos liquidea ou tous les cent réunis. — Je suis et reste breveté, privilégié jusqu'à preove contraire, plus par l'excellence de mon opération que d'aucune autre manière, et je conclus en terminant par un extrait de votre excellent *Dictionnaire de médecine*, où vous parlez de l'*Embaumement Gannal* dans les termes suivants (vol. III, page 524) :

« La justice veut que nous déclarions iei que nous regardons sa mé- » thode comme la meilleure de toutes celles dont il a déjà été ques- » tion dans cet article, et cela sous tous les points de voe possibles. » Ainsi 1° il se sert d'une substance facile à manier et sans danger » pour l'opérateur ; 2° l'opération peut être entièrement terminée en » une demi-heure ; 3° les nombreuses incisions, les mutilations, la » soustraction des viscères, etc., la macération prolongée, sont rem- » placées par une pratique de la plus grande simplicité, une injection à » travers une petite ouverture de quelques lignes ; 4° au lieu d'une » substance grise, coriace et desséchée, gardant tout au plus la forme » humaine, le nouveau procédé conserve le sujet tel qu'il est à l'ins- » tant de la mort, avec la couleur propre à chaque tissu ; enfin les dé- » penses qui pour les méthodes généralement usitées jusqu'à notre » époque s'élevaient de 2,000 à 10,000 fr., peuvent maintenant ne pas » monter au-dessus de 300 fr. Donc, à l'aide de la méthode de M. » Gannal, un corps peut être indéfiniment conservé pour une somme » moindre que le prix du cercueil de plomb fourni par le service des » pompes funèbres, etc., etc. »

Agréez, etc.

GANNAL.

Nous serons très bref dans notre réponse à cette longue lettre.

1° C'est, en vérité, aller à l'encontre des foits les plus patents, que de soutenir que M. Gannal n'a pas été l'agresseur dans cette affaire. Qui a donc attaqué M. De Bruard à Auxerre et M. Marchal à Paris ? Est-ce à la requête de ces honorables confrères que les huissiers se sont mis en mouvement ?

2° C'est à tort que M. Gannal conteste que le corps médical soutenait de ses vœux et de ses espérances la cause de M. Marchal. L'événement le prouve tous les jours : à Paris, et pendant même le procès, les médecins du maréchal d'Erlon se sont crus autorisés déjà à bénéficier du droit commun. A Limoges, le cessionnaire de M. Gannal a été éconduit pour l'embaumement de l'évêque, qui a été confié aux médecins de la localité. Nous sommes bien aise même de dire à cette occasion, que dans l'un et l'autre cas, ce n'est pas l'appât du gain qui a pu attirer les médecins : l'état a été obligé de payer les funérailles du maréchal d'Erlon, et l'évêque de Limoges est mort si pauvre que le chapitre à dû subvenir aux frais funéraires du pasteur. Ce n'est pas, en effet, par de méprisables considérations d'intérêt d'argent que les médecins ont désiré la destruction du monopole, mais parce que témoins de la répugnance des familles à abandonner le corps d'un de leurs membres à l'industrie privée, ils ont été bien aises de mettre un terme à des plaintes aussi légitimes.

3° M. Gannal répète à satiété qu'il n'est pas mort et qu'il est toujours embeaumeur : nous savons à qui s'adresse cette déclaration, nous l'avons dit en commençant.

4° La distinctiou établie par M. Gannal entre le droit et l'équité est la ressource de tous les plaideurs qui ont perdu leur cause. Dans les intérêts privés nous ne pouvons admettre que la justice de notre pays légitime un droit qui n'est pas équitable ; c'est une monstruosité que nous ne pouvons comprendre.

5° Les titres scientifiques de M. Gannal ne sont pas en cause, et l'énumération qu'il en fait avec complaisance prouve que la modestie n'est peut-être pas sa vertu dominante.

6° Oui, la fable de la lice est éternellement vraie, et c'est un bien grand tort à M. Gannal de l'avoir prouvé lui-même.

7° Le procès de Bruard est si peu conforme au procès Marchal, que celui-ci a été renvoyé des fins de la plainte, tandis que M. de Bruard fut condamné.

8° Vous l'entendez ; je triomphe encore aujourd'hui, dit M. Gannal. Ceci est bien fort. Tout le reste du paragraphe est *un prix courant.* Qu'on se le dise.

9° Les expériences comparatives sont faites tous les jours. Attendez pour juger. Ce que nous avons dit dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* du procédé par injection, nous le dirions encore. Seulement nous ne dirions plus aujourd'hui le procédé *Gannal*, puisque la justice, convaincue par des preuves irrécusables, a solennellement jugé que ce procédé ne vous appartenait pas. Là est toute la question.

MM. les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que MM. les élèves en médecine, sont prévenus qu'une pétition qui les intéresse est déposée, pour recevoir leur signature, entre les mains de M. Chassaignac, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris.

S'adresser à M. Chassaignac.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 39. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 1er AVRIL 1844.

Du projet de loi sur les brevets d'invention.

L'art. 3 du titre Ier du projet de loi sur les brevets d'invention, déclare non susceptibles d'être brevetées, les *compositions pharmaceutiques* ou les *remèdes spécifiques*. Malgré une vive opposition de M. Gay-Lussac, cet article, après une épreuve douteuse, fut adopté par la Chambre des pairs. Le projet de loi va être actuellement discuté à la Chambre des députés. A cette occasion, un homme qui porte un nom célèbre en pharmacie, celui qui, de concert avec Pelletier, a doté la pratique médicale d'une des plus grandes découvertes thérapeutiques des temps modernes, et qui refusa de bénéficier pour l'invention du sulfate de quinine des privilèges d'un brevet, M. Caventou, adresse à la Chambre des députés, et vient de publier une brochure intitulée : *Réflexions sur l'article 3 du titre Ier du projet de loi sur les brevets d'invention.*

L'auteur, comme on le voit, complétement désintéressé dans la question, et n'ayant pour but que les intérêts et les droits de la profession dans laquelle il a acquis une légitime réputation, cherche à prouver :

1° Que cet article est *injuste;* car il blesse, dans un droit sacré, une classe d'hommes qui, depuis un demi-siècle, ont noblement payé leur dette sociale par de nombreux services rendus aux sciences, aux arts, à l'industrie et à l'humanité.

2° Qu'il est *inutile;* car ayant été proposé en vue d'anéantir le charlatanisme, il démontre qu'il manquerait le but, et que d'ailleurs la législation actuelle suffirait à la tâche, si elle était appliquée avec persévérance et sévérité.

3° Qu'il est *dangereux* enfin; car il consacrerait arbitrairement, par l'action légale des trois grands pouvoirs de l'Etat, la violation d'un grand principe d'ordre public, déclaré *droit naturel, inaliénable et sacré,* par l'Assemblée nationale de 89, et garantie par notre Charte à tous les citoyens.

Les motifs inventés par M. Caventou, et qu'il a su développer avec un grand talent, sont, nous ne le contestons pas, graves et puissants. Il y a quelque chose qui blesse nos mœurs et nos habitudes dans cette mise hors la loi de toute une profession; dans cette privation du droit commun et cette sorte d'expropriation forcée, sans indemnité préalable, infligée à toute une classe de citoyens très généralement honorables. Cependant, nous plaçant à un point de vue bien éloigné du point de vue économique et industriel, nous ne pouvons nous empêcher de regretter que le noble exemple donné par M. Caventou relativement au sulfate de quinine, soit si peu dans ses prévisions quant à ce qui concerne ses confrères, qu'il ait besoin de réclamer pour eux la reintégration du droit commun. Certes, si la pharmacie ne subissait pas fatalement les conséquences des principes déplorables d'économie politique qui nous régissent, la loi n'aurait pas eu besoin de prévoir un abus qui n'aurait pu exister. La concurrence illimitée a produit en pharmacie ce qu'elle produit partout, le désordre, la ruine, l'industrialisme et sa compagne ordinaire, la déconsidération. Le législateur, à bon droit, est effrayé, pour la société, des intolérables excès du charlatanisme. Il cherche à y mettre un frein : c'est son devoir. Se trompe-t-il sur les moyens? Avec M. Caventou, nous le pensons; mais par d'autres motifs. Le plus grave est cette confusion extrême, ce vague déplorable, cette contradiction flagrante qui règnent dans les lois et les décrets qui régissent la pharmacie. Dans la législation actuelle tout inventeur de remède secret peut prendre un brevet; mais toute vente de remède secret est interdite; mais le gouvernement peut acheter la formule; mais le ministre n'a pas de fonds affectés à cet usage; mais, malgré la loi d'interdiction formelle, le ministre peut en autoriser la vente? C'est un chaos incroyable, et un conflit de jurisprudence qui passe toute idée.

Pour dire en deux mots notre pensée sur la question actuelle, nous estimons que la Chambre des députés fera acte de prudence et de prévision en réservant l'article des brevets d'invention pharmaceutique pour la discussion de la loi projetée sur l'exercice de la pharmacie. Toute réforme partielle ne peut produire que des résultats incomplets et stériles. Un projet d'ensemble permettra seul de mieux apprécier les modifications générales réclamées dans l'exercice de cette profession.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Leçons sur les maladies non vénériennes des organes génitaux de la femme. — Abcès de la vulve.

Abcès de toute la vulve. — Ordinairement ils sont précédés d'inflammation douloureuse, de gonflement, de rougeur, de frissons. Les douleurs sont plus vives pendant l'expulsion des urines et des matières fécales. Dans des cas de ce genre, les grandes lèvres sont œdématiées, rouges, douloureuses; les nymphes n'existent plus ou sont gonflées, tuméfiées. Lorsque les nymphes ne sont pas effacées, la tumeur est allongée, comme pyriforme, augmente peu à peu de volume, et finit par s'ouvrir spontanément.

Le plus souvent, avons-nous dit, les abcès de la vulve sont très douloureux, et occupent la partie supérieure de l'orifice du vagin. Lorsqu'ils se sont développés vers le tissu cellulaire de la partie externe de la nymphe, ils peuvent s'ouvrir spontanément au dehors, du côté externe de la nymphe. Mais ils peuvent exister aussi vers la base des nymphes ou vers leur bord libre. Leur volume est variable depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une noix, et leur forme n'est point non plus la même dans tous les cas. Les uns sont sphériques à peu près régulièrement; les autres sont fusiformes allongés : c'est la nymphe tout entière qui est prise.

Les deux lames de la membrane muqueuse qui constituent la nymphe se trouvent dédoublées et séparées l'une de l'autre par du pus qui s'accumule entre elles. Alors la nymphe perd complétement sa forme normale, et constitue une tumeur allongée; les plis qui séparent à l'état normal les grandes lèvres, s'effacent le plus souvent, et le pus détermine un décollement assez étendu de la membrane muqueuse, remontant, d'une part, jusque vers le clitoris, s'étendant en bas et en arrière vers le périnée. Quelquefois ils s'étendent, ces abcès, jusque dans la région inguinale.

Voilà ce que nous avions à vous dire des symptômes que peuvent présenter ces abcès, suivant leur siége topographique; mais ce n'est pas tout. Relativement à leur siége anatomique, ils offrent d'autres différences non moins importantes.

Nous distinguerons d'abord les abcès pustuleux, qui sont peu volumineux ordinairement, sans danger, et ne durent que quelques jours.

Puis les abcès folliculeux. Ceux-ci se développent sous le derme. Dans ces cas, le derme est pris dès le principe. L'abcès se présente à peu près sous la forme et avec le volume d'une noisette, dans l'épaisseur des parties. Ils s'élèvent en pointe; puis, par une marche graduelle et assez lente, le sommet de la petite tumeur blanchit, la peau s'amincit et l'abcès s'ouvre de lui-même. Le pus qui s'échappe par cette ouverture spontanée est bien lié, souvent mélangé à du sang. Quelques jours après l'ouverture, on voit sortir un petit bourbillon gangréneux qui ne se détache pas de suite, mais qui met jusqu'à quatre ou cinq jours pour que son élimination soit complète. L'ouverture s'agrandit peu à peu, au point de présenter cinq ou six lignes d'étendue en diamètre, et bientôt tous les accidents disparaissent pour un de ces abcès. Mais pendant que le premier, au septième ou huitième jour de son développement, était en voie de guérison, un autre venait de naître, absolument semblable au premier, et suivait la même marche.

Ces abcès se succèdent ainsi pendant deux ou trois mois

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Incident curieux à l'Académie des sciences. — La gélatine en suspens. — Une commission qui dure depuis quatorze ans. — Les médecins occupés. — Petites manœuvres. — Un chirurgien qui donne des lavements. — Une clinique médicale qui menace ruine. — Grands effets de la percussion sur un architecte. — Courage des concurrents pour l'agrégation. — Les honoraires du médecin. — Le médecin poète.—Une harangue sur l'accident de M. Habeneck.— Une leçon de clinique sur la place de la Bourse. — Grandes nouvelles.

Nous avons eu lundi dernier, à l'Académie des sciences, une fraction de séance qui incombe naturellement au feuilleton. Il s'agissait de la gélatine et des réclamations de M. d'Arcet, le constant et intrépide défenseur de cette substance, contre les conclusions des expériences de l'Institut des Pays Bas qui a formellement nié ses propriétés nutritives. Je vais reproduire aussi fidèlement que ma mémoire me le permettra cet incident curieux et instructif. Rarement on a entendu, même à l'Académie de médecine, cette terre fertile en incidents bizarres et inattendus, quelque chose de plus singulier et de plus significatif sur le zèle et l'activité des commissions scientifiques.

M. Gay-Lussac. Je demanderai, à cette occasion, à quelle époque enfin la commission de la gélatine voudra faire son rapport? Cette question est extrêmement importante, elle intéresse au dernier point les classes pauvres; il faut enfin savoir si la gélatine est ou non nutritive.

M. Thénard. Ayant l'honneur d'être président de cette commission, je demande à m'expliquer. J'ai fait tout ce qu'il m'était possible de faire pour réunir la commission et pour activer son zèle, j'y ai perdu ma peine. Il en sera de même de toutes les commissions trop nombreuses. Celle-ci se compose de sept personnes, c'est beaucoup trop.

M. Dupin, président. Il n'y a qu'à nommer une sous-commission dans la commission même.

M. Thénard. Cela a été fait : j'ai nommé deux sous-commissions de trois membres, elles n'ont pas fait plus de besogne; j'en ai nommée de deux membres, je n'ai pas été plus avancé.

M. Gay-Lussac. L'Académie n'en doit que plus insister sur la nécessité de voir mettre un terme à cet état des choses.

M. Thénard. Je demande que M. Gay-Lussac soit adjoint à la commission. (Hilarité générale.)

M. Gay-Lussac. Vous trouvez la commission déjà trop nombreuse, et vous voulez la rendre plus nombreuse encore! Je refuse cet honneur.

M. Thénard. Il faut bien la rajeunir, puisqu'on n'en peut rien faire.

La discussion finit par l'adjonction de ce pauvre M. Dutrochet, qui ne s'y attendait guère, et sur le zèle de qui la commission va sans doute s'en reposer complétement.

Or, savez-vous depuis combien de temps cette commission de la gélatine est instituée? Depuis quatorze ans! Depuis plus long-temps encore les malades de l'hôpital Saint-Louis sont abreuvés par la nauséabonde décoction dénommée par antiphrase bouillon gélatineux. L'expérience empirique a pu se faire pendant vingt ans, sans que durant cette longue période l'expérience scientifique ait trouvé le temps d'éclairer l'opinion. Il y en a de riches et bien repus, qui trouvent que tout va pour le mieux dans ce meilleur des mondes possibles, de ceux surtout quiètement faisant leur sieste dans le fauteuil académique. Le réveil pourrait être cruel, Messieurs, prenez-y garde.

— Si vous habitez Paris ou quelque autre grande ville — il n'est pas impossible même que ces types soient connus de la médecine rurale — vous avez certainement rencontré quelqu'un de ces confrères dont l'existence roule dans un tourbillon de clientelle. Vous les trouvez dans la rue, et confraternellement vous vous approchez pour leur dire bonjour : — Pardon, mon cher, j'ai deux malades qui attendent, une consultation en retard, un accouchement qui avance; et les voilà partis. Sont-ils invités à dîner, ils arrivent, à heure indue, alors qu'impatienté d'attendre le maître de maison aura fait servir; leur apparition produit un plus grand effet, et ils s'excusent du retard sur quelque attaque d'apoplexie. Ils s'échappent au dessert, non pas modestement et sans bruit, mais avec fracas, et sur quelque lettre armoriée portée par un valet en livrée. Tout cela, je l'ai vu, et bien d'autres choses encore. Les moyens les plus vulgaires, les ressources les plus usées, réussissent toujours dans un certain monde. Voulez-vous être occupé, disait Portal, ayez toujours l'air de l'être. J'en connais qui suivent avec la plus exemplaire exactitude le précepte du maître. Ils jouent une comédie perpétuelle, même en face de leurs confrères qui les connaissent bien, et qui savent tout ce qu'il faut rabattre de leur phénoménale clientelle. Quelquefois, à la vérité, ils s'exposent à quelque désobligeante leçon, témoin ce qui arriva ces jours derniers à un jeune chirurgien, le lion, par l'élégance et le luxe, de la chirurgie parisienne, et qui aurait assez de talent, disent ses amis, pour ne pas recourir à d'aussi mesquines manœuvres. Le travers dont je parle, ce chirurgien le possède au maximum. Dans le beau monde qu'il fréquente, ce ne sont que récits d'opérations faites et surtout à faire. Il ne pose pas dans un salon; il entre, mais c'est pour en ressortir au plus vite, tout juste pour avoir le temps de dire : Je suis attendu. Dans une des dernières soirées de madame la comtesse d'A..., la maîtresse de la maison s'approche du chirurgien, et lui propose de figurer dans un quadrille : — Je suis désolé de vous refuser, madame, mais je suis attendu pour une opération; l'eau est chaude, et l'instrument est prêt. — Est-ce que monsieur donne des lavements, dit assez haut pour être entendu un financier célèbre qui rencontre un bon mot de temps à autre. Je croyais qu'il n'y avait plus d'apothicaire? — Vous comprenez que notre chirurgien déguerpit au plus vite; mais le mot circula de bouche en bouche, et si bien, qu'il est jusqu'à moi parvenu.

— Ces jours passés, l'architecte de l'administration visitait un hôpital : c'était l'heure des visites. Arrivé dans un certain service, le médecin va droit à lui en lui disant : Monsieur, le salut des malades et la sûreté des élèves exigent impérieusement des réparations. Les personnes qui suivent ma clinique deviennent, depuis quelque temps, si nombreuses, que je crains pour la solidité des salles. Voyez plutôt — et du talon de sa botte frappant le parquet. — Entendez vous? Voici un endroit faible. — L'architecte, effrayé, fait trois pas en arrière. — Voici une partie menacée d'une ruine imminente. — L'architecte s'éloigne de plus en plus. — La percussion, voyez-vous, s'applique à tout, aussi bien à l'architecture qu'au diagnostic. Vous pouvez juger du nombre de mes élèves qui s'accroît de jour en jour, vous venez d'entendre les résultats de la percussion; je ne réponds plus de rien.

Ce qu'il y a de certain, et ce qui a pu alarmer le savant clinicien sur la solidité des salles, c'est que depuis le concours de l'agrégation dont il est juge, le nombre de ses auditeurs s'est accru de la grande majorité des concurrents, tous hommes d'un grand poids, et qu'aucun motif intéressé n'attire, du reste, dans ce service *chancelant.* Ils braveront, soyez-en sûrs, pour le seul amour de la science, tous les périls de la dégringolade, sans préoccupation aucune de la boule du scrutin.

— Sans autre façon, j'emprunte au journal *le Droit* un fait judiciaire, intitulé : *Les honoraires du médecin. — Le médecin poète.* La chose s'est passée en Cour royale de Paris, à l'audience du 29 mars, et sous la présidence de M. Froidefond des Farges :

Me Patorni, avocat du docteur Courhaut, appelant, expose ainsi les faits de la cause.

L'ingratitude des clients pour leurs médecins est devenue proverbiale; mais jamais peut-être cette ingratitude n'a été poussée aussi loin que par la dame Berheim, notre adversaire.

Pendant dix-huit mois, M. Courhaut a donné des soins assidus à M. Gendron, aujourd'hui décédé, et à madame Berheim, lors mademoiselle Lefèvre, qui est la légataire universelle de M. Gendron; elle a recueilli 70 000 francs dans cette succession; elle refuse de reconnaître les soins qu'elle a reçus et que M. Gendron a reçus comme elle.

Sur l'instance portée devant la justice, le tribunal civil de la Seine a alloué 120 francs à mon client; cela ne fait pas 50 centimes par visite; c'est moins que ce qui est accordé d'ordinaire aux commis-

sans interruption. Souvent ils tiennent à des causes vénériennes. L'abcès qui tient à des causes autres que la syphilis, ou l'angéioleucite, par exemple, ne marche pas aussi rapidement, ni de la même manière. Il commence par y avoir tuméfaction, œdème des nymphes ; des réseaux de lignes inégales, irrégulières, formés par des vaisseaux enflammés et tuméfiés, se dessinent sur la peau des organes génitaux. Il se forme des nodosités, des noyaux, des duretés que le doigt circonscrit manifestement. Ce sont ces points qui finissent par suppurer après s'être ramollis. En même temps, inflammation des vaisseaux lymphatiques, reconnaissable au cortége de symptômes qui caractérise cette affection. C'est à ces différents signes, ou isolés, ou réunis, que vous reconnaîtrez ces sortes d'abcès.

Comment marchent les abcès phlébectasiques? La marche de ces abcès est lente, presque chronique, si nous osons nous exprimer ainsi. On les observe le plus souvent pendant la gestation. La raison en est bien simple. Personne n'ignore que les femmes enceintes sont souvent affectées de varices, déterminées par l'obstacle mécanique à la circulation que cause le développement de l'utérus. En même temps existe une stimulation de la vulve tellement intense quelquefois, qu'il n'est pas rare de voir apparaître un véritable érythème. Si, dans des circonstances pareilles, la femme présente à la vulve des noyaux variqueux, une phlébite prend naissance dans les points occupés par les varices. Du pus se forme ; les varices s'ouvrent et s'ulcèrent. Il y a là un véritable abcès d'où sort du pus mélangé à du sang.

Il est rare que les abcès variqueux de la vulve soient graves et sérieux, et qu'ils aient des conséquences fâcheuses. Le plus ordinairement, il suffit de lotions émollientes et adoucissantes, de fomentations légèrement narcotiques ; de plus, de quelques précautions, telles que celles de soutenir le ventre, pour en faire justice et obtenir une guérison complète.

Abcès du rectum. — Ceux-ci doivent être divisés, selon leur nature possible, en aigus ou chroniques. On s'aperçoit de leur développement à ce qu'ils sont précédés du sentiment douloureux qui annonce constamment les affections du rectum. Le plus souvent, ils se montrent vers le périnée ou vers la partie inférieure et postérieure du vagin. Il est important, pour le diagnostic, de remarquer que les parties qui composent la vulve étaient saines avant le développement de l'abcès, et qu'il ne s'est pas développé à la suite et sous l'influence de violences extérieures.

Il en est de même, et nous ferons la même remarque, pour ceux de l'urètre. On commence ordinairement pas observer des symptômes d'urétrite ; des chancres ont pu exister à l'orifice de l'urètre ; puis la maladie se développe, marche, et vous en suivez les progrès de la manière la plus sensible. Ces abcès siégent le plus communément derrière le canal de l'urètre. S'ils dépendent d'une maladie du canal lui-même, l'excrétion de l'urine, le cathétérisme, font souffrir la malade et causent de vives douleurs. Si, la femme étant couchée horizontalement, vous introduisez le doigt dans le vagin, en pressant sur le canal de l'urètre de bas en haut et d'arrière en avant vous ferez sortir de l'urètre une quantité plus ou moins considérable de pus, signe diagnostique qui ne vous permettra pas le moindre doute.

Est-il toujours facile de diagnostiquer les abcès de la vulve ? La réponse à cette question est affirmative dans la grande majorité des cas. Règle générale, les abcès des grandes ou des petites lèvres, ceux du mont de Vénus sont faciles à reconnaître. Il n'en est pas ainsi de ceux qui se développent à l'entrée du vagin. Leur mode de production est variable. Ils peuvent dépendre, par exemple, de quelques lésions du rectum et avoir été provoqués par le pus qui s'est épanché autour de l'orifice inférieur du gros intestin. Leur marche est continue et progressive. Ils augmentent sensiblement de volume, et la tumeur finit par s'ouvrir spontanément ; cette ouverture ne persiste pas long-temps, et se cicatrise avec assez de facilité. Quelquefois leur marche paraît être intermittente. Lorsque l'on a abandonné l'abcès à lui-même, qu'il s'est développé sans que l'art ait rien tenté pour s'opposer à sa marche, qu'il a pris un grand volume, et qu'il est monté très haut, l'ouverture ne se trouvant point dans un point déclive se cicatrise et se ferme. Du pus se forme de nouveau dans la cavité qui n'a point eu le temps de se guérir complétement, et un nouvel abcès reparaît, qui n'est autre chose que la suite du premier. Nous verrons plus loin, en parlant du traitement, quels sont les moyens à mettre en usage pour prévenir ces récidives.

Terminaisons. — Rarement, pour les abcès de la vulve, la résorption s'opère. Pour ma part, je n'en ai jamais vu se résoudre ; sans prétendre que cette terminaison soit impossible, je suis en droit de dire, vu la grande quantité que j'en ai observée, qu'elle est du moins excessivement rare. Dans le plus grand nombre des cas, l'ouverture de ces abcès se fait spontanément, soit de la manière que je vous ai signalée tout à l'heure, soit parce que le tissu cellulaire est détruit. Il n'est pas rare de voir ces abcès se terminer par des fistules. Quelquefois ils s'ouvrent dans le rectum, et c'est par l'intestin que l'on voit sortir le pus.

Une fistule recto-vaginale succède quelquefois à ces abcès. Dans d'autres cas c'est une fistule recto-vulvaire, recto-périnéale ; les unes ont un trajet court et direct, facile à parcourir avec un stylet mousse. Les autres ont un trajet long et tortueux.

Le pronostic des abcès de la vulve peut être plus ou moins grave, et dépend des conséquences qu'ils ont entraînées. On conçoit aisément, sans qu'il soit besoin de nous arrêter plus longuement sur ce point, que le pronostic d'un abcès vaste et étendu qui aura décollé la peau dans un espace considérable, sera beaucoup plus grave que celui d'un abcès limité, peu volumineux, qui se sera spontanément ouvert et vidé, et dont le fond se sera cicatrisé en même temps que l'ouverture.

Traitement. — Suivant l'espèce d'abcès à laquelle on aura affaire, suivant les causes qui en auront déterminé le développement, le traitement devra subir des modifications essentielles. *Sublatâ causâ tollitur effectus*, dit un axiome bien ancien et bien connu. Jamais peut-être cette pensée n'a-t-elle été mieux appliquée que dans l'affection qui nous occupe. Aussi ne serez-vous point étonnés lorsque nous vous dirons que le traitement de la cause est le plus important, et que le traitement de la maladie elle-même n'est en quelque sorte que secondaire.

Lorsqu'il s'agit d'un abcès qui s'est formé dans le voisinage du rectum, on doit essayer le traitement antiphlogistique. On a des exemples de malades chez lesquelles un traitement antiphlogistique énergique et bien dirigé a pu prévenir la formation du pus dans l'abcès et provoquer la résolution. Il est bien entendu que ce mode de traitement ne peut s'appliquer et ne peut réussir que dans les cas d'abcès inflammatoire, à marche franchement aiguë. Quant à ceux qui dépendent d'une cause chronique, d'une affection des os, d'une carie ou d'une nécrose, tous les traitements échoueront.

Suivant la période de la maladie à laquelle on est arrivé, le traitement variera encore. On pourra, tant qu'il ne se sera point encore évidemment formé de pus dans la tumeur, essayer les résolutifs ; tandis qu'une fois le pus formé et la fluctuation manifeste, on sera obligé, sans plus tarder, de pratiquer une ouverture et de lui donner issue, dans la crainte de voir l'abcès s'étendre et le pus décoller les tissus dans une étendue plus ou moins considérable.

Suivant la nature de la maladie, suivant que l'abcès vulvaire sera essentiel ou symptomatique, on devra chercher à combattre l'affection sous l'influence de laquelle il se développe, ou se borner à traiter l'abcès lui-même ; on emploiera, suivant les cas, les moyens locaux et généraux. Si, comme cela n'arrive que trop souvent, les femmes arrivent chez vous avec un abcès tout formé, parce que, ne voulant point se laisser examiner, ni convenir, par une pudeur mal entendue, qu'elles sont malades, elles ont laissé à l'affection le temps de se développer ; dans les cas de ce genre, il ne faut point hésiter. Ce n'est pas le lieu de chercher à obtenir une résolution qui serait impossible, il faut promptement ouvrir avec le bistouri, et largement, afin de donner au pus un passage facile, en même temps que l'incision débride les tissus et en facilite le dégagement. On ne pourrait se dispenser de l'opération que dans le cas où l'on aurait affaire à un petit abcès furonculeux ou folliculaire ; si la malade, ce qui arrive assez souvent, appréhende assez l'instrument tranchant pour se refuser à toute opération, des cataplasmes émollients hâteront la maturation de l'abcès, qui s'ouvrira spontanément. Enfin, suivant le siége topographique de l'abcès, le traitement devra également subir quelques modifications.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Hernie inguinale étranglée. Opération de l'étranglement. Circonstances insolites qui se présentent pendant l'opération. Remarques pratiques auxquelles elles ont donné lieu.

Les hernies sont susceptibles de nombreuses variétés que les ouvrages de chirurgie n'ont pu ni prévoir, ni décrire ; et quand elles donnent lieu à des opérations, il se présente souvent, dans le cours de celles-ci, des difficultés insolites qui causent de l'embarras aux chirurgiens les plus expérimentés. Il est donc toujours intéressant de faire connaître les observations où se sont rencontrées des particularités peu communes ; car ces faits sont comme des jalons qui, en signalant des écueils, peuvent apprendre à les éviter. Sous ce point de vue, le fait suivant mérite d'être signalé.

Le 25 février 1844, à dix heures du soir, dit M. Robert, je fus mandé à l'hôpital Beaujon pour y opérer un homme affecté de hernie étranglée ; le malade était âgé de quarante-quatre ans, maçon, très fortement constitué. Depuis trois ans il portait une hernie à l'aine droite, il la contenait à l'aide d'un bandage ; cependant elle sortait fréquemment de dessous la pelote, et pouvait être réduite avec facilité. Le matin même du jour indiqué, la hernie s'était échappée de nouveau ; le malade avait fait des tentatives réitérées mais inutiles pour la réduire ; il avait été pris aussitôt de vomissements et de coliques, et ne tarda pas à se rendre à l'hôpital.

Le chirurgien de garde, après une large saignée et un bain prolongé, ayant tenté inutilement pendant un temps assez long le taxis, me fit prévenir.

L'étranglement datait de douze heures environ ; je trouvai la hernie volumineuse, longue de 15 centimètres environ, obliquement dirigée du milieu de l'aine droite au fond du scrotum, douloureuse surtout au niveau du collet. A sa partie inférieure, on trouvait le testicule mobile et séparé d'elle par une rainure circulaire. L'abdomen était souple, indolent et mat dans toute son étendue. Je fis d'abord de nouvelles tentatives de réduction ; mais ayant reconnu que la tumeur ne diminuait pas de volume, ni de tension quand elle était soumise à une pression générale et continue, que celle-ci d'ail-

---

sionnaires des coins de rues. C'est de ce jugement que nous avons fait appel, et nous venons vous demander un arrêt qui allouc à M. Courbaut la somme de 2,420 francs, formant le total de la note qu'il a signifiée à l'adversaire.

On contestera peut-être la qualité ce M. Courhaut. Je dois dire que, le 8 avril 1793, il a été examiné par le jury médical de Saône-et-Loire, et en a reçu un certificat de capacité, où se trouve la signature de M. Sue, le père, je crois, de l'illustre romancier. Plus tard, il a régularisé sa position, et il peut exercer comme officier de santé. Seulement, le ministère public prétend que le sieur Courhaut n'a pas le droit d'exercer dans le département de la Seine, et un jugement de la Seine a accueilli ce système, en prononçant une peine de 8 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine. La Cour crut que c'était une peine de simple police, aussi notre appel contre ce jugement a-t-il été déclaré non recevable ; mais depuis cette époque il a reçu une lettre de M. Villemain, ministre de l'instruction publique, dans laquelle on lui dit qu'en considération de sa longue possession d'état de plus de cinquante ans, il est autorisé à exercer dans le département de la Seine.

Me Patorni détaille ensuite les soins et les visites dont son client réclame le payement ; il produit à l'appui le registre tenu par le sieur Courhaut, et termine en disant qu'il consent à une réduction sur le total du prix réclamé, mais qu'il ne peut accepter la somme dérisoire de 120 francs, allouée par les premiers juges.

Me Faverie, avocat de madame Berheim, s'exprime ainsi :

M. Courhaut a voulu exploiter la position de légataire universelle que le testament de M. Gendron a faite à madame Berheim ; il a transformé en visites de medecin des visites de chaque jour, faites à titre de commensal et d'obligé nécessiteux, et il a cherché par tous les moyens possibles à se faire payer le prix de visites qu'il n'a jamais faites.

Les manœuvres de M. Corhaut comprennent deux phases bien distinctes : la première, que j'appellerai de douceur et de conciliation ; la seconde, d'intimidation et de rigueur.

Les moyens de douceur ont été les premiers employés, et à ce sujet je prie la Cour de me permettre la lecture d'une invitation à dîner adressée à ma cliente par Courhaut, invitation qui révèle chez notre adversaire une poésie et surtout une orthographe incroyables. Voici ce billet :

Paris, 6 décembre 1840.

Douze mauviettes,
Toutes bien grossette,
Seront accomodée
Pour notre dînée.

Quatre cervelles de mouton
Que vous ditte être bon,
Accomodée à l'ail
Pour servir de volaille.

Un potage hollandais,
Ce qui n'est pas si niais,
Suivi d'un gruyer
Le tout acheté d'hier.

Et madame Courhaut
Me dit que le bon Dieu
Lui a envoyé une crême aux œux
Avec la fleur d'orange
Pour régaller son ange.

Si madame Gendron est aussi gentille
Qu'elle est aimable et belle,
Elle viendra avec elle ;
Et moi très heureux
De me trouver entre deux.

Celui qui se dit votre sincère ami,
Signé Courhaut.

Madame Berheim se rendit à ce dîner, dont la carte était aussi peu complète que peu distinguée ; elle fut obligée, pour dîner à peu près bien, de donner 5 fr., qui servirent à acheter de ces choses dont on ne peut se passer pour le dîner, et auxquelles l'amphitryon n'avait pas songé. Ce fut pendant ce repas qu'au grand étonnement de madame Berheim, M. Courhaut lui parla des soins et des visites. On ne put s'entendre, et les moyens d'intimidation succédèrent aux invitations à dîner dont je viens de parler à la Cour.

Me Faverie lit plusieurs lettres dans lesquelles l'intimidation suit une progression ascendante bien marquée. Dans la dernière, le sieur Courhaut parle d'un dépôt de 20 ou 25,000 fr. de billets fait dans ses mains par M. Gendron avant de mourir, billets tirés sur la légataire universelle, et qu'il mettra en circulation s'il ne reçoit pas satisfaction immédiate.

Voilà, dit l'avocat, la moralité du sieur Courhaut ! En vérité, quand je songe que M. Courhaut savait que je pouvais vous faire les étranges confidences que vous venez d'entendre, j'ai le droit de m'étonner qu'il ait osé affronter la publicité de notre audience.

L'avocat entre ensuite dans l'examen du fond du procès, et il commence par établir que jamais M. Courhaut n'a donné de soins, comme médecin, soit à M. Gendron, soit à madame Berheim.

Au moment où l'avocat se dispose à discuter le mémoire, il est interrompu par la Cour, qui déclare la cause entendue, et confirme purement et simplement le jugement du Tribunal de première instance.

— Vous savez que M. Habeneck, le célèbre chef d'orchestre, s'est laissé choir dans une trappe de l'Opéra, et qu'il en est résulté une fracture du poignet. Le jour qui suivit cet accident, M. Habeneck devait diriger l'orchestre du Conservatoire. Le public était réuni, et il fallait le prévenir de l'absence du chef. Voici comment M. Trevaux, artiste de l'Opéra, s'acquitta de cette mission : Messieurs, nous avons la douleur de vous annoncer que M. Habeneck a contracté hier une *luxure* du poignet dans les coulisses de l'Opéra.

— Il y a quelques jours, vers dix heures du matin, je rencontre un clinicien sur un des ponts de Paris. Il descend aussitôt de sa voiture, pour demander : Avez-vous entendu parler de ma leçon ? — De laquelle, répondis-je ? — De celle que je viens de faire. — Je le crois bien, on ne parle que de cela sur la place de la Bourse. Et il le crut !...

Jean Raimond.

P. S. On me communique à l'instant les importantes nouvelles qui suivent, et pour le commentaire desquelles le temps me fait défaut.

Hier, à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Roux, qui s'est montré dans une récente discussion académique l'adversaire le plus acharné de M. Cruveilhier, a pu diagnostiquer coup sur coup trois tumeurs fibreuses des mamelles qu'il était près d'opérer.

Samedi dernier, une réunion très intéressante a eu lieu dans les salons de Lemardelay, restaurateur. C'est à l'occasion d'une cordiale et très affectueuse réconciliation entre MM. J. Guérin, Vidal et Malgaigne. M. Guérin a lui-même porté un toast à la liberté de discussion.

A la première représentation du *Lazzarone*, à l'Opéra, on a vu M. Gannal et M. Marchal (de Calvi) se promenant au foyer bras dessus, bras dessous.

M. J.-B. Baillière, éditeur du *Bulletin* de l'Académie, annonce qu'il va réimprimer les premiers volumes de ce journal, complétement épuisés. Les nouveaux souscripteurs sont priés d'attendre.

Au prochain couronnement de la rosière de Suresnes, qui a lieu tous les ans au 1er mai, M. le maire, de concert avec M. le curé, a désigné M. Orfila pour décerner le prix.

M. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté de médecine, a terminé le catalogue de la bibliothèque.

M. l'abbé de Ravignan a fait de si nombreuses conversions parmi les étudiants, que le bal de la *Grande Chaumière* doit être fermé cet été.

M. Royer-Collard, professeur d'hygiène à la Faculté, doit ouvrir son cours, cette année, par un discours sur les dangers du bal de l'Opéra.

Les juges du concours pour l'agrégation ont décidé, à l'unanimité qu'ils ne recevraient aucune visite des concurrents. C'est sur la proposition de M. Piorry que la décision a été prise.

leurs était très douloureuse, je me décidai promptement à l'opération.

Une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans ayant été pratiquée à la peau suivant l'axe de la tumeur, je divisai successivement le tissu cellulaire, le muscle crémaster, que je trouvai très développé, et ne tardai pas à rencontrer une enveloppe pellucide que je crus être le sac, et que j'ouvris avec les précautions convenables; il s'en échappa près de 50 grammes de sérosité citrine. L'ouverture ayant été agrandie, j'allai à la recherche de l'intestin; mais je ne fus pas peu étonné de ne trouver qu'une cavité vide, à parois lisses et très minces, répondant aux deux tiers supérieurs de la tumeur herniaire terminée inférieurement en cul-de-sac, et dont il ne fut pas difficile de reconnaître la terminaison supérieure qui touchait à l'extrémité du canal inguinal, ou même semblait s'y engager: la paroi profonde de cette poche était lâchement unie aux parties sous-jacentes.

Ce moment de l'opération, continue le professeur, me causa, je l'avoue, beaucoup d'embarras. Quelle était, en effet, la nature de cette poche? Etait-ce un simple kyste placé au-devant de la hernie, comme il s'en rencontre quelquefois; ou bien la hernie elle-même était-elle constituée par le cœcum, et la poche que je venais d'ouvrir était-elle un prolongement péritonéal placé au-devant d'elle? Je ne trouvais aucun motif pour adopter l'une ou l'autre de ces deux opinions. Au milieu de mes incertitudes, il me vint à l'esprit de rechercher si la tumeur offrait de la transparence, espérant trouver dans ce caractère un nouveau moyen de diagnostic. En effet, si je n'étais pas encore parvenu dans le sac, celui-ci devait contenir de la sérosité et me faire apercevoir quelque transparence. Je soulevais donc la tumeur d'une main, pendant que j'appliquais le bord cubital de l'autre sur la surface même de la plaie; un aide plaça une bougie allumée à l'opposé de moi, et aussitôt je reconnus distinctement de la transparence dans toute la portion antérieure de la tumeur. Rassuré par ce que je venais de voir, je passai outre, et procédai à la recherche du sac.

Mais bientôt une circonstance nouvelle vint fixer mon attention. La face antérieure de la tumeur était croisée à sa partie moyenne par un ruban large de 5 millimètres, obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et dans lequel on apercevait des vaisseaux assez volumineux. Je pensai tout d'abord que c'était les vaisseaux spermatiques, et je m'en assurai en les suivant en bas jusqu'auprès du testicule. Le canal déférent n'en faisait point partie, et se trouvait plus en dehors. Cette circonstance, déjà remarquable par sa rareté, pouvait en outre avoir une signification pratique d'un grand intérêt. En effet Scarpa admet, comme Chopart et Desault l'avaient déjà indiqué avant lui, que dans la hernie inguinale interne le cordon est placé sur le côté externe de la tumeur, tandis qu'une disposition inverse s'observe dans la hernie inguinale externe. Il ajoute, il est vrai, que ces rapports peuvent changer quand la tumeur est volumineuse, parce que le cordon testiculaire éprouve une espèce d'aplatissement qui en isole les divers éléments les uns des autres, et cet applatissement peut parvenir à un degré tel, que le canal étant placé sur un des côtés de la tumeur, l'artère et les reins, en occupent le côté opposé. On a trouvé les vaisseaux sur la face antérieure de la tumeur formant une sorte de traînée prête à arrêter la main de l'opérateur au moment où il se disposait à ouvrir le sac. Un fait de ce genre a été observé par Ledran.

La hernie que j'avais sous les yeux étant oblique à la partie supérieure dans le sens du trajet inguinal, je ne pouvais douter que son collet ne fût externe par rapport à l'artère; de l'autre côté l'ancienneté de cette hernie et son volume m'autorisaient à admettre l'élargissement du cordon testiculaire, et le transport des vaisseaux de la partie antérieure de la tumeur, mais la théorie de Scarpa ne pouvait pas m'expliquer pourquoi le conduit déférent qui, dans les hernies inguinales externes doit être situé à la face postérieure ou interne de la hernie, dans celle-ci en occupait le côté externe. Je ne pus résoudre cette difficulté qui n'avait pas d'antécédents pour moi, car j'étais convaincu d'avoir affaire à une hernie inguinale externe. Pour éviter de blesser les vaisseaux testiculaires en ouvrant le sac herniaire, je fus obligé de l'attaquer en haut, puis de repousser en dehors les vaisseaux afin de pouvoir en agrandir l'ouverture de haut en bas et dans toute l'étendue verticale de la tumeur. Le sac contenait une quantité assez grande de sérosité rougeâtre et une anse considérable d'intestin grêle coiffée en dehors par l'épiploon et très rouge. J'allai aussitôt à la recherche de l'étranglement qui me parut siéger au collet du sac herniaire et je débridai en haut et en dehors. Le reste de l'opération n'offrit rien de particulier. Suivant mon habitude je m'abstins de réduire l'épiploon.

Je prescrivis une saignée, deux heures après l'opération; et un purgatif composé d'huile de ricin et de sirop de fleurs de pêcher; si le malade n'allait pas à la selle pendant la nuit, des fomentations émollientes sur le ventre.

La saignée fut pratiquée mais le laxatif fut inutile car le malade eut des selles abondantes. Le lendemain, à la visite, il était dans un état parfait; le ventre était souple et indolent. Cependant, vers le soir, il eut de légères coliques et immédiatement après il éprouva un délire violent qui ne put être calmé et l'emporta dans l'espace de quarante-huit heures.

A l'autopsie cadavérique on trouva dans le péritoine les traces d'une péritonite en voie de suppuration et dont l'état cérébral avait masqué les symptômes. Voici les particularités relatives à la hernie.

On ne put bien reconnaître, à cause de l'inflammation qui s'en était déjà emparée, le kyste dont la présence au-devant du sac m'avait tant embarrassé. La hernie s'était manifestée en suivant le trajet inguinal, et son collet était par conséquent situé en dehors de l'artère épigastrique. L'étranglement avait été causé par ce collet même et le débridement avait porté uniquement sur lui. Au niveau de l'anneau inguinal supérieur le cordon testiculaire était placé derrière le collet de la hernie comme elle a lieu dans les cas ordinaires; le canal déférent était placé au côté interne des vaisseaux. Au delà de l'anneau ces parties s'écartaient de plus en plus les unes des autres, mais en même temps elles exécutaient un demi-tour de spirale autour de la partie externe et antérieure du sac; ainsi les vaisseaux côtoyaient d'abord le côté externe de celui-ci, puis se dirigeaient en dedans et en avant et en croisaient, comme nous l'avons dit plus haut, la surface antérieur; le canal déférent, d'abord placé en arrière, se dirigeait bientôt en dehors et côtoyait la surface correspondante de la hernie.

Il était évident que la hernie dans son évolution avait exécuté un mouvement de demi-rotation sur son axe et que cette cause, jointe à l'écartement des parties constituant, le cordon, avait amené les vaisseaux testiculaires au-devant de la hernie elle-même. Ce phénomène me semble facile à concevoir dans les hernies anciennes et volumineuses; les mouvements de la marche doivent en effet tendre à repousser la hernie en avant et en dedans; la pelote d'un brayer, si elle est mal dirigée, peut aussi concourir au même résultat.

Au reste, je ne sache pas que cette rotation du sac ait déjà été signalée comme cause de déplacement des vaisseaux dans les hernies, et il était intéressant de constater quelle en est la fréquence et si elle est accidentelle ou liée nécessairement à la marche et aux progrès de la hernie inguinale.

Empoisonnement par le bi-oxalate de potasse (sel d'oseille); par M. Bodichon, D.-M à Alger.

Le 26 novembre 1841, madame ....., femme d'un capitaine d'état-major, sur l'ordonnance d'un médecin, envoie chercher une once de tartrate de potasse dans une pharmacie d'Alger. Le pharmacien, par suite d'une erreur dont l'un de ses confrères d'Alger fut la cause première, au lieu de tartrate de potasse, se méprend et remet une once de bi-oxalate de potasse.

La moitié de cette quantité est délayée dans un verre d'eau tiède. Madame ..... boit ce breuvage, malgré la saveur mordicante qu'elle avait éprouvée en le goûtant. Aussitôt l'ingestion, elle est saisie de violentes douleurs d'estomac; elle tombe en proie à d'horribles convulsions, et meurt après huit ou dix minutes. Il devint impossible de lui administrer le contre-poison. Elle ne put articuler que quelques paroles « ça me brûle, je suis empoisonné », après quoi l'agonie survint.

Voici le résultat de l'autopsie, 24 heures après la mort :

Odeur cadavérique prononcée, rigidité des membres, pâleur et décoloration de tout le corps et principalement du visage, ballonnement de l'abdomen, putréfaction commençante aux parties déclives et antérieures du ventre

Le facies conserve l'expression d'une vive souffrance. La bouche et ses dépendances, l'œsophage, sont dans un état normal.

Les orifices de l'estomac sont fortement contractés et tordus sur eux-mêmes. La membrane muqueuse est vivement enflammée sur toute sa surface; elle l'est davantage vers le grand cul de-sac et la grande courbure. Çà et là sont disséminées des marbrures noirâtres. La muqueuse ne présente d'ailleurs ni érosions, ni épaissement indiquant qu'il y aurait eu antérieurement un travail pathologique de l'estomac.

Sept à huit onces d'un liquide épais et brun sont retirées de ce viscère. Ce liquide et la muqueuse sont soigneusement examinés à la loupe, et ne révèlent aucun débris de substances, soit alimentaires, soit minérales.

Madame *** était complétement à jeun, et le bi-oxalale avait été entièrement dissous dans l'eau. Ces deux conditions rendirent l'absorption plus rapide.

Inflammation de l'intestin grêle et du duodénum.

La rate est gorgée de sang. Les vaisseaux qu'elle reçoit et qu'elle émet ont acquis par l'accumulation du sang trois fois au moins leur volume ordinaire.

Les cavités droites du cœur sont remplies de sang.

Rien de particulier dans l'état des autres organes de la poitrine et du ventre, si ce ne sont les traces d'un accouchement récent. Madame *** était en effet accouchée depuis trois semaines. Ayant remis son enfant à une nourrice, elle avait voulu faire passer le lait, et c'est d'après ce désir que le médecin traitant avait prescrit du tartrate de potasse.

Le crâne ne fut point ouvert. Pendant l'examen nécropsique, il ne s'est pas dégagé du cadavre d'odeurs étrangères, telles que, par exemple, odeur d'alcool, d'œufs pourris, de soufre, ou d'amandes amères.

Le sang était d'une liquéfaction extraordinaire, et si un seul fait de médecine autorisait à conclure, j'attribuerais volontiers cette liquéfaction à l'altération, à une désorganisation du sang par le sel d'oseille.

L'expertise chimique fut faite le 28 novembre, par MM. Tripier, Simonet, pharmaciens à Alger, et moi. A la suite de plusieurs opérations, par lesquelles nous avons été conduits à rechercher la présence d'un acide *organique*, nous avons constaté celle d'une grande quantité d'acide oxalique au moyen des réactifs qui le caractérisent le mieux, entr'autres le sulfate de chaux et le chlorure d'or.

La présence d'une notable proportion de potasse combinée à l'acide oxalique a été reconnue par l'emploi de l'acide tartrique, du chlorure de platine et de l'acide perchlorique.

Les membranes internes et externes de l'estomac et des intestins grêles étaient tellement imprégnées d'acide qu'elles rougissaient par leur contact le papier tournesol, malgré plusieurs lavages et macérations à l'eau distillée.

Cet empoisonnement révèle dans le bi-oxalate de potasse un poison d'une énergie redoutable. Ce sel est d'autant plus dangereux, qu'il n'a pas éveillé jusqu'à présent la méfiance de l'autorité et des personnes qui s'occupent de l'art de guérir. Les pharmaciens en délivrent souvent sans ordonnance de médecins.

D'après quelques essais que j'ai faits sur des mammifères de petite taille, chats, chiens et mangoustes, ce poison agit en altérant profondément le système nerveux. Une pincée mise sur la langue produit rapidement une douleur de la muqueuse, une irritation qui se propage le long des filets nerveux; il survient embarras de la parole, gêne dans les mouvements de la langue, et un ensemble de symptômes assez voisins de la paralysie.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié; par M. J. Lisfranc.

(Troisième et dernier volume.)

Le dix-neuvième siècle et la fin du dix-huitième brillent, sans contredit par la précision beaucoup plus grande qu'on a apportée dans l'examen des maladies, dans l'étude de leur diagnostic; les beaux travaux de Laënnec sur les affections morbides de la poitrine suffiraient seuls pour en fournir la preuve; les vingt dernières années environ que nous venons de parcourir ont été assez fertiles en inventions d'instruments et de procédés opératoires; mais quant à la thérapeutique générale et au traitement des maladies en particulier par la thérapeutique ordinaire, on s'en est peu occupé, ou plutôt on a fait bien peu de progrès; il semble même, il faut le dire, que la tendance des esprits s'en éloigne. Parcourez, en effet, les ouvrages publiés depuis une quarantaine d'années environ, vous y trouverez de belles pages bien remplies et très larges sur l'histoire des maladies; lorsque vous arriverez à la thérapeutique, vous verrez au contraire qu'on lui a en général à peine consacré quelques lignes, ou bien que les moyens destinés à guérir sont pêle-mêle entassés pour ainsi dire; que presque jamais on n'expose la manière dont ils doivent être maniés, ni les indications nombreuses, trop souvent difficiles à saisir, sur lesquelles leur emploi est basé.

M. Lisfranc nous paraît avoir bien jugé dans son livre l'état actuel des sciences médico-chirurgicales; il a vu la grande lacune qui s'est établie; il a fait beaucoup d'efforts pour l'empêcher de s'agrandir et pour essayer de la combler; on s'est déja convaincu que dans la *Bibliothèque du Médecin praticien* la même direction est suivie.

On a dit, s'écrie M. Lisfranc, que la médecine est toute dans l'observation; il ajoute qu'elle est aussi presque tout entière dans les indications: c'est à bien les connaître, à bien les saisir, à bien les poser, à faire ressortir leurs plus faibles nuances, que dans ce volume comme dans les précédents il s'est très spécialement attaché. Basée ordinairement sur l'anatomie, sur la physiologie et sur l'anatomie pathologique, la thérapeutique est pour lui constamment, pour ainsi dire, la compagne fidèle de la pathologie. Emploie-t-il un médicament d'après une indication donnée, il expose les effets variés qu'il peut produire, il les examine, il en fait ressortir les différences, les nuances, les affinités pathologiques, et c'est sur ces importantes données que d'autres médications diverses et appropriées sont ensuite fondées. Aucun des détails minutieux sur lesquels repose si souvent le salut des malades et qui constituent le médecin et le chirurgien consommés, n'échappe à notre auteur; il nous les donne tous à l'aide de la netteté et de la lucidité remarquables qu'il a montrées depuis long-temps dans son enseignement. Avec son livre bien étudié, profondément médité, il est difficile de ne pas s'approprier sa vaste expérience; tout y est dit, tout y est digéré: il suffit d'en meubler son cerveau.

Doué d'un esprit essentiellement généralisateur et de connaissances médicales étendues, auteur des règles générales des désarticulations, des ligatures des artères, de l'extirpation et de l'amputation des tumeurs, etc., M. Lisfranc pose fréquemment dans son ouvrage des principes généraux de thérapeutique qui deviennent autant de jalons sur lesquels naissent des groupes multipliés de saines idées; ainsi l'étude du traitement des maladies est singulièrement abrégée et facilitée; mais ces considérations m'entraîneraient trop loin; je suis obligé de les abandonner; je laisse au lecteur le soin de les apprécier dans le livre dont je rends compte; la symptomatologie et le diagnostic y sont d'ailleurs traités de main de maître. Il suffit d'avoir bien indiqué l'esprit dans lequel ce livre est écrit pour en donner une juste idée; quant aux détails, nous nous en abstiendrons: car personne n'ignore combien M. Lisfranc a contribué aux progrès des sciences médico-chirurgicales sur les maladies de l'utérus; il en fournit à chaque instant la preuve dans son ouvrage, que nous ne saurions trop recommander aux médecins.

C. L.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal de Chirurgie (Mars 1844.)

De la cautérisation à l'aide du fer rouge dans le traitement des ulcérations et des engorgements du col utérin; par M. Camille Laurès.

Ce travail est le résultat des observations recueillies par l'auteur dans la pratique de M. Jobert (de Lamballe), dans le service duquel il a été pendant trois ans interne. C'est à ce praticien, en effet, que l'on doit l'application de ce moyen, dont il fait un très fréquent usage dans les cas indiqués plus bas.

Quelles que soient les causes qui les aient produites, les ulcérations du col de la matrice constituent ordinairement une affection très rebelle. Il ne suffit pas d'obtenir la cicatrisation de l'ulcère; car, tant que le catarrhe et l'engorgement persisteront, on se trouvera en face des mêmes accidents. Tous les praticiens savent que, dans une foule de circonstances, les caustiques employés comme traitement local des ulcérations, sont insuffisants dans leur mode d'action et éternisent le mal sans le modifier. L'auteur n'hésite pas à donner la préférence au fer rouge, dans les cas où il est important d'agir par un moyen puissant pour changer avec rapidité le caractère de l'altération, et pour réveiller dans l'utérus une activité favorable à la résolution de l'engorgement, et a la cicatrisation de l'ulcération.

Le premier phénomène qui saisit l'esprit, dit M. Laurès, dans la cautérisation du col de l'utérus par le fer rouge, c'est l'insensibilité complète de cet organe à l'action du feu; à tel point que toutes les malades qui n'ont pas été averties de l'opération qu'elles subissent, avouent, lorsqu'elle est terminée, qu'elles n'ont absolument rien senti, et qu'elles ne savent pas même ce qui leur a été fait. Les seules douleurs qu'on détermine tiennent à la pression qu'on exerce sur le col, lorsque le cautère, restant appliqué avec une certaine force pour produire une eschare profonde, refoule de bas en haut la totalité de l'organe. Toutefois, il faut avoir bien soin que le spéculum contienne le col seulement, et qu'aucun repli du vagin ne s'y introduise. A défaut de cette précaution, l'approche du fer rouge pourrait développer une chaleur assez vive pour que le vagin en fût douloureusement affecté.

On emploie, pour pratiquer la cautérisation, des tiges de fer terminées par une extrémité renflée et un spéculum plein en ivoire, qui protége les parties environnantes, en raison de la propriété dont jouit la matière qui le forme d'être un mauvais conducteur du calorique. Après avoir abstergé avec un pinceau de charpie le muco-pus qui recouvre la surface ulcérée, on applique le fer sur elle, en veillant à ce qu'il soit rougi à blanc pour qu'il n'adhère pas aux parties avec lesquelles on le tient en contact; ce qui exposerait à arracher, en le retirant, l'eschare qu'il a produite. Cette eschare est plus ou moins étendue en largeur et en épaisseur, suivant que la cautérisation a intéressé les parties superficielles ou profondes.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent la cautérisation, les malades n'éprouvent d'autre symptôme qu'on puisse rattacher à l'opération elle-même, qu'une augmentation dans la quantité de l'écoulement. M. Laurès n'a jamais vu aucun symptôme fâcheux se développer après elle, tandis qu'il signale l'amélioration qui survient presque toujours après son emploi.

Il semblerait qu'un agent aussi énergique dût modifier d'une manière notable la fonction importante qui est dévolue à l'utérus, c'est-à-dire la menstruation. Il n'en est rien. Malgré toute l'attention que l'auteur a pu apporter dans cet examen, il n'a jamais pu conclure que la cautérisation troublât d'une manière fâcheuse la régularité de la menstruation.

Il est rare qu'une seule cautérisation modifie la surface ulcérée au point d'amener la guérison. Il faut ordinairement revenir plusieurs fois au même moyen. Dans la plupart des cas la cautérisation peut être remise en usage du huitième au dixième, douzième ou quinzième jour, la séparation de l'eschare s'effectuant chez le plus grand nombre des malades du quatrième au septième jour. Sa chute laisse à découvert une surface rouge plus uniforme, d'un meilleur aspect, et qui se trouve dans de bonnes conditions pour que la cicatrisation fasse des progrès. La suppuration est quelquefois très abondante.

Sans déterminer tous les cas auxquels la cautérisation avec le fer rouge est applicable, M. Lauès pense qu'elle doit être mise en usage de préférence aux autres caustiques :

1° Toutes les fois qu'une ulcération profonde, exubérante ou fongueuse est compliquée d'hémorrhagie, d'hypertrophie simple, d'engorgement avec ramollissement ou induration de l'organe ;

2° On en a également obtenu de bons effets, lorsqu'il n'existait qu'une hypertrophie considérable avec catarrhe utérin, mais sans ulcération. Chez des malades dont le col était si volumineux qu'il ne pouvait pénétrer dans un spéculum de gros calibre que par la moitié antérieure, le fer rouge, appliqué sur la partie qui se présentait, amenait un dégorgement si rapide, qu'après deux ou trois cautérisations la totalité du col était embrassée par l'instrument. Les symptômes généraux qui étaient sous la dépendance de l'affection locale, diminuaient en même temps avec une grande rapidité.

3° Dans certains cas, il n'existe autour de l'orifice du museau de tanche qu'une ulcération fort légère ; mais les tissus du col ont perdu leur consistance : le doigt qui les presse fait suinter le sang comme à travers une éponge, et les malades, épuisées par des hémorrhagies successives, arrivent à l'anémie au bout d'un temps quelquefois très court. A l'aide de la cautérisation avec le fer rouge, M. Jobert est parvenu à arrêter promptement les hémorrhagies, et à ramener le col à des conditions normales.

4° Quand l'ulcération repose sur des tissus indurés, si on veut en détruire la base, la condition indispensable est de pouvoir atteindre les limites du mal. Par quel autre moyen arriverait-on aussi facilement qu'avec le fer rouge à ce résultat ?

5° Dans le cas d'hypertrophie simple ou avec ulcération, la cautérisation avec le fer rouge a produit d'excellents effets.

5° Pour certaines ulcérations fongueuses saignant avec facilité, pour d'autres qui reposent sur de petits tubercules isolés, dont la nature cancéreuse est évidente, ou bien qui marchent en détruisant rapidement les tissus du col, le fer rouge se recommande encore par ses bons effets.

L'auteur rapporte neuf observations de cas divers que nous venons d'énumérer, et il termine par les conclusions suivantes :

La cautérisation du col de la matrice avec le fer rouge ne détermine pas de douleur. — Il ne l'a jamais vue être suivie d'accidents. — Elle se recommande par l'instantanéité de ses effets, et par la facilité qui est au pouvoir du chirurgien de mesurer son action qu'il rend à volonté légère ou très énergique. — En même temps qu'elle modifie la surface ulcérée, elle réveille la vitalité de la matrice, et suscite une inflammation locale qui ne donne jamais lieu à la réaction générale. — Elle produit des eschares qui se détachent promptement, et elle amène une cicatrisation plus rapide des ulcérations. Les cicatrices sont aussi plus solides que celles qui se forment après la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Elle remplace avec beaucoup d'avantages les autres caustiques dans un grand nombre de cas, où leur action est jugée insuffisante. — Elle a été appliquée avec succès contre des altérations qui réclamaient l'emploi de l'instrument tranchant, et elle n'expose pas aux mêmes accidents que lui.

Nouvelles observations pour servir à l'histoire des luxations de l'extrémité supérieure du radius chez les enfants; par M. PERRIN, D.-M., au Grand-Lucé (Sarthe).

Long-temps niée et par des auteurs considérables, la luxation incomplète de la petite tête du radius chez les enfants a été démontrée par les observations de Martin (de Lyon) et de Dugès. L'auteur de cet article en a lui-même publié un cas qui donna lieu à un savant commentaire de M. Malgaigne. Il en publie aujourd'hui deux autres qui mettent la possibilité de cette luxation hors de doute, et qui seront utilement employées dans l'histoire de ces affections.

Mémoire sur les obstacles au cours de l'urine, connus sous les noms de rétrécissements spasmodiques et de spasmes des rétrécissements; par le docteur Aug. MERCIER.

Ce travail, entièrement basé sur des démonstrations anatomiques propres à l'auteur, échappe à l'analyse.

Crayons dermographiques.

Les moyens qu'on employait jusqu'à présent dans la plessimétrie pour limiter les organes, étaient la plume chargée d'encre et le nitrate d'argent ; la première pour tracer les lignes qui limiteraient les organes, le nitrate d'argent pour rendre ces lignes assez permanentes. Mais ces moyens étaient incommodes et pour l'explorateur et pour le malade. M. Piorry a plusieurs fois exposé l'inconvénient de ces moyens et la nécessité d'en trouver d'autres qui n'offrent plus cet inconvénient. M. J. Pyrlas, jeune Grec étudiant en médecine, vient de formuler une composition qui y remédie parfaitement bien ; il en a fait des crayons dont M. Piorry se sert avec succès. Ces crayons, qu'on peut nommer dermographiques, peuvent résister à la transpiration et même au bain chaud. En voici la formule :

Pr.	Axonge,	1
	Térébenthine de Venise,	2
	Cire,	3
	Noir de fumée,	q. s.

Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule, en y ajoutant petit à petit le noir de fumée jusqu'à consistance peu molle. Ensuite, retirez le tout du feu et agitez toujours jusqu'au refroidissement. Donnez à la masse la forme de crayons.

Pour enlever de la peau les lignes tracées par ces crayons, il suffit de les frotter légèrement avec un linge imbibé d'essence de térébenthine.

D'ailleurs, si l'on veut avoir un crayon moins durable et facile à effacer sans avoir recours à autre chose qu'à un simple frottement, on remplacera la térébenthine par du savon commun, et on mettra partie égale de cire, et enfin, si on veut en avoir de rouge, on mettra du cinabre ou du bioxyde de mercure (précipité rouge) à la place du noir de fumée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de la racine de colombo dans certaines affections de l'estomac.

La racine de colombo en poudre fut reconnue très avantageuse contre certains vomissements qui ne sont pas sous la dépendance d'une inflammation aiguë de l'estomac, et des autres viscères abdominaux. Quand il existe une irritation spasmodique ou tout autre état nerveux, il est d'une grande utilité de l'associer avec l'opium. Dans les cas de rapports acides, qui souvent chez certaines personnes troublent et rendent pénibles les digestions, la magnésie calcinée peut être unie avec beaucoup d'avantage à cette racine. (*The medical Examiner.*)

Guérison spontanée d'une hydropisie de l'ovaire.

Le cas suivant est raconté par le docteur Hay d'Allena, en Prusse : Une femme âgée de quarante-huit ans, qui avait joui précédemment d'une santé parfaite, éprouvait depuis quelque temps un grand malaise dans l'hypogastre, lorsqu'enfin du côté droit de l'abdomen et immédiatement au-dessus de la branche horizontale du pubis, il se manifesta une vaste tumeur mobile parfois et distendant d'une manière inégale les parois de l'abdomen. Les symptômes qui l'accompagnaient étaient une douleur dans les cuisses et surtout dans la jambe droite ; il y avait de l'œdème dans ces membres, une dyspnée considérable, etc. Le médecin appelé à donner des soins à cette malade ayant diagnostiqué l'existence évidente d'une hydropisie organique, se décidait à pratiquer la paracentèse, lorsqu'une évacuation abondante de sérosité par le vagin eut lieu et continua pendant quatre jours, au bout duquel temps la tumeur et tout son cortége disparurent complètement.

On aurait dû dire, si cette affection avait eu quelque influence sur la suppression ou la diminution des menstrues, ce qui est très probable. (*The médical examiner*)

Manière de fabriquer du lait à l'instant.

Un chimiste russe a trouvé le moyen d'avoir du lait à l'instant même, et sans avoir besoin de recourir aux laitières. Il fait évaporer à petit feu du lait fraîchement tiré de la vache jusqu'à ce qu'il soit réduit à une poussière fine, qu'il renferme ensuite dans des vases bien bouchés. Quand il veut avoir une tasse de lait ou une quantité quelconque de ce liquide, il n'a qu'à mêler ou dissoudre cette poudre dans une quantité proportionnelle d'eau. Elle peut durer un espace de temps considérable. (*Lond. Lancet.*)

Demain mardi, 2 avril, à quatre heures, aura lieu le tirage au sort des sujets de thèse pour le concours de l'agrégation, section de médecine.

Monsieur et très honoré confrère,

L'ouvrage que j'ai annoncé sur *les médecins de Paris jugés par leurs œuvres*, et dont le spirituel Jean Raimond a bien voulu annoncer en termes obligeants la prochaine publication dans son dernier feuilleton, a mis en émoi les charlatans et les hommes à réputation équivoque. Habitués qu'ils sont à trouver boutique ouverte pour se faire louanger moyennant écus, ils s'étonnent de rencontrer un homme assez simple pour ne pas vendre sa conscience, et, dans leur dépit, se plaisent à dire à qui veut l'entendre, les uns que mon ouvrage ne sera qu'un pamphlet, les autres qu'il ne paraîtra pas. Sans attacher à ce travail plus d'importance qu'il ne mérite, je vous serais pourtant obligé de me permettre de me servir de la voie de votre excellent journal pour annoncer au grand nombre de personnes honorables, professeurs de l'Ecole, membres de l'Académie, médecins des hôpitaux, simples praticiens, qui m'ont encouragé dans mon projet en m'adressant les notes que j'ai réclamées de leur obligeance pour commettre le moins d'erreurs possible, que rien ne m'a fait et ne me fera dévier de la ligne que je me suis tracée et qui se résume en ces mots : Vérité partout où j'aurai pu la saisir, mais *vérité sans scandale et sans flatterie.*

Sans doute, quoi que je puisse faire, il m'arrivera de ne pas traiter comme ils le méritent, et peut-être, puisque j'adopte l'ordre alphabétique pour n'omettre personne, de désigner comme *inconnus* des confrères qui ont bien mérité de l'art ou de la science ; mais la faute en sera moins à moi qui ai très humblement sollicité les renseignements dont j'avais besoin, qu'à eux qui, bien qu'avertis qu'ils ne *s'engageaient en rien*, ont cru déroger en me répondant. Ils s'excuseraient mal en prétendant que je ne suis pas médecin, parce qu'ils doivent bien penser que le nom que j'ai pris n'est qu'un pseudonyme au moyen duquel je cherche à conserver ma liberté ; de même qu'ils doivent prévoir que si je n'avais pas quelque habitude d'écrire, je ne débuterais pas par la tâche que je viens de m'imposer et que je remplirai avec conscience.

Agréez, etc. SACHAILE (de la Barre),
Rue Saint-Thomas-du-Louvre, 24.

1er avril 1844.

L'établissement des eaux minérales hydro-sulfureuses des Camoins, auprès de Marseille, l'une des villes les plus importantes du royaume par son commerce, sa population, et son heureuse situation sur le littoral de la Méditerranée, va être ouvert du 1er au 15 avril prochain.

L'efficacité de ces eaux, connues avantageusement depuis fort longtemps, constatée par les guérisons nombreuses des maladies qui en nécessitent l'emploi, va donner lieu cette année à une affluence encore plus considérable de personnes, qui des diverses parties de la France, de l'Algérie, etc., s'y rendent tous les ans.

La beauté du climat, dont l'influence heureuse n'est point entravée par les changements brusques alternatifs de la température, qui est si souvent froide et humide, même en été, dans les départements qui sont situés plus au nord, et dont l'action est tout à fait contraire au succès que l'on veut obtenir ; la situation de ces eaux dans un vallon délicieux, au milieu des sites les plus pittoresques, au voisinage de Marseille, Toulon et Hyères, expliquent suffisamment cette affluence et la préférence accordée à l'Etablissement des eaux minérales des Camoins, qui offre, surtout par sa position géographique plus méridionale, toutes les conditions hygiéniques les plus favorables pour que leur emploi puisse être fait d'une manière fructueuse avant même l'époque où commence généralement la première saison des eaux minérales, et être continué, même encore avec des résultats satisfaisants, alors que la deuxième saison est terminée pour les établissements placés sous l'influence d'un climat froid et humide, et moins heureusement privilégié par la nature.

L'Histoire de la Compagnie de Jésus, dont M. Crétineau-Joly vient de nous donner le premier volume est écrite sur des documents authentiques et inédits. Les correspondances les plus intimes des Jésuites seront publiées. L'auteur a puisé chez les Protestants, chez les Jansénistes, dans les Universités et dans les Parlements. Cet ouvrage, qui embrasse les trois derniers siècles, les plus intéressants de l'histoire, et qui commence en 1540 pour finir en 1844, importe donc à tous ceux qui aiment la lumière et cherchent l'imprévu.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 4 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 40. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

La Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Des diverses espèces de rétention et d'incontinence d'urine, de leurs causes et de leur traitement. Leçon recueillie par M. DAMOISEAU, interne du service.

Revue du service.

Au n° 20 de la salle Saint-Louis, est couché un malade atteint d'incontinence d'urine. Cette affection, si importante à bien connaître dans la pratique, a été, en général, assez mal étudiée. Ce n'est pas que les praticiens expérimentés négligent, en pareil cas, la palpation et la percussion de l'hypogastre el même le toucher rectal, et méconnaissent la plénitude de la vessie que l'on rencontre si fréquemment.

Ce point important de diagnostic ne nous occupera pas aujourd'hui; je dois dire cependant qu'il donne lieu à plus d'erreurs et de fautes graves qu'on ne le croit généralement.

La question de chirurgie pratique sur laquelle je veux aujourd'hui appeler votre attention est celle-ci : un cas d'incontinence d'urine étant donné, quelle est la cause organique qui l'entretient? Des circonstances bien différentes peuvent se présenter; ou bien la vessie est distendue et le trop-plein s'écoule par regorgement, ou bien elle est revenue sur elle-même et racornie par suite d'une inflammation qui n'existe plus. Dans ce dernier cas, le palper et la percussion de l'hypogastre ne révèlent aucune tumeur dans cette région. Le toucher rectal fait découvrir une petite tumeur assez dure au delà de la prostate; la sonde entre à peine dans la vessie, et est immobile et comme emprisonnée dans ce réservoir, d'où elle ne fait sortir que fort peu d'urine. Ces cas sont faciles à reconnaître, et ne demandent qu'un traitement palliatif très léger.

Lorsqu'il y a paralysie, rétention et incontinence d'urine, on doit se demander si l'obstacle à l'excrétion de ce fluide vient d'un état inflammatoire ou nerveux du col vésical. La réponse à cette question est souvent difficile, et il y a, sous ce rapport, une véritable lacune en chirurgie.

Un malade a une rétention d'urine; la vessie est énormément distendue; les urines sortent par regorgement; la paralysie de la vessie est évidente; mais quelle cause reconnaît-elle? Y a-t-il extinction de l'action nerveuse médullaire, ou bien y a-t-il état nerveux ou inflammation du col vésical ou les deux à la fois? Il importe beaucoup de résoudre ces questions avant d'en venir au traitement; car si l'on attaquait la paralysie et qu'il y eût état inflammatoire ou nerveux du col, les urines ne reprendraient pas leur cours, quelque chose que l'on fit, dans cette direction.

Voulez-vous vous assurer si la paralysie est primitive et indépendante d'un état inflammatoire ou nerveux? Pratiquez au bras, pendant quelques jours, des saignées de 90 à 120 gram.; tous les soirs, prescrivez un lavement avec 15 centigram. de camphre dissous dans un jaune d'œuf. Les malades sont souvent guéris au bout de vingt-quatre heures; d'autres fois la guérison se fait attendre quinze ou vingt jours. Je guéris fréquemment la rétention d'urine en procédant de cette manière. Lorsque j'échoue, j'en conclus qu'il y a une véritable paralysie de l'action nerveuse de la vessie.

J'emploie le lavement dont je viens de parler avec le plus grand succès dans certains cas de gravelle. Les individus atteints de cette maladie rendent, en général, facilement la première moitié des urines contenues dans la vessie; ce n'est que vers la fin que ce réservoir, en se contractant, projette des graviers contre le col, et les malades urinent comme des vieillards, c'est-à-dire que les urines sortent avec lenteur et tachent leurs vêtements.

J'ai eu moi-même la gravelle pendant long-temps; une pierre dans la vessie en a été la conséquence. Cette pierre a été broyée. A la fin de l'opération, la vessie rétractée saisit avec tant de violence les instruments, que leur manche était maintenu dans une direction perpendiculaire à l'axe du tronc. Evidemment il n'y avait pas paralysie de vessie, et pourtant j'étais dans le cas que j'ai décrit plus haut; j'urinais à la façon des vieillards. Toutes les fois que j'éprouvais de la difficulté, je prenais un lavement avec 6 ou 8 gouttes de laudanum et 15 centigrammes de camphre dans un jaune d'œuf, et le lendemain je rendais avec la plus grande facilité une foule de graviers.

Je possède un nombre très considérable de faits de ce genre. Tous les malades que j'ai vus jusqu'ici employer ce moyen n'ont pas eu de récidive; ceux, au contraire, qui ne l'ont pas employé, en ont éprouvé fréquemment, comme c'est l'ordinaire. Ce résultat est facile à comprendre; le col irrité s'ouvre difficilement; les graviers sont retenus, et de là des récidives.

Il est des circonstances où il s'agit d'un spasme ou d'une irritation inflammatoire.

Dans l'état ordinaire, la sensibilité du col vésical est telle, qu'une certaine quantité d'urine s'accumule dans la vessie sans que le besoin d'uriner se fasse sentir. Si la sensibilité devient vive, la quantité d'urine qui pourra séjourner dans la vessie avant la naissance du besoin d'uriner, sera d'autant plus faible, et il arrivera un moment où les urines couleront goutte à goutte, et la vessie se rétractera par suite de l'absence de l'urine.

J'ai été chargé par l'administration des hôpitaux, de traiter, à l'hôpital La Rochefoucault, à Montrouge, une jeune fille affectée d'un léger catarrhe de vessie, et qui urinait quarante fois dans la journée et vingt fois dans la nuit. En six semaines elle a été guérie radicalement. Elle n'urine plus que quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures, ce qui est à peu près l'état normal chez la femme. Tous les six ou huit jours on augmente d'une goutte la dose de laudanum, et d'un centigramme la dose de camphre. Nous sommes allé, chez cette jeune fille, jusqu'à vingt gouttes de laudanum et deux décigrammes de camphre. Chose singulière, les bains lui étaient plus nuisibles qu'utiles.

— J'ai donné des soins à une jeune personne de province qui urinait une vingtaine de fois pendant la nuit. Le lit augmentait encore l'irritation de la vessie; elle était obligée de dormir sur un canapé. Cette infirmité l'empêchait d'aller dans le monde, et elle commençait à maigrir. Les mêmes indications se présentaient; j'ai fait la même médication et le succès a été presque complet. Il n'y avait pas de catarrhe vésical. La malade urine encore neuf fois par jour et deux fois par nuit. Ne pourrait-on pas expliquer cette fréquence par l'habitude que la malade avait contractée depuis tant de temps d'uriner très fréquemment?

Chez le malade de la salle Saint-Louis, à l'occasion duquel je suis entré dans ces développements, l'incontinence d'urine offre d'autres circonstances; la vessie ne se vide pas complètement. Nous nous en sommes assuré à l'aide de la sonde; elle a d'ailleurs résisté à la médication que nous venons d'indiquer: il n'y a donc pas d'irritation, il y a paralysie incomplète. Voici le traitement que nous dirigeons contre cette affection. Nous introduisons une sonde en gomme élastique dans la vessie; une goutte de teinture de cantharides est placée dans l'intérieur de cette sonde, on fait entrer ensuite un demi-verre d'eau tiède dans la vessie. Il vaut mieux mettre la goutte dans la sonde que de la mêler avec le demi-verre d'eau tiède, l'expérience l'a démontré; en voici, je crois, la raison: Dans le premier cas, le liquide qui arrive d'abord dans la vessie est vivement excitant, celui qui vient ensuite l'est beaucoup moins, et il empêche l'excitation de durer trop long-temps et de s'élever trop haut; tandis que dans le second, cette goutte de liquide, qui est mélangée avec la totalité de l'eau, n'est pas assez excitante parce qu'elle est trop délayée. N'oublions pas de rappeler qu'il est beaucoup de vieillards qui laissent, sans s'en douter, une assez grande quantité d'urine dans leur vessie fatiguée et affaiblie, même au moment où ils cessent d'u-

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS QUE PEUT PRODUIRE CHEZ L'HOMME LA PRÉSENCE DE VERS INTESTINAUX;

Par J.-T. MONDIÈDE, D.-M.-P

(Suite et fin du n° 38.)

Invagination. Celte cause d'invagination est à peine mentionnée, et nous devons dira qu'il n'est peut-être pas complétement démontré que les vers, soit disséminés, soit réunis en peloton, puissent réellement produire cette grave maladie. Parmi les écrivains modernes, nous n'en connaissons que deux qui admettent cette cause: le docteur Hospital, qui rapporte une observation fort curieuse, il est vrai, mais qui ne démontre pas suffisamment le point en question (Bulletin de thérapeutique, t. X, p. 291), et M. Grisolle qui, en discutant un cas d'invagination intestinale qu'il rapporte (Bulletin de la Société anatomique, 1825-36, t. Ier, p. 71), admet comme cause de cette affection la présence des vers lombricoïdes.

Parmi les auteurs anciens qui reconnaissent une invagination par cause vermineuse, nous citerons Peyer, Heister (Ephém., Not. cur., cent. 1 et 2, obs. 197, n° 31); Ruisch, qui l'a observée chez l'adulte (Thèse anat 4, n° 14), et Fabricius, Philippe Conrad (Dezeimeris, Dict. hist. de la méd., t. II, p. 260).

Leucorrhée. La présence des vers comme cause de leucorrhée n'a été indiquée que par quelques écrivains, bien que Zimmermann en eût déjà fait mention (Diss. de fluore albo, Goettingue, 1788). — C'est seulement d'après cet auteur qu'en parle M. Blatin dans son Traité sur le catarrhe utérin. (Paris, 1801, in-8°, p. 108.) — Léveillé dit avoir vu une jeune fille, âgée de six ans, être tourmentée d'un écoulement muqueux utérin qui cessa après l'expulsion d'un assez grand nombre de vers, et dans un rapport fait en 1813, à l'Athénée de médecine, sur les consultations données par ses commissaires, MM. Duval et Villeneuve disent qu'ils ont vu une petite fille de six ans, chez laquelle quelques ascarides, sortant de l'anus, s'introduisaient dans le vagin, et causaient une leucorrhée accidentelle et des démangeaisons extrêmement vives, accidents qui cessèrent par l'emploi des vermifuges appropriés, injectés dans les parties génitales. (Bibliothèque médicale, t. XLIV, p. 356.)

Un des symptômes présentés par la petite malade observée par MM. Duval et Villeneuve, à savoir: les démangeaisons dont elle se plaignait, me rappelle une dame à laquelle je donnais des soins, il y a quelques années, pour un prurit de la vulve produit par la même cause. Cette dame, âgée de soixante-dix ans, se plaignit à moi de vives démangeaisons qu'elle éprouvait surtout la nuit à la vulve et à l'anus. La malade se refusant à tout examen *de visu*, je crus avoir affaire à un simple prurit de la vulve et ordonnai les demi-bains émollients, les soins de propreté, les lotions avec les eaux alcalines, l'eau de goudron, mais tout à fait inutilement. Vaincue enfin par ses souffrances, cette dame se décida à me laisser examiner les parties, et je ne fus pas peu surpris de voir à la vulve et entre les grandes lèvres une vingtaine au moins de vers oxiures, qui me parurent être la véritable cause de tous les accidents. Je fis prendre immédiatement à la malade un lavement simple qui lui fit rendre des matières à la surface desquelles se trouvaient également une grande quantité de ces mêmes petits vers. Mon diagnostic ainsi établi, j'ordonnai des lotions fréquentes avec un infusé de semences de tanaisie et des lavements avec l'ail et l'absinthe bouillis. Ces moyens, qui m'avaient réussi plusieurs fois contre les vers vermiculaires, eurent encore ici un plein succès, et la malade, débarrassée de ces animaux, se trouva guérie du prurit de la vulve qui la tourmentait le jour et l'empêchait de reposer la nuit.

Onanisme. — L'espèce de vers dont nous venons de parler peut conduire à la masturbation. J'ai eu occasion de voir une jeune fille que des oxiures, en pénétrant dans le vagin, avaient portée à se livrer à l'onanisme. (Sèhlegal a observé le même effet. (Bibliothèque médicale, 1808, t. XIX, p. 134.)

Schorf et Baker rapportent chacun un cas où l'introduction de ces mêmes vers dans le vagin détermina une véritable nymphomanie chez des femmes âgées. (L'Herminier, Diss. sur le dragonneau et les vers intestinaux; thèse, Paris, 1816, n° 159, p. 29.)

Bréra (Affections vermineuses, p. 169) nous a laissé l'observation d'un individu qui, à l'âge de quarante ans, fut pris d'une érection qui ne céda ni aux rafraîchissants, ni aux antispasmodiques, pas même à l'acte vénérien: il n'avait ni fièvre, ni aucun autre symptôme de maladie, et il fut guéri par l'action des vermifuges, qui firent rendre plusieurs lombrics. Levacher de la Feuterie a observé un cas semblable. (Devest., Considérations sur quelques cas pathologiques. Thèse. Montpellier, 1831, n. 72, p. 7.)

Enfin, c'est ici le lieu de parler d'un autre effet de la présence des ascarides dans le rectum, savoir, les pollutions nocturnes. En voici un exemple:

Un jeune paysan tourmenté de pollutions nocturnes, qui très souvent se réitéraient, était plongé dans une extrême faiblesse et incapable de se livrer à aucun travail manuel. Différents symptômes, étrangers à la pollution, firent soupçonner au docteur Sainte-Marie que le mal pouvait tenir à la présence de vers ascarides dans l'intestin rectum. Il prescrivit au malade, tous les matins, une cuillerée à café de muriate de soude dans un verre d'eau, et tous les soirs un lavement avec la décoction d'absinthe. L'excrétion d'une grande quantité d'ascarides fut le résultat de ce traitement, et les pollutions cessèrent d'elles-même, probablement avec la cause qui les entretenait. (Dictionnaire en 60 volumes, t. XLIV, p. 135.)

Pneumatose du rectum. — Enfin pour terminer cette longue série de maladies plus ou moins graves que peut produire la présence des vers dans les intestins, il nous reste à parler d'un effet qui, à notre connaissance du moins, n'a été observé encore que par M. Baumès. (Traité des maladies venteuses. Paris, 1837, in-8°, p. 29.)

Ce médecin a connu une dame chez laquelle la présence des vers ascarides dans le rectum produisait souvent un développement de vents, qu'elle rendait aussitôt par l'anus; quoique rien n'indiquât d'ailleurs que d'autres vents existassent dans d'autres parties des voies gastriques.

Ici se termine la tâche que je m'étais imposée. Sans doute notre travail ne présente rien de neuf, rien surtout d'original; mais comme dans le commencement de ma pratique j'ai eu à regretter plusieurs fois d'avoir trop sacrifié à l'autorité des écrivains modernes, et d'avoir long-temps, trop confiant dans leurs ouvrages, refusé d'admettre comme cause de maladie la présence des vers dans le tube digestif, j'ai pensé que je pourrais soustraire à la même erreur quelque jeune confrère, en rassemblant, pour en former un mémoire, tout ce que de nombreuses lectures et mon expérience personnelle m'avaient fait connaître sur cette source de maladie très rare à Paris, mais certainement assez fréquente dans certaines localités de nos provinces. Puissé-je avoir atteint mon but!

NOUVELLES.

Un cours sur les maladies syphilitiques et autres des organes génitaux de la femme et des enfants nouveau-nés, est annoncé comme devant commencer le 15 avril à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital de Lourcine, et s'y continuera tous les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Nous félicitons les élèves qui seront admis aux leçons de M. Huguier, et nous invitons ceux, entre autres, qui sont à leur dernière année d'études médicales, à ne pas négliger de suivre une clinique nouvellement ouverte, qui a manqué à beaucoup de leurs prédécesseurs; clinique pleine d'enseignements, d'intérêt, et d'une utilité pratique incontestable.

— M. le professeur Bouillaud commencera son cours de clinique médicale le mercredi 10 avril à sept heures du matin. Les leçons à l'amphithéâtre auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. MM. les élèves seront exercés, les autres jours, à l'étude du diagnostic.

riner ; ils ont ainsi, sans s'en douter, une sorte de rétention d'urine fort dangereuse, parce que quand le réservoir urinaire ne se vide jamais ou presque jamais complétement, le catarrhe vésical arrive bientôt avec toutes ses conséquences fâcheuses, surtout à un âge avancé. Il faut recommander à ces vieillards, d'abord d'uriner souvent, afin qu'une certaine quantité d'urine ne fatigue pas trop le réservoir dans lequel elle est contenue ; il faut ensuite leur recommander de faire de nouveaux efforts de mixtion quelques instants après qu'ils ont déjà rendu leurs urines, et quand ils croient que leur vessie est entièrement vide ; la preuve que souvent il n'en est rien, c'est que souvent aussi la vessie, venant de se reposer un peu et reprenant de l'énergie, fait couler encore une assez grande quantité de liquide, et l'on évite les inconvénients graves que nous venons de signaler.

— Le malade du n° 23 de la salle Saint-Louis, porte à la jambe un ulcère des plus rebelles. Les tissus sous-jacents sont indurés ; la constitution du malade est mauvaise ; et tous les traitements ont échoué jusqu'ici. Depuis trois jours, je fais appliquer sur cet ulcère le mélange suivant :

Amidon,	5 parties.
Sulfate acide d'alumine,	1 partie.

Depuis cette application, il a pris un meilleur aspect ; ce matin il est d'un beau rouge, et présente des bourgeons charnus naissants.

Le sulfate acide d'alumine, employé seul par les anciens, avait des inconvénients graves qui l'ont fait abandonner à juste titre ; mélangé avec l'amidon, il ne présente que des avantages.

— Au n° 9 de la salle Saint-Augustin est couchée une malade, chez laquelle nous avons extirpé une tumeur du sein mardi dernier. Cette tumeur n'a pas été douloureuse pendant neuf mois ; elle était mobile, dure et inégale. Après ce temps, les douleurs lancinantes se sont manifestées ; nous l'avons enlevée et disséquée. Vous l'avez eue entre les mains. Jamais tumeur ne fut plus évidemment squirrheuse.

— Au n° 33 de la même salle, est couchée une malade qui porte une tumeur érectile dans l'épaisseur de la joue droite. Cette tumeur ne paraît guère plus grosse qu'une noix quand on la touche sans précaution ; mais si, l'index et le médius étant placés à l'intérieur de la bouche, on a soin de promener légèrement le pouce à la circonférence de la tumeur, on lui reconnaît un volume beaucoup plus considérable, et on la sent jusqu'à la base de l'orbite. On ne doit donc jamais oublier de toucher mollement les tumeurs érectiles non dégénérées à leur circonférence, quand on veut connaître leurs véritables limites ; car la compression, même peu forte, les efface, et ne permet pas de bien constater leur étendue. J'insiste sur ce signe diagnostique, qui paraît avoir échappé aux praticiens.

— La malade du n° 21, que nous avons opérée d'un polype, il y a aujourd'hui douze jours, a éprouvé quelques légers accidents dont nous nous sommes promptement rendu maître. Un suintement sanguin a eu lieu quelques jours après l'opération. On sait que ces écoulements de sang congestionnent l'utérus. Nous prescrivîmes donc au bras une saignée dérivative de 90 grammes ; le lendemain, l'écoulement sanguin avait disparu. Plus tard, des douleurs assez vives se manifestèrent dans le ventre, et nous firent craindre une métrite. Une nouvelle saignée de 90 grammes, des cataplasmes émollients, un quart de lavement laudanisé en ont fait justice, et la malade est dans un état très satisfaisant.

— Nous allons essayer aujourd'hui de pratiquer la résection du col de l'utérus à la malade du n° 7. L'utérus tient en place, si j'en juge par la difficulté que j'ai à le soulever. Les efforts légers que j'ai faits pour l'abaisser avec les doigts n'ont eu aucun résultat ; il m'a paru immobile. Ces signes sont-ils caractéristiques de l'immobilité absolue de la matrice ? Non, sans doute ; mais les cas où ils existent avec la mobilité sont exceptionnels. Il serait donc très possible que nous ne pussions pas abaisser et, si nous parvenons à abaisser, il se pourrait encore que nous trouvassions les limites du cancer plus étendues que nous ne le pensons, et qu'ainsi, pour cette raison, nous ne pussions pas opérer. Au reste, l'abaissement du col avec les érignes ne présente aucun danger ; nous l'avons fait un très grand nombre de fois sans donner lieu à aucun accident sérieux. Quand nous ne pouvons opérer, l'humanité nous commande de dire aux malades qu'elles ont été opérées. C'est une chose bien remarquable de voir ces femmes ne souffrir plus, se croire guéries pendant trois ou quatre mois, et souvent reprendre des couleurs et les apparences de la santé. Des cas de ce genre ont été observés maintes fois ici publiquement.

Lorsque nous opérons, si nous ne pouvons pas tout enlever avec l'instrument tranchant, nous avons recours au fer rouge.

La malade dont nous venons de parler n'a donc pas été opérée. Je dois ajouter ici que les tentatives d'abaissement du col ont été faites il y a près d'un mois, et que la malade jouit de tous les bénéfices que nous venons d'indiquer.

MALADIES DES YEUX. — M. SICHEL.

Ossifications ou mieux *pétrifications des diverses parties de l'œil ;* par le docteur DEBOUT.

Les cas d'ossification de l'une des parties constituantes de l'œil, sont assez rares pour qu'on enregistre avec soin ceux qui se présentent, afin d'arriver plus tard à poser quelques-unes des lois générales qui président à ces transformations morbides. Quelle est leur nature d'abord, et les recherches pathologiques modernes sur les productions analogues affectant les autres points de l'organisme ne permettent-elles pas déjà de préjuger que ce genre d'altération, regardé par les anciens comme des ossifications franches, de véritables transformations osseuses, ne sont au contraire que des dépôts de matière crétacée dans le tissu des membranes, des incrustations calcaires auxquelles on doive appliquer le nom de pétrification de préférence à celui d'ossification ? C'est un point de doctrine que l'observation suivante, que nous avons recueillie à la clinique de M. Sichel, va nous donner l'occasion de discuter.

Cataracte traumatique gauche tombée dans la chambre antérieure, extraite avant la cessation d'une ophthalmie très rebelle. Pétrification du cristallin. Amaurose ancienne. Commencement de pétrification du fond de l'œil visible après l'extraction du cristallin.

C...., journalier, âgé de quarante-deux ans, reçut, il y a environ huit ans, un coup sur l'œil gauche, après lequel, dit-il, la vue s'est affaiblie progressivement dans cet organe. La cause de la cataracte qui survint doit être recherchée dans la commotion du cristallin, qui, probablement déchatonné en partie par la violence du coup, perdit peu à peu sa transparence. Quant à la pathogénie du dépôt calcaire dans la capsule, nous y reviendrons tout à l'heure.

Dans le commencement du mois de décembre dernier, C... travaillant comme terrassier, la tête baissée, sentit le soir une douleur dans l'œil gauche ; cette douleur, augmentant tous les jours, le força à réclamer les secours de l'art.

Le 4 janvier, cet homme se présenta à la consultation. Voici ce que nous observâmes : l'ophthalmie était due à la présence du cristallin dans la chambre antérieure, comme nous le démontrerons en parlant des particularités pathologiques que présente sa capsule. Ce corps avait fait la culbute en traversant l'ouverture pupillaire, de sorte que sa face postérieure touche à la cornée, tandis que l'antérieure presse l'iris en arrière. En regardant l'œil de haut en bas, on aperçoit, proéminant dans la chambre postérieure, une végétation très sensible de la capsule. Le cristallin, assez volumineux, est opaque et d'un jaune sale comme la capsule, son diamètre antéro-postérieur est plus développé que d'ordinaire. La conjonctive et la sclérotique présentent une assez forte injection accompagnée de photophobie et d'un larmoiement assez intense. L'injection de la sclérotique se prolonge sensiblement sur la partie inférieure de la cornée, sur laquelle repose le bord correspondant du cristallin. L'œil est douloureux, sensible à la pression et ne perçoit point la lumière. Le malade fut reçu immédiatement et un traitement antiphlogistique énergique fut commencé le jour même, afin de pouvoir procéder le plus tôt possible à l'extraction du cristallin, cause de l'inflammation. La saignée, les ventouses scarifiées, secondées par des frictions mercurielles laudanisées, des bains de pieds irritants et même des purgatifs salins répétés tous les quatre jours, n'avaient amené vers la fin de la seconde semaine de ce traitement aucune amélioration.

Il était évident que l'extraction seule du cristallin pourrait atténuer les accidents inflammatoires que cet œil présentait ; aussi le 23, bien que l'injection fût toujours aussi intense, on pratiqua l'opération. La section de la cornée est faite plus petite que d'ordinaire et le couteau pénètre difficilement dans le cristallin, qui fuit devant la pointe de l'instrument (les cristallins de cette couleur jaune-sale étant généralement durs et racornis, on avait même, dans la crainte que la pointe du kératôme, émoussée pendant l'opération, ne pût la terminer, préparé d'avance un second couteau pour faire la contre-ponction). A peine le cristallin fut-il entamé, qu'une quantité considérable d'un liquide jaune et épais s'échappa de l'intérieur de la capsule, chassé par les contractions très fortes des muscles oculaires. A l'aide d'une érigne à pupille artificielle introduite dans la chambre postérieure, la cataracte fut extraite en masse ; il resta seulement dans la chambre antérieure un peu de sang et la matière jaunâtre sortie de la cavité capsulaire. Comme la curette n'en put rien saisir, ces débris furent abandonnés ; on avait hâte d'ailleurs de terminer l'opération ; le malade avait beaucoup souffert et, malgré sa bonne volonté, l'œil avait été très mobile.

Une heure après, il fut procédé au pansement. Le lambeau s'appliqua parfaitement, et les paupières furent fermées et maintenues à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre. On fit prendre immédiatement au malade six gouttes de laudanum ; dose qui fut répétée le soir même ; des fomentations froides eurent lieu pendant vingt-quatre heures ; aussitôt cessées, on pratiqua une saignée de quatre palettes. Rien de notable n'advint d'abord ; seulement, au huitième jour, lorsqu'on leva l'appareil, les membranes externes étaient un peu injectées ; puis l'inflammation augmenta assez rapidement pour qu'il fut indispensable de recourir à un traitement antiphlogistique énergique pour s'en rendre maître. Lorsque cette ophthalmie eut cédé, l'œil présentait l'état suivant : La cornée assez transparente, mais marquée à sa face postérieure par de petites taches irrégulières rouges et blanches, formées par du sang et des débris du contenu de la capsule. La pupille, quoiqu'un peu étroite, permet de voir très distinctement au fond de l'œil une concavité jaune-pâle, opaque et assez lisse, ressemblant beaucoup plus, vu la grande distance de l'iris à laquelle elle est située, à une incrustation calcaire de la rétine, ou mieux de la membrane de Jacob sous-jacente, qu'à une pétrification commençante du corps vitrée.

Le 8 février, le malade, menacé de perdre la place qu'il occupe à l'administration de l'éclairage au gaz, insiste pour avoir sa sortie, qui lui est accordée, quoique les membranes externes s'injectent toujours facilement.

Le 13, C. revint chercher un certificat ; son œil présentait exactement le même état, sauf que l'injection avait diminué.

La cataracte extraite n'est plus qu'une coque vide formée par la capsule incrustée. Sa face antérieure, légèrement bosselée dans le reste de son étendue, présente une végétation arrondie élevée de 1 millim. et d'environ. 4 millim. de diamètre. La circonférence de cette végétation forme un bourrelet assez épais dû à un dépôt plus considérable de matière calcaire. Du reste, c'est une circonstance à noter en passant ; car, dans toutes leurs observations, les auteurs font mention de la rugosité plus grande du segment antérieur de la capsule, et Wenzel et Morgagni nous ont conservé des cas de pétrification de la capsule antérieure seule. Un détail anatomique qu'il ne faut pas oublier, puisqu'il explique à notre sens cette incrustation plus épaisse du segment antérieur de la capsule, c'est que ce segment a deux fois plus d'épaisseur que le postérieur. La face postérieure de la capsule, chez notre sujet, présentait également la même altération qui lui donne l'aspect blanchâtre, seulement vers sa circonférence on voit quelques parties encore fibro-séreuses et semi-transparentes ; car la matière calcaire étant déposée dans la trame du tissu, les éléments constitutifs de ce dernier disparaissent en proportion du dépôt crétacé. Pour la partie centrale de ce segment postérieur, nous ne pouvons trop rien affirmer, car elle a été détruite par le couteau à cataracte et la pression ; seulement, comme le cristallin en pénétrant dans la chambre antérieure s'est renversé, c'était cette face qu'on apercevait à travers la cornée transparente ; or, comme nous l'avons noté au commencement de notre observation, elle n'offrait aucune aspérité. C'est à ces circonstances de renversement du cristallin et d'incrustation moins épaisse du segment postérieur de la capsule, qu'on a dû de pouvoir terminer l'opération avec le même instrument.

L'intérieur de la capsule est vide, puisque le liquide qu'elle contenait s'est échappé dès qu'elle fut entamée par le couteau à cataracte ; cependant ses parois offrent encore un peu de substance gélatineuse produite par la dégénérescence du cristallin. Dans tous les cas de pétrification de la capsule, on a toujours trouvé le cristallin fortement altéré ; le plus souvent il se convertit en une substance pulpeuse qui se liquéfie totalement, comme chez notre sujet, pour disparaître ensuite, comme dans les deux cas rapportés par Pellier, ou la matière gélatineuse se concrète, et l'on trouve dans l'intérieur de la coque calcaire un petit corps desséché, blanchâtre, reste du cristallin altéré. Quant aux cas plus rares dans lesquels le cristallin placé dans ces mêmes conditions s'est combiné avec la matière calcaire et s'est pétrifié couche par couche, nous montrerons prochainement, en fournissant des exemples à l'appui, que cette modification arrive seulement lorsque la désorganisation de l'œil est plus profonde, comme dans les ophthalmies intenses et de longues durée suivies de fonte purulente et d'atrophie du globe oculaire.

Arrivons maintenant à la question de pétrification. Pour légitimer cette étiologie différente, nous pourrions nous appuyer tout d'abord sur les recherches des pathologistes, qui démontrent qu'à l'exception des cartilages, aucun tissu ne peut subir la transformation osseuse ; mais ce genre d'altération de la capsule dont nous venons de fournir un exemple, peut se spécifier d'une manière plus directe : observée au microscope, elle se caractérise d'une façon bien nette et bien tranchée. En effet, soumise à un grossissement même de quatre cent fois, l'incrustation ne présente qu'un magma amorphe, sans canalicules entrecroisés, ni corpuscules, ni cellules d'aucune espèce qu'on rencontre toujours dans le tissu osseux, même lorsqu'on examine celui qui survient accidentellement dans les cartilages. Ainsi, les exemples relatés par les auteurs comme ossification du cristallin, doivent être rangés parmi les altérations de la capsule sous le titre de pétrification.

Une circonstance qu'il ne faut pas oublier dans l'observation que nous venons de rapporter, est le commencement de pétrification des membranes internes. Cette complication, à elle seule, nous porte à ranger l'affection de C. parmi les cas cités par les auteurs comme exemples d'ossification de l'œil, tout en l'offrant comme un début de ce genre de désorganisation. La persistance de l'injection des membranes externes et la facilité avec laquelle elle se reproduit, malgré l'énergie des traitements antiphlogistiques qui furent employés, dénote une altération profonde, qui dans un temps plus ou moins éloigné doit amener l'atrophie de l'œil. Ce pronostic se trouve confirmé par l'état de ramollissement que présente cet organe, et surtout par le commencement de dépôt calcaire qu'on rencontre seulement sur les yeux atrophiés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 avril 1844. — Présidence de M. FERRUS.

M. Blandin et *M. Roux* demandent quelques rectifications au procès-verbal, elles sont ajournées vu l'absence de M. Cruveilhier.

— *M. le président* annonce la mort de M. Sivi, membre correspondant à Grenoble.

— *M. Henri* lit un rapport officiel sur les eaux d'Evaux (Creuse). Les conversations particulières et la faiblesse de la voix de l'orateur nous empêchent de saisir les conclusions de ce rapport.

M. Caventou. Un fait m'a frappé dans le rapport que je viens d'entendre, c'est la présence de principes iodiques dans les conferves qui croissent dans les piscines d'Evaux, et l'absence de ces mêmes principes dans l'eau où vivent ces conferves. Il est vrai que l'analyse en a soupçonné la présence, mais elle n'a indiqué rien de positif à cet égard. Indépendamment des principes minéralisateurs, M. Henri a trouvé une substance organique azotée. Je lui demanderai si les analyses ont été bien rigoureuses à ce sujet et si ce principe azoté contient de l'iode.

M. Henri. Les analyses ont été faites avec toute la rigueur possible. Je crois, en effet, que le principe iodique existe dans cette matière organique.

M. Desportes regrette que le rapporteur n'ait pas dit d'où venaient les eaux et quel terrain elles traversent.

M. Chevallier. C'est impossible, la question est insoluble ; les eaux d'Evaux, qui ont une température élevée, doivent provenir d'une profondeur considérable ; que l'on en juge par la température relativement peu élevée des eaux du puits de Grenelle. Evidemment on n'a aucun moyen d'arriver à la connaissance des terrains traversés par les eaux. J'ajoute que c'est fort heureux, car les tentatives que l'on pour-

rait exécuter à cet égard ne manqueraient pas de faire perdre les sources.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Cornac* demande la parole pour une proposition. Après quelques difficultés réglementaires exposées par M. le président, l'honorable membre est admis à s'expliquer.

Il rappelle d'abord un article du règlement, qui veut que les bustes des membres décédés ne soient admis dans la salle des séances que cinq ans après la mort. Il rappelle ensuite que deux des plus illustres membres de la compagnie, Dupuytren et Broussais, sont morts depuis plus de cinq ans, et il demande que leurs bustes soient placés dans l'enceinte de l'Académie. Pareille demande avait été faite pour le buste de Corvisart par M. Bourdois de La Mothe, et pour celui de Laënnec par M. Husson; il n'a pas été donné suite à cette demande. Il termine en demandant que le Conseil d'administration avise à remplir ce pieux devoir envers les illustres collègues qu'il vient de désigner.

Cette proposition est adoptée.

— *M. Mélier* lit un travail intitulé : Quelques remarques sur les statistiques. Proposition à ce sujet.

Depuis quelque temps, depuis que l'utilité des statistiques a été généralement admise, et que l'on a bien compris les services qu'elles peuvent rendre, le gouvernement consacre des sommes considérables à recueillir des documents sur toute sorte de questions. On fait des statistiques au ministère de l'intérieur, au ministère de l'agriculture et du commerce, au ministère de la justice, etc.; on en fait partout. C'est maintenant une partie importante du travail des bureaux, et qui occupe un grand nombre de plumes. On lit dans un Rapport au roi, placé en tête de ces statistiques, celle de l'agriculture, qu'en comptant les maires et les différents employés qui ont pris part à sa confection, le nombre des collaborateurs s'élève, pour cette seule statistique, à plus de 100 mille personnes.

Parmi ces statistiques, s'il en est plusieurs qui, purement administratives, industrielles, commerciales, n'ont rien de commun avec la médecine, il en est un certain nombre qui l'intéressent essentiellement et desquelles elle peut attendre de précieux renseignements sur une foule de questions, ou, pour mieux dire, sans lesquelles beaucoup de questions de l'ordre le plus élevé ne sauraient être résolues d'une manière satisfaisante. Elles appellent conséquemment toute notre attention.

Ces vastes recueils, formés si laborieusement et à si grands frais, pourraient être d'autant plus utiles à la science, qu'ils remplissent mieux que tous ceux qui les ont précédés les conditions hors desquelles il ne saurait y avoir de bonnes statistiques; ils s'étendent à la France entière, embrassent de longues périodes, et portent sur des masses considérables de faits.

C'est donc entrer dans les vues de l'administration et lui rendre service, que de signaler celles de ces statistiques qui pourraient être défectueuses. Les remarques consignées dans notre rapport sont relatives à une omission faite dans l'une d'elles, omission tellement grave qu'elle suffirait à elle seule pour entacher de nullité les tableaux où elle existe; il est certain du moins qu'elle leur ôte une grande partie de leur valeur, et ne permet guère d'en tirer parti.

Il s'agissait, l'Académie voudra bien se le rappeler, de l'hérédité et de son influence dans la production des maladies nerveuses, influence si grande, de l'aveu presque unanime des médecins, non-seulement dans ces maladies en particulier, mais dans toutes en général, qu'il n'est peut-être pas de cause dont il soit plus essentiel de tenir compte. En traitant cette grave et difficile question de l'hérédité, les auteurs dont nous analysions les travaux, avaient eu à l'examiner particulièrement en ce qui regarde l'aliénation, et chacun faisant usage des chiffres qu'il avait pu rassembler, soit en puisant dans les ouvrages publics, soit d'après sa propre expérience, s'était appliqué à rechercher la proportion des cas héréditaires. On sait que cette proportion varie singulièrement selon les auteurs : pour les uns, elle ne serait que d'un huitième; pour d'autres, elle irait jusqu'à la moitié. Mais si l'on diffère quant au chiffre, on est d'accord sur le fait essentiel, à savoir, que, de toutes les causes de l'aliénation, l'hérédité est la plus puissante comme elle est la plus fâcheuse, et que, dès lors, c'est une de celles qu'il importe le plus de signaler et de bien approfondir.

Pendant que nous étions occupés de l'examen des mémoires envoyés au concours, et que nous cherchions nous-mêmes à nous éclairer sur la question, parut un nouveau volume de la statistique générale de la France. Ce volume, un de ceux qui touchent le plus directement à la médecine, a pour objet les établissements et institutions de bienfaisance. Parmi beaucoup d'autres documents précieux, il contient un état général des aliénés pour tout le royaume, classés d'après les causes connues ou présumées de la maladie. Impossible de ne pas s'attendre à y trouver des renseignements sur l'hérédité. Par une omission singulière et véritablement inexplicable, l'hérédité n'y a pas même été mentionnée. Toutes les autres causes, même les plus rares ou les plus douteuses, rangées sous les deux grandes divisions, de causes physiques et de causes morales, ont été notées avec soin et détail, et celle-là précisément qui est la plus fréquente et la plus grave, celle qui avant toute autre doit appeler l'attention, se trouve entièrement négligée.

« En voyant une pareille lacune dans un si beau travail, destiné à » être souvent cité, et qui a déjà eu du retentissement, on ne peut » s'empêcher de regretter, disions-nous dans notre rapport, que l'Aca- » démie ne soit pas consultée quand il s'agit de rassembler les élé- » ments et de disposer les tableaux des statistiques qui intéressent la » médecine. Il entrerait ce semble dans ses attributions d'éclairer l'ad- » ministration sur la manière de dresser ces statistiques et d'en coor- » donner les matériaux, » et je me demandais : « Si l'Académie ne » pourrait pas, dans l'intérêt de la science, adresser au ministre des » observations à ce sujet. »

Ainsi que je l'ai dit en commençant, cette question, bien que favorablement accueillie par l'Académie au moment où nous l'avons soulevée, ne pouvait recevoir aucune solution. Je viens la renouveler aujourd'hui; et tout en regrettant qu'elle ne soit pas proposée par une voix ayant plus d'autorité que la mienne, j'appelle sur elle toute l'attention de l'Académie.

Il s'agirait donc, si l'Académie le juge convenable, et croit pouvoir le faire, en premier lieu, de signaler au ministre, comme défectueux et incomplets, les tableaux de la statistique générale de la France relatifs aux causes de l'aliénation; la cause réellement puissante, et pour ainsi dire fatale de cette maladie, celle qui joue le plus grand rôle dans sa production y ayant été complétement passée sous silence. On pourrait ajouter avec vérité que l'indication des autres causes, telle qu'elle a été adoptée dans ces tableaux, laisse beaucoup à désirer; qu'elle comporterait une classification plus régulière et plus vraie, et qu'il y aurait lieu à la refaire complétement.

Il s'agirait, en second lieu, de faire en sorte qu'à l'avenir, l'Académie de médecine, instituée pour s'occuper de tout ce qui peut intéresser la santé publique et contribuer aux progrès de la science, fût consultée sur les statistiques qui ont trait à la médecine et à l'hygiène publiques, sur la meilleure forme à donner à ces statistiques et aux tableaux dont elles se composent, sur les renseignements à y introduire, sur leur classification, etc.

Cette demande étant généralement appuyée, est renvoyée au conseil d'administration.

— *M. Baillarger* présente à l'Académie un atlas contenant trente-huit tableaux statistiques sur l'hérédité de la folie.

Ces tableaux résument 600 observations de maladies mentales héréditaires. L'auteur s'est surtout proposé la solution des trois questions suivantes :

Première question. La folie de la mère, toutes choses égales d'ailleurs, est-elle plus fréquemment héréditaire que celle du père ?

Sur 453 aliénés atteints de folie héréditaire en ligne directe, la maladie avait été transmise :

Par la mère, 271 fois.
Par le père, 182
La différence est de 89, ou d'un tiers environ.

La folie de la mère est donc plus fréquemment héréditaire que celle du père dans la proportion d'un tiers.

Deuxième question. Dans les cas de folie héréditaire, la maladie de la mère se transmet-elle à un plus grand nombre d'enfants que celle du père ?

Sur 271 familles dans lesquelles la folie avait été transmise par la mère, la maladie, à l'époque où les observations ont été recueillies, s'était manifestée :

Chez un seul enfant,	203
Chez deux enfants,	62
Chez trois enfants,	5
Chez quatre enfants,	1
Total	271

Total des enfants aliénés, 346.

La folie de la mère avait donc été transmise à plusieurs enfants 70 fois sur 271, c'est-à-dire, dans plus d'un quart des cas.

Quant à la folie transmise par le père, M. Baillarger a trouvé que sur 182 familles dans lesquelles la folie venait du père, la maladie, à l'époque où les observations ont été recueillies, avaient atteint :

Un seul enfant,	152 fois.
Deux enfants,	26
Trois enfants,	4
Total,	182

Total des enfants aliénés, 216.

La folie du père a donc été transmise à plusieurs enfants 30 fois sur 182, c'est-à-dire dans 1/6 des cas.

Ainsi la folie de la mère, en même temps qu'elle est plus fréquemment héréditaire que celle du père, paraît aussi, toutes choses égales d'ailleurs, atteindre un plus grand nombre d'enfants.

Troisième question. La folie se transmet-elle plus souvent de la mère aux filles, et du père aux garçons ?

Sur 346 enfants qui avaient hérité de la maladie de la mère, M. Baillarger a trouvé,

	197 filles,
et	149 garçons.
Total,	346

La différence est de 48, ou d'un quart.

Sur 215 enfants auxquels la maladie avait été transmise par le père, il y avait,

	128 garçons,
	87 filles.
Total,	215

La différence est de 41, ou d'un tiers.

La folie de la mère se transmet donc plus souvent aux filles qu'aux garçons, dans la proportion d'un quart; la folie du père, au contraire, plus souvent aux garçons qu'aux filles, dans la proportion d'un tiers.

En comparant les résultats que vient d'énoncer M. Baillarger, on aperçoit bien vite deux autres rapports qui paraissent avoir un certain intérêt.

On trouve, en effet, que sur 271 garçons,

146 tenaient la folie de leur mère;
125 de leur père.

La différence est à peine d'un sixième. Pour les filles, au contraire, cette différence est beaucoup plus tranchée, et c'est de tous les résultats qui précèdent, celui qui a le plus d'importance.

Sur 274 filles aliénées,

189 tenaient la folie de leur mère,
85 seulement de leur père.

La différence est de 104, c'est-à-dire de plus de la moitié. D'où cette conclusion :

Que les garçons tiennent à peu près aussi souvent la folie de leur père ou de leur mère; mais que les filles, au contraire, héritent au moins deux fois plus souvent la folie de la mère que celle du père.

En faisant l'application de ces résultats au pronostic à porter sur les enfants nés de parents aliénés, on arrive aux conclusions suivantes :

1° La folie de la mère, sous le rapport de l'hérédité, est plus grave que celle du père, non-seulement parce qu'elle est plus fréquemment héréditaire, mais encore parce qu'elle se transmet à un plus grand nombre d'enfants.

2° La transmission de la folie de la mère est plus à craindre pour les filles que pour les garçons; celle du père, au contraire, est plus à craindre pour les garçons que pour les filles.

3° La transmission de la folie de la mère n'est guère plus à craindre pour les garçons que celle du père; elle est, au contraire, deux fois plus à redouter pour les filles.

— *M. Malgaigne* lit un mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie, et spécialement de la myotomie rachidienne dans le traitement des déviations latérales de l'épine.

Ce sujet est important et soumis encore à de vives controverses. La difficulté de produire des faits a été surtout la cause du vague et du litigieux qui entoure la question. Il faut rendre grâce d'abord au conseil des hôpitaux pour avoir institué un service public consacré au traitement de ces difformités, et se féliciter ensuite que le médecin chargé de ce service, en publiant ses résultats, ait donné à tous le droit de les vérifier.

M. Malgaigne rappelle ici l'état de la question; il fait voir que M. Guérin, en 1837, alors qu'il n'appliquait pas encore la myotomie, annonçait que les déviations du premier degré guérissent presque toujours complétement, et que presque toutes les déviations du deuxième degré sont complétement curables. Cette opinion, M. Guérin la modifia singulièrement deux ans plus tard, la myotomie étant trouvée, car, disait-il, toutes les personnes qui se sont livrées à cette branche de l'art de guérir savent combien les résultats étaient longs et difficiles à obtenir, et combien peu ces résultats étaient complets. L'opération nouvelle promettait de changer complétement cet état des choses. Nous n'avons pas eu jusqu'à présent satisfaction complète à cet égard; les faits sont restés inédits, mais les résultats de quatre années de pratique ont été formulés par des chiffres qu'il convient de rappeler.

Du 1er août 1839 au 1er juillet 1843, il y avait eu de traitées à l'hôpital des Enfants, soit dans le service, soit à la consultation, 57 déviations de l'épine : on ne parle, bien entendu, que des traitements complets.

Sur ces 57 cas, on comptait :

24 guérisons complètes,
28 améliorations,
4 cas sans amélioration,
1 mort.

M. Malgaigne indique ici toutes les difficultés qu'il a eu à surmonter pour arriver à la connaissance du résultat définitif, et les éliminations qu'il a faites sur le chiffre total. Il lui est resté définitivement une masse de 24 malades qui ont été visités, interrogés, examinés, ou sur lesquels il a eu des renseignements authentiques. Il ajoute qu'avant de venir en présenter l'histoire à l'Académie, des circonstances sur lesquelles il lui serait pénible d'insister lui ont fait désirer de la soumettre à une première vérification, et qu'une commission spéciale, nommée par la Société de chirurgie, a déjà constaté la réalité des résultats qu'il expose.

Tous ces sujets ont séjourné à l'hôpital de deux à trois mois au moins; de neuf à onze mois au plus. Cela n'exprime pas la durée du traitement, qui a été le plus souvent continué à domicile. Vingt malades au moins ont été soumis à la section des muscles; 11 n'ont subi qu'une ou deux sections; 9 en ont eu depuis trois jusqu'à neuf.

Que si maintenant l'on veut savoir le résultat définitif, il sera bien loin des proportions favorables indiquées dans le relevé. Il n'y a pas une seule guérison complète.

M. Malgaigne entre ici dans de grands détails sur les faits, qu'il divise en quatre catégories selon le degré d'amélioration qu'ont éprouvé les malades. Il insiste surtout sur ceux de la première catégorie, qui représentent les améliorations persistantes.

Première malade. Elle était bossue et avait la tête fortement penchée à gauche. Aujourd'hui la tête est à peu près dans la ligne verticale; mais la malade est beaucoup plus bossue qu'auparavant.

Deuxième malade. Cas analogue au précédent; seulement l'inclinaison n'a été qu'à demi corrigée, mais aussi la gibbosité n'a que médiocrement augmenté.

Troisième malade. Encore un cas du même genre. L'inclinaison ici a été corrigée; la gibbosité est restée la même; mais depuis la sortie de l'hôpital il est survenu une claudication considérable qui n'existait pas auparavant.

Quatrième malade. Ici, c'est la déviation qui paraît avoir été un peu redressée, et la malade et sa mère s'applaudissent beaucoup du résultat. Cependant la jeune fille garde une gibbosité extrêmement marquée, et c'est une de celles sur lesquelles la myotomie a laissé les résultats les plus graves.

Dans une autre partie de son mémoire, M. Malgaigne fait un examen général de la myotomie rachidienne sous le rapport des indications et des résultats. Quant aux indications, il les recherche dans les causes, dans le mode de développement et dans les caractères de la déviation. Sur les causes, il cherche à démontrer qu'il serait peu sûr de rechercher là des indications positives pour la myotomie rachidienne, d'autant plus que là où par la nature de la cause elle semblait le mieux indiquée, elle a précisément le plus mal réussi. Le mode de développement ne lui a rien appris de plus à cet égard. Quant aux caractères de la difformité, comme conséquence inévitable de l'examen auquel il s'est livré, il est réduit à se demander si jamais on a vraiment eu à couper un seul muscle rétracté dans les gouttières vertébrales, ou si cette myotomie rachidienne, triste produit d'une théorie imaginaire, n'est pas une opération adressée à tout hasard à des obstacles imaginaires.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans les considérations qu'il présente pour prouver, ou du moins pour douter fortement que les trente-deux malades non retrouvés puissent représenter les vingt-quatre guérisons annoncées. Sur les conséquences réelles de la myotomie qu'il réduit à peu de chose quant au traitement, et qui ont été souvent suivies d'accidents graves; quel que soit le jugement que l'on porte à cet égard, dit-il en terminant, il reste toujours une considération supérieure fondée sur l'expérience universelle, et bien propre à éclairer la détermination des praticiens.

La plus grande difficulté en orthopédie n'est pas encore de redresser la colonne, elle consiste surtout à lui donner la solidité qui lui manque, en renforçant et ses ligaments et ses muscles; et la faiblesse de ces deux ordres d'organes est tellement marquée, tellement constante, elle est une source d'indications si importantes dans les déviations latérales de l'épine, qu'il n'hésite pas, pour sa part, à lui attribuer une très large part dans l'étiologie. Il y a près de six années qu'ayant à juger entre les diverses méthodes orthopédiques, il condamnait sans réserve les appareils à extension comme ne pouvant qu'affaiblir encore les ligaments et les muscles de la colonne. La myotomie rachidienne n'était pas alors inventée; mais, d'après les principes, elle aurait pu être jugée d'avance. C'est un assez mauvais moyen, en effet, pour donner aux muscles plus de force que de commencer par les couper; ce que l'expérience ancienne permettait de présumer à cet égard, a été pleinement confirmé par une expérience plus récente; et ce qui donnera quelque poids peut-être à la conclusion à tirer de tout ce travail, c'est qu'elle se trouve ainsi en accord avec les principes et les faits.

Le bureau propose, pour rendre compte de ce travail, MM. Amussat, Louis et Jobert.

M. J. Guérin. Je demande la parole pour un fait personnel.

M. le président hésite et semble consulter le bureau. L'heure est très avancée, dit-il, vous pourriez renvoyer ce que vous avez à dire à la séance prochaine.

M. Guérin. Non, il m'importe de répondre dès à présent à ce qu'il y a eu de personnel dans la lecture qui vient d'être faite. J'invoque l'article formel du règlement qui m'autorise à prendre la parole pour un fait personnel.

M. le président. Je ne conteste pas ce droit; vous avez la parole.

M. Guérin commence la lecture d'une réponse écrite; mais il est bientôt interrompu par M. Nacquart et par M. Husson, qui invoquent l'exécution du règlement.

M. Nacquart. Toute discussion sur les mémoires lus par les personnes étrangères à l'Académie est interdite. Que M. Guérin se borne à dire verbalement et en quelques mots le fait personnel auquel il veut répondre.

M. Guérin recommence sa lecture, qui est aussitôt interrompue par une explosion d'interpellations parties de tous les bancs.

M. Husson, avec vivacité : C'est de la discussion; vous n'avez pas le droit de l'entamer.

M. Guérin, de toute la force de sa voix : J'ai le droit de répondre à un fait personnel, et je répondrai.

De toutes parts. Non, non. (Le tumulte est à son comble. MM. Gerdy, Velpeau, Gérardin, et autres membres, interpellent vivement M. Guérin, dont la voix cherche vainement à dominer le tumulte. Il donne quelques explications, qu'il nous est impossible de saisir. Nous croyons comprendre que c'est à tort que M. Malgaigne l'a accusé d'avoir soutenu la guérison de 54 opérés par la myotomie rachidienne; qu'il n'a donné aucun détail dont on pût inférer cette guérison, et que M. Malgaigne ne s'est livré à ces suppositions que pour attaquer sa moralité).

M. Nacquart. Je demande l'adjonction de M. Roux et de M. Velpeau à la commission nommée par le bureau.

De toutes parts. Appuyé, appuyé.

M. Guérin. Je récuse formellement M. Velpeau. (Explosion de murmures). Oui, M. Velpeau a agi ouvertement contre moi, je le récuse pour juge. (Agitation croissante).

M. Velpeau demande la parole à son tour pour un fait personnel. Je n'ai pas l'habitude, dit-il, de demander à faire partie de commissions. Mais, par cela même que M. Guérin me récuse, je dois insister sur la demande qui a été faite par M. Nacquart. Il ne s'agit pas ici de la personne de M. Guérin, qui n'est pas en cause, il s'agit d'un mémoire de M. Malgaigne que l'Académie est appelée à juger. M. Guérin n'a le droit ni le pouvoir de récuser des commissaires nommés par l'Académie. Cette prétention est exorbitante, et personne ne peut la reconnaître.

Plusieurs voix. Non, non! Aux voix! Consultez l'Académie.

M. le président. La proposition de M. Nacquart étant appuyée, je vais la mettre aux voix.

L'Académie décide à l'unanimité, moins une voix, que MM. Velpeau et Roux seront adjoints à la commission.

La séance est levée au milieu de la plus vive agitation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er avril 1844. — Présidence de M. ELIE DE BEAUMONT.

M. Magendie demande à ne plus faire partie de la commission de la gélatine. Il se fonde sur la différence de ses opinions avec M. Darcel. Il croit, du reste, que toutes les expériences nécessaires ont été faites pour juger la question. Pour lui elle est résolue, la gélatine n'est pas un aliment. En donnant sa démission, il veut conserver sa liberté de soutenir cette opinion.

M. Serres verrait avec peine M. Magendie s'éloigner de la commission. C'est précisément cette introduction incessante de nouveaux membres qui a retardé ses travaux. En effet, on est obligé de mettre le nouveau-venu au courant de ce qui s'est fait, et le travail n'avance pas.

Sur l'observation de M. Gay-Lussac, la demande de M. Magendie est ajournée jusqu'à la séance prochaine.

— *M. Gay-Lussac* lit un mémoire intitulé : Observations critiques sur la théorie des phénomènes chimiques de la respiration. — Deux théories principales ont été proposées sur les phénomènes chimiques de la respiration. Dans l'une, long-temps adoptée par les chimistes et les physiologistes, la formation de l'acide carbonique et de de l'eau, ainsi que la production de l'azote, ont lieu dans le poumon même, au contact de l'oxygène de l'air avec les vaisseaux capillaires sanguins.— Dans l'autre théorie, l'oxygène n'agit plus immédiatement dans le poumon sur le sang ; il y est simplement absorbé, et les phénomènes chimiques auxquels il peut concourir se passent hors du poumon, dans le trajet circulatoire, et ce n'est qu'au retour du sang dans le poumon qu'il y verse les produits de l'oxygénation. — Cette dernière théorie, pressentie depuis long-temps, fortifiée et ébranlée tour à tour par quelques faits opposés, a enfin reçu cours dans la science depuis le dernier travail de M. Magnus sur la respiration, travail délicat et difficile qui a eu pour objet, en constatant la présence dans le sang de l'acide carbonique, de l'oxygène et de l'azote, de donner à la nouvelle théorie de la respiration une base solide qui lui avait manqué jusqu'à présent.

A en juger par l'assentiment de quelques chimistes éminents et par le silence de la critique, les recherches de M. Magnus semblent avoir fixé les opinions sur les phénomènes chimiques de la respiration, et ce n'est pas sans méfiance que je viens, pressé par les doutes qui se sont élevés dans mon esprit, soulever une discussion qui, du reste, n'a d'autre motif que l'intérêt de la vérité.

M. Magnus a d'abord cherché à constater que le sang humain veineux contenait de l'acide carbonique. A cette fin il a fait traverser le sang par un courant d'hydrogène qui, après avoir été desséché, cédait l'acide carbonique dont il s'était chargé à de la potasse dans l'appareil à boules de M. Liebig (l'auteur donne ici le tableau des résultats obtenus par M. Magnus).

Je ne m'arrêterai pas à discuter ces résultats, qui prouvent d'ailleurs que le sang contient beaucoup d'acide carbonique ; je ferai remarquer seulement qu'ils ne sont pas complets, car il aurait fallu soumettre aux mêmes épreuves le sang artériel qui, lui aussi contient de l'acide carbonique. Il eût fallu également déterminer les quantités relatives d'oxygène et d'azotate contenues dans chaque espèce de sang. (M. Gay-Lussac donne ici un autre tableau des résultats.)

La nouvelle théorie admet que dans l'acte de la respiration, l'oxygène de l'air est absorbé par le sang artériel dans le poumon ; qu'il est ensuite entraîné dans le torrent de la circulation ; que dans ce trajet et par le travail secret des capillaires, une certaine quantité se combine, partie avec du carbone, pour former de l'acide carbonique qui reste en dissolution dans le sang, partie avec de l'hydrogène pour former de l'eau, le sang, ainsi chargé d'acide carbonique, est transformé en sang veineux, arrive dans le poumon, où il abandonne à l'air son acide carbonique, reprend alors de l'oxygène, et, transformé en sang artériel, commence une nouvelle révolution.

Ainsi M. Magnus doit principalement prouver :

1° Que le sang veineux doit contenir de l'acide carbonique ; et, au cas où le sang artériel en contiendrait aussi plus que celui-ci,

2° Que la différence des quantités d'acide carbonique de l'un à l'autre sang doit satisfaire aux exigences de la respiration ;

3° Que la quantité d'oxygène absorbée dans le poumon par le sang artériel et abandonnée ensuite dans le trajet de la circulation, doit également satisfaire et à la production de l'acide carbonique, et à celle de l'eau qui l'accompagne toujours dans l'acte de la respiration ;

4° Que le sang veineux doit contenir de l'azote et plus que le sang artériel, au cas où celui-ci en contiendra aussi.

M. Gay-Lussac examine ces points divers, et il trouve que la nouvelle théorie de la respiration s'écroule avec sa base essentielle, car cette théorie exige que le sang veineux contienne plus d'acide carbonique que le sang artériel, et les expériences mêmes de M. Magnus déposent du contraire; le sang artériel contient 18 p. 100 en plus d'acide carbonique que le sang veineux.

M. Gay-Lussac examine ensuite les opinions de M. Magnus relativement à l'oxygène, à l'azote et à la coloration du sang, et il termine ainsi :

Je ne veux pas pousser plus loin cette discussion. Toute incomplète qu'elle est, elle me paraît démontrer que la théorie de la respiration soutenue par M. Magnus ne repose sur aucune base solide, et qu'un nouvel examen des phénomènes chimiques de la respiration est devenu nécessaire. Je l'avoue, je n'aurais pas osé l'entreprendre seul ; mais j'ai la satisfaction d'annoncer que notre illustre confrère, M. Magendie, veut bien s'y associer. De nos efforts réunis, nous l'espérons du moins, pourront sortir quelques résultats utiles pour une plus parfaite connaissance de l'importante fonction de la respiration.

— *M. Hermann*, professeur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg, communique une observation d'opération de laryngotomie pratiquée pour un cas de polype du larynx. Il a excisé le corps étranger qui s'était développé sur l'une des cordes vocales, et la malade, femme d'une trentaine d'années, se trouve aujourd'hui, sixième jour de l'opération, dans l'état le plus satisfaisant. La présence de l'excroissance fibro-celluleuse, engagée entre les lèvres de la glotte, avait déterminé des accidents très graves et nécessité de prompts secours, car la suffocation était imminente et l'angoisse extrême. Jugeant l'excision de la trachée-artère indispensable pour rétablir d'abord la respiration, M. Hermann la fit aussitôt, et plaça une canule à demeure dans le conduit aérien, sauf à procéder plus tard à l'extirpation du polype fixé dans l'intérieur du larynx. Le surlendemain, alors que le calme était parfaitement rétabli et que la respiration se faisait avec toute liberté par la voie artificielle, il exécuta son projet, et il parvint heureusement à faire l'ablation du corps étranger, en rasant avec le bistouri toute la longueur du ligament inférieur gauche de la glotte, après avoir saisi, à l'aide de pinces, l'excroissance devenue visible par l'écartement des deux moitiés du cartilage thyroïde divisé. Cette observation est, au dire de l'auteur, la première pratiquée dans un cas de ce genre.

— *M. Danielssen*, médecin de l'hôpital Saint-Georges à Bergen, adresse un mémoire sur l'éléphantiasis des Grecs, régnant, depuis un demi-siècle, endémiquement dans une des parties littorales de la Norvége, et notamment dans les provinces de Christiansand, Bergen et Trondhgem. Cette maladie sévit avec une grande intensité dans la Norvége ; car sur 200,000 habitants, 1200 en sont attaqués. La maladie se développe sous deux formes : l'éléphantiasis tuberculeux, et l'éléphantiasis anesthète. Dans le plus grand nombre d'autopsies que l'auteur a eu occasion de faire, il a trouvé dans le derme aussi bien que dans le tissu cellulaire une masse dure, jaunâtre et granulée, qui semble détruire la structure de la peau et du tissu cellulaire. Cette infiltration se trouve également dans les parois des veines sous-cutanées, et cela à un tel degré que la veine basilique, par exemple, peut égaler l'épaisseur du doigt. On remarque des infiltrations semblables dans les yeux, dans le larynx, dans la trachée et les bronches, dans la plèvre, dans le foie, dans la rate, dans la matrice et dans tous les intestins ; mais, chose remarquable, les poumons en sont ordinairement exempts.

Les moyens curatifs opposés jusqu'ici à cette affreuse maladie ont très mal réussi. Une fois développée, elle tend, sans qu'on puisse l'arrêter, vers une terminaison ordinairement funeste.

— *M. Gruby* adresse des recherches sur la nature, le siége et le développement de la teigne tondante ou de la rizo-phyto-alopécie. Les cryptogames qui constituent la teigne tondante diffèrent tellement de ceux qui constituent la phyto-alopécie, qu'on ne pourrait jamais confondre ces deux maladies. Leur siége même, leur développement et le rapport qu'ils offrent avec le tissu des cheveux, diffèrent également de celui de la phyto-allopécie. — D'abord les cryptogames de la teigne tondante ne sont formés que de sporules en chapelet ; rarement on voit des sporules allongées imitant des branches. — Les cryptogames de la phyto-alopécie, au contraire, ont de nombreuses branches courbées, ondulées, et les sporules placées à leur côté. — Dans la teigne tondante, les sporules sont grandes, leur diamètre est égal à 2—6/1000 sur 4—10/1000 de millimètre. — Les sporules des cryptogames de la phyto-alopécie, au contraire, sont extrêmement petites, leur diamètre n'est que de 1—5/1000 de millimètre, et c'est aussi pour cela que je les ai appelées microsporon. — Dans la teigne tondante, les sporules remplissent l'intérieur des cheveux, tandis que leur surface externe est peu changée. — Les sporules, au contraire, du microsporon-odonini, sont placées à la surface externe des cheveux, et forment une véritable gaîne autour d'eux. — Les cryptogames de la teigne tondante prennent naissance et se développent dans la racine des cheveux. — Le microsporon-odonini, au contraire, se développe à la surface externe des cheveux, en dehors des follicules.

Ces caractères sont tellement constants dans la teigne tondante, qu'il n'y a pas un seul cheveu malade, dans cette affection, qui ne les présente. — Outre ces cryptogames, la teigne tondante ne présente aucun autre produit pathologique ; et elle mérite d'être classée, parmi les maladies parasites végétales, à côté de la phyto-alopécie, mentagraphite, porrigaphite et aphtophite. Et pour distinguer la teigne tondante de la phyto-alopécie, je propose de donner à cette dernière la dénomination de rizo-phyto-alopécie.

— *M. Gruby* adresse encore ses notes sur les plantes cryptogamiques se développant en grande masse dans l'estomac d'une malade atteinte depuis huit ans de difficultés de faire descendre les aliments, soit liquides, soit solides, dans l'estomac, sans rétrécissement de l'œsophage accompagné de vomissements.

— *M. Orfila* adresse un mémoire imprimé intitulé : Réflexions critiques sur les moyens de conclure en médecine légale, et sur la prétendue localisation des poisons.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Solution d'hydriodate d'arsenic et de mercure employée dans plusieurs maladies cutanées, dans la syphilis secondaire et dans quelques affections utérines ; par le docteur Woon, professeur de matière médicale, etc.

Cette préparation fut introduite dans la science par M. Donovan, chimiste de Dublin, et on croit qu'elle réunit les vertus des trois éléments qui la composent. Du reste, le témoignage d'un grand nombre des plus renommés praticiens de Dublin semble venir à l'appui de ses véritables propriétés thérapeutiques. La dose est de vingt gouttes à prendre en trois fois fois par jour dans de l'eau distillée. Cette quantité contient un vingt-huitième de grain de deutoxide de mercure et un quart de grain environ d'iode. Il produit quelquefois une sensation désagréable dans la tête, dans l'estomac et dans les intestins. Quand cela arrive, le médicament doit être suspendu pendant une semaine environ. Dans quelques cas la solution, étendue avec une égale quantité d'eau, peut être employée comme application externe sur les ulcères et éruptions cutanées en même temps qu'elle sera administrée à l'intérieur.

On l'a employé dans les cas de rhumatisme chronique et de syphilis secondaire avec des avantages incontestables, surtout dans la seconde affection. Un cas de rhumatisme, n'ayant apparemment aucune connexion avec une affection syphilitique, et qui avait résisté à toutes les médications connues, céda bien vite à l'action de cette préparation. (*The medical examiner.*)

Emploi de l'arnica dans les phlegmasies des amygdales et du pharynx.

Le docteur Adelmann, praticien de Bavière, nous assure avoir employé avec beaucoup de succès plusieurs préparations d'arnica dans l'inflammation de l'arrière-gorge et du pharynx. Il l'emploie à l'intérieur et localement sous la forme de gargarisme. Il conseille aussi beaucoup l'inspiration des vapeurs résultantes de l'infusion chaude de graines de moutarde. (*Lond. Lancet.*)

On trouve, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, le TABLEAU SYNOPTIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, Par DUCHESNE-DUPARC.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 6 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 41. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 5 AVRIL 1844.

Un incident sérieux, et qui a pris des formes dramatiques, s'est élevé à la fin de la dernière séance de l'Académie de médecine. Rappelons-en les principales circonstances, et voyons à quels enseignements il donne lieu.

M. Malgaigne, en sa qualité de candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire, est venu lire un mémoire. C'était remplir un devoir commandé par les convenances et par les habitudes de l'Académie. On sait, en effet, qu'il est d'usage pour les compétiteurs à une place vacante de lire devant l'Académie un travail de choix ; sorte de spécimen qui permet aux académiciens de juger le caractère, la nature, la portée des intelligences diverses qui aspirent au titre de membre de cette Société. M. Malgaigne, premier inscrit pour les lectures, a eu son tour le premier ; il sera probablement suivi par ses compétiteurs.

Mais M. Malgaigne se trouvait dans une position spéciale et pour ainsi dire forcée, quant au choix du sujet. Il ne lui a pas été loisible de traiter telle ou telle question de pathologie ou de médecine opératoire ; en un mot, le sujet qu'il a traité lui a été imposé par les plus graves considérations, et voici comme.

Pendant le procès que lui a intenté M. Guérin et dont, à la satisfaction générale, il est sorti victorieux, M. Malgaigne s'est efforcé de prouver aux juges de toutes les juridictions que, complétement étrangers au fond de la question, ils étaient incompétents pour la juger. Les graves intérêts de pratique qui se trouvaient en cause ne pouvaient être convenablement appréciés que par les tribunaux scientifiques, c'est-à-dire par les Académies, et il contracta l'engagement précis, il fit la promesse solennelle d'investir ces tribunaux de cette haute et importante question.

Sans manquer à sa promesse, sans violer son engagement, M. Malgaigne ne pouvait pas ne pas faire ce qu'il a fait mardi dernier. Sa première lecture académique devait nécessairement rouler sur le sujet qu'il a traité. Agir autrement, c'eût été reculer devant le jugement scientifique qu'il avait demandé et invoqué, c'eût été mettre son acquittement au rang des heureux hasards judiciaires, c'eût été fournir prétexte à de nouveaux efforts pour amoindrir la décision des juges.

Nous comprenons, pour notre compte, que M. Malgaigne ait été vivement incité par de pareilles considérations. Il disait à la justice : Quel qu'il soit, votre jugement ne peut suffire. A la science, il dit aujourd'hui : Vous seule pouvez vider et clore cet important débat.

Ainsi, du reste, l'a compris l'Académie de médecine. M. Malgaigne a été écouté avec une attention remarquable, et l'incident maladroitement soulevé par M. Guérin a mis les sentiments de l'Académie dans tout leur jour.

Nous comprenons jusqu'à un certain point que, comme corps, l'Académie ait résisté à l'entraînement général des autres sociétés savantes de France à l'occasion de la protestation en faveur de la liberté de discussion. Mais déjà les protestations individuelles d'un grand nombre d'académiciens avaient montré ce qu'on pensait dans cette enceinte des poursuites intentées par M. Guérin. Mardi dernier, la question ayant été posée scientifiquement, l'Académie se trouvant libre de toute préoccupation d'un conflit possible avec la justice, l'Académie se trouvant enfin investie d'une haute et importante juridiction, a saisi l'occasion qui lui était offerte avec un empressement visible, et dans des circonstances fort significatives. C'est comme corps ici qu'elle a fait sa manifestation ; manifestation indirecte, sans doute, mais qui n'en est pas moins claire, qui peut être profitable à M. Guérin lui-même, s'il en comprend la valeur et la portée ; au bureau de l'Académie, qui ne peut manquer d'avoir compris la signification de cette adjonction de deux membres à la commission qu'il avait nommée, enfin, aux commissaires eux-mêmes, à qui l'Académie a fait, pour ainsi dire, connaître ce qu'elle attendait d'eux : indépendance, courage, justice, vérité.

Comme on a pu le voir par notre compte-rendu de la séance, ce qu'on pourrait appeler le prologue de ce drame académique a été vif et animé. Le privilége réglementaire qu'il a invoqué n'a pu sauver M. Guérin d'une fort désobligeante leçon, et son inconvenante et maladroite récusation a changé la leçon en une défaite véritable. L'Académie en masse a protesté, par son vote, d'une part, de son estime pour M. Velpeau ; d'autre part, et autant qu'elle le pouvait, contre la condescendance un peu trop visible du bureau. Nous serons, à cet égard, aussi académiques que l'Académie elle-même ; et, comme elle, nous voilerons les motifs qui nous font applaudir à l'adjonction de MM. Roux et Velpeau.

Mais si les premières scènes de ce drame sont déjà si accidentées, que sera-ce quand nous serons en plein dans l'action ? Que sera-ce quand le rapport soulèvera la discussion sur le fond du mémoire de M. Malgaigne ? Voilà une discussion qui promet des scènes émouvantes ! Mais aussi, combien sera-t-elle difficile à conduire ! Que l'Académie, et son bureau surtout, nous permettent de leur donner ici un conseil. Il n'y a qu'un moyen, un seul, de se tirer des difficultés de la position, c'est de faire complétement abstraction des hommes et des intérêts personnels qui peuvent être en cause ; c'est de se rattacher uniquement à la question de principe, de l'envisager franchement, hardiment, en vue des seuls intérêts de la science et de la pratique ; de considérer que les familles et le corps médical tout entier attendent avec anxiété la décision de l'Académie sur ce grave sujet, l'orthopédie : qu'elle seule possède assez d'autorité dans le monde scientifique pour fixer les esprits sur la valeur réelle de cette branche de l'art ; qu'elle peut enfin, qu'elle doit dire aux praticiens si l'orthopédie possède une thérapeutique utile et rationnelle ou bien si elle n'est qu'une immense et complète déception.

En comprenant la position sous ce point de vue large et libéral, l'Académie se soustraira aux petites et mesquines influences des moyens indirects, à tout ce cortége d'infimes et secrètes manœuvres qui heureusement commencent à s'user, et qui d'ailleurs ne trouveront plus une main pour les habile pour les diriger.

Les trois commissaires nommés par le bureau sont aussi, nous le comprenons, dans une position difficile ; mais à eux aussi la presse indépendante peut donner conseil. Une voie honorable leur est ouverte : c'est de pousser de toutes leurs forces à une enquête sévère ; c'est de provoquer la plus grande publicité possible ; c'est d'engager énergiquement M. Guérin à ne plus rien cacher enfin, ni ses succès, ni ses revers ; c'est, pour tout dire en un mot, de faire un rapport et non un certificat.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur la plessimétrie.

(Première leçon.)

M. le professeur Piorry vient de terminer la série de leçons qu'il s'était proposé de faire à sa clinique. L'intérêt soutenu avec lequel elles ont été écoutées d'un bout à l'autre par un nombreux auditoire de médecins et d'élèves, nous autorise à penser qu'elles ne seront pas accueillies avec moins de faveur par nos lecteurs. L'importance clinique de la plessimétrie est trop bien démontrée aujourd'hui et trop généralement acceptée, pour que les praticiens puissent désormais rester étrangers à ses progrès. Aussi avons-nous considéré comme un devoir de reproduire ces leçons. Afin d'abréger toutefois, nous les avons résumées autant que possible et réduites à ce qu'elles ont de plus substantiel et de plus immédiatement pratique.

Depuis seize ans que je m'occupe de percussion, dit M. Piorry, je n'avais pas encore pensé qu'il fût nécessaire d'expliquer le mécanisme de cette pratique dans un cours public ;

FEUILLETON.

DOUZIEME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

Preuve de la nécessité des éléments morbides en thérapeutique.

« Mille mali species, mille salutis erunt. »
OVIDE (*De remedio amor.*, lib. II).

A notre avis, il est donc bien acquis à la science que dans une maladie quelconque une médication exclusive, absolue, est impossible en application : 1° parce que la variabilité des éléments morbides doit entraîner la variabilité dans le choix, ou au moins dans la forme et la dose des médicaments ; 2° parce que toute indication suppose la possibilité de contre-indications. Pour administrer la preuve de cette proposition, on peut procéder de plusieurs manières : 1° en passant en revue les divers médicaments qui, malgré leur mode d'action connue, trouvent pourtant certaines applications heureuses et rationnelles dans des maladies où leur utilité ne se révèle pas *à priori* ; 2° en parcourant le vaste cercle des maladies où certains épiphénomènes comportent des indications qui diffèrent de l'indication fondamentale ; 3° en étudiant les procédés en même temps que les préceptes des grands maîtres, même de ceux réputés les plus exclusifs ; car, en dépit des égarements où les entraîne une idée dominante, il est chez les hommes de génie un instinct de lucidité qui les préserve des erreurs flagrantes où tombe aisément la médiocrité. La pharmacologie, la pathologie et l'histoire, tels sont donc les trois grands ordres de faits auxquels nous empruntons nos preuves en faveur de la doctrine des éléments ; on comprend que nous devons nous borner à quelques exemples.

1° *Pharmacologie.* Dans son traité des *Maladies de Naples*, Sarcône décrit une épidémie de pleurésie qui débutait par une vive douleur. L'opium, employé à cette époque, enrayait merveilleusement la maladie ; plus tard, alors que succédant à l'élément douleur, l'élément inflammatoire avait pris du développement, l'opium devenait nuisible. On sait les services que ce même opium nous a rendus, à M. Chauffart et à moi, dans l'épidémie de méningite qui a régné ces dernières années. Nous en avons parlé *Lettre dixième.*

Alors qu'une affection quelconque, fièvre, névralgie, phlegmasie même, affecte le type intermittent, ce ne seront ni les antispasmodiques, ni les antiphlogistiques qui devront réussir, ce sera le remède qui s'adresse à l'élément intermittence, le sulfate de quinine.

Quels rapports établir entre l'hypertrophie du cœur, en tant qu'hypertrophie, et la digitale ? Cependant la digitale, en modifiant les éléments force et fréquence du pouls, soulagera les incommodités, les angoisses du malheureux affecté d'anévrisme du cœur.

De prime abord, une dysenterie étant donnée, il semblerait que ce fût l'élément inflammatoire ou l'élément flux muqueux qu'il s'agît de conjurer ; néanmoins, l'expérience a démontré que dans une foule de cas ce sont les éléments douleur et contractilité qu'il convient de combattre, et les narcotiques sont les remèdes par excellence, alors surtout que l'acuité de l'inflammation est abattue.

2° *Pathologie.* Quelle est l'indication capitale dans la phthisie pulmonaire ? Combattre l'élément tuberculeux, sans doute ; mais dans l'impuissance où nous sommes de détruire cet élément, que faisons-nous autre chose que d'attaquer les éléments toux, crachats, sueurs, diarrhée, amaigrissement, etc., par les moyens spéciaux que ces accidents réclament ?

Dans les hydropisies en général, l'indication fondamentale est sans doute d'attaquer la cause organique en modifiant le cœur, le foie, les reins, etc. Cependant, nous nous attachons le plus souvent à combattre un élément secondaire, l'épanchement séreux, par les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, convaincus que nous sommes, le plus souvent, de notre impuissance à détruire l'élément primitif de l'hydropisie, qui, d'ailleurs, menace immédiatement l'existence.

Autre exemple frappant du culte obligé des praticiens sensés pour les éléments morbides : dans l'affection typhoïde, les partisans mêmes de l'adynamie, de la putridité, de l'intoxication, de la défibrination du sang accordent qu'il faut saigner lorsque la réaction initiale est trop intense ; pour eux alors l'élément accidentel absorbe l'élément primitif ; par contre, les partisans de la nature inflammatoire conviennent de la nécessité de tonifier, lorsque, dans l'état plus ou moins avancé de la maladie, les forces générales menacent de faillir ; car pour guérir, la première condition est de vivre ; c'est ce que nous avons écrit, et ce que n'ont pas voulu voir les critiques superficiels ou passionnés qui nous ont prêté des idées exclusives à l'égard du traitement de l'entérite folliculeuse. Les partisans de l'origine saburrale ou bilieuse reculent eux-mêmes devant les superpurgations dans les fièvres graves, car l'élément diarrhée est manifestement un accident fâcheux, hors certaines limites ; enfin les partisans de la localisation intestinale cèdent à la nécessité d'évacuer, alors que l'élément constipation retient les matières fécales en contact avec les surfaces ulcérées, ou que le météorisme menace d'entraîner la suffocation.

Or en semblables circonstances il y a souvent opposition entre les indications présentes ; et le maintien de la balance, dans ces cas épineux, exige de la part du praticien sagacité profonde et prudence extrême, car il s'agit de décider lequel de l'accident ou du remède qu'il nécessite portera le moins de préjudice à l'économie : équation délicate dont la solution peut être une sentence de vie ou de mort.

3° *Histoire.* Si nous avons démontré en fait la nécessité de l'analyse élémentaire, l'évocation des autorités ne sera plus qu'un objet de pure curiosité ; cependant, comme nous avons à cœur de décliner l'accusation d'affecter des prétentions novatrices, et que nous aimons à nous faire un rempart des noms les plus révérés, nous allons reproduire quelques sentences relatives à l'analyse appliquée aux éléments morbides envisagés au point de vue thérapeutique. Notre tâche se trouve déjà très avancée par le fait des citations disséminées dans ce qui précède ; ainsi nous serons bref.

« Celui qui possède la connaissance des signes est seul capable » d'instituer un traitement convenable. » (Hippocr. : *De medico.*)

« Non, il ne suffit pas au médecin d'avoir égard à la maladie elle- » même ; il doit encore avoir égard à l'ensemble de l'individu tout » entier, et il faut qu'il sache coordonner le traitement d'après ces » bases. » (Celse : *De re med.*, lib. III, cap. 2.)

« Il est très vraisemblable que celui qui observe les phénomènes na- » turels des maladies avec le plus de soin et d'attention, deviendra le » plus habile à découvrir les indications vraies et propres à les guérir. » (Sydenham : *Oper. omnia. Epist. dedic.*)

Quant à l'art d'établir la subordination entre les divers éléments constitutifs d'une individualité morbide, nous avons vu ce que disait Gaubius (Lettre XIe) ; voici ce que dit Cabanis : « Que d'observation, » que de sagacité ne faut-il pas pour démêler dans une maladie les » phénomènes véritablement essentiels et fondamentaux qui la consti- » tuent ; ces phénomènes dont tous les autres ne sont que des acces- » soires ou des conséquences ! Que de tact et de justesse pour évaluer » l'influence plus ou moins grande que ces derniers ont sur le fond de » la maladie, et les modifications qu'ils y apportent, même en lui res- » tant subordonnés ! Que de souplesse d'esprit et d'attention pour en » suivre tous les mouvements ; pour ne point être séduit par les appa- » rences diverses que la maladie peut prendre à ses différentes épo- » ques, par les métamorphoses que son caractère même, ses compli- » cations et toutes les circonstances extérieures peuvent lui faire » subir ! » (Révol. de la méd., p. 211.)

Ce sont les mêmes pensées qu'exprime Broussais, en terme plus éloquents encore, dans cette phrase si souvent reproduite : « Formez un » tableau aussi vrai qu'animé du malheureux livré aux angoisses de la » douleur ; débrouillez-moi, par une savante analyse, les cris souvent » confus des organes souffrants, etc .... alors j'avouerai que vous êtes » un homme de génie. » (Préf. de l'Examen.)

Ne sont-ce pas aussi de glorieux champions de l'analyse que tous ces hommes de labeur dont s'honore particulièrement la France, MM. Louis, Andral, Chomel, Piorry, Bouillaud et tant d'autres dont les émules ne manquent pas aujourd'hui en Allemagne, en Angleterre, en

mais des difficultés que je n'avais pas prévues sont venues me démontrer qu'il me fallait combler ce vide scientifique. L'étude de la percussion longue et laborieuse dure en quelque sorte toute la vie, et l'habitude des sons, les sensations si fugitives que l'oreille et les doigts perçoivent, ont besoin d'être senties bien des fois, d'être étudiées toujours.

Nous omettons ici quelques détails historiques relatifs à la découverte de la percussion, pour aborder de suite l'exposition du procédé opératoire.

Jusqu'à ces derniers temps la percussion, définitivement consacrée par l'autorité de Corvisart et de Laënnec, se pratiquait d'une manière immédiate, c'est-à-dire, par la paume de la main ou les doigts réunis et apposés, à l'aide desquels on frappait sans intermédiaire la poitrine ou l'abdomen des malades. M. Piorry ayant, par suite d'une circonstance toute fortuite, remarqué que le simple grattage de la peau à travers un linge produisait un son différent sur la poitrine et sur l'abdomen, que cette même différence se produisait en interposant un corps solide, métallique, entre le doigt et la peau, conçut l'idée de combiner la percussion d'Avenbrugger et de Corvisart avec cette découverte; mais au lieu de gratter seulement il percuta, d'abord avec une pièce de 5 fr., puis avec un des doigts de l'autre main. Dès lors, dit-il, la percussion médiate était trouvée. C'était une innovation déjà que cette médiation digitale qui permettait mieux que l'ancienne percussion immédiate de localiser et de circonscrire les sons; mais bientôt cette méthode parut à M. Piorry insuffisante et fautive; il songea alors à remplacer le doigt par une plaque solide, d'ivoire ou de métal, et d'une forme variable, qu'il nomma *plessimètre*. La percussion médiate digitale était encore dépassée par la plessimétrie.

Les inconvénients et le désavantage de la percussion médiate digitale ont été trop bien indiqués dans le *Procédé opératoire*, et dans le *Traité pratique de la percussion* du docteur Maillot, pour que nous ne devions pas nous borner à y renvoyer les lecteurs. Disons seulement qu'après avoir passé rapidement en revue et critiqué certaines inventions plessimétriques récentes, telles que le marteau du docteur Winserich (de Wurrburg), l'opercule de M. Bigelow, celui de M. Corrigan, la couche de caoutchouc de quelques autres, qui tous font perdre plus ou moins la sensation tactile que Corvisart avait déjà considérée comme si précieuse, M. Piorry donne la description suivante du plessimètre. Celui qu'il préfère est une plaque d'ivoire de forme elliptique de deux millimètres d'épaisseur, dont le plus grand diamètre a cinquante millimètres, et le plus petit vingt-quatre. Cette plaque, qui n'a point de rebord, doit offrir aux deux extrémités de son plus grand diamètre deux auricules hautes de douze millimètres, excavées en dehors pour s'accommoder à la convexité des doigts, et rendues rugueuses à la lime. Sur une des faces de l'instrument est une échelle graduée pour noter la dimension que les organes présentent dans l'état physiologique et pathologique. On doit choisir de préférence pour établir cette échelle graduée, la face de l'instrument qui ne doit pas être en rapport avec la peau.

Le docteur Maillot a apporté à cet instrument une légère modification qui le rend plus portatif; cette modification consiste en ce que les auricules sont montées sur des charnières, et peuvent être renversées sur le corps du plessimètre.

Le plessimètre ovalaire s'applique bien plus aisément que l'ancien plessimètre rond sur la ligne médiane au sommet du poumon, dans les espaces intercostaux. Du reste, le plessimètre peut être en bois, en métal, en ivoire. C'est ce dernier que préfère M. Piorry. Quelle que soit les matières premières, il faut que cet instrument ne soit ni trop épais, ni trop mince; trop épais, il étouffe le son; trop mince, il ne concentre pas les vibrations sonores, et peut se fracturer. Son épaisseur doit être encore égale partout.

Quand on voudra se servir du plessimètre, on le saisira fortement entre le pouce et l'indicateur, et on l'appliquera exactement sur la peau, de manière à l'identifier en quelque sorte avec les parties que l'on voudra percuter; autrement, on s'exposerait à des mécomptes, à des résultats négatifs ou contraires à ceux que l'on devrait obtenir, et un diagnostic fautif ou incomplet pourrait être la conséquence de cette négligence.

En général, il faut mesurer le degré de force qui doit maintenir le plessimètre à la profondeur de l'organe qu'on percute; il faudra appliquer avec plus de force le plessimètre lorsqu'on voudra percuter le rein; que lorsqu'il s'agira de percuter la rate ou le poumon. Puisque nous avons porté un jugement sévère sur tous les instruments à l'aide desquels on a tenté de remplacer les doigts, nous dirons qu'il faut chercher à tirer tout le parti possible de l'emploi du moyen que nous adoptons; d'abord à avoir cette sensation tactile de résistance, d'élasticité, de mollesse que communique l'organe au doigt qui le percute; ensuite à obtenir des sons forts, purs et vibrants. On devrait s'habituer à percuter des deux mains; car, de cette façon, on pourrait toujours percuter sous un même angle, et l'on ne s'exposerait pas à certains mécomptes que le professeur signalera plus tard.

Les doigts qui devront être employés à cet usage seront l'indicateur et le médius rapprochés l'un de l'autre, le second recouvrant un peu le premier; de manière que les deux pulpes soient mises de niveau; on peut encore placer les doigts dans une position telle, que le médius recouvre l'ongle de l'indicateur; dans ce cas, on arc-boutera le pouce sur la deuxième phalange pour que, dans l'acte de la percussion, les forces viennent toutes converger au bout du doigt qui percute. C'est surtout lorsqu'on voudra exécuter une percussion énergique et profonde, qu'on devra employer cette dernière méthode; si l'on ne voulait, au contraire, percuter que d'une manière superficielle, on se servirait d'un seul doigt. Quoi qu'il en soit, il faut toujours conserver au poignet toute la liberté et la souplesse de ses mouvements pour obtenir du plessimètre tous les résultats qu'il peut donner.

Le choc imprimé par les doigts sera sec, rapide, instantané: si l'on veut juger spécialement du son de l'organe que l'on percute, de sa consistance, on pourra laisser les doigts appliqués un certain temps sur l'instrument, pour que toutes les vibrations déterminées par l'organe viennent se réunir sur la pulpe digitale. Du reste, on devra toujours percuter avec une force égale, avec la même rapidité, et sous un même angle, lorsque l'on voudra apprécier des phénomènes identiques; il sera nécessaire, au contraire, de changer ces rapports, lorsque l'on voudra obtenir des résultats différents.

Passons maintenant aux sensations que donne le plessimètre; elles sont de deux sortes: la sensation tactile, et la sensation acoustique ou le *son plessimétrique*. Cette sensation tactile consiste: 1° dans un sentiment de dureté ou de mollesse variables suivant les cas, et pouvant présenter toutes les nuances intermédiaires depuis la résistance des os jusqu'au défaut de densité des liquides; 2° dans l'appréciation d'une élasticité ou d'un état contraire, qui offrent aussi beaucoup de nuances; 3° enfin, dans l'addition d'une sorte de vibration susceptible de beaucoup de degrés, et qui est surtout rencontrée dans l'ascite et dans certaines tumeurs hydatifères.

Il est difficile d'établir une échelle de graduation des sensations acoustiques ou *sons* que l'on obtient avec le plessimètre; ils varient sous le rapport de leur caractère: les uns sont sourds, et en rapport avec la plénitude ou la solidité des corps; les autres sont tympaniques, plus ou moins clairs, et correspondent à des cavités contenant de l'air ou des gaz. Les premiers constituent la matité, les seconds la sonoréité. Faute de pouvoir trouver des noms spéciaux pour apprécier les différents sons fournis par les organes, M. Piorry les a dénommés par les expressions qui servent à désigner les organes eux-mêmes.

Si l'on veut établir une échelle diatonique des sons plessimétriques, nous dirons que c'est dans le son que produisent les os qu'il faut chercher le type de la matité et de la résistance; puis, comme degrés de ce prototype, viendront les sons fournis par les os plus ou moins profondément situés, la rotule, par exemple, qui ne donnera point le même son que le fémur ou le tibia. Après le son produit par les os, son ostéal, qui présente lui-même, comme on vient de le voir, quelques modifications relatives à la profondeur, à l'épaisseur, à la situation des os, etc., vient le son que produisent le foie et le rein, organes très résistants, et absorbant tous deux le son à un très haut degré; cependant le rein donne un sentiment de dureté plus grand encore. Situé profondément sur les côtés de la colonne vertébrale, en rapport avec des muscles épais et énergiques, on conçoit qu'il doive donner une sensation de dureté et de matité plus considérable que le foie, qui est situé plus superficiellement et dont la matité est plus ou moins diminuée par les organes creux qui sont situés derrière lui. Voici donc deux nouvelles nuances, le son *néphrique* et le son *jécoral* ou hépatique.

Le cœur, qui vient ensuite, donnera un son dont la matité sera moins considérable, mais qu'on ne pourra obtenir pur et qui ne sera jamais le même sur toute l'étendue du viscère. A droite, le sentiment de résistance et de matité sera moins considérable qu'à gauche; une habitude longue et laborieuse de la plessimétrie pourra permettre de reconnaître dans ce son cardiaque deux variétés distinctes et constantes: il en sera question quand il s'agira des détails relatifs à la percussion de cet organe en particulier.

Puis viendra le son splénique. La rate, qui donne moins de matité que le foie dans l'état normal, pourra, lorsqu'elle présentera des altérations pathologiques, offrir un son plus résistant et plus dense que ce dernier. Mais ici se présente un phénomène particulier dépendant des rapports de cet organe. La rate, séparée du tube inférieur du poumon gauche par le diaphragme, est en rapport par conséquent avec le poumon, d'une part, et de l'autre avec les organes contenus dans la cavité abdominale. Il y aura donc pour elle combinaison de de deux sortes de sons: 1° un son pulmonal, tenant à la lame de poumon interposée; 2° le son abdominal ou viscéral, dépendant des organes qui l'avoisinent dans cette seconde cavité; 3° enfin, le son splénique; et il faudra avoir soin de séparer ces trois sortes de phénomènes, si l'on veut se rendre un compte exact du son intrinsèque de cet organe.

Puis viendront, dans un ordre décroissant de matité et avec un commencement d'élasticité, l'intestin grêle, vide de matières et contenant très peu de gaz; si ce dernier état se trouvait exagéré, le son de l'intestin serait clair et tympanique. Voici donc le son viscéral produit, mais il changera chaque fois que des matières ou des gaz seront contenus en proportions différentes. Dans l'estomac et les différentes portions du tube digestif, il y aura donc autant de variétés de son que de variétés d'état de ces organes.

Le poumon sera le type de la mollesse, de l'élasticité et de la sonoréité plessimétriques; mais nous verrons bientôt, lorsque nous étudierons spécialement cet organe, combien il faut d'habitude et de précision dans le manuel opératoire pour ob-

---

Italie, partout enfin où la nécessité comme l'excellence des procédés positifs se sont fait sentir!

Il est assez remarquable que ce soit parmi ceux chez lesquels une grande habileté pratique fait pardonner les exagérations de la théorie, qu'on voit généralement briller la plus grande abnégation des idées préconçues pour obéir aux injonctions de l'analyse imposée par les conditions du fait actuel. On a dit avec raison qu'il y avait dans Hippocrate deux hommes en quelque sorte indépendants l'un de l'autre, le théoricien et l'observateur. Comparez, en effet, les livres des *aphorismes*, des *pronostics*, des *épidémies* à ceux de la *nature de l'homme*, des *humeurs*, des *flatuosités* et même des *maladies*; autant les premiers sont l'expression fidèle et soumise de la nature, autant les autres sont encombrés d'hypothèses basées sur cette futile théorie des quatre éléments. Ce qu'on dit d'Hippocrate, on peut le dire de Baillou, de Sydenham, de Stoll, de la pratique desquels on se ferait et l'on se fait tous les jours de si fausses idées, n'ayant égard qu'aux doctrines qu'ils professaient, sans descendre dans les détails de leur pratique. Sydenham se vante expressément de modifier ses traitements selon la physionomie des affections régnantes, principe dont il a moins abusé que ne le croient ses admirateurs; mais il est de fait qu'on le voit attentif à épier les formes, les degrés, les phases et les accidents des affections individuelles, pour leur appliquer les moyens appropriés aux circonstances. Stoll, en dépit de sa polycholie, sacrifiait très largement à l'idée d'inflammation, et souvent on le voit confesser noblement l'insuffisance ou les aberrations de sa chère théorie. Cullen, ce sectateur déterminé de l'innervation, est en même temps le plus hardi contempteur des prétendus antispasmodiques.

Donc, sous quelque point de vue qu'on envisage la science et surtout l'art, on voit surgir la nécessité de l'analyse élémentaire, et l'inconséquence autant que le danger des systématisations impliquant des méthodes inflexibles; si jamais ces systématisations ont existé, car, nous le répétons, nous sommes fermement convaincu qu'à cet égard on a calomnié et l'on calomnie tous les jours les fondateurs de systèmes, en commençant à Galien pour finir à Broussais.

Ce n'est donc point chose nouvelle que nous exposons aujourd'hui, ce n'est que l'expression des procédés qu'à bon escient ou à leur propre insu, les vrais praticiens de tous les temps ont mis en usage. Or, qu'en résulte-t-il, en somme? C'est que cette nécessité d'apprécier avec certitude ces éléments de nos procédés thérapeutiques, de tenir la balance entre l'observation brute et l'induction qui la vivifie, fait et fera toujours de la pratique médicale une des applications les plus délicates, les plus hasardeuses et les plus controversables de l'humaine intelligence. Raison de plus pour y appliquer toute la puissance de nos facultés, afin de pouvoir, à l'occasion, nous appliquer à nous-mêmes ce consolant axiome: Quiconque fait tout ce qu'il peut, fait aussi tout ce qu'il doit.

A travers cette causerie tant soit peu décousue, nous voici, cher confrère, arrivé au bout de la douzième épître, et le lecteur se demande peut-être ce qu'il y a trouvé d'utile et d'instructif, et quel est le but que nous nous sommes proposé nous-même. Or, s'il veut y réfléchir, il reconnaîtra qu'ému par les déplorables effets du dévergondage médical de notre époque (lettre première), j'en ai pris texte pour esquisser les mobiles (lettre deuxième) et les événements principaux de la croisade contre la doctrine physiologique (lettre troisième). Après quoi, nous appuyant sur bon nombre de faits contemporains, nous avons retracé le tableau de l'état actuel de la thérapeutique (lettres quatrième, cinquième et sixième). Cette histoire terminée, nous sommes entré dans le *dogme*, en exposant les modes d'action fondamentaux des médicaments (lettre septième). Puis, nous avons tâché de cimenter l'alliance entre la pratique et la théorie (lettres huitième et neuvième); enfin nous nous sommes efforcé d'extraire de toutes les doctrines les *éléments* qui, dans l'état présent de la science, doivent déterminer les actes du praticien (lettres dixième, onzième et douzième). Ces quelques mots suffiront, je l'espère, pour faire comprendre la filiation logique de nos idées, un peu obscurcie par les irrégularités d'une publication partielle, intermittente, et peut-être aussi par les caprices vagabonds du genre épistolaire. On n'oubliera pas que notre but, jusqu'ici, n'a été que d'inculquer des idées philosophiques, et nullement de tracer les règles de traitements spéciaux, encore moins de promulguer des formules: « Par la même raison que nous » ne sommes point fondateur de secte, nous ne sommes non plus ni » donneur ni promoteur de procédés particuliers, de petites recettes. » (Bacon, *Nov. organ.*, p. 117.) — Je ne me dissimule pas la difficulté d'intéresser avec des vérités générales, inscrites au fond de tous les esprits doués d'un peu de rectitude; car, ainsi que l'a dit un grand écrivain: « Il faut de plus grands efforts de talent pour intéresser » en restant dans l'ordre, que pour plaire en passant toute mesure. » (Châteaubriand.) — Aussi l'attrait qui manque à la matière, ai-je tâché de le donner à la forme en évoquant les sublimes pensées des sages dans tous les genres; tactique dont j'ai sans doute abusé, ce qu'on voudra bien me pardonner en faveur même de ces grands génies.

La mine que j'ai tenté d'exploiter, la philosophie médicale, est inépuisable, et je tiens en réserve de nombreux matériaux; mais la patience a des bornes, et je ne donnerai suite à ces *études* que s'il m'était démontré qu'elles n'ont pas trop fatigué les lecteurs d'un journal qui, en les accueillant, a fait de nouveau preuve d'une tolérance rare au temps d'égoïsme où nous vivons.

Un dernier mot: si ma position de professeur de clinique et de praticien, par conséquent, ne me mettait à l'abri du soupçon de pure théorie, peut-être n'aurais-je pas publié ces *lettres*, qui ne sont qu'une diversion agréable à mes pénibles travaux d'application; puissent-elles vous avoir produit le même effet!

Agréez, monsieur le rédacteur, l'expression de ma gratitude, etc.,

Prof. FORGET.

NOUVELLES.

Dans la séance d'avant-hier, 3 avril, la Chambre des députés a pris en considération la proposition de l'honorable M. Chapuys-Montlaville, relative à l'exemption des droits du timbre pour les journaux.

— *Clinique des maladies vénériennes*. — M. le docteur Ph. Ricord commencera ce cours mardi prochain 9 avril, à l'hôpital du Midi. Les leçons auront lieu les mardi et vendredi de chaque semaine à huit heures du matin.

Cet enseignement, créé par M. Ricord depuis douze ans, a constamment attiré de nombreux auditeurs, et, grâce au zèle et à l'activité du professeur, n'a cessé de rivaliser avec les cours les plus suivis en dedans et en dehors de la Faculté.

— M. le professeur Piorry commencera le jeudi 11 avril, à trois heures précises, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, le cours de pathologie médicale pour le semestre d'été, et le continuera de deux jours l'un. M. Piorry traitera cette année des maladies du foie, de la rate et des reins. Il fera les lundis, mercredis et vendredis une leçon clinique à neuf heures, à l'hôpital de la Pitié.

---

tenir tous les sons susceptibles de produire exactement au-dehors l'état de cet organe.

Les muscles soumis au plessimètre donnent une matité remarquable avec un sentiment d'élasticité aux doigts. Déjà M. Piorry s'est servi avantageusement de ce signe plessimétrique pour distinguer des abcès profonds qui n'étaient traduits au-dehors par aucun autre signe qu'un changement dans l'élasticité musculaire.

Il est une série de sons qui se distinguent des autres par des caractères spéciaux qui ne permettent pas de les confondre ; ce sont : 1° le bruit *humorique* (hydraérique) qui se produit lorsqu'un gaz et un liquide sont mis en mouvement l'un contre l'autre ; des liquides et des gaz contenus en certaines proportions dans les voies digestives ; l'intestin renfermant des matières en même temps qu'il existe de l'eau dans la cavité péritonéale sont également susceptibles de le produire ; 2° à côté du bruit humorique se place le bruit *métallique*, qui s'obtient rarement et que l'on produit en percutant des individus atteints de phthisie pulmonaire. Il faut avoir soin de leur faire ouvrir la bouche, si l'on veut que ce phénomène ait lieu. De cette façon il existe une communication entre l'intérieur de la caverne pulmonaire et l'air extérieur.

Enfin il y a un autre son, ou pour parler plus exactement une autre sensation assez singulière, que l'on n'a du reste que rarement l'occasion de constater, c'est une sensation de frémissement que font éprouver à la main qui les percute, les kystes acéphalocystes. Dès 1828, MM. Piorry et Briançon avaient désigné cette sensation particulière sous le nom de frémissement hydatique. Contestée d'abord, cette sensation, sur l'existence de laquelle on n'est plus en doute, est considérée aujourd'hui comme un signe certain de la présence d'hydatides dans un organe : il paraît se produire non point par la collision de plusieurs hydatides, mais bien par le mouvement que la percussion communique au ver globulaire dans le liquide. Du reste, pour modifier l'intensité du bruit hydatique, il ne s'agit que de changer les rapports des hydatides et de leur contenu dans les parois du kyste.

Tels sont les bruits et les sensations que la plessimétrie fait rencontrer lorsqu'on l'emploie avec discernement et selon les règles qu'il nous reste à établir.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. PETREQUIN, chirurgien en chef.

Remarques pratiques sur une nouvelle méthode opératoire propre à prévenir les accidents qui suivent les contusions violentes du périnée.

Les plaies contuses, ou seulement les contusions du périnée sont toujours très graves, soit à cause de la nature et de la disposition des parties molles de cette région, soit à cause de l'importance des organes génito-urinaires, qui, le plus souvent, se trouvent compromis, soit enfin à cause des accidents généraux qui viennent les compliquer dans la plupart des cas. Ce sont surtout les lésions, soit primitives, soit consécutives de l'urètre, qui rendent le pronostic des contusions du périnée si fâcheux ; ce canal, en effet, peut être :

1° Déchiré ;

2° Seulement contus ; alors il perd sa vitalité, son ressort, se laisse distendre par l'urine, érailler. Dans ces deux premiers cas, il y aura infiltration urineuse.

3° Le canal est oblitéré par l'inflammation, le gonflement des tissus ambiants, et l'on est menacé de tous les accidents des rétentions d'urine.

Là où il y a infiltration, il y a irritation des parties ; il se forme des clapiers, des dépôts ou des fistules qui fusent plus ou moins loin, et des abcès gangréneux qui occasionnent des pertes de substance incurables ou très difficiles à réparer ; tel est le tableau des accidents locaux. Bientôt s'y joint une autre série de phénomènes occasionnés par la résorption de l'urine et du pus, et qui ne tardent pas à prendre le caractère adynamique : ce sont les symptômes de l'infection purulente. La structure anatomique du périnée, et surtout l'étude de ses aponévroses, explique ces désordres, et permet de diagnostiquer, par les symptômes extérieurs, quelle partie de l'urètre a été lésée. Si la solution de continuité a lieu à la portion spongieuse, l'urine s'infiltrera dans la gaîne inférieure des muscles du périnée ; elle occupera l'espace compris entre l'anus et la racine de la verge, et envahira le scrotum (1). Si la solution de continuité a lieu à la portion membraneuse, la gaîne supérieure sera tout d'abord le théâtre de l'infiltration, qui, peu à peu, pourra gagner la paroi du rectum et prendre une extension à laquelle on ne peut point fixer de limites. Ces résultats, que l'on peut déduire *à priori*, ont été confirmés par la pratique. Il ne faudrait cependant pas leur accorder une valeur trop absolue ; car plus d'une fois les aponévroses n'ont été qu'une faible barrière contre l'inflammation (*voir* Traité d'Anatomie topographique, par J.-E. Petrequin, art. *Périnée*).

Si l'on a été d'accord sur la gravité du pronostic de ces lésions, il n'en a pas été de même pour leur traitement. L'infiltration urineuse étant la cause de tous les accidents primitifs et consécutifs, locaux et généraux, c'est bien contre elle qu'ont été dirigés tous les efforts ; mais les diverses indications n'ont pas toujours été envisagées de la même façon, et la manière de les remplir a beaucoup varié. L'on a proposé d'introduire dans l'urètre une sonde aussi grosse que ce canal pourrait l'admettre ; mais la première difficulté, c'est l'introduction d'une sonde de fort calibre au milieu de parties enflammées, tuméfiées ou déchirées. Si, d'un autre côté, on la choisit trop petite, l'urine s'échappe le long de ses parois extérieures, l'infiltration a lieu par les fissures de l'urètre ; ses conséquences ne tardent pas à se manifester, et l'on a perdu un temps précieux. Alors, pour borner l'infiltration, l'on a eu recours à la boutonnière en incisant l'urètre sur le point que l'on croit déchiré, ou en élargissant la plaie s'il s'en trouve une sur le trajet de ce canal. Mais on ne remédie ici qu'à une cause de l'inflammation, c'est-à-dire au séjour de l'urine dans les tissus du périnée ; l'on ne tient aucun compte d'une indication moins pressante, il est vrai, mais qu'on ne doit pas perdre de vue, je veux dire celle fournie par l'infiltration sanguine, qui est une nouvelle source d'irritation et d'abcès, et l'on ne peut point, par une si petite ouverture, donner issue aux caillots sanguins qui se sont accumulés, et qui forment quelquefois une masse considérable.

Ainsi, le but que généralement l'on s'efforce d'atteindre, est de faciliter le cours de l'urine au moyen d'une sonde introduite dans l'urètre, pour empêcher l'infiltration ultérieure de ce liquide dans les tissus ambiants ; mais tous les auteurs classiques sont bien d'accord sur la valeur de ce moyen, et ne manquent pas d'avertir que trop souvent il échoue. Alors, disent-ils, quant l'infiltration urineuse a lieu, donnez-lui issue à l'extérieur, pratiquez la boutonnière ; mais souvent il est trop tard, le mal n'en continue pas moins à produire ses effets, et l'on est loin de toujours réussir à l'entraver.

La méthode qui a été mise en usage sur le sujet dont nous allons reproduire l'histoire, consiste à pratiquer au périnée et de prime abord une large incision qui, outre qu'elle opère, comme on le verra, une déplétion sanguine salutaire, a pour principal but d'empêcher l'infiltration de l'urine en rendant impossible son séjour dans les parties contuses. Ainsi, abstraction faite du procédé qui s'écarte des procédés ordinaires, le but de la méthode n'est plus, comme dans les précédentes, de *combattre* l'infiltration une fois arrivée, mais bien de la *prévenir*, car c'est elle qu'il faut éviter à tout prix. Cette méthode est donc plus que *curative*, elle est *prophylactique*.

Voici maintenant le fait :

Jean Vignal, âgé de quarante-sept ans, né à Merle (Loire), était occupé le 4 janvier 1844, à scier un madrier, lorsqu'il tomba de trois mètres environ de hauteur à califourchon sur une planche de champ ; il fut emporté chez lui en proie à de vives douleurs ; il fit de vains efforts pour uriner ; un médecin essaya de le sonder ; mais le rétrécissement causé par le gonflement des parties adjacentes était tel qu'il ne put y parvenir.

Le 5 janvier, le malade fut transporté à l'hôpital. Le périnée, énormément tuméfié, avait pris une couleur rouge-violacé très intense ; les bourses et la verge étaient considérablement œdématiées ; le pouls était fort et fréquent. L'on appliqua immédiatement à l'hypogastre quinze sangsues qui parurent soulager le malade.

Le 6 janvier, M. Pétrequin pratiqua l'opération suivante :

Il fit placer le malade comme pour l'opération de la lithotritie, puis, introduisant dans l'urètre un cathéter cannelé, il fit, à partir du raphé, une incision qui intéressa toutes les parties molles situées entre la pointe du bistouri et le canal urétral ; vu la tuméfaction des parties, il fut assez difficile d'atteindre le cathéter, et l'incision eut au moins 7 centimètres de profondeur ; alors l'opérateur s'arma du lithotome caché qu'il ouvrit et fit manœuvrer de manière à inciser la pointe de la prostate et à donner à l'incision une longueur toujours plus grande à mesure qu'elle se rapprochait des téguments ; il imita ainsi le procédé ordinaire de la taille médiane, donnant cependant à son incision une direction également oblique, afin que le dégorgement qu'il avait en vue d'opérer, eût lieu également des deux côtés de la ligne médiane. Aussitôt une grande quantité de sang coagulé fit irruption par la plaie, et l'on facilita avec le doigt la sortie des caillots qui y restaient encore ; la vessie aussi se vida et le soulagement du malade fut presque instantané. L'on introduisit par cette ouverture dans la vessie une sonde en caoutchouc en gros calibre, et l'on reporta l'opéré dans son lit, où on lui donna la position ordinaire après la lithotomie, les membres inférieurs fléchis et soutenus par des coussins.

Le malade fut mis à la diète, reçut une potion avec 35 gram. de sirop diacode et une pilule de cynoglosse le soir ; on prescrivit également de légers laxatifs et des lavements que l'on répéta les jours suivants, et l'on eut soin de faire, par la sonde à demeure et trois fois par jour, des injections émollientes tièdes dans la vessie. L'on appliqua également des cataplasmes émollients sur l'hypogastre.

Sous l'influence de ce traitement, l'infiltration sanguine se dissipa peu à peu, la plaie laissait échapper un liquide sanguinolent, le périnée reprit par degrés sa couleur naturelle, les bourses et la verge revinrent à leur volume normal.

Le 9, on ne continue plus que les injections et les lavements, et le 11 on donne au malade un quart de portion.

Le 12, une petite quantité d'urine a passé par la voie naturelle, cette quantité augmente de jour en jour ; la plaie du périnée tend à se fermer, et le 15 elle n'a plus que six lignes. On retire la sonde qu'on y avait introduite, et l'on en place une à demeure dans l'urètre.

Le 18, la plaie se rétrécit sensiblement, mais laisse encore passer une petite quantité d'urine.

Le 19, une injection d'eau poussée par la sonde de l'urètre ne ressort pas par la plaie ; ce qui permet de supposer que si, au dehors, elle n'est pas fermée, elle a cependant plus profondément commencé à contracter des adhérences.

Le 26, les bords de la plaie commençant à s'indurer, on prescrit des cataplasmes émollients sur le périnée et un bain de siége tiède ; on les répète le surlendemain et le jour suivant. On donne la demi-portion.

Le 30, les bords de la plaie sont moins durs ; ils ne sont pas entièrement cicatrisés, mais ne laissent plus passer d'urine. L'appétit et le sommeil reviennent ; le malade, qui, ces jours derniers, s'est levé pour rester assis pendant quelques heures, se promène maintenant un peu, en conservant toujours sa sonde.

Le 4 février, le malade fait un effort pour aller à la selle, et dit que sa plaie s'est rouverte ; on lui donne un lavement huileux ; mais le 11 on s'aperçoit qu'il a été induit en erreur, et que l'urine qui s'est échappée n'a point passé par la plaie, mais par une fistule qui a été négligée jusqu'à présent, et qui, en effet, ne pouvait pas donner tant que la sonde était restée à demeure dans l'ouverture du périnée, parce qu'elle est sur un point du canal antérieure à cette ouverture artificielle qui, depuis dix jours environ, est parfaitement cicatrisée. Cette fistule donc s'ouvre à la racine des bourses ; elle est le résultat immédiat de la contusion, et son trajet est indiqué par un cordon induré qui se prolonge jusqu'à l'origine de la portion membraneuse.

Le 19, cette fistule continue à laisser suinter un peu d'urine ; et en laisse échapper encore un peu actuellement, 28 février. Ce qui l'entretient est un rétrécissement siégeant au-devant de la partie membraneuse, et qui est le produit de la contusion directe et de la solution de continuité que celle-ci a opérée en cet endroit. Aussi, dès le 20 février, l'on s'est attaché à combattre ce rétrécissement par l'emploi de sondes et de bougies que l'on introduit tous les deux jours, et qu'on laisse un quart d'heure en place.

Mais nous terminerons ici l'histoire de ce malade. Son état général est bon ; il se lève, se promène, mange les trois quarts de portion, et n'est plus retenu à l'hôpital que par cette fistule, dont le traitement est étranger à notre sujet. Nous nous bornerons à dire que le rétrécissement et la fistule sont aujourd'hui (12 mars), en voie de guérison complète, puisque nous n'avons entrepris que de tracer la marche de la contusion du périnée, et surtout l'influence que le traitement employé a eue sur elle.

Ainsi : 1° Une large incision a aidé puissamment à combattre l'infiltration sanguine, a donné issue aux caillots de sang qui, sans elle, seraient restés comme corps irritants et putrescibles, et auraient pu concourir, par la suite, à la formation d'abcès et favoriser la mortification des parties. Cette incision a agi antiphlogistiquement comme déplétion sanguine locale, et en opérant le débridement des organes elle a été suivie de la cessation de l'engorgement qui les envahissait, et des douleurs dont ils étaient le siége ; bientôt après, la circulation devenant plus libre, l'œdème des bourses et de la verge se dissipa.

2° Elle a prévenu l'infiltration de l'urine en lui ouvrant une large issue, et, en intéressant les tissus extérieurs plus que les parties profondes, a prévenu sa stagnation entre les différents plans dont se compose le périnée, et les abcès et dépôts urineux qui en sont l'effet presque constant.

3° Enfin, par le fait qu'il n'y a pas d'infiltration d'urine, et par conséquent pas de résorption, les accidents généraux ont été prévenus, et l'on n'a point vu apparaître ces symptômes ataxiques et adynamiques qui accompagnent et terminent la scène de l'infection purulente.

L'incision une fois faite, il a fallu y introduire une grosse sonde pour prévenir l'occlusion de la plaie par les caillots sanguins qui, pendant l'opération même, ne cessaient de venir l'obstruer ; il fallait donc y laisser une sonde à demeure ; mais combien de temps doit-on l'y laisser séjourner? Ce temps n'est pas précis ; mais on doit l'enlever dès qu'une quantité suffisante d'urine a passé par le canal naturel ; car cette circonstance indique que le gonflement a cessé, et que l'urètre est redevenu perméable ; si l'on enlevait la sonde trop tôt, l'on manquerait donc le but ; si, d'un autre côté, on la laissait séjourner trop long-temps, l'incision se transformerait facilement en fistule, car ses bords et son trajet ont une grande tendance à s'indurer, et l'on aurait, plus tard, de la peine à l'oblitérer.

Les injections émollientes dans la vessie sont de puissants adjuvants pour réaliser l'indication définitive et où tendent tous les moyens, je veux dire pour prévenir la résorption urineuse ; elles ôtent, en effet, à l'urine son âcreté et la rendent moins délétère pour les tissus dans lesquels elle pourrait s'infiltrer.

Enfin, les lavements fréquemment répétés concourent au même but en évitant l'accumulation des matières fécales dans le rectum, la compression de la vessie, et en épargnant au malade des efforts qui tendraient à faire sortir involontairement l'urine par la plaie, et à rouvrir celle-ci lorsque la cicatrisation aurait commencé à s'y établir.

Si l'on a réfléchi aux principes qui ont engagé M. Petrequin à introduire dans le traitement des contusions du périnée cette innovation opératoire, l'on aura vu qu'elle remplit, autant que faire se peut, toutes les indications, et que les bons résultats que la théorie lui assurait ont été réalisés dans la pratique, et pourront engager les praticiens à l'imiter. La prudence exige cependant de n'y avoir recours que dans les cas de contusions violentes et contre lesquelles les autres méthodes seraient impuissantes.

Dr M. OLIVET.

(1) Pour ceux qui admettent que l'aponévrose inférieure s'arrête à la racine des bourses, il faudra une éraillure de cette aponévrose pour produire l'infiltration du scrotum. (*Note de l'auteur.*)

SOCIÉTÉ MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 7 février 1844. — Présidence de M. GILETTE.

La Société adopte la rédaction du procès-verbal de la dernière séance, mais elle décide qu'il n'en sera publié qu'un extrait.

Correspondance. — *M. Leblanc*, chargé par la Société de l'examen d'un mémoire intitulé, Observations et réflexions pratiques sur l'ovarite chez la jument, le renvoie pour être simplement déposé aux archives. L'auteur, M. Raynal, vétérinaire, l'ayant publié dans le Recueil de médecine vétérinaire pratique de mai 1843, et déjà communiqué à la Société royale et centrale d'agriculture dans la même année.

M. Leblanc joint à cet envoi le numéro de février de son journal.

— *M. Lacorbière* fait hommage du discours de clôture prononcé par lui à la Société phrénologique de Paris, le 8 janvier 1844.

— *M. Caffe* remet un exemplaire imprimé du Rapport lu dans la séance du 6 septembre à la Société même, sur un prétendu cas d'atrésie du rectum et de l'urètre, survenue à l'âge de dix ans chez un

homme, qui a néanmoins vécu jusqu'à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

— *M. Blatin* offre de la part de M. Nivet, correspondant de la Société, et professeur-adjoint à l'école de Clermont, une notice biographique de J.-B. Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont, lu à l'Académie des sciences et arts de Clermont, le 7 décembre 1843.

Le travail de M. Nizet est remarquable, dit-il, par la justesse de l'appréciation et par l'élégance du style. Il rappelle les éminentes qualités de Fleury. C'est à lui qu'on doit la découverte des canaux veineux des os du crâne. C'est lui qui le premier a appliqué l'emploi du vésicatoire au traitement des plaies des articulations. Fleury a laissé une Thèse estimée sur la cataracte, un Mémoire sur la vaccine, un Discours sur l'Histoire de la médecine, une Notice sur les hospices et les hôpitaux, et un travail sur l'hygiène du département du Puy-de-Dôme.

— *M. Sichel* présente de la part de M. Wybrands-Hendrihsg, une thèse intitulée : *Descriptio historica atque critica variarum uteri prolapsum grandi methodorum.* (Renvoyé à M. Giraldès.)

— *M. le docteur Fallot*, de l'Académie de Bruxelles, adresse une brochure intitulée : Discours sur la profession de médecin. (Renvoyé à M. Cornac.)

— *Recherches sur la nature et sur le siége de la cataracte;* par M. Hœring. — *M. Sichel* rend compte verbalement de ce travail, déjà imprimé et couronné au concours des Annales d'oculistique de 1841.

La première partie en est consacrée à la description de la capsule du cristallin. L'auteur prouve que dans l'inflammation les capsules se vascularisent rarement, comme l'avait déjà avancé M. Sichel. Il insiste sur cette erreur, que les adhérences seraient un simple dépôt de la membrane cristalline. Il montre que le cristallin s'enflamme et adhère. Il dit également qu'il est très-difficile de produire une inflammation de la capsule par déchirure.

L'auteur divise les cataractes capsulaires en antérieure et postérieure; il parle surtout de la postérieure, qu'il croit très fréquente ; il s'élève contre l'opinion contraire de M. Sichel, qui croit que c'est presque toujours une opacité des couches postérieures du cristallin ; toutefois il ne cite que deux cas.

Au sujet d'une observation relatée par M. Hœring, du passage dans la chambre antérieure d'un morceau pétrifié du cristallin, le rapporteur dit avoir tout récemment vu un fait identique. Le cristallin ossifié était passé dans la chambre antérieure à la suite d'un coup.

L'auteur, dans la deuxième partie, parle de diverses cataractes. Il regarde la cataracte molle comme un ramollissement du cristallin. C'est une erreur, le cristallin se ramollit par imbibition seulement.

En somme, le rapporteur conclut à ce qu'il soit voté des remercîments à M. Hœring.

M. Caffe fait observer que la capsule postérieure doit fréquemment devenir opaque, car sa vascularité est plus grande que celle de la capsule antérieure ; il dit que fréquemment des blessures rendent opaque la capsule antérieure, on ne comprend donc pas comment l'auteur n'a pu produire cette opacité par des lésions traumatiques. Selon lui, le passage du cristallin dans la chambre antérieure et l'ossification ne sont pas rares. On agit, au reste, sagement en n'opérant que dans les cas urgents ; car l'humeur aqueuse est dissolvante.

M. Giraldès croyant avoir compris que M. Sichel niait la vascularisation pathologique de la capsule, rapporte avoir vu à Utrech une capsule malade dans laquelle l'injection avait pénétré.

Le rapporteur se déclare parfaitement de l'avis de ses collègues, sauf ce qu'à dit M. Caffe de la cataracte capsulaire. Il n'a donné que des raisons théoriques, et sur plus de cent cas M. Sichel n'a trouvé qu'une seule cataracte postérieure formée par des stries accolées.

— *Des maladies des ovaires*, question proposée en prix. — *M. Chailly*, rapporteur de la commission, expose que le mémoire portant le n° 2 et la devise : *Propter ovaria mulier id est quod est*, l'emportant de beaucoup sur ceux des autres compétiteurs, la commission a cru devoir proposer de lui décerner le prix. Toutefois, une partie du travail étant la copie presque exacte d'une thèse soutenue à Strasbourg, la commission n'entend donner le prix que si l'auteur du mémoire est aussi l'auteur de la thèse.

M. Giraldès. regrette que le rapporteur n'ait pas fait complètement justice de l'extirpation des ovaires; opération qui paraît prendre étrangement droit de cité à Londres. Sur 37 femmes soumises à l'opération, 17 ou 18 sont mortes; et encore il est constant, comme l'a fait remarquer M. Laurens au collége chirurgical de Londres, que l'on ne connaît qu'une partie des insuccès.

Un membre fait remarquer que les chiffres qui reviennent à la mémoire de M. Giraldès sont exacts ; les succès et les revers se comptent presqu'à nombre égaux. C'est une proportion magnifique, dit-il, en grandes opérations chirurgicales.

M. Larrey n'admet pas la comparaison qu'on tendrait à établir. La plupart des grandes opérations sont faites pour des cas urgents; elles sont devenues indispensables. L'ablation des ovaires n'en est jamais là.

M. Caffe. fait observer, en effet, que si l'opération est à rejeter, c'est moins par la mortalité qu'elle entraîne, que par la rareté de sa nécessité immédiate.

M. le rapporteur s'étonne qu'on lui reproche de n'avoir point blâmé l'opération; il a formellement dit que les succès ne pouvaient pas en faire excuser la pratique.

M. le président consulte la Société pour savoir si elle entend décerner le prix, quoiqu'une partie du mémoire ait été imprimée.

La Société est unanime dans la décision que, s'il y a eu plagiat, il sera signifié d'une manière sévère.

En second lieu, considérant qu'il est en dehors des usages d'accorder des prix à des travaux déjà publiés, et que la partie neuve du mémoire ne paraît pas digne du prix, elle décide, contrairement aux conclusions de la commission, qu'il ne sera donné qu'un encouragement. Il est fixé à 150 fr.

M. le président ouvre le paquet cacheté contenant le nom de l'auteur. C'est M. Louis Hitz, médecin à Colmar.

— *M. Giraldès*, chargé de rendre compte d'une brochure intitulée *Intorno allo stato attuale della scupla medico-chirurgica luccheze e della chirurgica italiana*, déclare n'avoir pas trouvé à faire un rapport.

Le secrétaire-général, Dr J. Cherest.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal des connaissances médico-chirurgicales. Mars 1844.

De l'humorisme actuel. — L'albuminurie.

Article d'exposition de l'état actuel de la science sur ce sujet. Rien de nouveau.

Observations de maladies cérébrales, dont une survenue pendant le cours d'un typhus sporadique ; par M. Boudet.

Ces observations ont été recueillies à la Charité, pendant l'internat de M. Gouraud ; elles sont relatives à un cas de collection purulente dans l'arachnoïde, avec ramollissement cérébral, phlébite des veines des orbites et du cou, abcès multiples dans les poumons ; à un fait de méningite tuberculeuse ; à une méningo-encéphalite à la suite de fièvre typhoïde ; à un exemple de méningite coïncidant avec un typhus, offrant, au dire d'hommes compétents, les caractères physiologiques et anatomiques de cette grave affection. Cette dernière observation, la plus importante de toutes, n'est pas encore publiée.

Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.

Cet article est extrait de l'ouvrage que M. le docteur Wallon vient de publier sous ce titre, et dont nous donnerons prochainement l'analyse.

Maladies de la peau ; cours de M. Duchesne-Duparc.

Nous avons donné une analyse plus étendue de cette première leçon.

Chute sur la main droite, luxation de l'articulation cubito-humérale. Fracture de l'olécrane. Guérison complète ; par M. Daugier.

Le fait à noter dans cette observation, c'est que la guérison a été obtenue sans ankylose.

Plaie de l'articulation tibio-tarsienne guérie sans amputation ; par M. Lemonnier.

Le fait suivant peut démontrer aux chirurgiens qu'il ne faut pas trop se hâter d'amputer, lors même qu'une articulation est largement ouverte. — Un ouvrier charron s'était grièvement blessé avec la hache dont il se servait pour son travail. Le coup avait porté sur l'articulation tibio-tarsienne à droite. Le sang avait coulé par jet et en assez grande abondance pour effrayer les assistants, qui, ne sachant mieux faire, avaient essayé de l'arrêter en recouvrant la plaie avec les excréments d'un porc. Après que l'auteur eut enlevé cet hémostatique de nouvelle invention, le sang coula de nouveau ; il s'en rendit facilement maître, et il put voir les lésions suivantes : l'articulation est ouverte dans presque toute son étendue, c'est-à-dire, que la plaie s'étend depuis la partie antérieure de la malléole interne jusqu'à la partie externe du tendon d'Achille ; la surface du péroné est à nu, ainsi que les surfaces correspondantes des os du tarse. En introduisant le doigt dans la plaie, on peut sentir une certaine portion de la surface articulaire du tibia ; dans toute cette étendue, les tendons extenseurs sont coupés, la synovie coule en assez grande quantité, les mouvements d'extension sont impossibles. Le blessé a dix huit ans ; son tempérament est lymphatique; il porte à la partie moyenne de la même jambe une cicatrice, résultat d'une plaie faite deux ans auparavant par un instrument tranchant, et dont il eut beaucoup de peine à guérir. Dans une pareille circonstance, que devais-je faire? dit M. Lemonnier. Fallait-il amputer immédiatement ou essayer la réunion? J'avouerai que j'avais peu d'espoir d'obtenir une cicatrisation, et que, dans le cas où je serais assez heureux pour l'obtenir, j'avais toujours à craindre une gêne plus ou moins grande dans les mouvements de l'articulation. Cependant, ne voyant pas de danger à reculer l'amputation, je me bornai pour le moment à réunir par première intention au moyen de bandelettes agglutinatives. Néanmoins, à ma visite du lendemain, je m'adjoignis un de mes confrères, pour qu'il me donnât son opinion. Il dit comme moi que rien n'obligeait à amputer de suite, qu'il fallait attendre, qu'il serait toujours temps d'en venir à ce moyen rigoureux lorsque les symptômes que nous craignions commenceraient à se manifester. Nous continuâmes donc les bandelettes agglutinatives; nous plaçâmes une attelle qui s'étendait depuis le tiers inférieur et interne de la jambe jusqu'à trois centimètres environ au-delà de la plante du pied; nous recouvrîmes la plaie de charpie, de quelques compresses, et nous assujétîmes le tout au moyen de quelques tours de bande ; le pied, mis dans sa position normale, fut fixé par un lien, de manière à ne pouvoir dévier ni en dehors ni en dedans. Pendant huit jours je lavai avec la décoction de guimauve et de pavot, sans cependant enlever les bandelettes; à chaque pansement, il s'écoulait une grande quantité de pus d'une odeur fétide, d'une couleur de marc de café; lorsqu'il cessait de couler, on voyait encore traîner un liquide blanc, gluant, ressemblant au blanc d'œuf. Dès ce moment, à cause de la fétidité du pus et du mauvais état de la plaie, je remplaçai les lotions émollientes par des lotions faites avec quatre parties d'eau et une partie de chlorure de sodium.

Au bout de trois semaines, la plaie avait un meilleur aspect, elle était rosée ; quelques bourgeons charnus commençaient à se développer; le pus était plus consistant, il devenait blanc ; l'écoulement de la synovie avait à peu près cessé. Je commençai dès lors à concevoir quelques espérances. L'état général était bon ; le sommeil était revenu; l'embonpoint se conservait ; l'appétit était assez prononcé pour que je crusse devoir le modérer ; les douleurs étaient bien moins vives. Je continuai toujours le même traitement, et au bout de six semaines, à dater du jour de l'accident, la plaie est à peu près cicatrisée. Au bout de deux mois le malade peut se lever, sans cependant trop appuyer sur le pied malade, les mouvements d'extension reviennent de jour en jour. Quinze jours après, il marche avec assez de facilité ; la cicatrice est complète, solide ; les mouvements d'extension ont leur plein exercice. Aujourd'hui, il est dans l'état le plus satisfaisant ; il marche comme avant l'accident, et, chose extraordinaire, l'articulation a conservé tous ses mouvements, et le pied n'a éprouvé aucune déviation.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sulfate d'alumine comme antiseptique et détersif dans les plaies de mauvaise nature.

Nous nous bornons à citer un extrait des trois cas que le docteur Pennypacher, de Philadelphie, a communiqués.

1er *Cas.* Plaies ulcéreuses de la région sacrée chez un malade affaibli, et réduit à rester couché sur le dos depuis plusieurs mois. Les plaies étaient profondes, et couvertes d'un pus jaunâtre très fétide. L'usage du sulfate d'alumine à la dose d'une once sur six onces d'eau détruisit la mauvaise odeur, et nettoya la plaie au bout de deux jours sans nullement la stimuler.

2e *Cas.* Il s'agissait d'une plaie de jambe datant de dix ans. Au commencement de l'usage du sel d'albumine, la plaie était large et insensible à toute espèce de topique; mais quelque temps après l'emploi de cette substance la plaie changea d'aspect, les bourgeons de mauvais caractère tombèrent pour faire place à un bourgeonnement de bonne nature, la sensibilité y devint exquise. On l'employa à la dose de 2 onces pour 6 onces d'eau. La plaie fut parfaitement cicatrisée dans l'espace de six à sept semaines.

3e *Cas.* C'était un ulcère siégeant sur le mollet et résultant d'un furoncle mal traité. On employa le sulfate d'alumine à la dose indiquée ci-dessus, et en très peu de temps l'ulcère prit le caractère de plaie ordinaire, et se cicatrisa. (*The medical examiner.*)

Efficacité de l'iodure de zinc dans certaines affections des tonsilles.

On le prépare en faisant digérer le zinc en excès réduit en petits morceaux dans de la teinture aqueuse d'iode. Le docteur Ross s'est servi de cette solution (à la dose de 10 à 20 grains par once d'eau) avec un grand succès dans les cas de tonsilles hypertrophiées. Le docteur Goddard nous assure aussi avoir obtenu les plus heureux résultats dans la même affection. Plusieurs autres praticiens s'en sont également bien trouvés dans les mêmes circonstances.

Emploi du tanin dans la coqueluche.

M. Subregondi a retiré beaucoup d'avantage de l'emploi du tanin pur dans la période asthénique de la coqueluche. Il l'a administré à la dose d'un quart à un demi-grain toutes les deux heures, conjointement avec quelque substance calmante, telle que l'extrait de ciguë, etc., et les purgatifs, comme l'infusion de séné, sous l'influence duquel traitement les paroxismes ont cessé complétement dans un court espace de temps. L'effet astringent et de constipation du tanin est corrigé par l'action contraire des autres substances.

Quant à la ciguë, on peut ajouter que le docteur Meyer (de Kreutzburg) a trouvé que le tanin obtenu par l'infusion de la noix de galle est un excellent antidote contre les effets toxiques de cette substance, après avoir administré le sulfate de zinc comme émétique pour débarrasser l'estomac. (*The Medical examiner.*)

Propriétés thérapeutiques de l'oxyde d'argent.

Cette préparation est considérée comme fournie de toutes les vertus thérapeutiques du nitrate d'argent, administrée à l'intérieur, sans avoir l'inconvénient de colorer la peau en brun. M. Lane, qui en a tout récemment fait revivre l'usage, le recommande dans plusieurs affections de l'estomac exemptes de lésions organiques, telles que la dysenterie, la diarrhée, et dans beaucoup d'affections utérines, etc. La dose est d'un demi-grain donné en pilules deux ou trois fois par jour. M. Lane dit ne l'avoir jamais porté au-delà de 6 grains en vingt-quatre heures.

(*Ibid*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 9 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 42. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 8 AVRIL 1844.

DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR M. ORFILA SUR LES INSTITUTIONS MÉDICALES.

(Premier article.)

Nous ne pourrions, nous ne voudrions pas dire ce qu'il peut y avoir de fondé dans les bruits qui courent sur la prochaine retraite de M. Orfila, et sur sa démission probable des fonctions de doyen de la Faculté de médecine de Paris. Une chose seulement nous importe à constater dans ce moment, c'est que cette retraite est généralement prévue et attendue, c'est que, dans cette prévision, des démarches plus ou moins ostensibles sont faites pour hériter de sa succession, et que, si nous sommes bien renseigné, M. Orfila serait lui même tellement convaincu de l'opportunité, de l'inévitabilité de sa retraite, qu'il aurait supputé, avec un grand discernement des hommes et des choses, les chances diverses des nombreux aspirants à son héritage.

L'histoire et son impartial jugement commenceraient donc pour cet homme qui a joué un si grand rôle dans les institutions médicales depuis quatorze ans. Peut-être, en supposant la réalité de cette abdication volontaire ou forcée, peut-être qu'à ce moment suprême il peut ne pas être sans utilité de rechercher quelle influence bonne ou mauvaise le passage au pouvoir de M. Orfila a exercée sur nos institutions, d'apprécier ce qu'il a fait, d'indiquer ce qu'il n'a pas fait et ce qu'il aurait pu faire, de juger en un mot son décanat sans rigueur, mais sans faiblesse, avec justice, indépendance et vérité.

Sommes-nous dans les conditions nécessaires pour porter un tel jugement? Nous interrogeons notre conscience, qui nous répond affirmativement. Nous sommes, pour M. Orfila, sans haine comme sans affection; nous sommes libre envers lui de rancune comme de gratitude; il ne nous a fait ni bien, ni mal; nous n'avons jamais mendié ses faveurs ou ses services; comme aussi, nous aurons la bonne-foi de le déclarer, soit volonté, soit impuissance, à part une petite vexation judiciaire, nous ne savons pas qu'il ait jamais tiré vengeance des actes nombreux d'hostilité dont nous avons fait preuve à son égard. Ainsi donc, nous n'avons nul motif, nul intérêt à être, envers lui, ou complaisant, ou injuste. Nous n'avons ni à exercer des représailles, ni à nous montrer reconnaissant. Si, aux jours de sa puissance, nous n'avons pas grossi le nombre de ses flatteurs serviles, nous ne l'insulterons pas quand il descend de ses grandeurs. Nous voulons être envers lui calme, modéré, impartial, comme cela convient à tout critique désintéressé, à celui qui comprend la dignité de la presse et la moralité de ses enseignements.

Il nous importait de nous poser de cette façon avant d'aborder l'examen auquel nous allons nous livrer. Cet examen, nous ne voulons l'écrire ni pour les amis de M. Orfila, qui toujours ont été pour lui plus dangereux qu'utiles, ni pour ses ennemis personnels, qui plusieurs fois, à son égard, dépassèrent les bornes du juste et de l'honnête. Nous sommes sûr, à l'avance, de ne contenter ni les uns, ni les autres. Nous en prenons facilement notre parti, en songeant, d'une part, que nos appréciations ne s'adressent qu'aux hommes impartiaux et modérés, qui mettent la vérité en dehors de toute passion d'affection ou de haine; et, d'autre part, que le point de vue dont nous voulons envisager ce sujet fera planer notre discussion au-dessus des petits intérêts personnels. D'ailleurs, ce sont là nos principes : le ton de la critique doit employer des modes divers selon les positions auxquelles il s'adresse. Un homme au pouvoir, exerçant son influence continue en dehors des principes que nous croyons vrais et utiles, doit trouver une opposition active et continue, une hostilité permanente et vive, une guerre incessante et de tous les jours. C'est ce qu'encore aujourd'hui nous nous honorons d'avoir fait pendant douze ans contre M. Orfila. Mais un homme qui descend du pouvoir doit être jugé en dehors des irritations du moment; la critique, pour lui, que l'histoire dépouille déjà de tout manteau d'emprunt, doit être calme, religieuse, mais ferme et résolue; car la critique ici, c'est la justice, c'est l'histoire.

M. Orfila peut et doit être apprécié sous des aspects divers, car l'influence qu'il a exercée a été fort complexe. Ce n'est point sa biographie que nous voulons écrire; d'autres diront par quel concours de circonstances heureuses ou habilement exploitées il arriva à la haute position qu'il occupe. Nous le prenons après 1830, après le court décanat de Dubois l'ancien, auquel il succéda, et dont le grand âge ne comportait plus l'activité nécessaire au chef d'une grande école. Avant Dubois, cette école avait été long-temps administrée par un homme animé, sans doute, de bonnes intentions, mais dont l'âge aussi et les infirmités paralysaient l'exécution. De sorte que, il faut le reconnaître, quand M. Orfila arriva au décanat, l'école de médecine de Paris avait grand besoin d'un homme jeune encore, actif, zélé; car bien des choses étaient à faire, bien des lacunes à remplir.

Malheureusement, dès cette époque, les préoccupations politiques du moment firent croire à M. Orfila que ses services pouvaient être utiles au gouvernement. Il se posa donc, non-seulement comme doyen de la Faculté, mais encore comme homme politique intéressé au succès de toutes les marches ministérielles, cherchant à y contribuer de tout son pouvoir, et mêlant son influence de chef d'école à tous les événements dont cette école pouvait être le théâtre. Ce ne fut plus un doyen qui dirigeait la Faculté, mais une sorte de fonctionnaire, d'agent ministériel faisant tout converger vers les idées gouvernementales du moment.

Ce fut là la première et peut être la plus grande faute de M. Orfila. Dès le début de sa carrière administrative, il perdit ce quelque chose mille fois plus influent et plus imposant que l'autorité officielle, nous voulons dire l'autorité morale. Le doyen de l'Ecole s'était fait homme de parti; il subit aussi toutes les conséquences qu'entraîne cette position, les antipathies, l'hostilité, les haines, les injustices que soulèvent les passions politiques. Pour neutraliser la vive opposition qui s'élevait autour de lui, non-seulement parmi les élèves, mais même parmi ses collègues et jusque dans le monde extra-médical, M. Orfila sentit le besoin de s'appuyer sur des adhérents, sur des amis, sur des obligés. De là une coterie qui a long-temps régné sur l'Ecole de Paris; de là bien des actes qui, comme nous le verrons dans la suite de ces articles, ont été l'inévitable résultat de la position compromettante et fausse que dès le principe il s'était faite.

Et cependant, combien était belle sa position au début de son décanat! Par l'éclat et la célébrité de son enseignement, il avait fait oublier et pardonner son origine étrangère. On ne s'informait plus sous quelle latitude avait vu le jour ce professeur, qui autour de sa chaire attirait des milliers de disciples. L'amour-propre national, si légitimement susceptible pour les faveurs accordées aux étrangers au détriment de ses enfants, avait donné ses lettres de naturalisation à ce talent d'exposition rare, à cette parole si nette et si lucide, à ce démonstrateur si habile et si clair de la chimie élémentaire. Lorsque M. Orfila prit les rênes de la Faculté, sa popularité était incontestable, et cette popularité, il l'avait acquise par la seule influence de son cours. Rien ne lui était plus facile que de puiser constamment ses moyens d'action à cette source pure. Mais il ne le voulut pas! Soit ambition, soit amour-propre, soit, et nous penchons vers cette version, appréciation fausse de sa position, M. Orfila sacrifia son influence de professeur à celle qu'il espérait en devenant homme gouvernemental, et dès lors s'élevèrent contre lui des méfiances qu'il ne tarda pas d'ailleurs à rendre légitimes. C'est dans cette période, et pour ne parler que d'un seul acte politique de M. Orfila, qu'il faut placer comme ayant agi d'une manière fâcheuse sur son autorité morale, le voyage à Blaye, cette mission où l'on ne sait quoi le plus blâmer, ou l'odieux de ceux qui l'ordonnèrent, ou la faiblesse de ceux qui l'acceptèrent, et où l'on vit des professeurs, leur doyen en tête, aller officiellement constater le déshonneur d'une femme captive.

Nous avons dit que dans la position qu'il s'était faite et qu'en face d'une opposition qui grandissait tous les jours, M. Orfila avait senti le besoin de s'entourer d'amis et d'obligés. C'est, en effet, un des plus graves reproches que l'histoire aura à adresser à M. Orfila d'avoir puissamment contribué à fausser,

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'incident académique.—Conseil à tous.— Une lettre à Jean Raimond. — Une rectification.

Je vous donnerai peu de chose de mon cru, aujourd'hui, car la sainte semaine que nous venons de passer a été ennuyeusement monotone de sagesse. Cependant elle n'avait pas trop mal commencé. Ne disais-je pas, mardi dernier : « L'Académie de médecine, cette terre fertile en incidents bizarres et inattendus! » Eh bien! le même jour, le plus bizarre et le plus imprévu de ces incidents faisait explosion. Pendant un quart d'heure l'Académie représentait, en petit, une de ces scènes tumultueuses du palais Bourbon, où M. Guizot, en butte aux véhémentes apostrophes de toutes les oppositions, s'acharne à la tribune avec plus de courage que de raison. Le Guizot, ici, c'était M. Guérin, moins cependant quelques petites qualités oratoires qui font du ministre un homme d'un immense talent. Comme lui il a lutté contre une position hérissée de périls, et comme lui il y a laissé ce quelque chose qui ne peut être bien désigné qu'en langage parlementaire dont l'usage, de par la loi, est ici interdit.

Voilà donc les académies investies de la grande question que M. Guérin avait voulu faire décider par d'autres juges un peu moins compétents. Ce recours de M. Malgaigne à la juridiction scientifique doit être considéré comme une trêve dont tout le monde peut profiter. Un grand nombre pour étudier l'orthopédie afin d'être prêts au jour de la discussion, tous pour attendre dans la réserve et le silence à l'égard de M. Guérin, les résultats de cette discussion. Avec ma franchise habituelle, je dirai que maintenant que la question est scientifiquement posée, que maintenant que M. Guérin bon gré ou mal gré doit accepter la discussion sur ce terrain, toute attaque nouvelle non provoquée serait mal venue et blesserait tous ceux chez lesquels les plus graves intérêts scientifiques n'éteignent pas les sentiments de générosité. Il faut laisser à l'orthopédiste de *la Muette* toute la liberté, toute la tranquillité d'esprit désirables à la préparation de sa défense. Agir autrement, ce serait fournir prétexte à des accusations de persécution que j'ai déjà entendu timidement formuler par quelques âmes charitables qui ne se souvenaient pas que tout ce bruit, tout ce scandale sont partis de M. Guerin lui-même.

— Je vais maintenant vous régaler d'une épître à moi adressée, en mains propres remise, et qui vous ferait ouvrir de bien grands yeux si je vous en disais l'auteur. Mais j'ai promis d'être discret, et je tiendrai ma promesse. Il est bien sûr de n'être pas reconnu, au ton léger et badin avec lequel il a cru devoir traiter un sujet grave et sérieux. Mais je suis de ceux qui pensent qu'un peu d'assaisonnement d'esprit ne peut nuire à aucune cause; j'espère que les lecteurs seront de mon avis.

A Monsieur Jean Raimond.

« Pardon, mon cher confrère, de la liberté grande que je prends de vous écrire, moi pauvre flâneur des hôpitaux de Paris, de vous inconnu, je pense, ou du moins qui le crains fort. Mais ce que j'ai à vous communiquer est si extraordinaire, si plaisant et si sérieux à la fois, que je n'oserais en dire le quart à un autre qu'à vous que je sais par état, sinon par nature, essentiellement discret. Il faut vous dire que depuis dix-huit mois que je suis à Paris, dans la grande capitale où, pauvre docteur de Strasbourg, je n'étais jamais venu, j'ai voulu visiter en détail les établissement médicaux de votre ville, et juger par moi-même de la vérité de ce que l'on raconte. J'ai vu qu'ici, comme partout ailleurs, les médecins et l'Administration ne s'entendent guère, que partout cependant force reste..... à l'Administration, et j'avais déja commencé un mémoire sur la question suivante : *De la compétence du Conseil général de l'Administration des Hospices et Hôpitaux civils, relativement à l'enseignement clinique et autres questions plus ou moins scientifiques*, lorsque je me suis aperçu que les développements de cette thèse m'entraîneraient beaucoup trop loin; comme aussi nous ne sommes plus au temps des Bénédictins, je ne me suis pas, il faut l'avouer, senti le courage d'écrire un in-folio, qui peut-être, par certains détails curieux, eût trouvé des lecteurs.

» Quoi qu'il en soit, et que je continue ou non, permettez moi de vous soumettre aujourd'hui les réflexions qu'a fait venir en tête de votre indigne serviteur une visite à l'Hôtel-Dieu de Paris, cet hôpital qui devrait être assurément le premier hôpital de France.

» Et d'abord, cher confrère, pour nous servir de cet argot en usage dans les manufactures de lois, et que nous retrouvons chaque matin dans les tartines parlementaires du premier Paris des journaux politiques, *une question préalable*. Savez-vous une chose, que je n'ai apprise, moi, que ce matin, et qui m'a donné la clef d'une foule de mystères incompréhensibles pour un esprit non prévenu? Il paraîtrait, m'a-t-on dit, et j'espère que vous voudrez bien m'affirmer le fait vous-même, pour que j'y croie, que le conseil général des hospices est composé de quinze membres, dont deux préfets, des députés, des pairs de France, des notaires et des avoués honoraires, d'anciens négociants, des avocats, des banquiers, des... — Mais et des médecins? — Ah! ma foi, nous ne pourrons pas dire :

Il en est jusqu'à deux que j'y pourrais compter,

car il n'y en a qu'un (1). Je vous le répète, je n'y croirai que quand vous me l'aurez affirmé vous-même d'une manière positive.

» — Mais, si l'on a dit vrai, comment seront comprises et traitées par ces messieurs, tous gens d'ailleurs de haute probité, de haute intelligence, chacun dans leur partie, comment seront comprises et traitées par ces messieurs les questions scientifiques qui se présentent chaque jour à l'examen et à la délibération de ce conseil? — Imprudent, vous avez mis le doigt dans la plaie. Ils se tireront de cette difficulté comme des médecins feraient, qui seraient appelés à donner leur avis sur la validité d'un contrat de mariage, sur un mur mitoyen, sur la question importante de savoir si une étoffe est tout fil ou tout laine, et si par hasard cette pièce de velours ne serait pas *tramée-coton*.

» Cependant, combien ne sont pas nombreuses les questions d'hygiène qui s'offrent sans cesse à cette assemblée? Les questions relatives aux aliments, aux boissons, à la distribution de l'air, de la lumière, du calorique, à l'espace nécessaire aux malades pour éviter le développement des infections, à la quantité cube d'air que doit respirer un adulte, un enfant, etc., tout cela sera imperturbablement tranché par des hommes qui ignorent jusqu'aux plus grossiers éléments des sciences physiques et physiologiques, et où les auraient-ils apprises, à moins que ce ne soit dans une étude ou dans un magasin de nouveautés?

» S'agit-il d'un hôpital à construire ou à réparer? Vous croyez peut-être que l'on va prendre l'avis des médecins, que l'on cherchera près d'eux à s'éclairer sur la manière de développer, de favoriser l'action des agents extérieurs sur l'homme en santé ou en maladie, de diminuer, de détruire le pouvoir délétère de certains de ces modificateurs? Erreur! Nous autres gens de qualité, dit Mascarille, nous savons toutes ces choses-là sans les avoir jamais apprises. Or, de nos jours, argent, c'est noblesse. Et puis d'ailleurs, l'administration n'a-t-elle pas un architecte, et qui empêche cet architecte d'être physicien, chimiste, hygiéniste, thérapeutiste, etc.? Je n'entrerai point ici dans les détails des admirables produits de ces savantes combinaisons. Si mon épître vous plaît, je pourrai quelque jour en régaler vos lecteurs; nous choisirons un jour sombre et mélancolique, un jour de spleen pour leur désopiler la rate.

» Ici, mon cher confrère, une réflexion sérieuse. Ces hommes qui livrent à l'impéritie la santé et la vie des pauvres qui leur sont confiés, ceux-là se disent essentiellement philanthropes, exclusivement philanthropes, et vous les verrez quelque jour solliciter du ministre de l'intérieur la permission d'ajouter à leur nom. M... dit, le *paletot gris*,

(1) Prochainement il sera dit dans ce journal le rôle que ce médecin a joué dans le Conseil des hôpitaux. (*Note du Rédacteur en chef.*)

à dénaturer l'institution si noble et si utile du concours, d'avoir employé toute son influence à faire prévaloir ses affections souvent au détriment de la justice. Il n'y a pas moyen de le méconnaître ; c'est surtout depuis son décanat que cette décourageante pensée s'est introduite dans les esprits, savoir, que les plus brillantes épreuves d'un concours sont insuffisantes au succès. L'intrigue, jusque-là honteuse et timide, a pris, sous son règne, des proportions effrayantes. Il était généralement reconnu et accepté que pour réussir dans un concours de la Faculté, l'appui de M. Orfila et de ses amis était indispensable. Dans chacune de ces luttes, il fallait supputer les voix acquises au chef de l'Ecole, et toujours était-on sûr d'y rencontrer un groupe plus ou moins nombreux n'agissant, ne votant que sous son impulsion. Aussi, à part une, ou peut-être deux exceptions, personne n'est entré à l'Ecole que sous le bon plaisir de M. Orfila, et en passant sous ses fourches caudines. C'est là un fait malheureusement irrécusable et surabondamment prouvé par l'histoire des douze dernières années. A Dieu ne plaise que nous soutenions que tous les hommes patronés par M. Orfila et entrés à l'Ecole par son influence, aient été indignes de cette distinction. Assurément ce n'est pas là notre pensée, qui serait tout à fait en dehors de la vérité et de la justice. Mais ce que nous constatons, c'est l'immense prépondérance que s'était faite le chef de l'Ecole dans le concours, et nous soutenons que c'était là un mal dont plusieurs circonstances ont prouvé la réalité.

Peut-on dire d'ailleurs que M. Orfila ait montré un but de doctrine constant et bien arrêté dans ses préférences? A-t-il mis son influence dans les concours au service d'une idée, d'un système, d'un principe? Hélas! non. On l'a vu soutenir les partisans des opinions les plus divergentes; prêter indistinctement son appui aux hommes les plus opposés par leurs doctrines ou par leur enseignement. Tantôt anatomiste, tantôt vitaliste, aujourd'hui éclectique, demain broussaisien, il n'a été qu'une chose toujours, partisan actif et chaleureux de ses amis. Aussi c'est à M. Orfila que reviennent de droit l'honneur et la gloire d'avoir puissamment contribué à détruire doctrinalement l'école de Paris. C'est lui principalement qui l'a dotée de cet enseignement hétérogène et antagoniste sous lequel elle dépérit et succombe. C'est lui qui l'a peuplée de professeurs tellement antipathiques les uns aux autres, que l'élève, égaré dans ce conflit d'opinions contraires, ne sait plus auquel entendre, et prépare ses épreuves, non en vue de la science et de la pratique générales, mais en vue de tels ou tels examinateurs. C'est sous son décanat et dans les occasions les plus solennelles, que cette école a pu donner le triste spectacle, tantôt d'une insulte publique à une de ses gloires, tantôt d'une désolante profession de foi de scepticisme médical, tantôt enfin d'une allusion presque outrageante aux opinions de l'un de ses professeurs. Oui, c'est là un fait irrécusable, le désordre, l'anarchie, la confusion qui règnent aujourd'hui dans l'école de Paris, c'est aux partiales préférences de M. Orfila qu'il faut les imputer. Pourquoi cela? Parce qu'au lieu de se poser comme chef d'école, dans le sens dogmatique et large de ce mot, M. Orfila a été fatalement entraîné par les nécessités de sa position fausse, à ne plus être que le chef d'une coterie.

Si son influence sur les hommes a été malheureuse, a-t-il été plus heureux dans celle qu'il a exercée sur les choses? C'est ce que nous allons examiner.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Leçon sur l'hypertrophie des amygdales, recueillie par M. MARTURÉ, aide de clinique.

Fréquente chez l'enfant et chez l'adulte, dit M. Baudens, l'hypertrophie des amygdales se présente rarement chez les vieillards. Par un incontestable bénéfice de l'âge, cette affection, qui attaque de préférence les constitutions lymphatiques, tend à s'amoindrir et à s'effacer à mesure que les années apportent au tempérament des premières époques de la vie de notables modifications.

Faut-il, pour cela, ne rien faire, et demander au temps la guérison de l'hypertrophie des amygdales? nous verrons que la temporisation expose à de graves mécomptes, et que le remède par excellence, c'est l'excision de ces glandes.

A ce point de vue, un coup d'œil sur la structure et la position des tonsilles ne sera pas hors d'à propos.

Un amas de follicules muqueux aboutissant à des lacunes tapissées par la membrane muqueuse gutturale; des filets nerveux émanés des rameaux du voile du palais et de la langue; de petits vaisseaux; des artères et veines palatines, linguales, maxillaires internes; des tubes lymphatiques en communication avec les ganglions cervicaux supérieurs; du tissu cellulaire; tels sont les éléments constitutifs des amygdales.

Comparées à des amandes, aplaties de dedans en dehors, ces glandes mesurent par leur hauteur, qui est de six à huit lignes, la hauteur du détroit guttural. Leur face interne fait saillie dans l'isthme du gosier; l'extérieure touche au muscle constricteur supérieur du pharynx, qui la sépare des gros vaisseaux carotidiens; leur bord antérieur confine au pilier antérieur du voile du palais, leur bord postérieur au pilier postérieur de ce voile; leur base correspond à la langue, et leur sommet au point d'union des deux piliers.

Comme on le voit, un anneau musculaire encadre presque complétement les glandes tonsillaires.

De cette disposition, résultent des remarques qui n'ont point été indiquées avant nous. Ces remarques portent sur l'état de relâchement ou de contraction de cette ceinture musculaire.

Dans la première hypothèse, le muscle constricteur du pharynx se laisse refouler par l'amygdale, la base de la langue proémine, les piliers et le voile du palais empiètent sur cette glande et la dérobent à la vue.

Dans la deuxième hypothèse, quand il y a contraction, le voile du palais rétracté se porte vers la voûte palatine, les piliers s'effacent, le muscle constricteur du pharynx se tend et repousse l'amygdale en dedans, la base de la langue fuit en arrière, l'isthme du gosier s'ouvre largement, et la tonsille ainsi démasquée s'offre d'elle-même, pour ainsi dire, à l'instrument.

Comment peut-on obtenir ces phénomènes? Par un mécanisme bien simple que nous avons publié il y a plusieurs années. Il suffit, en effet, de recommander au malade d'ouvrir largement la bouche, et de faire en même temps une forte aspiration.

Au point de vue de l'étiologie, cette ceinture musculaire n'est pas moins digne d'intérêt. Chez les chanteurs, chez les personnes qui, par état, font de grands efforts de voix, aussi bien que chez les jeunes enfants, pendant les cris si fréquents à cet âge, elle exerce autour des amygdales une forte constriction, une sorte d'étranglement intermittent qui a une très grande influence sur le développement de l'hypertrophie de ces glandes.

Il faut encore admettre comme cause prédisposante, l'hérédité. Il m'est arrivé assez souvent d'opérer plusieurs personnes d'une même famille, et tout récemment encore j'ai enlevé les amygdales à trois enfants ainsi qu'à leur père.

Si l'amygdalite aiguë, souvent répétée, reconnaît fréquemment pour cause l'hypertrophie des tonsilles, il faut dire que rien n'est plus capable de déterminer celle-ci que l'invasion de l'amygdalite à l'état aigu. Cette dernière n'est pourtant pas indispensable; il n'est même pas rare de rencontrer l'hypertrophie des amygdales, sans qu'on puisse lui assigner une cause apparente.

Une induration accompagne souvent le développement anormal des tonsilles. Dans cet état, il suffit souvent du moindre écart pour réveiller l'inflammation aiguë.

Le retour fréquent de l'amygdalite aiguë laisse quelquefois dans le tissu sous-muqueux rétro-pharyngien, une grande susceptibilité, une disposition marquée à l'angine pharyngienne. Celle-ci, pour être moins fréquente après l'excision des tonsilles, peut néanmoins se reproduire si certaines règles hygiéniques sont négligées.

Je connais un haut personnage à qui j'ai excisé les amygdales il y a quelques années. Depuis l'opération, l'angine tonsillaire qui reparaissait plusieurs fois par an, a fait place à une disposition à l'angine pharyngienne, qui ne se montre toutefois qu'à de très longs intervalles. Depuis plus de trois ans il n'en était plus question, quand, reproduite dernièrement, elle s'est terminée par un abcès qui, situé dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, n'a pu être atteint par le bistouri et s'est ouvert spontanément.

Les veilles prolongées, un refroidissement subit, un exercice forcé, succédant à un repos prolongé, les bains dans la saison froide, et principalement l'abus du cigare, dont l'action locale entretient une irritation permanente, et dont l'action générale de nature hyposthénisante énerve l'économie, sont autant de causes qu'il faut éviter avec le plus grand soin, si l'on veut que l'excision des amygdales soit couronnée d'un plein succès.

L'hypertrophie des amygdales n'a été bien étudiée que depuis le commencement de notre siècle. On donnait autrefois le nom de squirrhe à tous les engorgements tonsillaires, comme à toutes les tumeurs ulcérées, dures, grises ou blanchâtres. Actuellement on connaît trop bien le caractère du squirrhe pour commettre semblable méprise. D'un excès on est tombé dans un autre; on est allé jusqu'à nier d'une manière absolue la dégénérescence squirrheuse de ces glandes; quoique fort rare, celle-ci a été observée; elle peut même revêtir le caractère du cancer encéphaloïde, ainsi que M. Velpeau l'a constaté plusieurs fois.

Un kyste hydatique développé dans l'amygdale a pu faire croire à l'hypertrophie avec dégénérescence. Cette affection si rare, que Dupuytren ne l'a vue qu'une seule fois dans sa vaste pratique, a été cause que ce grand praticien a commis l'erreur que nous signalons.

Le développement anormal des tonsilles, alors même qu'il n'y a pas à redouter la dégénérescence squirrheuse, n'en constitue pas moins une pénible infirmité. Non-seulement elle entretient, nous l'avons dit, une phlegmasie chronique locale, qui revêt souvent la forme aiguë; elle exerce de plus, par l'altération des produits sécrétés, un effet morbide des plus manifestes.

Ces produits, par fois viciés au point d'être combinés à du pus, arrivent dans l'estomac, se mêlent au chyme, sont résorbés et infectent l'économie. Leur influence se révèle par la pâleur et la bouffissure de la face, par un aspect général d'é-

---

où le *tweene amarante*, comme nous avons vu un charlatan de bienfaisance ajouter à son nom un sobriquet tiré de la couleur de son manteau. Et vous savez avec quelle hauteur ces messieurs traitent les pauvres médecins qu'ils considèrent comme leurs subordonnés. Que les *riz-pain-sel* militaires, gens pour la plupart sans éducation bien complète, se vengent, disgraciés qu'ils sont, sur les intelligences supérieures du corps des officiers de santé de l'armée, nous le comprenons à la rigueur, mais ici, devrait-il en être de même pour des hommes qu'une haute fortune acquise par leurs talents semble placer dans la plus brillante position sociale? Sans parler de ce singulier article du règlement qui permet la réélection ou la non-réélection de médecins nommés au concours, *risum teneatis!* je voudrais bien vous rappeler cet article non moins singulier, relatif aux autopsies.

» On tient si fort, dans ce conseil, au respect des morts, mais en réalité si peu au salut des vivants, qu'il n'est sorte d'entraves que l'on n'apporte à l'ouverture des corps. N'avait-on pas imaginé une ordonnance qui défendait aux médecins d'ouvrir un cadavre sans la permission écrite des parents et du procureur du roi? Oui, je le vois, on voudrait avoir de bons médecins; mais, admirable logique! Si admirable et si incompréhensible qu'elle échappe à tout commentaire? On ne veut pas que ces médecins se forment. Ah! vous voulez, messieurs, avoir de bons horlogers, et vous ne voulez pas qu'*ils ouvrent la boîte* de la montre dont ils doivent étudier les ressorts? Croyez-vous donc que les Vaucanson soient si communs? Et d'ailleurs, ce qu'a deviné l'illustre mécanicien pour un être inanimé, croyez-vous donc qu'on puisse le faire pour la si délicate et si admirable machine humaine? Sommes-nous encore au quatorzième siècle, et ne verrons-nous pas quelqu'un de ces jours monseigneur de tel ou tel évêché envoyer pieds nus à Jérusalem, un médecin de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Louis ou de la Charité, destiné, nouveau Vésale, à servir d'holocauste à certains courroux fort peu chrétiens dans le fond, s'ils le sont trop dans la forme.

» Nous voilà bien loin de l'Hôtel-Dieu, et je vous ai dit cependant que je voulais aujourd'hui ne vous parler que de cet hôpital. Je vais vous dire la chose la plus... (je ne trouve pas d'épithète). Pour parler sérieusement, il s'agit d'une mesure qui prouve à la fois, et le peu de sollicitude du conseil des hôpitaux pour l'instruction des élèves, et son peu de respect pour les règlements, si inflexibles pour les autres, si élastiques pour lui quand ils le gênent; enfin son peu d'égards pour les anciens et nombreux services des médecins des hôpitaux. Voici le fait :

» Lorsqu'en 1840 M. Petit mourut, on offrit à M. Rostan les salles de ce médecin pour y transférer sa clinique, alors située dans l'hôpital de l'Observance, afin, disait-on, de laisser plus d'espace à la clinique d'accouchements. Les services cliniques étaient ainsi disposés, que les deux professeurs pouvaient toute l'année exercer leurs élèves au lit des malades, seul moyen de former de bons praticiens. M. Rostan se livrait avec ardeur à cet enseignement pratique qui était suivi avec zèle par un grand nombre d'élèves, même pendant le semestre où il ne faisait pas de clinique, lorsque tout d'un coup une mesure est prise, en vertu de laquelle les deux services de clinique sont réunis dans les mêmes salles.

» Les membres du Conseil, après mûre délibération, ayant considéré qu'il est plus facile de surveiller dix clercs dans une même étude ou trente commis dans un même magasin, que lorsqu'ils sont disséminés, trouvèrent très joli de réunir et d'*avoir sous la main dans les mêmes salles* les deux cliniques médicales! *Ne sutor ultra*.... dit le proverbe latin, ou en français, plus poli, *chacun son métier*.... Peut-être l'administration, qui n'est pas après tout obligée de savoir le grec, ignore-t-elle, et dussions-nous passer pour un pédant, nous le lui apprendrons que le mot *clinique* vient de κλίνη, lit, et signifie l'enseignement au lit du malade. Or, comment parler deux ensemble dans une même salle? Comment, à la fois, interroger chacun un malade à voix assez haute pour se faire entendre des élèves qui vous entourent? Comment ausculter la poitrine, saisir ces bruits souvent si fugitifs, si difficilement perceptibles, pendant que l'auditoire du collègue piétine, ou que le collègue pérore?

» Oh! je ne doute pas que la réponse ne soit bientôt trouvée. Parbleu, rien de plus simple. Les professeurs feront leur visite à des heures différentes. En effet, rien n'est plus simple. L'un arrivera à sept heures, et l'autre à neuf heures, quand le premier sera parti. Expédient admirable, mais impraticable. Quand le premier termine sa visite, la matinée est tellement avancée qu'il ne reste plus assez de temps au second pour faire ses études au lit du malade. L'heure des cours de la Faculté arrive; puis on n'est pas professeur de clinique à l'Ecole sans avoir *quelques* malades dans la ville, et voilà, de fait, un enseignement clinique fort utile supprimé pendant six mois.

» Pour parler leur langage, car nous connaissons un peu la chicane, voilà le point de fait. Mais le point de droit? N'ayez pas peur, nous passons de suite au déluge : ces hommes de loi, comme dirait l'illustre Bilboquet, l'ont-ils respectée, la *loi*? Allons donc! les lois sont exécutoires pour tous...., moins ceux qui les font. Passant dernièrement devant la boutique d'un de ces ingénieux débitants de cassonnade célébrés par le plus fécond de nos romanciers, je vis dans une masse de vieux papiers destinés à envelopper dans leurs replis coniques le *poivre* et le *gingembre*, un cahier imprimé portant pour titre : Règlement des cliniques des hôpitaux et hospices, etc. Bonne fortune pour mon in-folio. Je l'achetai au poids; il me coûta 25 centimes. Vous trouverez peut-être que je l'ai payé trop cher. Or, qu'y trouvai-je? ceci; je copie :

« Art 2. Chacune des cliniques aura un amphithéâtre, une salle de » cours, un cabinet pour le professeur.

» Art. 3. Le nombre des lits affectés à chaque clinique sera de trente » à quarante, moitié pour hommes, moitié pour femmes, *dans des » salles particulières.* » (Je sais que l'on pourra me chicaner sur la position de la virgule, et que je n'aurai pas, comme défunt Brid'Oison, la ressource de dire, il y a un pââté.)

« Art. 29. ....., Les lits seront partagés de manière à former *dans » des salles séparées*, deux cliniques médicales. » A pédant, dit Fi» garo, pédant et demi; qu'il s'avise de parler latin, j'y suis Grec, » je l'extermine.

« Il est vrai que l'on trouve plus loin, et comme compensation, un dernier et plus mirobolant paragraphe, ainsi conçu :

« Il ne sera pas admis plus de cinquante élèves à suivre le même » cours de clinique. »

« De sorte que lorsqu'il y avait à la Faculté de Paris trois mille élèves, en comptant deux cents élèves par an pour les quatre cliniques médicales, il eût fallu *quinze ans*, pas moins, pour que chacun des élèves pût suivre une seule de ces cliniques, et *soixante ans* pour que chacun pût suivre une fois l'enseignement des quatre professeurs. Vous avouerez que c'était nous remettre un peu barbons à l'école, et que MM. les financiers eussent dû prendre eux-mêmes la peine de faire les multiplications qui m'ont conduit à ce résultat.

» Pour une fois, cher confrère, ma lettre est un peu longue. Si elle ne vous a pas trop ennuyé, et si surtout elle pouvait, ce que je n'espère point, produire quelque bon résultat, je vous ferai part un autre jour de détails encore plus ébaudissants. *Un flâneur.* »

L'hospitalité que j'ai voulu donner à cette lettre m'a pris toutes mes colonnes, ce dont, entre nous, je ne suis pas trop fâché :

1° Parce qu'il ne me restait rien à vous dire;

2° Parce que hier, saint jour de Pâques, j'ai pu aller entendre d'excellente musique et respirer les parfums des temples saints, et aussi m'édifier à un magnifique sermon sur la résurrection des corps, qui m'a corroboré dans la bonté de ma cause contre l'embaumement.

Jean RAIMOND.

P. S. Je ne me doutais pas que nous possédassions à Paris un aussi grand nombre de chirurgiens *lions*. Je parlais, dans mon dernier article, d'un de ces chirurgiens qui, dans une aristocratique soirée, et par l'ambiguïté de son langage, a été pris pour un apothicaire. C'est celui-ci, m'a dit l'un; c'est celui-là, m'a dit l'autre; chacun a dit le sien, et personne le véritable. J'ai du malheur, ou vous êtes de bien méchantes langues. Eh bien non, messieurs, vous n'y êtes pas. Mon chirurgien à l'eau chaude est fort jeune; il n'est ni au bureau central, ni dans les hôpitaux, ni à la Faculté, pas même à l'Académie. Devinez maintenant!

tiolement et de flétrissure, accompagné assez souvent de trouble dans les digestions.

Ce n'est pas tout, on rencontre quelquefois dans les tumeurs des amygdales ainsi altérées, des dépôts blancs, caséeux, gros comme un pois, s'écrasant sous le doigt et d'une odeur infecte. Ces dépôts, véritables corps étrangers, développent une inflammation éliminatoire, qui ne cesse qu'après leur expulsion spontanée, ou provoquée à l'aide d'une curette.

Quand ils séjournent long-temps en place, ils peuvent dégénérer, acquérir une dureté pierreuse, ainsi que plusieurs praticiens l'ont constatée.

D'après Dupuytren, chez les enfants, l'obstacle apporté à la respiration peut, en exagérant la puissance des muscles inspirateurs, apporter de notables déformations thoraciques. C'est ainsi qu'il a vu la poitrine s'arrondir en arrière, se rétrécir par-devant, et s'aplatir sur les côtés.

N'omettons pas de rappeler que la gêne de la respiration oblige à dormir la bouche ouverte, et que la sécheresse de la langue provoque soovent le réveil.

Quand l'hypertrophie est tellement prononcée que les tonsilles se touchent, ce qui n'est pas très rare, une inflammation aiguë suffit poor occlore l'ouverture gutturale, et cette occlusion peut être portée jusqu'à produire l'asphyxie, comme j'en ai vu un exemple chez un enfant de dix ans.

D'autres phénomènes peuvent dépendre encore de l'hypertrophie tonsillaire. Les trompes d'Eustache comprimées déterminent souvent un degré de surdité très prononcé. Je connais une famille dont la plupart des enfants héritent, depuis plusieors générations, de cette infirmité. La dureté de l'ouïe se développe peu à peu, et vers l'âge de vingt six à trente ans elle est si marquée, que l'excision des amygdales devient indispensable poor y remédier. Il y a peu de temps j'ai opéré des amygdales une jeune femme de cette famille, moins en vue de l'amygdalite avec hypertrophie, que pour la guérir d'une surdité très avancée, et j'ai obtenu la guérison de l'une et de l'autre.

Le développement pathologique des tonsilles porte aussi son influence sur la production de la voix. Celle-ci est presque toujoors altérée, soovent accompagnée d'une petit toux spasmodique, aussi pénible peut-être pour celui qui écoute que pour celui qui parle. Après l'excision des amygdales, la voix reprend de l'ampleur, de la sonoréité. On sait que le célèbre Noorrit, de l'Opéra, souffrait de ce mal; que souvent il fut contraint de suspendre ses exercices de chant, et qu'il refusa l'opération dans la crainte de perdre quelques notes. D'autres artistes ont été plos confiants; j'en ai opéré moi-même plusieurs, et tous ont eu lieu d'être satisfaits. Leur voix n'a rien perdu en étendue; le timbre seul a subi une assez notable modification; il a gagné de la puissance et de l'éclat.

Une complication fâcheuse et assez fréquente de l'amygdalite chronique consiste dans l'engorgement des glandes cervicales supérieures. La disposition des vaisseaux lymphatiques, indiqoée plus baut, rend parfaitement compte de cette complication, qui soovent résiste avec une persévérance désolante.

Les moyens de traitement préconisés contre l'hypertrophie des amygdales sont fort nombreux et parfaitement exposés dans un écrit de Louis, inséré dans le 5ᵉ volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Nous allons passer en revue ceux qui ont le plus de valeur.

Le traitement général sera dirigé en vue des modifications à apporter à la constitution. Comme d'ordinaire c'est une constitution molle et lymphatique qu'il faut modifier, on aora recours aux toniques, et, dans certaines circonstances, aux préparations de fer et d'iode.

Quant au traitement local, il doit différer selon que l'amygdalite est aiguë ou chronique.

Quand elle est aiguë, le chirurgien peut suivre diverses voies. On rencontre des preticiens, fort respectables d'ailleurs, qui persistent dans la routine des sangsues au cou. Par la douleur qu'elles font naître, et par le mode de déplétion sanguine qui leur est propre, on sait que les sangsues attirent le sang dans le lieu où elles piquent, et qu'elles provoquent toujours un surcroît de congestion dans la partie actuellement enflammée. Lorsque l'amygdalite est légère, elle guérit malgré les sangsues, auxqoelles on ne manque pas d'attribuer l'honneur de la cure; mais quand elle est intense, c'est à la saignée du bras qu'il faut recourir. Par cette saignée dérivative, on soustrait sur-le-champ à l'économie la quantité de sang voulue; on la répète si on le juge nécessaire. L'on parvient ainsi à juguler, à faire avorter l'inflammation si le mal est à son début, à l'enrayer s'il est plus développé, et à prévenir presque constamment les abcès si fréquents après les émissions sanguines locales.

Il est un autre mode de traitement abortif, peu employé è Paris, qui a vu le jour en Italie, et dont vous nous voyez faire assez fréquemment usage; je veux parler de l'émétique.

A l'exemple de Rasori, j'ai souvent donué, au début de l'angine, l'émétique à la dose de six à dix décagrammes par jour. J'ai eu lieu de me louer de cet agent thérapeutique, et le succès a constamment été d'autant plus remarquable, que la tolérance du médicament a été obtenue sans vomissements, sans déjections alvines.

Donné dans le but de provoquer des vomissements, l'émétique détermine des efforts dont l'effet est d'augmenter la congestion locale. Le bon effet que l'on obtient parfois, malgré les vomissements, doit être attribué à la portion d'émétique qui, absorbée, agit comme hyposthénisant, comme antiphlogistique en un mot.

Il est, en effet, bien digne de remarque que ce médicament, susceptible, quand il est un certain temps en contact avec la peau, de l'irriter, d'y prodoire même une vésication, exerce une actiou dynamique contraire quand, absorbé, il est porté par les dernières ramifications artérielles dans la structure interne des organes. Sa puissance hyposthénisante est des plus manifeste; l'éréthisme tombe, une détente générale s'opère, le pouls devient souple, la peau douce, halitueuse; l'amygdale se flétrit, s'humecte, et la convalescence apparaît.

L'émétique est, dans ce cas, un puissant antiphlogistique; il agit à la manière des déplétions sanguines, avec cette différence notable, qu'en attaquant à sa soorce l'élément inflammatoire, il guérit sans porter, comme les saignées, une profonde atteinte à des constitutions lymphatiques, qu'il faudrait au contraire modifier par des toniques. Rasori et Broussais étaient moins hostiles l'un à l'autre, qu'ils ne le pensaient eux-mêmes.

Les gargarismes adoucissants, l'eau de guimauve, une décoction de figues, le miel rosat, le sirop de mûres, les feuilles de noyer, l'écorce de grenadier, l'alun, la cautérisation avec le nitrate d'argent, les boissons délayantes, les pédiluves, les laxatifs sont autant d'auxiliaires dont un praticien habile sait tirer bon parti.

Quand l'état aigu est tombé, il faut, pour en prévenir le retour, combattre l'amygdalite chronique.

Ici encore on a vanté l'emploi des sangsues, on les a même portées directement sur l'amygdale. C'est un moyen d'une application difficile, et dont on ne doit rien attendre de bien avantageux. Les styptiques, le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent pourront, si le mal n'est ni ancien, ni très avancé, être utiles concurremment avec les gargarismes astringents, avec le sous-borate de soude et les acides, tels que l'acide chlorhydrique, sulfurique.

Pour assurer la guérison, je me suis bien trouvé d'appliquer pendant plusieurs mois autour du cou un emplâtre de poix de Bourgogne, ou un morceau de sparadrap saupoudré d'émétique, remplacé, après vingt-quatre heures, par une autre bande de sparadrap sans émétiqoe, afin de la conserver.

Quand le traitement dont nous venons de parler, et qu'on peut appeler traitement résolutif, est insuffisant, il faut recourir au traitement dit chirurgical. L'arrachement, la cautérisation, l'incision, la ligature et l'excision constituent la base de cette médication.

L'arrachement, signalé par les auteurs, ne doit pas longtemps nous arrêter. Un passage de Celse, mal interprété par Fabrice d'Aquapendente, lui a donné naissance. Louis fait avec raison observer qoe Celse, par les mots *digito circumdare et evellere*, n'a pas donné le conseil d'arracher l'amygdale de vive force avec le doigt; mais qu'il confie à l'action ratissante du doigt la destruction de la glande, quand son excroissance peut être détruite par ce moyen. Celse ne comptait guère sur cet expédient, puisqu'il se hâte d'ajouter: Si ce moyen est impuissant, il faut saisir la glande avec un crochet et l'exciser à l'aide d'un bistouri: *hamulo excipere et scapello excidere.* Les praticiens qui, confiants dans la parole d'Aquapendente, ont essayé d'arracher les amygdales, ont constamment échoué dans leurs tentatives.

Faite avec le cautère actuel, comme le voulait Severin, la *cautérisation* est effrayante et presque toujours inefficace. A l'aide des caustiques conseillés par Heister, elle pourrait être tentée chez les malades pusillanimes qui redoutent le bistouri. Wiseman parvint, avec l'acide sulfurique, à miner une amygdale, grosse comme une noix vermoulue, et à la faire disparaître presque complétement.

Ainsi que les scarifications, l'*incision* est infidèle et doit être rangée parmi les palliatifs. Les lambeaux ne se flétrissent pas toujours et rendent plus tard l'excision plus laborieuse, à moins que l'on ne partage l'erreur de Moscati, qui incisait les amygdales en croix, quelques jours avant de les enlever.

Préconisée à une époque où l'on avait entooré l'excision des amygdales de dangers imaginaires, la *ligature* a compté de nombreux partisans. Bonne pour les polypes pédiculés, elle ne saurait être appliquée avec le même succès sur les amygdales, dont la base, presque toujours large, est peu accessible. Aussi Cheselden les traversait-il avec un double fil, dont chacun était ensuite serré isolément sur l'une et sur l'autre moitié de la glande. Wiseman plaçait un lien sur les amygdales et les coupait ensuite avec des ciseaox. Chez un malade à qui Moscati avait lié une tonsille, il survint un tel engorgement que pour prévenir une asphyxie imminente il fallot en faire l'excision sans différer. Ce traitement est aujourd'hoi abandonné.

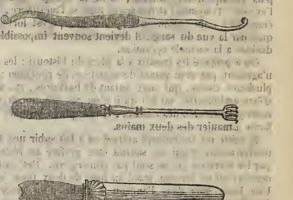
Il ne faut pas confondre l'*excision* avec l'extirpation. D'après le conseil donné par Aëtius, il faudrait se borner à la rescision de la moitié de l'excroissance contre natore. Quant au précepte donné par Celse, et rappelé plus haot, il n'a pas vieilli. Aujourd'hui encore on peut dire: *hamulo excipere et scapello excidere.*

Si l'on se rappelle la ceinture musculaire dont nous avons parlé et sa disposition autour des amygdales, on comprendra sans peine que l'extirpation complète de celle-ci est impossible. Le voisinage des gros vaisseaux la rendrait périlleuse, et l'expérience prouve qu'au point de vue de la guérison, l'extirpation radicale n'est pas indispensable.

D'un excès il ne faudrait pas tomber dans un autre; se borner à ébarber les tonsilles. Aussi, trouvons-nous le précepte d'Aëtius insuffisant, et pensons-nous qu'il faut dégager ces glandes le plus possible en les attirant en dedans à l'aide d'une airigne, afin d'en enlever tout ce qui déborde l'anneau charnu. J'ai constaté souvent que l'excision est à peine douloureuse quand l'instrument n'attaque que le tissu glandulaire, tandis qu'elle est au contraire accompagnée d'une vive souffrance lorsque cet anneau a été entamé.

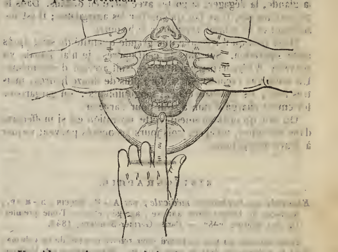
Les instruments destinés à exciser les amygdales ont beaucoup varié et se rattachent à trois groupes. Le premier comprend ceux qui sont destinés à tenir la bouche ouverte et à abaisser la langue: spéculum *oris*, bouchon de liége, spatule, couteau de bois à papier, etc. Dans le deuxième groupe sont ceux à l'aide desquels, l'amygdale doit être accrochée: airigne de Museux, etc. Les instruments coupants font partie du troisième groupe: kiotome de Desault, bistouris boutonné, droit, courbe, ciseaux, etc.

Noos avons recours pour cette opération aux trois instruments dont le dessin est ici représenté:



Un couteau de bois, une airigne à cinq crochets, un long bistouri droit, boutonné, courbe sur son tranchant.

Le second dessin fait voir la bouche largement ouverte, disposée pour l'opération.



Un aide appuie sur sa poitrine la tête du malade. Les doigts auriculaires, engagés dans les commissures des lèvres, font effort pour rapprocher celles-ci des grosses dents molaires, afin de diminuer le profondeur de la cavité gutturale et de donner plus de facilité à l'opérateur. Un doigt retient les lèvres refoulées vers la racine des dents incisives, pour les préserver de l'action de l'instrument. Une aspitation grande et prolongée à la fois ouvre l'isthme du gosier, par le mécanisme de contraction déjà expliqué, et rend les amygdales faciles à saisir.

Après ces préliminaires, le couteau est confié à un aide qui a pour mission d'abaisser la langue, sans porter l'instrument trop avant de peur de provoquer une toux spasmodique. Il devra vivement placer le couteau de champ entre l'arcade dentaire, si jamais l'amygdale étant à moitié coupée, le malade voulait fermer la bouche, comme cela m'est arrivé chez des enfants.

Cet expédient, en tenant la bouche fortement ouverte, m'a permis d'accomplir l'opération sans trop de difficultés; j'ai même pu me convaincre que les cris poussés par les enfants, loin de nuire à l'excision des tonsilles, lui viennent en aide, parce que pendant ces efforts, les glandes sont très saillantes. L'aide devra tenir le couteau non par son corps, mais par son extrémité libre, afin d'agir avec un plus long levier et de pouvoir effacer sa main qui, sans cela, gênerait l'opérateur.

L'érigne est montée sur un long manche, afin que le chirurgien puisse agir à distance et de ne pas empêcher l'accès du jour dans l'arrière-bouche. Elle est armée de cinq crochets, pour saisir la glande dans une grande étendue, pour lui faire subir une traction assez considérable sans déchirer son tissu, pour la mieux soutenir pendant l'action du bistouri, et enfin pour avoir moins à redouter qu'elle lâche prise pendant l'opération, ainsi que cela est arrivé à Moscati et à Wiseman, à noos-même et à tant d'autres chirurgiens, qui ont vu la glande, à moitié divisée, tomber sur l'épiglotte et faire craindre la suffocation.

Notre érigne met à l'abri de cet accident, et c'est pour le rendre moins redoutable, que l'on a conseillé de faire l'incision de bas en haut et non de haut en bas, le sang, en tombant, masque la portion de glande qui reste à diviser, et l'on agit avec moins de précision.

L'érigne doit être fortement implantée dans le tissu tonsillaire, près de sa base, en avant du pilier postérieur, sans toucher à ce dernier. L'opérateur fait ensuite effort, afin d'attirer la glande en dedans, la dégager du cercle musculaire qui l'encadre et la tendre avant de porter sur elle le bistouri.

Notre bistouri est terminé par un très gros bouton; il est plus long et plus solide que les bistouris ordinaires, pour donner à l'opérateur un levier plus puissant et plus maniable. Son tranchant, qui n'occupe qu'une portion de la lame, est courbe, afin qu'il s'accommode mieux à la convexité de l'amygdale. L'autre portion de la lame est mousse, pour ne pas blesser les lèvres, qu'on sait n'être pas toujours garanties par la bandelette de toile, dont on entoure le tranchant des bistouris ordinaires.

Tenu de la main droite ou gauche, selon l'amygdale que l'on doit exciser, le bistoori déprime la base de la langue, afin de bien s'engager sous la base de l'amygdale, et pendant que le malade fait l'aspiration forte et continoe dont j'ai parlé, cette glande doit être enlevée d'un seul temps. Quelques secondes suffisent toujours pour terminer cette opération. Si l'on opère un adulte, et qu'il faille exciser les deux glandes, on

peut suspendre l'opération pour laisser écouler le sang ; mais si l'on opère un enfant, il faut, sans perdre de temps et le plus promptement possible, saisir la seconde glande pour l'exciser. Toujours j'ai remarqué que, si l'on diffère, l'enfant étant fort ému, moins par la douleur, qui est fort légère, que par la vue du sang, il devient souvent impossible de le décider à la seconde opération.

On a proposé les ciseaux à la place du bistouri : les ciseaux n'agissent pas avec autant de netteté et de précision ; il faut plusieurs coups, qui sont autant de hachures, et, à moins d'être ambidextre, on sait qu'il n'est pas aisé de couper de la main gauche avec des ciseaux, tandis que le bistouri est plus facile à manier des deux mains.

Il existe un instrument auquel on a fait subir une foule de modifications et qui ne saurait être préféré au bistouri que par les hommes qui ne sont pas chirurgiens. Cet instrument consiste en un anneau placé au bout de deux tiges jumelles. Une lame joue dans l'anneau à l'aide d'un resort. Une fois l'amygdale engagée dans l'anneau, on l'attire et on la retranche en faisant jouer ce ressort. Cet instrument, applicable tout au plus aux amygdales globuleuses, ne saurait saisir celles qui ont une large surface. Il est évident qu'il est privé de la puissance de l'érigne, qu'il ne saurait comme elle saisir la glande, la dégager, la porter avec force en dedans. Dans la plupart des cas, il ne fait qu'ébarber les amygdales ; il est insuffisant et ne saurait remplacer le bistouri.

Il est rare qu'il s'écoule une grande quantité de sang après cette opération. Sur plus de cent opérés, je n'ai jamais vu survenir d'hémorrhagie qui ne se soit arrêtée d'elle-même. Un seule fois l'écoulement a duré plus de douze heures, mais très lent ; les crachats étaient sanguinolents : un gargarisme fortement chargé d'alun a suffi pour l'arrêter.

On sait qu'ordinairement cette opération est si inoffensive dans ses suites, qu'après trois jours les opérés peuvent vaquer à leurs occupations.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de Pathologie médicale; par A.-P. REQUIN, D.-M.-P., médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, agrégé, etc. — Tome premier. Un fort volume in-8°. — Paris. Germer-Baillière, 1843.

Nous sommes un peu en retard pour rendre compte de ce volume, dont la publication date de près d'un an. Notre excuse est légitime. Nous pensons qu'en général, et particulièrement pour les ouvrages de la nature de celui-ci, la publication fractionnée ne peut donner lieu qu'à une analyse écourtée et incomplète, et que, comme appréciation générale, la critique manque d'éléments suffisants pour en caractériser la valeur et la portée. Nous attendions donc la suite et la fin de cet ouvrage pour en entamer l'examen. Telle est encore notre intention pour la partie qui traite de la pathologie spéciale dont une petite portion seulement a été exposée dans ce volume. Mais une autre partie que l'on peut scinder en quelque sorte de l'ouvrage principal, et qui a pour titre *Pathologie générale*, a reçu d'assez grands développements pour mériter un examen à part. C'est à l'analyse de cette partie seulement que cet article est consacré.

L'auteur a renfermé en cinq chapitres le traité de pathologie générale qui ouvre ce volume. Le premier est consacré à des considérations préliminaires dans lesquelles il donne une idée sommaire de la pathologie ; il pose les fondements des études pathologiques et il expose les divisions de la pathologie. Dans le second chapitre il traite de la nosologie générale ; dans le troisième, de l'étiologie ; dans le quatrième de la séméiotique ; dans le cinquième et dernier, de la thérapeutique.

Nous n'avons pas la prétention de suivre l'auteur dans les nombreux détails qu'il a été obligé d'exposer. Sur ce sujet, et surtout quand on s'adresse aux élèves, l'exposition de la science telle qu'elle est, est de rigueur, et nul auteur, que nous sachions, n'oserait afficher la vaniteuse et non réalisable intention de refaire en ce moment la science tout entière. Mais sur tous ces points de la science courante et vulgaire, un esprit élevé, un homme qui pense, qui a vu et médité, peut indiquer ses vues propres, ses idées particulières, présenter même les faits sous un point de vue nouveau, leur donner une interprétation nouvelle, et toujours au moins faire pressentir ses opinions en face des grandes questions de doctrine qu'il peut avoir à soulever. A cet égard, cette partie du livre de M. Requin est empreinte au moins d'originalité. La reproduction plus ou moins arrangée des opinions courantes ne va pas à sa nature tant soit peu *osseuse*. Il veut bien reproduire *verba magistri*, mais non pas jurer sur eux sans examen et sans critique. Dès le début de son livre, M. Requin expose avec une grande justesse les conditions qui lui paraissent indispensables au pathologiste.

« Pour réaliser, dit il, l'idéal d'un pathologiste accompli, l'art d'observer n'est pas tout ; il faut encore y joindre l'art de généraliser, l'art de déduire des conséquences, l'art d'établir des probabilités, et enfin l'art de la critique des témoignages. »

Par modestie pure, M. Requin a pu considérer la réunion de ces conditions comme le beau idéal ; nous nous plaisons à reconnaître qu'on les trouvera à un haut degré dans plusieurs parties de cet ouvrage. On y trouvera de plus une indépendance fort remarquable et fort rare par le temps qui court.

Nous avons déjà dit que nous ne suivrions pas servilement l'auteur dans la marche de son livre. Indiquer *passim* quelques points capitaux qui puissent donner une idée des tendances et du but de l'auteur, voilà seulement ce que nous pouvons faire en ce moment.

M. Requin a consacré un assez long paragraphe à ce qu'il appelle la méthode statistique. Nous croyons ce mot méthode peu convenable pour désigner l'emploi des chiffres en pathologie. La statistique, même dans l'esprit de ses partisans, n'a jamais été considérée comme une méthode, mais bien comme un moyen, comme un instrument. Ses adversaires peut-être en seraient moins effarouchés s'ils la considéraient ainsi ; non plus comme pouvant à elle seule fournir tous les éléments de l'induction, prétention qu'elle n'a jamais eue, mais seulement comme moyen d'ordre et de classement des matériaux fournis par l'observation.

M. Requin définit la maladie proprement dite, un état dans lequel une ou plusieurs fonctions subissent une altération notable relativement à la santé habituelle de l'individu. Comme on le voit, cette définition est toute physiologique, et fait pressentir déjà que M. Requin a su se soustraire au joug de l'école anatomique pour qui une pareille définition eût été, il y a quelques années, une hérésie véritable. Du reste, l'auteur exposé avec beaucoup de soin toutes les causes qui s'opposent à une définition irréprochable de la maladie. Peut-être pourrait-on désirer, dans cet article, un peu plus d'étendue relativement à l'appréciation, et même à la simple énonciation des opinions diverses qui ont eu cours à cet égard.

L'auteur émet des opinions fort sages sur la nomenclature dont la réforme, quoique utile sur certains points, lui paraît impossible à opérer complètement dans l'état actuel de la science. « Un système parfait de nomenclature ne peut surgir, dit-il, et se faire adopter qu'autant qu'il aura pour base une classification naturelle et universellement admise des affections pathologiques. Jusqu'à ce que les temps soient venus où les progrès de la science permettront au génie de poser cette base, la réforme générale de la nomenclature doit donc être ajournée. »

L'article *Symptômes*, si important et si difficile à contracter dans quelques pages, nous a paru présenter avec une étendue suffisante les points nombreux d'étude que ce sujet comporte. Les paragraphes surtout consacrés à la percussion et à l'auscultation, sont un résumé parfaitement bien fait de nos connaissances actuelles sur ces sujets. L'article chimie pathologique offre un exposé des études les plus récentes tentées à cet égard par quelques pathologistes modernes. Nous avons lu avec un intérêt soutenu l'article intitulé : Des principaux systèmes concernant la nature intime des maladie ; c'est une histoire abrégée, mais fort bien exécutée de la médecine philosophique ; c'est surtout un article admirablement écrit. Comment se fait-il, dirons-nous cependant à l'auteur, que votre esprit, si généralement indépendant, se soit laissé garrotter dans les liens de l'éclectisme, et professe, à l'exemple d'un pathologiste éminent contemporain, que chacune de ces doctrines, humorisme, solidisme, animisme, iatro-chimisme, etc., contienne une portion de vérité? Voila ce qui serait pour nous une des plus grandes erreurs possibles, si l'éclectisme des doctrines n'était la plus complète des illusions. Il n'y a de praticable et de raisonnable que l'éclectisme des faits, et à ce compte tout esprit sage est éclectique.

Ce n'est point, qu'on y prenne garde, une portion des doctrines de Sthal, de Paracelse, de Boerhaave, de Pinel ou de Broussais que l'on choisit, mais bien quelques faits sur lesquels reposent ces doctrines, et auxquels on peut donner une interprétation ou plus large ou nouvelle. Non, monsieur Requin, vous n'êtes point éclectique comme l'entendent certaines personnes, et pour preuve on en peut donner ces quelques lignes, qui témoignent de toute la justesse de votre esprit : « Nous ne devrons nous poser ni en solidistes ni en humoristes
» Conduisons de front l'*observation* des solides et celle des humeurs ;
» étudions les *altérations* de celles-ci tout aussi bien que les alté-
» rations de ceux-là, etc. » Qu'est-ce que cela, si ce n'est l'observation des faits ; et qui pourrait voir là l'éclectisme que prétentieusement et fort arbitrairement on a décoré du titre de philosophique ?

Nous ne fermerons pas ce chapitre sans lui emprunter une citation qui, mieux que nous ne pourrions le faire, donnera une idée juste des opinions de l'auteur sur un point important de doctrine. « On ne sau-
» rait nier, sans un insigne aveuglement, que les phénomènes mor-
» bides de l'économie animale, pas plus que les phénomènes normaux,
» ne sont pas tous de nature à être réduits aux lois physico-chimiques
» jusqu'à présent connues...... Ce qui est entièrement rationnel......
» c'est d'admettre provisoirement, et jusqu'à ce que le progrès des
» sciences en ait autrement décidé, des formes *spéciales* qui soient
» posées comme causes efficientes de tout ce qu'il y a, dans l'écono-
» mie animale, d'actions irréductibles quant à présent aux lois physico-
» chimiques..... Sans doute ces forces spéciales..... ne sont qu'une
» modification des forces générales de la matière ; c'est même pour
» cela que je les nommerais plus volontiers forces organiques que
» forces vitales..... Voilà notre doctrine, notre philosophie biologique.
» C'est une organicisme que nous pouvons nommer physico-vitalisme,
» parce que nous admettons les propriétés ou force vitales, non comme
» causes premières, mais comme résultantes ; non comme des êtres
» substantiels, mais comme des modalités de la substance organisée. »

Regrettons de ne pouvoir que citer dans le chapitre IV, l'article *Pathogénie* où de hautes et importantes questions se trouvent traitées.

Nous ne pouvons qu'indiquer aussi le chapitre V, un des plus étendus de l'ouvrage, consacré à la thérapeutique générale, et où se trouvent exposés dans autant d'articles des recherches consciencieuses sur les indications et les moyens thérapeutiques, un résumé succinct de ce qu'il faut savoir, au point de vue général, sur la médication débilitante stimulante, corroborante ; dépurante et révulsive. Tout cela sont des idées sages, éloignées aussi bien de cette confiance aveugle et chimérique pour certaines médications, que de ce scepticisme désolant et stérile qui tend à s'introduire dans notre art.

Réservant notre examen de la pathologie spéciale pour l'époque où sera publié le second volume de cet ouvrage, nous bornerons à cette trop courte analyse ce que nous avions à dire de la pathologie générale. Nous estimons que c'est là une œuvre sérieuse et de conscience, qui sera éminemment utile aux lecteurs auxquels il s'adresse. Erudition sobre et de bon aloi, indications bibliographiques faites avec discernement, conditions littéraires fort remarquables, philosophie médicale dont tout esprit sage peut accepter la responsabilité, telles sont les qualités que nous avons appréciées dans cet ouvrage, et qui ne peuvent manquer d'être appréciées aussi par le public.

Fausse ankylose du coude, survenue à la suite d'une fracture des condyles de l'humérus, datant de trois mois et accompagnée d'un affaiblissement et d'une immobilité de tout le membre, guérie par la vis de Stromeyer.

Le sujet de ce cas intéressant est un enfant de dix ans qui, ayant eu une fracture des condyles du bras gauche, avait été traité de cette maladie par les moyens ordinaires. Les os s'étaient réunis d'une manière difforme, quoique la jointure restât intacte. Les mouvements d'extension du membre étaient devenus impossibles, et l'avant-bras s'était fléchi à angle droit sur le bras, et peu à peu la conformation même de l'articulation s'était altérée.

Aucune douleur pourtant n'existait dans la jointure, et rien ne semblait contre-indiquer un traitement immédiate de cette ankylose. La principale résistance aux mouvements d'extension était opposée par les tendons des muscles biceps et brachial antérieur. Alors le professeur Mütter se décida à inciser ces tendons par un ténotome ; opération qui fut dans le cas actuel assez simple ; ensuite il appliqua au membre le moulin de Stromeyer un peu modifiée et arrangée de manière à exercer une extension graduelle sur l'articulation.

On augmentait tous les jours, moyennant quelques tours de vis, cette extension, et le membre fut porté graduellement dans un état d'extension complète ; on le soumit en même temps à un exercice journalier de flexion et d'extension modérées, en faisant des frictions tout autour de l'articulation avec un liniment. La guérison fut complète ; le membre recouvra toute la possibilité de ses mouvements.

(*The medical examiner.*)

NOUVELLES.

Il y a dix-huit mois, une souscription a été ouverte, avec l'autorisation de M. le ministre de la guerre, et sous la présidence du général Petit, commandant des invalides, pour élever un monument à la mémoire de l'illustre Larrey. La commission placée à la tête de cette œuvre de reconnaissance nationale a exprimé le vœu qu'une statue fût élevée dans la cour de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. M. le maréchal y a donné son assentiment. L'exécution de ce monument a été confiée à M. David (d'Angers). La commission a décidé aussi qu'une médaille serait frappée à l'effigie de Larrey, pour servir de récompense aux jeunes officiers de santé militaires les plus dignes de marcher sur les traces de leur illustre chef.

— La séance d'aujourd'hui à l'Académie des sciences, n'a rien offert de relatif aux sciences médicales.

— M. Duchesne-Duparc ayant terminé son exposé des classifications et nomenclatures dermatologiques, traitera, jeudi prochain, de la peau humaine considérée sous le triple point de vue de la physiologie, de l'anatomie et de la pathologie.

— M. EDOUARD ROBIN ouvrira le 12 avril, par la chimie, la physique et l'arithmétique, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès-lettres, et au premier examen de médecine.

Rapport de MM. les docteurs LODIBERT *et* MARTIN-SOLON *sur le Sirop de Pointes d'asperges, préparé par M. Johnson.*

Messieurs,

Vous nous avez chargé, M. Lodibert et moi, de vous rendre compte du Mémoire que M. Johnson, pharmacien à Paris, vous a adressé *sur les propriétés médicales du Sirop de pointes d'asperges*. Voici l'analyse de ce travail :

« Nous avons fréquemment employé ce Sirop l'année dernière, à
» l'hôpital Beaujon, et nous l'avons vu abaisser d'une manière très
» notable le nombre des battements du cœur, dans les palpitations
» nerveuses, dans les cas d'hypertrophie du cœur ; nous l'avons vu
» quelquefois diminuer l'impulsion de l'organe malade et amoindrir le
» bruit de soufflet qui accompagnait cette lésion. Les effets du Sirop
» de pointes d'asperges ont toujours été bien plus sensibles quand les
» palpitations pouvaient être attribuées à un état nerveux, que quand
» le système musculaire était hypertrophié. Il est cependant certain
» que, même dans cette dernière circonstance, la contractilité du cœur
» a été quelquefois sensiblement modifiée ; c'est peut-être à cause de
» cette propriété qu'au Malabar on emploie contre la fièvre hectique
» une confiture préparée avec les pousses de pointes d'asperges.
» Nous avons, ainsi que plusieurs médecins, constaté l'effet diuré-
» tique du sirop dont il s'agit dans plusieurs hydropisies. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 43. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Des blépharites muqueuse, granuleuse et glanduleuse.

Nous avons parlé, la dernière fois, des blépharites des bords palpébraux; nous allons étudier aujourd'hui celles qui attaquent spécialement l'appareil muqueux.

Nous avons dit que nous en reconnaissions trois variétés, que nous avons appelées, muqueuse, granuleuse, glanduleuse.

Blépharite muqueuse. — Cette variété est, à proprement parler, l'inflammation simple, diffuse de la conjonctive. Elle ne s'empare que de la couche muqueuse. Si l'on voulait la comparer à l'inflammation d'une autre partie, on dirait qu'elle a de l'analogie avec les phlegmasies du gosier. Dans les unes et dans les autres, en effet, la phlogose envahit ou la couche muqueuse simplement, sans aucune tuméfaction, ou bien elle gagne les tissus sous-jacents et détermine alors un gonflement plus ou moins considérable, de la suppuration, etc. C'est ce qu'on observe dans certaines angines qui ont, avec la blépharite muqueuse, beaucoup de ressemblance; seulement, pour le gosier, les phénomènes se passent dans un espace plus étendu, plus considérable.

Les caractères de la blépharite muqueuse sont les suivants: on observe sur la face interne de la paupière une rougeur anormale d'autant plus marquée qu'on l'examine plus loin du bord libre de la paupière; ou, si l'on aime mieux, qui augmente à mesure qu'elle avance vers la rainure oculo-palpébrale. Cette rougeur est légèrement violacée; elle est arborescente, c'est-à-dire qu'elle représente une multitude d'intrications en tout sens. Elle est manifestement formée par une masse de petits vaisseaux entre-croisés; on aperçoit très bien du blanc dans les espaces qui les séparent, et cette disposition est surtout manifeste près du bord palpébral, où ces vaisseaux sont moins nombreux, tandis que dans la rainure, la teinte rouge est plus uniforme.

Cette variété de blépharite, dans les cas ordinaires, ne s'accompagne point de gonflement, mais elle provoque de la chaleur, de la douleur, et de plus une démangeaison, mais modérée en général. Un de ses caractères essentiels est de donner naissance à une exsudation séreuse d'abord, puis muqueuse, puis séro-purulente, quand la maladie devient très intense.

Presque toujours la conjonctive de l'œil se prend elle-même quand la blépharite muqueuse envahit celle de la paupière. Il faut remarquer que lorsque le malade regarde de face, il est souvent difficile d'apercevoir la maladie; si l'on n'écarte pas la paupière de manière à plonger dans la rainure, l'œil paraît sain. Du reste, la vision n'est nullement troublée par cette affection, qui ne cause ni épiphora, ni photophobie notables. On peut facilement examiner les yeux du malade sans provoquer ce larmoiement si caractéristique d'une autre affection que nous aurons occasion d'étudier. La cause de l'absence de ces symptômes est, du reste, facilement saisissable si l'on veut y réfléchir un instant. On comprend que ce n'est pas l'inflammation des paupières qui peut influer sur les fonctions lacrymales, non plus que sur la rétine, et qu'il ne doit, par conséquent, résulter de la phlegmasie qui nous occupe aucun symptôme pareil à ceux qu'on observe dans les maladies qui affectent ces deux ordres d'organes, le larmoiement pour les voies lacrymales, la crainte de la lumière pour l'œil lui-même.

Donc, quand examinant les yeux d'un malade, on remarquera cette rougeur arborescente que nous venons de signaler, quand il y aura sécrétion, quand il y aura, de plus, absence d'épiphora et de photophobie, la maladie sera une blépharite muqueuse.

Mais il faut être prévenu d'une particularité assez curieuse. On a dit que la paupière inférieure avait plus spécialement le privilége d'être affectée de cette espèce de blépharite, nous pensons que la paupière supérieure en est aussi souvent atteinte; mais un fait auquel on n'a pas songé, c'est qu'elle échappait souvent aux recherches quand elle avait son siége sur la paupière supérieure, à cause de la difficulté que l'on rencontre à l'explorer. Il semblerait, *à priori*, que la paupière supérieure, en raison de sa grandeur, de son élasticité, dût être plus facile à examiner par sa face interne que la paupière inférieure, plus courte, plus résistante aussi, il est aisé de se convaincre qu'il n'en est rien. Attachée qu'elle est en avant à une portion de la base de l'orbite, qui proémine sensiblement, elle recouvre une portion considérable de l'œil, de telle façon qu'elle forme une surface fortement concave en dedans, disposition qui met obstacle au renversement de sa face interne. Or il résulte de cette conformation de la paupière supérieure, et du siége de la blépharite muqueuse, qui est surtout apparente dans la rainure oculo-palpébrale, qu'il faudrait renverser fortement cette paupière pour apercevoir la rougeur, qui n'est précisément très visible que vers le fond, et que, dans la plupart des cas, on méconnaît la blépharite de la paupière supérieure, ce qui a donné lieu à l'erreur que nous avons signalée plus haut.

Au point de vue du pronostic, cette blépharite est une des plus légères; il est rare qu'elle devienne grave; mais elle se combine assez souvent avec d'autres. Dans les cas où elle se maintient seule, elle se termine le plus ordinairement par résolution au bout de six, huit ou dix jours, avec un traitement des plus simples, dans le détail duquel nous n'entrerons pas maintenant, mais que nous étudierons avec soin en parlant du traitement en général.

Blépharite granuleuse. — Cette forme, dont on peut voir deux exemples dans le service, l'une compliquée de kératite et de blépharite glanduleuse, affectant l'œil gauche chez une femme; l'autre chez un homme entré à l'hôpital avec une conjonctivite granuleuse générale, bornée aujourd'hui à une blépharite granuleuse; cette forme est caractérisée par la rougeur générale de la conjonctive des paupières; cette rougeur comprend toute l'étendue de la conjonctive palpébrale jusque dans le fond de la rainure. Ce qui la différencie de la précédente, c'est le manque de ces arborisations manifestes qui sont le signe pathognomonique des blépharites muqueuses. Dans la variété granuleuse, la teinte est uniforme; c'est une plaque de tissu parfaitement homogène plus ou moins foncée, plus ou moins épaisse. Mais le caractère principal qui la distingue, et qui lui a imposé son nom, est un aspect granulé; la surface paraît comme sablée; on distingue comme de petits reliefs microscopiques; en un mot, la conjonctive présente, dans la blépharite granuleuse, une apparence chagrinée. Ce sont là les signes à l'aide desquels on la distingue quand elle est récente; mais lorsqu'elle devient ancienne, la conjonctive palpébrale paraît comme plissée; elle présente des bourrelets plus ou moins saillants, dont la convexité offre elle-même ces granulations qu'on observe primitivement sur la membrane récemment envahie.

Il est utile de savoir de quelle manière on doit s'y prendre pour procéder à l'examen des paupières, afin de constater ces blépharites. Il faut avoir le soin de renverser la paupière en dehors, en recommandant en même temps au malade de regarder en haut; toute la partie affectée est alors très facilement explorée.

Cette variété de conjonctivite palpébrale donne lieu à de la chaleur, elle est même assez douloureuse; la démangeaison est très vive. Les sujets qui sont affectés de cette maladie ont une tendance singulière à penser qu'un corps étranger quelconque s'est introduit dans l'œil: la sensation qu'ils éprouvent est, en effet, celle que produiraient des grains de sable très fins placés entre l'œil et la paupière; aussi, la plupart des individus atteints de blépharite granuleuse se frottent les yeux presque constamment.

La sécrétion qui accompagne cette variété est plus abondante, et prend plus facilement l'aspect purulent que dans la précédente espèce; assez souvent la portion cutanée des paupières est légèrement tuméfiée, la paupière tout entière paraît bouffie, et les téguments ont une apparence de sécheresse particulière.

Il n'est pas très rare que cette blépharite amène à [illegible] un épaississement de la conjonctive, et il arrive alors que cette bouffissure de la paupière devient plus considérable. Le bourrelet accidentel de la muqueuse, pressé entre l'œil et la paupière, et trouvant plus de résistance du côté de l'œil qui le repousse, vient proéminer à l'extérieur en refoulant les téguments palpébraux au-devant de lui; de sorte que la paupière semble tuméfiée comme si elle était le siége d'une infiltration.

Comme dans la précédente variété, la vision n'éprouve ordinairement aucun trouble qui soit le résultat de la blépharite granuleuse, et l'on n'observe ni photophobie, ni épiphora, absolument comme dans la blépharite muqueuse.

Voici donc deux inflammations qui ont le même siége en apparence, les mêmes symptômes, et qui cependant sont loin de devoir être confondues. Nous disons qu'elles ont le même siége en apparence; car il est probable que les éléments anatomiques qu'envahit l'inflammation dans l'une et dans l'autre, doivent être différents, et s'il en fallait une preuve, on la trouverait, et tout à fait concluante, dans la différence même de la marche de ces deux affections. Or, il est évident que si ces deux phlegmasies siégeaient dans les mêmes points, attaquaient

---

FEUILLETON.

ESSAI SUR L'IVRESSE.

(*Ebrietas*, Cels. et Cic. *Temulentia*, Cic. et Plin.)

Le mot *Ebrietas* et ses dérivés: *Ebriamen*, toute liqueur enivrante; *Ebriacus*, ivre, pris de vin; *Ebriare*, enivrer; *Ebriolus*, qui a un peu bu, entre deux vins, à demi ivre; *Ebriolatus*, enivré; *Ebriosus*, ivrogne, qui est adonné au vin, sujet à s'enivrer; *Ebriositas*, ivrognerie, habitude de s'enivrer; *Ebrius*, aviné, ivre, etc., etc., sont autant d'expressions qui paraissent s'être toutes formées du mot grec ὕβρις, qui signifie *insolence, injure*, et, en effet, l'homme, privé de sa raison par les vapeurs du vin et des autres liqueurs enivrantes, est, comme on sait, très porté à dire des injures.

Dans son acception la plus étendue, on entend par *ivresse* toute espèce d'exaltation, quelle qu'en soit la cause, comme lorsqu'on dit: l'*ivresse de la joie, de l'amour, de la gloire, du bonheur;* mais c'est là le langage métaphorique, et nous devons ici restreindre le nôtre à la signification propre et plus vulgaire de ce mot, c'est-à-dire à celle qui sert à désigner cet état particulier, que détermine l'ingestion des liqueurs fermentées, dont l'excès trouble la raison, provoque le délire, amène un sommeil irrésistible, plonge dans le coma le plus profond, et qui peut même quelquefois occasionner la mort.

Nous n'aurons pas non plus à nous occuper de l'ivresse que les substances contre-incitantes dites narcotiques et certains poisons gazeux peuvent produire, attendu que cette étude nous conduirait beaucoup trop loin, et que nous ne voulons donner en ce moment qu'un article spécial sur les effets du vin et des liqueurs alcooliques en particulier.

Il n'est pas aisé de donner une bonne définition de cette affection: L'ivresse, dit Plutarque, loge avec elle la folie et la fureur. Sénèque et Galien l'appellent une *folie volontaire;* et Plaute, dans son style comique, la compare aux stratagèmes qu'emploie un lutteur adroit et rusé pour terrasser son adversaire. Sauvages la range à tort dans les *Debilitates* de sa Nosologie méthodique. Pour nous, c'est une véritable Vésanie, mais accidentelle, fugitive, passagère comme l'action de la cause qui lui a donné naissance.

La passion pour les liqueurs fermentées est vraiment universelle; elle est liée à l'histoire de tous les peuples. Les nations sauvages sont avides de ces boissons et ne reculent devant aucun danger pour s'en procure.; c'est même un expédient auquel les anciens eurent souvent recours pour subjuguer les barbares qui les inquiétaient.

Les Indiens et les Egyptiens s'enivraient, et la femme qui tuait un roi ou un chef ivre, recevait, au rapport de Strabon, une récompense de son successeur.

Le penchant des Hébreux pour les liqueurs fermentées est bien connu: les livres saints en offrent de nombreux exemples, et leur histoire témoigne d'une police médicale déjà très avancée, tant sur ce sujet que sur une foule d'autres désordres.

L'on sait aussi que Bacchus, chez les Grecs, comptait plus d'autels à lui seul, que n'en réunissaient ensemble tous les autres dieux. La mythologie grecque nous donne, dans Bacchus, le dieu du vin, et dans Silène, celui de l'ivrognerie.

Les moyens les plus violents furent employés par les législateurs pour réprimer l'ivrognerie. Dracon la punit de mort, et Lycurgue fit arracher la vigne; mais après sa mort on se hâta de la replanter, et on la cultiva partout avec le plus grand soin. Selon Plutarque, il ordonnait aussi d'enivrer les esclaves pour montrer à la jeunesse toute l'ignominie de cet état et lui en inspirer l'horreur. On assure que Pittacus, de Mitylène, faisait punir doublement les fautes commises dans l'ivresse. Il y avait aussi à Athènes des officiers publics, appelés ὄφθαλμος, qui étaient chargés de surveiller et de réprimer les débauches de table. Cependant c'est en Grèce que furent instituées ces fameuses bacchanales qui offraient le spectacle dégoûtant de la licence la plus effrénée, et l'on croit que c'est à la liberté, souvent trop peu mesurée que leur inspirait la liqueur enivrante du dieu en l'honneur duquel ces fêtes étaient instituées, que les femmes les plus célèbres d'Athènes devaient la vivacité de leur esprit, leurs talents et leurs grâces, si vantées par les écrivains contemporains; et plusieurs même n'hésitent pas à attribuer l'état avancé de la civilisation grecque, à l'habitude des heureuses inspirations que le vin, pris avec un léger excès, a coutume de développer. Et un auteur moderne (Fr. Hoffmann), qui s'est rangé à cette opinion, dit, en termes formels, que « les Grecs » perdirent leur esprit et leur savoir avec leurs vignes, que les Turcs » firent partout arracher. » Quand, chez les Romains, sectateurs non moins dévoués au culte de Bacchus que le furent les Grecs, on voulait exprimer qu'une personne avait bu outre mesure, on se servait du verbe *pergræcari*.

Au temps de Numa le vin était rare à Rome; la loi des Douze-Tables en défendait l'usage, même pour les libations qu'on faisait aux dieux. On raconte toutefois que Lucius Papyrius en offrit un gobelet (*cyathus*) à Jupiter à l'occasion de victoires remportées. Plus tard il fut permis d'en donner aux malades comme cordial; mais au siècle de Platon les plantations de vignes se multiplièrent considérablement et, si l'on en croit Horace, le sévère censeur des mœurs se laissait souvent aller aux charmes de cette liqueur:

> « *Narratur et prisci Catonis*
> » *Sæpè mero caluisse virtus.* »

César et Tacite, à qui nous devons les premières notions sur les Germains, nous ont donné une fort mauvaise idée de leur tempérance par rapport aux boissons spiritueuses: *adversùs sitim non eadem temperantia*, dit ce dernier en faisant l'éloge de leurs autres qualités; et l'abus du vin était tel, dans leurs comices, qu'il donnait fréquemment lieu, même entre les chefs, aux rixes les plus violentes: d'où est venu l'espèce de dicton: *Comitia Germanorum sunt lenta et violenta*.

Les Gaulois ne la cédaient en aucune manière aux Germains en fait d'ivrognerie. On lit, dans Diodore, qu'ils donnaient volontiers un esclave pour une cruche de vin; et l'on se souvient que c'est à leur ivresse qu'ils durent la défaite que Camille leur fit éprouver, et par laquelle Rome et l'Italie furent sauvées.

les mêmes éléments du tissu, ainsi que paraissent l'indiquer l'aspect et les symptômes semblables qu'elles font naître, leur terminaison devrait être la même ; mais, et ceci est très remarquable, alors que l'on voit la première espèce céder à tous les traitements, pour ainsi dire, on voit la seconde résister des mois, des années entières aux médications les mieux dirigées et les mieux suivies.

Quelle est donc la différence anatomique qui peut exister dans le siége de ces deux phlegmasies ?

Nous avouons que nous ne pouvons nettement la préciser. Ces petits grains que l'on observe à la surface de la muqueuse sont-ils des organes particuliers : cela pourrait bien être. Nous aurions pu admettre sans doute pour la seconde espèce l'inflammation des follicules ; mais les anatomistes n'ont pu encore démontrer qu'ils existassent dans la membrane. Les recherches les mieux faites, les études microscopiques les plus attentives n'ont pu lever les doutes sur ce point, et supposer l'inflammation d'organes qui n'existent peut-être pas, ce serait trop s'aventurer.

On a dit trouver des villosités, des papilles ; mais aujourd'hui tous ces élément, folliculess, papilles, villosités, sont, il faut l'avouer, assez mal connus et, partant, assez mal définis. Les recherches anciennes paraissaient avoir éclairé ces questions ; des recherches modernes sont survenues qui ont tout embrouillé de nouveau et on a été jusqu'à nier qu'il y eût des glandes dans les intestins. On a dit que dans certains tissus où on avait jusque là cru aux papilles, elles n'existaient pas, et qu'on trouvait seulement de simples villosités ; pour certains anatomistes il existe des glandes, des villosités, des papilles ; pour certains autres, ce ne sont que des villosités groupées ; pour nous, ce sont des organes particuliers et qui renferment une matière amorphe qui joue certainement un rôle.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, nous n'en sommes pas moins réduits aujourd'hui à chercher un siége pour cette variété de blépharite, et si nous avançons qu'elle envahit certains petits corps particuliers qui entrent dans la composition de la muqueuse, nous sommes forcés d'avouer que nous ignorons ce que sont ces petits corps. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que si notre supposition est fondée et que le siége du mal se trouve réellement où nous le plaçons ; la blépharite granuleuse serait alors la phlegmasie papillaire de la conjonctive.

Elle peut s'établir de trois façons différentes ; ou bien elle débute de prime abord à l'état chronique, ou bien à l'état aigu, ou encore elle arrive à la suite d'une autre inflammation, ce qui est un cas assez fréquent.

Il est d'observation que la plupart des ophthalmies épidémiques la laissent après elles. Ainsi on la voit survenir fréquemment après l'ophthalmie d'Egypte ; elle s'est montrée dans des proportions considérables après l'ophthalmie de Belgique : on en a beaucoup parlé alors et il a été écrit un nombre prodigieux de mémoires à son sujet.

On l'a vue aussi à la suite des épidémies observées à Paris, et elle peut passer à l'état d'ophthalmie purulente. Elle est grave alors.

Blépharite glanduleuse. — De toutes les blépharites, celle-ci est la plus fréquente. Elle a son siége dans les glandes de Meibomius, et est des plus faciles à distinguer. On en peut voir un exemple au n° 49 (salle des hommes). Le malade a malheureusement une kératite, un iritis, et des symptômes syphilitiques ; ce qui rend la blépharite glanduleuse plus difficile à reconnaître.

La blépharite glanduleuse ne peut se méconnaître à l'aspect de la rougeur sur la face interne de la paupière. Cette rougeur représente un ruban d'autant plus intense, qu'on la regarde vers le bord libre, et s'étend d'un angle de l'œil à l'autre. Cette rougeur a encore d'autres caractères qui prouvent la différence des deux espèces qui précèdent ; elle ne forme pas de relief à la conjonctive ; on n'y observe pas d'arborisations ; on ne trouve pas ce pointillé blanc que nous avons décrit pour la blépharite muqueuse ; elle comprend tout le bord de la paupière dans toute sa longueur ; de plus cette rougeur en ruban présente une convexité tournée en arrière, et elle se moule, du reste, parfaitement sur la forme du cartilage tarse.

Ainsi elle sera facile à distinguer des deux précédentes, en ce que l'on ne trouvera pas cette rougeur arborescente marchant en se fonçant vers la rainure oculo-palpébrale ; ni cette rougeur uniforme, caractère de la blépharite granuleuse ; ni ces granulations toujours visibles qui se rapportent encore à cette dernière espèce.

Les malades affectés de blépharite glanduleuse se plaignent aussi d'éprouver une sensation pénible de sable ; mais si on les interroge avec soin, on apprend que la démangeaison existe plutôt sur le bord de la paupière ; dans la blépharite glanduleuse, ils croient plus généralement que c'est l'œil qui est malade ; dans l'autre, ils rapportent assez volontiers le siége du mal aux paupières. C'est qu'en effet il y a des granulations dans les deux cas ; mais dans le premier, c'est-à-dire dans la blépharite glanduleuse, elles agissent sur l'œil lui-même.

Toutes ces nuances que nous signalons seront sans doute trouvées délicates, difficiles à saisir ; mais qu'on se rappelle qu'on ne doit que rarement s'en rapporter au malade ; qu'il faut examiner soi-même avec soin pour faire cesser toute incertitude.

La blépharite glanduleuse peut affecter les formes aiguë et chronique ; elle peut être partielle, totale, primitive, secondaire.

La forme aiguë présente deux nuances qu'on doit connaître. 1° La forme aiguë proprement dite ; 2° la forme qu'on peut appeler diphthéritique.

La première se caractérise par un léger gonflement du bord carré des paupières, mais principalement vers la crête postérieure, puisque c'est dans ce point que s'ouvrent les follicules ; on voit dans cette inflammation aiguë le bord proéminer légèrement.

La seconde ne se distingue de celle-ci que par un seul point. On voit sur le bord, mais non sur la conjonctive, un liseré blanc ou grisâtre, représenté par une certaine quantité de petites paillettes ; il est, chez quelques sujets, d'un demi-millimètre de largeur, régulier chez les uns, interrompu chez d'autres, il présente chez tous des caractères qui indiquent quelque chose de diphthéritique. Cette variété mérite d'être étudiée ; car elle résiste davantage à l'action des traitements.

La blépharite glanduleuse, en général, est fréquente et tenace ; quelques malades la portent des années entières ; elle fait ordinairement peu souffrir ; mais quand elle a duré déjà un certain temps, les remèdes n'en triomphent que difficilement. Il arrive, chez les sujets qui en portent d'anciennes, que les glandules se gonflent, les paupières s'usent, pour ainsi dire ; le bord carré disparaît, et souvent il survient des fongosités.

Pour récapituler ce que nous avons dit des blépharites, si nous voulons en négliger les détails et nous en tenir aux grands traits principaux de ces affections, nous voyons que chacune d'elles est caractérisée par les signes suivants :

1° La blépharite furfuracée, par les écailles et les démangeaisons.

2° La blépharite folliculeuse, par des boutons à la racine des cils, les cils groupés, les concrétions croûteuses.

3° La blépharite exulcéreuse, par des excoriations sur le bord tranchant, de la chaleur, de la brûlure.

4° La blépharite muqueuse, par la rougeur arborisée augmentant du côté de la rainure.

5° La blépharite granuleuse, par l'égalité, l'uniformité de la rougeur et les petits grains.

6° La blépharite glanduleuse, par la rougeur vers le bord libre, et quelquefois un liseré gris dans le même point.

PAJOT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Pneumonie lobulaire. Emploi des émissions sanguines et du kermès. Réflexions.

Au n° 8 de la salle Sainte-Catherine a été couchée une fille de sept ans, née à Coulommiers, à Paris depuis trois ans.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatique, habituellement bien portante au dire de ses parents, cette enfant fut prise, il y a huit jours environ, d'un peu de toux, de fièvre caractérisée par des frissons suivis de chaleur et de sueur. La malade ne se plaignait d'aucune douleur dans la poitrine, ni en toussant, ni en respirant profondément. Elle n'a jusqu'à ce jour rendu aucun crachat sanguinolent. Voici l'état qu'elle présente au moment de son entrée :

Peau chaude, sudorale. Visage animé, surtout aux pommettes. Pouls à 112-116, assez développé, non redoublé. Langue humide, blanche, surtout à la base et au milieu, un peu rose à la pointe. Soif vive. Pas de nausées, ni de vomissements ; il y a eu, dans le commencement de la maladie, quelques vomissements bilieux verdâtres. Anorexie. Un peu d'abattement. Pas de selles depuis trois jours ; le ventre un peu tendu, non douloureux, même à une forte pression. L'enfant a bien toute sa connaissance, et répond nettement aux questions qu'on lui adresse.

La respiration est fréquente, à 36-40 par minute, un peu quinteuse et convulsive, ce qui aurait pu au premier abord faire croire à l'existence d'une coqueluche. L'enfant, de laquelle on a beaucoup de peine à obtenir quelques crachats après les quintes de toux, rend, au moment de la visite, deux crachats spumeux, blancs, sans trace de sang, et qui paraissent n'être que de la salive. Décubitus facile sur les deux côtés, principalement sur le côté droit. Résonnance bonne en avant des deux côtés. A droite, un peu de râle sous-crépitant et muqueux dans toute l'étendue, mais surtout vers la région moyenne. A gauche, on entend quelques bulles seulement de râle muqueux, disséminées et très faibles. En arrière, la résonnance, très bonne à gauche, est bonne à droite au sommet et à la base ; vers la partie moyenne elle est plus faible, et l'on pourrait même la prendre pour une véritable matité. La respiration, bonne partout à gauche, est mêlée au sommet de quelques bulles de râle muqueux. A droite, râle muqueux et sous-crépitant dans toute la hauteur, remplacé vers la partie moyenne par un souffle bien manifeste, circonscrit. 20 sangsues sur la poitrine, à droite en arrière ; potion gommeuse avec kermès, 0.10 ; boissons émollientes ; lavements.

Le lendemain, il n'y a pas de changement notable dans l'état de l'enfant. Mais le troisième jour, le pouls est monté de 116 à 128 ; le visage est toujours rouge ; la respiration toujours à 40 par minute, profonde ; un peu de dilatation des ailes du nez ; résonnance bonne en avant des deux côtés de la poitrine, la respiration y est bonne également et mélangée seulement d'un peu de râle muqueux à grosses bulles. A gauche en arrière, résonnance bonne, respiration accompagnée de râle muqueux et sous-crépitant ; à droite, matité dans l'étendue de quatre à cinq centimètres carrés, à la partie moyenne du poumon. Un peu de faiblesse de la résonnance en tirant vers le sommet et vers l'aisselle. Mêmes râles que le premier jour ; souffle vers la partie moyenne du poumon, dans le point correspondant au creux de l'aisselle, et au sommet du poumon ; on entend entre les points où se manifeste le souffle, des bulles de râle muqueux et sous-crépitant. 15 sangsues ; même julep avec kermès, 0,15 ; *idem* ; diète.

Le cinquième jour, il s'est manifesté dans l'état général du sujet un peu d'amélioration. Le pouls est à 124, plus petit que les jours précédents, non redoublé. Mais la respiration et la résonnance offrent du côté droit les mêmes phénomènes qu'aux précédents examens ; mêmes râles, même souffle dans les points indiqués. Vésicatoire à la partie postérieure droite du thorax ; julep avec kermès, 20 centigr. ; mêmes boissons ; lavements émollients.

Le 7, le pouls est toujours à 124, petit ; le nombre des mouvements respiratoires a un peu diminué, il n'est plus que de 36 par minute. La résonnance et la respiration du côté

Au commencement du moyen-âge, les moines buvaient du vin dans un gobelet, et c'était, dit Legrand d'Aussy, une cérémonie religieuse, une offrande, une libation. On buvait aussi aux morts, mais cet usage fut interdit comme idolâtre. On fit ensuite des règlements pour fixer la quantité de vin que pouvait se permettre chaque membre du clergé, et il en fut accordé, par le concile de 817, cinq livres pesant (2 litres 1/2) par jour pour chaque chanoine. Charlemagne avait déjà défendu, dans ses Capitulaires, de provoquer à boire, à trinquer, de *pléger*, c'est-à-dire de répondre à la provocation ; mais comme ces ordonnances n'avaient pu arrêter les progrès de l'ivrognerie, on fut obligé, par la suite, de multiplier ces défenses et de les rendre plus sévères. Dans les couvents, le désordre fut porté à son comble, et le concile de Tours, de 1282, se trouva dans la nécessité de défendre aux prêtres de s'asseoir dans les cabarets, excepté pendant les voyages. Sous François Ier, les ivrognes étaient condamnés à avoir les oreilles coupées ; la punition pourra paraître sévère, surtout de la part d'un prince qui ne prêchait pas toujours d'exemple en cette occasion comme en beaucoup d'autres. A l'exemple de Lycurgue, Charles IX fit une ordonnance pour la destruction des vignes dans les provinces de son royaume où l'ivrognerie était la plus commune.

Nous ne poursuivrons pas plus loin ces considérations, car s'il est démontré que l'art de faire le vin se perd dans la nuit des temps, il ne l'est pas moins que l'abus en est né avec l'usage. D'après la fable, Saturne inventa cette boisson en Crète, Bacchus la fabriqua dans l'Inde, Osiris en fit en Egypte, et le roi Géryon en Espagne ; mais la plupart des historiens s'accordent à regarder Noé comme le premier qui l'ait fait connaître en Syrie. Au surplus, tous les peuples qui vécurent sous des latitudes favorables à la culture de la vigne, mirent le vin au rang des plus grands bienfaits de la nature ; leurs poètes le chantèrent, et tous lui faisaient honneur dans leurs festins. Les Annales de l'histoire sont pleines des faits et gestes des ivrognes fameux. C'est ainsi qu'elle nous apprend que Philippe et Alexandre s'abandonnaient aux excès les plus condamnables, et que c'est dans la fureur de l'ivresse que cet illustre conquérant perça le sein de son ami Clitus. Denis le tyran avait établi un prix pour celui qui boirait le mieux à une fête et lui faisait décerner une couronne. Un certain Bromacchès mérita cette récompense pour avoir bu quatre conges de dix livres chacune, ce qui équivaut à environ vingt-quatre à vingt-cinq de nos bouteilles ordinaires.

Le féroce Néron, à Rome, fut un ivrogne décidé ; et l'on changea le nom de Tibère en celui de *Biberius* ; le fils de Cicéron et beaucoup d'autres s'enivraient tous les jours ; mais le plus intrépide buveur de cette capitale du monde était, sans contredit, le parasite Officius Bibulus, dont on a dit fort plaisamment : *Dùm vixit, aut bibit, aut minxit.*

D'où vient donc ce goût général, cette fureur universelle pour les liqueurs enivrantes ? C'est que partout l'homme, avide de sensations, les recherche à quelque prix que ce soit ; c'est qu'elles exaltent l'esprit en même temps qu'elles accroissent les forces et l'agilité ; c'est qu'en un mot elles nous font plus amplement jouir de la vie, et que vivre c'est sentir. Mais pour qu'il en soit ainsi, il n'en faut user qu'avec retenue ; autrement le plus déplorable état, les souffrances, le délire, la stupeur succèdent bientôt à cette surexcitation insolite, à cette agréable et heureuse liberté de tous les mouvements, à ces doux épanchements du cœur, et à ces rêveries si fortunées dans lesquelles l'homme sensuel trouve ce qu'il appelle *le bonheur*. Cet enjouement factice, cet abandon, cette gaîté et toutes ces sensations anormales, n'ont sans doute rien que réprouvent la morale et la sagesse communes ; cependant nous croyons qu'il est d'autant plus dangereux de s'y livrer, que pour beaucoup il devient extrêmement difficile de ne se pas laisser entraîner plus loin et de ne pas voir cette situation de corps et d'esprit, encore innocente, faire promptement place à la plus dégoûtante et misérable abjection. « L'ivrognerie, dit un véritable philosophe, me semble un vice grossier et brutal ; l'esprit a plus de part ailleurs ; et il y a des vices qui ont je ne sçais quoy de plus généreux, s'il le faut ainsi dire ; il y en a où la science se mesle, la diligence, la vaillance, la prudence, l'adresse et la finesse : cestuy-cy est tout corporel et terrestre. » (*Michel Montaigne*. Essais. Liv. II, chap. 2.)

Bu à dose modérée, le vin apaise la soif (et mêlé d'eau il désaltère beaucoup mieux que l'eau pure) ; il stimule convenablement les fonctions de l'estomac, accélère la digestion, sollicite, accroît, précipite la circulation, incite tous les organes sécréteurs et particulièrement l'appareil urinaire ; il facilite l'exercice de l'intelligence, dispose à la bienveillance et à tous les sentiments affectueux ; il relève et soutient les forces, et nous donne plus de confiance en nous-mêmes et dans les autres.

Prise avec moins de réserve, cette boisson agite extraordinairement et exalte les facultés intellectuelles, à un point tel, que bientôt la volonté perd une partie de ses droits ; c'est le premier degré de l'ivresse. Le visage se colore, les yeux s'animent, le front se déride, la bouche sourit, la physionomie prend une expression inaccoutumée et semble respirer une aimable gaîté ; une énergie nouvelle se manifeste, les mouvements deviennent plus aisés, les perceptions sont plus promptes, les idées abondent, se pressent, s'entrecroisent et se succèdent avec une étonnante rapidité ; on devient indiscret, babillard, disert : *Fœcundi calices quem non fecere disertum ?* La froide raison s'éloigne, la tristesse se dissipe, les soucis et les noirs chagrins disparaissent, les douleurs du cœur s'évanouissent ; les bons mots, les joyeux propos, les vives reparties, les doux épanchements de l'amitié, les tendres aveux prennent leur place ; le plus malheureux a retrouvé l'espérance, l'irrésolu se détermine, le timide se rassure et le pusillanime montre du courage ; incessamment les discours deviennent diffus, la tête s'embarrasse plus notablement et le fil des idées commence à s'échapper : on est alors ce qu'on appelle *gris*.

Dr F.-E. PLISSON.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— On écrit d'Auch, 1er avril :

« Le rapport des chimistes de Paris, qui constate la présence de l'arsenic dans le corps de Lacoste, est plus concluant que celui qui a été fait à Auch ; l'arsenic a été trouvé en quantité considérable et ramené à l'état de métal. Ce document donne au procès contre madame Lacoste et Meilhan une grave consistance. L'information continue. On commence à dire que madame Lacoste ne se présentera pas. »

gauche offrent les mêmes caractères ; mais à droite, en même temps que l'on constate toujours la présence des râles muqueux et sous-crépitant, surtout en arrière, le souffle bronchique a sensiblement diminué d'étendue et d'intensité. Abattement et grand sentiment de faiblesse quand on fait mettre l'enfant à son séant. Soif toujours vive. Anorexie. Il y a eu pendant la nuit un peu d'agitation ; ce matin, un vomissement bilieux.

A partir de ce moment, l'amélioration est notable, et l'on constate de jour en jour une diminution progressive dans les phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion, tant sous le rapport de leur intensité que sous celui de leur étendue.

Le onzième jour on permet deux tasses de bouillon coupé, et le seizième jour l'enfant sort de l'hôpital parfaitement guéri.

— La forme de pneumonie que les auteurs désignent sous le nom de pneumonie lobulaire, mamelonnée ; disséminée, mérite d'autant plus de fixer notre attention que, propre à l'enfance, dans laquelle elle est extrêmement fréquente, elle n'est connue que depuis quelques années. Ce sont les travaux de M. Delaberge, insérés dans le Journal hebdomadaire en 1834, et plus récemment ceux de MM. Rilliet et Barthez, qui ont le plus contribué à la faire connaître complétement.

Souvent suivie de mort, la pneumonie lobulaire, dont nous n'avons point ici l'intention de tracer en détail les caractères anatomiques, présente les mêmes degrés que la pneumonie simple ; mais les altérations n'y sont point disposées de la même manière. Ainsi au premier degré l'on observe à la surface du poumon des taches d'un rouge violacé, solides sous le doigt, situées le plus souvent au bord postérieur. Lorsque ces taches manquent, le doigt promené à sa surface sent plus ou moins profondément des noyaux d'induration. A la coupe, on voit que ces noyaux d'engorgement sont assez semblables au tissu pneumonique ordinaire.

Au premier degré, le tissu pulmonaire est marbré de rouge ou de gris-rosé. Les parties rouges, plus ou moins régulièrement limitées, sont un peu moins résistantes que les parties voisines ; ce qui explique la justesse du nom donné par quelques auteurs à cet état qu'ils ont désigné sous celui de ramollissement rouge. Au second degré, ramollissement encore plus sensible des points qui, sous la pression du doigt, le poumon étant sain, paraissent indurés. A la pression, ce tissu ne crépite point, et si l'on presse le centre, le liquide est rouge, sanieux, non aéré.

Le troisième degré est caractérisé par une coloration jaune ou gris-jaunâtre, due à l'infiltration du pus dans le parenchyme pulmonaire ; le tissu en est très friable dans les points malades, et la pression fait suinter un liquide purulent. Lorsque la coloration est seulement grise, il serait facile, si l'on ne portait pas une attention scrupuleuse à l'examen, de méconnaître la lésion qui a causé la mort. Aussi voit-on assez souvent de ces pneumonies lobulaires au troisième degré passer inaperçues et laisser le médecin incertain sur la cause de la mort.

Il est assez difficile d'étudier la pneumonie à l'état de simplicité parfaite. Le plus ordinairement elle s'accompagne de bronchite, soit générale, soit partielle ; nous examinerons chacun des symptômes en passant en revue ceux qu'a présentés la jeune fille soumise à notre observation.

Le cas actuel n'a point offert de complication de pleurésie. On peut dire en général, et ce fait en présente un exemple, qu'autant est rare la pneumonie simple chez l'adulte, autant est rare la pleuro-pneumonie chez l'enfant lorsque l'inflammation affecte la forme lobulaire.

L'expectoration a complétement manqué chez cette enfant, chose du reste peu surprenante ; car il est rare que les enfants expectorent après les quintes de toux ; il est encore plus rare que les crachats, lorsque l'on peut en obtenir, présentent la teinte sanguinolente caractéristique. Le plus souvent, en effet, c'est plutôt de salive simplement et non de mucosités bronchiques que sont composés les crachats, surtout chez les sujets qui n'ont pas encore atteint l'âge de huit ou neuf ans.

La toux, pendant les deux ou trois premiers jours du séjour de l'enfant à l'hôpital, a présenté le caractère convulsif que l'un remarque principalement dans la coqueluche. Ce caractère assez fréquent, ne doit, de reste, que peu inquiéter le praticien. En effet, il suffit de deux ou trois jours pour que la maladie se dessine nettement et que l'on sache d'une manière bien positive si c'est à la névrose *coqueluche* ou à une pneumonie franche que l'on a affaire. En général, dans la pneumonie lobulaire la toux est plus rare que dans la pneumonie lobaire. Aussi les modifications que présente ce phénomène doivent-elles être notées avec soin, et considérées comme un symptôme important. La toux augmente d'ordinaire d'une manière assez sensible à mesure que l'inflammation fait des progrès, et elle est en raison directe de l'étendue de la phlegmasie. Lorsque la maladie doit se terminer fatalement, il est assez fréquent de voir la toux manquer complétement dans les derniers jours de la pneumonie. Lorsqu'au bout de quelques jours la toux convulsive de la coqueluche persiste et que cependant il existe des phénomènes incontestables de pneumonie, c'est qu'il y a, ce qui n'est point rare, complication de coqueluche et de pneumonie lobulaire ; mais cette complication n'influe que peu sur le traitement, qui doit s'appliquer la phlegmasie pulmonaire.

Chez notre sujet, le pouls se maintient toujours extrêmement élevé et fréquent. Outre que le pouls est naturellement plus fréquent chez l'adulte, la pneumonie est une des affections dans le cours desquelles on observe le plus communément cette fréquence, et au plus haut degré. Rarement il est au-dessous de 120 ; il monte quelquefois à 140, 150 et même 180 ; on peut dire en général que la fréquence du pouls est en rapport avec la jeunesse du sujet. Plein et régulier le plus souvent, surtout quand les sujets sont forts et vigoureux ; il devient petit et irrégulier quand la terminaison doit être fatale, et s'approche ; il diminue seulement d'ampleur, sans irrégularité, lorsque la maladie est en voie de résolution.

La respiration a été de 36 à 40 par minute pendant les premiers jours de l'affection ; comme pour le pouls, nous remarquons que le nombre des inspirations a été d'autant plus fréquent que les sujets étaient plus jeunes. Les caractères que présentent ces inspirations sont extrêmement variables : tantôt elles sont amples, profondes, soulevant le thorax dans sa totalité comme chez la jeune fille dont nous nous occupons ; tantôt elles sont inégales, saccadées, peu profondes, mais extrêmement fréquentes, et suppléant par le nombre à l'ampleur insuffisante de chaque mouvement inspiratoire. Il résulte des recherches statistiques faites à l'hôpital des Enfants que l'augmentation du nombre des inspirations correspond à celle des pulsations artérielles, et que, plus la fièvre est intense, plus aussi la respiration est accélérée.

Un phénomène caractéristique de la dyspnée et de l'anxiété que produit chez les enfants la pneumonie lobulaire, c'est la dilatation des ailes du nez pendant les inspirations, caractère qui s'observe également et à un plus haut degré encore à la troisième période de la bronchite capillaire ; du reste, comme nous le verrons plus loin, il est extrêmement rare que la pneumonie lobulaire ne s'accompagne pas de bronchite plus ou moins étendue, et peut-être est-ce aussi bien à cette affection concomitante que l'on doit attribuer ce phénomène que nous avons constaté chez notre malade.

Il est rare, disons-nous, que cette forme de la pneumonie ne s'accompagne pas de bronchite plus ou moins étendue. On conçoit dès lors que si l'élément bronchique prédomine, ce seront plutôt les râles sibilant et muqueux de la bronchite que l'on entendra ; tandis que les signes de la phlegmasie pulmonaire seront moins abondants ; si c'est l'élément pneumonique, ce seront les râles crépitant et sous-crépitant au premier degré, le souffle bronchique au second degré, que l'on entendra de préférence. La différence sera la même si les noyaux de ramollissement pneumonique sont superficiels ou profonds, s'ils sont volumineux ou de peu d'étendue. Il arrive assez souvent que ces points phlegmasiques disséminés sont assez distants et assez profondément situés pour que l'auscultation et la percussion ne puissent rien faire reconnaître. Mais alors, disent MM. Rilliet et Barthez, auxquels on doit une excellente monograghie sur le sujet qui nous occupe, c'est que la pneumonie lobulaire complique une affection grave, au moins le plus ordinairement, et cette erreur d'auscultation n'entraîne aucune suite grave.

Dans la grande majorité des cas, quel que soit l'élément phlegmasique qui prédomine, c'est-à-dire que ce soit l'inflammation de la muqueuse bronchique ou celle du parenchyme pulmonaire, les râles bronchiques entourant et circonscrivant pour ainsi dire les râles pulmonaires, ce sont eux que l'on entend dans le plus grand espace, et qui couvrent presque entièrement les autres phénomènes locaux de phlegmasie pulmonaire. Ils durent le plus souvent depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison quelle qu'elle soit, heureuse ou funeste. Dans ces cas aussi, la percussion ne fournit presque aucune lumière ; car on sait que la bronchite, à aucune de ses périodes, n'est accompagnée de matité, et que, même quand elle est arrivée à la période suffocante, il y a une sonoréité exagérée, une sorte d'emphysème aigu qui se dissipe avec la maladie.

Le râle crépitant se fait entendre le plus habituellement en arrière des deux côtés, surtout à la base ; il est quelquefois le seul symptôme de la pneumonie lobulaire que l'on entende dans toute la durée de la maladie. Souvent, en effet, le souffle bronchique manque complétement ; quand il existe comme dans le cas actuel, dont nous avons donné les détails, il est rare qu'il soit pur, et jamais il n'est aussi distinct que dans la pneumonie franche.

La complication de pleurésie avec épanchement qui se rencontre dans un petit nombre de cas se reconnaît facilement au souffle bronchique et à la production de l'égophonie que l'on détermine en faisant parler les malades. En général, notons que la plupart des signes stéthoscopiques que nous avons indiqués présentent ceci de remarquable dans la pneumonie lobulaire, qu'ils sont diffus, disséminés, irréguliers, plus faciles cependant à constater dans les points où le râle bronchique, dont nous avons signalé la prédominance, est moins abondant, c'est-à-dire au sommet et à la base des poumons. La mobilité de ces phénomènes stéthoscopiques doit engager le praticien à renouveler souvent son examen afin de saisir les symptômes de phlegmasie pulmonaire ; qui, masqués par les râles bronchiques, auraient pu échapper à un premier examen.

Nous examinerons dans la suite de cet article le diagnostic différentiel de la pneumonie lobulaire, et nous présenterons quelques considérations sur le traitement mis en usage dans le fait que nous avons rapporté plus haut.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 avril 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. Husson demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la proposition de M. Cornac, tendant à faire placer les bustes de Dupuytren et de Broussais dans la salle des séances de l'Académie. Je ne voudrais pas cependant que cette proposition en fît oublier une plus ancienne, relative aux bustes de Corvisart et de Laënnec. On a dit que des démarches pour avoir le portrait de Corvisart avaient été infructueusement faites auprès de sa famille ; j'ai beaucoup de peine à croire cela. Quoi qu'il en soit, il existe plusieurs portraits de Corvisart qu'il serait facile de reproduire. Il y en a un notamment à la Faculté. Quant à Laënnec, on ne connaît pas, en effet, de portrait de ce célèbre collègue. Mais ne serait-il pas possible, alors, de faire pour lui, dans l'enceinte de l'Académie, ce que Napoléon fit faire pour Desault et Bichat sous le péristyle de l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire une inscription qui rappelle la mémoire de Laënnec et les services qu'il a rendus à l'art de guérir ? On arguerait vainement que l'Académie n'a pas de fonds pour cette destination ; je me suis assuré du contraire. Je demande donc formellement que le Conseil d'administration donne suite à la décision prise à cet égard par l'Académie, et qu'il en tienne compte.

M. le président. Le Conseil d'administration s'est déjà si bien occupé spontanément de la question, que dans les arrangements qui se font actuellement dans la nouvelle salle de l'Académie, il a recommandé à l'architecte de disposer des piédestaux, des consoles, pour recevoir les bustes des membres à qui l'Académie doit consacrer cet honneur.

— *M. Philippe Boyer* écrit pour annoncer sa candidature à la place vacante.

— *M. Louis* adresse une lettre pour donner sa démission de commissaire pour l'examen du mémoire de M. Malgaigne sur la ténotomie. Il regrette de ne pas s'être trouvé présent à la dernière séance pour témoigner des efforts de M. J. Guérin pour éclairer la commission nommée par l'administration des hôpitaux sur la réalité de ses observations.

— *M. le président* propose *M. Adelon* pour remplacer M. Louis.

M. Husson. J'ai certainement beaucoup d'estime et de respect pour M. Adelon ; mais je crois qu'il serait beaucoup plus convenable de remplacer M. Louis par un médecin de l'hôpital des Enfants, où se sont passés les faits en discussion.

Cette demande est appuyée, et a pour résultat la nomination de M. Guersant.

— *M. Velpeau*, chargé par l'Académie, conjointement avec *M. Mélier*, d'aller visiter M. Prus, malade, donne des nouvelles satisfaisantes de l'état de cet honorable académicien.

— *M. Adelon* lit un long travail relatif au projet de loi sur les brevets d'invention, en réponse à une brochure récemment publiée par M. Caventou. (*V.* notre numéro du 6 avril.)

M. Adelon soutient que la prohibition des brevets d'invention pour les produits pharmaceutiques, proposée par la nouvelle loi, n'est pas injuste, n'est pas la violation d'un droit, n'est pas inutile, est, au contraire, nécessaire.

M. Caventou. Il me serait impossible, sur une simple lecture, de répondre à M. Adelon. Sa savante dissertation prouve l'importance de la question. Je me bornerai à une courte réflexion sur un point de son travail. L'initiative de la prohibition n'a pas été prise par le gouvernement, c'est la commission de la Chambre des pairs qui l'a introduite par voie d'amendement qui fut combattu par le ministère. Nous sommes tous d'accord ici sur les déplorables excès du charlatanisme. Mais j'ai l'intime conviction que la prohibition ne remédiera à rien. Les charlatans sauront tourner la difficulté, et ceux qui ont fait les plus scandaleuses fortunes n'ont pas eu besoin de brevet d'invention pour cela.

M. Caventou pense, contrairement à M. Adelon, que la prohibition peut nuire aux inventeurs de remèdes réellement utiles qui, avec la législation qui se prépare, ne pourront trouver ni protection ni récompense.

M. Bussi dit que l'opinion de l'Académie est depuis long temps arrêtée sur la nécessité de prohiber les brevets d'invention aux préparations pharmaceutiques. Il approuve de tous points le travail de M. Adelon, et il ajoute que l'école de pharmacie ne partage pas l'opinion de M. Caventou.

M. Boullay. Tout se préparait bien au sein des chambres pour arriver à la solution désirée par l'Académie, il faut que l'opposition malencontreuse de M. Caventou...

M. Caventou. Ménagez vos expressions, qui ne sont pas académiques.

M. Boullay. Cette opposition, partie d'un vice-président de l'Académie est inconvenante. (Murmures et réclamations.) Je propose que, fidèle à ses opinions si souvent exprimées, l'Académie intervienne et fasse une démarche directe auprès de la commission de la Chambre des députés.

M. Adelon. Le premier besoin que j'éprouve, c'est de rendre justice à M. Caventou. Sa brochure témoigne qu'il partage avec l'Académie l'aversion qu'on doit avoir pour le charlatanisme ; seulement, à mon avis, il s'est trop préoccupé de droits qu'il croit en péril. Mais il était dans son droit en publiant ses opinions, et personne ici ne peut le lui imputer à mal.

M. Adelon se livre à une discussion sur les principes qui régissent la matière en fait de préparations pharmaceutiques brevetées, et il démontre la contradiction qui existe à ce sujet dans les lois et décrets.

Quant à la proposition faite par M. Boullay, il ne lui appartenait pas de provoquer à cet égard une décision de l'Académie ; il aurait craint de blesser M. Caventou. C'est à l'Académie à décider à cet égard ce qu'elle veut faire.

M. Caventou a si bien respecté les opinions de l'Académie et son titre de vice-président, qu'il a renoncé à l'influence morale qu'il aurait pu en tirer pour sa brochure en ne se prévalant pas de ses titres.

M. Bussi se livre à une longue discussion sur la question de l'examen préalable des remèdes.

M. le président met d'abord aux voix si l'Académie veut persister dans son vœu souvent manifesté de ne plus accorder de brevet d'invention aux préparations pharmaceutiques.

L'Académie vote affirmativement.

Il s'agit ensuite de consulter l'Académie pour savoir si elle veut qu'une démarche soit faite à cet égard.

M. Boullay demande que l'Académie fasse cette démarche auprès de la commission de la Chambre des députés.

M. Chevallier. C'est impossible ; la hiérarchie veut que ce soit auprès du ministre.

M. Bégin est du même avis.

M. Nacquart demande l'impression immédiate du travail de M. Adelon.

L'Académie décide qu'une démarche sera faite auprès du ministre.

— *M. Amussat* communique une observation, avec pièces anatomiques à l'appui, de tumeur du sein présentant les caractères apparents d'une tumeur fibreuse, et les caractères réels d'un tissu squirrheux.

M. Lucien Boyer, après avoir fait remarquer que les instruments destinés à la ligature des polypes de l'utérus qu'il avait présentés à l'Académie le 23 janvier, n'auraient point eu la solidité nécessaire pour contourner un polype volumineux enclavé dans la cavité du bassin, en présente de nouveaux faits sur le même principe, mais plus forts, et qu'il a mis avec succès en usage sur une malade affectée d'un polype charnu de l'utérus du volume d'une orange.

En outre, pour pouvoir graduer à volonté la constriction, à l'exemple de M. Récamier, M. L. Boyer a disposé l'extrémité extérieure du serre-nœud de Desault, de façon qu'elle puisse s'adapter sur un treuil ; et pour prévenir les inconvénients d'un serre-nœud droit et inflexible, M. L. Boyer en a fait fabriquer de courbes, les uns d'une seule pièce, d'autres formés de pièces séparées ou articulées, et susceptibles de se courber selon le volume de la tumeur. Ces instruments s'appliquent par le même procédé, et s'adaptent également au serre-nœud.

M. L. Boyer appelle surtout l'attention de l'Académie sur un procédé nouveau de section du pédicule des polypes, qui consisterait à couper ce pédicule sur place en le sciant au moyen du fil passé autour de lui. M. L. Boyer propose de donner à ce procédé le nom de *sercision*, du mot latin *serra*, scie, et de la désinence commune aux mots déjà français incision, excision. Voici la manière de l'appliquer.

Après avoir placé le fil autour du pédicule du polype par le procédé exposé à l'Académie le 23 janvier, M. L. Boyer le fixe au moyen d'un instrument analogue au serre-nœud provisoire, mais dont l'anneau est façonné de manière à ne point glisser à la surface du pédicule, tandis que le reste de la longueur présente une disposition qui permet à un

aide de le tenir solidement. Alors l'opérateur, en tirant alternativement sur chaque extrémité du fil, scie le pédicule, comme M. L. Boyer le simule très facilement devant l'assemblée sur un polype artificiel façonné en liége. Ce procédé paraît, à l'auteur, avoir les avantages réunis de la ligature et de l'excision, savoir : section instantanée, inutilité de l'abaissement du polype, jointes à moins de chances d'hémorrhagie que lorsqu'on agit avec l'instrument tranchant; car son action sur les vaisseaux que le pédicule du polype peut contenir consiste plutôt dans un arrachement. Il est d'une exécution plus facile, et par ces motifs paraît, à M. L. Boyer, digne d'être admis dans la pratique de la chirurgie.

L'auteur demande à soumettre ces instruments et la nouvelle opération qu'il propose au jugement d'une commission.

— *M. Laugier* présente un instrument destiné à limiter l'action du caustique de Vienne appliqué au traitement du varicocèle par la cautérisation. Cet instrument se compose d'une plaque servant de point d'appui et d'un anneau qui embrasse la partie sur laquelle seule doit agir le caustique.

— Il est plus de cinq heures, la séance est levée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. Mars 1844.

Des émissions sanguines dans le traitement de la fièvre puerpérale; Par M. VOILLEMIER.

A l'époque où toutes les maladies étaient regardées comme des inflammations, on ne voyait dans la fièvre puerpérale qu'une métro-péritonite. Sous quelque forme que la maladie se présentât, on la traitait par les antiphlogistiques et particulièrement par les émissions sanguines. Dans ces derniers temps une réaction s'est opérée. La fièvre puerpérale est généralement considérée aujourd'hui comme une affection spéciale, dominée par un élément particulier, suivant les lieux, les saisons, les époques, et à laquelle on ne saurait opposer avec succès un traitement toujours le même. Aussi voyons-nous la plupart des écrits publiés depuis quelques années sur cette maladie, préconiser tour à tour les vomitifs, les toniques, les purgatifs, les altérants, et n'accorder qu'une efficacité très douteuse aux émissions sanguines. Sans blâmer en rien la conduite des médecins qui ont tenté de substituer ces différentes médications au traitement antiphlogistique, M. Voillemier insiste sur les circonstances spéciales dans lesquelles ces médications ont été employées; car son but est de montrer qu'on ne saurait, sans inconvénients, généraliser leur emploi.

Dans certaines épidémies et dans certains hôpitaux, les émissions sanguines ne doivent être employées qu'avec une extrême réserve; mais dans la pratique civile, quand le pouls est fort, développé, et donne 95 à 100 pulsations, que les seins éprouvent un commencement de tuméfaction, qu'il y a de la céphalalgie et que le visage est animé, que l'abdomen non météorisé est douloureux à la pression dans l'une des fosses iliaques, ou dans les deux à la fois, il ne faudrait pas hésiter. Une saignée générale devrait être pratiquée tout d'abord, et dans la même journée, des sangsues seraient appliquées en assez grand nombre sur les points douloureux du ventre.

La saignée générale est celle à laquelle il faut d'abord avoir recours. Dans les premiers instants, il n'existe aucun point douloureux du côté de l'abdomen; les lochies sont rarement arrêtées et même diminuées, et on n'a à combattre que des symptômes généraux. Aussi la saignée doit-elle être préférée aux sangsues, pour son action plus étendue et plus rapide. Pour donner à ce moyen toute l'efficacité possible, il convient de l'employer dès le début des premiers accidents. Cependant il ne faudrait pas se laisser effrayer par l'apparition d'un frisson, de la céphalalgie, une sueur assez abondante, symptômes qui peuvent appartenir à la fièvre de lait; car, dans ces circonstances, une saignée ne serait pas sans inconvénients. L'état du pouls doit surtout servir de guide pour distinguer le mouvement fébrile normal qui survient après quarante-huit heures de la fièvre puerpérale. Si la première saignée a été suivie de quelque amélioration, si même elle n'a point produit une dépression des forces disproportionnée à la quantité de sang tirée, il faut la renouveler dans la même journée. Ordinairement deux ou trois saignées générales sont suffisantes, et il est très rare qu'on soit obligé d'y revenir. Quant à la quantité de sang à retirer, elle ne doit pas être trop considérable. L'auteur croit qu'une saignée de 300 grammes est toujours suffisante, et qu'il vaut mieux la renouveler que de tirer de la veine, en une seule fois, une énorme quantité de sang. Les sangsues ne sont guère employées sans que leur application ait été précédée d'une saignée générale. Leur utilité est surtout prouvée dans des cas où il se développe un point douloureux à la pression dans la région hypogastrique.

L'auteur termine en rappelant le but qu'il s'était proposé. Il a voulu mettre en garde le médecin praticien contre des méthodes de traitement qui peuvent convenir dans les hôpitaux, et à l'époque des épidémies, mais qui ne conviennent plus dans la pratique civile; il a voulu le prémunir contre les prétendus spécifiques qui ont été vantés à toutes les époques, afin qu'il ne se privât pas volontairement du moyen le plus actif que nous possédions dans le traitement d'une maladie aussi grave que la fièvre puerpérale.

Remarques pratiques sur les abcès et engorgements chroniques de la fosse iliaque; par M. MAX. SIMON.

Exposition de quelques faits intéressants sur les formes diverses que peut prendre cette affection, et les traitements divers qu'on peut lui opposer.

Considérations pratiques sur les tumeurs du sein; par M. Amédée FORGET.

Analyse fort bien exposée de la longue discussion académique sur ce sujet. L'auteur combat en outre la plupart des opinions de M. Cruveilhier à l'aide de faits importants recueillis dans les services de MM. Lisfranc et Jobert (de Lamballe).

Note sur l'ophthalmie catarrhale chronique et sur son traitement; par M. RÉVEILLÉ-PARISE.

Les moyens généralement prescrits et employés contre cette affection, ou sont inefficaces, ou ne produisent qu'une amélioration temporaire. Les infusions ou décoctions de substances plus ou moins astringentes, comme la fleur de sureau, le thé, la rose de Provins, la noix de galle, etc., avec addition ou non d'extrait de saturne, employés en lotions plus ou moins répétées, sont encore les moyens qui ont paru à l'auteur avoir le plus d'efficacité, sans arriver à une guérison parfaite. Il a souvent aussi fait usage du collyre suivant :

Pr. Sulfate de cuivre,	15 centigrammes.
Laudanum,	12 gouttes.
Eau distillée de roses,	125 grammes

A employer par instillations, qu'on doit suspendre aussitôt que l'œil s'irrite. Plusieurs malades en ont éprouvé de bons effets, mais non d'une manière décisive et permanente. Un des médicaments qui se sont le mieux soutenus dans leur action est une forte décoction ou infusion de ratanhia. Quelquefois pour en augmenter l'action, et s'il y a un écoulement de matière muco-purulente, l'auteur s'est bien trouvé d'y ajouter quelques gouttes d'extrait de saturne.

Il est encore une précaution très importante dans le traitement de l'ophthalmie catarrhale aiguë ou chronique, c'est d'employer les topiques, les collyres, les lotions, à une température convenable, c'est-à-dire tiède ou chaude, tout l'opposé de ce qui convient dans l'ophthalmie ordinaire franchement aiguë et inflammatoire.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Expulsion d'un tœnia armé par l'administration de la racine de fougère mâle; observation recueillie par M. le docteur DOMPELING, d'Utrecht.

La racine de fougère mâle semble destinée à récupérer peu à peu le rang qu'elle occupait autrefois parmi les médicaments ténifuges; on convient assez généralement qu'elle agit avec efficacité sur le botryocéphale, mais on lui conteste encore la même action contre le tænia armé. Cependant tant de nouveaux faits publiés dans ces derniers temps, ne permettent plus de révoquer en doute les résultats avantageux qu'on peut attendre de son emploi dans les cas de *tœnia solium*. D'un autre côté, la racine de grenadier exerce, comme on le sait, une action toute spéciale sur le système nerveux, action qui se traduit par des vertiges, des vomissements, des coliques, des syncopes, une sorte d'ivresse, et quelquefois même par des mouvements convulsifs. Cela ne doit-il pas engager les praticiens prudents à tenter d'abord l'administration d'une substance beaucoup plus innocente dans sa manière d'agir sur l'économie, telle qu'est par exemple la racine de fougère mâle, et ne doit-on pas convenir, avec l'auteur de l'observation suivante, que, parmi les agents thérapeutiques, il est d'anciens amis qui ont souvent été mis à l'épreuve, et qu'il ne faut pas oublier pour en employer d'autres moins connus; enfin que, s'il convient d'expérimenter toutes choses, il faut du moins savoir conserver celles qui ont été reconnues bonnes.

M. Dompeling, consulté par une cuisinière qui se plaignait de vertiges, de défaillances, de vomissements, d'anorexie, d'une sensation analogue à celle que produirait un corps qui monterait à la gorge pour redescendre ensuite, de la présence de vers et de morceaux blanchâtres et rubannés dans les selles, lui prescrivit l'électuaire ci-dessous :

Pr. Poudre de semen-contrà,	12 grammes.
Poudre de valériane,	4 id.
Poudre de rhubarbe,	4 id.
Huile volatile de tanaisie,	3 gouttes.
Oximel scillitiques,	15 grammes.
Rob de groseilles,	Q. S.

M. et F. S. A. un mélange parfaitement homogène et de consistance molle.

A prendre à la dose d'une cuillerée à café, le matin et le soir.

Cet électuaire ayant provoqué la sortie de cucurbitaires, M. Dompeling, après avoir soumis, la veille, sa malade à un régime assez sévère, lui fit prendre en deux fois la mixture suivante :

Pr. Poudre de racine de fougère mâle,	10 grammes.
Hydrolat de tilleul,	60

Il prescrivit en outre 100 grammes d'huile récente de ricin, à prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure, en commençant une heure après la seconde prise du ténifuge.

Environ six heures après, la malade rendit le ver, qui était un tænia armé. (*Nederl. Lancet.*)

Traitement du ptyalisme mercuriel; par M. le docteur BÉGASSE, de Belzig

On sait qu'antérieurement à l'application de l'iode au traitement de la salivation mercurielle, on regardait comme la médication la mieux appropriée à cette affection, le séjour dans un endroit chaud et l'emploi des sudorifiques légers pour provoquer une douce transpiration; on y joignait l'usage des bains chauds, celui des laxatifs, et enfin l'emploi de gargarismes d'abord délayants, puis astringents.

M. le docteur Chelius, professeur à l'université de Heidelberg, recommanda, d'un autre côté, l'administration à l'intérieur du quinquina associé aux acides, particulièrement à l'acide phosphorique.

Dans ces dernières années cependant, le traitement par l'iode obtint une telle vogue, qu'il fut substitué à toutes les autres méthodes. Mais voici qu'aujourd'hui M. le docteur Bégasse, fondé sur plusieurs faits dans lesquels il a inutilement prescrit l'emploi de ce nouveau moyen, vient à son tour proclamer son inefficacité et proposer de le remplacer par l'usage d'un purgatif.

La préparation que ce praticien recommande, et dont il a, dit-il, obtenu des succès constants, consiste en une infusion de séné avec addition de sulfate de magnésie. (*Medicin. Zeitung.*)

Traitement de la colique de plomb; par M. le docteur HOFFMANN, de Neu-Ruppin.

M. Hoffmann affirme qu'il ne peut donner trop d'éloges à l'emploi de l'alun associé à l'opium dans le traitement de la colique saturnine. Suivant lui, lorsque les accidents inflammatoires ont été combattus par les moyens appropriés, l'administration de ce médicament sert puissamment à diminuer les spasmes, à régulariser les évacuations alvines, et à calmer beaucoup le malade. (*Ibid.*)

NOUVELLES.

Le *Journal du Loiret* signale un étrange abus qui se commet à l'hospice d'Orléans. Quand un des pauvres qui font partie de l'hôpital commet une légère infraction au règlement, on lui applique pour punition la douche, comme s'il était aliéné. Ce journal en cite plusieurs exemples.

— Nous croyons devoir prévenir l'Académie de médecine et M. Malgaigne, que le Mémoire de ce dernier sur la myotomie, a disparu, au moins momentanément, des archives. Un académicien, un commissaire nommé pour l'examen de ce travail et qui voulait en prendre connaissance, n'a pu le retrouver.

— M. J. Guérin vient de publier et de répandre dans Paris une brochure, où il juge à sa manière le travail de M. Malgaigne. L'Académie appréciera sans doute cette haute convenance de la part de M. Guérin de publier une réponse à un mémoire soumis actuellement à l'examen d'une commission.

M. Béchard, breveté (médaille d'honneur 1843), mérite l'attention pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégants et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont renfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 44. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Abcès de la fosse iliaque. Considértions générales.

Une femme admise il y a quelques jours au n° 32 de la salle Saint-Bernard, présentait une tumeur contenue dans l'abdomen, s'élevant jusqu'à l'ombilic, offrant une matité bien sensible à la percussion dans la région sus-pubienne, et une résonnance assez bonne, bien que moindre qu'à l'état normal, dans la portion supérieure. Cette tumeur nous a paru, après un examen attentif, formée par les viscères contenus dans le bassin, d'une part, et de l'autre, par ceux contenus dans les régions supérieures de l'abdomen. Cette tumeur n'était pas constituée par l'utérus seulement; il y avait eu un avortement à deux mois de grossesse; et même, en supposant une violente inflammation, il était impossible d'admettre que l'utérus eût pu acquérir un aussi grand développement. D'ailleurs, le son clair de la tumeur à la partie supérieure, prouvait évidemment qu'une portion de la masse intestinale y était comprise. La position de l'utérus était normale; cet organe était tout à fait immobile, et ne pouvait être déplacé. Les ligaments larges étaient tendus, gonflés; évidemment la tumeur était formée en partie par l'utérus, en partie par du tissu cellulaire et les anses du tube digestif situées dans le bassin.

La présence d'une tumeur aussi volumineuse dans l'abdomen, la sensibilité assez vive des parties qui lui correspondaient, étaient certainement de nature à éveiller quelques inquiétudes. On pouvait craindre que l'inflammation partielle ne se transformât en péritonite générale. On devait craindre que des abcès ne se formassent dans les parties enflammées, dans les ligaments larges principalement, dont la tension était facile à appécier et à constater par le toucher et par l'exploration de l'utérus. Il y avait en outre des motifs tirés de l'état évidemment phlegmasique de l'organe utérin, des motifs graves de redouter une terminaison funeste. Enfin, circonstance importante, une fausse-couche, avons-nous dit, avait eu lieu vingt jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Au moment de son entrée, le pouls était à 92 seulement; le visage n'était pas grippé; on ne voyait dans l'état général aucun de ces phénomènes inquiétants particuliers à la péritonite, et leur absence nous redonnait un peu d'espoir. Nous avons mis en usage, sous vos yeux, les émissions sanguines locales, des frictions mercurielles, des bains, des fomentations émollientes, moyens qui ont suffi pour conjurer la maladie.

Nous avons observé une diarrhée considérable, ce qui venait à l'appui de ce fait, que l'intestin participait à l'inflammation. Ce phénomène n'a pas été passager; la diarrhée dure encore au moment où je vous entretiens de notre malade. Aujourd'hui, une diminution sensible s'est manifestée dans l'étendue de la tumeur, qui est limitée à l'excavation pelvienne. Elle est profonde, et il faut chercher à une grande distance des parois abdominales avant de la rencontrer; elle semble s'être presque réduite maintenant à l'utérus et aux parties les plus voisines, telles que les ligaments larges et le tissu cellulaire environnant.

La fraîcheur de la peau, la diminution de fréquence du pouls, qui ne donne plus que 84 par minute, tous ces changements nous montrent clairement que la maladie marche vers une bonne solution.

Depuis sept à huit jours, lors de son entrée dans nos salles, la malade était sujette à des frissons qui ont encore persisté pendant quelque temps, et qui ont disparu spontanément, sans aucune médication spéciale. L'utérus est rentré dans ses limites normales; cependant il est loin de présenter tout à fait les caractères particuliers à l'état de santé; il est encore presque immobile; je dis presque; car, moins que les premiers jours, on peut lui imprimer de légers mouvements, mais extrêmement faibles.

Pour nous résumer, nous avons eu, chez cette femme, une de ces inflammations qui surviennent si fréquemment à la suite des avortements, et qui envahissent l'utérus; une de ces inflammations ordinairement excessivement graves, qui peuvent emporter les malades. Tout nous fait espérer que la seule conséquence de cette phlegmasie, dans ce cas, sera une simple diminution dans la mobilité de l'utérus, altération de peu de valeur, et sans aucune conséquence redoutable.

Nous allons consacrer cette leçon tout entière à vous entretenir d'un cas qui est de nature à fixer votre attention d'une manière plus particulière; nous voulons parler d'une phlegmasie qui s'est développée dans la fosse iliaque droite. Cet abcès a commencé à se former avant que la malade n'entrât à l'hôpital. Quinze jours environ après le début de la maladie, du pus s'est écoulé par le rectum en assez grande quantité. Deux semaines après l'apparition de ce symptôme, l'abcès avait complétement disparu. Il s'est renouvelé au bout de quinze jours. Lorsque nous avons repris le service dans nos salles, dont M. Barth avait été chargé par intérim, une tumeur existait dans la fosse iliaque du même côté. Elle est encore, au moment où nous parlons, dans les mêmes conditions. Une tumeur d'origine phlegmoneuse, remplit l'abdomen et donne à l'affection un intérêt tout particulier. Voici le fait dans tous ses détails :

Au n° 8, de la salle Saint-Bernard, est couchée la nommée Joséphine Perrin, âgée de trente-un ans, couturière, entrée le 19 août. — D'une constitution assez forte, cette femme accoucha le 7 juillet d'un enfant à terme, chez une sage-femme. Par une légèreté inconcevable, on lui permit de se lever dès le lendemain de son accouchement. Peu après elle fut prise de douleurs dans les lombes, de frissons accompagnés, dit-elle, de craquements de dents pendant une heure environ. Les frissons furent suivis de chaleur et de sueur. A dater de ce jour, une maladie sérieuse s'est déclarée. Des douleurs intenses dans le ventre sont le seul symptôme qu'elle se rappelle; le nom de péritonite fut prononcé devant elle; la sensibilité de l'abdomen était si considérable que le simple contact des draps de son lit ou même de sa chemise lui arrachait des cris. Vingt sangsues furent appliquées sur l'épigastre, et à la suite de cette émission sanguine la douleur parut se calmer un peu. Les accidents diminuèrent de gravité, et l'état de la malade parut sensiblement amélioré pendant une huitaine de jours.

D'après la permission et même les conseils de la sage-femme, elle prit des aliments solides en assez grande quantité. Au bout de huit jours, recrudescence de la maladie. Apparition de nombreux accidents plus graves encore que les premiers, que l'on fut obligé de combattre par une nouvelle application de vingt sangsues. Pendant le séjour d'un mois qu'elle fit chez la sage-femme, elle subit quatre applications de sangsues, vingt à chaque fois. Au bout de ce temps, elle désira rentrer chez elle, et se fit reconduire en voiture à son domicile. Les secousses et l'ébranlement produits par la voiture déterminèrent de nouvelles douleurs, qu'elle supporta d'abord, mais qui, après sept à huit jours, devinrent tellement intenses, qu'elle se décida à se faire transporter à l'hôpital : c'est dans ce service qu'elle fut placée, et c'est alors que l'on constata l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite. Comme nous l'avons dit plus haut, du pus était mélangé aux matières excrémentitielles, et pendant quinze jours on en retrouva après chaque évacuation alvine. Puis le pus cessa de paraître, et ce ne fut que quinze jours environ après le retour des selles à l'état normal que l'on trouva de nouveau du pus dans les garde-robes. Nous avons omis de dire que pendant qu'elle était chez la sage-femme elle éprouva un jour, pendant qu'on la transportait d'un lit sur un autre, une douleur vive dans la cuisse droite, qui devint le siége d'une rétraction légère, quoique bien manifeste. Depuis ce moment la malade ne put remuer la cuisse droite, qui est constamment rétractée. Tels sont les phénomènes qui ont précédé l'époque où nous avons vu la malade.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES CAUSES DES MALADIES SCROFULEUSES (1);

Par J.-G.-A. LUGOL, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc.

Il n'est peut-être pas de sujet en pathologie plus intéressant, plus curieux, plus utile à étudier que celui des causes des maladies scrofuleuses. Nous croyons volontiers, avec M. Lugol, que ces affections dominent la pathologie, qu'il n'en est pas de plus nombreuses, qui revêtent des formes plus variées malgré l'identité de leur nature, et avec lui nous ajouterons qu'il n'en est peut-être pas aussi qui soient plus mal ou plus incomplétement étudiées.

C'est donc avec reconnaissance que l'on doit accepter l'œuvre d'un praticien observateur qui depuis trente ans a constamment dirigé ses études et ses recherches vers ce sujet important, et qui vient « s'expliquer avec une entière franchise, par suite de la sincérité de ses convictions, et parce qu'il n'a jamais eu en vue aucune critique personnelle. »

Essayons de donner une idée de cette production, dont la lecture nous a vivement intéressé. Citons d'abord un passage qui mettra tout de suite le lecteur en position de connaître l'idée-mère, le but principal de cet ouvrage.

« Nous verrons, dit l'auteur, que la scrofule se développe dans le plus grand nombre de cas, sans causes extérieures appréciables, au milieu même des conditions hygiéniques les plus propres à fortifier la santé; qu'elle se montre à l'occasion de certaines maladies dont elle ne tire pourtant pas son origine; qu'elle règne d'une manière endémique dans quelques localités, sans qu'on sache encore par quelle raison; que dans les ateliers de travail, où toutes les causes occasionnelles de maladies sont, pour ainsi dire, accumulées, les effets de ces causes, d'ailleurs si accessibles à la santé générale des ouvriers, semblent ne revêtir les caractères de la scrofule que par la voie de la génération; nous verrons enfin qu'il est au moins permis de douter que des causes extérieures soient pleinement génératrices de la scrofule, et que la cause la plus commune, la plus évidente de cette maladie, c'est l'hérédité. — Cette cause est si générale, qu'on peut aller jusqu'à dire qu'elle existe alors même qu'elle ne peut être formellement reconnue; car, dans les cas de cette espèce, il est encore plus difficile de trouver une autre cause productrice dans les agents extérieurs, que de leur assigner une origine héréditaire. »

C'est là, si nous ne nous trompons, le point capital de la discussion savante abordée par M. Lugol. Voici comment il a envisagé et divisé son sujet.

Les causes des maladies scrofuleuses se rapportent à trois ordres principaux : 1° les causes héréditaires; 2° les causes dites pathologiques; 3° les causes extérieures occasionnelles. A ces trois divisions correspondent les trois parties qui composent cet ouvrage.

1° *Causes héréditaires*. Dans cet ordre sont comprises l'hérédité des maladies scrofuleuses et la santé des parents qui engendrent des enfants scrofuleux.

L'hérédité des maladies scrofuleuses a pour caractères la généralité de la maladie dans la famille, reconnaissable à la complexion scrofuleuse; la mortalité qu'elle occasionne dans la famille, et qui sévit particulièrement sur les enfants en bas âge. Ces deux caractères doivent être étudiés dans la famille, dans les différentes branches issues d'une origine commune chez les enfants des différents lits.

La santé des parents qui engendrent des enfants scrofuleux doit être considérée sous le double rapport de la santé originaire et de la santé acquise. Sous le premier point de vue, les parents scrofuleux, les parents tuberculeux pulmonaires, les parents qui ont été scrofuleux pendant leur enfance, quoiqu'ils jouissent présentement d'une bonne santé; ceux qui ne paraissent pas être scrofuleux, mais qui ont des frères et sœurs qui le sont, engendrent des enfants scrofuleux. Sous le rapport de la santé acquise, les parents syphilitiques, ceux qui ont abusé des plaisirs vénériens, les parents trop jeunes, trop âgés, ou dont l'âge est disproportionné, l'homme qui n'a point la force relative de son sexe, les paralytiques, les épileptiques, les aïeuls, etc., engendrent des enfants scrofuleux.

Dans le chapitre qui suit, l'auteur expose des considérations générales sur les états particuliers de santé des parents ascendants, et il cherche à démontrer les propositions suivantes : — Certaines causes héréditaires ne peuvent être rapportées à un état assez exprimé de la santé originaire, ou acquise des parents ascendants; — les parents peuvent n'offrir des symptômes de scrofule qu'après avoir engendré des enfants scrofuleux; — la scrofule héréditaire ne saute pas une génération; — les causes héréditaires peuvent exister réunies, en nombre variable, et se compliquer; — le mariage est une des causes les plus ordinaires de la propagation des maladies scrofuleuses.

Dans un appendice à cette première partie, l'auteur démontre que la scrofule est très fréquente parmi les enfants trouvés et les orphelins, et que le germe de la maladie scrofuleuse peut être transmis par les nourrices à leurs nourrissons.

2° *Causes dites pathologiques*. Cette seconde partie de l'ouvrage de M. Lugol peut être résumée de la manière suivante : Il existe des rapports de cause de certaines maladies de l'enfance avec la scrofule; ces rapports doivent être particulièrement notés pour la variole, pour la rougeole, pour la coqueluche.

Plusieurs états morbides, que l'on regarde à tort comme des causes pathologiques de la scrofule, ne sont que les prodromes de cette affection elle-même; telles sont, la fièvre muqueuse dite catarrhale, la fièvre de croissance, la dentition laborieuse, les affections vermineuse, pédiculaire, etc.

La grossesse et l'accouchement ont des rapports de cause avec la scrofule, qui peut naître à leur occasion. Ainsi, la grossesse exerce une influence marquée sur les maladies scrofuleuses, et *vice versâ*; le vice scrofuleux réagit sur le produit de la conception, et détermine l'avortement qui peut avoir sa source dans la santé du père, dans la santé de la mère, dans la santé du père et de la mère. L'accouchement peut être l'occasion du développement de la scrofule. L'accouchement est souvent laborieux, parce que les femmes scrofuleuses sont contrefaites; elles le sont fréquemment sans le paraître; elles ont le bassin mal conformé sans qu'on le sache.

L'érysipèle précède quelquefois l'invasion des maladies scrofuleuses; il survient souvent pendant le cours de ces maladies, sur lesquelles il exerce en général une influence favorable.

La syphilis complique et aggrave la marche de la scrofule, *et vice versâ*.

3° *Causes extérieures occasionnelles*. Dans cette troisième partie, l'auteur étudie l'endémie scrofuleuse et les causes occasionnelles proprement dites.

Sur le premier point, il expose que la cause de l'endémie scrofuleuse, quelle qu'elle soit, n'a aucune qualité particulière, évidente, dépendante de la situation topographique des lieux où elle règne. Il professe que l'endémie peut être produite par l'importation de la scrofule, par le traitement antiphlogistique de la syphilis, par le défaut de croisement des races.

Pour les causes occasionnelles proprement dites, il admet que l'invasion de la scrofule est le plus ordinairement spontanée; que la scrofule n'est pas contagieuse, et que l'on ne peut l'inoculer d'homme à homme avec du pus scrofuleux; que l'humidité et les autres causes occasionnelles des auteurs exercent une influence très funeste sur les

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1844. — Chez Fortin, Masson et Comp., place de l'Ecole-de-Médecine, n. 1.

Voici l'état dans lequel nous la trouvâmes lorsque nous la vîmes pour la première fois.

L'épine iliaque antérieure supérieure du côté gauche est très saillante, elle l'est moins du côté droit, ce qui est manifestement dû à l'empâtement des tissus sous-jacents à la peau, et au développement d'une tumeur dans le point que nous avons indiqué. Une chose qui n'est pas sans importance, et à laquelle on doit faire une grande attention, c'est de commencer toujours l'examen d'un malade par l'exploration du côté sain, lorsqu'un seul côté est le siége d'une lésion quelle qu'elle soit. Cette précaution est importante à prendre parce que si on ne l'observe pas on manque d'un point de comparaison exacte, duquel on puisse rapprocher les modifications de forme ou de consistance que présenteront les parties malades. Puis, une fois cette habitude prise, on est sûr de ne point oublier le côté malade, puisque c'est par lui que l'on finit.

Du côté gauche, la main enfonce profondément au-dessous du niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure dont nous avons indiqué la saillie. La dépression que la main peut y produire peut être évaluée environ à sept ou huit centimètres environ. Du côté droit, on ne peut produire la même dépression, et la main est arrêtée par une sensation de résistance. Cette différence de dépressibilité est un résultat précieux de l'exploration par la palpitation. Il est toujours très important de la constater, quand on le peut, et quelquefois elle constitue le seul phénomène appréciable. Dans le cas actuel il n'y a pas de possibilité d'opérer une dépression, si faible qu'elle soit, dans la fosse iliaque droite, preuve certaine qu'il existe dans la consistance des tissus une altération morbide qui les a doués d'une faculté de résistance qu'ils ne possèdent point ordinairement.

Le défaut de dépressibilité que nous signalons n'est pas seulement borné à la fosse iliaque droite. La tumeur s'étend vers l'ombilic. Elle est plus volumineuse que ne le sont habituellement les tumeurs de la fosse iliaque, et forme un relief sensible à la vue. Lorsque l'on appuie autour de ce point, on détermine un gargouillement assez manifeste; phénomène qui reconnaît pour cause l'existence d'adhérences qui ont été contractées par les intestins avec la tumeur elle-même. Tels sont les phénomènes à la connaissance desquels amène l'exploration du ventre par le palper. La percussion donne des résultats analogues aux précédents. Exercée sur le flanc droit, elle fait percevoir une matité presque complète, tandis que du côté gauche existe une sonoréité parfaite, due à la présence des intestins. De l'ensemble de ces signes, nous sommes porté à déduire cette conclusion, que dans la fosse iliaque droite il existe une tumeur dans laquelle peuvent bien être comprises quelques anses intestinales, mais qui est formée par une substance solide. C'est le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, à n'en pas douter.

De cet endroit, qui a été certainement le point de départ, la tumeur s'est étendue et propagée vers la colonne vertébrale, dans la région voisine du flanc. Nous avons cherché à atteindre la limite de cette tumeur, à la circonscrire, soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal. Il n'est pas rare, sans cependant que cela soit commun, que les tumeurs de ce genre remplissent l'excavation pelvienne. Dans des cas de ce genre, elles forment un relief bien évident. Dans d'autres circonstances, l'inflammation phlegmoneuse en se propageant dans le bassin, donne lieu seulement à l'épaississement du tissu cellulaire. Du côté sain, le doigt perçoit une rénitence au toucher, rénitence normale bien connue de ceux qui ont l'habitude d'examiner des malades. De l'autre côté, il existe entre l'os iliaque et le doigt comme une sorte de matelas. On sent comme un tissu œdématié, infiltré, dans lequel le doigt s'enfonce et produit une dépression. C'est qu'en effet les parois du bassin sont le siége d'une inflammation phlegmoneuse qui donne lieu à une infiltration purulente. C'est une sorte de phlegmon diffus. Il est donc important, et nous ne saurions trop le répéter, de toucher avec grand soin, et par le vagin et par le rectum, les femmes chez lesquelles on a lieu de soupçonner l'existence d'une affection comme celle-ci, et principalement celles qui sont accouchées depuis peu de temps.

Lorsqu'en touchant par le vagin ou le rectum on arrive sur les limites du siége de la phlegmasie, on détermine de la douleur. C'est un phénomène que nous avons observé chez la malade dont nous nous occupons ici. Nous avons retrouvé chez elle, et constamment observé depuis le premier jour de l'examen, cette difficulté d'étendre la jambe droite, et cette semi contracture de la cuisse lui constitue un fait très important. Lorsqu'à la suite d'un accouchement une malade n'éprouve qu'une douleur locale, on doit supposer tout d'abord, et l'on a pour soi toutes les probabilités, qu'il n'existe dans la fosse iliaque aucune tumeur. Le premier phénomène qui met le médecin sur la voie, et qui lui fait soupçonner l'existence d'un abcès, c'est une rétraction qui survient dans un des membres. La malade souffre quand on veut lui faire étendre, ou lui étendre la cuisse sur le bassin, et la jambe sur la cuisse. L'apparition de ce phénomène de rétraction et de douleur est donc quelque chose d'extrêmement important. C'est une apparence de névralgie qui a quelque chose de singulier, de difficile à expliquer. Dans la grande majorité des cas, ces névralgies crurales et sciatiques sont l'indice d'une inflammation phlegmoneuse qui se développe sur le trajet du nerf sciatique. Je me rappelle avoir vu avec M. Dupuytren, une malade affectée d'une névralgie sciatique de ce genre, et si intense, qu'il fallait nécessairement donner à la malade une quantité considérable d'opium pour calmer les douleurs qu'elle éprouvait. M. Dupuytren, je dois le dire, ne reconnut pas d'abord la cause et la nature du mal. Mais au bout de quelques semaines, la sortie du pus par le rectum et son mélange avec les matières fécales, permit d'établir le diagnostic d'une manière certaine et positive.

Chez notre malade, on a observé pendant le cours de la maladie, des douleurs vives dans le trajet du nerf crural et du nerf sciatique. Mais un autre phénomène qui donne encore bien de l'intérêt à l'observation, c'est l'impossibilité où se trouve la malade de faire le moindre pas, et de poser même la jambe à terre sans pousser les hauts cris. Nous avons constaté chez elle un fait singulier, et qui n'est pas sans quelque valeur, sans quelque intérêt. Nous avons voulu mesurer la circonférence de chacune des deux cuisses, et comparer les résultats de cette mensuration. Elles nous avaient paru, à première vue, offrir une différence réelle et bien évidente dans le volume. Cependant nous avons trouvé que la mesure était exactement la même pour les deux circonférences. Nous en avons été jusqu'à un certain point étonné; car une remarque fort intéressante et bien connue est celle-ci; que dans la plupart des cas, la cuisse ou le membre en général qui est le siége d'une rétraction de cette espèce, qui ne fait aucun mouvement, et se trouve ainsi hors des conditions d'exercice et de nutrition communes, ce membre maigrit et s'atrophie. La cuisse de notre malade doit donc ou devrait donc avoir maigri, et cependant sa circonférence est la même. Rien n'empêche cependant de supposer qu'elle ait réellement maigri et diminué de volume. Mais il est possible, la chose est assez fréquente, que les veines qui viennent de ce membre soient comprimées légèrement. Dans ce cas, bien que le volume réel ait diminué, le volume actuel sera le même à cause de l'œdème dont cette compression aura déterminé la production. Ce qui contribue encore plus à nous faire penser ainsi, c'est que le repli de la cuisse est un peu plus volumineux que du côté opposé, indice à peu près certain de l'existence d'un peu d'œdème. Les deux cuisses ont donc un volume égal; mais l'une d'elles, celle du côté malade, nous paraît être un peu infiltrée, et on a lieu de penser qu'elle a un peu diminué réellement quant à ses proportions physiques, par suite de l'inaction dans laquelle elle est restée depuis un si long temps, de telle sorte que dans ce membre, il est vraisemblable qu'il y a diminution dans le volume des muscles et dans la quantité du tissu cellulaire. Nous vous avons exposé avec détail toute cette série de phénomènes, parce qu'ils sont importants et d'une haute valeur quand il s'agit d'établir le diagnostic d'affections de cette espèce.

Elle a encore présenté deux symptômes sur lesquels je veux fixer votre attention. D'abord, comme nous vous l'avons dit, elle a eu des frissons qui se sont répétés à des jours et à des heures fixes pendant un certain temps. A quelle cause devons-nous rattacher ce symptôme? Evidemment, c'est à l'inflammation suppurative dont la cuisse est le siége; ces frissons sont ceux d'une fièvre purement symptomatique.

En second lieu, la malade a eu une diarrhée assez considérable qui a persisté pendant un laps de temps fort long; ce phénomène vient à l'appui de cette circonstance que quelques anses de l'intestin sont comprises dans la tumeur, et que le mouvement inflammatoire qui existe dans une portion de cette tumeur, s'est prolongé à la muqueuse qui tapisse l'intérieur du tube digestif. Par suite du travail inflammatoire qui s'est porté sur l'intestin, quelques anses sont restées adhérentes, liées entre elles et à l'utérus par de fausses membranes bien organisées.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GERDY.

Constriction spasmodique du sphincter de l'anus, accompagnée ou non de fissure; quelques remarques sur ses causes et son traitement.

La constipation habituelle, dit M. Gerdy, est la cause la plus fréquente de la fissure à l'anus. Les matières dures irritent l'intestin, font contracter spasmodiquement le sphincter, et par leur passage forcé, finissent par érailler, fissurer la membrane muqueuse qui, dans cet endroit, est d'une ténuité extrême. Aussi la maladie consiste bien plus dans la contraction spasmodique du sphincter, que dans la fissure qui, d'après cette théorie, n'est qu'une complication bien légère et qui ne mérite pas même d'attirer sérieusement l'attention du chirurgien, puisqu'il suffit, pour la faire disparaître, de guérir l'affection principale. Que la fissure existe ou qu'elle n'existe pas, la maladie est toujours la même, reconnaît les mêmes causes, offre les mêmes symptômes, et exige le même traitement.

Cette théorie paraît bien opposée à celle de Boyer; cependant, si nous ouvrons son Traité des Maladies chirurgicales (t. X, pages 131 et 132), nous y trouverons les phrases suivantes, qui semblent confirmer l'opinion de M. Gerdy:

« La gerçure de l'anus est constamment accompagnée de la constriction spasmodique des sphincters; mais cette constriction existe quelquefois sans gerçure, peut-être même celle-ci n'est-elle qu'un effet ou une complication de la première. Nous avons observé bien plus souvent la fissure, ou,

maladies scrofuleuses, mais qu'elles ne les produisent pas. Il appuie cette proposition sur des faits particuliers et sur des faits généraux, tels que le régime des prisons, le régime des camps et le régime des vaisseaux. Il démontre enfin que certaines causes occasionnelles, un air malsain, une mauvaise alimentation, l'excès de travail, etc., affaiblissent les populations, et que celles-ci ont des progénitures scrofuleuses.

Tel est succinctement le plan de cet ouvrage; ou, pour mieux dire, tel est le cadre que M. Lugol s'est imposé la tâche de remplir, ce qu'il a fait avec un grand bonheur. Cet ouvrage, très remarquable, est, dans toute l'acception du mot, un ouvrage original, fruit de recherches longues et patientes, conduisant à des résultats neufs et inattendus, et même à des conclusions très fréquemment en dehors des opinions généralement reçues. Les idées principales de l'auteur, que nous n'avons pu émettre ici que sous forme de propositions, pourront, par cela même, paraître quelquefois paradoxales; mais entourées de tous les faits qui les appuient, de tous les développements qui les accompagnent dans le livre de M. Lugol, elles offrent à l'esprit un ensemble scientifique fait pour ébranler de puissantes convictions.

Pour M. Lugol, la scrofule a pour caractère anatomique le tubercule. « Quel que soit le nombre des expressions symptomatiques de la scrofule, quelques différences apparentes qu'elles puissent offrir, elles ont néanmoins une physionomie commune, au premier aspect de laquelle on reconnaît la présence du vice scrofuleux. Mais, qu'est-ce que le vice scrofuleux? Nous ne répondrons pas à la question ainsi posée, parce qu'elle est insoluble; nous pourrons seulement affirmer que l'existence de ce vice, quel qu'il soit, est congéniale, et qu'elle est toujours révélée par le développement de tubercules. Cette production est, en effet, la scrofule elle-même, son signe anatomique, pathognomonique, celui-là seul qui la caractérise et qui donne de la valeur à tous les autres symptômes.

» En d'autres termes, qu'un malade soit affecté de tubercules, n'importe leur siége, pour nous il est scrofuleux; qu'un malade ait une ophthalmie, une leucorrhée, des ulcères cutanés, des abcès froids, des caries, des tumeurs blanches, etc.; la nature de toutes ces maladies ne peut plus être mise en doute, elles sont scrofuleuses quand il a existé des tubercules, ou qu'il y a coïncidence de ces productions morbides soit chez le sujet malade, soit seulement dans sa famille. »

Pour M. Lugol, le tubercule est de même origine, et reconnaît le même mode de formation que tous les organes; il est lui-même une sorte d'organe qui a sa vie particulière, comme le foie et la rate ont la leur propre; comme eux, il fait son évolution spontanée.

Dans un autre endroit nous trouvons cette idée neuve et hardie: « Cette ressemblance que les scrofuleux ont entre eux les isole tellement, qu'ils forment, à mon avis, une variété de l'espèce humaine qui a ses caractères spécifiques, indépendamment des circonstances extérieures au milieu desquelles elle peut naître, qui se propage et se multiplie par la génération. »

Ces caractères spécifiques, M. Lugol en a tracé un tableau véritablement remarquable sous le nom de *complexion scrofuleuse*. Nous ne croyons pouvoir mieux faire saisir le but, la portée et mieux faire apprécier la forme de cet organe, qu'en citant quelques extraits de cet article intéressant.

« On reconnaît les familles scrofuleuses à une empreinte générale de débilité dont sont frappés tous les enfants; la complexion scrofuleuse comporte tout au plus un état de santé négatif pour quelques-uns, et elle est exclusive pour tous des attributs de la force et d'une bonne organisation.

» Le physique de ces enfants est dépourvu d'harmonie dans ses formes extérieures: le tronc et les extrémités n'offrent pas un rapport proportionnel de développement; la tête est trop forte; les membres sont mal attachés à un corps débile, trop long ou trop court; ils n'ont pas leur longueur ou ils en ont un trop grande; les articulations sont généralement trop volumineuses......

» Les scrofuleux sont, en général, de petite taille, et quelquefois, au contraire, d'une grandeur démesurée.... Les voies digestives sont dans un état d'atonie qui entrave continuellement toutes les fonctions de la vie assimilatrice. Beaucoup d'enfants scrofuleux n'ont jamais faim..... Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, il existe un appétit vorace qui n'est aucunement profitable, le physique de ces enfants étant aussi retardé que celui des enfants qui ne mangent presque point.

» Cet état du canal digestif coïncide le plus ordinairement avec une pâleur habituelle de la face, qui, souvent, dès cette époque de la vie, est un signe avant-coureur de la tuberculisation pulmonaire; les yeux sont cernés; l'haleine est fétide; les enfants éprouvent dans le nez des démangeaisons qui nous font supposer dans le canal intestinal, la présence de vers, qu'on ne trouve pourtant pas toujours dans les déjections alvines.....

» Les fonctions excrémentitielles n'ont point de régularité.. La peau, le tissu cellulaire, sont d'une maigreur très prononcée, ou bien dans un état d'hypertrophie particulière..... Beaucoup de sujets scrofuleux ont la peau sèche, couverte de papules de lichen ou de prurigo..... La physionomie paraît plus âgée dans l'enfance seulement, car plus tard c'est le contraire.....

» Les sujets de cette complexion sont fréquemment dans un état de nonchalance et d'apathie qu'on ne peut surmonter... Une certaine activité corporelle n'est cependant pas incompatible avec la complexion scrofuleuse: mais cette activité, au lieu de favoriser l'accroissement des forces, diminue, au contraire, les forces des enfants scrofuleux....

» Les organes de la génération, ordinairement retardés dans leur développement, n'acquièrent presque jamais le volume ni la force qu'ils offrent chez les sujets bien constitués... Les jeunes fille n'ont souvent aucun signe de nubilité à dix-sept ou dix-huit ans... »

Nous dépasserions de beaucoup les bornes de cet article en énumérant seulement les points intéressants et curieux traités dans ce volume, si rempli de faits et d'aperçus nouveaux, que l'analyse en est tout à fait impossible. Nous ne craignons pas de dire que la littérature médicale n'avait rien produit depuis long-temps d'aussi complétement utile d'aussi complétement pratique. Cet ouvrage doit nécessairement se placer avec distinction dans toutes les bibliothèques. Mais il donne lieu à un désir que nous exprimerons avec empressement, c'est que M. Lugol veuille bien faire pour le traitement de la scrofule ce qu'il a si heureusement fait pour l'étude de ses causes.

Empoisonnement par la racine de sureau; observation recueillie par M. le docteur SCHOLMEYER, de Gottern.

M. Scholmeyer fut appelé pour donner ses soins à une femme de cinquante-quatre ans, mais qui paraissait beaucoup plus âgée; elle était émaciée, très faible et avait le teint jaunâtre: elle avait vomi toute la journée, et l'on remarquait, au milieu des liquides rejetés par le vomissement, des masses de matière verdâtre qu'elle prétendait être de la bile.

Le mari de la malade rapporta au médecin que, sa femme s'étant trouvée très souffrante depuis une dizaine de jours, il avait pensé qu'elle se rétablirait promptement par l'administration d'un purgatif énergique. En conséquence, il avait déterré le matin même une racine de sureau, et, après l'avoir râtissée, il en avait exprimé le suc qu'il avait fait prendre à la dose de deux cuillerées à bouche, après quoi les vomissements s'étaient déclarés.

La malade se plaignait de violentes coliques.

M. Scholmeyer, pour procurer l'évacuation des dernières portions de substance nuisible qui pouvaient encore se trouver dans le canal intestinal, prescrivit une infusion de séné composée; mais il ne fut pas besoin de la faire prendre, parce que, peu de temps après la visite du médecin, il survint plusieurs selles liquides.

Le lendemain, des symptômes d'artérite et de paralysie des poumons se montrèrent, à la suite desquels la malade ne tarda pas à succomber.

L'autopsie fut réclamée, mais on n'obtint pas la permission de la pratiquer. *(Medicinische Zeitung.)*

si l'on veut, la constriction avec fissure, que la constriction sans fissure. Nous avons trouvé entre le nombre relatif de ces deux maladies, ou de ces deux états de la même maladie, le rapport de neuf à un... Il est probable cependant que lorsque la constriction et la fissure existent, ces deux affections n'ont pas commencé simultanément : ou la gerçure a amené la constriction, ou la constriction a précédé la gerçure ; de sorte que l'une de ces affections serait primitive, et l'autre accessoire ou consécutive ; mais je n'ai jamais vu de gerçure sans constriction, et j'ai plusieurs fois rencontré celle-ci sans fissure. L'incision des sphincters fait disparaître la fissure, sans qu'il soit nécessaire de porter sur elle l'instrument tranchant. On pourrait présumer d'après cela, ce me semble, que l'affection principale est le resserrement spasmodique ; j'abandonne à d'autres cette discussion, qui ne peut être d'aucune utilité pratique. Du reste, que la constriction existe seule, ou qu'elle soit accompagnée de fissure, la marche de la maladie est absolument la même, les symptômes sont semblables dans les deux cas, et ils exigent le même traitement. »

Ce passage est assez explicite, et nous prouve clairement que Boyer attachait peu d'importance à la fissure qu'il regardait comme consécutive à la contraction spasmodique des sphincters, et non indispensable pour caractériser la maladie; mais, dans cet article, il dit que *la solution de cette question ne peut être d'aucune utilité pratique ;* cependant M. Gerdy, après avoir constaté que la douleur à l'anus est occasionnée par le passage forcé et répété des matières stercorales endurcies, et que la fissure, quand elle a lieu, n'arrive que consécutivement et toujours par le même mécanisme, est arrivé à se demander s'il ne serait pas possible de guérir cette maladie sans le secours des instruments tranchants, en rendant le passage des matières fécales facile; par l'emploi de légers purgatifs répétés; et bien que Boyer dise que ce traitement ne fait que pallier la maladie, et que l'incision des sphincters seule mérite quelque confiance, M. Gerdy a maintenant un nombre assez considérable de guérisons solides pour mériter l'attention des praticiens, et les engager à avoir recours à un traitement inoffensif, plutôt qu'à une opération douloureuse qui ne manque pas d'avoir quelque gravité. On peut encore employer simultanément avec les purgatifs les suppositoires belladonés.

Il y a quelques semaines nous avions dans nos salles une malade qui était atteinte d'un resserrement spasmodique du sphincter de l'anus sans fissure, et qui fut guérie en quelques jours par cette médication. M. Gerdy pense que chez cette malade la fissure n'aurait pas tardé à se déclarer, si on n'avait pas combattu la constipation à l'aide de purgatifs. Nous allons en dire deux mots :

Augustine Poisson, âgée de dix-huit ans, couturière, entre à la Charité le 9 février 1844.

Depuis quelques années elle portait à l'anus des tumeurs hémorrhoïdales, et perdait du sang en assez grande quantité pendant les efforts de la défécation.

Au commencement de janvier elle entra à l'hôpital Cochin, où on lui excisa ses tumeurs hémorrhoïdales. Depuis, elle a éprouvé beaucoup de douleurs à l'anus, douleurs qui augmentent par les efforts de la défécation, et qui sont assez vives pour décider la malade à venir de nouveau à l'hôpital pour y réclamer les secours de l'art. Le jour de son entrée, nous la trouvons dans l'état suivant :

On ne voit aucune tumeur dans les environs de l'anus; mais le sphincter est fortement contracté, et l'orifice anal tellement rétréci, qu'il ne permet plus l'introduction du petit doigt. Si on veut insister pour arriver dans le rectum, le doigt éprouve de la résistance, une constriction remarquable, et la malade se soustrait aux tentatives en poussant des cris déchirants. On ne trouve ni fissure, ni trajet fistuleux. Depuis cinq ou six mois, la malade est en proie à une constipation opiniâtre; elle est quelquefois quinze jours sans aller à la selle; et quand elle veut s'acquitter de ce pénible besoin, elle éprouve les douleurs les plus vives, beaucoup de chaleur et de cuisson. Les douleurs se prolongent pendant plus d'une heure après la défécation. Dans l'intervalle, elle souffre beaucoup moins; elle n'accuse que des démangeaisons et des picotements. Elle refuse de prendre des aliments solides, afin de prévenir, dit-elle, des tortures qu'elle ne peut endurer plus long-temps. Elle ne peut rester assise sans augmenter ses douleurs; et quand elles sont à leur comble, elle reste immobile et ne veut faire aucun effort. (Eau de Sedlitz; suppositoire belladoné.)

Le 11, elle a été cinq ou six fois à la garde-robe; la première a été extrêmement douloureuse, les autres l'ont été beaucoup moins.

Le 14, elle est beaucoup mieux.

Les jours suivants, on a la précaution de provoquer assez fréquemment l'expulsion des matières fécales ; ce qui soulage la malade à on tel point, qu'elle croit être déjà guérie.

Le 1er mars, elle va à la selle sans le secours des purgatifs; elle ne souffre plus

Le 13, tout est rentré dans l'état normal; la malade sort en nous témoignant sa reconnaissance, pour lui avoir épargné une opération qu'elle croyait nécessaire.

A. TRIFET, interne des hôpitaux.

Deux observations de tumeur du sein, offrant les caractères des tumeurs fibreuses. Opération. Tissu squirrheux. Par M. AMUSSAT. — (Académie de médecine du 9 avril.)

Madame P.....x, âgée de cinquante-deux ans, n'ayant pas eu d'enfants et ayant cessé d'être réglée à quarante-deux ans, a éprouvé depuis dix à douze ans beaucoup de chagrins. Il y a dix ans et demi seulement, elle s'est aperçue par hasard qu'elle avait dans le sein droit une glande du volume d'une noisette, indolente et mobile.

Il y a un an, cette glande qui avait l'apparence des corps fibreux à tel point que plus tard encore on élevait des doutes sur sa nature, cette glande était alors grosse comme un œuf de poule. On proposa de l'enlever, la malade s'y refusa. Depuis ce temps la tumeur a fini par envahir tout le sein, et a donné lieu à des accidents. Aujourd'hui elle est grosse comme une tête de fœtus ; elle est dure, mobile, bosslée à sa surface, adhérente à la peau, qui, dans l'étendue d'une pièce de 5 fr., est *violette, marbrée et menace de s'ulcérer.* Le mamelon est rétracté ; il existe du côté de l'aisselle des engorgements assez durs, disséminés ; mais on n'y trouve pas de ganglions.

Après avoir employé tous les moyens ordinaires en pareil cas, M. le docteur Miramont, ayant reconnu la nécessité d'enlever la tumeur, me confia la malade, qui se décida immédiatement à l'opération qu'elle n'aurait pas voulu subir plus tôt, parce qu'elle ne souffrait que très légèrement. Ce qui la tourmentait depuis deux mois, c'était des démangeaisons assez vives.

Je ne décrirai pas l'opération, que j'ai pratiquée le 21 mars 1844, en présence de MM. Miramont, Mandl, L. Boyer, De Bruyn, A. Amussat et Le Vaillant, ni les suites, et je me bornerai, pour me circonscrire dans le but de ma communication, à décrire la tumeur que j'ai enlevée avec le sein tout entier qui s'était confondu avec elle.

Cette tumeur est grosse comme la tête d'un fœtus ; fendue en deux moitiés dans toute sa longueur, on voit qu'elle se compose de lobules jaunâtres, séparés entre eux par des lamelles de tissu blanc, nacré, d'apparence fibreuse. Çà et là on trouve de petits kystes remplis de sérosité. Enfin, on reconnaissait dans cette tumeur tous les caractères du squirrhe, non seulement à l'œil nu, mais aussi à l'aide du microscope. M. Mandl, qui avait assisté à l'opération, a immédiatement examiné la pièce, sous ce dernier point de vue, et il nous a montré, avec son habileté et son obligeance ordinaires, tous les caractères qu'il a assignés au tissu squirrheux, sans qu'il soit possible de le confondre avec le tissu fibreux, qui présente une organisation toute différente.

Comme on le voit, ce fait vient s'ajouter encore à ceux que j'ai déjà présentés, comme étant en opposition formelle avec les idées de M. Cruveilhier. Parmi ces faits, trois étaient relatifs à des squirrhes qui avaient offert tous les caractères indiqués par M. Cruveilhier pour les corps fibreux ; un autre était relatif à une loupe de la tête qui avait fini par dégénérer.

De ces faits, qu'on a malheureusement l'occasion d'observer très souvent, je crois devoir conclure que les squirrhes du sein sont la règle, et les tumeurs fibreuses l'exception ; et qu'enfin les tumeurs, en apparence les plus bénignes, comme les loupes, pouvant dégénérer, il ne faut pas différer trop longtemps pour en pratiquer l'extirpation.

Et quant au reproche qu'on nous a adressé d'opérer trop vite et sans distinguer les cas dans lesquels on devrait se dispenser de cette pratique, les trois faits que j'ai présentés sans les avoir choisis prouvent, au contraire, que nous opérons presque toujours trop tard, et qu'en agissant ainsi pour des squirrhes de la mamelle, nous nous exposons à avoir des récidives que nous aurions eu beaucoup moins à craindre si nous avions enlevé ces squirrhes à une époque plus rapprochée de leur développement.

L'observation suivante motive parfaitement les réflexions qui précèdent.

Madame D. L..., âgée de cinquante-huit ans, d'une forte constitution, mariée à trente-deux ans, mère de deux enfants, a été menstruée régulièrement jusqu'à l'âge de quarante-huit ans environ, et a éprouvé autrefois une éruption cutanée qui a disparu par un traitement. La malade ne connaît personne dans sa famille qui ait été atteint de tumeur du sein. Elle a eu pendant sa vie beaucoup de chagrins. Lors de l'allaitement de son premier enfant, il est survenu un abcès au sein droit, ce qui ne l'a pas empêchée d'allaiter son second enfant avec les deux seins, tandis que le premier n'a pu être nourri qu'avec le sein gauche. Il y a trois ou quatre ans, c'est à dire en 1840 ou 1841, madame D. s'est aperçue du côté droit son corser lui causait quelque gêne, et plus tard, en cherchant à se rendre compte de cette sensation, elle trouva qu'elle était causée par une petite glande dure, mobile, indolore, qu'elle n'avait jamais soupçonnée. Cette glande ayant augmenté de volume dans l'espace de quelques années, malgré divers moyens auxquels la malade se soumit, d'après l'avis des médecins de son pays, Madame D. prit le parti de venir à Paris réclamer les conseils de M. le professeur Fouquier. A cette époque (1843), la tumeur avait envahi la plus grande partie du sein droit; elle était dure, adhérente; la peau qui la recouvrait était presque partout violacée et amincie, et dans un point elle présentait une ulcération qui s'agrandissait d'une manière sensible; enfin la tumeur était devenue le siége d'élancements fréquents.

Dans cet état, l'avis de M. Fouquier fut qu'il fallait avoir recours à l'extirpation de la tumeur, et notre honorable confrère me confia la malade, qui se soumit sans retard à la nécessité devant laquelle on lui démontra qu'elle ne devait pas reculer.

Le 1er août 1843, je pratiquai l'opération, assisté de MM. L. Boyer et Levaillant.

La tumeur enlevée, fendue dans toute sa longueur, est formée par du tissu squirrheux, au milieu duquel existent des portions plus dures, crétacées, criant sous le scalpel. Cette tumeur peut avoir le volume d'un gros citron. La glande mammaire qui a été enlevée en même temps, offre çà et là des granulations squirrheuses qui justifient l'ablation de cet organe.

Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Il n'est pas survenu d'hémorrhagie. La cicatrisation a marché rapidement, et madame D. est repartie pour son pays deux mois après l'opération, ne conservant plus qu'une petite plaie au milieu de la cicatrice, et dont l'aspect faisait espérer qu'elle se cicatriserait promptement.

Malheureusement il n'en a pas été ainsi ; la cicatrisation, bien qu'ayant marché assez régulièrement, s'est arrêtée ; le point central de la plaie s'est recouvert de croûtes sèches, disparaissant et revenant avec opiniâtreté. De plus il est survenu une induration au niveau de l'aisselle, qui gêne les mouvements du bras et qui est le siége d'élancements ; la malade m'ayant plusieurs fois demandé avis sur son état, je lui conseillai de revenir à Paris pour nous mettre à même de substituer aux moyens dépuratifs et autres que je lui avais indiqués, un traitement plus efficace, ou plutôt une opération nouvelle, soit par le caustique de Vienne, soit par l'instrument tranchant.

Madame D. arriva à Paris le 25 mars 1844.

La santé générale est bonne ; le teint de la peau n'annonce pas de cachexie ; la cicatrice de la plaie est complète partout, excepté à sa partie moyenne, où la peau est adhérente, collée pour ainsi dire sur les côtes, et où l'on trouve deux ou trois croûtes sèches recouvrant des ulcérations; plus en dedans existe un petit tubercule dur et circonscrit, mobile, de la grosseur d'une petite aveline, et enfin dans le creux de l'aisselle on rencontre une plaque dure, ou tumeur, de la largeur de 5 ou 6 centimètres, occupant toute cette région, et adhérente aux muscles pectoraux, mais pouvant être circonscrite et soulevée en bas seulement. Cette plaque arrive jusqu'à l'angle externe de la grande cicatrice. On ne sent pas les ganglions axillaires indurés. La récidive du mal paraît s'être circonscrite dans les points que nous venons d'indiquer.

Je fus d'avis d'employer le caustique de Vienne pour faire cicatriser les ulcérations, ainsi que pour détruire le petit tubercule qui les avoisinait et qu'il fallait enlever par l'instrument tranchant, la plaque indurée de l'aisselle. Mais avant de prendre aucun parti, je désirai m'entourer des avis de quelques-uns de nos confrères les plus compétents.

Le 1er avril 1844, dans une consultation qui eut lieu avec MM. Récamier, J. Cloquet, Fouquier et Lucien Boyer, il fut décidé qu'on aurait recours, sans retard, aux moyens que j'avais proposés. La malade elle-même, ayant demandé à être débarrassée le plus tôt possible, je pratiquai l'opération le lendemain, c'est-à dire le 2 avril, en présence de MM. L. Boyer, Filhos, De Bruyn, Mandl et Levaillant.

Avant de procéder au pansement, M. Filhos appliqua le caustique de Vienne solidifié sur les ulcérations après avoir enlevé les croûtes qui les recouvraient, et il détruisit complétement avec le même caustique, par plusieurs cautérisations successives, le tubercule qui avoisinait ces ulcérations.

L'opération fut un peu longue, parce que dans la région où j'opérais, je devais agir avec prudence, pour ainsi dire pas à pas, et ne donner un coup de bistouri qu'après m'être bien assuré que je ne m'exposais pas à diviser une artère, une veine ou un nerf important. Mais la malade supporta cette opération avec un très grand courage, en nous disant de chercher attentivement tout ce qui pouvait inspirer des doutes et compromettre peut-être le succès de cette deuxième opération.

Je ne jugeai pas convenable de réunir la plaie par la suture entortillée, ni avec d'autres moyens, parce que, à raison de sa position, j'aurais craint des infiltrations purulentes et tous les accidents qui en sont la conséquence. Je me contentai de remplir la plaie de charpie sèche et d'un pansement à plat, avec des compresses, une bande roulée autour de la poitrine et un bandage de Mayor.

Examen de la tumeur enlevée. — Elle est dure, aplatie et présente çà et là, au milieu de pelotons graisseux, des tubercules squirrheux, grisâtres, qui sont dans quelques points ramollis et de couleur rouge-pâle. La peau est adhérente à cette tumeur, dans le point occupé par la première cicatrice de la plaie de l'aisselle ; mais elle est saine et parcourue seulement par des veines qui se sont dilatées.

L'opération n'a été suivie d'aucun accident, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie, bien que sept ou huit artères, dont quelques-unes assez volumineuses, aient été tordues.

En résumant les points principaux de cette observation, on voit qu'une première opération a été pratiquée *trop tardivement* pour une tumeur squirrheuse du sein, qui, dans les premiers temps de son apparition, présentait, comme dans le plus grand nombre des cas de ce genre, tous les caractères que peuvent offrir d'autres tumeurs beaucoup plus rares, des *tumeurs fibreuses*, par exemple. Que par suite de ce retard dans l'opération, et bien que nous ayons la conviction d'avoir enlevé la tumeur tout entière et les glandes des aisselles, il y avait déjà un commencement d'infection sous l'influence de laquelle une récidive a eu lieu et a nécessité une seconde opération. Sera-t-elle suivie d'un succès plus durable que la première ? Nous l'espérons, sans oser donner la moindre affirmation à cet égard, d'autant plus que la tumeur que nous avons enlevée en dernier lieu présentait tous les caractères du tissu squirrheux. Néanmoins, si on admet, ce qui est vrai dans un bon nombre de cas, que l'opération faite pour des cancers du sein est suivie d'une guérison durable, il nous est permis d'espérer, pour le cas actuel, surtout en considérant la bonne constitution de la malade et son état moral, dont il faut tenir un grand compte dans l'histoire des maladies de cette espèce, il nous est permis, dis-je, d'inférer que la maladie ne se reproduira plus.

En résumé, au premier point de vue de la discussion sur les tumeurs fibreuses du sein, cette observation prouve qu'on a trop attendu pour pratiquer la première opération, et que si on eût opéré plus tôt, surtout avant le développement des ganglions de l'aisselle, il n'y aurait probablement pas eu de récidive. Ce fait prouve aussi que dans les premiers temps de leur développement, les tumeurs squirrheuses du sein présentent exactement tous les caractères à l'aide desquels M. Cruveilhier croit pouvoir établir le diagnostic des tumeurs fibreuses, que, par conséquent, on est autorisé à les enlever de bonne heure.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du sel ammoniac contre la tuberculose; par M. le docteur ROESCH, de Schweuningen.

M. Roesch considère l'iode, l'huile de foie de morue, et tous les autres moyens vantés tant autrefois que de nos jours contre le développement des tubercules comme tout à fait insuffisants pour enrayer ce travail de désorganisation. Suivant lui, le chlorhydrate d'ammoniaque est le moyen par excellence contre les tubercules pulmonaires, tant que l'état de colliquation n'a pas encore commencé à se manifester. Ce praticien a fait sur lui-même des essais avec ce sel, et les résultats qu'il en a obtenus l'ont conduit aux conséquences suivantes :

1° Les petites doses de sel ammoniac n'exercent aucune influence appréciable sur l'organisme; c'est seulement à partir de la dose de 50 centigrammes qu'on peut observer quelques modifications dans l'état normal.

2° De 50 centigrammes à 1 gramme et demi, ces modifications consistent dans les phénomènes suivants : bientôt après l'ingestion du sel, il survient des renvois, de légères nausées, de l'éternuement; plus tard, on ressent quelque chaleur pendant l'émission de l'urine; les selles perdent de leur régularité, le ventre devient paresseux.

Avec les doses les plus fortes, il se manifeste du pyrosis.

3° Lorsque la dose est portée à 1 gramme 75 centigrammes jusqu'à 2 grammes, on voit, outre les symptômes dont il vient d'être question, survenir, peu de temps après l'introduction du sel, des douleurs pongitives et rémittentes dans la région de l'estomac, et cela pendant une heure environ : ces douleurs paraissent s'irradier de l'estomac vers la poitrine, surtout du côté droit. Il se produit un sentiment de faiblesse générale, et une salive aqueuse est sécrété en abondance.

4° L'urine ne présente point de changement apparent et reste toujours jaune et limpide, faisant virer au rouge le papier bleu de tournesol.

5° L'appétit reste toujours bon, et sans subir aucune variation.

6° Un morceau de pain et une gorgée de vin, pris avant ou après l'ingestion du sel, suffisent pour diminuer ou même pour empêcher entièrement l'apparition de ces divers effets sur l'estomac.

Le chlorhydrate d'ammoniaque est donc en rapport avec les membranes muqueuses de l'estomac, des cavités nasales, de la vessie ; il exerce sur elles une action irritante et augmente leur sécrétion.

Dans ces derniers temps, M. le docteur Roesch a souvent employé le sel ammoniac seul contre les rhumes commençants, accompagnés de forte toux et d'un sentiment de pesanteur à la poitrine, sans sécrétion, et sans ou avec peu d'excitation fébrile. Dans presque tous les cas, cette médication a été suivie d'une diminution de la toux, de la cessation du sentiment de pesanteur, et de l'apparition de quelque sécrétion ; dans l'espace de quelques jours, la guérison fut obtenue, et, en somme, la marche de la maladie se trouva considérablement abrégée.

M. Roesch fait prendre le sel ammoniac à la dose de 6 grammes dans les vingt-quatre heures; il l'administre à l'état de solution dans l'eau distillée, et associé au sirop de guimauve.

(*Casper's Wochenschrift*, etc.)

Sur les moyens de prévenir ou de guérir les accidents déterminés par un décubitus long-temps prolongé; par M. le docteur TOTT, de Ribuitz.

Outre les moyens déjà connus et usités chez nous pour prévenir les ulcérations par décubitus, M. le docteur Tott met en usage la mixture suivante, dont la formule est due au célèbre Mursinna :

Pr.	Alcool camphré,	250 grammes.
	Eau végéto-minérale de Goulard,	250 grammes.
M.		

On pratique, avec cette mixture, des lotions sur les points de la peau que la pression continuée a rendus rouges, et on les réitère plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, en ayant soin d'agiter fortement la bouteille avant de verser la quantité de liquide nécessaire pour chaque application.

Si, malgré l'emploi de ce moyen, les accidents persistent et qu'enfin la peau vienne à s'ulcérer, M. Tott panse les plaies avec une pommade plombique ou zincique, ou encore avec la blanc-rhazis camphré : dans les cas les plus graves, il a recours au tannate de plomb sous la forme ci-après :

Pr.	Tannate de plomb récent,	12 grammes.
	Axonge,	30

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Il se sert de ce mélange pour enduire trois ou quatre fois par jour les parties ulcérées.

Mais le moyen par excellence que l'auteur prescrit aussi bien à titre de prophylactique pour les surfaces phlogosées, que comme cicatrisant pour celles qui sont déjà ulcerées, c'est l'eau créosotée préparée d'après les proportions indiquées par M. Reichenbach (1 partie de créosote pour 80 parties d'eau distillée). Il emploie cette eau dans tous les cas, excepté dans ceux où la plaie offre une teinte cendré-noirâtre, c'est-à-dire où la gangrène est déjà prononcée. Dans ces derniers cas, il conseille des fomentations avec une décoction de quinquina jaune aiguisée par l'alcoolé de myrrhe, ou il fait saupoudrer les plaies avec une poudre composée de quinquina, de camphre et de myrrhe, ou encore il fait appliquer sur les surfaces ulcérées des linges fins enduits d'une couche d'onguent styrax camphré.

(*Watter und Ammon's Journ., etc.*)

Emploi du Thlaspi bursa pastoris *contre la métrorrhagie*; par le docteur LANGE, de Preussisch-Holland.

M. le docteur Lange rapporte que le *Thlaspi bursa pastoris*, médicament vanté autrefois contre les hémorrhagies utérines, mais tombé presque entièrement en désuétude dans les temps modernes, lui a rendu, depuis plusieurs années, des services signalés dans beaucoup de cas de métrorrhagie passive en général, et de menstruation profuse et fréquente chez des personnes d'une constitution flasque et molle en particulier.

Ce moyen s'est montré utile même dans les cas où l'on avait employé sans résultat les acides minéraux, le quinquina, la cannelle, l'alun, les ferrugineux et d'autres médicaments.

M. Lange fait bouillir une demi-poignée de la plante entière dans trois tasses d'eau, jusqu'à réduction d'un tiers : il en fait boire une tasse à la fois.

L'action est si rapide qu'ordinairement au bout d'une heure l'hémorrhagie commence à se modérer, et qu'il est rarement nécessaire d'administrer la seconde tasse.

Dans la menstruation profuse, on peut, en recourant à l'emploi de ce moyen au début de l'hémorrhagie, prévenir la trop grande abondance de l'écoulement sanguin. Lorsque l'on a fait usage de ce moyen à deux ou trois époques menstruelles, il ne s'écoule plus aux époques suivantes que la quantité normale de sang.

M. le docteur Lange n'a jamais vu résulter aucun inconvénient de l'emploi de cette médication ; du reste, il ajoute qu'il n'y a eu recours que pour des femmes mariées et jamais pour des filles.

(*Medicinische Zeitung.*)

Efficacité de la créosote dans les cas d'ulcères anciens des pieds; par M. VOELPERLING, de Wosterhausen.

Chez un sujet très disposé aux érysipèles et aux rhumatismes, et qui était affecté d'un ulcère putride du pied, les onguents, les emplâtres, les cataplasmes, les fomentations, etc, n'ayant pu être supportés, M. Voelperling prescrivit l'application d'une pâte préparée avec le charbon de tilleul et l'eau créosotée.

Le succès de ce traitement fut tel, que la surface de l'ulcère se nettoya tout à fait et revêtit tous les caractères d'une ulcération de bonne nature. Il fut facile de constater que ce résultat était dû à la médication seulement; car, en revenant à l'usage des onguents et des emplâtres, l'ulcère reprit l'aspect phagédénique qu'il avait d'abord. Enfin, à l'aide d'une application soutenue de la pâte créosotée, la guérison parfaite fut obtenue. (*Ibid.*)

Ciment pour les dents.

D'après M. Ostermaier, on prépare ce ciment en mêlant cinquante-deux parties de chaux caustique chimiquement pure et finement pulvérisee, avec quarante-huit parties d'acide phosphorique pur anhydre qu'on a obtenu par la combustion du phosphore à l'air sec; on triture le mélange rapidement dans un mortier.

On introduit une quantité suffisante de la poudre ainsi préparée dans la cavité des dents cariées; on l'y comprime fortement; on en égalise autant que possible la surface, puis on l'humecte légèrement.

Il faut noter que cette poudre ne peut être mise en usage que pendant une ou deux minutes; par conséquent, on ne doit la préparer qu'au moment de s'en servir. (*Jarb. fuer prakt. Pharm.*)

Correspondance.

Monsieur et honoré confrère,

Dans le numéro du 16 décembre 1841 de votre journal, vous avez inséré une lettre par laquelle j'appelais l'attention des praticiens sur un nouveau moyen de dilatation du rectum ; ce moyen consistait dans l'emploi d'une série de grosses canules en étain, dont la plus petite avait 3 centimètres de long sur 7 centimètres de pourtour, la plus grosse 14 centimètres de pourtour, et la plus longue 14 centimètres de longueur : ces canules étaient armées d'un pavillon à ailes longues, plates et flexibles pour se replier sur la marge de l'anus, et percées de trous qui servaient à les fixer à l'aide de rubans.

C'est donc par une erreur involontaire que M. Baudens s'attribue l'idée première de ce moyen. La question de priorité, sur laquelle je n'insisterai pas, me paraît suffisamment établie par une publicité qui remonte à trois années.

Dès le mois de janvier 1842, je transformai mes canules et pavillons en cylindres pleins et arrondis aux deux extrémités. Ces *boudins-compresseurs*, de dimensions analogues aux canules, sont traversés dans toute leur longueur par un canal qui permet au gaz de s'échapper, et munis à l'une des extrémités d'une roue de corde à boyau, qui sert au malade à les retirer quand il le veut.

Le boudin-compresseur, préalablement graissé, est introduit au-delà du sphincter, où il est naturellement retenu. L'introduction est répétée plusieurs fois par jour, et prolongée chaque soir davantage. Quelques malades ont pu le garder durant toute la nuit, rester assis et même marcher avec lui.

Je me sers de boudins en bois que le premier tourneur venu peut fabriquer, et, suivant les cas, de boudins en bois dur, en bois léger susceptible de renfler par l'humidité des parties, de boudins en cire à empreinte : M. Charrière m'a proposé de les faire en ivoire.

Dans le cas où je juge nécessaire l'introduction d'une pommade, je fais pratiquer sur le boudin un certain nombre de petites cuvettes, de telle sorte que le sphincter ne peut enlever la pommade, et qu'un simple mouvement de rotation imprimé au boudin après son introduction, suffit pour la faire sortir des cuvettes où elle est retenue.

Depuis trois ans j'ai employé ce moyen avec succès pour les rétrécissements du rectum, les hémorrhoïdes hypertrophiées, les tumeurs fongueuses et encéphaloïdes ; dans les cas de défécations involontaires, soit par suite de la paralysie du sphincter, soit dans la dernière période du cancer, le boudin faisant l'office de bouchon.

Il y a quelques jours, qu'ayant détaché avec le doigt un grand nombre de petites tumeurs encéphaloïdes il survint une hémorrhagie que je maîtrisai à l'instant par l'introduction du boudin n° 6, qui porte 10 centimètres de pourtour.

J'espère publier bientôt un mémoire sur l'efficacité des *boudins-compresseurs*, et appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce sujet.

Agréez, etc.,

Le Dr Edouard PETIT fils,
Médecin de l'hôpital de Corbeil (Seine-et-Oise.)

NOUVELLES.

Concours de l'agrégation (médecine), sujets de thèse.

Le 2 avril, le sujet des thèses pour le concours de l'agrégation (section de médecine) a été tiré au sort. Les thèses doivent être remises à la Faculté le 17 avril, à trois heures. L'argumentation commencera le 20.

Il peut ne pas être sans intérêt, comme appréciation des doctrines et des opinions actuelles de l'Ecole de Paris, de reproduire ici les sujets de thèse échus aux candidats.

MM. Tardieu. Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des névroses?
Vernois. Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des maladies du foie?
Beau. Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des maladies du poumon?
Marotte. Jusqu'à quel point le diagnostique anatomique peut-il éclairer le traitement des maladies du cœur?
Fleury. De l'infection purulente sous le rapport de la pathogénie et de la thérapeutique.
Becquerel. De l'empirisme en médecine.
Valleix. Des indications et des contre-indications en médecine pratique.
Delassiauve. De l'influence de la doctrine du vitalisme sur le traitement des maladies.
Baron. De l'influence de l'humorisme sur la pratique médicale.
Moissenet. De l'influence du solidisme sur la pratique médicale.
Grisolle. De la fièvre sous les rapports séméiologique, pronostique et thérapeutique.
Royer. Du contro-stimulisme.
Tanquerel. De la valeur de l'hydropisie dans les maladies. Des indications thérapeutiques auxquelles elle donne lieu.
Behier. De l'influence épidémique sur les maladies. Des indications thérapeutiques qui en sont les conséquences.
Cazalis. Du pouls dans les maladies. Des indications thérapeutiques qui en découlent.
Pelletan. Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des fièvres dites essentielles?
Fauvel. De l'influence de la connaissance des causes sur le traitement des maladies.
Vigla. De l'anatomie pathologique sous le rapport de la thérapeutique.
Hardy. De l'état de la rate dans les fièvres intermittentes, et des indications thérapeutiques qui en dérivent.
Gueneau. Des causes de la fièvre hectique et de son traitement.
Burguière. De la maladie.
Legrand. De la valeur des éruptions cutanées dans les pyrexies, et des indications thérapeutiques qui en découlent.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 16 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 45. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 15 AVRIL 1844.

DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR M. ORFILA SUR LES INSTITUTIONS MÉDICALES.

(Deuxième article.)

L'Ecole de Paris n'est plus, à proprement parler, un corps enseignant. Qui dit Ecole, dit enseignement ; qui dit enseignement dit dogme et doctrines, homogénéité et concordance de principes. C'est ainsi que dans tous les temps, en tous lieux, à Cos, à Cnide, à Alexandrie, à Salerne, chez les Arabes, à Montpellier, à Paris même depuis Fernel, a été compris le mot Ecole. Nous avons vu que, dans ce moment, la Faculté de Paris manquait des conditions essentielles à un corps enseignant, et nous avons dit à qui devait être imputé cet état de désordre et d'anarchie, d'individualisme et d'antagonisme offert par les professeurs de cette Faculté.

Cependant, composée d'élément si divers et si opposés, cette Faculté tant bien que mal marche et fonctionne ; les cours s'y font avec régularité, les rouages obéissent au moteur, et le programme universitaire est scrupuleusement rempli. Ce n'est pas assurément un des moindres mérites de M. Orfila d'avoir obtenu ce résultat dans les conditions difficiles où il a placé la Faculté. Semblable à ces couvents du moyen âge où les jalousies intestines, la haine et toutes les passions fomentées par le cloître faisaient de chaque moine un ennemi, mais où chaque moine subissait la règle sévèrement surveillée par le supérieur, la Faculté de Paris, composée de professeurs antipathiques les uns aux autres, reconnaît et accepte le joug disciplinaire imposé par son doyen. Du reste, il a lui-même payé d'exemple. La Faculté n'a jamais eu de professeur plus zélé, plus actif, plus esclave de son cours que M. Orfila. Pendant plusieurs années il a professé toute l'année, alors que le programme bornait la durée de ses leçons au semestre d'hiver. Pour l'exactitude, la régularité, le scrupule dans ses devoirs de professeur, un seul homme peut lui être comparé, c'est Dupuytren. Ce qu'il faisait lui-même, il a voulu que ses collègues le fissent, et il y est parvenu. Les cours n'ont jamais eu plus de régularité et moins d'interruption que sous son décanat, qui, sous ce rapport, laissera un bon exemple à suivre.

Ce n'est point la seule modification louable que l'influence de M. Orfila ait apportée dans la Faculté. Nous citerons avec plaisir une distribution beaucoup meilleure qu'elle ne l'était avant lui dans les travaux de dissection, la surveillance plus active et plus utile aux élèves imposée aux prosecteurs et aides d'anatomie, la création de répétitions pour les manipulations chimiques, la fondation du jardin de botanique au Luxembourg, très bel établissement convoité, dit-on, par l'humeur envahissante de M. Decazes, quoi encore ?— car nous tendons de tous nos efforts à être équitable — quelques autres details d'intérieur qui n'ont pas laissé d'avoir une influence favorable sur les études.

Mais quelque chose de plus sérieux qui doit être approuvé sans réserve, et qui donne à M. Orfila un titre réel à la reconnaissance, s'il ne l'avait pas amoindrie lui même par des actes contradictoires, c'est sa coopération active à la réforme introduite sous son décanat dans les examens probatoires exigés des candidats au doctorat. Rappelons-nous ce qu'étaient les examens il y a douze ou quatorze ans ; voyons ce qu'ils sont aujourd'hui, et nous reconnaîtrons qu'un véritable progrès a été opéré, et que des garanties plus sérieuses ont été données à la pratique médicale et à la société. Assurément, tout ce qui pouvait être fait dans cette voie n'a pas été réalisé ; mais il serait injuste de méconnaître les grandes améliorations qui ont été introduites et qui rendent à peu près impossible aujourd'hui l'admission d'un candidat absolument incapable. Une sévérité plus grande dans les examens, les épreuves cliniques exigées au cinquième, les dissections et démonstrations anatomiques plus sérieuses imposées au deuxième, l'épreuve de médecine opératoire introduite dans le troisième, sont des modifications extrêmement utiles et qui produisent d'excellents résultats en eux mêmes.

Nous rendrons la même justice aux conditions récemment imposées aux élèves de la fréquentation obligée des hôpitaux. Tout cela est bien ; de tout cela on devrait rendre grâce à M. Orfila, parce que sur tout cela il a incontestablement exercé une influence favorable, si, comme nous allons le voir, nous n'y trouvions pas matière à de sérieuses objections. Et, par exemple, nous aurons à revenir sur la tendance générale et presque exclusive imprimée aux études médicales vers les sciences physico-chimiques, la prédondérance actuelle dont ces sciences jouissent dans l'école de Paris au détriment des études réellement pratiques, de la clinique surtout, dont la Faculté n'a pas su conserver l'éclat et la célébrité qui firent son ancienne gloire.

Mais ces modifications de détail se rattachent-elles, chez M. Orfila à un plan d'organisation mûrement réfléchi ? Sont-elles le résultat d'un système depuis long-temps combiné, et peut-on les considérer comme autant de pas vers un but arrêté et bien connu ? En d'autres termes, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le membre du Conseil royal de l'instruction publique, a-t-il suffisamment fait connaître ses opinions sur l'état actuel des institutions médicales et sur les réformes à y introduire, pour que les modifications dont nous venons de parler puissent être considérées comme des tentatives partielles pour l'exécution d'un vaste plan d'ensemble ? L'examen attentif auquel nous nous sommes livré de tous les actes administratifs de M. Orfila, nous empêche d'avoir cette opinion. Il nous est impossible de retrouver la trace d'un plan, d'une idée, d'un principe se rattachant à un système organisateur quelconque. A cet égard, M. Orfila a été jusqu'ici d'une réserve et d'une discrétion extrêmes. Depuis 1830, on sait combien il a été souvent question de la réorganisation des institutions medicales ; l'Académie de médecine, la Faculté elle-même, ont été chargées de préparer un projet de loi a ce sujet, et les discussions en ont été longues et retentissantes. Comme chef de la Faculté, comme conseiller de l'Université, M. Orfila a fait partie de toutes les commissions — et elles sont nombreuses — instituées dans ce but ; dans la presse, la question a été mille fois agitée ; des projets de tout genre ont été publiés ; l'attention publique, en un mot, a été fréquemment et vivement attirée sur ce sujet. Eh bien ! dans aucune circonstance, M. Orfila n'a ostensiblement manifesté ses opinions ; jamais, soit par voie de discussion académique, soit par la voie de la presse, soit par tout autre moyen, il n'a fait connaître ce qu'il fallait attendre de son influence, ce que le chef de l'Ecole de Paris pensait et faisait sur ces questions d'un intérêt si vif pour l'avenir de la science et de la profession.

Cette réserve serait-elle la preuve d'un défaut d'idées arrêtées sur les principales questions qui touchent à la réorganisation médicale ? Volontiers nous penchions vers cette opinion, en présence des mesures contradictoires proposées, soutenues et adoptées par M. Orfila.

Ainsi nous le voyons, d'une part, coopérer à des modifications utiles et urgentes dans les épreuves des candidats au doctorat en médecine, augmenter la sévérité des examens, et procurer aux élèves des Facultés des moyens plus complets d'instruction et d'étude ; sous son influence, on voit rétablir l'exigence du baccalauréat ès-sciences ; et toutes ces mesures ont pour résultat immédiat de diminuer dans les Facultés le nombre des élèves en médecine, et par suite le nombre des réceptions, qui étaient en effet hors de toute proportion avec les besoins de la société.

D'autre part, M. Orfila emploie de longs efforts et toute sa persévérance à une prétendue réorganisation des écoles secondaires ; il les dote d'un enseignement plus complet, de professeurs plus nombreux ; il donne aux inscriptions qui y sont prises la même valeur qu'aux inscriptions des Facultés. Et quel est le résultat de ces mesures ? D'augmenter dans les écoles secondaires le nombre des élèves au détriment des Facultés ; d'augmenter, chose plus grave, le nombre des réceptions des officiers de santé en diminuant le chiffre des docteurs, et, pour résultat définitif, de déclasser les élèves et les titres. De sorte que, en dernière analyse, et pour qui voit et connaît le fond des choses, tout le bien fait par M. Orfila dans les Facultés est amoindri, paralysé, annihilé par les mesures imprévoyantes qu'il a prises envers les écoles secondaires. On dit que le nombre des élèves en médecine et que les réceptions ont diminué ; c'est une grande erreur. Cela n'est vrai que pour les Facultés. Le nombre des élèves est à peu près le même qu'il y a douze ans ; seulement ils sont disséminés dans les dix-huit écoles secondaires ou préparatoires réorganisées par M. Orfila ; il en est quelques-unes qui ont autant d'élèves que la Faculté de Montpellier, un grand nombre beaucoup plus que la Faculté de Strasbourg. Seul le nombre des docteurs a diminué, mais le nombre des officiers de santé s'est accru dans une proportion équivalente.

Est-ce là un résultat glorieux ? sont-ce là des mesures qui attestent une haute intelligence administrative, et peut-on y voir la prévision d'un organisateur habile qui marche avec prudence vers la réalisation d'un plan mûrement médité ? En vérité, non ; on voit dans toute cette série d'actes quelques lueurs, quelques intentions bonnes, quelques modifications utiles, mais ne se rattachant à aucune combinaison d'ensemble, et souvent en contradiction flagrante les unes avec les autres.

D'ailleurs, il faut le dire, dans cette réorganisation des écoles secondaires, M. Orfila n'a poursuivi qu'un but tout personnel. Nous le voyons là fidèle à ses antécédents de la Faculté, où les besoins de sa position le rendaient l'agent le plus actif des luttes pour arriver au professorat. Les mêmes besoins l'ont forcé de chercher en province et dans chaque école secondaire des adhérents, des amis, des obligés. De là ce remaniement dans le personnel professoral de ces écoles, cette

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un manuscrit égaré. — Graphorrhée ou intempérance d'écrire. — Une commission en désarroi. — Singulière candidature académique. — Les brevets d'invention. — Demandes nouvelles. — Crédulité populaire. — Moralité des médecins. — Bulletin du *polka-morbus*.

> On m'a volé. — Que je plains ton malheur !
> — Mon manuscrit. — Que je plains le voleur !

N'appliquez pas ceci, s'il vous plaît, au manuscrit de M. Malgaigne, qui ne mérite en aucune façon cette épigrammatique pointe. Et puis, le voleur n'a pas été le moins du monde à plaindre ; le coquin savait bien ce qu'il faisait. A peine l'a-t-il eu soustrait a la vigilance de M. Bousquet, l'inexorable gardien des archives académiques, qu'il l'a porté, ce précieux manuscrit, dans les bureaux de la *Gazette médicale* où, probablement acheté à prix d'or, il a paru trois jours après, mais dans quel état, mon Dieu ! Rejeté tout à fait au bas des colonnes et en caractères microscopiques, il se trouvait pressé, opprimé, écrasé sous la prose *cicero* de M. Guérin, qui n'a eu pour lui ni grâce ni merci. Voilà comme on se defait dextrement et rapidement d'un manuscrit qui gêne. Dans sa candide innocence, il s'imaginait peut-être que la commission nommée seule avait le droit de déflorer ses pages virginales ; M. Guérin lui a montré ce que c'est que le droit de conquête, et ce qu'il faut attendre quand on devient la proie des ravisseurs. D'aucuns, gens scrupuleux, délicats à l'excès, observateurs sévères des convenances, ont ouvertement blâmé M. Guérin d'avoir voulu devancer le jugement de la commission, de s'être fait juge et partie dans sa propre cause, d'avoir pour ainsi dire et d'avance mis en suspicion les lumières, l'indépendance et la justice des commissaires en critiquant avec tant d'amertume un travail soumis à leur appréciation. Pour mon compte, et comme principe général, j'estime qu'on ne saurait avoir trop tôt raison d'un ennemi. M. Guérin a jugé à sa manière, de son point de vue, et dans son intérêt propre, la communication de M. Malgaigne ; c'était son droit, et c'est ce que nous faisons tous les jours à l'occasion des travaux académiques. Mais le droit de l'Académie est aussi de réclamer le manuscrit qui est sa propriété, et dont une plus longue possession illégale pourrait faire passer M. Guérin pour complice de la soustraction. Il pourrait bien arriver que des réclamations sur ce point fussent élevées publiquement dans le sein même de l'Académie ; je crois que M. Guérin fera bien de les éviter.

Autre chose que je veux lui dire en passant. L'intempérance de publicité a ses dangers à l'égal du silence. M. Guérin semble atteint en ce moment d'une véritable *graphorrhée* intarissable, et du produit de cette sécrétion il inonde le public. — J'allai voir l'autre jour un de nos anciens, confrère vénérable qui passe sa vieillesse dans une quiétude parfaite, peu soucieux du bruit et des événements qui nous agitent. Je le trouvai fort effrayé. — Figurez-vous, me dit-il en me montrant un gros ballot gisant sur le parquet, que cela vient de tomber dans ma paisible demeure en l'ébranlant jusqu'aux fondements. Qu'est-ce ? d'où cela me vient-il ? je l'ignore.

> Le flot qui l'apporta recule épouvanté.

Pour tirer de peine mon respectable ami, j'éventre le paquet et je trouve la collection complète des récentes elucubrations de M. Guérin sur ses discussions judiciaires et académiques. Articles de son journal, factum aux premiers juges, second factum à messieurs de la Cour, mais celui-ci énormément enflé, un immense et gigantesque volume in-4°, réfutation du mémoire de M. Malgaigne et je ne sais plus quoi encore. Je déclare qu'il y a là de quoi effrayer les plus braves, d'autant plus que la prose *cicéro* de M. Guérin ne brille pas par la concision et la clarté.

Quoi qu'il en soit, si les choses vont de ce train, la commission Malgaigne n'est pas près de faire son rapport. Voilà déja deux commissaires qui se retirent et qu'il a fallu remplacer. M. Louis, malgré sa lettre, paraît avoir suffisamment de besogne à la commission des hôpitaux. A son sujet, j'entendis, mardi dernier, un bon mot dit par un honorable académicien. Pourquoi, lui demandait-on, le bureau a-t-il nommé M. Louis commissaire pour une question d'orthopédie ? — Parce que, répondit-il, M. Louis est très fort sur la fièvre typhoïde. Quant à M. Jobert (de Lamballe), qui lui aussi s'est retiré, il a cru qu'on devait penser d'une commission académique ce qu'on disait de la femme de César, et cette susceptibilité l'honore et ne peut trouver que des approbateurs. Toujours est-il que, si l'exemple gagne, l'orthopédie pourra se trouver fort en peine pour avoir des juges, ce dont tout le monde ne serait peut-être pas également affligé.

— Nous avons eu une candidature académique nouvelle, et celle-ci singulièrement patronée. — Messieurs, a écrit le compétiteur, ou à peu près, je vous annonce que je me mets sur les rangs. Comme titre à vos suffrages, je vous adresse le premier volume d'une nouvelle édition du célèbre ouvrage de mon illustre père, à laquelle je n'ai pas cru devoir changer une virgule. — Vous conviendrez que la chose est originale et neuve. Cependant j'aurais autant aimé qu'il écrivît : Nommez-moi, Messieurs, parce que je suis le fils de mon père. — Hélas ! hélas ! qu'il y a long-temps que les Pepin-le-Bref ne produisent plus de Charlemagne.

— Il est donc décidé que la pharmacie ne pourra plus prendre de brevet d'invention ; toute la semaine a été employée à obtenir ce résultat, mardi à l'Académie de médecine, les autres jours au palais Bourbon. Comme la loi n'a pas d'effet retroactif, et que la suppression des brevets pour l'avenir rendra plus éclatant le privilége de ceux qui l'auront obtenu avant la loi nouvelle, on assure que les bureaux de l'administration sont actuellement encombrés de demandes de ce genre. Quoique Paris puisse être considéré comme la manufacture générale de ces sortes de produits, il en est arrivé cependant de tous les coins de la France, et au ministère on est en peine d'un local pour caser les échantillons de rigueur. Il y a là de quoi empoisonner dix générations françaises. Il y en a de phénoménales, il y en a d'incroyables, de ces drogues. On compte cinq poudres, sept elixirs, une marmelade et une omelette (avec échantillon), seulement pour guérir la rage. La goutte s'y présente escortée de dix-neuf préparations diverses, qui toutes l'enlèvent radicalement. L'odontalgie et les cors aux pieds ont aussi sin-

création de chaires nombreuses, cette nomination toujours directe, et cet éloignement constant pour le concours dans ces nouveaux centres d'instruction. M. Orfila a voulu couvrir la France médicale tout entière sous le vaste réseau de son influence ; en province comme à Paris, il a voulu être, et il y est parvenu, comme une sorte de directeur du personnel dans les corps enseignants, et il est constant et avéré que toutes les nominations dépendent à peu près de sa volonté seule.

Aussi dans ces écoles, comme à Paris, même défaut d'ensemble, d'harmonie, d'homogénéité et de concordance dans l'enseignement. Le mal y a pris même des formes plus graves qu'à Paris, où, si le concours ne garantit pas de toute injustice, il préserve au moins d'une nomination complétement absurde. Nous avons des preuves nombreuses qu'une grande partie des nominations faites dans les écoles préparatoires n'ont été inspirées ni par un choix éclairé des hommes, ni par la convenance et la spécialité de leurs études, ni par les besoins réels de l'enseignement. En temps et lieu, et si jamais un projet sérieux de réorganisation médicale venait enfin à être porté au parlement, nous déroulerions le tableau lamentable de l'état de l'enseignement médical dans quelques-unes de ces écoles instituées avec tant d'éclat et de bruit par M. Orfila.

Ce qui prouve irréfragablement, selon nous, que M. Orfila n'a suivi qu'un but de circonstance et tout personnel dans cette prétendue réorganisation des écoles secondaires, c'est qu'il s'est fort peu soucié de leur assurer une existence indépendante et à l'abri des événements. En effet, la vie matérielle de ces écoles n'est assurée ni par l'Université ni par le budget. Il faut que tous les ans, les conseils généraux des départements où sont situées ces écoles votent les fonds nécessaires à leur entretien. Si le département se lasse, s'il ne voit pas bien clair dans les services que ces écoles peuvent rendre, s'il survient des dépenses extraordinaires et imprévues, une inondation, un incendie, etc., il n'y a plus d'argent et partant plus d'école. Mais pendant quelques années on n'en aura pas moins créé dans chaque province un centre d'amis et d'adhérents. Dans les voyages judiciaires, astre éblouissant, on entraînera dans son orbite des satellites nombreux ; et si, en touriste élégant, on parcourt nos provinces, on trouvera partout un accueil empressé.

Nous venons de parler des voyages judiciaires ; voilà une des faces de l'individualité de M. Orfila qui ne peut être oubliée dans nos appréciations. Le rôle que ce toxicologiste a joué comme expert devant les tribunaux a été trop éclatant pour que nous le passions sous silence. Examinons-le donc sou ce point de vue.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Quelques observations d'hypertrophie de la rate avec fièvre intermittente.

Nous entretiendrons aujourd'hui nos lecteurs de plusieurs cas d'engorgements spléniques qui, sous le double rapport du diagnostic et de la thérapeutique, méritent réellement l'attention des praticiens. On sait que M. Piorry, se fondant sur un grand nombre d'observations, admet que c'est à l'intumescence de la rate (qu'il désigne sous le nom d'hypersplénohémie ou d'hypersplénotrophie, suivant qu'il n'y a qu'engorgement sanguin, hypérémie, ou bien véritable hypertrophie), que sont dus les accès de fièvre intermittente. C'est à l'exploration plessimétrique qu'il a dû la constatation de ce fait important, dont la thérapeutique lui fournit en quelque sorte journellement la contre-épreuve. La conséquence pratique de ce fait était, en effet, de prendre l'état de la rate pour point de départ des indications. Or, une expérience fréquemment répétée a appris à M. Piorry que le sulfate de quinine avait la propriété de donner lieu presque instantanément à une diminution notable du volume de la rate, laquelle diminution se produit à chaque dose nouvelle du sel quinine jusqu'à résolution complète, et jusqu'à cessation des accès, dont les phases suivent d'une manière presque invariable les phases d'accroissement et de décroissement de la rate. Les observations suivantes, qu'il nous suffira de reproduire sommairement, concourront avec les faits déjà nombreux qui ont été publiés, à établir le rapport dont il s'agit, en même temps qu'ils feront sentir surtout l'importance de la plessimétrie dans de pareilles circonstances.

Fièvre intermittente quarte ; développement énorme de la rate ; accès revenant malgré l'administration du sulfate de quinine ; ne reparaissant plus après le retour de la rate à son volume normal.

Le nommé Pujet, couché au n° 17 de la salle Saint-Raphaël, éprouvait des accès de fièvre intermittente, dont l'intervalle apyrétique était de huit jours. On constatait à l'examen plessimétrique de la rate une augmentation considérable de volume de cet organe. Sa hauteur était de 23 centimètres (plus de 8 pouces).

M. Piorry désirant rendre quelques médecins témoins de la diminution de volume de cette rate par le sulfate de quinine, demanda au malade s'il lui était indifférent d'attendre quelques jours avant de commencer un traitement. Sur la réponse affirmative du malade on attendit huit jours, dans l'intervalle desquels deux nouveaux accès eurent lieu, et ce fut après le deuxième accès qu'on administra la première prise de sulfate acide de quinine à la dose de 75 centigrammes. Au bout de cinq minutes, la rate avait diminué de 3 centimètres dans toute sa circonférence. On revint à la même dose du sulfate de quinine dans la soirée, et la rate ne présenta plus jusqu'au lendemain que 16 centimètres de hauteur.

Cependant à l'époque habituelle du retour des accès, il en survint un nouveau ; la rate était encore volumineuse. On insista en conséquence sur l'administration du sel de quinine. Trois jours suffire pour réduirent la rate à 12 centimètres (environ 4 pouces et demi), c'est-à-dire à son volume normal, lequel avait été, ainsi qu'on l'a vu, presque doublé. A dater de ce moment on supprima la médication. Quatre jours s'écoulèrent sans qu'il se manifestât d'accès. Le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri.

Augmentation de volume considérable de la rate (probablement hyperspiénotrophie compliquée d'engorgement sanguin) chez un sujet depuis long-temps en proie à des accès de fièvre intermittente. Un gramme de sulfate acide de quinine en une seule dose. Diminution rapide et considérable du volume de la rate.

Au n° 16 de la salle Saint-Raphaël était couché le nommé Jean Janin, maçon, âgé de trente neuf ans, de Saint-Vincent-des-Prés (Saône-et-Loire), pays où règnent habituellement, principalement en automne, des fièvres intermittentes. Cet homme avait contracté au mois de septembre 1830, dans ce pays, une fièvre quarte qui dura treize jours, et qui disparut ensuite, sans qu'il eût pris autre chose que du quinquina pendant trois jours seulement ; encore n'avait-il pris ce remède que quatre ou cinq fois après l'invasion de la fièvre. Bien que le malade soit resté dans son pays jusqu'au mois d'octobre dernier, il dit n'avoir jamais éprouvé ; depuis, ces frissons et ces sueurs périodiques qui succèdent si souvent aux fièvres intermittentes mal guéries. Une bronchite l'amena à l'hôpital le 17 janvier 1844. Trois jours avant son entrée, il eut une épistaxis, pendant laquelle il perdit une quantité de sang qu'il évalue à 500 grammes. Lors de la première visite, le 18 janvier, la rate présentait le volume suivant : 30 centimètres de hauteur (11 pouces et demi) ; 15 centimètres de largeur (5 pouces et demi), au niveau de la base du thorax. Il était extrêmement facile de sentir le bord antérieur de la rate par la palpation, d'autant plus que les parois abdominales se laissaient facilement déprimer dans ce point. Ce bord, qui descendait presque jusqu'au niveau de la fosse iliaque, était dur et épais. Le malade ayant les cuisses à demi fléchies sur le bassin de manière à relâcher le plus possible les parois abdominales, plusieurs des assistants tinrent la main appliquée sur la rate au moment où on administra le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme) ; au bout d'une minute ils sentaient déjà la rate fuir sous leurs doigts. Quatre minutes après, son volume était considérablement réduit. On ne lui trouvait plus que 27 centimètres de hauteur (un peu moins de 10 pouces).

On continua pendant plusieurs jours de suite l'administration du sulfate de quinine, matin et soir, et l'on éleva graduellement la dose juqu'à 3 grammes par jour.

Le troisième jour, le malade se sentit déjà beaucoup mieux ; il pouvait se coucher indistinctement dans toutes les positions, tandis qu'auparavant il ne pouvait rester couché, soit sur un côté, soit sur l'autre, sans souffrir.

Au bout de cinq jours de traitement, le volume de la rate avait considérablement diminué ; elle était réduite à 15 cent. de hauteur (5 pouces et demi), volume encore considérable pour l'état normal, mais en réalité moins de moitié moindre de ce qu'il était avant le traitement. L'abdomen lui-même était affaissé et sensiblement diminué de volume. Le facies du malade était tout autre qu'avant. Le malade sortit dans cet état, sinon complétement guéri, au moins dans un état d'amélioration considérable.

Intumescence de la rate. Un seul accès la veille. Retour d'un second accès, sans augmentation de volume de la rate. Sulfate de quinine ; réduction de la rate ; cessation des accès.

Au n° 34 de la même salle, était récemment couché un malade chez lequel on reconnut, à son entrée à l'hôpital, une hypersplénotrophie. La rate avait 13 centimètres (un peu plus de 4 pouces et demi) de haut en bas ; 11 centimètres environ (4 pouces) d'avant en arrière ; et d'après le degré de matité que donnait la percussion exercée avec force, on pouvait présumer qu'elle avait une assez grande épaisseur. Ce n'était pas là sans doute un volume très considérable, mais il dépassait néanmoins les limites normales habituelles ; on en jugera mieux d'ailleurs par les résultats de la médication qui l'a ramenée à un volume beaucoup moindre. En interrogeant le malade, on apprit qu'il avait eu la veille un accès de fièvre ; au moment de la visite, il avait encore de la moiteur. A ne s'en rapporter qu'aux renseignements et aux signes déduits de l'état général, on serait certainement resté dans une grande indécision ; mais la constatation de l'état de la rate ne laissait aucun doute à cet égard. Cependant, pour qu'il ne restât pas la moindre incertitude dans l'esprit des assistants, M. Piorry attendit un second accès avant d'administrer le sulfate de quinine. Le surlendemain, l'accès eut lieu en effet. La rate n'était point augmentée de volume, elle conservait exactement les mêmes dimensions qu'après le premier accès. — M. Piorry a pris occasion de cette circonstance pour faire remarquer à ses élèves la valeur de ce fait, conforme à toutes ses observations antérieures qui lui ont démontré que ce ne sont point les accès qui produisent l'augmentation de volume ; puisque la rate est déjà volumineuse dès le premier accès, et qu'elle n'augmente pas sensiblement après un second, un troisième accès ; mais que c'est la proposition inverse qui est vraie, savoir : que l'intumescence de la rate détermine et entretient les accès.

Après le second accès, on a administré au malade une dose de 30 centigrammes de sulfate acide de quinine, répétée le lendemain. L'intumescence de la rate était peu considérable, les accès peu intenses. Ces deux doses suffirent pour faire promptement diminuer la rate et la ramener à son volume normal, et pour prévenir le retour du troisième accès.

Un seul accès, Hypertrophie considérable de la rate.

Une jeune fille de seize ans, couchée au n° 16 de la salle Sainte-Geneviève, était entrée à l'hôpital depuis trois jours, se plaignant de malaise général et de mal de tête. L'exploration n'avait révélé rien de particulier dans les principaux viscères, lorsque, dans la nuit du troisième jour, elle fut prise d'un frisson considérable qui dura deux heures ; et qui fut suivi d'une légère réaction de chaleur et de sueur. Le lendemain matin à la visite, elle était bien ; l'accès avait complétement cessé ; le pouls battait tout au plus 70, il était régulier ; la chaleur était normale. On apprit que la veille au soir, elle s'était promenée dans les cours fort tard à un air humide, et qu'elle y avait été saisie par le froid. On examina aussitôt la rate, et l'on trouva cet organe considérablement développé ; son diamètre vertical était de plus de 6 pouces (17 centimètres) ; le diamètre transversal avait 5 pouces environ (14 centimètres). Son épaisseur n'était pas moins considérable proportionnellement, car la matité était très grande et très profonde dans toute cette même étendue.

On crut, toutefois, ne pas devoir agir de suite ; on attendit un second accès, qui ne tarda pas à se montrer le troisième jour. Ce ne fut qu'après ce second accès qu'on administra le sulfate de quinine. Deux légers accès eurent lieu encore ; puis tout cessa.

Ce fait est remarquable sous le point de vue de la relation qui existe entre l'hypertrophie de la rate et la disposition aux accès intermittents. Il n'y avait eu qu'un léger accès lorsqu'on examina pour la première fois la rate, que l'on trouva énormément développée. Il serait difficile d'admettre que ce seul accès eut suffi pour produire instantanément un développement aussi considérable. Ce développement existait suivant toute apparence et on ne l'avait pas remarqué, parce que rien encore n'avait mis sur la voie. Il a suffi, dans cette circonstance, de la seule impression d'un air froid et humide pour déterminer la production d'une fièvre intermittente à laquelle cette maladie était prédisposée déjà par l'intumescence de la rate.

L'observation suivante, la dernière de ce genre que nous rapporterons aujourd'hui, fera mieux ressortir encore que les précédentes l'utilité de la plessimétrie pour le diagnostic de certaines affections organiques, diagnostic qui, sans ce moyen, offrirait souvent de plus grandes difficultés.

---

gulièrement exercé l'imaginative des inventeurs. Le département du Doubs, à lui seul, réclame trois brevets pour trois sirops anti-glaireux. Il paraît que dans le Morbihan c'est la bile qui incommode les Vannois ; car du chef-lieu on demande privilége pour des piloles anti-bilieuses. Dans les Ardennes, le rhumatisme serait la maladie endémique ; car de tous les coins de ce département arrivent des ceintures, des flanelles préparées, des toiles cirées, et des onguents destinés à la combattre. Mais la maladie générale des Français, après le catarrhe de poitrine qui demande vingt-trois brevets pour des pectoraux de toute façon, celle que l'on veut guérir au sud comme au nord, à l'est comme à l'ouest, sans oublier Bourges qui figure au contingent, c'est cette maladie dont les Prussiens ne furent pas atteints dans les plaines de la Champagne, au contraire, c'est la constipation. Cinquante-deux recettes avec échantillons ont été envoyées au ministère du commerce avec demande de brevet pour guérir la paresse intestinale. C'est un véritable débordement. Je citerai aussi comme ayant beaucoup occupé les loisirs de deux pharmaciens, l'un de Carcassoone, l'autre de Lunel, deux savantes préparations dirigées contre une incommodité fort désobligeante, désignée sous le nom de vents (pneumato-gastro-entéralgie des nomenclateurs modernes). Heureusement que la loi de ventôse, comme dirait M. Adelon, pourra mettre quelque empêchement au débit de toutes ces monstruosités pharmaceutiques ; car vous le savez, d'après la législation actuelle, le brevet peut leur être accordé.

C'est un phénomène bien singulier que cette crédulité générale à l'endroit de la santé. On s'étonne qu'il y ait tant de charlatans ; je m'étonne, moi, qu'il n'y en ait pas davantage, et je suis invinciblement porté à reconnaître et à admirer l'honorabilité, la moralité générales qui règnent dans notre profession. Quand on songe que rien, absolument rien n'est plus facile que de faire fortune en médecine, qu'avec quelques mille francs devant soi, un remède quel qu'il soit, une boutique ouverte et des annonces, on peut attirer chez soi tout un peuple de crédules, je me dis qu'il faut qu'il y ait encore parmi nous un sens moral très élevé, très répandu pour que la tentation n'en fasse pas succomber un plus grand nombre. Un spéculateur habile, qui a lui-même exploité avec le plus grand succès cette branche d'industrie, a coutume de dire : Avec dix mille francs et des...... de mouton ; je me charge de faire faire fortune au premier venu. Et cela n'est malheureusement pas une vanterie. Voyez la moutarde blanche, qui peut supporter un loyer de 4,000 francs, des frais de publicité énormes, et dont le propriétaire, ex-épicier perdu dans le fond de la Cité ; habite aujourd'hui un des plus beaux châteaux des environs de Paris. Et le remède de Leroy, qui a procuré cinquante mille francs de rente ! Et tant d'autres drogues qui ont enrichi leurs exploiteurs ! Non, ne calomniez pas le corps médical ; ces perfides et dangereux exemples n'ont pas influé sur la moralité générale ; si à Paris, quarante ou cinquante charlatans peut-être ont pollué la robe doctorale dans des bénéfices illicites, la masse, la grande masse est restée pure et digne, et cela malgré ses souffrances, malgré la société indifférente, crédule et horriblement trompée.

— Le *polka-morbus* continue ses ravages ; on cite des morts, la chose devient grave. M. Laborde, le professeur de la danse nouvelle sur la rive gauche, fait peser sur sa tête une grande responsabilité. Il est cause d'abord que les cours de la Faculté sont à peu près déserts. Toute notre jeunesse, qui a été envahie par l'épidémie, se précipite au cours de polka, qui s'ouvre précisément en même temps que le grand amphithéâtre. On parle d'un arrêté prochain de M. Villemain pour arrêter cette émigration. Il y a urgence, et voici comme. M. Cellarius, professeur de la rive droite, a aussi de nombreux élèves parmi la jeunesse dorée. La jeunesse *studieuse* prétend mieux polker que la jeunesse dorée, et une provocation a été adressée aux cellariens par les labordiens. Le défi devait se vider le 10 avril dernier ; jour anniversaire de la bataille de Toulouse ; Mais Laborde avait été appelé en grande hâte auprès de la reine d'Angleterre, et le combat a été remis au 18 ; c'est-à-dire que ce jour, labordiens et cellariens doivent se réunir dans une vaste salle devant un jury de polkistes renommés, qui décidera cette grave et immense question après une heure d'épreuves successives. — Braves jeunes gens, polkez, je le veux bien ; mais n'oubliez pas absolument que nos destinées vous appellent à de plus nobles luttes, et qu'il faut s'y préparer de loin.

Jean RAIMOND.

Hypertrophie chronique de la rate en ayant imposé pendant plusieurs années pour une affection organique du cœur. — Sulfate de quinine. Cessation de tous les accidents au bout de quelques jours.

Un homme couché au n° 7 de la salle Saint-Raphaël, entra à l'hôpital pour réclamer des soins contre une affection organique du cœur qu'il avait, disait-il, depuis plusieurs années, et pour laquelle il avait subi plusieurs traitements plus ou moins énergiques, sans en éprouver aucun soulagement. On avait pratiqué un grand nombre d'évacuations sanguines, soit générales, soit locales, appliqué des vésicatoires volants, administré tous les calmants en usage, etc., le tout sans aucun amendement. Voici en peu de mots quel était l'état du malade, état qui, à un examen superficiel, pouvait en effet en imposer pour une maladie du cœur. Le malade éprouvait de la dyspnée et des palpitations; il avait un peu d'œdème aux membres inférieurs. Le pouls était régulier, d'une fréquence normale, mais le malade éprouvait parfois des bouffées de chaleur et de petits accès de fièvre qui n'offraient rien de régulier dans leur marche et l'époque de leur apparition. En appliquant la main sur la région du cœur, on percevait ses battements qui, au premier abord, paraissaient en effet avoir lieu dans une étendue plus grande qu'à l'état normal, on les sentait un peu plus haut et plus à droite qu'à l'ordinaire. L'auscultation ne révélait cependant rien de particulier. On ne put avec la plus grande attention reconnaître aucun bruit anormal. Les deux mouvements du cœur se succédaient avec la régularité ordinaire. On procéda à l'examen plessimétrique et voici ce qu'on reconnut. Le cœur avait des dimensions normales, mais il était situé beaucoup plus haut et plus à droite qu'à l'ordinaire. Sa base était placée environ un pouce au-dessus de ses limites habituelles et environ un demi-pouce plus à droite. Il était donc évident que le cœur n'était pas malade, mais il était manifestement déplacé. A quoi pouvait tenir ce déplacement, et quelle était enfin la cause organique de l'ensemble des symptômes que présentait ce malade? En interrogeant de nouveau le malade sur ses antécédents on apprit qu'il était sujet aux accès de fièvre intermittente, qu'il avait eu à plusieurs reprises des accès réguliers et long-temps prolongés, depuis plusieurs années et notamment à l'époque où s'étaient manifestés pour la première fois les symptômes qui en avaient imposé pour une affection du cœur. Cela seul suffisait déjà pour mettre sur la voie de la véritable maladie à laquelle on avait affaire. Ces commémoratifs, joints à la circonstance des accès fébriles irréguliers qui se manifestaient encore de temps à autre ne laissaient presque plus de doute sur l'existence d'une affection de la rate. L'exploration de cet organe ne tarda pas à changer cette prévision en certitude. On trouva en effet à la percussion que la rate avait 7 pouces dans le sens vertical, plus de 5 pouces d'arrière en avant et une très grande épaisseur. Son développement avait lieu surtout en haut; elle remontait jusqu'à plus d'un demi-pouce au-dessus du mamelon. Cette dernière circonstance expliquait suffisamment le déplacement du cœur et la gêne qui existaient dans les fonctions respiratoire et circulatoire.

Il ne manquait, pour établir la certitude de ce diagnostic, que sa vérification par la thérapeutique. Cette contr'épreuve fut complète. Le malade fut mis à l'usage du sulfate de quinine que l'on administra dès le premier jour à dose assez élevée, en raison de l'ancienneté de la maladie. On donna 19s.50 de sulfate acide de quinine par jour, en plusieurs prises. Dès le deuxième jour on constata une diminution notable de la rate. Cette diminution eut lieu graduellement les jours suivants et l'on observait au fur et à mesure, que la dyspnée, les palpitations et le malaise général diminuaient proportionnellement. Au bout de huit jours environ la rate était presque complètement revenue à son volume normal. Le diaphragme n'étant plus refoulé en haut comme il l'était auparavant, le cœur avait peu à peu repris sa situation normale; ce qui fut constaté par la plessimétrie. Enfin tous les symptômes apparents de la maladie du cœur avaient disparu. Il ne restait plus que l'œdème des membres inférieurs, que le repos seul devait faire disparaître entièrement.

Ce dernier fait parle assez de lui-même pour qu'il soit inutile de s'étendre plus longuement en commentaires.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

Introduction d'un haricot dans la trachée-artère. Trachéotomie. Extraction du corps étranger.

(Suite du n° 38.)

Nous avons dit qu'il y avait des cas nombreux où les enfants opérés de la trachéotomie pour le croup succombaient, et qu'à l'autopsie, tantôt on trouvait une nouvelle sécrétion de fausses membranes, tantôt une pneumonie, tantôt le poumon ne présentait aucune lésion appréciable. Nous pensons que dans ces derniers cas, les enfants succombent, parce qu'ils ont été obligés de porter trop long-temps un tube faisant office de corps étranger dans la trachée artère, et que l'air, introduit trop brusquement, dans la trachée, n'a point eu le temps de se modifier, quant à ses propriétés physiques. C'est un point sur lequel nous avons longuement insisté, parce que nous y attachons une grande importance.

Pour l'opération de la trachéotomie en elle-même, elle n'est point dangereuse d'exécution. Vous pouvez ouvrir la trachée momentanément à un sujet enfant ou adulte; immédiatement il respirera beaucoup mieux et plus facilement. Mais il y a des accidents consécutifs quelquefois, et ce sont ceux-là qui sont à redouter. Nous sommes, pour notre part, convaincu que dans beaucoup de cas les causes qui ont produit les fausses membranes persistent encore après l'opération.

Voilà ce que nous avions à vous dire relativement à l'opération de la trachéotomie pratiquée pour faciliter l'extraction des corps étrangers introduits accidentellement dans la cavité de ce conduit. Vous avez vu que les résultats ont été généralement bons, et que la mort est assez rare.

Lorsqu'il s'agit de remédier au croup, il n'en est plus de même, et l'opération, loin d'être suivie d'un heureux résultat, est le plus souvent funeste. A l'hôpital, les succès sont encore plus rares que dans la ville. Pour notre part, nous n'en avons pas vu réussir une seule dans notre hôpital, tandis qu'en ville, nous avons eu quelques succès. A quoi devons-nous l'attribuer? Nous vous avons signalé, il n'y a qu'un instant, les nombreuses circonstances auxquelles nous croyons devoir rapporter ces revers; mais il faut compter pour beaucoup aussi l'absence de ces nombreux petits soins si nécessaires aux enfants malades, et qu'il est impossible de trouver dans un hôpital. Dans la pratique particulière, où les enfants sont entourés d'une surveillance plus active, de précautions plus délicates, les insuccès sont un peu moins fréquents.

L'air, avons-nous dit, arrive dans les poumons trop froid et trop brusquement; n'est-il pas évident que s'il était modifié d'une manière quelconque, et si sa température était élevée, l'enfant se trouverait dans de meilleures conditions? Dans une salle d'hôpital, où règne une température, supportable il est vrai, l'on ne peut arriver à ce résultat. A peine pourrait-on l'espérer si l'on avait, pour les maladies de ce genre, de petites chambres disposées exprès et convenablement chauffées. Dans la ville, on a cet avantage, que l'on entretient toujours la température à un niveau fixe et déterminé, et que l'air respiré par l'enfant est assez échauffé pour ne pas avoir sur la muqueuse pulmonaire une aussi fâcheuse influence.

Une autre cause est celle-ci, des succès que l'on obtient en ville. Indépendamment du séjour dans les hôpitaux, et de la température insuffisante, il est à peu près impossible, malgré nos recommandations instantes, d'obtenir que les boissons soient données tièdes aux malades. Le linge n'est pas chauffé; les pieds ne sont pas toujours entretenus chaudement. Ces soins hygiéniques, que l'on a dans la ville, sont de la plus haute importance. Lorsqu'en ville nous avons pratiqué une opération de ce genre, nous laissons auprès de l'enfant un aide intelligent qui le surveille nuit et jour. Lorsque la canule, ce qui arrive souvent, se remplit de mucosités, le tube diminue de diamètre, et la respiration est interrompue ou devient difficile. Si un aide exercé sait, quand il est nécessaire, vider la canule et la remplacer par une autre, l'enfant n'est point obligé de faire des efforts considérables pour respirer. Or, comme il existe, chez l'enfant, vu les conditions morbides dans lesquelles il se trouve, une prédisposition à la pneumonie, il est du plus grand intérêt d'avoir toujours près de lui une personne habile pour le soigner et changer la canule quand besoin est. Ce n'est, nous le répétons, que par ces soins minutieux et de tous les moments, que l'on peut sauver ces petits opérés.

J'ai vu chez Dupuytren des internes se relayer près d'un malade qui avait subi une grande opération, et chez lequel on redoutait une hémorrhagie; maintenant ces dévouements sont devenus beaucoup plus rares, et je me rappelle qu'ayant pratiqué, il y a quelques années, à l'hôpital, une désarticulation de l'épaule pendant la nuit; ce ne fut qu'avec la plus grande peine que je pus trouver un élève qui eût le dévouement de rester près de l'opéré. Aussi vous avouerai-je que, à l'hôpital, je suis toujours très disposé à faire faire l'opération par l'interne du service, quand il s'agit de trachéotomie dans les cas de croup. Je suis sûr que l'opération sera bien faite; et d'ailleurs elle n'est pas difficile; mais je suis sûr aussi qu'il y aura plus de dévouement de la part de l'élève, qui, on le comprendra facilement, attachera une grande importance à sauver son malade.

L'opération, avons-nous dit, n'est pas, en soi, très difficile à faire. Toute la question se réduit, dans les cas de croup, à celle-ci: y a-t-il véritablement indication, dans le cas actuel, de pratiquer l'opération? A-t-on affaire à un croup véritable ou à ce que l'on a appelé un pseudo-croup? C'est une erreur que l'on fait trop souvent, de confondre ensemble ces deux affections si différentes. Mais dans les cas douteux ou embarrassants encore, on ne risque rien; car l'élève, en pareille circonstance, préférera faire appeler le chef de service, afin de mettre sa responsabilité à couvert.

Pour le manuel opératoire, il est le même quand il s'agit de pratiquer la trachéotomie pour le croup ou pour extraire un corps étranger. Mais, lorsqu'après avoir divisé les tissus qui recouvrent la trachée, on est arrivé sur le tube aérien lui-même, on a quelques précautions à prendre quand il s'agit d'un cas de croup. Une fois la trachée-artère ouverte et les lèvres de la plaie écartées, on se propose d'extraire le corps étranger s'il en existe, et cela ne peut point se faire comme on le fait pour un haricot ou pour un corps accidentellement introduit dans les voies aériennes. Quand il y a peu de fausses membranes, qu'elles sont bornées au larynx, l'enfant respire mieux dès que l'ouverture est pratiquée. Mais quand les fausses membranes occupent la trachée elle-même et les grosses bronches, il sort par l'ouverture des lambeaux de fausses membranes, ou même des tuyaux entiers de ces productions. C'est un des cas les plus fréquents. Mais quelquefois aussi il n'est rien expulsé au dehors.

Quand il n'y a de fausses membranes que dans le larynx, faut-il les extraire? Outre que ce serait souvent fort difficile, on risquerait de fatiguer inutilement le malade, et alors il vaut mieux s'abstenir. Mais si vous craignez que ces fausses membranes n'envoient des prolongements dans la partie inférieure de l'arbre bronchique, il faut introduire avec précaution, par l'ouverture, une petite baleine garnie d'éponge, la pousser de haut en bas, et la ramener ensuite au dehors en balayant les parois de la trachée. On parvient quelquefois, de cette manière, à ramener des fragments de fausses membranes et à débarrasser une partie de la surface interne de la muqueuse bronchique. Mais, disons-le aussi, ce moyen peut avoir des inconvénients. Il peut arriver qu'avec cette éponge on refoule vers la partie inférieure les fausses membranes. On agit, en effet, de la même manière que la baguette du fusil sur la bourre, qu'elle chasse au fond du canon. C'est le mode opératoire que les auteurs ont appelé *l'écouvillonnement*, pour la ressemblance qu'il présente avec la manière de passer l'écouvillon dans l'intérieur du canon. Je commence donc habituellement par introduire dans la trachée une pince à anneaux, légèrement coudée, et dont les mors sont disposés en bec de cane. Je la plonge à plusieurs reprises dans la trachée, en ayant soin de l'ouvrir, et je la retire fermée pour tâcher d'amener au dehors les fausses membranes s'il y en a.

On comprendra, sans qu'il soit besoin d'y insister plus longuement, que cette manœuvre doit être faite avec la plus grande douceur, pour éviter de blesser la membrane muqueuse. Souvent elle réussit, et l'on amène, par ce moyen, des morceaux quelquefois assez étendus de productions pseudo-membraneuses, ayant même conservé presque entière la forme tubuleuse qu'ils avaient dans les bronches.

Après l'introduction de la pince à anneaux et celle de l'éponge, s'il y a lieu, nous nous en tenons là, et regardons le manuel opératoire comme terminé. Nous plaçons la canule; mais encore, pour ce placement, si facile en apparence, il y a certaines précautions à prendre, sur lesquelles nous reviendrons plus longuement lorsque nous aurons à pratiquer devant vous cette opération, ce qui nous arrivera probablement, et peut-être plus d'une fois, avant la fin de notre cours clinique.

Il y a des chirurgiens qui conseillent de ne plus toucher à la muqueuse trachéale, et de ne mettre en contact avec elle aucune substance étrangère. Il y en a d'autres qui ont conseillé de la toucher légèrement avec des solutions de différente nature. Dans ces cas, on passe rapidement sur sa surface interne une petite éponge médiocrement imbibée d'une solution peu concentrée de nitrate d'argent, d'alun, etc. Quand il n'y a pas de fausses membranes, il ne faut pas toucher la muqueuse avec ces solutions. On risquerait de l'irriter en agissant ainsi, et de déterminer un résultat fâcheux, au lieu du bien que l'on cherche à produire, en provoquant sur cette membrane une hypersécrétion muqueuse abondante.

Lorsque l'on a la certitude qu'il existe de fausses membranes, on peut souvent, par une cautérisation légère et superficielle, amener plus promptement une solution favorable de la maladie. On a, dans cette circonstance, de l'avantage à modifier d'une manière particulière la vitalité de la membrane muqueuse; on parvient quelquefois à prévenir ainsi la formation de nouvelles fausses membranes, surtout si les fausses membranes ne sont que dans la trachée et non dans les bronches. C'est dans la crainte que l'on ne soit obligé de recourir à ce moyen que nous sommes d'avis que le chirurgien qui doit opérer un enfant de la trachéotomie pour le croup, ait sous la main, avant de commencer l'opération, une solution préparée à l'avance, de nitrate d'argent dans la proportion suivante :

Pr.	Eau distillée,	30 grammes.
	Nitrate d'argent cristallisé,	20 centigr.

Cette proportion, qui est celle que l'on emploie souvent pour les collyres, nous semble suffisante dans la grande majorité des cas.

Nous réservons notre caustique plus concentré, et formé de parties égales d'eau distillée et de nitrate d'argent, pour les cas où nous voulons arrêter la maladie dans la partie supérieure du tube aérien, dans le larynx. M. Trousseau, qui a fréquemment employé des solutions extrêmement concentrées de nitrate d'argent pour cautériser la muqueuse trachéale, a reconnu depuis qu'il y avait de l'avantage, et souvent nécessité, de revenir aux solutions faibles, telles que celles dont nous avons donné la formule, de préférence aux solutions extrêmement concentrées.

Il faut donc quelquefois, quand le cas l'exige, toucher la surface interne de la membrane muqueuse de la trachée-artère avec les solutions caustiques. La cautérisation s'opère alors avant de mettre la canule en place. Une fois la cautérisation faite, on place la canule, soit à l'aide d'un mandrin, soit en écartant simplement les lèvres de la plaie, et on la fixe solidement à l'aide d'un bandage approprié.

Si nous nous sommes un peu longuement étendu sur l'opération de la trachéotomie, ce n'est pas, nous le répétons, qu'elle soit difficile en elle-même; mais c'est que, outre qu'elle n'est pas extrêmement commune, et qu'il est possible que plusieurs d'entre vous ne l'aient point encore vu pratiquer; il est une foule de petits détails et de précautions minutieuses éminemment nécessaires au succès de l'opération. Quant au traitement de la maladie qui l'a nécessitée, nous n'avons rien à en dire ici. On devra agir suivant les indications; et l'enfant opéré pour l'extraction d'un corps étranger ne devra point, évidemment, être traité comme celui qui serait affecté d'une bronchite pseudo-membraneuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 6 février 1844. — Présidence de M. Belhomme.

Correspondance. — M. le docteur Forget sollicite son admission, et envoie, à l'appui de sa demande, plusieurs opuscules médicaux. (Commissaires : MM. Baraduc, Blatin et Lozes.

— *M. Aubert-Roche* fait hommage à la Société de son Mémoire sur la réforme des quarantaines.

— *M. Blatin* dépose une notice historique sur le docteur Fleury, de la part de l'auteur, M. Nivet, de Clermont, membre correspondant. Il présente ensuite un nouveau scarificateur dont le mécanisme consiste en une série de lames rangées parallèlement sur un seul axe, et recevant leur mouvement d'un ressort en spirale qui est enfermé dans un barillet et fixé à l'une des extrémités de cet axe. Un encliquetage et une touche disposés à l'autre extrémité, servent à armer et à détendre le ressort. La boite porte un couvercle mobile et présentant des

entailles qui donnent passage aux lames, et règlent leur saillie suivant qu'on enfonce plus ou moins le couvercle. Dans l'épaisseur de celui-ci, glisse une pièce à frottement qui ferme à volonté ces entailles. Les inconvénients qu'on reproche aux scarificateurs anciens, dit M. Blatin, sont : 1° d'être très lourds (le plus petit de tous, celui à 8 lames, pèse 141 grammes ; celui à 16 lames en pèse près de 250) ; 2° d'être fort embarrassants, à raison des crochets et des boutons qui font saillie hors de leur boîte ; 3° d'être très sujets à s'altérer, à raison de la combinaison de leurs engrenages et des chocs qui en résultent, 4° d'exiger un grand effort pour les armer ; 5° d'avoir leur boîte ouverte sur plusieurs points, ce qui laisse un libre accès à la poussière et aux ordures, 6° d'être difficiles à nettoyer à cause du croisement, de la forme et de la disposition des lames ; 7° enfin, et c'est leur défaut le plus grave, de ne pouvoir produire que des incisions d'une longueur très bornée (un demi-centimètre au *maximum*, en donnant aux plaies une profondeur inutile. — Le scarificateur à rotation que je vous présente pèse seulement 67 grammes ; il est de deux tiers moins volumineux que les autres ; sa boîte complètement fermée le met à l'abri de la poussière et des ordures ; par la simplicité de son mécanisme, il est peu sujet à s'altérer et à se déranger, il s'arme et exécute ses mouvements sans effort et sans aucun choc ; il se nettoie avec facilité, parce que toutes ses lames sont montées sur le même axe ; enfin, il produit des incisions dont la longueur, qui est, au *minimum*, d'un centimètre, peut être prolongée à volonté, tout en ne donnant à la plaie que la profondeur des scarifications ordinaires. (MM. Baraduc, Félix Legros et Ségalas sont priés d'expérimenter cet instrument et d'en rendre compte.)

— *M. Félix Legros* lit une note ainsi conçue : « La civilisation, ce remède à tous les maux, éloigne chaque jour de nos mœurs, et surtout de nos contrées, les sérails, les eunuques, les ceintures de virginité, la couture des parties sexuelles, l'infibulation et autres coutumes barbares qui, en l'absence de toute éducation morale, maintiennent la femme dans une continence forcée. J'ai pensé que, comme médecins philosophes, vous ne seriez pas indifférents à quelques faits qui prouvent que ces usages n'appartiennent pas exclusivement à l'Orient, leur berceau.

» Un honnête et flegmatique mari, mon client depuis vingt ans, vint, ces jours derniers, me prier de lui rendre un service par trop en dehors de nos habitudes pour ne pas vous intéresser. Soupçonnant sa femme d'infidélité, il avait obtenu, par des moyens qui ne sont pas de notre ressort, l'aveu de sa faute. Après des scènes dont le drame moderne serait en droit de revendiquer l'énergie, on avait décidé que le pardon du passé ne serait accordé qu'en assurant l'avenir contre toute possibilité de récidive. L'épouse repentante avait consenti à tout, et, d'un commun accord, j'étais choisi pour être l'exécuteur des *basses* œuvres, car il ne s'agissait de rien moins que de fermer le coupable sanctuaire, et de mettre un cadenas à la porte. Vous devinez mon refus. Je crus devoir en outre chercher à faire comprendre au mari l'immoralité de l'action, son insuffisance, les moyens d'éluder ou de tourner les difficultés dans une *entente cordiale*, l'impossibilité de boucler les organes supplémentaires, de les deviner même, chez une femme désormais sans responsabilité de honte, et devenue par cela même assez paradoxale peut-être pour croire, avec le jésuite Fulintius, que le mari n'a de puissance que sur l'organe conjugal, et qu'il a beaucoup moins à se plaindre lorsque sa femme s'abandonne à un étranger d'une manière contraire à la nature, que quand elle commet simplement avec lui un adultère, parce que, dit ce profond logicien, de la première manière on ne touche pas au vase légitime sur lequel l'époux seul a des droits exclusifs.

» Dans nos climats, l'Italie a été la terre classique de l'infibulation. Misson, dans son Voyage d'Italie, rapporte que l'on a conservé longtemps à Venise, dans le palais Saint-Marc, un coffre rempli de ceintures et de cadenas de chasteté, qui avaient servi de pièces de conviction dans un procès intenté à François de Caraca, juge (viguier) impérial de Padoue, convaincu d'avoir employé, entre autres, ces cruels moyens contre ses nombreuses maîtresses et, pour cela, pendu en 1405, par arrêt du sénat de Venise.

» Notre très honoré confrère Rabelais parle de ces ceintures qu'il nomme *à la bergamasque*, sans doute à cause de leur origine italienne. « Le diantre m'emporte, dit il dans son Pantagruel, si je ne » boucle ma femme à la bergamasque quand je partirai hors de mon » sérail ! » — Le Duchat dit que cette honteuse et souvent inutile invention pensa s'introduire en France sous le règne d'Henri II, apportée par des Italiens. On trouve, en effet, dans Brantôme, qu'un marchand italien, vers cette époque, étala de ces ceintures de fer à la foire de Saint Germain, mais que, menacé d'être jeté dans la Seine, il cacha sa marchandise et prit la fuite. Les curieux rechercheront le plaidoyer de Freydier, avocat de Nîmes, contre l'introduction des cadenas ou ceintures de chasteté, qui prouve que cette coutume existait encore de son temps (1750)

» Aujourd'hui, l'infibulation n'est plus employée chez nous que dans l'art vétérinaire, mais on la retrouve encore chez certains peuples qui unissent à des passions brûlantes une jalousie effrénée ; c'est souvent le poignard à la main que le mari y déflore sa jeune épouse cousue dès l'enfance. Ainsi vous le diront les savants orientalistes que possède cette société. Mais, en Europe, les traces de ces coutumes ne se rencontrent plus que dans de très rares occasions.

» Voltaire, à l'âge de vingt ans, avait connu une dame contre laquelle son mari avait pris cette étrange précaution. Le jeune poète rappelle sa mésaventure dans un conte intitulé : *le Cadenas*. On y trouve ces vers :

> C'est votre époux ! geôlier sexagénaire,
> Il a fermé le libre sanctuaire
> De vos appas et, trompant nos désirs,
> Il tient la clef du séjour des plaisirs.

» En 1825, j'avais dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, une vieille femme dont la partie moyenne de chaque grande lèvre présentait une petite ouverture ayant évidemment servi autrefois à maintenir un anneau. Cette femme, par parenthèse, sans doute pour se dédommager de son ancienne clôture, avait la singulière habitude de dormir les dix doigts logés dans la vulve. On a pu voir à la Maison royale de Santé, à peu près à la même époque, une négresse qui offrait quelque chose de semblable. Tranquille Louette, âgée de quarante-huit ans, originaire de la peuplade des Hibots, en Guinée, fut achetée, à l'âge de vingt-cinq ans, par un négociant de l'île Saint Thomas, à un autre propriétaire qui la possédait depuis cinq ans. Elle vint en France, et mourut à la Maison de Santé des suites d'une pneumonie. Outre les causes de la mort, on trouva à l'autopsie les particularités suivantes : A l'endroit où devait exister la vulve, on rencontrait sous un poil lanugineux, un raphé d'une longueur de deux pouces, se terminant inférieurement par un petit pertuis capable d'admettre à peine le tuyau d'une plume. Cet orifice, situé à un pouce en avant de l'anus, communiquait dans l'intérieur des parties génitales conformées comme de coutume. La cloison qui fermait l'ouverture des voies de la génération avait trois lignes d'épaisseur, et parut aux professeurs Béclard, Dubois et Dumeril, en tenant compte de l'origine africaine de cette femme, être le produit d'une adhérence artificielle.

» D'autres sentiments que ceux que nous venons de voir, ont donné lieu quelquefois à l'infibulation. Ainsi Grégoire de Tours nous rapporte qu'un certain Eulalius, comte d'Auvergne, après divers crimes, enleva une jeune religieuse du couvent de Lyon, mais que ses concubines, jalouses d'elle, la *bouclèrent* (oppilaverunt). En 1833, une cause à peu près analogue fut sur le point de nous mettre en guerre avec la Colombie. Un colonel anglais, nommé Woodbine, habitant les environs de Carthagène, avait pour épouse une mulâtresse, qui avait enjoint à la négresse chargée de nourrir l'un de ses enfants, de cesser tout rapport sexuel avec les hommes. Malgré cet ordre, elle fut prise en flagrant délit de contravention par sa maîtresse, qui, après l'avoir fait attacher, lui frictionna vigoureusement les parties génitales avec des poivres rouges. La nourrice succomba de nouveau, et de nouveau éprouva de la part de son implacable maîtresse le même traitement. Mais cette fois survinrent des accidents tellement graves, que les nègres indignés se révoltèrent et assassinèrent toute la famille du colonel anglais. C'est à la suite du tumulte occasionné par cet événement, que notre consul (le frère de notre grand orateur, Odilon Barrot), fut incarcéré, et que notre gouvernement dut exiger une éclatante réparation : *Cunnus causa teterrima belli !*

» Je voudrais ne pas être obligé de dire que l'infibulation, en se dissimulant sous le nom d'*épisioraphie*, a fait de cruelles et vaines tentatives d'introduction dans l'art opératoire, et que l'on a essayé sérieusement, de nos jours, de clore la vulve pour guérir les chutes de l'utérus. On a été, dans ce but, jusqu'à éteindre dans le canal utérin de pauvres femmes, un fer rouge, comme jadis on avait fait, dans un sens inverse, à Edouard II, roi d'Angleterre, soupçonné de s'être prêté aux fantaisies de son favori Spencer, auquel on arracha, par l'ordre et en présence de la reine outragée, des parties que Froissard nomme en termes qui ne sont plus dans nos mœurs.

» Chose curieuse ! Ce n'est pas toujours le sexe le plus faible qui a été victime de l'infibulation. On a vu de tout temps des hommes porter cette marque honteuse de servilité. Celse a pris soin de nous indiquer comment se pratiquait cette opération chez l'homme. Dans l'Inde, encore aujourd'hui, on rencontre des bonzes, des fakirs, le prépuce chargé d'un énorme anneau, que vont saintement baiser les dévotes de l'endroit. Martial nous rapporte, qu'à Rome, pour certains motifs faciles à deviner, il fallait réinfibuler les jeunes gens (*et cujus refibulavit turgidum faber penem*). Je l'ai déjà dit ici, c'est pour une cause de cette nature que Dupuytren amputa la verge cancéreuse d'un gentilhomme, qu'une jalouse italienne avait garnie d'un cadenas d'or. »

Cette lecture amène les communications suivantes.

M. Aubert-Roche assure que la disposition observée sur la négresse morte à la Maison de santé est très commune en Orient. Il a vu beaucoup de jeunes filles arrivant de Nubie avec les parties génitales ainsi fermées. Pour obtenir ce résultat, on excise les petites lèvres, et on maintient les cuisses rapprochées jusqu'à ce que l'adhérence se soit établie.

M. Moreau (de Tours) témoigne du même fait, et ajoute qu'on pratique cette opération sur les esclaves afin de les conserver vierges aux acheteurs.

M. Deleau a connu, en France, une jeune fille qui voulut ainsi se coudre elle-même ; mais une violente inflammation fut la conséquence de cette tentative

M. Géry. Voici un exemple d'adhérence naturelle observé par Dupuytren. Ce chirurgien, consulté par un mari qui ne pouvait établir de rapports avec sa femme, reconnut avec surprise, dans cette dernière, une personne qu'il avait accouchée quelques années auparavant. L'examen des parties lui donna bientôt l'explication du fait : il s'était opéré pendant l'accouchement une déchirure du vagin qui avait donné lieu, soit à une inflammation adhésive entre les parois de ce conduit, soit à des cicatrices vicieuses, et il en était résulté des brides, des cloisons qui s'opposaient à l'introduction d'un corps étranger. Dupuytren détruisit ces adhérences, rétablit la continuité du conduit vaginal, et les rapports conjugaux purent ensuite s'effectuer.

M. Bonnassies a observé un cas d'oblitération du vagin consécutive à l'application du forceps. Malgré une semblable disposition, la femme qui la présentait ayant permis à son mari une éjaculation sur les parties génitales externes, devint enceinte de nouveau. Le vagin fut dilaté à l'aide de l'éponge préparée, et il survint une fausse couche.

M. Ségalas. J'ai eu occasion de voir plusieurs exemples d'oblitération du vagin, dont un entr'autres à la suite d'un accouchement laborieux. Il en était résulté une rétention des règles. Je songeai à frayer un passage au flux menstruel ; mais ne voulant rien tenter sans prendre l'avis d'autres praticiens, je conduisis la malade à l'Académie de médecine. Les chirurgiens qui l'examinèrent se prononcèrent contre toute opération. En conséquence, je crus devoir m'abstenir. Depuis, j'ai rencontré plusieurs rétrécissements du vagin consécutifs à des accouchements laborieux ; et dans ce moment même, je donne des soins à une femme pour une affection de ce genre, qui, depuis trois ans, rendait impossible tout rapport avec son mari. Après avoir employé sans succès différents moyens de dilatation, j'ai eu recours à l'ivoire ramolli, c'est-à-dire, dépouillé des sels calcaires. J'ai fait préparer avec cette substance des espèces de cylindres creux de différentes grosseurs, fermés et arrondis à l'une de leurs extrémités, ouverts à l'extrémité opposée, laquelle est munie d'un rebord, afin de manier plus facilement l'instrument. J'introduis ces sortes de bougies comme un spéculum. L'humidité du vagin fait bientôt gonfler l'ivoire ; résultat que je favorise encore en plaçant dans l'intérieur du cylindre une éponge mouillée, et en faisant plonger la malade dans un bain de siége. J'obtiens ainsi un moyen de dilatation très efficace et qui ne fatigue pas comme l'éponge préparée. Chez la malade dont je vous parle, le vagin qui, dans le principe, admettait à peine une sonde de femme ordinaire, reçoit facilement aujourd'hui des bougies du plus fort calibre.

M. Blatin confirme ce que vient de dire M. Ségalas des inconvénients de l'éponge préparée. Il connaît une jeune femme chez laquelle une fausse couche avait donné lieu à une perte contre laquelle on employa un tampon fait avec l'éponge préparée trempée dans du vinaigre. Il en résulta de très graves accidents, notamment une inflammation adhésive du vagin et par suite son oblitération.

M. Lozes, au contraire, a vu une femme guérie d'une oblitération du vagin à l'aide de l'éponge préparée, sans avoir aucunement souffert de l'emploi de ce moyen.

M. Baraduc. J'ai donné des soins à une femme qui avait été cautérisée tous les deux jours avec le nitrate acide de mercure pour une affection du col utérin, et chez laquelle l'adhérence des parois vaginales avait été la conséquence de cette pratique. L'oblitération était telle qu'il ne restait plus qu'un léger pertuis, laissant pénétrer à peine un mince tuyau de plume. Je cherchai à obtenir la dilatation, et j'employai dans ce but d'abord des mèches de grosseur progressive, puis l'éponge préparée, sans qu'il en résultât aucun accident. Je fis cicatriser les plaies isolément et j'arrivai à une guérison complète.

— *M. Lozes* raconte l'histoire d'un enfant qui, venu au monde dans un état complet d'asphyxie et réputé mort, fut inopinément ressuscité par l'immersion fortuite dans un bocal d'eau froide.

M. Ségalas rapporte qu'avec M. le docteur Pagneguy, il fit cesser une syncope grave dont une dame avait été frappée à l'occasion d'une fracture de la clavicule, en appliquant de l'eau bouillante aux jambes. Cette dame, qu'on croyait morte, se réveilla tout à coup sous l'influence de ce moyen.

M. Blatin cite un fait qui prouve que les nouveau-nés peuvent rester asphyxiés pendant un temps très long, et cependant revenir à la vie. Il s'était en vain efforcé de ranimer un enfant qui était dans cet état depuis trois quarts d'heure, lorsqu'il se détermina à pratiquer l'insufflation dans la bouche, en même temps qu'il imprimait à la poitrine un mouvement de soufflet ; alors enfin la respiration parvint à s'établir.

M. Deleau a observé le même fait chez un enfant qu'il avait extrait par l'opération césarienne.

M. Lozes a amené un jour par la version un enfant mort et qu'il laissa pour tel pendant cinq heures. Cependant cet enfant a vécu.

M. Géry a été souvent témoin, à la campagne, de faits analogues. Une fois, entre autres, il reçut un enfant dans un état complet d'asphyxie. Après trois quarts d'heure de vaines tentatives pour le ranimer, il se décida à appliquer sur la région du cœur du vinaigre chaud, tout en pressant méthodiquement la poitrine, et la vie commença enfin à se manifester.

Le secrétaire-général, EDOUARD LOUIS.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 46. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Discours d'ouverture. — De l'utilité du diagnostic en médecine, et des moyens d'y arriver.

Il doit vous sembler bien extraordinaire, dans l'état actuel de la science et au point où sont parvenues les connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques, que nous ayons cru devoir essayer de vous démontrer l'utilité du diagnostic. Vous serez bien plus étonnés lorsque vous saurez que ce sont les objections que j'entends élever chaque jour contre l'utilité et la nécessité du diagnostic, qui m'ont décidé à traiter ce sujet devant vous, et à en faire le texte du discours d'ouverture de mon cours de clinique de cette année. Il y a vingt ans ou quelque peu plus, on dispensait en quelque sorte les médecins du diagnostic. On disait, d'après la doctrine d'un maître célèbre : Toutes les maladies peuvent se résumer en une seule, l'*irritation*, et bien que tous les organes puissent, à un degré variable il est vrai, contracter cette irritation et en ressentir les effets, la véritable irritation, l'irritation par excellence, celle qui se présente le plus communément, c'est celle qui a son siége dans l'estomac. Il est donc inutile, ajoutait-on d'après le maître, et peut-être en exagérant un peu ses doctrines, il est donc inutile de porter un diagnostic, puisque c'est à la gastrite que l'on a affaire dans l'immense majorité des cas.

J'ai fait de la réfutation de ces idées une des premières propositions de la médecine organique, et j'ai regretté que l'école dont je vous parle ici, et dont il m'est permis de vous parler sans aucune acception de personne, puisqu'elle appartient à l'histoire de la médecine, ait cru pouvoir, en ramenant toutes les maladies à une seule espèce de maladie attaquant un seul organe, chercher à diminuer l'importance du diagnostic et en nier pour ainsi dire l'absolue nécessité. Croiriez-vous, pour ne plus parler de l'école physiologique, que Laënnec, cet observateur distingué, l'un des plus ardents promoteurs et l'un des fondateurs de l'école moderne, que Laënnec, l'inventeur de l'auscultation, niait souvent l'utilité du diagnostic, et qu'un jour je lui ai entendu dire, s'adressant à moi-même : « Le diagnostic était le résultat d'une opération de » l'esprit, est sujet à erreur; conséquemment c'est une mau- » vaise base sur laquelle on ne doit point s'appuyer; il faut » le pronostic. » Ce n'était point là une objection sérieuse, et je ne m'arrêterai point à la combattre. En voici d'autres qui nous sont faites tous les jours.

Un chirurgien distingué de la Faculté me disait, il y a quelques jours à peine : « Est-ce qu'il y a du diagnostic en mé- » decine? Ce n'est qu'en chirurgie que le diagnostic est utile. » Mais en médecine, à quoi sert-il? Les phénomènes géné- » raux ne suffisent-ils pas toujours pour établir le traite- » ment? Vous pouvez, d'après ces phénomènes généraux, » d'après l'état du pouls, de la chaleur, etc., constater d'une » manière positive l'existence d'une inflammation; mais que » cette inflammation ait envahi la plèvre, le poumon, le cœur » ou tout autre appareil de l'économie, que vous importe? » vous avez une inflammation à combattre; le traitement est » tout indiqué. Vous devez saigner; le diagnostic local ne » vous servira à rien, ne vous fournira pas une indication de » plus. »

Il y a bien, il faut en convenir, quelque chose de vrai là-dedans, et vous nous verrez insister tout à l'heure sur l'utilité de l'examen des phénomènes généraux; mais il s'en faut bien que toute la médecine soit dans l'observation des phénomènes généraux, et qu'ils puissent suffire pour guider le praticien dans le choix de la médication à mettre en usage. En voulez-vous un exemple? Je suppose que vous soyez appelé près d'un sujet qui vous présente un certain degré de fréquence du pouls, dont la peau est chaude, la respiration difficile et fréquente, et même, ajoutons-y un phénomène local, qu'il se plaigne à vous d'une vive douleur dans le côté. Croyez-vous qu'il y en ait assez là pour décider si c'est à une pleuro-pneumonie ou à une simple pleurodynie que vous avez affaire? Et dans le doute, pensez-vous que vous deviez faire usage des mêmes moyens thérapeutiques contre une inflammation du parenchyme pulmonaire et de la plèvre, ou contre une simple affection névralgique et rhumatismale des parois de la poitrine?

Voulez-vous un autre exemple? Un sujet vous est présenté chez lequel la face est profondément altérée, le pouls petit, fréquent, la peau froide, qui se trouve dans un état de faiblesse et de prostration très grandes. Irez-vous, d'après ces phénomènes généraux si opposés à ceux que nous vous avons décrits il n'y a qu'un instant, vous abstenir des saignées, et donner à votre malade des toniques et des fortifiants, vous fondant sur ce principe qu'il faut ranimer les forces avant tout? Votre malade succombera bientôt. Si vous le saignez, au contraire, et les faits de ce genre ne vous manqueront pas; vous verrez le pouls reprendre de la force, de l'ampleur, du développement, la chaleur reparaître. Toutes les fonctions se développeront au-delà de leur type normal, et ce seront les saignées à l'aide desquelles vous aurez combattu une phlegmasie intense et avancée du parenchyme pulmonaire qui auront amené ce résultat. La concentration des forces à laquelle étaient dus ces phénomènes de faiblesse et presque d'adynamie, n'arrive guère que chez des sujets jeunes et vigoureux en proie à une violente et profonde inflammation. Il n'est donc pas raisonnable de prétendre que les phénomènes généraux, dont l'importance est énorme, suffiront toujours et dans tous les cas, pour baser d'une manière certaine la thérapeutique des affections internes. Ceci est, nous pouvons le dire sans crainte de faire une épigramme, ceci est une illusion chirurgicale.

Une autre objection nous est souvent faite, qui résume assez exactement la manière dont les anciens ont fait la médecine jusqu'à Morgagni. Les symptômes seuls, nous dit-on, suffisent pour pouvoir traiter une maladie. Il n'est pas besoin d'autres données que celles fournies par les symptômes. Je ne parle plus ici des symptômes généraux exclusivement; c'est une nuance plus large que j'examine; et l'on ajoute : les symptômes suffisent pour faire de la médecine raisonnable; notez bien que je ne dis pas de la médecine rationnelle. C'est là une erreur fondamentale contre laquelle je me suis élevé, que je n'ai cessé de combattre depuis les longues années que je me livre à l'enseignement. Tous mes efforts ont été dirigés et se dirigeront toujours contre cette manière de voir et de procéder. Encore un exemple, car c'est par les exemples que nous arriverons à la plus sûre démonstration des principes que nous cherchons à vous enseigner : Si les symptômes sont différents les uns des autres, dit-on, qui vous empêche d'accoler à une certaine série de symptômes un traitement qui les dissipera? Faites, me dira-t-on, la médecine des symptômes.

Ceci nous conduit à la plus pitoyable des médecines. C'est cette manière de voir qui a fait créer autrefois les remèdes spécifiques contre tous les symptômes. Pour les médecins imbus de ces idées et défenseurs de ces doctrines, les symptômes étaient des maladies, et en vertu de cette opinion, c'était aux symptômes qu'il fallait s'attacher. On avait une infiltration à traiter; peu importait quelle fut la cause de cette infiltration. Que ce fut une maladie du cœur ou du poumon, un obstacle à la circulation veineuse, une maladie des reins, un état de chlorose ou d'anémie, etc., on avait une infiltration comme symptôme; on administrait des hydragogues et des diurétiques. Avait-on affaire à une suppression des règles, on ne s'inquiétait guère de reconnaître si c'était une métrite, ou un état chlorotique, ou telle autre cause qui déterminait cette suppression. Mais on administrait les emménagogues, et vous comprenez de quels dangers pourrait souvent être accompagnée une pratique aussi peu rationnelle. Etait-ce une paralysie que l'on devait chercher à guérir? Pour ces médecins, la

FEUILLETON.

ESSAI SUR L'IVRESSE.

(*Ebrietas*, Cels. et Cic. *Temulentia*, Cic. et Plin.)

(Suite et fin du n° 43.)

Le second degré de l'ivresse est caractérisé par une agitation turbulente, des discours insensés, une joie extravagante, des éclats de rire immodérés, des chants obscènes, des actions souvent brutales et toujours répréhensibles. Privé de sa raison qui s'obscurcit de plus en plus, le buveur ne sait bientôt plus ce qu'il dit, il oublie, divague, et se répète sans fin. Sa soif devient dévorante : tout en trinquant, le tintement gagne ses oreilles, il n'entend plus les autres et ne s'entend plus lui-même; il pleure, il crie, il vocifère, il chante faux, devient querelleur, insolent, téméraire. De plus en plus le sang lui monte à la tête; il a la face bouffie et comme enflammée, le nez rouge et brûlant; ses yeux se dirigent sur des points différents, et voient trouble et double; ses oreilles tintent plus fort, et il lui semble que Polyphème :

« . . . . *in cerebro*
» *Cum suis cyclopibus malleat.* »

Sa bouche béante fait la grimace; sa langue s'embarrasse, devient épaisse, gluante et visqueuse; la lèvre inférieure est pendante, couverte de bave, et dans quelque cas de véritable écume, comme dans l'épilepsie; la respiration est entrecoupée; le pouls est plein et développé; les veines des tempes et du cou sont saillantes, et quelquefois énormément distendues; les vertiges et le délire augmentent; tous les objets semblent tourner; la station est devenue incertaine et vacillante; les pieds se heurtent et s'entrecroisent en marchant; les chutes sont imminentes, mais peu dangereuses à raison de l'état de relâchement et d'engourdissement dans lequel se trouve l'homme ivre, et qui lui permet de tomber sans trop se blesser. Mais ce n'est pas tout; car nous n'avons rien dit de la violente céphalalgie, des rapports aigres, des envies presque continuelles de vomir, des incontinences d'urine et des déjections alvines également involontaires qui ne manquent guère de se déclarer et qui ne cessent, ou du moins ne commencent à diminuer que lorsque d'abondantes régurgitations de matières aigres sont venues débarrasser l'estomac et dégager un peu la tête, de manière à rendre possible le long et profond sommeil qui, d'ordinaire, termine cette pénible et honteuse scène. La prodigieuse transpiration qui a coutume de survenir durant ce sommeil, pendant lequel on dit vulgairement *l'ivrogne cuve son vin*, concourt puissamment, avec la dissipation des fumées du vin, à rétablir, dans leur état normal, les fonctions qui avaient été si violemment troublées.

Mais les accidents de l'ivresse ne s'arrêtent pas toujours aux seuls phénomènes que nous venons de décrire; ils sont quelquefois suivis d'un véritable état apoplectique qui lui-même peut se terminer par la mort. Cette funeste fin est communément le résultat d'une sorte de paralysie générale déterminée par la cessation complète de l'innervation. Nous en avons vu un exemple chez un homme de trente à trente-cinq ans, petit, rachitique, avec une tête volumineuse, qui, il y a une douzaine d'années, distribuait, dans le parterre des théâtres, le programme du spectacle. Un jour qu'il s'était enivré de grand matin, il rentra chez lui, se coucha et s'endormit profondément. Deux heures après, quelqu'un étant entré dans sa chambre pour voir s'il n'avait besoin de rien, le trouva roide mort et déjà refroidi. Il avait bu du vin et de l'eau-de-vie, mais plus de ce dernier liquide que du premier; il est bien rare, en effet, que le vin seul donne lieu à un aussi déplorable événement.

Tout le monde connaît l'observation curieuse due à Henricus-ab-Heerz : Un homme était plongé depuis quatre jours dans un sommeil en quelque sorte léthargique : on crut qu'une compression du cerveau, occasionnée par un épanchement à la suite d'une fracture, pouvait fort bien être la cause de ce profond assoupissement. Déjà on se disposait à faire l'application du trépan, lorsque Henricus-ab-Heerz, en examinant cet homme, s'avisa de lui arracher quelques poils de sa moustache. L'ivrogne s'étant tout à coup réveillé, menaça de frapper le médecin s'il osait encore toucher à sa barbe.

L'apoplexie ou plutôt le coma profond qui est l'effet de l'ivresse poussée aux dernières limites, est, toutes choses égales d'ailleurs, un accident moins redoutable que celui qui dépend de toute autre cause. On ne conseille généralement pas de tirer du sang dans cette circonstance, à moins que ce soit par l'application des sangsues, encore ne faudrait-il pas en apposer un grand nombre, dans la crainte de jeter le cerveau et tout le système, et par conséquent l'innervation dans un trop grand état de collapsus; c'est pourquoi l'on pense que la saignée avec la lancette pourrait avoir de très graves inconvénients et quelquefois même devenir mortelle. On s'en abstient donc le plus souvent, à moins que l'indication ne soit très précise, comme, par exemple, quand le pouls est très fort, très-dur, la face vultueuse, la chaleur du corps élevée, etc., et que l'on a affaire à un jeune et vigoureux sujet, d'un tempérament sanguin bien développé, replet et le cou court, et qui, par suite de sa débauche, aura pu faire une ou plusieurs chutes graves; autrement on préfère avoir recours aux agents vomitifs, et solliciter des évacuations si déjà elles n'ont eu lieu spontanément. On administre ensuite de légères limonades, en même temps que l'on fait pratiquer sur tout le corps des lotions avec de l'eau vinaigrée. Plus tard on passe à l'emploi des potions transincitantes, si l'estomac, toutefois, n'est pas trop irrité. Enfin on a recours aux sinapismes et aux vésicatoires sur les extrémités inférieures, si l'assoupissement continue nonobstant les moyens mis en usage.

Les variétés qu'apportent les diverses sortes de liqueurs fermentées dans le caractère de l'ivresse, ne modifient que fort peu la méthode de traitement à leur opposer. Produite par la bière, le cidre, le poiré, etc., l'ivresse ne se manifeste guère sans une indigestion concomitante; le malade est pâle, blême, œdématié, il faut se hâter de le faire vomir, après quoi on lui fait administrer une boisson aromatique; et c'est dans ces circonstances qu'on peut le plus utilement recommander la médication transincitante dite cordiale. L'ivresse, déterminée par le vin, est celle qui laisse après elle le moins de fatigue et d'abattement; le plus souvent on la voit se dissiper d'elle-même et sans l'intervention d'aucun des secours de l'art. Mais la plus grave de toutes est, sans contredit, celle qui est due à l'emploi des alcooliques et des liqueurs, dont l'eau-de-vie est la base. C'est dans cette variété d'ivresse que l'on observe surtout cet état de fureur maniaque, accompagné de violents mouvements convulsifs, dont plusieurs auteurs et feu le professeur Percy en particulier, ont fait une espèce distincte sous le nom d'*ivresse convulsive*.

On a beaucoup cherché, et beaucoup de gens cherchent encore à découvrir des moyens certains de prévenir les effets fâcheux de l'ivresse, afin de pouvoir s'abandonner avec confiance à leur honteux penchant. On a beaucoup vanté pour cet usage, sur la foi de Plutarque, l'emploi des amandes amères, dont l'action est tout à fait impuissante à remédier à cet état, comme l'expérience, mille fois répétée, l'a mille fois démontré. Le sel marin, l'huile d'olives, le chou, l'ail, et une multitude d'autres substances ont été, en différents temps, tour à tour préconisées dans ce but, mais tout aussi infructueusement que le moyen indiqué par le philosophe grec. Mais en est-il pareillement des préparations ammoniacales et de l'urine, devant l'ingurgitation de laquelle de sales ivrognes n'ont pas même reculé? Si, en effet, ce liquide excrémentitiel jouit de quelques propriétés désenivrantes, ce ne peut être que par son principe ammoniacal, comme nous le verrons tout à l'heure. Quoi qu'il en soit, voici un fait curieux dont Bulliard dit avoir été témoin :

« Deux hommes font connaissance à la porte d'un marchand de vin, dont le jardin donnait sur une de mes fenêtres, et s'offrent respectivement à se régaler. Ils se mettent à boire dans un coin du jardin, et là se vident maintes et maintes bouteilles; tout à coup j'en vois un des deux sortir dans une petite cour à côté, uriner dans la forme de son chapeau, et boire son urine; l'autre, pendant ce temps-là, tire une

paralysie était une. Ils ne reconnaissaient point à ce symptôme différentes causes ; ils ne voyaient dans la paralysie que l'abolition de la contractilité. Or, ils croyaient pouvoir rétablir cette contractilité par des irritants, par la vésication, l'urtication, la cautérisation, etc. C'était ainsi qu'ils voulaient ranimer les propriétés vitales engourdies. Le traitement qu'ils employaient était la conséquence inévitable, immédiate de leur manière de voir.

Sous le rapport de la thérapeutique, le diagnostic local a fait faire à la science un progrès immense. L'anatomie pathologique a prouvé que la même paralysie pouvait dépendre de bien des causes différentes; qu'elle pouvait dépendre également d'une simple congestion cérébrale, d'une hémorrhagie, d'un ramollissement du cerveau, d'une inflammation des méninges, d'une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse, osseuse ou fongueuse. Une fois ce fait reconnu, et il a été surabondamment prouvé, pouvait-on encore penser à faire la médecine des symptômes? Evidemment non. Il fallait combattre la maladie qui produisait la paralysie, dont la paralysie n'était que le symptôme. Voilà la différence qui existe, et vous voyez qu'elle est grande, entre la médecine des symptômes et la médecine du diagnostic.

Mais, nous dit-on encore, les maladies que vous guérissez le mieux, le plus sûrement et le plus vite, ce sont justement celles dont vous ne connaissez ni le siége, ni la nature. Et l'on nous cite les fièvres intermittentes, que guérit admirablement le sulfate de quinine; la syphilis, qui a pour remède spécifique le mercure; la vaccine, à l'aide de laquelle on préserve les sujets de la variole. L'objection est assez spécieuse; et remarquez que je l'admets dans toute son étendue, dans toute sa franchise. Mais quand on pense au cadre immense dans lequel on a peine à renfermer les nombreuses maladies qui frappent l'espèce humaine, et que l'on compare ce nombre à la petite quantité des affections qui ont ainsi leur remède spécifique, n'est-il pas permis de se demander si l'on doit tenir compte sérieusement de trois ou quatre faits que l'on oppose à des milliers de faits contraires? Faites vous-même le parallèle, et dites-moi si, parce que l'on guérit à coup sûr à l'aide de remèdes spécifiques et en se guidant seulement sur les symptômes, trois maladies dont on ne connaît ni le siége ni la nature, on doit pour cela seulement, nier l'utilité du diagnostic ?

Une fois prouvés, l'utilité et la nécessité du diagnostic, par quels moyens arrive-t-on à l'établir ? Et d'abord, qu'entend-on par diagnostic ? On peut le définir: la connaissance de l'affection, de l'altération qui existe dans l'économie. Mais pour nous, c'est une altération locale organique, pour nous qui avons donné le nom d'organisme au système en vertu duquel nous nous dirigeons dans l'exercice de la médecine. Cependant, je dois vous dire que je ne regarde pas les lésions locales organiques comme donnant le dernier mot de tout ce que nous sommes appelés chaque jour à observer. Seulement, c'est la chose importante. Nous distinguons un diagnostic local, c'est-à-dire, le siége, la nature, l'étendue de la lésion locale ; mais ce n'est point là tout, il y a plus que cela. Indépendamment de la cause qui a produit cette altération, il y a d'autres circonstances qui compliquent ce diagnostic ; c'est l'appréciation de l'état d'un malade, et des conditions dans lesquelles il se trouve. Il faut tenir compte de l'âge, de la profession, des habitudes, de toutes ces choses que dans un de ses aphorismes, Hippocrate a désignées sous le nom de τὰ ἔξωθεν. Ce sont tous ces éléments qui, bien appréciés, constituent le diagnostic dans toute son extension. Personne ne pourra nier, je pense, d'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, que ce ne soient là les bases d'un diagnostic bien posé.

Quelles sont les voies par lesquelles on arrive à établir convenablement, et à préciser un diagnostic? Je dois vous supposer à tous qui venez assister à ces leçons, les connaissances préliminaires indispensables pour les comprendre. Vous savez ce que c'est qu'un symptôme ; vous savez également ce que c'est que la santé et la maladie, bien que ce dernier point soit plus compliqué. D'après M. Chomel, la santé est l'exercice normal de toutes les fonctions relativement à l'individu. C'est aussi la définition que nous adopterons, et qui nous semble plus juste, plus simple et beaucoup moins prétentieuse que ces définitions : la santé est l'équilibre des forces, etc.

Nous entendons par phénomènes toute espèce de changements qui arrivent dans l'état d'un sujet, soit en santé, soit en maladie. La différence du phénomène et du symptôme sera celle-ci : que le symptôme est un changement qui n'arrive jamais chez un individu que dans l'état de maladie ; tandis que le phénomène peut survenir également, comme nous venons de le dire, dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Le symptôme suit la maladie comme l'ombre suit le corps. Et ceci me rappelle une comparaison fort juste que l'on a faite du médecin combattant les symptômes, avec un chasseur qui, au lieu de tirer sur le gibier, se contenterait de tirer sur l'ombre. En faisant la médecine des symptômes, vous tirez sur l'ombre, et il vous est impossible de rien atteindre.

Tout le monde voit le symptôme, il n'est pas besoin d'être médecin pour cela. Mais seul, le médecin verra ce que veut dire, ce qu'annonce le symptôme. Alors le symptôme devient un signe. Il faut une opération de l'esprit pour convertir le symptôme en signe, et, pour faire cette opération, il est nécessaire d'avoir des connaissances préalables tirées de l'étude d'une foule de sciences, de l'anatomie, de la physiologie, etc. Ainsi donc, le symptôme est un changement morbide survenu dans l'état normal d'un individu, et lorsque, par une opération intellectuelle, le médecin en a tiré les inductions qui le conduisent à la connaissance d'une lésion quelconque d'un organe ou d'un appareil d'organes, il prend le nom de signe.

(La suite à un prochain numéro.)

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Tessier.

Goutte régulière périodique devenue habituelle. Cécité et autres affections diverses. Réflexions sur les maladies goutteuses.

Madame Moreau, âgée de soixante-quatre ans, est entrée comme aveugle à la Salpêtrière le 17 février 1837, et à l'infirmerie de cet hospice, salle Saint-Vincent, le 6 janvier 1844.

A l'âge de quarante-six ans, elle eut une première attaque de goutte régulière. Cette attaque se manifesta au mois de juin, au milieu de la nuit, par de vives douleurs à la dernière articulation du doigt médius de la main droite. Le lendemain, cette articulation était le siége d'un gonflement avec rougeur, douleur, chaleur et légère fluxion dans la phalangette. Après des alternatives de rougeur et de douleurs lancinantes très aiguës durant huit jours environ, la tuméfaction et la fluxion persistèrent sur cette partie; elles existent encore aujourd'hui sans rougeur, mais quelquefois avec de légers élancements. Un mouvement fébrile peu intense, de l'anorexie, de la céphalalgie, avaient précédé de quelques jours cette affection. A dater de cette époque, de nouvelles attaques survinrent à des intervalles rapprochés, et bientôt ils se confondirent tellement que la malade semble, depuis plusieurs années, en proie à une seule et même attaque.

Avant d'aller plus loin, il est utile d'entrer dans quelques détails antérieurs à la manifestation de la maladie.

Le père de notre malade est mort à l'âge de quatre-vingt-huit ans, sans avoir jamais été malade, dit-elle. Sa mère mourut d'une attaque d'apoplexie. Dans sa jeunesse, elle-même n'eut d'autre maladie que la petite vérole. A l'âge de la puberté, elle eut de fréquentes céphalalgies, des étouffements, quelques palpitations de cœur, de la dyspnée et de l'oppression. Son appétit était très irrégulier; sujette à la boulimie aussitôt qu'elle avait mangé, elle étouffait ; en un mot, elle était chlorotique. Le flux menstruel s'établit difficilement, et elle ne fut bien réglée qu'après l'âge de vingt ans. Mariée à vingt-un ans, depuis cette époque jusqu'à trente-cinq ans, elle eut douze enfants. Pendant ses premières grossesses jusqu'à la cinquième, elle eut souvent des attaques de nerfs avec perte de connaissance. En général, ses accouchements furent longs et laborieux; elle accoucha même sans s'en apercevoir, ce qui donna lieu de supposer qu'elle avait eu une attaque d'éclampsie. De ses douze enfants, il ne lui en reste plus que trois; les autres moururent en bas-âge, de convulsions ou de petite vérole. Un de ses fils, âgé de trente-deux ans, a des attaques de goutte depuis l'âge de vingt-neuf ans. A la suite de l'une d'elles, il est resté perclus pendant trois mois : c'est le seul enfant qu'elle ait nourri. Une de ses filles est très sujette à des avances ou à des retards subits. Le troisième enfant, âgé de quarante ans, éprouve souvent des étourdissements; il vient d'être alité pendant quinze jours pour des douleurs de ventre qu'il ne peut autrement caractériser.

Ainsi, l'hérédité de la goutte s'est déjà révélée pour un de ses enfants avant l'âge où elle en avait éprouvé elle-même les premières atteintes.

Elle était rétablie de sa première attaque, lorsque environ un an après elle éprouva un mouvement fébrile; elle s'aperçut, en vaquant aux soins de son ménage, d'une légère douleur au poignet droit; douleur qui dura trois ou quatre jours.

Deux mois plus tard, une troisième attaque se fixa à l'articulation huméro-cubitale du même bras, et dura encore trois ou quatre jours.

En 1832, elle fut prise d'une dyspnée violente très grave, qui dura près de quinze jours. On pense qu'elle était atteinte de chlorose. Ces symptômes se dissipèrent peu à peu, et elle recouvra la santé.

Peu de temps après, une cinquième attaque sévit sur le pied gauche, et dura trois mois. Puis les attaques se succédèrent à de plus brefs intervalles, et devinrent plus longues et plus graves.

Pendant l'été de 1837, un soir que, selon ses habitudes, elle avait joué aux cartes, sans aucune espèce de prodromes, elle éprouva de la cuisson dans l'œil gauche, qui bientôt devint rouge; elle y ressentit de vifs élancements la nuit. Le lendemain on la saigna ; elle prit des bains de pied ; mais la vue de ce côté s'affaiblit progressivement et fut abolie en six semaines. Dans cet intervalle, l'œil droit devint douloureux aussi, sans rougeur et sans élancements; des douleurs de tête fixes et continues se déclarèrent ; la vue se troubla de ce côté, et dans l'espace d'un an il en résulta une cécité absolue.

Depuis ce temps, à peine si elle peut distinguer le jour de la nuit, la lumière de l'obscurité.

Depuis six ans, les attaques sont devenues plus fréquentes et plus graves; elles se sont fixées sur la plupart des articulations des membres, excepté celles du pied droit. Elle ne se rappelle pas l'ordre de leur succession. La dyspepsie alterne souvent avec les fluxions articulaires.

Aujourd'hui, elle n'est jamais exempte de douleurs; le pouls est presque continuellement fébrile. A la suite des attaques, des tuméfactions molles d'abord, puis dures, ont persisté, et se sont transformées en tophus, dont cependant quelques-uns ont disparu graduellement. Elle porte des nodus caractéristiques sur la plupart des articulations qui ont été atteintes, et même dans la continuité des membres, le long du cubitus entre autres. L'œil gauche est atrophié ; le droit a conservé son volume. Les paupières exécutent leurs mouvements, mais faiblement ; elle les tient closes. Les conjonctives, presque complétement sèches, ont contracté des adhérences qui ne laissent de libre que la surface de la cornée; les pupilles sont immobiles; les cornées sont opaques et traversées par des vaisseaux. Malgré ces affections dont l'invasion et la marche ont été si diverses, tantôt brusques, tantôt graduelles, tantôt avec inflammation, tantôt sans inflammation, la malade jouit du mouvement de toutes les grandes articulations. Les urines, que nous examinâmes, montrèrent la présence de l'acide hippurique.

Le 11 mars 1844, elle souffrait moins que de coutume, lorsque, en descendant un escalier, elle éprouva des vertiges. Elle remonta ; sa langue devint sèche ; elle fut prise de délire. On la coucha sans qu'elle s'en aperçût ; on la saigna, et le sang coule mal. Les extrémités étaient froides, le front violacé ; on appliqua des sinapismes aux pieds. Elle recouvra connaissance au milieu de la nuit. Pendant huit jours, elle eut souvent du délire : 20 sangsues furent appliquées à l'anus, et un vésicatoire à la nuque. A partir de ce moment, elle ne perdit plus connaissance ; et du 18 au 25 mars, elle n'éprouva plus ses douleurs habituelles. Elle put retourner, par conséquent, à sa division dans l'hospice.

Réflexions. — On ne saurait aujourd'hui donner trop d'attention à tout ce qui concerne la goutte, quelques observateurs de notre époque en étant venus au point de mettre en doute son existence comme maladie essentielle. Nous savons que la goutte est une de ces maladies longues, protéiformes, dont les symptômes, aussi nombreux que variés, ne se plient pas aux exigences de l'observation facile et de la numération; c'est une raison de plus pour fixer les regards des praticiens sur cette maladie lorsque l'occasion s'en présente, d'autant mieux que les praticiens étrangers et indifférents aux deux ou trois problèmes de nomenclature, de statistique, d'humoris-

---

fiole de sa poche, la porte à sa bouche, et avale la liqueur qu'elle contenait. Nos champions se remettent à boire; c'est à qui s'excitera, à qui boira les plus grands coups. La séance fut longue. Celui qui avait déjà avalé son urine sort encore et en fait autant que la première fois; l'autre, sans quitter la table, boit aussi de la liqueur de sa fiole, qui sans doute était de l'huile d'olives, et toujours on se remet à boire. A la fin le buveur d'huile court épier l'autre, et le voit uriner dans la calotte de son chapeau et avaler son urine; c'était pour la cinquième fois que cela lui arrivait. Son air de dépit, le signe qu'il fit alors, annoncèrent qu'il s'apercevait qu'il était dupe. L'écot commença sans doute à l'inquiéter, et voici comme il s'en vengea : lorsque le buveur d'urine se fut remis à table, l'autre alla à son tour dans la petite cour, et ne revint pas. Le buveur d'urine se disputa un peu avec le marchand de vin, mais crut qu'il était prudent de payer et s'en alla. » (Bulliard, *Hist. des plant. vénén. de France*, p. 43.)

Cette petite histoire tendrait à établir que l'urine humaine et l'huile d'olives sont toutes deux en possession de prévenir l'ivresse du vin ; mais un pareil conte peut-il entièrement satisfaire les esprits sévères ? Assurément non, surtout à l'égard de l'huile d'olives, dont l'emploi même est ici tout à fait problématique. Pour ce qui est de l'urine, si l'on ne répugne pas à lui reconnaître une vertu désenivrante, nous pensons qu'on ne peut l'attribuer, ainsi que nous l'avons exprimé plus haut, qu'à la présence de l'ammoniaque dans ce liquide; car si l'on se contente de quelques faits isolés, il paraîtrait que l'ammoniaque aurait pu être employée avec succès pour combattre et dissiper des ivresses déjà parvenues à un haut degré d'intensité : c'est ainsi que le docteur Nonat a fait connaître deux cas d'ivresse qui ont promptement cédé à l'ammoniaque administrée en potion et en lavement. M. Prus a aussi publié un fait de ce genre. Faut-il conclure de ces observations et de quelques autres encore peu multipliées, que l'ammoniaque soit un véritable spécifique de l'ivresse? Pour nous, nous regardons cette assertion comme au moins prématurée dans l'état actuel de nos connaissances, puisqu'il peut être possible que l'effet de l'ammoniaque, dans ces circonstances, ne soit rien autre chose que l'exercice de la vive action qu'elle fait ressentir à tous les tissus de l'économie, action qui va si aisément inciter et ébranler le cerveau et toutes ses dépendances. Feu le professeur Pinel a constaté cette propriété de l'alcali volatil (ammoniaque) chez un grand nombre d'individus sujets à l'épilepsie, dont les accès imminents ont très souvent été conjurés par la seule inspiration de quelques vapeurs de ce produit animal, d'ailleurs si usité, et avec raison, dans tous les genres de défaillances, de lipothymies, syncopes, asphyxies, etc. Mais, au surplus, quelle que soit la nature de cette action, il sera toujours convenable d'y recourir, puisque l'emploi de ce médicament peut avoir des avantages, ne serait-ce que comme surincitant général de l'innervation.

Nous bornerons à ces considérations ce que nous voulions dire de l'ivresse et du vice abject auquel son habitude conduit, et contre lequel les représentations des plus sages moralistes ont, comme on sait, constamment échoué : c'est ainsi qu'on lit dans Plutarque que « les » yvrognes, pour s'excuser et continuer leurs débauches, ont accou» tumez de dire qu'il faut reprendre du poil de la beste qui les a mor» dus, et chasser le vin par le vin, résoudre l'yvrongnerie par l'yvron» gnerie. » Ni la crainte des châtiments, ni le tableau effrayant des infirmité, des souffrances et de la fin miserable qui les attend, n'ont jamais pu retenir aucun d'entre eux, même de ceux qu'une éducation distinguée semblait devoir en mettre à l'abri pour toujours. Un homme aimable, profondément érudit, que nous avons connu professeur de philosophie, se prévalait galment d'un certain syllogisme des écoles pour justifier ou du moins pour atténuer et faire excuser son irrésistible penchant aux abus de ce genre. Aux reproches bienveillant qu'on lui adressait à ce sujet, il se prenait tout aussitôt à répondre :

Qui benè bibit, benè dormit ;
Qui benè dormit, non cogitat malum ;
Qui non cogitat malum, non peccat in Deum ;
Qui non peccat in Deum, salvus erit :
Ergò qui benè bibit, salvus erit.

C'est avec un aussi pitoyable argument qu'un homme bien élevé et instruit, mentait aux autres et à lui-même, et cherchait à se faire illusion sur l'énormité d'une abjecte passion à laquelle il s'abandonnait chaque jour davantage, au grand détriment de son intelligence, de sa santé et de sa réputation.

Dr F.-E. Plisson.

NOUVELLES.

Par ordonnance du roi du 7 avril, et sur le rapport du ministre de l'instruction publique, une chaire de médecine opératoire vient d'être créée à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— L'art. 3 de la loi sur les brevets d'invention, qui exclut du brevet toute préparation pharmaceutique et les remèdes spécifiques, a été adopté par la Chambre des députés.

— M. le docteur Bégin, chirurgien inspecteur, est nommé membre honoraire du Conseil de salubrité établi près la préfecture de police.

— M. Pecqueux, chirurgien sous-aide en Algérie, est décédé.

— M. Emile Chevé commencera un nouveau cours d'anatomie, lundi, 22 avril, à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90.

me *à priori*, etc., qui charment les loisirs de nos savants, sont devenus les vrais gardiens et les dépositaires de la science médicale.

Or, la goutte est au nombre des maladies métastatiques, c'est-à-dire des maladies dans le cours desquelles on observe la disparition brusque des affections régulières au profit d'une affection nouvelle qui siége sur un organe plus notable, plus essentiel à la vie, et qui imprime une nouvelle physionomie à la maladie. Le rhumatisme articulaire aigu est dans le même cas que la goutte sous ce rapport. Est-ce une raison de plus pour les confondre? Non, certes; mais, au contraire, c'est une raison de plus pour étudier leurs différences. En effet, les métastases rhumatismales consistent généralement dans une inflammation, soit membraneuse, soit parenchymateuse; telle est la règle; le reste n'est qu'exception. La goutte, au contraire, présente les affections métastatiques les plus variées. Ici c'est une attaque de goutte interrompue par une dyspnée; là, une cardialgie atroce qui remplace la douleur du pied; une névralgie goutteuse fait place à la gravelle; les hémorrhoïdes se suppriment au profit d'une hémorrhagie cérébrale ou d'une simple congestion. Je pourrais varier les exemples; j'aime mieux renvoyer aux observations de Hoffmann, de Stoll, etc.

Les affections des artères me paraissent plus fréquentes de beaucoup dans la goutte, surtout lorsqu'elle est anormale, que dans le rhumatisme articulaire. Je veux parler de cette altération des artères, et particulièrement de l'aorte, qui se caractérise par un dépôt de matière jaunâtre dans l'épaisseur de la tunique moyenne, la rougeur et l'épaississement considérable de la tunique interne au niveau de ces amas de matière jaune avant la perforation et l'ulcération de cette tunique, devenue trop friable dans les mêmes points. J'insiste sur l'épaississement, la rougeur et la friabilité de la tunique interne dans cette affection, parce que l'un des caractères de l'inflammation simple des séreuses est de laisser ces membranes presque sans altération. La goutte modifie les inflammations qui naissent sous son influence plus que ne fait le rhumatisme articulaire, qui se borne à empêcher que ces phlegmasies suppurent. J'en conclus qu'il y a des inflammations goutteuses et des inflammations rhumatismales, comme il y a des bronchites tuberculeuses et des bronchites catarrhales, et qu'on ne connaît qu'imparfaitement l'inflammation quand on se borne aux différences qu'elle offre suivant les tissus affectés; il faut toujours y joindre la maladie qui a produit l'inflammation. Cette étude de l'inflammation suivant les maladies est encore plus intéressante et plus pratique que la même étude suivant les tissus.

Il ne faut point toutefois exagérer ces différences. Il est des cas dans lesquels il est impossible de distinguer, au moyen de leurs seuls caractères propres, une inflammation goutteuse d'une inflammation rhumatismale. Je pourrais prendre pour exemple les métastases sur le cœur, qui, pour le dire en passant, sont plus fréquentes dans le rhumatisme articulaire aigu que dans les attaques de goutte les mieux caractérisées. Ces métastases s'appelaient *cardite* avant de s'appeler *endocardite* : le nom ne fait rien à la chose. On en trouve de fort remarquables exemples dans l'Anatomie pathologique de Lobstein. Souvent on les confondait avec la péricardite, avec laquelle elles se lient facilement, témoin la description qu'en a donnée Joseph Frank. Personne ne les a mieux signalées que Broussais, dans son Examen des doctrines médicales; témoin ces deux passages du vol. II, page 678 (Paris, 1821). « N'est-ce pas ainsi que les vives affections de l'âme et le transport d'une irritation rhumatismale occasionnent quelquefois la supernutrition du cœur... » Page 758 : « Ce que M. Laennec a consigné sur les causes des maladies du cœur m'a paru excellent; j'en ai facilement conclu que c'est à l'irritation que l'on doit rapporter leur première origine. J'ai pourtant remarqué qu'il n'avait point fait mention du transport de l'affection rhumatismale qui phlogose les valvules et les bourrelets tendineux des orifices, les rétrécit et produit l'anévrisme. » Tout le monde connaît le développement que M. Bouillaud, en France, et Hope, en Angleterre, ont donné à cette proposition.

Les métastases goutteuses sont souvent fort graves; quelquefois promptement mortelles. Elles nécessitent deux ordres de médication; l'une, par laquelle on attaque l'affection directement; l'autre, indirecte, qui consiste à rappeler l'affection articulaire, ou tout au moins à localiser sur la peau une fluxion dérivative. Cette utile métastase s'obtient surtout par les sinapismes, les vésicatoires et les moyens analogues. Quant à la médication directe, elle doit être proportionnée à l'intensité des accidents; il importe, s'ils sont graves, d'enrayer promptement l'inflammation. Ce n'est point tout encore; il faut chercher la solution complète de ces affections, pour éviter, autant que possible, la production de lésions organiques fixes, et presque toujours irrémédiables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 avril 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. Guillon adresse une lettre de réclamation contre la dernière communication de M. Mercier. Nous en publierons un extrait.

— *M. Jobert* (de Lamballe), écrit que déjà membre de la commission nommée par le Conseil des hôpitaux pour apprécier les résultats de M. Guérin, il ne peut accepter de faire partie de la commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Malgaigne. Il donne donc sa démission et prie l'Académie de lui nommer un remplaçant.

M. Guersant, nommé dans cette commission en remplacement de M. Louis, donne aussi sa démission motivée sur ce que M. Guérin, pendant le procès en diffamation qu'il a intenté, a récusé son jugement devant les magistrats, se fondant sur ce que lui, M. Guersant, aurait demandé au Conseil des hôpitaux la suppression du service d'orthopédie à l'hôpital des Enfants, allégation fausse, puisqu'il ne s'était seulement opposé qu'à l'agrandissement de ce service, ce qui est bien différent.

M. Husson demande la parole à cette occasion.

Il n'est pas douteux, dit-il, que la commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Malgaigne ne s'occupe avec le plus grand soin de la question scientifique qui lui est soumise après avoir été bien mal à propos présentée devant une autre juridiction. Mais, par cela même que la question est fort importante, il est à désirer que la composition de la commission offre toutes les garanties désirables pour un examen sérieux et impartial. M. Jobert se retire, c'est une perte. Il importe de le remplacer par un homme qui ait une grande autorité en chirurgie et qui se trouve placé dans un grand hôpital. L'Académie n'aura à cet égard que l'embarras du choix entre MM. Lisfranc, Bégin, Cloquet, Marjolin, Gimelle, etc. M. Guersant se retire aussi, c'est une perte non moins regrettable, puisque, placé sur le théâtre même des opérations de M. Guérin, il a pu en apprécier souvent la valeur et les résultats. Je propose qu'on le remplace par un autre médecin du même hôpital.

M. le président. Le Conseil d'administration s'est préoccupé autant que M. Husson a pu le faire de ce grave sujet, et il propose à la sanction de l'Académie de remplacer M. Jobert par M. Cloquet et M. Guersant par M. Baudelocque.

De toutes parts : Appuyé, appuyé.

— *M. Roux* demande que le buste de Boyer soit ajouté à ceux que l'Académie doit placer dans la salle des séances.

M. Dupuy fait la même demande pour les bustes de Vauquelin, Deyeux, Tessier, Huzard et Pelletier.

M. le président assure que le Conseil s'est beaucoup occupé de la question; il propose de nommer une commission pour le buste de Dupuytren, ainsi composée : MM. Hussson, Cruveilhier et Bégin.

M. Cornac conteste au Conseil d'administration le droit de nommer la commission. Le règlement est formel, la commission doit être nommée au scrutin.

M. Royer-Collard croit que c'est là une question tout administrative, et par conséquent du ressort du Conseil qui a le droit de nommer la commission. (Non, non; l'exécution du règlement avant tout.) — Soit, si le règlement est explicite; mais il importe qu'il soit bien convenu qu'à propos de ces bustes, on ne reviendra pas ici sur la vie et l'appréciation des membres décédés auxquels l'Académie veut décerner cet honneur.

L'Académie, consultée sur la nomination immédiate de la commission, décide qu'elle la renverra à la prochaine séance.

— *M. Capuron* fait un rapport favorable en réponse à une lettre adressée à l'Académie par M. le docteur Tarsitani (de Naples), sur un nouveau forceps de son invention, destiné à éviter le décroissement des branches. Après avoir indiqué les cas d'accouchement où cette manœuvre a été jusqu'à présent inévitable, M. le rapporteur passe à la description de ce nouveau forceps. Il est le même, dit-il, que celui de Levret; il présente la même longeur, les mêmes courbures, le même mode d'articulation, et l'une des branches est toujours mâle ou à pivot, et l'autre femelle ou à mortaise. Il fait remarquer qu'à l'endroit où les branches s'articulent, chacune est évidée à la partie supérieure et dans la moitié de son épaisseur; que le pivot est proéminent, non-seulement à la partie supérieure de la branche qui doit le porter, mais encore à la partie inférieure; et qu'enfin une charnière très solide est placée en deçà de la mortaise de la branche femelle. Il explique les raisons de ces trois petites modifications qui n'altèrent nullement le parallélisme des cuillers, suivant leur grand ou leur petit diamètre, qui rendent l'articulation des deux branches toujours très facile, sans décroisement, et qui font conserver aux manches leur régularité. M. le rapporteur termine en disant que ce nouveau forceps présente *toutes* les conditions de *simplicité* et de *solidité* des anciens forceps, et propose à l'Académie, 1° d'écrire une lettre de remercîments et d'éloges à M. Tarsitani; 2° de placer son nom parmi les candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

— *M. le président* annonce à l'Académie qu'elle pourra se réunir dans la nouvelle salle de ses séances le mardi 30 avril.

Il annonce aussi que le bureau de l'Académie, accompagné de M. Adelon, s'est rendu auprès du ministre du commerce et du ministre de l'instruction publique pour leur faire connaître les opinions de l'Académie sur les brevets d'invention relatifs aux préparations pharmaceutiques.

— *M. Blandin* fait un rapport favorable sur les pièces d'anatomie artificielle présentées au jugement de l'Académie par M. Auzoux.

La commission propose de remercier M. Auzoux, de l'engager à continuer ses intéressants travaux, et à inscrire son nom parmi les candidats aux places vacantes.

M. Villermé aurait désiré que la commission parlât aussi de l'établissement dans lequel ces pièces sont fabriquées, qui lui paraît le plus extraordinaire qu'il ait jamais vu. Les ouvriers, simples paysans, sont les plus instruits et les plus moraux qu'il connaisse. On voit là de petits enfants connaissant les parties les plus délicates de l'anatomie d'une manière complète et surprenante.

M. Velpeau aurait voulu qu'on insistât aussi sur quelques pièces qui lui paraissent remarquables; ce sont celles qui ont rapport à l'embryologie.

M. Virey trouve qu'on n'a point assez insisté sur les pièces représentant le système nerveux dans la série.

M. Nacquart pense que le règlement de l'Académie s'oppose à ce que les commissions présentent des candidats aux places vacantes.

M. Blandin n'a pas cru devoir parler de l'établissement seulement, mais des produits qui ont été soumis à l'Académie; il a vu lui-même la fabrique de M. Auzoux; il a interrogé ces petits paysans sur le nerf facial, sur la corde du tympan, sur d'autres points fort délicats d'anatomie, et il déclare qu'il n'obtient pas toujours des réponses aussi satisfaisantes aux examens de la Faculté. (Hilarité.) Quant à la présentation de M. Auzoux, ces propositions sont dans les usages de l'Académie; c'est un témoignage honorable, une sorte de récompense accordée aux travailleurs, et qui n'engage en rien le vote de l'Académie.

— *M. Nacquart* ne partage pas l'extase que provoquent les petits ouvriers de M. Auzoux; c'est là une connaissance toute mécanique que l'on retrouve chez les ouvriers de Genève et de Besançon, relativement au mécanisme des montres.

M. Dupuy a admiré les pièces, mais il a conseillé d'en réduire le prix.

M. Bégin voudrait que le rapporteur insistât davantage sur l'utilité relative des pièces artificielles et des dissections. Il serait dangereux de laisser croire que l'on peut devenir anatomiste par l'étude de ces pièces. La dissection ne rend pas seulement anatomiste, elle rend encore opérateur.

M. Blandin n'élèvera certainement aucune objection contre ces idées, qu'il a formellement exprimées dans son rapport.

Le rapport et les conclusions sont adoptés.

— *M. Gerdy* lit un travail intitulé : Rétraction des tissus albuginés.

— *M. Auzoux* est admis à présenter l'anatomie artificielle du cheval.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 avril 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Bonnafont lit un mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustache, et de la surdité qui peut en résulter.

Les considérations présentées dans ce mémoire conduisent nécessairement aux conclusions suivantes :

1° La membrane qui tapisse la trompe d'Eustache n'est pas de même nature que celle qui recouvre les parois de la caisse.

2° Cette différence est démontrée : 1. par l'absence de cryptes dans la membrane de la cavité du tympan, tandis qu'elles sont nombreuses dans celle de la trompe; 2. par les changements pathologiques qu'elles éprouvent, et que l'observation a pu faire constater.

3° Cette différence d'organisation doit en entraîner nécessairement une dans la nature des affections qui y établissent leur siége; d'où la distinction importante des maladies de la trompe d'avec celles de la cavité du tympan, ainsi que dans le mode de traitement qu'elles réclament.

4° Les insufflations gazeuses de toute espèce généralement employées, sont la plupart du temps insignifiantes pour le traitement de ces cophoses, puisque, dans aucun cas, elles ne peuvent rien contre les rétrécissements de la trompe.

5° Dans le cas de rétrécissement de ce conduit, le seul traitement rationnel et capable d'amener des résultats satisfaisants, consiste à l'attaquer à l'aide des mêmes moyens que la pratique a consacrés contre les affections de même genre des autres conduits muqueux. Je puis dire seulement que la méthode par dilatation m'a constamment réussi pour surmonter les rétrécissements les plus rebelles, et que dans aucun cas je n'ai eu besoin de recourir à la cautérisation.

6° Que celle-ci ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve si toutefois il est des rétrécissements qui exigent impérieusement son emploi, ce que nous n'avons pas encore rencontré dans notre nombreuse pratique.

— *M. Lorris du Val* adresse une lettre où nous trouvons les passages suivants : « S'il importe peu de savoir, dans l'intérêt de la science, quel est le procédé d'embaumement le plus certain et le plus efficace, je pense qu'il serait utile, peut-être même nécessaire d'examiner et de contrôler avec soin les diverses substances que l'on met en usage dans la pratique de ces opérations. Les poisons les plus violents sont employés par tous les embaumeurs. Il est même des liquides d'injection qui ne sont composés que de matières vénéneuses telles que l'arsenic. Les cas d'empoisonnement ne seront plus reconnaissables, si les criminels ont le soin de faire injecter leurs victimes avec l'acide arsénieux. Tout alors sera confondu, et le poison de l'assassin et le liquide de l'embaumement.

— *M. Durand*, pharmacien en chef des hôpitaux de Caen, adresse une note sur un nouveau moyen de constater les taches d'arsenic, du chlorure et du bromure d'arsenic proportionnels à l'acide arsénique. Le moyen qu'il propose consiste à traiter les taches obtenues avec l'appareil de Marsh par un courant de chlore ou par les vapeurs de brome et ensuite par le nitrate d'argent. Ce moyen lui paraît le plus simple, le plus facile à exécuter, le plus sensible de tous et le plus sûr.

— *MM. Flandin et Danger* et *M. Orfila* adressent une lettre relative à une question de priorité qui s'agite entre eux sur la localisation des poisons.

— *M. Mialhe* adresse un travail intitulé : Aperçu théorique sur la cause de la maladie désignée sous le nom de diabète ou de glucosurie.

En m'occupant dernièrement, dit-il, de la recherche du glucose, dans un cas de diabète douteux, j'ai été amené à constater que, contrairement à l'opinion générale des chimistes, le sucre de raisin ou de diabète n'a aucune action réductive sur l'oxyde de cuivre, soit à froid, soit à chaud; qu'il n'acquiert cette propriété qu'après avoir été chimiquement influencé par une substance alcaline libre ou carbonatée, et, chose remarquable, ce simple fait, outre qu'il m'a permis d'expliquer les insuccès analytiques que la méthode de Srommeyer a fait éprouver à plus d'un praticien, m'a de plus donné la clé de la cause évidente, palpable de la maladie spécialement caractérisée par la présence constante du sucre dans les urines, c'est-à-dire dans la maladie diabétique.

Il résulte de mes recherches que toutes les substances alimentaires hydrocarbonées, telles que le sucre et le raisin, la gomme d'amidon ou dextrine, etc., ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'après avoir été transformées par les alcalis du sang en de nouveaux produits au nombre desquels figure un corps doué d'un pouvoir désoxygénant très énergique et tel qu'il réduit aisément le peroxyde de plomb en protoxyde, etc.

N'est-il pas permis de penser que ce composé remarquable doit jouer un rôle quelconque dans l'accomplissement des mutations organiques incessantes dont l'ensemble constitue le mystérieux phénomène de la vie? qu'il doit servir en quelque sorte de contre-partie à la respiration, ou pour mieux dire à l'oxygénation respiratoire!

De ce qui précède découle une conséquence forcée, c'est que les sujets chez qui la décomposition chimique précitée a lieu lors de l'ingestion des matières sucrées ou amilacées dans l'estomac, ne sauraient avoir du sucre dans leurs excrétions rénales? Or, c'est là l'état normal de l'homme. Tandis que chez le diabétique cette importante décomposition ne saurait avoir lieu et voici pourquoi :

Les individus affetés de diabète ne suent pas, et comme toutes les sécrétions cutanées sont acides, il s'ensuit que lorsque ces sécrétions sont supprimées, la présence dans le sang des alcalis libres ou simplement carbonatés devient impossible, et par suite la réaction chimique, cause première de l'assimilation du sucre, devient impossible aussi; ce qui fait que le sucre sort de l'économie avec toutes ses propriétés premières.

La maladie diabétique tient donc à un vice d'assimilation ou de nutrition; le sucre, loin de pouvoir servir à l'accomplissement des mutations organiques, agit comme un corps étranger, dont l'économie tend sans cesse à se débarrasser. Ainsi, le fait chimique de la saccharification outrée des matières amylacées, dans le cas de diabète, sur lequel on a tant disserté dans ces derniers temps, n'est qu'un phénomène insignifiant qui n'explique aucunement l'espèce d'intoxication passive que les matières sucrées font éprouver aux personnes chez qui la composition normale du sang est changée, c'est-à-dire, chez les diabétiques.

— *M. Lesauvage* (de Caen) adresse un mémoire sur les tumeurs éburnées du sein. Sous le nom de *cancer éburné*, le professeur Alibert a désigné des tumeurs qui apparaissent dans le sein de la femme, et n'ont avec les autres affections dont cet organe est si souvent le siége, aucune analogie de symptômes, de terminaison et de structure. Bien distincte des production qui se forment par simple exhalation celluleuse et s'accroissent en écartant seulement et en comprimant les organes qui les avoisinent, ces tumeurs éburnées, de même que le squirrhe, se développent aux dépens du tissu cellulaire, et s'accroissent en envahissant successivement celui qui les entoure; mais à ce caractère commun, il s'en ajoute bientôt d'autres qui les différencient, et le principal c'est, comme l'a dit Alibert, que cette maladie ne manifeste aucune ulcération, c'est-à-dire, qu'elle n'éprouve jamais l'inflammation ulcéreuse qui transforme si souvent le squirrhe en cancer.

Son siége est exclusivement le sein de la femme. C'est surtout avec le squirrhe que cette maladie a pu être confondue. Comme lui, elle s'empare du tissu cellulaire, l'envahit par une sorte d'attraction, le concentre sur lui-même, le solidifie en quelque sorte et lui fait subir une transformation toute spéciale; mais on distinguera toujours l'éburnation de l'altération première par la dureté de son tissu, sa surface uniformément arrondie, l'absence de douleur au centre de son foyer, et son défaut de tendance à la suppuration.

On concevra facilement que la thérapeutique d'une maladie à peine connue est entièrement à faire.

— *M. Hermann*, qui avait adressé une observation de laryngoto-

mie pratiquée pour un polype, écrit aujourd'hui que les suites de l'opération ont été fort heureuses, et que le malade a parfaitement guéri.

— *M. Malgaigne* adresse un mémoire sur la valeur de l'orthopédie et de la myotomie rachidienne. (Nous avons déjà parlé de ce travail à l'occasion de sa présentation à l'Académie de médecine.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

REVUE MÉDICALE. (Mars 1844.)

Mémoire sur cette question : Convient-il, dans les positions mento-postérieures de la présentation de la face, de revenir au procédé de réduction conseillé par Baudelocque; par M. CHAILLY (Honoré).

De ce travail étendu, l'auteur conclut que le procédé de Baudelocque, qui consiste à convertir la présentation de la face en présentation du sommet, ne doit pas être mis en pratique, pas plus dans les positions postérieures primitives de la face, que dans les antérieures, parce qu'il est démontré que ces positions, différentes à leur début, se convertissent toutes, en définitive, en sous-mento-pubiennes secondaires ; autrement dit, que, quel que soit le point du détroit supérieur que regarde le menton, ce menton revient en avant, et que l'accouchement spontané se termine, dans ces cas, de la même manière que les mento-antérieures primitives ; qu'enfin, si l'on agissait dans les positions mento-postérieures seulement, le menton étant bien plus souvent à droite et en arrière que dans toute autre position, l'intervention dans la présentation de la face serait presque la règle, et ce n'est pas ce que l'expérience autorise à admettre.

Il semble aussi résulter des faits contenus dans ce mémoire, que, bien que les positions mento-postérieures puissent, dans certaines circonstances fort rares, donner lieu à des accidents graves (qu'on ait été ou non obligé d'intervenir), on ne peut pas s'autoriser de ces accidents si exceptionnels pour conseiller d'intervenir toutes les fois que le menton sera situé en arrière, au détroit supérieur ; et pour parer à une éventualité qui ne se réalisera très probablement pas, on ne devra pas compromettre à coup sûr la sûreté de la mère et celle de l'enfant, en troublant intempestivement la marche de la nature ; car, en effet, si, au lieu de chercher à convertir la présentation ou la respecte, l'accouchement se terminera spontanément dans l'immense majorité des cas, et aussi favorablement pour la mère et l'enfant que cela peut avoir lieu dans les positions mento-antérieures. L'auteur croit avoir démontré, en outre, que ces tentatives, dans la plupart des cas, seront infructueuses, la présentation pouvant se reproduire dès qu'elle est abandonnée à elle-même, ou bien parce qu'on aura rencontré des obstacles insurmontables dans l'exécution de ce procédé, ce qui arrivera le plus ordinairement.

Le procédé de Baudelocque n'est donc pas plus admissible pour les positions mento-postérieures, qu'il ne peut l'être pour les antérieures.

Observation sur un cas de pupille artificielle, suivie de réflexions pratiques tirées de dix autres opérations pareilles ; par Victor SZOKALSKI.

Ayant fait jusqu'à présent, dit l'auteur, onze fois l'opération de la pupille artificielle et observé plus de soixante cas opérés en ma présence par d'autres opérateurs, je me suis assuré que cette opération est loin de présenter la gravité qu'on lui attribue ordinairement. Je dirai même qu'à mon avis, elle n'est pas plus incertaine dans ses résultats que l'opération de la cataracte, surtout si on se donne la peine d'en assurer le succès par les soins qu'elle exige.

Ce qui importe le plus pour obtenir ce résultat, c'est de ne jamais entreprendre cette opération qu'après l'extinction entière et complète de l'ophthalmie qui l'a rendue nécessaire. Cette condition est essentielle ; elle renferme en elle-même presque tout le secret du succès.

L'auteur apprécie les chances à courir dans l'opération de la pupille artificielle, et croit qu'il faut les analyser dans les trois catégories suivantes : 1° dans les occlusions spontanées de la pupille ; 2° dans les occlusions consécutives à l'opération de la cataracte ; 3° dans les cas où la pupille, masquée par une opacité centrale de la cornée, ne peut plus recevoir les rayons de la lumière. Parmi les onze cas qu'il a opérés, il y en avait deux d'occlusion de la pupille survenue spontanément, six par suite de l'opération de la cataracte, et huit autres occasionnés par des leucoma.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de l'écorce sèche et vieille du Rhamnus frangula, L., *comme succédané de la rhubarbe* ; par M. le docteur GUMPRECHT, de Hambourg.

L'écorce du *Rhamnus frangula* a déjà été mentionnée par les anciens auteurs comme jouissant de propriétés analogues à celles de la rhubarbe ; ainsi, Matthioli (*Commentar*. 1621) la cite comme résolutive, roborante, astringente et anti-hydropique. Le même auteur prévient qu'on doit se garder, d'ailleurs, d'employer l'écorce froide parce qu'elle donne facilement lieu à des envies de vomir.

Les pharmacologues modernes parlent aussi de cette écorce comme d'un succédané de la rhubarbe, et c'est pour cela qu'elle a reçu la dénomination de *Rhabarbarum plebeiorum* : mais tous s'accordent en ce point qu'on ne doit se servir que de l'écorce vieille et desséchée.

Hahnemann dit aussi qu'à l'état frais, elle constitue un évacuant par haut et par bas très actif ; il ajoute qu'à l'état sec, elle est employée avec beaucoup de sécurité, principalement chez les habitants de la campagne.

Toutefois, dans les derniers quatre-vingts ans qui se sont écoulés, ce moyen énergique et d'un prix si peu élevé est tombé dans un oubli immérité. L'auteur eut d'abord son attention éveillée sur ce médicament par les grand succès qu'obtint une personne étrangère à l'art de guérir, en employant dans les maladies hémorrhoïdales un remède sûr, et qui fut ultérieurement reconnu comme n'étant autre que le *Rhamnus frangula*.

Depuis douze ans que ce fait est arrivé, M. Gumprecht a employé constamment ce médicament dans les cas suivants :

1° Dans les maladies abdominales, notamment dans la pléthore abdominale veineuse et la constipation habituelle ;

2° Dans les cas où les tumeurs hémorrhoïdales ne se développent pas, et dans les congestions hémorrhoïdales passives ;

3° Dans les hémorrhoïdes supprimées ;

4° Dans la diathèse hémorrhoïdale anormale (*molimen hemorrhoïdale anormale*).

Les effets appréciables de l'administration de cet agent sont, ou des évacuations alvines augmentées et soulageantes, ou la déjection de masses muqueuses et empâtées (*infarctus*), ou enfin la sortie de sang hémorrhoïdal par l'anus. Ce médicament agit en même temps fortement sur la sécrétion urinaire ; aussi l'a-t-on beaucoup employé contre l'hydropisie. Il convient surtout aux individus sujets à des constipations habituelles, ce que l'auteur a éprouvé sur lui-même depuis dix ans. La décoction de *Rhamnus*, prise le soir à la dose d'une tasse, agissait sur lui sans inconvénients, sans échauffer d'une manière tout a fait douce, et lui procurait le lendemain, tant dans la matinée que dans l'après-midi, plusieurs selles pultacées. En même temps, cette écorce a l'avantage d'être d'une saveur supportable, d'être généralement répandue et à très bas prix. Voici la manière dont M. Gumprecht fait préparer et prendre ce médicament :

Pr.	Ecorce vieille et sèche de *Ramus frangula*,	45 grammes.
	Ecorce d'orange coupée menu,	8 id.
	Eau commune,	2 litres.

Faire bouillir pendant deux heures, ou mieux jusqu'a réduction de moitié ; ajouter vers la fin de la décotion,

Ecorce d'orange,	12 à 16 grammes.
Semences de cumin concassées,	12 id.

Retirer alors du feu, et laisser en digestion pendant deux heures, en vases clos, puis passer au travers d'une étamine.

A l'aide de ces diverses additions, le médicament agit dans les maladies abdominales comme purgatif fortement résolutif, tonique et carminatif. On peut encore, suivant les cas, y ajouter de 30 à 45 grammes de sulfate de magnésie.

Dans les cas d'embarras hémorrhoïdal, l'auteur remplace l'écorce d'orange par les sommités de mille feuille à la dose soixante grammes.

On fait prendre, le soir, au malade une tasse de cette décortion, et il en résulte ordinairement, le lendemain matin, deux à trois selles pultacées : si cet effet n'est pas produit, on fait prendre une seconde tasse de décoction sur les onze heures du matin.

Chez les sujets dont le canal intestinal est irritable, affaibli et qui ont de la tendance à la diarrhée, il convient de commencer par une dose plus faible. Il en est de même pour les malades dont on ne connaît pas encore le tempérament. Alors, on peut en augmenter ou en diminuer les doses ultérieurement, suivant les circonstances.

Chez les individus affectés de maladies abdominales, l'auteur fait continuer l'usage de cette décoction pendant un laps de trois à six semaines. Dans la constipation habituelle il en fait prendre une tasse plusieurs fois par semaine.

M. Gumprecht fait ordinairement préparer une certaine quantité de cette décoction du même coup, et il la conserve dans des cruchons de terre bien bouchés. Elle peut ainsi être gardée pendant long-temps sans éprouver aucune altération.

Outre cette décoction, l'auteur administre, dans les cas d'hémorrhoïdes empêchées ou retenues, l'hydrolat de laurier-cerise à la dose de 30 à 70 gouttes, trois ou quatre fois par jour.

Dans les cas où l'on peut redouter une disposition aux congestions hypersthéniques, il est bon de remplacer l'écorce d'orange par le sulfate de soude à la dose de 45 à 60 grammes. (*Hannov. Annal.*)

Guérison de la goutte et du rhumatisme par la médication aurifique ; par M. le docteur WILCZEWSKI, de Inowraclaw.

Plusieurs essais tentés par M. le docteur Wilczewki avec une pommade de chlorure d'or et de sodium, dans de cas de douleurs articulaires rhumatismales invétérées et rhumastismales arthritiques, ont prouvé à ce médecin que cette médication est souvent suivie de guérisons véritablement prodigieuses.

Le hasard a fait découvrir que les taches de couleur pourprée qui sont la conséquence de l'application de la pommade aurifique sur la peau peuvent facilement être enlevées. En effet, elles cèdent rapidement à de simples lotions pratiquées avec de l'urine.

(*Medicinische Zeitung*)

— A la suite des concours qui viennent d'avoir lieu pour les emplois de médecin professeur de pathologie médicale, et de pharmacien professeur d'histoire naturelle des médicaments, vacants dans les hôpitaux d'instruction de Metz et Lille, M. Cazalas, médecin ordinaire à l'hôpital de Saint-Jean-Pied-de-Port, a été déclaré apte au premier de ces emplois ; il a obtenu 6 voix, M. Barby 2, et M. Thibaut 1. — M. Garreau, pharmacien aide-major à l'hôpital de Strasbourg, a été déclaré apte au second de ces emplois ; il a obtenu 5 voix, M. Jeannel 3, plus un billet blanc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 47. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Opération d'hydrocèle par ponction et par injection. Ce qu'il faut penser de l'absence et de l'excès de la douleur ; par DAMOISEAU, interne du service.

Nous fîmes samedi dernier sous vos yeux plusieurs opérations, et entre autres une opération d'hydrocèle par ponction et par injection. Nous fûmes obligé, vous vous le rappelez, pour provoquer la douleur, de faire trois injections et d'ajouter un grand tiers d'alcool aux deux dernières ponctions. La tuméfaction a présenté les circonstances ordinaires, et, chose très utile à connaître pour prévoir la durée de la maladie, l'augmentation de volume de la tumeur s'est faite aux dépens du testicule et non pas à la suite d'un nouvel épanchement de liquide.

L'inflammation peut donc s'élever au type nécessaire à la guérison dans le cas où l'injection n'a causé qu'une douleur peu considérable. Dupuytren allait encore plus loin, il citait des cas où la douleur ayant été nulle, la guérison n'en avait pas moins été parfaite.

Quand on rencontre de ces cas exceptionnels, on doit faire trois injections. Nous en avons observé un grand nombre tant avec Dupuytren que dans notre pratique particulière, et avec cette précaution, la guérison a eu lieu comme à l'ordinaire.

Si certains malades n'éprouvent aucune douleur, il en est d'autres qui souffrent horriblement ; on a la plus grande peine à les contenir, leur face pâlit, des tendances à la syncope se manifestent. Il semble qu'une inflammation violente va survenir, on se laisse effrayer par cette idée et l'on ne fait qu'une injection et encore on la laisse à peine séjourner le temps ordinaire. Le lendemain on croit avoir à combattre une redoutable phlegmasie, mais il n'en est rien, l'opération n'a été en réalité qu'une simple ponction palliative et l'échec est complet. Deux fois je m'en suis laissé imposer de la sorte par la douleur, aussi ai-je pris l'habitude de passer outre et de faire les deux injections ordinaires.

Ainsi donc l'absence de la douleur ne prouve rien, c'était l'opinion de Dupuytren, c'est aussi la mienne, pourvu que l'on fasse les trois injections indiquées de cinq minutes chacune, et l'excès de la douleur ne doit point empêcher de faire deux injections et les laisser séjourner.

Quand à la suite de l'injection la tuméfaction des bourses dépend du gonflement du testicule et non d'un nouvel épanchement dans la tunique vaginale, la guérison a lieu en douze ou quinze jours environ ; dans le cas contraire, elle se fait attendre vingt-cinq ou trente jours, plus ou moins, suivant les cas. Ce fait s'explique facilement. L'absorption du liquide épanché a besoin d'un certain espace de temps pour s'effectuer, et de là l'éloignement de la guérison.

Si le sixième jour il n'y a plus trop d'inflammation, et si le liquide est revenu comme il était avant l'opération, j'ai imaginé de faire une nouvelle ponction, et le malade guérit ordinairement le quinze ou dix-huitième jour.

Rétention et incontinence d'urine. Injections avec la teinture de cantharides.

Au n° 20 de la salle Saint-Louis, est couché le malade qui, à son entrée, était affecté de rétention et d'incontinence d'urine. Je vous ai déjà entretenu longuement de ce cas remarquable; je n'y reviendrai pas aujourd'hui. Je veux seulement vous rappeler que lorsque la vessie est remplie en totalité par l'urine, le trop plein s'écoule par regorgement, si toutefois la poche urinaire n'est pas enflammée, car alors ce phénomène n'a pas lieu, et la rupture de la vessie peut survenir. Pour qu'il y ait regorgement, il n'est pas nécessaire que la vessie soit remplie en totalité ; il suffit qu'elle le soit aux trois quarts, à moitié, et même au quart. Il y a, dans ce cas, paralysie incomplète ; l'irritation du col provoque la contraction des parois vésicales qui reviennent incomplétement sur elles-mêmes.

Les personnes âgées ont souvent, sans qu'elles s'en doutent, des rétentions partielles d'urine. On doit donc leur recommander de renouveler leurs efforts après qu'elles ont cessé d'uriner ; car Dupuytren dit, avec raison, que les vessies qui ne se vident pas complétement sont bientôt affectées de catarrhe. Notre malade, vous le savez, a été traité par l'injection d'une goutte de teinture de cantharides dans la vessie. Je ne reviendrai point sur la manière de faire cette injection ; je dirai seulement qu'elle doit être très lente, et que l'on doit prendre garde d'imprimer des mouvements à la sonde dans la crainte de provoquer la contraction de la vessie. Ce sont les mêmes précautions que pour les injections froides que l'on fait dans les vessies atteintes de catarrhe, et qui doivent être pratiquées le plus doucement possible et avec une petite quantité de liquide. A mesure que la vessie s'habitue au contact de la teinture de cantharides, on augmente le nombre des injections et celui des gouttes; on peut aller ainsi jusqu'à trois injections par jour, de trois gouttes chacune. Il va sans dire que l'on s'arrêterait si l'irritation devenait trop grande.

Le malade dont il est question a été soumis à ce traitement, et il vous apprendra, si vous l'interrogez, qu'il ne tache plus son lit ni son linge, et qu'il urine deux ou trois fois pendant le jour et cinq à six fois durant la nuit ; il est presque guéri.

Nécrose syphylitique. Iodure de potassium.

Au n° 21, se trouve un malade affecté de nécrose syphilitique dans la profondeur du nez. Quand il est entré dans nos salles, la douleur qu'il éprouvait depuis trois mois lui avait fait perdre tout sommeil. Nous l'avons soumis à l'usage de l'iodure de potassium, et depuis ce moment les douleurs nocturnes ont diminué rapidement ; il dort maintenant très bien, et n'éprouve plus de douleur.

Entérite chronique guérie. Considérations sur la signification pathologique du dévoiement et de la constipation.

Au n° 29 de cette même salle est un malade qu'on nous a envoyé de la campagne, comme atteint d'une affection grave de l'intestin rectum. Un dévoiement rebelle à tous les traitements, et qui durait depuis trois mois, était le motif principal de ce diagnostic. Le toucher nous fit découvrir une ampoule rectale énorme sans distension par des matières fécales. L'existence d'une dégénérescence de mauvaise nature nous parut fort douteuse; nous fîmes le traitement de l'entérite chronique. Nous prescrivîmes l'eau de riz et la décoction blanche de Sydenham, et le dévoiement est complétement arrêté. Il y a des médecins qui voient dans tous les cas de diarrhée rebelle ou de constipation opiniâtre, des lésions graves de l'intestin ; ils se trompent aussi bien que ceux qui n'en voient jamais. Il faut distinguer l'état du sujet, des femmes surtout, chez lesquelles le canal intestinal est habituellement en mauvais état ; à Paris, par exemple, la grande majorité des femmes vont difficilement à la selle, et font usage de lavements. Il en est qui, avec toutes les apparences de la santé la plus florissante, ont du dévoiement pendant des mois et des années entières ; on en voit même qui conservent cette affection pendant dix ans, vingt ans, trente ans, sans que la muqueuse s'ulcère, il y en a qui la gardent toute leur vie, et n'en prolongent pas moins leur carrière jusqu'à soixante-dix ans, comme j'en ai quelques exemples. Il est très fréquent, du reste, de rencontrer des femmes qui ne vont à la garde-robe que tous les quinze ou vingt jours.

— Au n° 3 de la salle Saint-Antoine est un malade qui, à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, présentait une énorme tuméfaction de cette partie. Y avait-il fracture du col, luxation, ou simple contusion? La question n'était pas facile à

FEUILLETON.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN.

Quatrième livraison. — *Maladies des femmes.*

Le second volume de cet ouvrage devait être publié tout à la fois. Mais l'importance de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur les tumeurs du sein a décidé M. Fabre à livrer immédiatement à ses souscripteurs toute la partie de l'ouvrage qui traite de ce sujet, et nous ne pouvons qu'applaudir à cette détermination. Faire acte d'opportunité dans ce monde est un grand art qui explique et légitime bien des succès.

Cette livraison traite donc des maladies des mamelles et des mamelons. L'auteur passe en revue d'abord les vices de conformation des mamelles, son absence très rare dans notre espèce, la *multimammie* plus fréquente, leur augmentation pathologique de volume, sujet qui a fourni d'intéressants développements à MM. Velpeau, Vidal, à Astley Cooper et qui se trouvent fidèlement exposés et appréciés dans cet article. Vient ensuite l'article consacré aux contusions, dépôts sanguins et ecchymoses des mamelles ; les corps étrangers qui peuvent pénétrer dans le sein. Dans l'article V on traite avec les documents le plus récemment acquis à la science un sujet entièrement passé sous silence dans les ouvrages de pathologie et les traités spéciaux, c'est-à-dire les névralgies du sein dont Astley Cooper a parlé le premier et qui a été étudié avec soin par MM. Velpeau et Rufz. On chercherait vainement ailleurs réunis les documents précieux que renferme cet article sur cette affection singulière et depuis si peu de temps connue.

Les articles suivants sont consacrés à l'étude de la suppression du lait et aux métastases laiteuses. Puis viennent les engorgements simples ou fluxions du sein, les engorgements laiteux ; l'inflammation des mamelles si bien traitée par les auteurs modernes, et notamment par M. Velpeau, qui a distingué les inflammations du sein en celles qui ont leur point de départ dans la glande elle-même, en celles qui s'établissent dans la couche sous-cutanée, et en celles enfin qui débutent de prime-abord dans le tissu cellulaire sous-mammaire. Cette division a été adoptée par les auteurs de la *Bibliothèque*, qui ont fait intervenir aussi un travail plus récent de M. Trousseau sur ce même sujet.

L'histoire des abcès des mamelles est faite, dans l'article suivant, avec tous les développements que comportent ce point essentiel et les récentes acquisitions de la science. Avec M. Velpeau, les auteurs de la *Bibliothèque* ont divisé les abcès des mamelles en abcès superficiels ou sous-cutanés, en ceux du tissu cellulo-graisseux, en abcès parenchymateux ou glandulaires, et en abcès chroniques. Ils traitent ensuite des fistules des mamelles, et ils consacrent un article à un point assez peu connu, savoir, les tumeurs laiteuses et butyreuses des mamelles.

L'article XV est consacré aux kystes des mamelles. Les auteurs exposent les divisions adoptées par A. Cooper, par M. Velpeau, par M. A. Bérard et par M. Nélaton, envisageant ainsi le sujet sous tous les aspects. Les hydatides et les lipomes des mamelles font le sujet des articles suivants.

Vient ensuite l'article consacré aux tumeurs fibreuses des mamelles, sujet de la longue discussion académique qui vient de finir, et que les auteurs ont reproduite avec la plus grande fidélité et la plus complète impartialité. L'auteur a adopté les opinions du plus grand nombre des chirurgiens qui ont pris part à cette discussion contre M. Cruveilhier, et cette opinion ils la motivent avec soin.

Les tumeurs osseuses et les tubercules des mamelles sont le sujet des articles suivants et précèdent l'article important et étendu qui traite du cancer de ces organes. Le sujet est envisagé sous les points de vue suivants : Du cancer des mamelles en général ; le cancer squirrheux ; le cancer encéphaloïde ; le cancer colloïde et mélanose ; les tumeurs composées. Quant au traitement, les auteurs exposent avec fidélité toutes les questions litigieuses que ce sujet soulève ; ils passent en revue toutes les opinions anciennes et récentes sur l'opération par l'instrument tranchant ou les cautérisations, la compression, les traitements médicaux internes, etc.

Le chapitre deuxième traite des maladies du mamelon, et dans autant d'articles les auteurs étudient les vices de conformation, l'imperforation, les excoriations, gerçures, crevasses de cet organe, son inflammation, les abcès dont il peut être le siége et les éruptions qui s'y rencontrent. Cet article finit le livre deuxième des livraisons consacrées aux maladies des femmes.

Le livre troisième traite des maladies des femmes généralement attribuées à des lésions de la circulation et de l'innervation.

Le chapitre premier traite des maladies attribuées à des lésions de la circulation, parmi lesquelles les dérangements de la menstruation jouent un si grand rôle. Les auteurs ont traité avec tous les développements nécessaires l'histoire de l'aménorrhée, à laquelle ils ont consacré plusieurs feuilles résumant toutes nos connaissances sur ce point; la dysménorrhée, qu'ils divisent en dysménorrhée par excès, par insuffisance, en menstruation pénible ou douloureuse. L'article suivant traite des déviations du sang menstruel, l'hémorrhagie supplémentaire de la menstruation par les membranes muqueuses, par la surface tégumentaire externe. Ils ont consacré des articles importants aux accidents qui peuvent accompagner l'établissement de la menstruation et sa cessation. L'étude des altérations du sang menstruel conduit nécessairement à l'étude de la chlorose, dont l'histoire ne laisse rien à désirer, et où l'on trouve le indications les plus nombreuses et puisées aux meilleures sources pour le traitement de cette maladie.

Le chapitre deuxième traite des maladies attribuées à des lésions de l'innervation. L'hystérie, affection si fréquente et si souvent méconnue dans ses symptômes insidieux, y occupe une place importante et étendue. Cet article est un résumé substantiel et parfaitement exposé d'une quantité immense d'ouvrages écrits sur ce sujet, et peut être donné comme preuve du travail, de la sagacité et du bon esprit qui président à la publication de la *Bibliothèque*. La nymphomanie et ses phénomènes bizarres, ainsi que le traitement qu'elle réclame, font le sujet de l'article suivant ; et enfin, pour ne rien omettre, et pour prouver que cet ouvrage sera au courant des publications les plus récentes, les auteurs terminent ce *Traité des Maladies des femmes* par un article supplémentaire sur l'hydropisie du col de l'utérus, sujet sur lequel M. Jobert (de Lamballe) vient de faire des conférences cliniques fort intéressantes.

Cette livraison, dont nous venons d'indiquer sommairement le contenu, est à la hauteur des précédentes. C'est le même choix éclairé dans les citations, la même impartialité dans les appréciations, la même indépendance dans les jugements, la même richesse surtout dans les matériaux pratiques. Nous pourrions même dire que sous ce rapport, la *Bibliothèque* est comme la renommée : *Crescit eundo* ; c'est-à-dire que les auteurs semblent se pénétrer de plus en plus du but d'utilité pratique, exclusivement pratique qu'a voulu lui donner son directeur et qui doit faire de cet ouvrage la publication la plus utile aux *médecins praticiens* auxquels il s'adresse. C'est pour eux que M. Fabre a voulu réaliser ce grand problème : économie de temps, économie d'argent, et leur donner en peu de volumes la substance, cette précieuse *moelle des livres*, comme le disait Montaigne, qu'il faut extraire du chaos des bibliothèques impossibles à lire, impossibles à acquérir.

A. D.

NOUVELLES.

La loi sur les patentes a été votée sans aucune modification à la Chambre des pairs. Dans quelques jours elle sera donc exécutoire.

— Nous voyons dans le dernier numéro de la *Clinique de Marseille*, que M. le docteur G. Jeanselme est définitivement chargé de la rédaction en chef de ce journal. Ce choix ne peut être que très profitable à l'avenir de ce journal, qui a déjà rempli avec distinction une mission utile.

résoudre. Je vous recommande en pareille circonstance la plus grande circonspection. Attendez que les parties molles soient désenflées; examinez à plusieurs reprises avant de prononcer d'une manière définitive. Il nous est arrivé en semblable occasion de ne reconnaître la luxation que le quatrième jour. Cela n'a pas d'inconvénients, car il serait imprudent de tenter la réduction quand la tuméfaction est très considérable.

On doit donc dans le premier jour être très réservé dans son diagnostic et son pronostic; car avec toute l'habitude on pourrait se tromper.

Fracture comminutive de la partie moyenne de la clavicule avec chevauchement considérable des fragments. Emploi d'un nouveau bandage; guérison sans aucune difformité.

Au nº 6 de la même salle est un malade affecté de fracture comminutive de la clavicule à sa partie moyenne. Avant la réduction, les fragments se croisaient à angle droit, et faisaient une saillie très difforme; l'épaule correspondante était notablement rapprochée de la ligne médiane. Le bandage de M. Mayor, qui nous a tant de fois réussi, fut appliqué sans succès. Le bandage modifié de Desault ne réussissait guère mieux, quels que fossent le volume du coussin axillaire et la force avec laquelle on agît sur le bras. Appliqué à plusieurs reprises, il ne put être supporté; le malade en effet était bientôt menacé d'asphyxie, et l'on était obligé d'enlever aussitôt l'appareil; l'interne de la division, M. Damoiseau, nous proposa de revenir au 8 de chiffre anciennement employé, mais en corrigeant les inconvénients qu'on lui a reprochés avec juste raison. Ainsi, au lieu de lanières étroites ou de bandes, il mit en usage un petit drap plié en cravate. De cette manière la pression répandue sur une large surface n'eut plus d'inconvénients. Un coussin volumineux fut placé dans l'espace interscapulaire, et fournit un point d'appui solide aux deux anses du 8 de chiffre. Voici la manière d'appliquer cet appareil: Un coussin volumineux est placé dans l'espace interscapulaire; on fixe sur sa face postérieure la partie moyenne d'un petit drap plié en cravate; on remplit le creux axillaire de charpie, ou mieux de ouate de coton; les deux chefs très larges du drap plié en cravate, sont conduits sous les aisselles, puis ramenés d'arrière en avant au-devant et au dessus du moignon de l'épaule, et croisés et fixés sur le coussin inter-scapulaire. On conduit ensuite sur le devant de la poitrine les deux extrémités du drap plié en cravate, et on les réunit par un nœud ou mieux avec des épingles. On peut de cette manière porter autant qu'on veut l'épaule du côté malade en haut, en dehors et en arrière. Pour maintenir le tout, on applique un bandage de corps que l'on fixe avec des épingles au coussin interscapulaire et aux anses antérieures du 8 de chiffre. Ce bandage a été très facilement toléré; il a laissé au malade la liberté de la respiration, et jusqu'à un certain point l'usage de ses deux bras, et n'a causé que de très légères incommodités sur les bords de l'aisselle. Un peu d'œdème est pourtant survenu au bras du côté malade; un bandage roulé eut prévenu ce très léger accident.

La réduction est aussi parfaite que possible. Tous les praticiens savent qu'il y a des fractures de la clavicule où rien ne réussit, et où il importe au plus haut degré d'obtenir une guérison sans difformité, comme chez les jeunes filles par exemple. Or, en pareille occasion, le bandage dont je viens de parler peut, à mon avis, rendre les plus grands services. Ce matin, 11 avril, on a enlevé l'appareil, et le malade est guéri sans difformité aucune.

Carie. Désarticulation de la phalange.

Au nº 9 est un jeune malade auquel nous avons désarticulé une seconde phalange. Pott a écrit que quand une articulation était malade les deux surfaces articulaires étaient toujours altérées: c'est une erreur. Ainsi dans le cas dont nous parlons, la surface articulaire supérieure était saine à cela près qu'elle était dépourvue de cartilage à son côté externe; si elle eût été malade nous eussions prolongé nos incisions et scié l'os un peu au-dessus de l'article.

Nous écrivîmes, il y a plus de vingt ans, que le pli palmaire des articulations digitales était un guide qui ne manquait jamais pour trouver la jointure. Or cet indice précieux nous a fait défaut dans ce cas particulier, et nous avons eu quelque difficulté, non seulement à trouver l'article, mais surtout à tailler le lambeau à cause des esquilles que renfermaient les parties molles. Quelques instants nous ont suffi pour vaincre ces difficultés, et le malade va très bien.

Fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe, impossibilité de la réduction tenant à l'entrecroisement des fragments.

Au nº 14 est un homme entré hier dans notre service avec une fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe. Il est tombé, dit-il, de douze pieds de haut sur du sable. Quoi qu'il en soit, il porte au-dessus des malléoles une plaie de près de 4 pouces d'étendue avec dénudation de la face antérieure du tibia. Une hémorrhagie abondante a eu lieu par cette plaie.

Le fragment supérieur, visible dans l'étendue de 2 pouces, faisait au dehors une saillie de 3 ou 4 lignes. La jambe était courbée sur le lieu de la fracture, et présentait un angle à sinus externe. Malgré la gravité de ce cas, la conservation du membre nous parut devoir être tentée. Nous fîmes donc des tentatives de réduction; elles échouèrent sans que la contraction des muscles ou l'étranglement dans une plaie trop étroite pussent rendre compte de l'inutilité de nos efforts. J'introduis le doigt dans la plaie, et je constate que les fragments, au lieu d'avoir chevauché en glissant l'un sur l'autre comme à l'ordinaire, se sont entre-croisés. Je détruis cet entre-croisement, et le fragment supérieur externe qui faisait saillie en avant et au dehors, rentre et se maintient en place sans qu'on ait besoin d'appliquer d'appareil. L'entre-croisement est donc un nouveau mode de déplacement qu'il faut ajouter à ceux qu'on a décrits jusqu'à présent; et nous demandons si les difficultés à réduire certaines fractures que nous avons souvent éprouvées, ne tenaient pas à une disposition analogue des fragments au sein des parties molles non divisées. Il doit être très difficile alors de constater cette disposition, et surtout d'y remédier.

Dans le cas qui nous occupe, la grande affaire est la conservation du membre; c'est vers ce but que tendront tous nos efforts.

Tentative d'oblitération d'une fistule stercorale ombilicale par la méthode que Dupuytren employait contre la procidence de la muqueuse du rectum.

Au nº 37 de la salle Saint-Augustin est couchée cette femme dont j'ai déjà parlé, est qui est affectée d'anus artificiel à la suite de hernie ombilicale étranglée. L'entérotome de Dupuytren a converti l'anus artificiel en une fistule donnant issue à une petite quantité de matière. Trois opérations ayant échoué en partie, nous en avons pratiqué une quatrième. Cette nouvelle opération a beaucoup d'analogie avec celle que faisait Dupuytren pour guérir la procidence de la muqueuse anale. Elle est constituée par quatre incisions divergeant en étoile, larges chacune d'un demi-pouce à peu près, et qui circonscrivent l'orifice dans l'étendue d'une demi-ligne dans tous les sens. Des bourgeons charnus, des cicatrices et des brides de tissu inodulaire se développeront sans doute, et amèneront peut-être l'oblitération définitive de la fistule.

Si cette nouvelle application que j'ai faite de la méthode de Dupuytren ne réussissait pas complétement, j'enlèverais, dans l'étendue au moins d'un pouce, et dans toute la circonférence, la peau qui entoure l'orifice de l'anus anormal; il est très probable qu'ainsi la cicatrice qui se formerait achèverait la guérison.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Du traitement des blépharites.

Avant d'examiner la thérapeutique des blépharites simples, il est utile de dire un mot des causes qui peuvent faire naître ces maladies.

Il faut avouer que l'étude de ces causes est, en général, peu satisfaisante; car, jusqu'à présent, elles sont encore mal connues.

On a avancé que la blépharite ciliaire furfuracée était entretenue par la présence d'un insecte, d'une mite, d'où est venu ce dicton que chacun connaît; mais c'est une opinion qui aurait besoin de preuves, et qui n'est pas encore démontrée aujourd'hui. Bientôt peut-être la présence de ces insectes, s'ils existent, sera constatée; car en ce moment beaucoup d'intelligences sont tournées vers les études micrographiques, et déjà on est parvenu à des résultats surprenants: c'est ainsi que M. Gruby croit être arrivé à reconnaître, dans la teigne, le développement d'un végétal.

On voit assez fréquemment les fossoyeurs, les vidangeurs, atteints de la blépharite dont nous venons de parler; il est probable que les vapeurs irritantes sont pour quelque chose dans leur apparition.

La blépharite ciliaire proprement dite, soit partielle, soit générale, est encore plus obscure dans ses causes. On voit une foule d'individus en être atteints dans des circonstances toutes différentes; on l'observe chez les sujets de la classe élevée comme parmi les pauvres gens; chez les ouvriers comme chez les hommes de cabinet; en un mot, dans tous les rangs, dans toutes les classes de la société, sans que le régime, les habitudes, la constitution, paraissent avoir une influence manifeste sur sa production. La seule cause qui semble la faire naître plus particulièrement se trouve dans certaines variations atmosphériques, certaines saisons où elle se développe avec la plus grande facilité.

Quant aux blépharites de la conjonctive, elles sont plus ordinairement la conséquence des autres maladies qui surviennent à l'œil. Si l'on se souvient que nous en avons distingué deux variétés, une primitive et une secondaire, on comprendra, d'après ce que nous disons de ses causes, que la blépharite secondaire soit plus commune que la blépharite primitive. Toutes les fois qu'un sujet a été menacé d'ophthalmie purulente, il peut arriver, et il arrive souvent, qu'une blépharite granuleuse apparaisse comme conséquence. Nous le répétons, les causes de ces maladies sont peu connues; passons immédiatement à leur thérapeutique.

Le traitement des blépharites n'est pas aussi simple qu'on le supposerait d'abord, d'après la maladie elle-même, qui ne paraît être qu'une inflammation toute localisée dans un très petit espace. Il semblerait qu'en attaquant convenablement le mal dans le lieu où il réside, on dût en faire prompte justice. Le siége de la maladie est d'ailleurs dans un point de l'organisme si éloigné des centres, qu'on ne peut guère se décider à rapporter une affection semblable à une maladie générale. Cependant, quand on examine avec attention la marche de la blépharite, l'influence qu'ont sur elle les divers traitements qu'on emploie, il est difficile de se défendre de cette idée, que la maladie de l'œil n'est que la conséquence, la manifestation d'un état général. Il est difficile de ne pas se représenter les blépharites comme analogues à ces maladies de la peau, si tenaces, si rebelles, qui semblent guérir pour reparaître bientôt, disparaître encore, revenir, et toujours ainsi pendant des années entières, ce qui a fait, avec raison, considérer ces maladies comme le résultat d'un état général mal connu. Et ce qui engage à établir l'analogie que nous signalons entre les blépharites et les maladies de la peau, c'est précisément cette apparition sans cause appréciable, ces allées et venues de la maladie, si l'on peut ainsi dire, cette ténacité, cette résistance à tous les traitements qu'on trouve dans les blépharites tout comme dans les maladies de la peau.

Il est un enseignement facile à saisir dans ce que nous venons de développer. Si, comme nous l'avançons, les blépharites nous laissent quelques raisons de supposer qu'elles ne sont point seulement une maladie locale, mais le résultat d'un état spécial de l'économie, la thérapeutique devra nécessairement en être modifiée, et nous aurons à étudier le traitement qui convient à ces maladies, et sous le rapport local, et sous le rapport général. En un mot, nous aurons à examiner, d'une part, les topiques; d'autre part, la médication générale.

Dans les cas ordinaires, sans aucun doute, les topiques auront le pas sur les médicaments généraux; mais toutes les fois qu'on pourra supposer que des modifications survenues dans la constitution peuvent influer sur la maladie locale, le traitement devra être dirigé contre les deux états pathologiques à la fois.

Les topiques employés dans le traitement des blépharites se subdivisent en deux catégories parfaitement distinctes: les liquides et les corps gras, ou si l'on veut, les collyres et les pommades. Les poudres doivent être exclues du traitement des blépharites; elles trouvent leur application dans un autre genre de maladie des yeux sur lequel nous aurons occasion d'insister plus tard.

En règle générale, on peut établir que dans le traitement des blépharites, les pommades doivent avoir la préférence sur les collyres, et ceci est digne de toute l'attention des praticiens; car il est à remarquer que beaucoup de médecins conseillent des collyres pour des affections des paupières, tandis qu'ils prescrivent plus volontiers les onguents ou les pommades contre les maladies de l'œil. Ceci est important, disons-nous, puisque en agissant ainsi on démontre du premier coup qu'on ignore complétement le traitement convenable aux maladies des yeux, abstraction faite de telle ou telle espèce de collyre, de tel ou tel genre de pommade.

En effet, si l'on veut réfléchir un instant, on se convaincra qu'en employant un liquide, par exemple, pour une maladie qui affecte le bord libre des paupières, on fait usage d'un corps qui, par sa nature, ne peut que passer sur le mal sans y séjourner et sans par conséquent l'influencer beaucoup; car en supposant que ce médicament pût agir par son passage seul sur la partie malade, ne sait-on pas que très souvent dans ces maladies, il existe des concrétions, des croûtes adhérentes au mal lui-même, qui se trouvent interposées entre le point malade et le médicament et empêchent complétement l'action de ce dernier!

Les pommades, au contraire, peuvent rester en contact avec le mal autant qu'on le désire; de plus, le corps gras qui contient le principe actif du médicament, a l'avantage de ramollir ces croûtes, de les faire tomber, et alors la pommade peut être appliquée directement sur les parties affectées, et y rester un temps suffisant pour y développer son action.

On peut donc poser en axiome, que dans le traitement des blépharites on devra, en général, préférer les pommades aux collyres.

Mais pour que l'application des pommades soit suivie du meilleur résultat possible, il ne suffit point de la faire à la légère et sans précautions préalables; il faut, au contraire, que cette application soit précédée de petits soins minutieux, dans le détail desquels nous allons entrer dans un instant.

Hâtons-nous d'abord de diviser les pommades en deux classes:

1° Celles qui doivent être appliquées directement sur le mal;

2° Celles qu'on peut appliquer aux environs du mal, parce qu'elles sont destinées à être absorbées et à agir par suite de cette absorption.

Les topiques directs seront ordinairement des astringents, des substitutifs. La seconde classe comprendra l'onguent mercuriel, les pommades opiacées, belladonées. Elles pourront être placées sur la tempe, sur la peau des alentours de l'œil malade.

Un praticien qui prescrit quelqu'un de ces topiques, soit direct, soit indirect, doit en surveiller l'application s'il veut en obtenir tous les bons résultats qu'il a le droit d'en attendre. Nous disions un peu plus haut que cette application exigeait quelques soins antérieurs; voici, en effet, en quoi ils consistent.

Quand on voudra faire usage des pommades destinées à agir sur le mal lui-même, il faudra d'abord s'occuper d'enlever l'exsudation, les concrétions croûteuses qui cachent les points malades. Pour cela, on devra chercher à ramollir ces croûtes; ce qui sera facile en employant un corps gras, comme du beurre, du cérat, par exemple. Quelques heures donc avant de se servir de la pommade, les concrétions seront ramollies à l'aide de ces moyens; puis, quand ce ramollissement sera suffisant, on lotionnera doucement les paupières afin de détacher ces croûtes et de les faire tomber; alors, c'est-à-dire quand les bords palpébraux seront parfaitement nets, on procédera à l'application de la pommade; et comme par suite de ces précautions elle se trouvera déposée sur la partie altérée, mise à nu, le remède produira tout l'effet qu'on peut en attendre.

Si le détail des soins que nous engageons à prendre paraît minutieux à quelques personnes, qu'elles veuillent songer à ce qui surviendrait dans le cas où elles penseraient pouvoir les négliger. Si l'on ne procède pas au ramollissement, qui doit amener la chute des croûtes, elles restent sur les excoriations, la pommade est alors appliquée, non sur le mal, mais sur la croûte seule; ou, si l'on aime mieux, cette dernière se trouve ainsi interposée entre le mal et le remède.

Mais il ne suffit point encore de débarrasser les paupières des croûtes qui les couvrent, il faut une attention particulière dans l'application du topique. Si l'on se contente de frotter légèrement les paupières avec la pommade, les cils s'emparent

avec beaucoup de facilité des corps gras; on les voit se charger du médicament, tandis que leur base, où réside la maladie, est à peine atteinte par lui. C'est donc avec le doigt ou avec un pinceau qu'il faut porter la pommade, non sur le corps des cils, mais à leur base, à leur racine; en un mot, sur le lieu malade.

Nous avons suffisamment insisté sur ces détails, et nous croyons avoir prouvé qu'ils sont indispensables, et que toutes les fois qu'on les néglige, on se prive volontairement de moyens propres à assurer le succès de la thérapeutique des blépharites.

Est-il besoin de dire que ces règles demandent surtout une application rigoureuse pour le traitement des blépharites ciliaires et ulcéreuses, et que, pour les autres, elles n'ont point la même importance; la nature, le siége de chacune de ces maladies, a dû le faire pressentir !

Quant à la composition des pommades à employer, on en a imaginé un nombre considérable. Weller et Carron du Villards ont recueilli plus d'une centaine de formules dont aucune n'est sans efficacité. Elles sont, en général, composées de styptiques, de cathérétiques, de caustiques même, mélangés à des graisses ou à du beurre.

Parmi celles employées aujourd'hui, il faut citer :

Les pommades de Lyon, de Régent, de Farnier, de Desault, dont la base est l'oxyde rouge de mercure. Ce sont, par conséquent des pommades rougeâtres; la pommade de Janin et celle que vante madame de Montebello.

Toutes ces pommades sont bonnes, et elles réussissent dans les blépharites des bords palpébraux. Cependant l'expérience nous a démontré que celle de Janin avait surtout de l'efficacité contre les blépharites furfuracées, que celle de Desault réussissait mieux aussi dans celles là que dans les autres.

Celle de Régent, composée, comme on sait, d'oxyde rouge, une partie; acétate de plomb, une partie; camphre, un dixième; beurre frais lavé à l'eau de rose, quatorze parties; paraît meilleure aussi contre les blépharites ciliaires et furfuracées que contre les autres espèces. Il en est de même de la pommade de Farnier.

Celle de madame de Montebello a une action plus manifeste que les précédentes dans les blépharites accompagnées d'une exsudation considérable.

Comme on le voit toutes ces pommades sont certainement bonnes; mais on peut les remplacer par une autre à laquelle elles le cèdent toutes; c'est la pommade au nitrate d'argent. Les Anglais s'en sont servis d'après Guthrie; ils l'ont mélangée avec de l'opium et du sucre de saturne; l'ont qualifiée de pommade noire, et l'ont beaucoup vantée. Nous l'employons depuis tantôt quinze ans pour notre compte, mais nous ne la composons que de nitrate d'argent et de graisse, sans opium ni sel de plomb. Les doses de nitrate d'argent que nous employons sont loin aussi d'être les mêmes que celles de Guthrie. Sa pommade se composait de 3, 4, 5 et même 6 décigrammes de nitrate d'argent, pour 4, 6, 8, 10 grammes de beurre. Nous ne prescrivons que de 2 à 5 centigrammes de nitrate pour 4 grammes d'axonge lavée. Il est vrai que quand il a fallu agir plus vite, nous avons aussi employé 2, 3, 4 décigrammes pour 4 grammes d'axonge; mais ce n'est pas dans les cas ordinaires.

Cette pommade au nitrate d'argent est douée d'une grande efficacité; cependant, il est encore certaines blépharites qui en sont influencées d'une manière plus ou moins favorable que d'autres. Ainsi dans la blépharite furfuracée, elle produit de bons résultats; dans la blépharite ciliaire, si elle est aiguë, elle réussit assez peu, à moins que l'exsudation ne soit considérable, que la blépharite ne soit très humide. Et encore, à la condition qu'elle ne sera pas compliquée d'un épaississement des follicules; car toutes les fois que chaque cil est sur une petite tumeur, un petit monticule, la pommade au nitrate d'argent réussit assez mal.

Dans la blépharite exulcéreuse elle guérit parfaitement; il est rare qu'elle ne cicatrise pas complétement les petites ulcérations en une semaine à peu près.

Comment et à quelle dose doit-on faire usage de cette pommade? On l'applique avec les précautions que nous avons enseignées ci-dessus; il faut en prescrire gros comme un grain de blé, comme une tête d'épingle ordinaire, le matin et le soir.

Ceci fait, rien n'empêche de lotionner les yeux dans la journée et de se servir même de topiques divers, dont quelques-uns sont on ne peut plus bizarres. Ainsi l'on a conseillé autrefois de faire cuire un œuf jusqu'à ce qu'il fût dur, puis de le couper tout chaud, d'en enlever le jaune, de mettre à la place différents médicaments, tels que de la couperose blanche, verte, du sel ammoniac, de la pierre calaminaire; puis après l'avoir refermé, de le plonger dans une certaine quantité d'eau où il trempait, et d'appliquer sur les yeux des linges imbibés de ce liquide. La chimie a rejeté tous ces médicaments, qui sont restés dans le répertoire des bonnes femmes; il est pourtant bon de ne pas ignorer que quelques-uns peuvent être utiles.

On appliquait aussi les deux moitiés d'œuf sur les yeux malades, après avoir ôté les médicaments qu'on y avait fait séjourner. On conseillait encore de battre des blancs d'œufs avec une pierre d'alun jusqu'à ce que ce liquide se fût épaissi, et de placer cette pâte sur les yeux. On comprend parfaitement que ce mélange d'albumine put être très convenable dans certaines maladies de l'œil.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des moyens abandonnés aujourd'hui. Outre les pommades indiquées plus haut, on se sert encore de celles dans lesquelles entrent le calomel, le sublimé, la pierre divine, le sulfate d'alumine, le sulfate de zinc, etc. Tels sont à peu près les agents thérapeutiques à notre disposition pour la guérison des blépharites.

Les collyres s'appliquant plus spécialement au traitement des conjonctivites, nous en parlerons à propos de ces maladies.

PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Discours d'ouverture. — De l'utilité du diagnostic, et des moyens d'y arriver. (Suite.)

On arrive à la connaissance des maladies, d'abord, par l'exercice des sens. La vue instruit l'observateur des modifications qui sont survenues dans le volume, la forme, la coloration des organes, etc. L'ouïe, depuis Laënnec surtout, est de la plus grande utilité pour reconnaître les bruits qui se produisent dans la poitrine, soit dans l'appareil respiratoire, soit dans l'appareil de la circulation; elle permettra aussi de saisir les différences de résonnance signalées par la percussion. L'odorat instruira des changements qu'ont pu subir les matières de certaines excrétions, etc. Pour cette première application des sens, vous la faites malgré vous, et tout d'abord, en arrivant au lit du malade. Abordons maintenant l'examen du sujet soumis à votre observation.

Bayle, qui avait un excellent esprit d'observation, disait que l'aspect extérieur du malade était chose si importante, que toutes les fois qu'il le pouvait, il cherchait à examiner le corps nu du malade, depuis les pieds jusqu'à la tête. Cette manière de faire est souvent impraticable. Chez les femmes d'abord, et puis dans le monde, il est impossible de procéder ainsi. Mais il est souvent très utile d'examiner le corps du malade débarrassé des draps et des couvertures qui le cachent. Ainsi c'est à peu près le seul moyen d'apprécier exactement le décubitus d'un malade, principalement le décubitus dorsal. A propos de l'examen du corps du malade, je vous citerai une erreur de diagnostic que j'ai faite dans un de mes premiers cours de clinique à la Salpêtrière, il y a quinze ou vingt ans, et une leçon que j'ai reçue d'un des élèves qui suivaient ce cours.

Une femme se plaignait d'une très violente douleur dans le ventre, d'un côté seulement; elle présentait de plus quelques phénomènes de réaction, et une immobilité complète, le moindre mouvement lui faisait jeter les hauts cris. Les fonctions digestives s'exerçant bien, nous ne pouvions croire à l'existence d'une gastrite, d'une gastro-entérite, ou d'une péritonite. Je pensai que nous avions affaire à un rhumatisme des parois du ventre, et je fis une prescription en conséquence. A peine m'étais-je éloigné du lit, qu'un tout jeune homme qui étudiait alors la médecine depuis quelques mois seulement, s'approcha de la malade, leva la chemise, et découvrit un zona très intense. Vous conviendrez que c'était de ma part une erreur impardonnable. Je n'ai pas besoin de vous dire que, depuis lors, l'habitude d'une observation plus exacte m'a empêché de commettre des fautes de ce genre.

Je vous dirai plus tard quels avantages on retire de l'application des sens à l'examen des malades. L'application des sens peut faire reconnaître certaines maladies extrêmement difficiles, lorsque vous êtes appelé, par exemple, près d'un individu qui a perdu connaissance. Une fois que l'examen extérieur du malade est fait, il y a des questions à lui adresser. On s'est beaucoup occupé de savoir par quelle question on devait commencer l'interrogatoire du malade. Bichat, qui s'est particulièrement livré à des recherches sur ce sujet, pense, et nous sommes d'accord avec lui sur ce point, que la première question adressée au malade doit-être celle-ci : *Où avez-vous mal?* Question précise et qui ne permet pas à l'attention du malade de s'égarer, comme il arriverait, si on lui demandait comme on l'a proposé : *Qu'avez-vous?* Le sujet auquel vous demandez ce qu'il a, vous répondra, non plus par la simple énonciation du symptôme, mais par l'explication du symptôme lui-même, selon les théories plus ou moins dénuées de sens commun qu'il se sera faites. Une femme vous dira qu'elle a un lait répandu dans la tête; un autre qu'il a les nerfs noués, etc. Si vous lui adressez la question sous cette forme, *Où avez-vous mal?* vous le forcez de mettre la main sur le siége du mal. Une remarque, en passant, et qui ne sera point inutile. Lorsque vous interrogez un malade, servez-vous toujours d'expressions simples et faciles à comprendre, plutôt triviales même que scientifiques, si vous ne pouvez vous faire comprendre autrement. Ne cherchez point à faire des phrases; la véritable éloquence consiste d'abord à être clair et à se faire comprendre sans difficulté.

Le malade vient de vous dire qu'il souffre; il vous vient de suite à l'idée que l'un des organes situés dans la région qu'il vous indique peut et doit être malade. Trouvez la fonction lésée, vous arrivez de suite à la connaissance de la maladie. *Depuis quand êtes-vous malade?* Telle sera votre seconde question; question éminemment analytique. Vous avez affaire, je suppose, à une affection cérébrale? Si vous savez que le sujet n'est affecté que depuis un ou deux jours, vous éliminez de suite, et par une opération rapide de la pensée, toutes les affections chroniques du cerveau; car vous savez qu'une maladie qui a commencé depuis peu, qui ne date que de quelques jours, ne peut être, dans la grande majorité des cas, qu'une maladie aiguë. Immédiatement, et d'après les réponses qui vous ont été faites, vous dirigez dans tel ou tel sens les interrogations qui vous restent à faire, et vous vous guidez pour votre examen. Vous devez alors, suivant l'ordre physiologique, examiner toutes les modifications que subissent les fonctions. Nous allons donc, avec vous, passer en revue tous les phénomènes que peuvent présenter ces fonctions. Ici, une difficulté surgit.

Faut il suivre, dans l'interrogation de tous les malades, absolument le même ordre? Faut-il suivre le même ordre pour l'examen des organes dans tous les cas? Non, sans doute. Il faut commencer l'exploration du sujet par l'organe ou par l'appareil d'organes que vous supposez affecté, d'après les réponses qu'a faites le malade à vos premières questions. Ensuite viendra l'examen des organes, qui ont, avec l'organe malade, les plus grands rapports, soit de voisinage, soit de sympathie. Etant donnée par exemple une maladie du cœur, vous examinerez d'abord le cœur; puis l'appareil respiratoire qui par sa position et ses fonctions se rapproche le plus du centre circulatoire, et qui présente avec lui la liaison la plus intime. Ceci étant fait, voici les questions que vous devrez adresser, les points que vous devrez examiner. Commençons, si vous voulez, par les fonctions digestives.

Vous examinerez successivement les lèvres, les gencives, les dents, qui peuvent donner lieu à l'observation de signes plus ou moins importants; la langue, qui offre tant de signes précieux, et dont il faut considérer la couleur, le volume, la forme, le degré de sécheresse ou d'humidité, les enduits de toute espèce. On a dit, et avec beaucoup de raison, que l'état de la langue faisait toucher au doigt et à l'œil l'état des organes digestifs. Dans les maladies des autres appareils, les renseignements qu'elle fournit sont moins importants; ainsi, pour une pneumonie, une encéphalite, ces renseignements auront moins de valeur que pour une gastrite ou une entérite. Mais il ne faudra jamais les négliger; lorsque la langue, après avoir été couverte d'un enduit blanchâtre, épais, ou après s'être montrée à l'observateur d'une couleur rouge-vif, change d'aspect, on peut être sûr qu'une modification se fait dans l'état du malade. Puis, ce seront les nausées, les vomissements, la nature des matières vomies, auxquels il faudra faire attention. On passera ensuite à l'examen de l'abdomen. L'exploration du ventre est chose fort utile. Enfin, l'on s'informera de la manière dont s'opère la défécation, s'il y a de la constipation, de la diarrhée, etc. Quelquefois même, et plus souvent qu'on ne le fait d'ordinaire, on devra se faire représenter les matières rendues, dans lesquelles il n'est pas très rare de rencontrer des calculs biliaires, des entozoaires, etc. Je sais que cet examen a quelque chose de pénible et de désagréable, que souvent même les gens du monde en font un sujet de plaisanterie; mais, du moment où vous pouvez en retirer quelque avantage pour la vie du malade qui vous est confié, ces petites circonstances accessoires doivent vous paraître de peu de valeur.

Supposons maintenant que vous ayez à examiner la circulation. Vous examinez les phénomènes fournis par cette fonction dans le cœur d'abord, les artères, les veines, le système capillaire, puis enfin dans le sang lui-même. Vous avez à noter dans le cœur les bruits anormaux, les battements et leur rhythme, la matité plus ou moins étendue. Dans les artères, le pouls, et à ce propos, notons un fait bien remarquable; c'est que les médecins anciens, tout ignorants qu'ils étaient de la circulation, sont ceux qui sont entrés dans le plus grand nombre de détails sur le pouls. Galien a compté et décrit parfaitement trente-deux espèces de pouls, bien distinctes. Bordeu a fait un ouvrage entier sur les variétés que peut présenter le pouls, et les indications que l'on peut en tirer pour la pratique de la médecine. Sans croire que l'on doive entrer dans tant de détails au sujet du pouls, nous pensons que l'on doit se borner aux principales variétés, et que l'on doit distinguer : le pouls fréquent et le pouls rare; le pouls fréquent est celui qui, dans un temps donné, présente un plus grand nombre de pulsations; une autre modification, ce sera le pouls vite et le pouls lent. Relativement à la force, le pouls peut-être fort, grand, dur, ou faible, petit, mou; enfin, il peut être régulier ou irrégulier, égal ou inégal, et intermittent.

Après l'appareil circulatoire vient la respiration, qui vous fournit des données nombreuses, surtout depuis que Laënnec a fait la découverte de l'auscultation. La respiration peut-être grande ou petite, égale ou inégale, régulière ou irrégulière, fréquente ou rare, bruyante, suspirieuse, anhéleuse; il peut y avoir de la dyspnée, de l'orthopnée. Nous ne voulons ni ne pouvons entrer ici dans le détail, ni même dans l'énumération des bruits que nous fait saisir l'auscultation : nous vous rappellerons seulement qu'il y a des râles de toute espèce, des souffles, des bruits enfin beaucoup plus nombreux et plus variés que ceux que l'on décrit habituellement dans les livres ou dans les cours. La poitrine devra encore être examinée au moyen de la percussion, moyen diagnostic qui n'est pas, comme on a voulu le faire croire, une découverte récente, mais qu'Avenbrugger, et après lui Corvisart, avaient déjà fait connaître et employaient fréquemment. Nous ne nions pas des perfectionnements; mais ce n'est pas, nous le répétons, une découverte tout à fait récente.

Les organes génitaux, et principalement chez la femme, la fonction de la menstruation ne doivent point être oubliés. Il est rare qu'elle ne subisse pas quelques modifications dans les cas un peu graves.

Nous passons à l'examen des sécrétions. Elles sont, pour la plupart, dérobées à l'application de nos sens; les sécrétions intestinale et urinaire sont les seules dont on puisse se rendre compte. Les sécrétions biliaire, pancréatique nous échappent, et il est rare que la sécrétion salivaire soit examinée. La sécrétion urinaire présente à considérer, la couleur, la transparence, la limpidité, l'abondance, la composition chimique. En petite quantité, rouge et jumenteuse, elle indique plus ordinairement une vive irritation dans un organe important de l'économie; abondante, limpide et presque sans coloration, elle est un des principaux symptômes du diabète, maladie extrêmement grave, et dans le cours de laquelle elle contient quelquefois une proportion assez considérable de sucre. Enfin dans une maladie nommée mal à propos maladie de Bright, elle contient souvent de l'albumine en plus ou moins forte proportion. Les matières sécrétées et principalement l'urine doivent être examinées à l'aide des réactifs chimiques.

La chaleur est chose importante à noter. Souvent on oublie d'y faire attention, et pour cette raison on ne reconnaît point une fièvre intermittente. L'examen de la température du corps est donc fort important et nécessaire dans le diagnostic d'un grand nombre d'affections. La plupart des grands observateurs ont reconnu l'utilité de cette exploration de la température de la peau, et Pinel disait qu'il y avait plus de certitude pour l'existence de la fièvre dans la chaleur de la peau que

dans la fréquence ou la force et le développement du pouls. Il avait jusqu'à un certain point raison. Le pouls peut être influencé dans son système et sa fréquence par une émotion morale vive, et jamais la chaleur de la peau ne sera modifiée par les mêmes causes. On a reconnu à tel point la nécessité de reconnaître exactement la température de la peau, que l'on s'est même servi pour l'apprécier d'instruments de physique. Nous avons vu M. Magendie appliquer le thermomètre à la connaissance de la température animale. Il poussait même trop loin ses recherches, car il introduisait la boule thermométrique dans les cavités viscérales, dans le rectum, le vagin, manière de procéder que l'on doit abandonner complétement.

La nutrition est pour ainsi dire le complément des fonctions organiques. Il est de la plus haute importance de savoir si elle est augmentée, diminuée ou pervertie. Nous aurons occasion plus tard d'examiner avec vous la question de savoir si les dépôts de phosphate calcaire qui se font dans nos organes ne seraient pas le résultat d'un vice de nutrition plutôt que de l'inflammation. C'est principalement sous ce point de vue que mérite d'être examinée la fonction de la nutrition.

Toutes ces fonctions et ces organes étant passées en revue, vous arriverez à l'examen des centres nerveux. Ils sont le siége d'une foule de phénomènes extrêmement importants, d'abord pour les maladies des centres nerveux eux-mêmes, puis d'une manière sympathique pour les affections des autres appareils. Vous explorerez les organes des sens et vous tiendrez compte des modifications de fonctions qu'ils pourraient présenter, en vous guidant sur cette division indiqnée par Boerbaave, division qui, pour le dire en passant, pourrait également s'appliquer à toutes les fonctions à peu près. Elles peuvent être, a dit ce grand observateur, augmentées, diminuées, perverties ou abolies.

Après les sensations viendra le tour de l'intelligence, qui peut subir les mêmes modifications que les sensations ; avec cette différence seulement que l'augmentation s'en observe rarement, mais la diminution, la perversion, l'abolition en sont extrêmement fréquentes. Le délire en particulier, constitue un champ tout entier d'observation et d'une immense étendue. La sensibilité générale par rapport au cerveau et par rapport aux douleurs éprouvées par les malades, l'appréciation de leur nature, de leur caractère, de leur durée, vous fouurnissent les indications les plus précieuse. On a fait des ouvrages, des poëmes même sur la douleur qui constitue un symptôme précieux et pour le malade et pour le médecin.

Ainsi vous devez examiner la santé générale. Parmi les phénomènes les plus intéressants, vous compterez aussi les phénomènes fournis par les mouvements. De leur augmentation, de leur perversion, de leur abolition, de leur diminution, se tirent la plupart des signes les plus positifs du siége, de la nature, de l'étendue des lésions cérébrales. La sensibilité, les mouvements, les sens, l'intelligence, le sommeil, la veille, les songes mêmes, vous devez tout observer, tout prendre en considération pour vous guider dans votre diagnostic et dans le choix du traitement à suivre. Je rattache au sommeil toutes les espèces d'états comateux, la privation de sommeil que l'on observe dans un grand nombre de maladies aiguës.

Voilà, si ma mémoire ne me fait pas défaut, la série de questions par lesquelles vous devez passer pour arriver à la condaissance des maladies. Maintenant, toutes ces explorations ne sont pas toujours faciles ; il se rencontre souvent des difficultés dans l'exploration des organes ; mais si elles sont grandes quelquefois, elles ne sont pas insurmontables : ainsi quand vous aurez affaire à un sujet qui n'entendra pes la langue dans laquelle vous lui ferez vos questions ou qui sera sourd, il est évident que vuus serez privés d'une source féconde de renseignements auxquels il faudra suppléer d'une autre façon. Puis vous aurez quelquefois à reconnaître des maladies simulées, toutes circonstances particulières dont nous vous entretiendrons à mesure que les exemples s'en présenteront à notre observation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 mars 1844. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures M. Fouquier occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — M. Bonnet (de Bordeaux) envoie des considérations sur le système pénitentiaire. (M. Belhomme, rapporteur.)

M. Burguet, secrétaire-général de la Société de médecine de Bordeaux, fait hommage d'une notice des travaux de la Société pendant l'année 1843. (M. Ch. Masson, rapporteur.)

— *M. Cheneau* a la parole pour donner les explications promises à la fin de la dernière séance.

Lorsque j'ai demandé, dit M. Cheneau, qu'une commission fût nommée, c'était pour faciliter l'éclaircissement d'un point de thérapeutique encore obscur, à savoir, si la phthisie pulmonaire est curable. Dans les faits qui ont été cités, je n'en ai pas vu un seul qui pût jeter quelque jour sur cette question. Il ne s'agit pas des moyens employés, mais d'expérimenter si par un moyen quelconque on parvient à guérir. Je n'ai pas d'autre explication à donner en ce moment ; je ne refuse d'ailleurs aucun témoin de mon traitement. Mais une autre question ressort naturellement de la discussion, c'est de bien préciser en quoi consiste la phthisie pulmonaire. On a souvent erré à ce sujet ; on a qualifié ainsi toute maigreur provenant d'une lésion quelconque, qu'elle vienne de la lésion du poumon ou de celle de tout autre organe important.

Dans la nouvelle école, le mot phthisie ne doit s'entendre que de l'affection tuberculeuse du poumon. Qui dit phthisie, dit phthisie tuberouleuse ; j'insiste sur ce point.

On présume ou on reconnatt chez quelques personnes des tubercules à l'état cru, et souvent chez elles la constitution n'est nullement altérée, aucun symptôme général ne se manifeste ; chez d'autres des tubercules naissants ou à peine ramollis sont accompagnés de fièvre et d'une perturbation de l'économie, et enfin dans le troisième degré on ne peut méconnaître les symptômes de l'infection générale.

On voit, d'après ce que je viens de dire, combien il est difficile de bien préciser les distinctions classiques de premier, deuxième et troisième degrés. Il est des personnes dont le poumon est très peu malade et qui doivent succomber, et d'autres chez lesquels on sera plus heureux quoique le désordre soit grand. M. Andral pense que des tubercules isolés sont guérissables, si toutefois l'état général du malade n'est pas trop avancé.

M. Sterlin. Suivant vous, il n'y a point de phthisie sans état général.

M. Cheneau. Dans la constitution de cette maladie il y a deux choses nécessaires, la présence des tubercules et l'état général.

M. Terrier. On admet trois degrés : tubercules crus, tubercules ramollis et cavernes. Dès le premier et le second degrés on observe de l'oppression, de l'amaigrissement, un état général fâcheux ; mais dans le troisième degré tous les phénomènes morbides prennent un caractère effrayant par le fait de l'existence des cavernes ; M. Cheneau entend-il autre chose ?

M. Cheneau. Si l'auscultation vous fait reconnaître une matité au centre, un point tuberculeux ; si vous entendez du gargouillement, que direz-vous ?

M. Terrier. S'il n'y a point dépérissement du malade, il peut se faire que par suite d'une bronchite intense il survienne une excavation, sans qu'il y ait pour cela ni symptômes généraux, ni phthisie au troisième degré.

M. Sorlin. Si j'ai bien compris M. Cheneau, il reconnatt le tubercule comme base de la phthisie, mais seulement lorsque sa présence s'accompagne d'un mouvement général. C'est limiter un peu trop la science, c'est introduire des divisions particulières. Si nous cherchons des idées nettes et précises, nous devons dire qu'il y a phthisie, du moment qu'il existe des tubercules dans le poumon. Qu'il y ait ou non désordre général, dans telles circonstances données, nul trouble dans l'économie ne révèle la présence de tubercules, et cependant la maladie n'en existe pas moins. Elle existe quand bien même l'auscultation n'aurait pu la faire reconnaître. Il ne faut qu'une circonstance pour faire éclater la tempête ; mais il faut avouer qu'il y a à douter tant que vous n'apercevez aucun dérangement dans la santé.

M. Cheneau. C'est précisément l'opinion que j'ai émise. Vous répétez ce que je viens de dire.

M. Sorlin. Non pas. La différence est évidente.

M. Sterlin. Suivant vous, des tubercules peuvent exister dans le poumon sans qu'il y ait état symptomatique général, et par conséquent phthisie. D'un autre côté, cet état général peut exister sans tubercules. A quel signes avez-vous pu établir ces différences ?

M. Cheneau. Parce qu'à l'ouverture des corps j'ai trouvé des cicatrices de tubercules suppurés chez des individus qui n'avaient offert aucun des symptômes généraux de la phthisie.

M. Duhamel. M. Cheneau admet des tubercules sans phthisie. Admet-il également des phthisies sans tubercules ?

M. Cheneau. Non.

M. Sorlin. Mais enfin dans le monde vous passez pour avoir un moyen particulier de guérison. J'aurais désiré quelque communication à ce sujet.

M. Eguisier. Il me semble qu'en effet nous nous occupons trop des mots et pas assez des choses. Tubercules avec état général, voilà ce qui constitue la phthisie, suivant M. Cheneau ; soit. Nous n'avons pas besoin de connaître son opinion, mais de savoir s'il guérit oui ou non.

M. Serrurier. M. Cheneau a avancé qu'il guérissait les phthisiques, à quels signes peut-il reconnaître les curables de ceux qui ne le sont pas ?

M. Cheneau. Je ne puis répondre à cette question quant à présent.

M. Foucart. Est-il bien vrai, quoi qu'en ait dit Laënnec et d'autres, qu'on puisse guérir la phthisie ? Peut-on, même à des signes certains, reconnaître cette maladie dans son principe ? N'a-t-on pas cru à son existence à tort, et cette erreur n'a-t-elle pas été faite par les plus habiles ? J'ai vu à la clinique de M. Bouillaud une jeune fille jugée par lui chlorotique, déclarée phthisique par le docteur Fournet, auteur d'un traité estimé sur la phthisie pulmonaire ; suivant lui, de nombreuses cavernes devaient rendre la maladie manifeste. On retint la malade six mois à l'hôpital ; après ce temps, elle sortit guérie. On l'avait traitée par les toniques et les ferrugineux. Dira-t-on que la phthisie a été guérie par les ferrugineux ? Non, cette opinion est insoutenable ; on n'avait affaire qu'à une chlorose, et un praticien *spécial* en cette matière a fait erreur. Qu'arrivera-t-il à d'autres moins instruits ?

M. Cheneau. J'ai donné à l'Académie de médecine l'histoire d'un homme jugé phthisique par M. Fouquier et par moi. Quatre ans après, cet homme, revenu en parfaite santé, s'est cassé la cuisse, et a succombé à sa blessure. J'ai trouvé dans le poumon une cicatrice cartilagineuse.

M. Léger. Nous tournons dans un cercle dont nous ne pouvons sortir. M. Cheneau dit que la phthisie est guérissable ; et à Dieu ne plaise que nous exprimions la pensée désolante qu'elle ne l'est jamais ! Il a commencé pour établir sa thèse, par définir ce qu'on doit entendre par phthisie ; mais quoiqu'il nous ait dit de fort bonnes choses, il ne nous a rien appris de nouveau. S'il a d'autres théories, qu'il les expose dans un mémoire ; mais ce qui importe à nous autres médecins praticiens, c'est de savoir comment il guérit. Tous les jours en effet nous rapportons des faits de notre pratique, mais nous ne taisons pas ce qu'il nous importe, surtout de faire connaître le mode de traitement. Mais la discussion ne peut être continuée avec fruit, bien que M. Cheneau jugera à propos de faire des réserves, je le vois d'ailleurs avec peine obligé de répondre à un si grand nombre d'interpellations. Je propose l'ordre du jour.

M. Eguisier. M. Cheneau vient annoncer qu'il guérit des phthisiques ; il s'offre à opérer ces cures devant une commission nommée par vous ; je demande que cette demande soit prise en considération.

M. Belhomme. Je vote pour l'ordre du jour, puisque notre confrère se refuse à nous donner communication de sa méthode curative. Les phthisiques guéris le sont par les seuls efforts de la nature, et la plupart d'entre nous pensent que ces cas heureux sont des exceptions.

L'ordre du jour proposé est adopté à l'unanimité.

M. Thore raconte avoir assisté avec M. Récamier et son fils à l'enlèvement d'un polype utérin qui avait donné lieu à de grandes pertes de sang. On opérait pour la seconde fois, mais avec l'espérance de mettre fin, en anéantissant la cause, à ces effusions continuelles de sang.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Charles Masson.

Lundi 22 avril, M. Edouard Robin commencera par la physique, la chimie et l'arithmétique de nouveaux cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au premier examen en médecine. Le cours d'arithmétique aura lieu à neuf heures, celui de physique à une heure, et celui de chimie à quatre heures.

Les cours sont faits rue de La Harpe, n° 90.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 48. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 22 AVRIL 1844.

DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR M. ORFILA SUR LES INSTITUTIONS MÉDICALES.

(Troisième article.)

« Il ne se rencontre que trop souvent des hommes passionnés et présomptueux, quoique avec des vues droites, qui entravent la marche de la justice au lieu de l'éclairer, au grand préjudice des bonnes mœurs et de l'ordre social. » Ces graves et austères paroles écrites par le fondateur de la médecine légale en France, par le vénérable Fodéré, datent de 1818, époque où la réputation de M. Orfila comme toxicologiste n'avait pas encore l'éclat qu'elle a acquis depuis. Ces paroles, dont le souvenir s'est irrésistiblement présenté à notre esprit en cherchant à apprécier le rôle joué par le doyen de la Faculté de médecine de Paris dans les expertises médico-légales, lui en ferons-nous une application directe? Dans les redoutables fonctions de médecin-légiste, M. Orfila s'est-il en effet montré présomptueux et passionné? Ici, nous l'avouons, nous éprouvons un certain embarras. Toute assertion, à ce sujet, est importante et grave; elle exigerait impérieusement une démonstration complète et péremptoire, et le cadre dans lequel nous voulons resserrer cette appréciation ne nous permet pas de l'aborder. Par la nature même de ce travail, nous ne pouvons que toucher aux généralités des questions diverses et multiples qui se présentent successivement à nous. Les détails nous entraîneraient au-delà de nos limites; les détails, c'est la discussion; nous n'avons voulu présenter qu'une appréciation. Essayons-la.

Pour qui se souvient des grands et importants débats suscités dans ces dernières années par des procès célèbres, les plaintes émises il y a déjà vingt six ans par Fodéré, paraîtront de circonstance. Il n'est que trop vrai que dans plusieurs occasions graves, M. Orfila a pu être accusé de s'être montré présomptueux et passionné. Homme de conception facile et rapide, comme tous les esprits ainsi faits, ce toxicologiste s'est hâté souvent de formuler des conclusions, qu'une observation plus complète et plus patiente est venue détruire ensuite de fond en comble. Aussi, à quelles contradictions les théories toxicologiques de M. Orfila n'ont-elles point été exposées? Tant que ces contradictions ne sortent pas du domaine scientifique, on peut les excuser en quelque sorte autant par la nature difficile et complexe de ce sujet d'études, que par l'ardeur avec laquelle M. Orfila les abordait. Car, nous le disons sans répugnance, on n'a pas toujours rendu justice à l'étendue et à l'importance des travaux entrepris par M. Orfila. Tout assurément n'est pas irréprochable dans ses œuvres, bien s'en faut. Mais par cela même qu'il a fait beaucoup, M. Orfila a pu se tromper souvent, car la faillibilité est fatalement un attribut de l'esprit humain. Si, disons-nous, ses erreurs n'intéressaient que la science et n'engendraient qu'une polémique de cabinet, la toxicologie subirait le sort commun à toutes les connaissances humaines; il faudrait le regretter sans cependant y trouver motif à des récriminations spéciales contre M. Orfila.

Mais il n'en est pas ainsi de la toxicologie en action, et des toxicologistes devant les tribunaux. Sous les plus grands périls, la valeur de l'une ne peut être exagérée: sans s'imposer une responsabilité redoutable, les autres ne peuvent abandonner les principes de réserve, de calme et de prudence qui font leur force et leur autorité.

Ce que fort légitimement on reproche à M. Orfila, c'est d'avoir exagéré hors de toute mesure la valeur de la toxicologie, science incomplète encore, science en progrès évident, mais fort loin d'avoir dit son dernier mot. A chaque expertise nouvelle on a vu M. Orfila trancher les plus grandes difficultés de la science avec la même assurance, le même ton affirmatif, alors qu'à quelques années de distance il employait des moyens d'investigation tout différents. Ce qui était incontestablement prouvé dans une accusation, ce qui était donné comme le *nec plus ultrà* de la science et comme les limites qu'il était désormais impossible de reculer, se changeait dans une autre affaire en procédés incomplets et défectueux qu'il fallait remplacer par les procédés actuels infaillibles et irréfragables. Ceux-ci à leur tour étaient bientôt transformés en d'autres tout aussi infaillibles; de sorte que d'infaillibilités en infaillibilités, quelques têtes pouvaient tomber; têtes coupables, nous le voulons bien, mais qui ne seraient pas tombées peut-être, si le jury avaient eu la prévision de toutes ces infaillibilités.

Quand on songe à l'immense responsabilité des experts, quand on voit que la vie d'un individu et l'honneur d'une famille dépendent d'une erreur de chimiste, quand on réfléchit que cette erreur est si facile, que la vérité d'aujourd'hui peut n'être que l'erreur du lendemain, que le problème change tous les jours, que la difficulté se déplace sans cesse, et que la solution incessamment varie; quand on sait que les questions d'empoisonnement en soulèvent une infinité d'autres d'anatomie normale et pathologique, de médecine pratique et de physiologie; quand il est certain que le médecin-légiste devrait réunir les plus hautes et les plus complètes qualités du praticien, du chimiste et du physicien, on est surpris, inquiet; on peut être épouvanté, au récit de quelques retentissantes affaires, de voir la justice puiser les éléments de ses convictions et de ses sentences dans un simple appareil d'analyse chimique dont le maniement présente encore tant de points de controverse. Mais, à bon droit, on est surtout affligé de voir une des plus hautes personnalités de notre profession compromettre la valeur de la science et la dignité de l'art par des affirmations téméraires, une présomptueuse assurance qu'un réactif plus pur peut faire évanouir. Nous ne voulons pas dire, assurément, que la science de M. Orfila ait égaré la justice et qu'elle ait fait tomber son glaive sur une tête innocente; nous disons que cela pouvait être, que cela pourrait arriver peut-être, et nous voudrions sauver à la conscience de tous d'épouvantables et stériles remords.

Il n'est que trop vrai que le caractère marqué et presque constant de M. Orfila, dans ses rapports avec la justice, a été une malheureuse propension à l'affirmation tranchante. Quelquefois même, quand la sollicitude éclairée des juges, et même du ministère public, cherchait à réveiller dans son esprit quelques motifs d'incertitude et de doute, M. Orfila devenait d'autant plus affirmatif que leur religieuse attention leur suggérait plus de craintes, et quand la défense appelait à son aide quelque rapport contradictoire, alors ses convictions devenaient complètes, absolues, impérieuses; il les exposait avec éclat, fracas, une certaine mise en scène et des circonstances dramatiques, qu'il a paru toujours rechercher avec empressement. Aussi fallait-il voir comment, dans les compte-rendus de ses journaux amis, le rôle de M. Orfila était brillant, animé, et le premier en ligne. Ses dépositions étaient des plaidoyers, ou plus exactement des réquisitoires venant au secours de l'accusation, et dans lesquels l'officieux sténographe ne se faisait pas faute des *sensations prolongées* et autres mille et vulgaires moyens à l'usage des célébrités retentissantes. Tout cela peut flatter l'amour-propre et procurer de vaniteuses satisfactions, mais tout cela est-il bien digne d'un savant, est-ce compatible avec le rôle austère d'un expert et sa mission auguste?

Nous ne pouvons l'admettre; et, selon nous, un des plus graves reproches que l'histoire aura à infliger à M. Orfila, c'est celui d'avoir pour ainsi dire dénaturé le rôle et le caractère du médecin appelé par la justice, d'avoir habitué les tribunaux à le considérer toujours comme une sorte d'adjuvant nécessaire à l'accusation; d'avoir, comme à plaisir, transformé sa mission de pitié et de charité en quelque chose qui, dans des mains moins bien intentionnées que les siennes, tiendrait le milieu entre l'accusateur public et le bourreau.

Cependant, pour être juste en toutes choses, nous dirons qu'une fois M. Orfila eut à changer de rôle, et qu'il obtint l'honneur insigne de soustraire à l'échafaud une tête innocente. Nous faisons allusion à l'affaire célèbre de Chambéry. Chose remarquable, et qui prouverait, à notre avis, qu'en poursuivant ce qu'il croit le crime avec tant de rigueur, M. Orfila fait violence à ses instincts charitables, c'est que jamais il n'a

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Œuvre pieuse. — La vieillesse de Chervin. — Trait rare de bienfaisance. — Ce que coûte un diplôme de médecin. — Une mystification dans le quartier des Cordeliers. — Procédé nouveau d'infibulation — Le latin à la mode. — Le professeur et le libraire. — *Post-Scriptum.*

On l'a répété sur tous les tons: Le médecin qui au bout de sa carrière laisse une honnête aisance à ses enfants, est une heureuse exception qui tous les jours devient plus rare. Celui que la maladie prive de l'exercice de son art avant que la fortune ait déposé sous son toit quelques parcelles de ses largesses, celui-là est exposé à toutes les angoisses de la misère, à toutes les humiliations du besoin. Qu'avons-nous fait, dans une charitable prévoyance, pour préparer à nos confrères infirmes et pauvres, pour préparer à chacun de nous peut-être une vieillesse à l'abri des douleurs de la nécessité, un toit hospitalier, le pain de tous les jours, le chaud vêtement contre l'hiver? Encore peu de chose, et cependant le mal s'aggrave incessamment.

Lecteurs, je viens vous intéresser à une œuvre noble et digne. Un de nos frères — ce n'est ni un riche, ni un puissant — un modeste et très honorable médecin de la banlieue de Paris, M. le docteur Dumont, de Grenelle, m'adresse une lettre que son excessive bienveillance m'empêche de reproduire, et une brochure sous ce titre: *Projet d'établissement d'une maison de retraite pour les médecins du département de la Seine qui, parvenus à un âge avancé ou atteints d'infirmités incurables, seraient dans l'impossibilité de pourvoir à leurs besoins.* Ce titre très explicite n'a pas besoin de commentaires. Existe-t-il parmi nous des médecins à qui un tel établissement peut être utile? Hélas! oui... Rappelez-vous que si une pareille institution eût existé il eût été permis d'abriter dans ce charitable asile la vieillesse de Chervin, ce grand et puissant caractère, cet homme si noble et si loyal, qui, après avoir épuisé sa fortune et son crédit à la solution d'un des plus grands problèmes de la science et de la politique, vécut pendant vingt ans dans une chambrette d'hôtel garni, dont le généreux propriétaire oublia pendant vingt ans de lui demander le prix, admirable bienfaisance qui méritait d'être connue, qui serait digne d'être mieux racontée, et qui n'a pu émaner que du cœur d'une femme!

« Cependant, lorsque après avoir sacrifié l'intérêt au devoir, fourni une carrière honorable, et maintenu, si je puis ainsi parler, dans le » luxe de la gêne, la dignité de sa position, un homme à bout de ses » forces ne recueille que ces trois fatalités, *vieillesse*, *maladie*, *indi-* » *gence*, il ne s'agit pas de le plaindre, il faut le secourir. » Voilà ce que nous dit M. le docteur Dumont, voilà l'œuvre à laquelle il nous convie. Vous lirez la brochure qu'il va vous envoyer; et comme moi, je l'espère, vous serez disposés à l'aider dans cette précieuse entreprise.

Comment est-il possible que la majorité des médecins ne trouvent pas au bout de leurs peines le malaise, et quelques-uns la pauvreté? Peut-il en être autrement? Voyez ce que m'écrit un de nos confrères:

Monsieur et très honoré collègue,

Peut-être vous et moi, et bien d'autres, avions eu la faiblesse, la naïveté de croire qu'il était nécessaire pour prendre le titre de docteur en médecine, d'étudier pendant six ou sept années, de passer sa jeunesse dans les hôpitaux et dans les amphithéâtres, et de dépenser beaucoup d'argent.

Eh bien, vous, les autres et moi, nous nous abusions étrangement. Vous pourrez vérifier dans la Gazette des Tribunaux, du 20 avril, qu'il suffit tout simplement d'avoir 25 fr. dans sa poche pour se procurer l'agrément de se nommer et de signer le D. M.-P.; traditionnel.

C'est-à-dire qu'au prix où sont les diplômes, je n'hésite pas à dire qu'il y a véritablement un grand profit à s'en passer.

En supposant qu'on ait quelques raisons pour ne pas se procurer ce parchemin, bien qu'on eut du goût pour la médecine; en supposant encore qu'on fût pris une fois par an (il faudrait avoir du malheur) à signer des ordonnances sans avoir dans quelque coin de ses cartons le chiffon carré orné de la palme que vous savez, on pourrait pratiquer trente années de suite pour la modique somme de 750 fr., à 25 fr. par an d'amende. Quel bénéfice!

Et l'on nous a fait payer ce diplôme, à vous et aux autres et à moi, 120 fr., sans compter ce qu'il a fallu débourser pour obtenir le pouvoir de payer ce *droit de sceau*, sans calembourg.

Mais ce jugement de la 6e Chambre nous montre évidemment qu'on nous doit au moins 95 fr. de remise, et je mets les choses au plus juste.

Je vous prie, Monsieur et cher collègue, de porter ce fait à la connaissance de nos confrères, afin qu'ils puissent commencer dès aujourd'hui leurs réclamations.

Agréez, etc. PAJOT.

— On a beaucoup ri, dans le quartier des Cordeliers, d'une innocente et spirituelle mystification subie par un honorable libraire de ces régions lointaines. Cet estimable commerçant s'était senti rempli d'indignation au récit des condescendances de M. Guizot en faveur de la reine Pomaré. Il apprend qu'une souscription est ouverte pour l'épée de M. Dupetit-Thouars, et il vole au *National*, qui le lendemain publiait dans ses listes:

M. X...., libraire, *affligé*..., 50 centimes.

Le lendemain, à la grande surprise du libraire, le *National* publiait encore dans ses listes la souscription de

Madame X...., *indignée*...., à l'insu de son mari..., 50 centimes.

Le mari ne dit rien, fit semblant d'ignorer les prodigalités de sa femme, mais se promit bien de mieux surveiller à l'avenir ses folles dépenses.

Le jour suivant, jugez de la consternation! Le *National* publiait encore ceci:

M. X...., sa femme, ses enfants, et sa famille *atterrée*..., 3 f. 50 c.

Une scène domestique devait être la conséquence de pareilles largesses; mais l'innocence complète de la mère et des enfants fut solennellement reconnue; car vérification faite de la caisse, il n'y manquait rien, absolument rien. On conçoit alors que la famille X... était victime d'une mystification; mais les recherches les plus actives n'ont pu lui faire découvrir encore le mystificateur, qui s'est mis en frais de 4 fr.

M. Félix Legros nous a très spirituellement raconté, dans le dernier Compte-Rendu de la Société médicale du Temple, des histoires fort singulières d'infibulation. Il paraît néanmoins que M. Félix Legros ne connaît pas, puisqu'il n'en a pas fait mention, tous les moyens d'occlusion que la jalousie, la crainte ou l'inquiétude peuvent suggérer aux amants ou aux maris. Voici ce que me racontait un membre très essentiel de la même Société, qui me paraît avoir le monopole des recherches sur ce qu'on pourrait appeler la médecine érotique. A chacun sa besogne; celle-ci n'est assurément ni la moins intéressante, ni la moins attrayante, je dirai même la moins philosophique.

Une actrice de nos théâtres, qui depuis... mais alors..., avait un amant jaloux, on dit que ce n'était pas sans cause. Sur une femme de théâtre, la surveillance la plus active est mille fois en défaut et, s'ingéniant de toutes façons pour s'assurer une possession exclusive, il imagina que le plus simple moyen était de verrouiller la porte du sanctuaire. Or, comment s'y prit-il? Voilà où est le procédé nouveau que M. Legros payerait bien un petit écu pour sa deuxième édition. Je vais le lui donner gratis. Mais comment dire cela? Encore si je savais parler latin,

Le latin dans les mots brave l'honnêteté.

Voyons, essayons une petite phrase: *Concipiit pileos montis Veneris, quos densissimos, oblongos et ombrosos habebat, texturare, et*

été mieux inspiré, jamais il n'a trouvé d'arguments plus décisifs ; jamais il n'a fait preuve de plus d'instruction et de savoir que dans cette affaire, où il disputait à des experts prévenus ou ignorants, la vie d'un jeune homme que son rapport fit solennellement acquitter. Ah! nous en sommes certain, cette victoire dut être douce à son intelligence et à son cœur ; et pourquoi n'en connaissons-nous pas nous-même de plus nombreuses à rapporter!

De ce que nous venons de dire, nous sommes bien éloigné de conclure que M. Orfila ne possède ni l'aptitude, ni l'instruction, ni toutes les autres qualités nécessaires à l'expert et au médecin légiste. Nous reconnaissons, au contraire, que son influence sur la médecine légale, en général, et pricipalement sur la toxicologie, a été profonde et légitime. Nous croyons que, même dans ses erreurs, les convictions qu'il a soutenues avec le plus d'assurance étaient sincères et loyales; mais ce que nous persistons à lui reprocher, c'est la rapidité, la variabilité de ses convictions mêmes, son assurance à les produire, et sa vive répugnance à admettre le doute et l'incertitude sur des questions encore si litigieuses.

Il nous reste maintenant à examiner l'influence exercée par M. Orfila comme membre du conseil-général des hôpitaux ; position qu'un médecin, qu'un doyen de la Faculté de médecine pouvait rendre si utile aux intérêts de la science, des élèves et des médecins attachés à ces établissements.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL COCHIN. — M. MONNERET.

Relevé des pleuro-pneumonies traitées pendant les trois premiers mois de l'année 1844.

Vingt-quatre malades atteints de pneumonies et pleuropneumonies ont été admis dans ce service pendant les mois de janvier, février et mars de l'année 1844. De ce nombre, il y avait 14 hommes seulement et 10 femmes. La proportion des femmes est plus considérable que l'on ne devait s'y attendre, d'après des relevés précédemment faits; il n'en résulte pas moins, toutefois, que la pneumonie est plus fréquente chez l'homme. Quant à l'âge, voici la fréquence qui a été observée :

De 17 à 20	3
De 20 à 30	4
De 30 à 40	9
De 40 à 50	6
De 50 à 60	2

Ces résultats sont assez conformes à ceux que d'autres observateurs ont obtenus, et prouvent que la pneumonie a son maximum de fréquence dans l'âge où l'homme se trouve exposé, suivant la nature de ses travaux, à une foule d'influences morbifiques. Les professions qui ont paru favoriser le développement de cette affection étaient, en général, des professions pénibles qui nécessitaient un séjour prolongé en plein air, au milieu des intempéries de l'atmosphère et des variations de température.

Chez les femmes, une était balayeuse, une autre femme de ménage; cette dernière, âgée de cinquante-cinq ans. Et parmi les hommes, deux étaient charretiers, trois maçons, un terrassier, un autre ouvrier aux chemins de fer. On sait combien il est difficile, dans la plupart des cas, d'arriver à la connaissance exacte des causes des maladies. Pour la maladie qui nous occupe, il a été impossible d'obtenir rien de positif à cet égard. Deux hommes seulement attribuaient leur mal à un refroidissement. Chez une femme, l'invasion suivit de près l'ingestion d'un verre d'eau froide, le corps étant en sueur. La pneumonie a été secondaire dans sept cas. Ainsi, elle s'est développée dans le cours d'une bronchite ancienne, d'une affection du cœur, de trois fièvres typhoïdes, d'une phthisie pulmonaire et d'une hépatite suraiguë. Seize fois le mal a débuté par un frisson accompagné de toux et de douleur dans un des points de la poitrine. C'est, comme on voit, le cas le plus ordinaire de l'invasion de la pneumonie, excepté lorsqu'elle survient pendant le cours d'une autre maladie, elle se développe alors d'une manière sourde, et se traduit principalement par les phénomènes de l'auscultation.

Quant au siége, la maladie occupe onze fois le poumon droit et onze fois le poumon gauche; deux fois elle a envahi les deux poumons à la fois. Si nous ne retrouvons pas ici cette prédominance relative, admise par tous les observateurs, de la pneumonie droite sur la pneumonie gauche, nous constatons toujours, avec eux, la rareté relative des pneumonies doubles.

La pneumonie a occupé la base seize fois, six fois le sommet, et deux fois la totalité du poumon ; d'où il résulte que l'inflammation de la base du poumon aurait une fréquence plus que double de celle du sommet.

La douleur s'est montrée chez vingt malades, et occupait toujours le coté affecté ; elle siégeait le plus ordinairement aux environs du mamelon ou à l'hypochondre. Dans un cas de pneumonie du sommet, elle se montra à la région scapulaire. Elle ne fit défaut que chez quatre malades, dont deux femmes atteintes de fièvre typhoïde, et deux hommes (fièvre typhoïde, hépatite suraiguë). Sa durée ne dépassa pas, en général, le troisième jour de l'entrée du malade.

La fréquence et la gêne de la respiration ont été en rapport avec l'étendue et la gravité du mal; elles furent à leur maximum dans les pneumonies suivies de mort. La toux n'a rien offert de remarquable. L'expectoration a été variable. Chez les uns, et c'était le plus grand nombre, les crachats ont été visqueux, safranés, légèrement rouillés ; chez les autres, ils étaient liquides, mousseux, incolores ; et ces derniers malades n'étaient pas les moins gravement atteints. Leur quantité a été très variable ; il semble cependant qu'elle ait été en raison inverse de la gravité de la maladie. Leur suppression a toujours été d'un mauvais augure. Enfin, chez trois femmes, il y a eu absence complète d'expectoration depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie.

Sur seize malades, la pneumonie était parvenue au deuxième degré, c'est-à-dire qu'il y avait diminution de sonoréité du côté atteint, avec du souffle tubaire et de la bronchophonie. La plupart des sujets étaient, il est vrai, malades chez eux depuis quelques jours; mais nous pensons néanmoins que dans certains cas le râle crépitant est un symptôme fugace et de courte durée, et que le passage de la pneumonie du premier au second degré est très rapide.

La céphalalgie s'est montrée dans environ la moitié des cas; elle occupait la région frontale, et son intensité était proportionnée à celle du mal. Le délire exista chez deux malades; l'un succomba. Tous deux étaient atteints de pneumonie du sommet du second au troisisième degré. Dans trois cas de pneumonie du sommet il y a eu des épistaxis au début. Ce symptôme a donc par lui-même quelque importance, puisqu'il a eu lieu dans la moitié des cas de pneumonie du sommet.

La figure n'a offert d'altération notable que dans les cas les plus graves; alors elle exprimait l'abattement, et la voix était le plus ordinairement éteinte. La teinte grisâtre du visage indiquait un danger imminent; nous en dirons autant de sa couleur jaune-verdâtre s'étendant aux parties supérieures du corps. Cette dernière teinte ajoute beaucoup à la gravité du pronostic. Deux malades l'ont offerte à un degré assez prononcé ; il en est mort un. Tous deux avaient une pneumonie du sommet du poumon droit. L'autopsie de l'un d'eux n'a signalé aucune adhérence morbide entre le foie et le diaphragme, ni entre la plèvre diaphragmatique droite et le poumon correspondant. Cette coloration ne peut d'ailleurs être attribuée au siége de la maladie dans le voisinage du foie, puisque dans les deux cas la pneumonie occupait le sommet (dans un cas de pneumonie double qui se termina promptement par la mort, le visage était bleuâtre).

La langue resta nette et humide dans les cas les plus légers. Dans des cas plus graves, elle était couverte d'un enduit blanchâtre, variable quant à l'épaisseur. Chez une femme, il survint, le douzième jour de la maladie, une diphthérite buccale qui occupait toute la voûte palatine et l'isthme du gosier, mais ne s'étendait pas jusqu'au pharynx. Enfin, dans quatre cas des plus graves, dont trois se sont terminés par la mort, la langue était sèche, collante, brune. Tous les malades eurent de l'anorexie et une soif plus ou moins vive. Dix fois il y eut des nausées et des vomissements spontanés. Le ventre fut tendu et sensible cinq fois. Il y eut de la diarrhée quatre fois. Parmi les troubles des organes digestifs, il faut noter le hoquet, qui eut lieu chez deux hommes gravement atteints et dont l'un succomba.

Le pouls varia entre 100 et 120 pulsations dans les premiers jours du traitement ; il fut en général dur, vibrant et régulier, et ne présenta de l'intermittence et de l'irrégularité que chez deux femmes, dont l'une avait une ancienne affection du cœur. Chez un homme dont nous avons déjà parlé, et qui succomba à une pneumonie du sommet avec ictère, le pouls se ralentit à mesure que les accidents s'aggravaient, et le jour de la mort il était à 60.

Chez deux hommes seulement, on observa un état général caractérisé par de la stupeur, des troubles des sens, de l'agitation, du délire, et le peu de conscience qu'ils avaient de leur position; état qui offrait beaucoup d'analogie avec celui que l'on observe dans la fièvre typhoïde.

Dans les pneumonies arrivées au second degré, le bruit de souffle perdit peu à peu de son caractère en se rapprochant insensiblement du bruit d'expiration et se mêlant à du râle crépitant, du deuxième au troisième jour, à partir du traitement, chez quatre malades ; le quatrième jour, chez cinq ; le cinquième jour, chez trois; le neuvième et le douzième jour, chez deux autres.

L'amélioration, c'est à-dire l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls et le sentiment de bien-être éprouvé par le malade, a eu lieu chez quatre malades le sixième jour de l'entrée à l'hôpital; chez quatre autres, le troisième; chez deux, le cinquième. Trois fois l'amélioration a paru coïncider avec l'apparition de sueurs abondantes générales ; une fois l'urine donna par l'acide nitrique un précipité louche peu abondant, qui ne disparut pas entièrement par l'addition d'une plus grande proportion d'acide (urine critique).

La maladie se termina par la mort quatre fois. Deux des malades qui étaient dans un état fort grave le jour de leur entrée, succombèrent le lendemain: l'un avait une pneumonie double ; l'autre une inflammation de tout le poumon gauche, passée au deuxième et troisième degré ; le troisième avait une pneumonie du sommet avec ictère ; et le quatrième une pneumonie du sommet, et un mélange d'engouement et de pneumonie lobulaire au deuxième degré.

Le traitement suivi fut mixte et consista en émissions sanguines, préparations antimoniales, vésicatoires et toniques suivant l'indication.

---

eas cùm catenâ serâ aureâ alligare ùt vulvam omninò occluderetur . Et il le fit !..... Comment trouvez-vous ce petit latin? Si vous y dénichez moins de trois solécismes et de deux barbarismes, je vous déclare que je n'écrirai plus mes œuvres qu'en cette belle langue.

C'est, du reste, ce que vient de faire un de nos professeurs qui fait imprimer en ce moment, en latin, un Traité sur les maladies des enfants. Pourquoi en latin, direz-vous? « Par un motif singulier, peut-être, mais dont je ne dois compte à personne », vous répondra l'auteur, et vous concevez que je ne vais pas me creuser la tête à trouver ce motif singulier ; mais je lui dirai que cette détermination m'afflige, parce que de nos nombreux auteurs qui gribouillent le papier, il est un de ceux qui écrivent le plus correctement, le plus élégamment notre langue assez riche pour répondre à tous les besoins, assez répandue pour populariser un ouvrage digne d'être popularisé. Heureusement que M. Trousseau — c'est le coupable — a un libraire « qui envisage » les choses d'un autre point de vue que lui, et qui a jugé que le livre » devait être traduit en français. » Nous aurons donc les deux versions, ce qui atténue mes regrets.

— Il y a quelques jours, la femme d'un cocher nommé Michel, accoucha d'un enfant qui n'avait ni bras, ni jambes, et dont la tête offrait des particularités fort remarquables. Ce monstre humain ne vécut que deux heures. Avant sa mort, le médecin-accoucheur avait manifesté le désir de l'acheter. Il s'empressa d'en offrir trente francs. Inconsolable de la mort de son enfant, le père exigea le double de la somme. La discussion et la dispute qui s'ensuivirent durèrent trois jours. Furieux, le médecin menaca le père de le dénoncer à la justice pour n'avoir pas fait enterrer son enfant dans les delais voulus.

Effrayé, le père adressa à M. Gabriel Delessert la pétition suivante :

« Monsieur le préfet, j'ai l'honneur de vous informer que madame Michel, mon épouse, est accouchée d'un enfant privé de ses jambes et de ses bras, ce qui fait que c'est un phénomène naturel dont je suis le père, qui est mort rue St-Lazare, 38.

» Je voudrais enfermer, monsieur le préfet, dans un bocal d'esprit-de-vin, afin de le conserver, mon enfant, avec lequel j'ai l'honneur d'être, monsieur le préfet, votre très humble serviteur. »

Jean RAIMOND.

P. S. Je viens de lire dans le dernier feuilleton de la *Gazette médicale*, où se trouvent quelques lignes fort acides à mon adresse. Je ne m'en plains ni ne m'en afflige. Dans un article où deux de nos plus honorables confrères, où deux de mes maîtres, M. Velpeau et M. Husson, sont indignement insultés, le pauvre Jean Raimond aurait mauvaise grâce de crier et de se plaindre. D'ailleurs, que répondre à un jugement littéraire? M. Guérin trouve mes articles une *diatribe sans goût et sans esprit;* je ne saurais qu'y faire. Dieu veuille seulement que mes lecteurs ne soient pas de son avis.

AUX MÉDECINS DE LA CAPITALE.

Ne vous hasardez pas, quelque matin, à vouloir assister aux visites cliniques qui se font à l'Hôtel-Dieu; car vous trouverez à l'entrée du sanctuaire hospitalier un gardien bourru qui vous barrera le passage en vous demandant « votre carte! » Vous tirerez de votre carnet une carte, un paquet de cartes, sur lesquelles est imprimé votre nom, précédé du titre médical académique, ou suivi d'un D.-M.-P. majuscule, et confiant en ce précieux talisman, vous entrerez. Déjà?... Pas du tout! vous serez happé au collet, et après un « Nous ne connaissons pas cela, » on vous demandera votre diplôme, sa production intégrale. Si vous n'êtes pas trop abasourdi par d'aussi exorbitantes prétentions, vous vous exclamerez d'une façon quelconque, et demanderez à voir l'omnipotent recommandateur de pareilles consignes. On voudra bien peut-être vous y conduire, mais toujours appréhendé au corps, attendu que l'on craint, il faut croire, de vous quelque machination infernale; et vous comparaîtrez devant quoi? — Nouvelle désillusion de votre candeur abusée! — Devant un employé de bas étage, lequel, rempli de cette urbanité qui a cours dans les bureaux, gardera sa casquette sur la tête, tandis que vous serez le chapeau à la main, et vous répondra avec cet accent où respire l'aménité à l'instar de Riz-Pain-Sel: « On n'entre pas sans une carte, que je ne délivre pas aux docteurs comme aux autres sans leur diplôme (textuel)!) » Or, le commis vous aura campé cela au... visage, non sans relever sa conquérante moustache qui fraternise avec une plume inappréciable et incommensurablement administrative, plume savante, plume habile!.... Et vous, confus d'être descendus si bas, honteux que votre front chauve et vos cheveux blanchis par l'étude se soient humiliés à tel point, lorsque ardent de pensées humanitaires vous courriez consacrer quelques instants du loisir médical à l'étude des grands maîtres de la science; vous saurez qu'il ne faut pas vous embarquer pour l'Hôtel-Dieu sans votre volumineux parchemin bien et dûment valable, et sur la présentation duquel un commis de l'administration vous donnera une carte d'élève, qui vous permettra d'entrer, en validant de la sorte votre identité.

Maintenant, que le premier manant se procure un diplôme ou une feuille d'inscriptions, et il entrera tout aussi bien que vous, parce que le contrôle de la porte n'est point illusoire, mais bien une chose de la plus haute moralité.

Heureusement que nous sommes persuadés que l'Administration de l'Hôtel Dieu redoute peu qu'il arrive à quelque curieux de constater dans l'intérieur de l'établissement qu'elle régit en souveraine, quelque énorme incurie, etc., etc., etc., ou des prétentions inouïes à l'omnipotence; autrement cela nous donnerait à penser.....

Cependant, s'il plaisait par hasard à tous les administrateurs d'hôpitaux de mettre en vigueur pareille mesure faite pour les enfants, les malotrus et rien de plus, lorsque vous voudriez visiter les hôpitaux, il faudrait partir de chez vous, chers docteurs, munis de toutes les cartes d'élève auxquelles la présentatian de votre diplôme vous donnerait droit; mais n'oubliez pas qu'on n'obtient une carte d'élève qu'après nombreux petits quarts d'heure d'antichambre chez l'autocratie écrivassière. A ce prix, vous entrerez à l'Hôtel-Dieu !....

L. M. B., D. M.-P.

Paris, le 19 avril 1844.

Note du Rédacteur. Nous pensons qu'il suffira de signaler ces faits, qui ne peuvent être ni dans les intentions ni dans les habitudes polies de l'Administration, pour que ces faits ne se renouvellent plus.

NOUVELLES.

M. Arago a raconté aujourd'hui à l'Académie des sciences un événement arrivé à M. Breschet. On sait que ce professeur voyage en ce moment en Italie pour cause de santé. Dans la campagne de Rome sa voiture a été arrêtée par des brigands, et il a été complètement dévalisé. Il lui restait encore sa montre, que les brigands lui ont demandé. M. Breschet ne la tirait pas sans doute assez vite au gré des voleurs, lorsqu'un de ceux-ci s'est précipité sur lui le sabre nu pour trancher... la chaîne de la montre. Mais M. Breschet a cru que le brigand voulait trancher ses jours, et il a éprouvé une émotion très vive et très fâcheuse dans son état de santé.

—M. Simon, aide-chirurgien au King's-College, a gagné le prix triennal fondé par Astley Cooper, par un essai sur la structure et les usages de la glande thymus.

— Les journaux anglais rapportent que le docteur O'Meara, chirurgien de Napoléon, à l'île de Sainte-Hélène, 1815-1818, vient de mourir à l'état d'aliénation mentale dans une prison pour dettes de Dublin (Irlande). Sa belle-sœur l'avait fait appréhender au corps pour une somme d'environ 100 francs. Il était depuis dix-huit mois en prison.

— La faculté de médecine de l'Université de Vienne compte un directeur, deux vice-directeurs, seize professeurs ordinaires et neuf professeurs extraordinaires, ainsi que plusieurs professeurs agrégés (*privat docent*). L'école vétérinaire de cette même ville compte un directeur, cinq professeurs, quatre répétiteurs et un forgeron. (*Herzig. Das medicinsche Wien.*)

Tous les malades ont été soumis au début à des émissions sanguines soit générales, soit locales. Le nombre des saignées n'a pas dépassé celui de trois, et autant que possible elles ont été pratiquées à des intervalles rapprochés. Le sang a toujours présenté à sa surface une couenne d'une épaisseur variable, sauf les cas où il avait mal coulé.

L'émétique fut également administré dans tous les cas, concurremment avec les émissions sanguines ou peu de temps après elles. On le donna à la dose de 20 à 40 centigrammes, seul ou le plus ordinairement associé à l'opium pour en faciliter la tolérance. Toutefois, lorsqu'il n'y avait pas d'effet marqué l'on supprimait l'opium. Terme moyen on n'en continua pas l'usage plus de trois jours.

Les vésicatoires sur la poitrine ne furent appliqués que dans les cas les plus graves, et lorsque la résolution tardait à se montrer. Placé en temps oportun, ce moyen constitue une ressource précieuse qui n'est pas à négliger.

La prédominance de quelques symptômes, l'état typhoïde ou la faiblesse extrême des malades ont nécessité l'emploi de quelques toniques. Chez un homme âgé de quarante-huit ans, qui avait de la stupeur, et qui portait une altération profonde des traits du visage, le musc et l'extrait de quinquina à la dose de 7 centigrammes pour le premier et de 6 décigrammes pour le second, ont paru amener un résultat favorable.

Il est impossible, comme on le voit, d'après une médication aussi complexe, d'apprécier en particulier la valeur d'un mode de traitement. Mais on ne s'est pas proposé d'autre but que celui d'obtenir le plus grand nombre de guérisons possible en combinant l'ensemble de moyens dont l'efficacité était incontestable.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. PUCHE.

Diagnostic de la blennorrhagie.

L'urétrite est une inflammation simple ou spécifique du canal de l'urètre. Cette inflammation est toute superficielle, sans lésion des tissus qu'elle occupe. On l'assimile avec beaucoup de raison aux inflammations catarrhales. Elle se contracte le plus souvent dans un coït impur. Ainsi, les rapports sexuels avec des femmes affectées d'inflammations vaginales, d'affections cancéreuses des parties sexuelles, le coït avec une femme qui a ses règles ou qui vient de les avoir, peuvent déterminer cette maladie chez l'homme. Un coït trop prolongé, tel que celui qui a lieu pendant une forte préoccupation d'esprit, ou bien à la suite d'un repas copieux, en est encore une cause à signaler. Cette affection reconnaît, de plus, des causes que l'on peut appeler internes par opposition à celles-ci, qui proviennent toutes d'une action extérieure; ce sont les excès de boissons alcooliques ou chargées d'acide carbonique, les métastases rhumatismales, dartreuses, le refroidissement des extrémités, la dentition.

On voit, par l'énumération de ces causes si nombreuses et si diverses, que les urétrites doivent offrir entre elles des différences parfois bien tranchées; c'est en effet ce qui a lieu. On reconnaît trois principales espèces d'urétrites: Une première, qui est purement inflammatoire; une seconde, comprenant les urétrites qui reconnaissent pour cause un virus spécifique, contagieux, auquel M. Puche conserve le nom de virus blennorrhagique. Cette espèce présente quelquefois des symptômes secondaires particuliers qui la distinguent parfaitement de toute autre. Dans une troisième espèce, viennent se ranger les blennorrhagies dues à l'infection syphilitique. Celles-ci ont des effets secondaires identiques à ceux des chancres. On pourrait encore admettre une quatrième espèce d'urétrite qui se composerait des écoulements bien rares à observer, provenant de l'une des diathèses dartreuse, rhumatismale ou scrofuleuse.

Il importe extrêmement de distinguer les unes des autres ces trois principales sortes de blennorrhagies, qui constituent, à proprement parler, trois maladies distinctes. Jusqu'à présent, l'inoculation et le traitement avaient été les seuls moyens d'établir cette distinction. Voici quelques remarques fondées sur l'inoculation des blennorrhagies, qui servent à M. Puche à poser souvent dès leur début le diagnostic si difficile de ces maladies. Selon M. Puche, l'urétrite qui résulte de la simple excitation des organes par l'acte vénérien, se montre d'ordinaire deux à trois jours et quelquefois de suite après cet acte. Elles ne constituent que des affections légères intransmissibles. Elles proviennent d'une multitude de causes sans rapport avec la moralité des personnes avec qui elles sont contractées. La blennorrhagie qui a pour cause le catarrhe utérin, une vaginite purulente ou une affection cancéreuse de la matrice, se montre quelques jours plus tard; il semble qu'il y ait dans ce cas un principe morbide qui se soit communiqué, et qui demande un temps plus long pour produire ses effets que dans le cas d'une simple surexcitation physique. Dans la blennorrhagie due à un principe virulent, *sui generis*, l'incubation, c'est-à-dire le temps qui sépare l'acte infectant de l'apparition des premiers symptômes, n'est guère moindre de sept à huit jours.

Quant à la blennorrhagie syphilitique, qui de toutes est la plus importante à reconnaître à cause de ses conséquences, mais qui est heureusement la plus rare, elle ne se déclare jamais moins de quinze jours après un coït infectant. Cette incubation de quinze jours est, suivant M. Puche, un des sûrs moyens de reconnaître la nature syphilitique de cette affection.

L'urétrite qui provient de rapports avec une femme affectée de catarrhe utérin, n'est pas transmissible par l'homme. M. Puche cite, à l'appui de cette assertion, le cas d'un homme marié qui entretint pendant deux ans des relations suivies avec une femme affectée de catarrhe utérin, contracta trois urétrites plus ou moins rebelles à tout traitement, et qui ne transmit pas sa maladie à sa femme légitime, avec laquelle il avait continué ses rapports. Cette même urétrite inflammatoire n'est jamais suivie de douleurs dans les grosses articulations, et ne donne pas lieu à l'ophthalmie blennorrhagique. C'est ce que M. Puche a pu constater chez trois malades peu soigneux de leur personne, et qui se sont frotté les yeux sans accident avec leurs doigts très certainement salis du pus de l'urètre.

La blennorrhagie qui ne se déclare que quinze jours après un coït infectant, est, suivant M. Puche, d'une nature syphilitique. M. Ricord, qui a beaucoup étudié la question de savoir si la blennorrhagie est de même nature que le chancre, s'est prononcé pour la négative. Il prétend que toutes les fois que les conséquences de cette maladie sont venues démontrer sa nature syphilitique c'est qu'on avait affaire à un chancre du canal. M. Puche, qui a lui-même quelquefois constaté sur le vivant et par l'autopsie l'existence des chancres dans l'urètre reconnaît au contraire qu'il existe des inflammations superficielles dont la matière sécrétée est identique au pus des chancres, soit qu'il y ait ou non érosion de la muqueuse urétrale. Il a été amené à cette opinion par ses expériences sur le pus des balanoposthites, expériences qui démontrent que l'inoculation du pus de certaines balanoposthites a des résultats tout à fait semblables à l'inoculation du chancre le mieux caractérisé. Il a cru, vu la similitude de cette maladie avec l'urétrite, pouvoir admettre que le pus de certaines blennorrhagies devait également être inoculable. C'est ce que les faits lui ont démontré par la suite. Il a inoculé la sécrétion de quinze cents blennorrhagies environ, et, sur ce nombre considérable, vingt seulement dont l'inoculation avait été de plus de quinze jours, ont donné naissance à la pustule spéciale au virus syphilitique. Ces expériences prouvent en outre combien sont rares les urétrites syphilitiques, soit qu'elles tiennent à un chancre du canal, soit qu'elles proviennent d'une inflammation superficielle. On voit encore dans cette rareté une preuve de l'identité de l'urétrite avec le balanoposthite dont le pus n'est presque jamais syphilitique. Un caractère qui distingue encore la blennorrhagie syphilitique c'est de rester contagieuse pendant des mois et même des années; ce qui ne s'observe point pour toutes les autres sortes de blennorrhagies.

Le premier symptôme de la blennorrhagie est un prurit voluptueux qui se fait sentir à l'extrémité de la verge et qui éveille souvent les désirs vénériens. Cette excitation s'accroît de jour en jour et s'accompagne, presque dès le début, d'un écoulement de matière purulente. L'inflammation se porte à l'extérieur, le méat urinaire rougit, le gland devient érythémateux et acquiert plus de volume. Les auteurs ont dit que le phimosis survient alors comme complication; c'est au contraire un accident des plus rares. Ce qui est assez fréquent, c'est l'œdème du prépuce que produit la turgescence des vaisseaux et la position déclive de l'organe. D'autres fois l'inflammation gagne les parties profondes de l'urètre et détermine des spasmes au col de la vessie, des besoins d'uriner réitérés, et le malade éprouve de vives douleurs en les satisfaisant. Ces symptômes augmentent d'intensité depuis le troisième jusqu'au huitième jour et quelquefois au delà. L'abondance de l'écoulement est en rapport inverse avec l'acuité de l'inflammation; sa couleur, d'abord blanche, devient successivement jaune, puis verdâtre. Il est souvent strié de sang. Dans quelques circonstances plus rares, la matière de l'écoulement consiste en une eau roussâtre. Lorsque des soins hygiéniques ont été strictement observés, l'inflammation décroît après le douzième jour, le pus devient plus abondant mais moins épais et moins coloré, il se rapproche de l'état muqueux. Il est très rare qu'abandonné à lui-même un écoulement cesse tout à fait. Il passe d'ordinaire à l'état chronique. Le canal n'est plus douloureux mais il est toujours le siége d'un suintement plus ou moins abondant qui se traduit le matin par une goutte de liquide semi-transparent et blanchâtre. On observe souvent aussi de fréquentes récidives à l'état aigu par l'effet de la plus légère sur-excitation.

La blennorrhagie se complique quelques fois d'accidents plus ou moins graves. Elle donne lieu au gonflement de la prostate, d'où résulte une sensation de pesanteur à la région de l'anus et du périnée, souvent l'impossibilité de s'asseoir et d'exécuter certains mouvements des membres inférieurs. Cette inflammation s'accompagne fréquemment de spasmes à la marge de l'anus, surtout chez les personnes nerveuses. Cette fâcheuse complication persiste souvent malgré tous les moyens employés pour la faire disparaître.

D'autres fois, c'est du côté de l'hypogastre que s'étend l'inflammation. Le tissu cellulaire des aines est comme gonflé. Le malade ressent de la pesanteur au bas-ventre et dans le haut des cuisses, qui sont même quelquefois douloureuses. D'autres fois l'inflammation se concentre sur l'organe primitivement affecté, la membrane muqueuse de l'urètre perd son extensibilité, l'urine ne peut être expulsée qu'en filets ténus ou même goutte à goutte et le malade éprouve des douleurs cuisantes en la rendant. Les corps caverneux sont gonflés. Les érections sont fréquentes et très douloureuses surtout la nuit. Dans cet état la verge se recourbe en bas, à cause de la différence qui existe alors entre la longueur des corps caverneux distendus par le sang, et la longueur du canal qui, devenu inextensible, fait l'office de la corde d'un arc. Cet état se désigne sous le nom de *chaudepisse cordée*. Il arrive quelquefois que le canal se déchire dans ces érections anormales; de là des hémorrhagies qu'il est difficile d'arrêter.

Dans d'autres circonstances, l'inflammation abandonne son siége primitif pour se porter sur les organes voisins ou plus éloignés. Cela constitue alors autant de maladies successives, héritières de l'entérite, pour nous servir de l'expression pittoresque de Cullerier neveu. Nous allons considérer, à part, chacune de ces maladies. Une des plus fréquentes est la *chaudepisse tombée dans les bourses*. On a donné ce nom au transport de l'inflammation urétrale sur l'un des organes renfermés dans le scrotum. L'épididyme est presque toujours la seule partie sur laquelle se fixe l'inflammation. C'est ce qui a déterminé plusieurs auteurs à la désigner sous le nom d'*épididymite*, quoi que tous les organes contenus dans les bourses participent à l'inflammation. Il arrive parfois que les cordons testiculaires, par lesquels l'inflammation s'est transmise aux bourses, reviennent à l'état normal, tandis que l'épididymite subsiste. C'est un phénomène analogue à celui que présentent certaines lymphites, dans lesquelles les vaisseaux sont dans l'état sain, tandis que l'inflammation qui les a traversés est fixée sur les ganglions où ils se rendent. Dans d'autres cas assez fréquents l'inflammation passe de l'épididyme à la tunique vaginale, et détermine dans la cavité de cette membrane un épanchement séreux plus ou moins abondant. Il n'est pas même necessaire que la membrane soit positivement enflammée pour que cet épanchement ait lieu; il suffit de la simple surexcitation que l'épididymite occasionne dans cette membrane, pour que cet effet secondaire se produise.

Quant au testicule même, il ne participe que rarement à l'état inflammatoire des organes circonvoisins et toujours à un faible degré. Un symptôme de l'épididymite et de la vaginalite aiguë que l'on rencontre presque constamment, c'est l'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané et l'œdème érythémateux de la peau du scrotum, est principalement à cet œdème que la chaudepisse tombée dans les bourses doit son volume, ainsi qu'au gonflement de l'épididyme, et non pas à la quantité du liquide épanché dans la tunique, ni à l'épaississement de celle ci.

Dans les cas les plus communs, qui sont ceux d'épididymite simple, on sent, en palpant le testicule affecté, une tumeur dure qui occupe sa partie postérieure, et se trouve située soit en haut, soit en bas, ou bien qui embrasse tout le testicule, selon que la tête, la queue, ou tout le corps de l'épididyme est envahi. Par une disposition anatomique propre à certains sujets, l'épididyme se trouve placé en avant du testicule; ce qui peut induire en erreur, et faire croire à une orchite. Lorsqu'il y a vaginalite, on constate au bas du testicule une tumeur égale, molle, n'ayant pas la rénitence du testicule, et donnant parfois une sensation de fluctuation. Il est rare que l'épanchement puisse être reconnu au moyen de la transparence. La petite quantité du liquide et le gonflement des tuniques enveloppantes s'y opposent.

Les causes de la blennorrhagie tombée dans les bourses sont le plus souvent externes, telles que les contusions légères, de simples froissements. Il suffit même du ballottement des testicules causé par la marche ou par le mouvement d'une voiture pour déterminer cet accident, lorsque ces organes ne sont pas maintenus par un suspensoir. On a remarqué que d'ordinaire le testicule qui s'affecte est celui que le pantalon ne soutient pas, et qui est appuyé contre la cuisse. Cette maladie reconnaît encore pour cause les tentatives faites prématurément pour supprimer un écoulement, soit que l'on ait fait usage d'une médication interne, soit que l'on ait employé une médication externe, comme des injections irritantes. Enfin, il faut reconnaître que souvent cet accident survient sans cause appréciable, lors même que l'inflammation est médiocre et à toutes les époques de la maladie. On ne peut alors l'attribuer qu'au transport du principe virulent.

Cette inflammation passe facilement d'une bourse à l'autre. Cela s'explique par cette sympathie qui existe entre les deux moitiés d'un organe double. L'apparition d'une épididymite est souvent avantageuse à la guérison des urétrites chroniques, parce qu'elle supprime presque entièrement la sécrétion vicieuse à laquelle le canal était habitué et qu'elle favorise son retour à l'état naturel.

Il importe de signaler encore un accident qui accompagne fréquemment la blennorrhagie, et qui inquiète souvent les malades. Nous voulons parler du gonflement anormal des ganglions de l'aine. Ce gonflement survient par suite de marches forcées, d'exercices violents, d'une station debout trop longtemps prolongée, ou bien encore de remèdes prématurément donnés pour arrêter un écoulement. L'absorption du pus urétral ou une métastase inflammatoire en sont les causes immédiates. Cet accident n'a rien de dangereux, tant qu'il n'est pas sous la dépendance d'une urétrite syphilitique. Il n'y a pour ainsi dire pas d'exemple qu'une adénite blennorrhagique abandonnée à elle-même se soit terminée par suppuration, si surtout le malade s'est tenu au repos. Ce n'est que par une conduite antihygiénique et des traitements tout à fait contraires que cette fâcheuse terminaison a eu lieu.

Enfin un autre accident, qui accompagne quelquefois l'urétrite, est la lymphite du raphé et du périnée. Les vaisseaux lymphatiques et les petits ganglions semés le long de ce trajet s'engorgent, s'indurent et finissent souvent par abcéder. Leur tuméfaction comprime le canal de l'urètre, et peut faire croire à un rétrécissement.

Dans un second article, nous ferons connaître les procédés curatifs auxquels M. Puche a reconnu de l'efficacité contre les diverses affections dont nous venons d'exposer les particularités les plus intéressantes.

SOCIÉTÉ MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 6 mars 1844.— Présidence de M. BRIÈRE DE BOISMONT.

Après quelques observations de MM. Forget et Caffe sur la rédaction du procès-verbal de la dernière séance, celui-ci est adopté.

Correspondance. — *M. Larrey* envoie le compte-rendu imprimé de la fête d'inauguration de la statue de Bichat, fondateur de notre Société. A ce sujet des communications sont faites par MM. Brière de Boismont, Adorne, Caffe et Piedagnel, sur les mesures provoquées par la demande qu'a faite la Société pour l'exhumation des restes mortels de Bichat, oubliés pour ainsi dire à Clamart. Il résulterait de ces renseignements, que sur les instances de notre collègue M. Thierry, membre du Conseil municipal, celui-ci a accordé un terrain, et que

quand toutes les mesures seront légalisées, la Société médicale d'émulation présidera tout spécialement à cette cérémonie, où se réuniront aussi l'Académie royale et M. le préfet de la Seine.

M. Cornac exprime le désir que la tête de Bichat, qui est en la possession de M. Roux, lui soit réclamée.

— *M. Srokalski*, appuyé d'un extrait des registres de la Société médico-pratique, revient par lettre sur l'imputation que dans une séance précédente M. Sichel a fait peser sur lui, à l'occasion de M. Desmarres. Ses réclamations sont renvoyées à la commission chargée du rapport sur sa candidature. Le rapporteur s'était d'ailleurs occupé déjà de cette réclamation.

— *M. Szerlecki*, docteur à Mulhouse, envoie une observation sur la gangrène avancée du poumon. (Rapporteurs : MM. Piedagnel et Gilette.)

— *M. Davat*, médecin des eaux d'Aix, en Savoie, envoie un mémoire sur les tumeurs lacrymales. (Rapporteurs : MM. Giraldès, Forget et Bourgeot-Saint-Hilaire.

— *M. Leblanc* envoie le n° de mars de sa Clinique vétérinaire.

— *M. Giraldès*. Il vient, dit-il, poser et rectifier des chiffres sur ce qu'il a dit dans la dernière séance, relativement à l'opération qu'on pratique en Angleterre pour guérir les tumeurs enkystées des ovaires. Sur 37 opérations connues, 9 ont été incomplètes ; sur les 28 qui peuvent entrer en ligne de compte, il y aurait eu 18 succès et 10 morts ; tandis que sur les 9 premières, il y aurait eu 3 morts, et 6 cas qui ont traîné en longueur et ont été perdus de vue. M. Clay, qui se donne pour l'inventeur de la section péritonéale, a publié sur ce sujet une brochure qui contient des inexactitudes. Il y a deux opérations, la petite et la grande. La petite consiste en une section de 6 centimètres seulement au dessus des pubis, et cette ouverture sert à extraire le kyste malade. D'après M. Clay, par ce procédé, qui est de Jefferson, il y aurait eu 5 guérisons et 5 morts. Mais dans ces 5 succès, il en est qu'il faut rapporter aux cas soumis à la grande opération. Celle-ci exige une incision de 24 à 54 centimètres entre les pubis et le sternum. Cette effroyable opération a été pratiquée par MM. Clay, Bransby-Cooper, Greenhow, Walne. Mais plusieurs chirurgiens qui l'ont tentée en Angleterre, ont vu la mort arriver très promptement ; quelques-uns, M. Hearth, entre autres, au lieu de kystes, ont trouvé des carcinomes, des tumeurs charnues, et il a été enlevé jusqu'à six livres du corps même de la matrice. La malade dans ce dernier cas est morte dix-sept heures après l'opération.

L'opération césarienne donne 1 mort sur 9. D'après M. Willis, la taille donne 1 mort sur 7.

Mais d'après les propres relevés de M. Clay, l'ovariotomie donne plus de 1 cas funeste sur 3, car sur les 37 cas il y a 13 morts connues; et encore, ces relevés ne comprennent-ils pas les revers des autres chirurgiens que l'on vient d'indiquer. Les revers qu'ont éprouvés ces derniers prouvent, pour le dire en passant, les dangers inhérents ici à l'obscurité du diagnostic, obscurité qui rend l'opération plus grave encore. S'appuyant sur ces considérations, et surtout sur la dernière, M. Giraldès s'élève avec chaleur contre l'admission d'une pareille opération chirurgicale.

M. Piedagnel est du même avis, maintenant que les faits sont présentés autrement que M. Giraldès avait paru d'abord les annoncer en bloc. Il dit qu'il fera connaître bientôt un cas très rare ; celui d'une autopsie de l'utérus pendant l'époque des règles.

— *M. Brierre de Boismont* lit pour *M. Mojon*, rapporteur, le rapport de la commission chargée d'examiner le travail qu'a envoyé M. Bertini, ayant pour titre : Hydrologie minérale des Etats de Sardaigne. Le rapporteur met en relief les qualités et la nature des recherches de M. Bertini. Celui-ci, après s'être occupé de toutes les grandes questions géologiques qui se rattachent à la thermalité des eaux minérales en général, donne l'analyse et la description des sources qui se trouvent dans les Etats sardes. Il indique le meilleur mode de leur emploi thérapeutique. Il réclame comme propriété nationale, la découverte de l'iode dans les eaux minérales ; enfin il accumule tous les renseignements que l'on doit chercher dans un traité complet d'hydrologie.

M. Caffe exprime le désir que le rapport mentionne la découverte faite dans la propriété de M. Domenget, d'une source contenant la plus forte proportion connue d'iode. Ce sont les eaux de Challes.

M. Bertini est nommé membre correspondant.

—*M. Brierre de Boismont* lit, en son nom et en celui de MM. Caffe et Adorne, le rapport sur le travail de M. Srokalski, intitulé de la Plique polonaise dans l'état actuel de la Science. — L'auteur, dit le rapport, dans la partie historique de son travail, rejette cette opinion qui fait remonter la plique à l'invasion des Barbares au treizième siècle.— Sur la question d'étiologie, contrairement aux nombreux auteurs qui attribuent la plique à la malpropreté, M. Srokalski rappelle qu'on ne l'a jamais notée chez des peuples nombreux d'Asie et d'Afrique, dont cependant les habitudes et les cosmétiques surtout sont si sales.

L'auteur pense que la vraie plique n'a pas la saleté pour cause ; qu'elle se lie à la constitution modifiée par des influences obscures et complexes, mais qui appartiennent au pays, et que c'est une sorte de crise endémique locale. Il cite à ce sujet le fait d'un juif qui était fou et avait le système digestif très malade, et que le développement de la plique guérit tout à coup. L'auteur fait la statistique actuelle de la plique, et la montre plus fréquente dans le grand duché de Posen. Parmi les symptômes, il signale l'altération toute particulière des sueurs, et la phosphorescence des résidus qu'elles laissent sur les taches qu'elles font. Ces sueurs, suivant lui, agiraient sur des cheveux étrangers ; et il cite, d'après d'autres personnes, parmi lesquelles son beau-père, des perruques qui se seraient pliquées comme des cheveux naturels. Il cite aussi des pliques d'une longueur plus que singulière ; il parle d'une entre autres présentée au cercle médical de Pologne, en 1839, et qui avait vingt-deux aunes de long ; cette monstrueuse perruque venait d'un moine. M. Srokalski rappelle que M. Grensberg, de Breslau, pense avoir découvert des micodermes, dont les cellules distinctes dans le derme chevelu examiné au microscope, expliqueraient, selon lui, les productions de la plique.

L'auteur apporte aussi de nouveaux faits tendant à prouver que la suppression brusque de la plique peut provoquer d'autres accidents considérables. Relativement aux âges, il montre, le premier, pense-t-il, la plique paraissant de préférence, aux deux extrémité de la vie ; il la regarde comme souvent héréditaire, et rejette au contraire l'idée de sa contagion. L'auteur pense encore que la plique guérit mieux à l'étranger que sur le sol natal, qu'elle coïncide souvent avec les diverses déformations des ongles ; que parmi les altérations pathologiques on trouve des veines variqueuses, un sang épais et gluant, dont la couenne est composée de fibres très courtes, comme celles du sang battu. Il signale encore d'autres altérations inobservées, pense-t-il, et qui appuient son idée que la plique a ses racines dans toutes les profondeurs de l'économie. Il recherche enfin et croit trouver dans les habitudes diététiques les causes qui altèrent lentement les humeurs, modifient les sécrétions, et amènent la plique comme une sorte de crise locale, selon l'expression émise par M. Marcincowski.

Une discussion s'élève sur ce rapport.

M. Giraldès reproche à l'auteur de n'avoir pas cherché en quoi consistait l'altération des cheveux qu'ont constatée MM. Larrey, Sédillot et d'autres encore, altérations qu'on trouve également pour la matrice des ongles et des cornes dans les maladies de ces organes.

M. Lubanski regrette aussi l'absence de recherches microscopiques dans ce travail ; mais il était difficile à Paris de les ajouter à la monographie d'ailleurs complète de M. Srokalski. Il ignore lui-même quelle est l'altération des bulbes ; mais il soupçonne qu'elle n'est pas étrangère à l'état tuberculeux, comme on le note déjà pour l'altération des ongles. Il croit que la malpropreté est pour beaucoup dans la maladie, plus fréquente chez les pauvres ; mais il fait remarquer que souvent on a pris pour la plique le simple enchevêtrement des cheveux, suite du défaut absolu de soins, car la vraie plique est plus rare qu'on ne pense. Il a vu que dans les belles écuries de Pologne les crins des chevaux sont rarement intriqués, tandis qu'ils le sont d'ordinaire dans celles des juifs polonais, les plus sales d'Israël.

M. Caffe, rappelant les travaux antérieurs et sur le même sujet de MM. Gasc, Roussel, etc., pense qu'ils ont épuisé la question avant l'auteur du mémoire. Il pense aussi qu'il faut attribuer la plique à la misère, à la malpropreté. Dans le duché de Posen, où elle est, dit-il, la plus fréquente, les paysans ne quittent jamais leurs coiffures, et s'enduisent les cheveux d'ingrédients mucilagineux, de lycopode, etc., ce qui peut bien expliquer les perruques pliquées, sans tant de complication.

M. Lubanski pense que M. Caffe se trompe. Selon lui le duché de Posen est la province la plus riche ; les paysans y sont très bien nourris ; la plique se voit dans toutes les classes, et cependant la distinction des habitudes est très tranchée. Il ne croit pas plus que M. Srokalski lui-même, qui sans doute n'a cité que d'après les auteurs, à la plique des perruques.

M. Giraldès insiste pour montrer que le travail qu'on discute ne remplit nullement la lacune qui existe dans l'histoire de la plique, à savoir, son anatomie pathologique, et qu'on ne sait pas plus qu'avant lequel des bulbes, des cheveux ou du cuir chevelu est malade.

M. Bonnamy parle dans le sens de M. Giraldès, et M. Forget se plaint du silence du rapport sur ce que peut dire M. Srokalski à l'égard du traitement.

M. Brière fait observer que le rapport n'a pu qu'indiquer les idées les plus importantes et les plus nouvelles ; il rappelle les autres qualités qu'offre le mémoire.

M. Adorne, qui a observé la plique sur les lieux, la regarde comme une intrication des cheveux par excès de saleté dans le plus grand nombre des cas ; mais la vraie plique, celle qu'accompagne le suintement caractéristique, celle où le bulbe et le cheveu entiers sont également malades, exhalant une nucosité sanguinolente, celle-là est commune aux riches et aux pauvres ; il l'a observée dans un château sur une jeune et jolie blonde.

M. Lubenski, après avoir rappelé à M. Caffe que les paysans polonais gardent rarement leur bonnet sur leur tête, et que dans les champs ils ont des chapeaux de paille, quitte cette question pour défendre le travail de M. Srokalski et faire ressortir son érudition.

M. Gilette, ayant rappelé que l'auteur d'une thèse récente attribue la plique à l'influence des maisons construites en argile, M. Lubanski lui répond qu'elles sont construites en bois.

La rédaction du rapport est adoptée, mais ses conclusions favorables à l'admission du candidat ne le sont pas.

— *M. Cherest* dit quelques mots sur un ouvrage purement littéraire envoyé par M. Coindel, et conclut à l'ordre du jour. (Appuyé.)

— *M. Blatin* présente un nouveau scarificateur de son invention, et lit une note qui paraît à la Société très opportune sur les avantages du nouvel instrument, comparés aux inconvénients de l'ancien.

— *M. Adorne* se plaint que M. Caffe ait publié à part le rapport qu'il a eu à faire sur un cas d'atrésie, et dans lequel il met peu académiquement son témoignage en suspicion, puisqu'on y lit, entre autres choses, cet axiome de droit : « *Testis unus, testis nullus.* »

M. Caffe se justifie en rappelant combien, en présence de ce fait allesté *de visu* par M. Adorne, d'un homme ayant vécu soixante-dix ans en mangeant beaucoup et en ne rendant jamais rien par l'anus ni la vessie, il avait dû avoir de doutes ; ces doutes s'étaient accrus par l'impossibilité de trouver sur les lieux un second témoignage pour appuyer celui de M. Adorne : c'était donc son droit de traiter philosophiquement cette question, comme il l'a fait, en dehors de toute préoccupation personnelle.

La séance est levée à dix heures et demie.

Dr Faivre, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la digitale à fortes doses contre l'épilepsie et la manie épileptique; par M. le docteur E. Sharkey, de Jersey.

On sait que les épileptiques et les maniaques peuvent supporter des doses énormes de médicaments qui, chez d'autres sujets, produiraient des effets absolument nuisibles. M. Sharkey emploie la digitale contre l'épilepsie idiopathique, et pour calmer les accès de manie qui, chez quelques malades, suivent ou accompagnent les accès d'épilepsie; mais il prescrit, dans ces cas, la teinture alcoolique de digitale à la dose de 4 grammes, deux ou trois fois par jour; et, dans un cas qu'il rapporte avec détail, il porta graduellement la dose de ce médicament jusqu'à 12 grammes.

Pendant cette médication, il n'est pas rare de voir arriver des vomissements; mais promptement aussi, on voit survenir un grand calme. L'action du médicament, comme sédatif de la circulation, ne devient ordinairement manifeste qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. (*The London Med. Gaz.*)

Mixture antiprurigineuse.

Pr.		
	Iode,	60 centigrammes.
	Iodure de potassium,	2 grammes.
	Alcool,	30
	Eau distillée,	150

M. et F. dissoudre S. A.

Pour une mixture destinée à l'usage externe.

Cette préparation, qui est spécialement indiquée contre le prurigo du périnée, s'emploie en lotions sur les parties malades, trois ou quatre fois par jour.

La bouteille qui la contient doit être bouchée avec soin et tenue dans un lieu frais et à l'abri de la lumière. (*The Lancet.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 49. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Revue trimestrielle de la Clinique.

RÉSUMÉ THÉRAPEUTIQUE DE CHIRURGIE MÉDICALE.

Maladies et opérations.

Les trois mois qui viennent de s'écouler ont été fertiles en maladies graves. La thérapeutique appliquée à ces affections a été sobre d'opérations, et les médications que la chirurgie médicale a mises en œuvre pour les combattre, ont eu des résultats que nous allons bientôt constater.

Les maladies qui ont offert un caractère de haute gravité sont : l'énorme tumeur à la cuisse, n° 2, salle Saint-Antoine ; il en a été fait mention dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Un volumineux polype développé dans le sinus maxillaire, au côté gauche de la face.

Un cancer de matrice, un polype intra, puis extra-utérin, avec hémorrhagies continuelles.

Un sein cancéreux pesant huit livres ; paralysie de la vessie avec commotion spinale et paralysie incomplète des membres inférieurs ; rétention d'urine et catarrhe vésical ; hémorrhoïdes avec bourrelet considérable et très douloureux.

Plaies d'armes à feu ; nombreuses brûlures au genou et au pied, et au quatrième degré.

Calcul de la vessie chez une femme présumée enceinte de deux mois.

Cancer du rectum ; nécrose du tibia ; engorgement interne de la cuisse avec énorme tuméfaction des parties qui environnent l'articulation de la hanche, et sept fistules profondes ; fracture comminutive de la clavicule ; fracture de la partie inférieure de la jambe avec saillie de l'extrémité inférieure du fragment supérieur, dans une plaie large et étendue, compliquée, après les premiers jours, d'accidents cérébraux, délire, état comateux, etc.

Les opérations qui ont été pratiquées dans le cours de ces trois mois sont :

Extirpations de tumeurs au sein.
Amputation de la verge.
Opération de fistule à l'anus.
Extirpation d'un polype extra-utérin.
Amputation de phalanges.
Hydrocèle par ponction et injection.
Amputation partielle du pied par la méthode de Chopart.
Tentative d'opération sur un cancer de l'utérus.
Incision cruciale sur un anus anormal étroit.
Ouverture d'abcès froid par incision large.

A l'énumération des maladies graves et des opérations qui ont été pratiquées, ajoutons, pour compléter le tableau, un examen succinct des diverses méthodes qui ont été mises en œuvre pour combattre ces diverses affections.

L'expérience, en thérapeutique, est le véritable juge des méthodes. La puissance numérique des faits bien constatée, voilà les éléments de l'expérience ; il n'appartient qu'à elle seule de résoudre la grave question de la valeur réelle des méthodes thérapeutiques. Or, constamment ici, cette saine expérience a été interrogée dans un grand nombre de cas authentiques, et presque toujours aussi elle a répondu victorieusement par des guérisons radicales.

Constatons d'abord, avant d'entrer dans l'examens de résultats obtenus par les médications diverses qui ont été employées, que le régime des malades a été scrupuleusement surveillé ; car on sait que les médications les plus énergiques resteraient impuissantes si elles n'étaient pas secondées par le régime. Cette partie si essentielle de la chirurgie médicale a été l'objet des soins les plus attentifs. Une preuve entre mille ; la voici :

Le malade couché au n° 11 de la salle Saint-Antoine, est affecté d'un vieil ulcère à la jambe. Le repos le plus absolu lui était ordonné ; cependant le malade se levait secrètement. M. Lisfranc, après avoir examiné l'ulcération, fait enlever les vêtements du malade, donne les ordres les plus sévères pour qu'il ne sorte pas de son lit. Trois semaines après cet ordre, cet ulcère, qui présentait, avant cette époque, un mauvais aspect, a marché rapidement vers la guérison ; aujourd'hui, 6 avril, la cicatrisation est complète. C'est donc par l'exécution sévère des moyens hygiéniques que l'on est parveuu à obtenir des méthodes thérapeutiques énergiquement employées, les succès dont nous vous parlerons bientôt.

Une loi de thérapeutique à laquelle M. Lisfranc obéit pour ainsi dire religieusement, et qui fait en partie tout le secret de ces cures inespérées qu'il obtient si souvent, c'est de n'avoir recours à l'opération qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la chirurgie médicale ; à moins cependant qu'il n'y soit forcé d'urgence pour sauver la vie du malade menacé d'un danger éminent.

L'une des méthodes les plus fréquemment employées est la compression exercée graduellement sur des tumeurs de diverses natures.

Elle a été appliquée pendant près de deux mois sur la tumeur de la cuisse, n° 2, salle Saint-Antoine. Le volume de cette tumeur a diminué de plus d'un tiers. Cette compression a été exercée à l'aide de circulaires de bandes, avec l'intermédiaire de plaques d'agaric.

Aujourd'hui, les muscles sont détachés de la tumeur, qui, d'allongée, d'oblongue qu'elle était est devenue presque sphérique et mobile. Elle est donc dans des conditions favorables à son extirpation, mais quelques accès de fièvre, joints à des sueurs, de l'inappétence et un malaise général, on fait avec raison ajourner l'opération. On a en même temps employé à l'intérieur l'iodure de potassium, et à l'extérieur les frictions avec la pommade d'iodure de plomb.

La compression a été encore appliquée sur une tumeur érectile à la joue droite d'une femme couchée au n° 37 de la salle Saint-Augustin. Elle est exercée au moyen d'un appareil très ingénieux, inventé par M. Bourgeois, orthopédiste distingué. Cette tumeur a déjà diminué de volume.

On a aussi appliqué la compression sur des tumeurs au sein, lorsqu'elles sont mobiles, peu volumineuses et indolentes ; elle est continuée avec quelque succès sur la malade couchée au n° 12 de la salle Saint-Augustin ; mais un agent thérapeutique dont quelques médecins ont cherché à nier et à déprécier la puissante action médicatrice, c'est l'iodure de potassium.

Le n° 2 de la salle Saint-Louis, qui avait cette énorme tuméfaction de la hanche avec sept fistules, et qui était dans un état déplorable, a été guéri par l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur. M. Damoiseau, qui a recueilli et publié cette intéressante observation dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 février dernie, rappelle à ce sujet quelques préceptes décrits dans une leçon de clinique, préceptes importants qui doivent diriger l'emploi de ce moyen.

Au n° 16, une récidive de cancer au nez, survenue six mois après l'amputation de la partie mobile du nez, a cédé à l'action de ce puissant moyen. L'ulcération a été touchée fréquemment avec le proto-nitrate acide de mercure : le malade est sorti de l'hôpital étant complétement guéri.

Même succès sur les malades couchés aux nos 17, 18 et 19 de la même salle.

Le premier, qui avait été opéré d'un cancer de la lèvre inférieure, avait une récidive ; le second, un tibia doublé de volume et le second une tuméfaction considérable de la main gauche avec fistule.

Nous pourrions énumérer beaucoup d'autres faits de ce genre où l'iodure de potassium est employé avec des succès aussi incontestables que dans les cas précédents, mais les leçons de clinique les ayant constatés, nous ne devons les rappeler ici que pour bien déterminer l'action médicatrice de cet agent thérapeutique.

Passons maintenant en revue quelques méthodes que nous nommerons spéciales parce qu'elles sont en quelque sorte ap-

FEUILLETON.

Notice nécrologique sur le docteur MIRAMBEAU, *membre de la Société medico-pratique de Paris ; lue dans la séance du 22 avril 1844, et imprimée par décision de la Société.*

Messieurs,

Parmi les devoirs attachés aux fonctions difficiles que votre bienveillaoce m'a nouvellement confiées pour la troisième fois, se trouve celui de vons présenter une notice sur les collègues dont la mort nous a séparés. Une perte toute récente et que nous avoos vivement sentie, me rappelle aujourd'hui à ce triste et pieux devoir. Et tout d'abord, je vous prie de m'excuser, Messieurs, si, dans l'accomplissement d'une tâche qui m'est personnellement douloureuse, il arrive que votre secrétaire-géoéral s'efface pour laisser parler un ami de l'infortuné Mirambeau ; j'aurais trop de peine à soutenir une démarcation entre le langage officiel et celui d'une sincère amitié cimentée par la plus parfaite estime. Déjà notre président, M. Thierry, MM. les docteurs Maindrault et Deville, et M. Milient, élève distingué des hôpitaux de Paris, ont prononcé, sur la tombe de notre collègue, de dignes et touchantes paroles que j'ai entendues avec recueillement et que j'aimerais à vous reproduire. Mais, quelle que soit la vivacité des sentiments tristes suscités par une récente mort, je m'efforcerai de ne pas oublier que vous avez été convoqués à une séance de la société médico-pratique, et que nous ne sommes plus en présence d'un cercueil.

Jean Mirambeau naquit le 11 novembre 1793, à Montpont, département de la Dordogne. Agé seulement de quinze ans, en 1808 il vint à Paris pour y commencer les études médicales, et quatre années plus tard, quoique bien jeune encore, il fut admis élève ioterne des hôpitaux. Bientôt les besoins incessants de la guerre appelèrent Mirambeau, et il reçut, en 1812, un brevet de chirurgien aide-major au 7e régiment de chasseurs à cheval, alors en garnison à Strasbourg. C'est de la faculté de cette ville qu'il obtint ses grades de docteur en médecine, le 31 décembre 1813, comme il venait d'atteindre sa 21e année. Le typhus, qui complétait les désastres de notre grande armée au retour de la plus désastreuse des campagnes de l'empire, faillit enlever Mirambeau pendant son séjour à Strasbourg. De retour à Paris, après le licenciement en 1814, sur l'autre rive de la Loire, de son régiment, qu'il n'avait pas quitté, notre confrère ne s'éloigna plus de la capitale. En 1815, il fut nommé chirurgien-adjoint de l'hospice royal des Quinze-Vingt, et chirurgien de l'institution des Jeunes Aveugles ; deux emplois l'un et l'autre gratuits. La place de médecin de la Manufacture royale des Gobelins était devenue vacante en 1816, il fut choisi pour l'occuper.

En 1827, après douze années de fonctions gratuites en qualité d'adjoint, Mirambeau fut nommé chirurgien en chef de l'hôpital des Quinze-Vingts, par suite de la mort du titulaire, le docteur Bellivier, qui avait été son ami et son bienfaiteur. Quatre années plus tard, en 1831, une intrigue rivale couronnée par une flagrante injustice, amena la destitution de uotre confrère de cette place légitimement acquise par douze années de services gratuits et par les vœux de son digne prédécesseur. Mirambeau était aussi médecin de la raffinerie des poudres et salpêtres. Pendant plus de vingt années, il a fait, sans interruption, le service du bureau de bienfaisance ; et lorsque le choléra, dont il faillit être victime, vint ravager Paris en 1832, notre confrère, qui était d'ailleurs si occupé dans sa clientèle, offrit encore ses services aux bureaux de secours du 8e et du 9e arrondissement. A diverses époques, notamment en 1819 et 1831, il fut nommé aide-major et chirurgien-major dans la garde nationale. En 1838, Mirambeau reçut la décoration de la Légion-d'Honneur. Le 13 novembre 1837, il a été admis dans la Société médico-pratique, et c'est sous ses suspices que, bientôt après, vous avez bien voulu m'admettre aussi parmi vous.

Mon intention, Messieurs, n'a pas été de vous entretenir longuement des circonstances principales de la vie de Mirambeau, ni des titres qu'il avait mérités et obtenus ; ce récit, tout honorable pour sa mémoire, m'eût entraîné trop loin. Dans l'obligation de m'imposer des limites, ce n'est pss sans regret que j'ai sacrifié la simple narrstion d'une vie toujours utile et si souvent exemplaire. Mais j'ai pensé qu'une appréciation, quoique bien imparfaite, des qualités qui distinguaient notre malheureux collègue, serait un hommage non moins digne de captiver votre bienveillante attention.

Formé à l'école de maîtres illustres dont il vénérait la mémoire et les savantes leçons, et qui lui conservèrent une affectueuse estime, Mirambeau possédait des connaissances cliniques précieuses auxquelles il dut un rang honorable et de nombreux succès dans la pratique. L'extension de sa clientèle, et les soins attentifs dont il entourait ses malades, lui avaient acquis beaucoup d'expérience. Il joignsit aux notions acquises et à l'esprit d'observation, cette aptitude très réelle, quoique toujours mal définie, qu'on appelle l'instinct, le tact ou discernement médical ; aptitude qui n'est pas moins nécessaire au médecin que les données de la science et de l'art, et qui est plutôt un don de la nature que le bénéfice de l'instruction. Riche d'observation et d'expérience, Mirsmbeau apportait au lit des malades de la sagacité, de la pénétration, et un jugement éprouvé. Aussi est-il arrivé bien souvent aux célébrités médicales qu'il avait fait appeler dans les occasions difficiles, de trouver la lumière et les meilleurs conseils chez le praticien modeste et consciencieux qui avait désiré leur soumettre ses doutes et ses incertitudes. Avec des formes imposantes et affables à la fois qui lui attiraient promptement la confiance, comme médecin il se faisait principalement remsrquer par l'instruction et le bon sens pratiques. D'ailleurs la science elle-même, considérée dans la tradition, dans ses généralités, dans ses abstractions, dans ses dogmes enfin, n'avait qu'uo attrait secondaire pour la nature de son esprit, qui se complaisait peu dans les hautes et décevante régions de la philosophie médicale. Cependant Mirambeau ne restait pas indifférent aux innovations et aux découvertes qui survenaient dans les théories et les doctrines, sachant bien que la science exerce une grande influence dans l'srt ; seulement il réservait ses prédilections pour les perfectionnements de la pratique qu'il suivait toujours d'un œil attentif.

La médecine, Messieurs, n'est point reléguée dans une sphère purement intellectuelle, comme la science des naturalistes et des physiciens. Dans l'exercice de cette bienfaisante profession, le sentiment doit toujours s'allier aux lumières de l'intelligence, et quiconque n'apporte que du savoir au lit des malades, peut être un praticien habile, mais ne saurait prétendre au mérite d'un médecin complet. Il est donc réservé une belle part aux sympathies dans la pratique de la médecine, et ces qualités du cœur étaient remarquables chez notre infortuné collègue. Sa bienveillance et sa sollicitude pour ses malades étaient si vives, que sa propre existence en était souvent agitée. Au foyer domestique et jusque dans le monde, sa physionomie, son langage, reflétaient la nature des impressions qu'il avait reçues dans sa tournée médicale. Soucieux et préoccupé quand ses clients couraient des dangers, et qu'il avait été témoin des inquiétudes de leurs familles, souriant et expansif lorsqu'il avsit vu les craintes s'éloigner et les espérances renaître. Ainsi, toujours attaché au sort de ses malades, associé aux douleurs et aux joies de leurs familles, Mirambeau apportait un zèle de cœur inépuisable dans l'exercice de sa profession. Ces qualités précieuses étaient dignement appréciées par la plupart de ses clients, qui lui vouaient une affection égale à leur confiance. Ils sentaient que l'indemnité accordée au médecin pour l'emploi de son temps et de son intelligence, ne les dispensait pas de la reconnaissance envers l'ami qui avait sympathisé avec leurs maux pendant qu'il protégeait leur existence.

Dans une carrière aussi ingrate pour le grand nombre sous le rapport des avantages matériels, ces témoignages de gratitude ne sont pas seulement une récompense méritée ; ils deviennent de plus un encouragement à bien faire ; ils raniment les sympathies et tous les penchants généreux ; enfin ils élèvent l'âme au-dessus des intérêts mercenaires. Ces expressions de reconnaissances auxquelles il fut toujours sensible, et que sa sollicitude pour ses malades lui attirait si justement, Mirambeau était habitué à les recevoir, et s'il se montrait l'ami de ses clients, ceux-ci en retour étaient dévoués à leur médecin. Heureuse réciprocité

pliquées d'une manière exclusive au traitement de quelques maladies.

Telle est la méthode pour le traitement des hémorrhoïdes ; elle est décrite dans la *Gazette de Hôpitaux* du 2 mars dernier. Elle consiste dans l'emploi du chlorure de sodium à trois degrés.

Telle est encore la méthode de Gondret pour le traitement des amauroses, dont il a été fait mention dans plusieurs numéros de ce Journal. Un nouveau fait vient encore démontrer l'efficacité de cette méthode; c'est le malade couché salle St-Antoine. Il a une cataracte traumatique à l'œil droit et une amaurose à l'œil gauche. Il n'y voyait plus ; mais un mois après l'application de la pommade ammoniacale (aujourd'hui, 6 avril), son œil amaurotique a parfaitement distingué le côté du cadran d'une montre d'avec le côté opposé.

Une médication spéciale pour l'incontinence d'urine qui résulte de la paralysie incomplète de la vessie chez quelques vieillards, est celle qui est indiquée dans le n° du 4 avril de la *Gazette des Hôpitaux*. Elle consiste à placer une goutte de teinture de cantharides à l'extrémité vésicale d'une sonde, et à la pousser dans la vessie avec une injection. Cette méthode a été employée avec succès sur le vieillard couché au n° 20 de la salle St-Louis.

La cautérisation a été aussi appliquée avec des résultats très avantageux dans différents cas. Au n° 12 de la salle St-Louis était un cas d'aphonie avec ulcérations à la langue. On a touché superficiellement la région pharyngienne avec un pinceau avec le nitrate d'argent, et l'aphonie a cessé.

Ce moyen thérapeutique a non-seulement arrêté les hémorrhagies abondantes qui étaient dues à la présence d'un polype intra-utérin, mais quelque temps après son application, le polype s'est montré dans le vagin; l'excision en est devenue facile; elle a été pratiquée sur la femme couchée au n° 21 de la salle Saint-Augustin. Elle était, à son entrée à l'hôpital, dans un état déplorable causé par d'abondantes hémorrhagies utérines. Elle est actuellement guérie complétement.

La cautérisation est encore appliquée avec succès au traitement des hémorrhoïdes avec bourrelet considérable et très volumineux. Le malade couché au n° 15 de la salle Saint-Louis a dû l'amélioration de son état à des applications légères de nitrate d'argent fondu, qui ne faisaient qu'effleurer la surface muqueuse du bourrelet hémorrhoïdal.

La médication des paralysies traumatiques de la vessie par suite de coups, chutes ou contusions sur la région lombaire de la colonne vertébrale, et quelquefois accompagnée de paralysie complète ou incomplète des membres inférieurs, consiste:

1° A sonder le malade ;

2° A employer avec énergie le traitement antiphlogistique, la saignée spoliative et l'application des sangsues au bas des reins.

Cette médication a été dirigée avec succès sur le malade couché au n° 19 de la salle Saint-Antoine. Il avait fait une chute de douze pieds dans une carrière ; il survint une paralysie de la vessie, une commotion de la moelle épinière et une paralysie incomplète des membres inférieurs. Ce malade est guéri et est sorti de l'hôpital.

Le traitement médical suivi après l'excision des polypes utérins a été décrit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 mars dernier ; il consiste à arrêter l'écoulement sanguin et à prévenir les hémorrhagies utérines en pratiquant au bras une saignée dérivative, à prévenir l'invasion d'une métrite annoncée par quelques douleurs, quelques coliques de la matrice, en appliquant des cataplasmes laudanisés sur le ventre et en donnant un quart de lavement avec le laudanum ; enfin, à prévenir les congestions utérines et viscérales annoncées par les étouffements, en pratiquant une ou deux saignées spoliatives. C'est de cette manière que la malade couchée au n° 21 de la salle Sanit-Augustin a été complétement guérie.

La médication spéciale des métro-péritonites qui surviennent quelquefois à la suite des hernies étranglées et opérées, appartient à M. Serre d'Uzès ; elle a été employée avec un succès remarquable à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Clément, dans les cas soit de péritonite soit de métro-péritonite. On met par couches sur les parois abdominales 1 kilogramme d'onguent mercuriel double, en quarante-huit heures.

Cette méthode a été appliquée au traitement de la péritonite dont avait été atteinte la malade du n° 34 de la salle Saint-Augustin : elle a complètement réussi. Cette femme, après avoir été, il y a six ans, opérée de la hernie ombilicale étranglée, conserva un anus anormal qui a fini par devenir étroit ; une incision cruciale fut pratiquée sur cette ouverture étroite, des bourgeons charnus s'y développèrent et rétrécirent tellement cet anus qu'il ne donne plus maintenant issue qu'à une très minime quantité de sérosité. Tout fait donc espérer une prochaine et complète guérison.

La médication spéciale des urétro péritonites qui surviennent quelquefois à la suite des opérations de hernies étranglées et opérées est celle qui constitue la méthode de M. Serre d'Uzès; elle consiste dans l'emploi de l'onguent mercuriel par couches et à haute dose sur les parois abdominales. Quatorze péritonites ont dû leur guérison à cette médication héroïque. C'est aussi par cette méthode que la péritonite de la malade du n° 34 de la salle Saint-Augustin a été combattue avec un succès complet. Cette femme, après avoir été opérée de la hernie ombilicale, il y a six ans, conserva son anus anormal, qui a fini par devenir étroit. Une incision cruciale dont les extrémités venaient se réunir à l'anus artificiel, a été pratiquée il y a un mois; des bourgeons charnus se sont développés et ont rétréci l'ouverture anale artificielle; maintenant elle ne donne issue qu'à très peu de sérosité, et tout fait espérer une prochaine guérison.

Tels sont les résultats thérapeutiques obtenus par les méthodes dont nous venons de présenter le résumé.

Un enseignement clinique d'une haute importance résulte de tous ces faits. Il faut, en chirurgie, temporiser avant de pratiquer une opération grave. Mais, temporiser, ce n'est pas rester spectateur oisif devant les progrès incessants d'une maladie. La temporisation, en chirurgie, est souvent active, elle est un acte d'une profonde sagesse.

Il faut bien distinguer le moment opportun de l'action et celui de l'expectation chirurgicale.

Le calcul de la vessie et la tumeur du n° 2, salle Saint-Antoine, nous offre la preuve, la démonstration de cette vérité.

L'autopsie, dans le premier cas, a justifié la prudence de la médecine expectante ; et, sous le point de vue thérapeutique, la temporisation active, dans le second cas, a eu des résultats qui mettront le malade en état de supporter une grave opération.

Un autre résultat de la temporisation active, c'est de conserver des membres, d'éviter des mutilations et d'obtenir, par des médications plus ou moins énergiques, des guérisons inespérées de maladies qui, de prime abord, semblaient ne pouvoir être détruites que par une opération.

La mortalité a été nulle parmi les opérés ; trois malades non opérés ont succombé, il est vrai ; mais l'un d'eux est ce jeune homme qui était couché au n° 40 de la salle Saint-Antoine, et qui, depuis long-temps, était atteint d'une péritonite chronique, véritable phthisie abdominale. A l'autopsie, l'on a vu les intestins ulcérés, extrêmement rétrécis, et en quelque sorte emprisonnés dans un mésentère entièrement désorganisé, et dont le volume était triplé par les progrès de l'inflammation chronique.

Le deuxième malade, atteint de brûlure au quatrième degré, est mort d'hémorrhagie survenue après la chûte d'eschares profondes.

Le troisième cas de mortalité est celui de cette femme qui avait un calcul dans la vessie. La nature a provoqué l'avortement d'un fœtus de deux mois et demi, et l'expulsion de la pierre à travers une érosion ulcéreuse qui avait établi une communication entre la vessie et le vagin. Le calcul a été trouvé dans les draps du lit après l'accouchement, et quelques heures après la malade a succombé. A l'autopsie, on a vu les reins désorganisés, les uretères doublés de volume, et la vessie ulcérée et racornie. Cette intéressante observation sera publiée.

Ainsi donc, nous le répétons, mortalité nulle pour tous les cas d'opération ; guérison prompte de la plupart des opérés ; grand nombre de malades soustraits, par la méthode thérapeutique, aux chances incertaines des opérations ; tels sont les résultats que la chirurgie médicale a obtenus pendant ce trimestre.

La chirurgie médicale peut donc se glorifier d'avoir rétréci le domaine de la médecine opératoire. Pour de plus amples détails sur la clinique de M. Lisfranc, voyez la *Gazette des Hôpitaux* depuis le 1er janvier 1844. F. D.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Pneumonie lobulaire. Emploi des émissions sanguines et du kermès. Réflexions.

(Suite du n° 43.)

La pneumonie lobulaire pourrait facilement être confondue avec quelques autres affections de l'appareil respiratoire, principalement avec la pleurésie, la bronchite, la phthisie, l'œdème du poumon, l'apoplexie pulmonaire, enfin avec la pneumonie lobaire.

Il est rare, lorsque l'on voit se développer sous ses yeux une pneumonie lobulaire, qu'on ne la distingue pas facilement de toute autre forme. En effet, la forme dont nous nous occupons s'annonce en général par des râles humides abondants, soit d'un seul côté, soit des deux, ce qui n'arrive point dans la pneumonie lobaire. Lorsque la pneumonie se présente à vous toute développée, les difficultés du diagnostic augmentent, surtout quand la pneumonie lobulaire est généralisée. Ainsi, la respiration bronchique dans une grande étendue, avec non diminution de la résonnance, ou même avec une matité véritable, peut appartenir également à la pneumonie lobaire, ou lobulaire généralisée. Il y aura, néanmoins, probabilité de l'existence de la pneumonie lobulaire si l'affection n'est pas primitive, si elle est double et accompagnée dans une grande étendue de râles humides. De plus, dans la pneumonie lobulaire, selon que les râles bronchiques augmentent ou diminuent, le souffle bronchique disparaît ou reparaît à plusieurs reprises. Du reste, comme le traitement des deux affections est absolument et identiquement le même, on conçoit qu'il est assez peu important d'établir avec beaucoup de précision et d'exactitude un diagnostic différentiel. Il n'en est pas de même des autres affections dont nous allons chercher à préciser les différences.

S'il est à peu près impossible de confondre une pneumonie lobaire avec une bronchite, soit générale, soit partielle, il n'en est pas de même de la pneumonie lobulaire, et la diffé-

---

de bons sentiments, dont les avantages, trop souvent méconnus, sont cependant inappréciables!

Après vous avoir entretenus des connaissances pratiques et des sympathies qui distinguaient notre malheureux collègue, qu'il me soit permis de rappeler les qualités morales qu'il possédait comme médecin. Mirambeau avait foi dans la médecine, et c'est la condition première pour la pratiquer dignement et avec probité. Non pas qu'il se fît illusion sur les limites reconnues de la puissance de l'art de guérir ; mais il pensait avec raison que, dans les maladies mêmes dont le pronostic est désespérant, le médecin est encore utile pour régulariser les soins, soulager les douleurs et veiller aux complications. Quelle que soit leur profession, c'est un grand malheur lorsque les hommes cessent d'être mus par l'intention de bien faire et le sentiment persévérant de leur utilité ! Sans ce mobile honnête qui ennoblit tous les travaux, les calculs égoïstes de l'intérêt personnel absorberaient tout sans scrupule, et la société ne se composerait bientôt plus que d'hommes qui se tromperaient et s'exploiteraient les uns les autres. Pénétré de ces principes tutélaires, Mirambeau voyait avec chagrin et un profond dégoût notre généreuse profession profanée par les savantes combinaisons de l'industrialisme médical et flétrie par les effronteries du charlatanisme. La médecine, comme il la comprenait, comme il la pratiquait, devait allier son origine providentielle à la dignité de la magistrature et aux vertus du sacerdoce. Ainsi le prescrivait le serment d'Hippocrate religieusement conservé par l'Ecole de Montpellier. Avant de concéder un titre auquel sont attachés des devoirs si délicats et des droits si étendus, elle exige du candidat, en présence de ses maîtres et de ses condisciples, le serment solennel de ne jamais trahir les lois de l'honneur, de la probité, de la bienfaisance, du désintéressement, de la discrétion, de la décence et de la pudeur dans l'exercice de la médecine, appelant sur sa tête l'opprobre de la société et le mépris de ses confrères, si jamais il oublie les engagements contractés en ce jour. Certainement les professeurs de l'Ecole de Montpellier, non plus que leurs collègues de la Faculté de Paris ne se font pas illusion sur l'inviolabilité du serment ; mais ils le conservent comme la consécration de ce principe respectable qu'il ne suffit pas des connaissances spéciales pour être médecin, et qu'on n'est vraiment digne de ce titre qu'à la condition de posséder aussi les vertus qu'il suppose. On ne saurait se déguiser que les qualités morales qui honorent toujours l'homme individuellement dans tous les rangs de la société, ne sont pas également inhérentes à toutes les professions ; elles existent souvent en dehors et malgré la profession elle-même. C'est tout le contraire de la médecine, dont la pratique réveille sans cesse tous les bons sentiments. C'est qu'en effet, avant de constituer une science et un état, elle avait dû le jour aux sympathies et à la bienfaisance. Née de la douleur et de la commisération, bien avant que l'observation réfléchie eût pu lui donner des règles et des préceptes scientifiques, avant que les nécessités sociales eussent fait d'elle une profession salariée, la médecine resta toujours comme une fille du Ciel, comme un bienfait de la Providence et la plus digne compagne de la charité.

Rappelons à ce propos combien Mirambeau était zélé et compatissant pour le service des indigents malades, et combien de bénédictions et de regrets il a emportés dans la tombe de la part de ces malheureux que, dans son expression pieuse, Boerhaave appelait ses meilleurs clients, parce que Dieu, disait-il, se chargerait de lui acquitter leurs dettes. Ces réflexions qui vous sont familières, sur la moralité de notre profession, ne vous paraîtront pas une digression, Messieurs, si vous considérez que l'éloge de Mirambeau devait les rappeler naturellement, tant il est vrai qu'il fut un modèle du médecin digne et honorable.

Comme homme, il se recommandait par d'éminentes qualités du cœur. Plein d'obligeance, de franchise, de probité et de désintéressement dans ses rapports généraux, il était surtout ami chaleureux et d'un dévouement à toute épreuve. Et c'est ce qui le rend si profondément regrettable pour tous ceux qui vécurent dans son intimité ! Mirambeau ne séparait pas la dignité d'homme de celle de médecin. Autant il avait de respect pour sa profession, autant il vénérait les beaux caractères, autant il était prompt à s'enthousiasmer pour toutes les actions qui honorent l'humanité. Affectueux, doux et vif à la fois, sous des dehors graves et sévères, il était extrêmement sensible ; et si nous ajoutons à cette sensibilité délicate, vive et profonde, l'aptitude à s'arrêter long-temps aux mêmes impressions, à se laisser dominer par elles, avec un penchant au recueillement, à la vie de conscience, nous aurons les attributs saillants de la prédisposition mélancolique qui fut toujours apparente chez Mirambeau. Aussi, quoique entouré d'éléments de félicité, les impressions riantes, les sentiments gais n'avaient-ils chez lui qu'une expansion fugitive pour faire place à des sollicitudes concentrées sans cesse renaissantes ; comme si des pressentiments secrets l'eussent averti qu'il abandonnerait prématurément les faveurs qui devaient lui faire chérir l'existence ! La vie humaine est si accidentée, il est réservé à chacun tant de pénibles épreuves, que la prédominance du sentiment jointe à la fixité des préoccupations rend le bonheur bien difficile ! Mirambeau trouvait autour de lui tout ce qui pouvait le rendre heureux : une femme parfaite, une fille accomplie, un gendre, notre collègue, plein de mérite, des amitiés solides, l'estime et la considération générales, une clientèle nombreuse et choisie ; mais il avait en lui-même, dans son organisation, une permanente disposition au sérieux, aux soucis, même à la tristesse ; disposition qui n'excluait pas toutefois des intervalles d'un contentement parfait et des éclairs d'une gaieté franche, expansive, pleine de chaleur et d'aménité. Mais il était plus habituellement assailli par ces vagues inquiétudes qu'engendre fréquemment une sensibilité exubérante éprouvée par les peines, qui n'ont pas de motifs actuels suffisants, et n'apparaissent que comme des restes déguisés d'émotions tristes ou irritantes dont le temps a péniblement triomphé. Nonobstant la philosophie qu'il pouvait puiser naturellement dans la bonté et la générosité de son caractère, Mirambeau était très impressionnable, et les impressions pénibles se gravaient dans son cœur avec autant de persévérance que de vivacité. Les égards, la délicatesse, la droiture qu'il apportait dans ses rapports, il avait besoin de les rencontrer chez les autres ; et comment multiplier les points de contact avec ses semblables sans trouver des aspérités, sans éprouver des mécomptes et des froissements ! Mirambeau en était affecté selon sa nature, et par conséquent plus vivement que le commun des hommes. Du reste, je ne saurais m'établir juge de la mesure que conservaient ses sentiments quand on avait froissé chez lui d'honorables susceptibilités ; mais, dans ma conviction intime, s'il lui arriva jamais d'être exagéré ou injuste, c'est qu'il ne le reconnut point, et la droiture de sa conscience resta sauve des écarts de la sensibilité. Il est bien reconnu, de nos jours, que les émotions et les passions tristes peuvent préparer de longue main le développement des lésions organiques, et, peut-être, faudrait-il remonter à cette source pour y découvrir la cause éloignée de la catastrophe dont il me reste à vous entretenir !

C'est au mois de septembre dernier que notre infortuné collègue sentit les premières atteintes de l'affection insidieuse qui l'a conduit lentement au tombeau à travers d'horribles souffrances. Long-temps il fut permis d'espérer que cette maladie cruelle aurait une heureuse terminaison. Et comment ne pas nourrir de chères espérances pendant plusieurs mois qu'il fut sans fièvre, sans trouble notable dans les grandes fonctions, le visage conservant les apparences de la santé. Mirambeau seul s'alarma de très bonne heure d'un état maladif que personne, et lui-même, ne pouvait définir ni dénommer. Les souffrances persévérant, il en conçut bientôt des pressentiments sinistres, trop légitimés par le développement caché d'une lésion organique, et des pensées de mort, dont il devint très difficile de le distraire, ne tardèrent pas à occuper une place opiniâtre dans son esprit. Vers la fin de novembre surtout, lorsque la fréquence et la vivacité des douleurs abdominales vinrent enchaîner son activité extérieure et ne lui permirent plus de continuer les soins de sa clientèle, le désespoir de sa situation se fixa invariablement dans son cœur comme une épine déchirante. Dès ce moment les encouragements de la science et de l'amitié furent presque toujours stériles, et plus d'une fois ils aigrirent son chagrin. « Il faut me pardonner, lui disais-je un jour, si je vous contrarie par l'expression de mes espérances ; car, dans ce que vous supposez être mon erreur, mes vœux sont de moitié avec mes opinions ; je désire ce que je crois, et je crois ce que je désire en vous entretenant de votre guérison...... — Je suis bien touché de vos paroles, me répondit-il,

rence, dans ce cas, sera d'autant plus difficile à établir que les deux affections ont des éléments communs qui peuvent se masquer alternativement. Aussi, disent les auteurs que nous avons cités plus haut, est il souvent impossible de distinguer par l'auscultation seule la broncho-pneumonie mamelonnée ou partielle de la bronchite simple. Lorsque l'inflammation s'est généralisée, la distinction est encore, dans certains cas, très difficile, l'abondance du râle couvrant les symptômes de l'inflammation du parenchyme. C'est par l'observation attentive et par les signes tirés des autres phénomènes, le retentissement de la voix, la matité ou la résonnance, que l'on peut différencier ces deux maladies, les autres symptômes, l'oppression, la dyspnée, la toux étant absolument les mêmes dans les deux cas. Nous devons dire que la bronchite simple assez intense pour déterminer l'apparition de ces phénomènes généraux, est assez rare chez les enfants au-dessous de cinq à dix ans. Lorsqu'elle est assez forte pour déterminer la production de ces phénomènes, elle se complique, dans la grande majorité des cas, de pneumonie lobulaire. Lorsque le catarrhe existe seul, et à un degré peu intense, il est caractérisé, on le sait, par de la toux, des râles ronflant et sibilant, des craquements muqueux et même du râle sous-crépitant; mais, disent les auteurs, ce dernier est de courte durée, et ses bulles sont inégales. Nous pensons qu'il n'y a jamais de râle sous-crépitant que dans les cas où le parenchyme pulmonaire commence à se prendre, le râle muqueux étant le seul râle bullaire que l'on entende dans la bronchite. L'âge, dont nous venons de parler tout à l'heure, est une des conditions sur lesquelles on peut fonder le diagnostic jusqu'à un certain point. Si les râles humides se manifestent d'emblée chez un sujet âgé de plus de six ans, il est probable que la bronchite existe seule; au dessous de cet âge, il est très probable que la pneumonie lobulaire l'accompagne.

La pleurésie avec épanchement pourra difficilement en imposer pour la pneumonie lobulaire. La matité qui se déplace quand on fait varier la position de l'enfant, et plus encore, la rareté, nous pouvons dire extrême, de la pleurésie sans complications dans l'enfance, enfin l'égophonie, suffisent pour ne laisser aucun doute sur ce point.

On a pris quelquefois une affection tuberculeuse pour une pneumonie. Nous ferons remarquer que rarement la respiration bronchique dans la pneumonie lobulaire se fait entendre sous la clavicule, et que c'est ordinairement là que l'on constate le souffle de l'infiltration tuberculeuse du poumon. Dans les cas où les tubercules entourés de pneumonie existent à la partie postérieure du poumon, la difficulté du diagnostic s'accroît du doute que le siége de la maladie jette dans l'esprit de l'observateur. Lorsque la tuberculisation pulmonaire n'est pas bornée à un espace limité, qu'elle est disséminée dans tout le parenchyme de l'organe respiratoire, comme il arrive souvent dans cette forme de la phthisie, que M. Louis a nommée phthisie aiguë et M. Trousseau phthisie galopante, forme, nous devons le dire, assez commune chez les jeunes sujets, le diagnostic devient encore plus difficile. Dans les cas où les tubercules sont disséminés, mais seuls, c'est-à-dire sans pneumonie, ni bronchite concomitante, il est impossible de constater d'autres signes que la dureté de la respiration. S'il y a bronchite en même temps, il y a présence de râle sibilant et muqueux, et l'on a par conséquent les mêmes symptômes que ceux que l'on observe dans la pneumonie lobulaire simple, mélangée seulement d'un peu de bronchite.

Une autre cause d'erreur en pareil cas, est celle-ci. La phthisie, et principalement la phthisie aiguë, succède souvent à la rougeole; la pneumonie lobulaire se trouve dans le même cas. Les symptômes locaux de ces deux affections ayant entre eux la plus grande analogie, il sera souvent difficile, autrement que par la marche et les accidents ultérieurs de la maladie, de porter un diagnostic certain.

Dans le cas de phthisie aiguë, on verra en peu de temps les symptômes locaux continuant à se manifester, l'enfant dépérir et prendre l'aspect propre à ceux chez lesquels la phthisie pulmonaire a fait de grands progrès, tout en suivant une marche lente. Si au contraire, disent les auteurs d'un traité estimé des maladies des enfants, après une rougeole survenue chez un enfant bien constitué, il reste une fièvre violente, de la toux, du râle muqueux, et si enfin on entend de l'expiration, puis de la respiration bronchique, sans dépérissement notable, on pourra croire à une pneumonie lobulaire simple qui a fini par se régulariser. On voit donc qu'il est des cas où l'erreur est facile, et où il est nécessaire de suspendre son diagnostic pour ne le porter qu'après plusieurs jours d'un examen attentif et minutieux.

Enfin, et pour en terminer avec ce que nous avons à dire de la phthisie et de la pneumonie lobulaire comparées l'une à l'autre, il est des cas où le diagnostic ne dépend plus seulement de la combinaison des signes de la phthisie et de ceux de la pneumonie; il est tout entier dans la forme que revêt l'affection aiguë qui nous occupe ici. En effet, une grande partie des phénomènes généraux de la phthisie tuberculeuse parvenue à sa dernière période, la toux, le dévoiement, l'amaigrissement excessif du sujet, la pâleur et la teinte jaune de la peau, l'infiltration des extrémités, peuvent se rencontrer dans la pneumonie lobulaire grave. Malgré cette apparence trompeuse, le diagnostic ne sera pas toujours très difficile à établir. Ou la pneumonie lobulaire sera simple, et alors les signes stéthoscopiques n'auront aucun rapport avec la gravité de l'état général, et ce désaccord indiquera que nous avons affaire à une hépatisation limitée du poumon, l'affection tuberculeuse présentant d'ordinaire des symptômes d'auscultation qui indiquent une altération profonde du parenchyme pulmonaire; ou bien la pneumonie aura revêtu la forme lobaire, se sera généralisée, et l'auscultation fera reconnaître à l'observateur que la maladie existe à la partie postérieure, qu'elle est double, etc. En un mot, il y aura un ensemble de phénomènes locaux qui appartiennent à la pneumonie.

L'œdème du poumon pourrait quelquefois être pris pour une pneumonie lobulaire. Mais outre qu'il est assez rare dans l'enfance, il est d'autres signes qui peuvent servir à le différencier. Il siége principalement à la base des deux poumons, et a pour signes locaux un râle sous-crépitant à grosses bulles. La percussion fait ordinairement constater une matité plus ou moins étendue. De plus, il est rare que cet œdème du poumon s'accompagne de réaction fébrile, étant plutôt une affection passive de l'organe, qu'une maladie de celles auxquelles on est convenu de donner le nom de maladie active. Ainsi, soit que cet œdème revête la forme suffocante, et dont la durée est de quelques jours à peine, soit qu'il affecte la forme chronique, il sera presque toujours, sinon facile, au moins possible de le distinguer.

Le traitement de la pneumonie lobulaire est, à bien peu de chose près, le même que celui de la pneumonie lobaire; aussi confondrons-nous ensemble, en les passant rapidement en revue, les médications opposées à ces deux affections.

Chez l'enfant dont nous avons, il y a quelques jours, rapporté l'observation en détail, on a mis en usage les émissions sanguines locales, les préparations antimoniales et un large vésicatoire.

Examinons tour à tour ces moyens.

Chez les enfants excessivement jeunes, il est rare que l'on puisse employer les émissions sanguines générales; la faiblesse de la constitution des sujets semble s'opposer à ce que l'on soumette l'économie à une perte de sang aussi prompte et aussi considérable que celles que produit la phlébotomie. Mais la saignée locale, les sangsues, les ventouses, ont une influence bien évidente sur la marche et la durée de la pneumonie, surtout lorsqu'elle est primitive, et non consécutive, à une affection qui a déjà par sa durée et sa gravité, affaibli le sujet malade. Employées dès le début, elles ont pour effet de diminuer la chaleur de la peau, la coloration du visage, et l'intensité du mouvement fébrile. Presque toujours locales chez l'enfant, comme nous l'avons dit, elles doivent consister, chez l'enfant très jeune, dans l'application de six à huit sangsues; chez l'enfant plus âgé, on peut aller jusqu'à dix ou quinze. Il va sans dire que ce sera sur le siége du mal lui même, sur le point douloureux, ou correspondant aux phénomènes les plus intenses, que devront être placées les sangsues. Deux applications de quinze sangsues chacune ont été faites chez l'enfant dont nous avons rapporté l'observation.

L'action de cette médication a été favorisée par l'emploi du kermès. Ici nous devons faire remarquer que le kermès, qui agit de la même manière que l'émétique, mais beaucoup moins violemment, est tout à la fois moins utile et moins dangereux que lui. C'est un médicament, on peut le dire, secondaire, et qui n'agit qu'autant qu'il vient en aide à une médication plus acrive et plus énergique. Il est cependant des cas, peu nombreux à la vérité, où il serait impossible de se refuser à la constatation d'une action bien manifeste du kermès administré à dose un peu élevée. On a vu, après son admistration, le pouls baisser et la fréquence des inspirations diminuer. Ces résultats sont beaucoup plus manifestes, mais ne peuvent être rapportés au seul kermès, lorsque la méthode de traitement a été mixte et que l'on ne s'est pas borné à son emploi.

Le kermès a été, chez notre malade, employé à la dose de 10 à 20 centigrammes dans une potion gommeuse. C'est à peu près la quantité à laquelle on doit se tenir pendant les premiers jours; car dans l'administration du kermès, comme dans celui de l'émétique, il faut débuter par des doses très faibles, afin de tâter, pour ainsi dire, la susceptibilité des enfants. On peut cependant, chez des sujets d'un certain âge, aller jusqu'à 50 et même 80 centigrammes. Mais il est plus prudent de rester en deçà que d'aller au delà de la plus faible de ces deux quantités.

Nous ne ferons qu'indiquer ici en passant et pour mémoire, d'abord parce qu'il n'a point été employé dans ce cas et parce que les résultats que l'on avait cru pouvoir en retirer n'ont pas répondu à l'attente des médecins, l'oxyde blanc d'antimoine, vu son insolubilité et sa nullité d'action, on peut le donner à doses assez élevées. Il serait difficile, d'après les expériences qui ont été faites, de lui accorder une autre action qu'une propriété légèrement irritante de la muqueuse gastrique. Mais dans l'immense majorité des cas, lorsque l'on invoque son influence sur la marche de la maladie, il est impossible à parler franchement, de décider si l'amélioration est véritablement due au médicament, ou si la maladie a suivi la marche qu'elle aurait suivie en toute autre circonstance, tant sont peu marqués les changements qui sont survenus après son administration.

Il n'en est pas de même de l'émétique, qui, donné à dose controstimulante, produit dans les pneumonies des enfants, des résultats souvent admirables. En général, l'émétique produit des effets d'autant plus marqués qu'il est donné à une époque plus éloignée du début de la maladie; on le prescrit à la dose de 18 à 20 centigrammes dans 125 grammes de véhicule; tandis que beaucoup d'auteurs disent avoir remarqué qu'il agit d'autant mieux que la tolérance s'établit plus facilement; nous croyons que l'on ne doit point associer l'opium à l'émétique donné à haute dose, et nous pensons avec M. le professeur Chomel que les effets du tartre stibié sont d'autant plus marqués et plus heureux que la révulsion sur le tube digestif a été plus forte.

Enfin, et pour terminer l'analyse du traitement qui a été opposé à la pneumonie de l'enfant dont nous avons parlé, rappelons qu'un large vésicatoire a été appliqué sur la poitrine. Quelques auteurs, et en particulier M. Louis, se sont élevés contre l'emploi des vésicatoires dans les affections inflammatoires du thorax. Nous avons au contraire toujours remarqué que lorsque la phlegmasie a été vivement combattue par des antiphlogistiques puissants, le vésicatoire détermine toujours une résolution beaucoup plus prompte et plus complète de l'affection. Il est excessivement rare que le vésicatoire augmente la réaction fébrile. Mais ordinairement, le second ou le troisième jour après son application, le mouvement fébrile tombe, les symptômes locaux diminuent d'intensité, et une amélioration générale se fait remarquer dans l'état du sujet. Ce sont les résultats que l'on a observés ici, et d'une manière assez tranchée pour qu'il ne soit permis à personne d'en révoquer les effets en doute.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 avril 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. Mercier écrit en réponse à M. Guillon, au sujet de la priorité d'invention d'instruments destinés à l'excision des valvules vésicales.

— *M. J. Guérin* adresse une lettre, dans laquelle il expose qu'il n'a jamais récusé le jugement de M. Guersant; qu'il ne l'a jamais accusé d'avoir demandé la suppression de son service orthopédique de l'hôpital des Enfants; qu'il ignorait même qu'il se fût opposé à l'agrandissement de ce service; qu'il professe pour cet honorable collègue les plus vifs sentiments d'estime et de respect, et qu'il se fût estimé heureux de l'avoir pour juge d'un travail où sont en cause ses travaux et sa personne.

— *M. Husson.* L'Académie doit rentrer mardi prochain dans son hôtel réparé; ne trouvez-vous pas convenable, Messieurs, que le président et le bureau de l'Académie aillent porter à M. le doyen de la Faculté les remercîments de la compagnie, pour l'hospitalité bienveillante et généreuse qu'il lui a accordée?

---

mais elles ne peuvent me persuader; si vous ne vous trompez, c'est que vous cherchez à me faire illusion sur une maladie dont je ne me releverai point..... » Ce n'était que trop vrai! Et cependant un mois encore avant sa mort, la fièvre n'était point survenue, on ne pouvait reconnaître de notable altération dans aucun viscère; la figure était bonne; il n'y avait d'apparent au premier coup d'œil qu'une faiblesse progressive, des douleurs et du désespoir. Néanmoins, d'assez bonne heure, M. le professeur Chomel avait découvert, dans la région épigastrique, une tumeur dont le siége et la nature sont resté indéterminés jusqu'aux derniers temps. Il est probable que notre malheureux confrère a succombé à une lésion organique gastro-duodénale, simulant à un très haut degré une affection nerveuse gastro-entéralgique.

L'observation de cette insidieuse et fatale maladie, qui ne serait pas sans intérêt scientifique, trouverait naturellement ici sa place; mais cette lacune sera plus convenablement remplie par notre collégue M. Gaide.

Le courage et la résignation de Mirambeau ne se sont pas démentis durant cette longue et cruelle épreuve, dont il avait prévu le dénouement fatal; mais si son ame, naturellement énergique et courageuse, fortifiée encore par le sentiment religieux et la paix de la conscience, l'élevait au-dessus des craintes vulgaires, sa sensibilité exquise et le tableau continuel d'un intérieur où brillaient tant de vertus et de dévouement, ne pouvaient le prémunir contre les émotions d'attendrissement qui l'ont abreuvé d'amertume.

Oh! qui pourrait dire tout ce que son excellent cœur a souffert pendant cette agonie morale qui s'est prolongée quelques mois! qui pourrait exprimer ces longues tortures des plus louables sentiments, fréquemment suspendues par l'explosion d'abondantes larmes qui amenaient un calme momentané! Ces chagrins, ces soucis d'une inévitable et prochaine fin, Mirambeau ne les rapportait pas à lui-même; toute sa sollicitude était pour sa femme, pour sa fille, pour son gendre, qu'il chérissait au-delà de toute expression, dont le sort pouvait changer, et qu'il laisserait inconsolable de sa perte. Les innombrables marques d'intérêt qu'il a reçues pendant sa maladie, ont pu également la convaincre que les regrets de sa mort ne resteraient pas concentrées dans sa famille. Pour honorer sa mémoire, non moins que pour exprimer les sentiments de reconnaissance dont il était pénétré, je voudrais pouvoir relater ici ces témoignages d'intérêt qui adoucissaient ses souffrances; mais j'aurais trop de choses à dire, trop de personnes à nommer. Il en est deux cependant que leurs services délicats et assidus placent hors de ligne; M. le professeur Chomel qui dirigeait le traitement, et dont le zèle bienveillant et affectueux ne s'est pas ralenti; et M. Gaide, son adjoint, qui a montré dans cette circonstance, comme toujours, une bonté et un dévouement inépuisables. Les soins les plus éclairés comme les plus tendres ayant été infructueux, Mirambeau a cessé de vivre dans la nuit du 9 au 10 mars, dans la vigueur de l'âge, sa cinquante et unième année commençant.

En terminant cette notice nécrologique d'un de nos collègues qui fut un de nos meilleurs amis, permettez-moi, Messieurs, une dernière réflexion, qui résume sa vie médicale si utile et si honorable. Concourir au progrès de l'art de guérir en épurant les doctrines, ou par des découvertes et des perfectionnements apportés dans la pratique, est l'heureux privilége du petit nombre; mais répandre des bienfaits par des connaissances laborieusement acquises et consciencieusement appliquées, se faire honorer par la dignité du caractère, constitue aussi un précieux mérite qui distinguait éminemment notre infortuné collègue, et doit le rendre à jamais digne de nos hommages et de nos regrets!

A. Lagasquie, *secrétaire-général.*

NOUVELLES.

La vaccine a fait, dans ces dernières années, de grands progrès en Russie; il n'y a plus aucune province, tant dans ses possessions asiatiques qu'européennes, où elle ait pénétré; même les tribus nomades ont déclaré être prêtes à accueillir son introduction. Il n'y a que les Calmouks qui n'en veulent pas. Ils craignent tant les vaccinateurs et leurs lancettes, qu'à leur approche ils cachent leurs enfants dans les cachettes les plus impénétrables. Il faut toute la ruse des vaccinateurs et toute l'autorité des gouvernants, pour engager les parents à présenter leurs enfants à la vaccination. Ils croient que la vaccination est une opération magique, par laquelle on voue à l'esprit malin ceux qui s'y soumettent. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que malgré leur crainte pour la vaccine, celle-ci se développe plus vite dans le corps des Calmouks que dans tout autre. L'année dernière, cinquante-quatre vaccinateurs ont été envoyés à cette peuplade; ils ont inoculé la vaccine à 3,548 individus.

— Durant les quatre dernières années (de 1839 à 1843), le nombre des docteurs en médecine admis devant le jury d'examen de Belgique a été comme suit: de l'université de Louvain 46, de celle de Gand 41, de celle de Liége 38, de celle de Bruxelles 26; total 151, ce qui donne par année une moyenne de 37 3/4.

Durant ce même laps de temps, le nombre de docteurs en chirurgie admis devant le jury a été comme suit: de l'université de Louvain 30, de celle de Bruxelles 27, de celle de Gand 18, de celle de Liége 16; total 91, ce qui donne par année une moyenne de 22 3/4.

Le nombre de docteurs en accouchements créés pendant ces quatre années se répartit de la manière suivante: Louvain 43, Gand 37, Liége 27, Bruxelles 23; total 130, soit 32 1/2 par année.

(*Gaz. méd. belge.*)

M. le président. Je suis heureux d'annoncer à M. Husson que le bureau de l'Académie avait devancé ses vœux; il a décidé aujourd'hui même que cette démarche serait faite au nom de l'Académie auprès de M. le doyen.

M. le président annonce que dans cette séance d'inauguration on entendra l'éloge de Bourdois de La Mothe, par M. Pariset, et l'éloge de Double, par M. Bousquet.

— *M. Bousquet* lit le rapport officiel de la commission de vaccine sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1842.

Ce rapport, et la courte discussion qui l'a suivi, n'ont présenté aucun fait nouveau. On n'a fait que répéter ce qui se dit tous les ans sur l'inutilité de la revaccination d'un côté, sur l'inutilité de l'autre, sur l'affaiblissement du virus vaccin soutenu par les uns et nié par les autres.

— *M. Biot* adresse une lettre déposée par *M. Andral*, pour prier l'Académie de nommer une commission à l'effet de constater les avantages de l'appareil qu'il a imaginé pour faciliter le diagnostic du diabète sucré, dont toutes les expériences faites jusqu'ici ont démontré la valeur.

Le bureau propose une commission composée de MM. Andral, Rayer, Gueneau de Mussy, Boulay, Martin-Solon, Civiale, Roux, et Thillaye.

MM. Roux et Gueneau de Mussy témoignent des résultats avantageux qu'on obtient à l'Hôtel-Dieu de cet appareil, où le Conseil des hôpitaux en a fait placer un.

M. Nacquart ajoute que *M. Martin-Solon* l'emploie fréquemment aussi à l'hôpital Beaujon avec les plus grands avantages.

— *M. le président* tire au sort les membres de la députation qui se rendront auprès du roi à l'occasion du 1er mai.

Le sort désigne MM. Bourrial, Devilliers, Collineau, Labarraque, Loiseleur-Deslonchamps, Bourdon, Burdin, Velpeau, Boudet, Londe, Derosne, Gunelle, Maccartan, Dizé et Oudet.

— *M. Huzard* lit un mémoire sur un travail de M. Rey Fabien, intitulé : De la cherté des sangsues, et sur les moyens d'y remédier.

Le bruit des conversations particulières ne nous a permis de rien entendre de ce rapport, dont le vote des conclusions a été ajourné.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

—Dans une lettre adressée par M. Guillon à la séance de l'Académie du 16 avril, ce chirurgien, prétendant que l'instrument de M. Mercier pour couper les valvules du col de la vessie est une copie défectueuse de son sarcotome décrit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 février 1832, s'exprime ainsi :

..... La seule différence qu'il y ait entre l'un et l'autre instrument, la voici : Des deux portions de tube qui forment le tranchant de celui que M. Mercier considère comme SIEN, celle qui glisse sur l'autre, à l'instar de la branche mâle du lithotriteur de M. Heurteloup, n'agit que par *simple pression*; dans *mon sarcotome* composé de deux tubes, dont l'un glisse et exécute à volonté des mouvements de rotation dans l'autre, le tranchant que présente les bords de la fenêtre formée par la canule externe et le tranchant de l'espèce de baïonnette que présente le tube interne, *agissent en sciant* et avec une grande précision. — La pièce centrale ou mandrin, que je place maintenant dans la canule interne, sert à fixer la cloison sur le bord de la fenêtre de la canule externe; et tout en garantissant les parties voisines de l'action du sarcotome, elle rend plus sûre et plus facile l'excision des obstacles valvulaires, ou de certaines tumeurs qui s'opposent à la sortie de l'urine.

Selon M. Guillon, l'urétrotome de M. Mercier, adressé pour le concours du prix fondé par le marquis d'Argenteuil, ne serait aussi que son stricturotome décrit dans la *Revue médicale* (février 1839, p. 309).

Pour résumer cette discussion, dit M. Guillon, je crois devoir rappeler :

1° Que l'opération exécutée par moi sur la personne soumise le 28 novembre dernier à l'examen de MM. Bérard et Rayer, et qui l'a débarrassée immédiatement d'une rétention d'urine produite par un rétrécissement valvulaire situé à l'orifice interne de l'urètre, *est l'*INCISION *de cette espèce de cloison* au moyen de mon *stricturotome*;

2° Que cette incision a été pratiquée de manière à produire un lambeau digitiforme de toute la hauteur de la cloison intra-vésicale ;

3° Que M. Mercier n'a jamais fait cette opération, et que cependant il a cru pouvoir élever des prétentions sur les procédés et les instruments que j'employais lorsqu'il était encore au collége; il a été reçu docteur en 1839.

Obligé enfin de préciser des titres qu'il *prétendait être antérieurs aux miens*, il fait ouvrir le paquet cacheté déposé par lui le 10 décembre 1839 à l'Académie. Que trouve-t-on dans ce paquet? Tout simplement la description d'une *copie défectueuse de mon sarcotome* décrit deux mois auparavant dans la *Revue médicale*, cahier d'octobre 1839, page 42, et dans la *Gazette des Hôpitaux* il y a plus de *douze ans*.

Je terminerai par une observation qui me semble décisive; c'est qu'il serait impossible, avec l'instrument de ce médecin, de pratiquer l'opération qui a motivé sa réclamation, opération qui consiste à INCISER les rétrécissements valvulaires de l'orifice interne de l'urètre, son sarcotome n'étant applicable qu'à l'*excision* ou à la *résection* de certains obstacles qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 avril 1844. — Présidence de M. Elie de BEAUMONT.

MM. Bernard et Barreswill adressent un mémoire intitulé : Recherches physiologiques sur les substances alimentaires.

Dans un travail précédent, l'un des auteurs a indiqué un procédé simple et d'une exécution facile, pour reconnaître si une substance est alimentaire. Ce procédé consiste à faire dissoudre dans le suc gastrique la substance qu'on veut étudier, et à injecter la solution dans la veine jugulaire d'un animal. En opérant ainsi, on a pour but de faire au moyen du suc gastrique, des chyles artificiels avec des substances connues et dosées qu'on introduit directement dans le sang, et dont on peut suivre les transformations diverses. Si la substance soumise à cette épreuve est assimilable, elle disparait en entier dans le sang, et l'on n'en découvre aucune trace dans les excrétions; tel est le cas du sucre et de l'albumine, qui s'assimilent entièrement quand on les injecte avec du suc gastrique; tandis que les mêmes matières se retrouvent en nature dans les urines, sans avoir subi aucune modification quand on les injecte, comparativement à la même dose, mais seulement dissoute dans de l'eau simple. Si au contraire les substances soumises à ce mode d'expérimentation ne sont pas assimilables, elles ne disparaissent jamais dans le sang, et qu'elles aient été dissoutes dans le suc gastrique, en *proportion quelconque*, ou bien dans tout autre véhicule, elles se trouvent toujours en nature dans les excrétions. C'est à l'aide de ce moyen nouveau d'expérimentation employé toujours d'une manière comparative, que les auteurs ont entrepris l'étude des différentes substances indiquées comme alimentaires.

Dans une première série d'expériences, ils ont essayé, comparativement avec le sucre, l'albumine et la gélatine. Le sucre et l'albumine préalablement dissous dans le suc gastrique et injecté dans les veines, ont disparu dans le sang et ont été assimilés. Au lieu que la gélatine traitée de la même manière n'a pas été assimilée, et a été expulsée par les voies urinaires.

Dans une deuxième série d'expériences, le sucre, l'albumine et la gélatine, ont été soumis à la digestion naturelle. Le sucre et l'albumine n'ont pas pu être retrouvés dans les urines, tandis qu'au contraire on y trouvait de la gélatine.

— *M. Joseph Lantery*, docteur en médecine, adresse de Londres la lettre suivante :

« La question soulevée par la communication de M. Malgaigne, au sujet de la myotomie rachidienne, intéresse à la fois la science et les familles, et je crois devoir remplir un devoir scientifique en apportant ici mon témoignage.

» Pendant six ans j'ai suivi à *la Muette* les résultats de toutes les opérations de myotomie rachidienne pratiquées dans cet établissement (division des garçons); j'ai surveillé le traitement des malades, et j'ai pu constater leur état à leur entrée et à leur sortie. Je n'ai jamais vu de guérison complète, et les améliorations que j'ai remarquées pourraient être rapportées plutôt à l'extension qu'à l'opération elle-même. Après l'opération, l'extension redresse plus ou moins la colonne; mais celle-ci ne saurait se maintenir en cet état; elle a toujours besoin d'être soutenue soit par une ceinture, soit par tout autre appui étranger. Je n'ai pas vu un seul cas échapper à cette règle générale. En outre, les malades se plaignent toujours d'une douleur sourde du côté opéré, et ils perdent constamment de leur force musculaire. Ces inconvénients continuent même assez long-temps après l'opération.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du caoutchouc comme moyen hémostatique dans les cas d'hémorrhagie produite par les piqûres de sangsues; par M. le docteur BERTHOLD.

Dans les cas d'hémorrhagie due aux piqûres des sangsues, M. le docteur Berthold, professeur à l'Université de Goettingue, a recours au procédé suivant qui, dit-il, réussit constamment et d'une manière instantanée.

On coupe un morceau de caoutchouc de deux millimètres d'épaisseur sur dix millimètres de longueur. On approche l'une de ses faces de la flamme d'une bougie, de manière à en faire fondre la superficie; on la laisse alors refroidir, puis on la frotte doucement sur du papier joseph pour la rendre bien égale, après quoi on l'applique sur la piqûre qu'on a eu préalablement le soin de comprimer pendant quelques instants et d'essuyer de manière à en sécher la surface. Enfin, on recouvre le petit morceau de gomme élastique d'une bande de toile ou sparadrap de diachylon, pour le maintenir et le fixer convenablement en place.

Ce petit appareil ne doit être enlevé qu'au bout de douze à vingt-quatre heures. (*Journal de médecine.*)

Emploi de la créosote contre la télangiectasie; par M. le docteur THORTSEN, de Havelberg.

M. Thortsen a eu assez souvent l'occasion de soigner des télangiectasies (*nœvi materni*) plus ou moins étendues, chez des nouveau-nés. Parmi les divers moyens auxquels il a eu recours dans ces cas, aucun ne lui a paru aussi efficace que la créosote. Il a traité cette année trois nouveaux cas de télangiectasie par ce médicament, et il en a obtenu des avantages signalés. Il l'emploie à l'état de dilution plus ou moins grande suivant les circonstances, et il l'applique à l'aide de compresses qu'il renouvelle deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

Sous l'influence de cette médication, on voit peu à peu la surface du nævus s'excorier d'abord, puis s'ulcérer, et enfin disparaître en entier; il se forme alors une cicatrice lisse et de bon aspect.

(*Medicinische Zeitung.*)

Voici comment M. Lefebvre, lieutenant de vaisseau, a rendu compte, dans un mémoire envoyé à l'Académie des sciences, de la mort déplorable de M. le docteur Petit, attaché à une expédition scientifique en Abyssinie.

« En cet endroit le fleuve coule dans un lit de roches de formation primitive, modifiée par l'action du feu ; ses bords encaissés sont très rapprochés, et d'une roche à l'autre, les Portugais avait construit un pont qui reposait sur une seule arche, et dont les extrémités étaient suivies de déversoirs pour les débordements. L'arche a été rompue par les Abyssins; et comme en cet endroit le lit du fleuve est très profond, on est obligé, pour faire passer les bagages, de les attacher à des lanières dont les deux bouts sont tenus aux deux bords. C'est ainsi que je fis passer les nôtres. Pendant ce temps, M. Petit, contrairement à mon avis et à celui des Abyssins, descendit la rive vers un endroit où le fleuve est moins encaissé, et qui sert au passage des mules. Il fit passer d'abord sa tunique par un de ses domestiques, qui atteignit rapidement le bord opposé; puis, ne sachant pas nager, il se mit à l'eau sous l'escorte de deux nègres qui le soutenaient. Déjà il touchait au rivage, et ses domestiques venaient m'annoncer qu'il avait effectué son passage, lorsqu'un grand cri, un cri arraché de l'âme, me glaça d'effroi. Je m'élançai aussitôt, il n'était plus temps; je ne trouvai que les deux nègres, qui rapportèrent que leur maître les avait subitement lâché en poussant un cri de douleur, et s'était immédiatement enfoncé dans l'eau pour ne plus reparaître. Il n'y a pas le moindre doute qu'un crocodile venait de m'enlever mon compagnon. »

La QUATRIEME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN (*Maladies des femmes*), est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Rapport de MM. les docteurs LODIBERT *et* MARTIN-SOLON *sur le Sirop de Pointes d'asperges, préparé par M. Johnson.*

Messieurs,

Vous nous avez chargé, M. Lodibert et moi, de vous rendre compte du Mémoire que M. Johnson, pharmacien à Paris, vous a adressé *sur les propriétés médicales du Sirop de pointes d'asperges.* Voici l'analyse de ce travail :

« Nous avons fréquemment employé ce Sirop l'année dernière, à » l'hôpital Beaujon, et nous l'avons vu abaisser d'une manière très » notable le nombre des battements du cœur, dans les palpitations » nerveuses, dans les cas d'hypertrophie du cœur ; nous l'avons vu » quelquefois diminuer l'impulsion de l'organe malade et amoindrir le » bruit de soufflet qui accompagnait cette lésion. Les effets du Sirop » de pointes d'asperges ont toujours été bien plus sensibles quand les » palpitations pouvaient être attribuées à un état nerveux, que quand » le système musculaire était hypertrophié. Il est cependant certain » que, même dans cette dernière circonstance, la contractilité du cœur » a été quelquefois sensiblement modifiée ; c'est peut-être à cause de » cette propriété qu'au Malabar on emploie contre la fièvre hectique » une confiture préparée avec les pousses de pointes d'asperges.

» Nous avons, ainsi que plusieurs médecins, constaté l'effet diurétique du sirop dont il s'agit dans plusieurs hydropisies. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 50. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 26 AVRIL 1844.

DU PROJET DE LOI SUR LA RÉFORME DES PRISONS.

Le projet de loi sur la réforme des prisons, en ce moment en discussion à la Chambre des députés, soulève de grandes questions relatives à la santé des détenus, qui ne nous semblent pas avoir été abordées avec toute la précision et la netteté que ce sujet réclame. Les hommes compétents que possède la Chambre, c'est-à-dire les médecins, n'ont pas encore, probablement parce que l'occasion leur a manqué, fait connaître le résultat des recherches qu'ils ont faites sans doute sur ce grave sujet. Des dissidences extrêmes sur l'influence exercée par le système cellulaire sur la santé des détenus, règnent en Europe et en Amérique. D'après les uns, le système pensylvanien et même le système plus doux d'Auburn, exerceraient une influence déplorable sur la santé des détenus. La privation presque absolue de la voix, le défaut de locomotion ou une locomotion insuffisante produiraient des maladies graves, et la mortalité serait considérable. De plus, la torture de l'isolement continu déterminerait fréquemment le développement de l'aliénation mentale. Selon d'autres, au contraire, non-seulement ces influences fâcheuses n'existeraient pas, mais encore la santé générale des détenus cellulaires serait remarquablement améliorée, la mortalité serait beaucoup moins élevée que dans les prisons en commun, et l'aliénation mentale n'y serait qu'une exception liée d'ailleurs à l'influence de causes générales.

Il va sans dire que les partisans de ces opinions extrêmes invoquent des deux parts l'éloquence des chiffres, et que c'est sur la statistique qu'ils s'appuient.

C'est ainsi qu'à la Chambre des députés nous avons vu M. Carnot invoquant l'autorité des observateurs et des chiffres pour rejeter le projet cellulaire, combattu par M. de Beaumont, qui a fait, à son tour, une longue exhibition de chiffres et d'auteurs. Il est vrai que personne, dans l'assemblée, ne s'est avisé de s'enquérir d'une chose importante; savoir, la valeur de ces preuves et de ces témoignages contradictoires. Enquête bien importante, en effet; car on est tout surpris, en lisant les volumineuses recherches publiées déjà sur la question, de rencontrer des travaux de publicistes, de philosophes, d'économistes, de philanthropes en grand nombre, mais de médecins, presque point. Nous ne craignons pas de dire que c'est précisément parce que le concours des médecins instruits n'a pas été assez souvent sollicité, parce qu'il n'a été qu'accidentel et incomplet, que la question est encore fort obscure et fort controversée.

En veut-on une preuve? M. de Beaumont, pour atténuer l'effet d'une énergique argumentation de M. Carnot, qui venait de dérouler le lamentable tableau de la mortalité dans le pénitencier de Philadelphie, a cru victorieusement répondre en disant que cette mortalité était moindre que celle des maisons centrales de la France. Mais quel est le médecin qui ne repousserait un tel rapprochement? Qui ne voit que l'effrayante mortalité de nos prisons tient à l'effroyable encombrement des détenus? Qui ne sait que la prison centrale est, dans l'état actuel des choses, le plus affreux des supplices? Que les détenus manquent d'air et de lumière, et qu'il n'est pas d'organisation, quelque robuste qu'on la suppose, qui puisse résister à de telles conditions prolongées de dépérissement et de mort? Et le régime alimentaire, et le travail excessif, le médecin n'en tiendrait-il pas compte?

Sans doute cette question de la réforme des prisons, au point de vue de la morale, de la société, et de l'avenir des détenus, est importante et urgente. Mais, nous le craignons, les documents véritablement scientifiques manquent encore pour la résoudre. Les partisans du système pensylvanien ne s'autorisent que de l'exemple du pénitencier de Philadelphie, où toutes les rigueurs de l'emprisonnement solitaire sont en exercice depuis quinze ans. Mais un seul exemple est-il suffisant? Les différences de climat, de tempérament, de mœurs, d'habitude des habitants, ne peuvent-elles pas changer la face du problème? D'ailleurs, d'après les documents exposés par M. Carnot, les résultats sanitaires de Philadelphie seraient-ils donc si favorables? Non assurément; car il meurt, à Philadelphie, quatre détenus, sur cent, pendant que les prisons qui suivent le système d'Auburn ne perdent, en moyenne, que deux détenus sur cent; car six détenus sur cent sont frappés d'aliénation mentale dès la première année de leur détention; car, en définitive, comme résultat moral, les récidives y sont tout aussi fréquentes que dans nos bagnes et dans nos prisons.

Nous engageons les médecins qui siégent à la Chambre, à avertir leurs collègues de l'état de vague et d'indécision qui règne sur la question scientifique. Si la réforme des prisons est urgente, il y a quelque chose de plus urgent encore, c'est d'être réformateur avec intelligence et humanité. L'expérience partielle qui a été faite en France du système pensylvanien est loin d'être encourageante. Le suicide et la folie en ont fréquemment été la triste conséquence. Que ce qui n'a pas encore été fait, c'est-à-dire une enquête scientifique sérieuse et confiée à des hommes compétents, soit proposé; que la loi soit ajournée jusqu'à ce que cette enquête ait jeté ses lumières sur la question; nous estimons que c'est la seule façon d'agir qui puisse avancer la solution du grand problème qui s'agite actuellement dans le vide des discussions philosophiques, et préserver le législateur de déceptions et de regrets.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Du traitement des blépharites conjonctivales.

Nous avons examiné la thérapeutique des blépharites des bords palpébraux dans notre dernier article; nous allons aujourd'hui faire connaître les opinions de M. Velpeau sur le traitement qui convient aux blépharites de la conjonctive.

Mais avant d'entamer ce sujet, il nous reste un mot à dire à propos des blépharites des bords ciliaires. Nous désirons appeler l'attention sur la variété que nous avons appelée *exulcéreuse*. Cette espèce, caractérisée, comme on se le rappelle, par de la cuisson, de la brûlure, se manifestant par des ulcérations rouges, écorchées sur le bord carré dont nous avons parlé souvent déjà; cette espèce, disons-nous, guérit parfaitement par l'application des cathérétiques.

Le nitrate d'argent et les préparations mercurielles réussissent bien dans ces cas. C'est aussi dans cette variété qu'on peut appliquer l'azotate d'argent en nature; c'est-à-dire qu'il est permis alors de pratiquer de légers attouchements avec un crayon de nitrate. Cette méthode réussit dans cette variété. Il n'en est pas de même dans les autres blépharites ciliaires.

Si l'on ne se décide pas à toucher les bords ciliaires avec le crayon, il faut faire usage alors de pommades très concentrées ou d'une forte solution qu'on applique sur le mal à l'aide d'un petit pinceau.

Une remarque qu'il est important de faire, c'est qu'il ne faut, dans tous les cas, toucher ces ulcérations des différentes manières que nous venons d'indiquer, que tous les trois, quatre ou cinq jours; c'est-à-dire pratiquer ces cautérisations deux ou trois fois seulement pour guérir la maladie. Dès que le mode d'irritation a été changé par l'application bien faite du cathérétique, si l'on abandonne la blépharite à elle-même, elle ne tardera pas à guérir; mais si, au contraire, on venait à toucher chaque jour, avec le crayon, les paupières affectées, on ne manquerait pas de s'opposer à la guérison, et de substituer aux ulcérations légères qui constituent la maladie, des ulcérations plus profondes dont la cause serait dans la médication.

Si l'on ne veut point employer le nitrate d'argent en nature, on peut, parmi les pommades qu'il faut prescrire, choisir plus particulièrement celles dont la base est l'oxyde de mercure, les pommades de Desault, de Dejean, de Farnier, la pommade chargée de nitrate d'argent.

Qu'on se souvienne qu'il ne faut pas laisser la blépharite exulcéreuse sans l'attaquer par des moyens actifs; elle guérit avec facilité par le traitement que nous avons indiqué; mais elle est susceptible, quand on la néglige, d'amener des dégénérescences qui peuvent devenir sérieuses. On voit, en effet, survenir à sa suite des végétations; il se forme des granulations qui ne tardent point à s'accumuler et à prendre l'aspect cancéreux; d'où l'on doit conclure qu'il est important de combattre cette blépharite aussitôt qu'elle apparaît.

La thérapeutique des blépharites conjonctivales ne doit pas être tout à fait considérée au même point de vue que celles des affections dont nous venons de parler. Dans les maladies qui attaquent les bords ciliaires, le mal a son siége dans des espaces extrêmement circonscrits, comme on le voit dans les blépharites folliculeuse, ciliaire proprement dite; mais dans celles qui occupent la conjonctive, on a affaire à quelque chose de plus diffus; ce ne sont plus des points déterminés qui sont malades, ce sont des plaques plus ou moins étendues, des espaces beaucoup moins circonscrits; une portion de l'organisme plus importante parce qu'elle est plus considérable, dont la maladie s'est emparée.

Aussi, à un mal plus étendu, faut-il opposer une médication qui ait elle-même plus de facilité à s'étendre. Les pommades et les topiques remplissent ce but d'une manière plus imparfaite que les collyres; cela est facile à comprendre.

Quand on applique une pommade pour agir sur l'œil lui-même, les frottements des paupières, les larmes sécrétées avec plus d'abondance par suite de la maladie ou de l'application même du médicament, les exsudations muqueuse ou glanduleuse viennent l'isoler bientôt des tissus avec lesquels elle aurait besoin d'être en contact immédiat; ces différentes causes agissent sans cesse dans le but de la rejeter à l'extérieur; ces sécrétions s'interposent entre elles et les régions malades, d'où il suit que les pommades agissent peu dans les blépharites conjonctivales. Nous avons démontré pourquoi, au contraire, leur action était des plus salutaires dans les maladies des bords palpébraux.

Cela veut-il dire que les pommades ne conviennent jamais dans l'inflammation de la conjonctive palpébrale? Peut-on poser cette règle d'une manière absolue? Nous sommes loin de le penser; nous disons seulement que dans la généralité des cas elles conviennent moins, elles ont moins d'efficacité et nous en donnons les raisons comme nous les concevons.

Oui, en règle générale, les collyres sont préférables dans les blépharites conjonctivales, tandis que les médicaments liquides s'appliquent mal au traitement des maladies des bords palpébraux, et déjà précédemment nous en avons énoncé les motifs.

Qui ne comprend que les collyres se mêlent aux matières liquides exsudées, qu'ils restent avec facilité entre l'œil et la paupière, précisément où est le siége de la maladie, et qu'ils séjournent ainsi un temps plus considérable sur la région avec laquelle il est important qu'ils soient en contact pour y développer leur action! Puisque dans la thérapeutique qui convient aux maladies dont nous nous occupons, il ne s'est agi jusqu'ici que de médication topique, il est évident que plus les médicaments seront en contact direct avec le mal, plus ils auront de chances d'agir énergiquement. C'est en cela même, en généralisant la question, que la thérapeutique chirurgicale l'emporte en efficacité sur la thérapeutique médicale. N'est il pas raisonnable de penser qu'un remède a d'autant plus d'efficacité qu'il est appliqué plus immédiatement sur le mal! Or c'est ce qu'on peut rarement faire en médecine.

En thérapeutique générale, et dans celle des blépharites en particulier, le but à atteindre est donc de maintenir les topiques en contact le mieux possible avec les parties affectées, et pour les blépharites conjonctivales ce sont les collyres qui présentent le plus de facilité pour obtenir ce résultat. Il va sans dire aussi que tous les médicaments exigent une certaine méthode d'emploi et des précautions dans les diverses façons de les appliquer.

Les variétés de collyres mis en usage dans le traitement des blépharites de la conjonctive sont innombrables; le sucre de saturne, les sulfates de zinc, de cuivre, de fer, le cadmium, l'alun, le sublimé, etc., etc., ont été préconisés. Il n'y a peut-être pas de substance chimique qui n'ait été employée en collyre et qui ne soit devenue la base de nombreuses formules.

Il en est cependant qui sont généralement plus employées que les autres, et parmi celles-là il faut ranger les préparations mercurielles, le fer, l'alun, le zinc, le cuivre et le nitrate d'argent.

On a aussi beaucoup vanté le cadmium dans ces derniers temps. On s'est servi encore de phosphore et d'huile de foie.

Parmi ces différents collyres il en est que nous avons expérimentés. La solution de deutochlorure de mercure, à la dose de cinq centigrammes pour trente grammes d'eau distillée, un peu plus, un peu moins, selon les circonstances, s'emploie en lotions et en grandes instillations de manière que le liquide pénètre entre les paupières; c'est un médicament dangereux, qui demande les plus grandes précautions, car si le malade en avalait il pourrait survenir des symptômes graves d'empoisonnement. Mais, à part cet inconvénient, c'est un résolutif énergique, et que nous avons employé beaucoup il y a dix ou douze ans. Il réussit surtout très bien dans les cas où les malades ont été atteints de syphilis, mais sans tenir compte même de cette action spéciale il procure d'excellents résultats dans les cas ordinaires.

La solution de sulfate de zinc, à la dose de cinq centigrammes pour trente grammes d'eau constitue aussi un assez puissant résolutif. Il nous a paru avoir une action manifeste sur les variétés muqueuse et granuleuse. Il ne nous a pas semblé réussir aussi bien dans la blépharite glanduleuse. Le collyre précédent nous a toujours paru alors plus efficace que ce dernier. Le collyre au sulfate de zinc a besoin d'être manié d'une certaine façon pour tirer de lui tous les avantages qu'il est susceptible de procurer. Ainsi, il convient de l'administrer à doses croissantes d'abord; on entend qu'il ne s'agit pas de la quantité du médicament dont on prescrira l'emploi, mais de la fraction plus ou moins considérable du sulfate de zinc par rapport à l'eau qui le tiendra en dissolution; on pourra formuler d'abord cinq centigrammes de sulfate pour trente grammes d'eau, puis on augmentera progressivement d'un centigramme chaque jour jusqu'à ce qu'on soit arrivé à

un décigramme pour la même quantité de liquide; alors on le prescrira à doses décroissantes, c'est-à-dire qu'on ajoutera chaque jour une quantité d'eau un peu plus considérable pour la même quantité du sel de zinc afin d'affaiblir l'énergie de la substance active.

Ce que nous venons d'exposer pour le sulfate de zinc trouvera également son application pour l'emploi du sulfate de cuivre, les quantités seront les mêmes et la progression indiquée devra être suivie pour les collyres dans lesquels entrera ce dernier médicament.

Les sulfates de zinc et de cuivre tout en produisant souvent de bons effets dans les blépharites, n'ont pourtant pas en général l'efficacité des préparations de deutochlorure. Cependant il est très utile de les connaître parce que dans ces sortes de maladies il existe quelques nuances qui résistent absolument à certains remèdes et qui cèdent à certains autres que l'observation nous a appris être ordinairement moins efficaces. Il est donc nécessaire de se poser pour règle de conduite dans la thérapeutique des maladies dont nous nous occupons, d'essayer d'abord du médicament que l'expérience nous a appris réussir le mieux dans les cas semblables à celui contre lequel nous sommes appelés à agir, mais en se réservant de tenter l'emploi des autres préparations successivement, si le mal résiste au premier collyre mis en usage.

On vante encore parmi les collyres la solution de pierre divine, de pierre calaminaire, de pierre bleue. Elles peuvent être utiles quelquefois, d'ailleurs tous ces produits sont de la même espèce que les précédents, et ils agissent à peu près de la même manière.

La pierre divine est une préparation dont le sulfate de cuivre cristallisé forme la base. Il s'y trouve mélangé à du nitrate de potasse, de l'alun et du camphre. En voici les proportions :

Sulfate de cuivre cristallisé, une partie; nitrate de potasse, une partie; alun, une partie; camphre, un vingt-quatrième.

La pierre calaminaire n'est autre chose qu'un composé d'oxyde de zinc, de silice, d'oxyde de fer.

La pierre bleue est un composé dont le sulfate de cuivre ammoniacal forme la partie active.

Tous ces collyres sont surtout employés avec avantage dans le traitement des blépharites muqueuses. Mais de toutes ces préparations que nous venons de citer, il n'en est point qui soit plus efficace que la solution d'azotate d'argent dans ces blépharites muqueuses et principalement quand elles menacent de devenir purulentes : nous aurons occasion d'en reparler plus au long, mais, dès aujourd'hui, qu'on se souvienne qu'il n'est aucun collyre qui puisse l'emporter sur celui-là pour arrêter les blépharites muqueuses.

Ainsi il résulte de l'observation, que la blépharite granuleuse paraît céder plutôt aux préparations mercurielles, que la blépharite glanduleuse est influencée d'une manière plus utile par les sulfate de zinc, de cuivre, la pierre calaminaire, etc., et que la blépharite muqueuse guérit mieux par la solution de nitrate d'argent.

Mais nous nous hâtons d'ajouter que tout en donnant ces préceptes, nous reconnaissons qu'ils sont loin d'être invariables. On ne peut à cet égard formuler rien d'absolument fixe, par la raison que nous avons donnée plus haut, à savoir, qu'on voyait quelquefois ces affections céder à l'emploi de médicaments qui n'ont d'ordinaire sur elle que fort peu d'action, tandis qu'elles résistent fort long-temps aux agents auxquels elles cédaient d'ordinaire avec facilité.

On peut ajouter cependant que de toutes les blépharites la variété granuleuse est positivement la plus rebelle. Quand on est appelé à la traiter, alors qu'elle est chronique, elle résiste souvent à tous les remèdes, quels qu'ils soient. Ainsi nous en avons vu un très grand nombre dans ces circonstances persister malgré tous les collyres, toutes les pommades employés successivement, et ne pas céder même à des cautérisations nombreuses. Il faut donc s'attendre, quand on a affaire à cette espèce, qu'on ne triomphera pas facilement de la maladie, et cela est important à savoir, afin de ne point promettre au malade autre chose qu'une guérison susceptible de se faire attendre long-temps.

Quand dans le traitement des blépharites conjonctivales on a essayé les médicaments que nous venons d'indiquer sans que la maladie ait été détruite, il est nécessaire de recourir alors à quelque chose de plus actif. On peut, par exemple, pratiquer quelques légers attouchements avec le sulfate de cuivre, de fer, le crayon de nitrate d'argent. Il est bon de prescrire quelques moyens généraux, des bains simples, mucilagineux; des révulsifs, un vésicatoire au bras. Il faut surtout alors rechercher avec soin si la constitution du sujet n'est pour rien dans la maladie des yeux; et si cela est, y remédier par une médication générale appropriée.

Enfin nous ajouterons que la blépharite glanduleuse offre parfois une nuance assez singulière. La maladie est alors fort légère; les malades ont, le matin, les paupières un peu irritées, et il s'accumule une petite quantité de matière dans l'angle interne. Dans la journée, les yeux ne présentent aucune trace d'irritation.

Cette nuance demande à être connue, parce qu'elle résiste d'ordinaire à tous les collyres irritants qui paraissent même, dans bon nombre de cas, l'aggraver au lieu de la guérir.

On ne devra prescrire, contre cette petite affection, pour laquelle on est consulté quelquefois, que des lotions émollientes avec de l'eau de guimauve tiède, de l'eau simple, ou bien encore une solution faible d'acétate de plomb cristallisé.

Dans la variété diphthéritique, les collyres réussissent mal. Cette espèce de blépharite est peu attaquable par les liquides, et l'on doit ajouter que les pommades ne paraissent pas avoir beaucoup plus de succès. La seule avec laquelle on a obtenu quelques bons résultats, est la pommade au précipité blanc; elle semble avoir plus d'action que les autres sur cette variété.

Si nous résumons maintenant tout ce que nous venons de dire du traitement qu'on doit appliquer aux blépharites conjonctivales, nous voyons que l'on traitera ordinairement :

1° Les blépharites muqueuses à quelque degré qu'elles soient, par la solution de nitrate d'argent.

2° Les blépharites granuleuses, par les solutions de sublimé, les attouchements avec le sulfate de cuivre, le sulfate de fer et le nitrate d'argent.

3° Les blépharites glanduleuses, par les solutions d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de zinc, de pierre calaminaire, de pierre divine, etc.

4° Les blépharites légères, qui disparaissent le jour, intermittentes, par le sucre de saturne, les émollients.

5° Les blépharites diphthéritiques, par la pommade au précipité blanc.

Telles sont les règles générales qui peuvent être posées pour le traitement des blépharites conjonctivales. Nous avons prévenu plusieurs fois que, bien que vraies, comme point de départ, elles souffraient fréquemment des modifications.

Ceci termine l'histoire des blépharites simples. Nous aurions à nous occuper maintenant des blépharites purulentes; mais nous prévenons nos lecteurs que M. Velpeau a pensé devoir intervertir l'ordre qu'il aurait suivi. Ce changement est motivé par un certain nombre de malades arrivés à l'hôpital avec des cataractes. Comme la saison est favorable pour les opérer, M. Velpeau saisira cette occasion de parler de ces maladies des yeux.

Dr Pajot.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Cancer du rectum opéré avec succès. Remarques pratiques sur cette affection.

Il y a dans ce moment dans le service de M. Roux, plusieurs cas d'affections cancéreuses qui présentent beaucoup d'intérêt, et dont nous nous proposons de parler plus tard; en attendant, nous croyons utile de donner l'histoire d'un cas remarquable de cancer du rectum, opéré il y a quelque temps avec un plein succès par M. Denonvilliers, remplaçant alors M. Roux.

Dans les premiers jours de juillet dernier, est entré dans la salle Sainte-Marthe, et est couché au n° 17, un homme d'âge avancé, qui, d'après son aspect, ne semblait aucunement affecté d'une maladie aussi grave que celle qu'il portait. C'était un jardinier habitant la campagne, habitué à une vie dure et sobre. Interrogé sur sa famille, il nous répondit que son père était mort à soixante et un ans, et sa mère à trente-six, sans précisément savoir de quelle maladie; il nous fit la même réponse sur plusieurs de ses frères et sœurs morts, en assurant néanmoins qu'ils n'étaient pas morts de maladie cancéreuse. Au reste, il fut toujours bien portant; soldat sous l'empire pendant quelques années, il assure n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, et il fallait bien le croire, car les anciens militaires ont en général assez de franchise pour ne pas cacher des erreurs de cette espèce.

Depuis une dizaine d'années et peut-être plus (car les gens du peuple sont durs au mal, et ne s'en aperçoivent que lorsqu'il a fait déjà quelques progrès), il s'aperçut que ses garde-robes contenaient du sang. Il en fit part à quelques médecins de la province, qui lui répondirent qu'il avait des hémorrhoïdes. Il éprouvait souvent des constipations alternant avec un dévoiement abondant pendant plusieurs jours. Il y avait deux ou trois mois qu'il ressentait des douleurs plus vives qu'à l'ordinaire au fondement; les matières fécales contenaient une plus grande quantité de sang, et les forces s'affaiblissaient davantage. En portant lui-même la main au fondement, il s'aperçut de l'existence d'une excroissance charnue, qui, selon lui, n'existait pas auparavant. Depuis deux mois les matières fécales étaient devenues liquides, et il y eut des selles involontaires. Ces phénomènes persistant, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

En examinant attentivement l'affection locale, on trouva d'abord l'orifice anal occupé par une espèce de champignon en demi-lune situé surtout du côté droit; ce demi-bourrelet a 1 ou 2 centimètres d'élévation. Il est fongueux, rougeâtre, partagé en scissures. Dans les sillons on peut promener son doigt, et on y reconnaît des espèces de tubercules. En touchant ces tissus, on y trouve une consistance de squirrhe. Autour de ce bourrelet la peau est violacée, principalement à droite; par le toucher on sent que le tissu cellulaire sous-cutané est dur et comme squirrheux. Si on porte le doigt dans le rectum, on sent un anneau qui serre le doigt, partagé en lobules près de l'anus, plus loin on reconnaît l'existence d'un tissu nouveau grenu, dur, et même ulcéré dans une certaine étendue; ce tissu anormal ne remonte pas au delà de la longueur du doigt; il monte plus haut en arrière qu'en avant, à droite plus qu'à gauche. Il y a un point où on le sent cesser brusquement, et où par conséquent la muqueuse du rectum semble à l'état normal.

Donc nous avons à faire ici à une tumeur squirrheuse enveloppant le rectum à sa partie inférieure, libre; car le rectum est mobile de toutes parts; sans adhérences avec les parties voisines, parce qu'avec le doigt indicateur poussé dans le rectum jusqu'aux limites supérieures de la tumeur et avec le pouce en dehors, on embrasse la tumeur dans sa totalité, et en lui imprimant des mouvements on voit qu'elle est mobile sur les côtés, et en arrière; en avant, il est plus difficile de déterminer ses rapports avec les organes qu'elle avoisine. Elle semble remonter derrière la prostate, avec laquelle peut-être elle a quelques adhérences. Ceci prouve qu'elle avoisine beaucoup le canal de l'urètre; ce qui constituera une difficulté dans l'opération, que nous nous proposons de pratiquer.

On a exploré avec soin l'état de l'abdomen; on n'y a rien trouvé d'anormal.

A quelle maladie avons-nous affaire ici? Il s'agit évidemment d'un cancer ulcéré du rectum. Ne pourrait-elle pas être toute autre maladie? Nons ne le pensons pas. Ce ne peut pas être une affection dartreuse, car les caractères de celle-ci en sont bien différents; ni une maladie vénérienne consécutive, car dans celle-ci nous aurions ou des choux-fleurs ou des framboises, ou des crêtes de coq, etc., et rien de tout cela ne s'observe chez notre malade. Quant à l'ulcération, si elle était de nature syphilitique, elle serait coupée à pic avec un aspect tout caractéristique; ces caractères n'existent pas dans l'ulcération de notre malade.

A cette occasion, nous ne pouvons pas nous dispenser d'entrer dans quelques détails cliniques sur l'histoire de cette maladie.

Cette affection est très fréquente; elle se montre plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Ce fait a été noté par Desault, Portal, M. Lisfranc et par un de ses élèves, qui, dans une bonne thèse faite sur ce sujet, cite un certain nombre d'observations fournies par les femmes. Nous aussi, dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, avons trouvé beaucoup plus de femmes que d'hommes. A quoi faut-il attribuer ce triste privilége du sexe féminin? On a remarqué, dans les hôpitaux consacrés spécialement aux maladies vénériennes des femmes, que cette maladie y et assez fréquente: or, on sait que ces malheureuses sont exposées à la pédérastie; on en a conclu que cette cause pouvait avoir une grande influence sur le développement du cancer du rectum. Peut-être a-t-on exagéré cette influence; toujours est-il qu'on ne peut pas la nier, car ce serait nier une multitude de faits bien observés. Mais peu importe en clinique l'explication de cette fréquence plus grande chez les femmes. Quelles sont les circonstances occasionnelles qui le développent? La constipation habituelle, les hémorrhoïdes volumineuses, les fissures à l'anus, etc., ce sont autant de circonstances qui peuvent le développer. Quelquefois, pourtant, la cause n'est pas appréciable; ainsi les femmes, par exemple, interrogées sur ce chapitre, vous donnent comme cause des circonstances insignifiantes, telles qu'un refroidissement, un échauffement, etc.

Nous n'entrerons pas ici dans la question de la nature et des différentes espèces de cancer, car ceci nous mènerait trop loin. Nous pensons que notre malade a un squirrhe ulcéré du rectum, avec végétations considérables dans les tissus environnant la muqueuse rectale. Nous croyons que la maladie a commencé par une tumeur squirrheuse développée dans le tissu sous-muqueux, que peu à peu cette tumeur augmentant, a produit la gêne dans la défécation que le malade a éprouvée à la première période de la maladie; puis que la tumeur s'est ramollie, ulcérée et partagée en plusieurs sillons ou fentes, comme nous avons dit au commencement. Une des particularités heureuses de ce cancer, c'est qu'ordinairement il n'envahit que les ganglions lymphatiques qui se trouvent dans le voisinage, et qu'ainsi la maladie reste entièrement locale jusqu'au développement de la cachexie cancéreuse.

Il y a une espèce de cancer du rectum qui, par son évolution, peut être rapprochée de l'ulcère cancéreux de la face, et se développe à la suite d'hémorrhoïdes ulcérées. De même que certains ulcères de la face, négligés ou mal traités, finissent par devenir cancéreux; les hémorrhoïdes irritées et ulcérées se transforment en petites tumeurs dont l'ulcération a un fond et des bords durs, lardacés, vraiment de nature squirrheuse. Ce n'est pas là, comme vous comprenez, l'espèce de cancer auquel nous avons affaire chez notre malade, car le développement et la marche en ont été bien différents.

Forme et siége du cancer du rectum. — Ordinairement il occupe la partie inférieure de cet intestin depuis l'orifice anal; quelquefois il occupe les côtés, et plutôt l'un que l'autre; quelquefois on le voit se développer de préférence en arrière; quelquefois, au contraire, en avant, en contractant des rapports plus ou moins intimes avec les organes qui environnent le rectum. Toutes ces circonstances sont très importantes à connaître, quand il s'agit de procéder à quelque opération sanglante, pour ne pas attaquer des parties qu'il faut respecter. En effet, quand il remonte en arrière, l'opération n'est pas si dangereuse que s'il s'étend en avant du côté de la verge; quelquefois les parties voisines en sont envahies. Ch. Bell admet dans le cancer un tissu de nature fibreuse, et une matière cancéreuse qui s'y développe; d'après cette doctrine, le cancer peut rayonner (en envoyant des ramifications) du point où il s'est développé primitivement vers les tissus plus ou moins éloignés, et si, dans l'opération qu'on pratique, on n'a pas le soin, ou si on ne peut pas enlever toutes les parties qui contiennent de ces ramifications du tissu cancéreux, la récidive est presque inévitable. Cette tendance à se propager aux parties voisines s'observe quelquefois aussi dans le cancer du rectum, qui s'étend vers le vagin chez la femme, ou du côté de la verge chez l'homme, etc. — Chez notre malade, comme nous avons déjà dit, la tumeur semble plus étendue du côté droit; dans tous les autres points elle paraît mobile, si elle n'a pas quelques légères adhérences avec la prostate.

Symptômes. — 1° Le premier phénomène qui se présente dans le début de cette maladie, c'est un sentiment de gêne dans la défécation. Si le cancer est de forme circulaire, cette gêne peut être très considérable, et les matières fécales sortent sous la forme d'un cordon, ou aplaties comme un ruban à cause de la pression qu'elles subissent dans le passage par la fin du rectum.

2° La tumeur étant poussée en bas dans l'acte de la défécation, le malade éprouve une sensation désagréable autour du fondement, comme de quelque chose qui sort. Chez notre malade, il y eut, en outre, des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée.

Quand le rétrécissement de l'orifice rectal est arrivé au point de ne plus laisser passer de matières fécales, celles-ci s'accu-

mulent dans l'intestin, et peuvent causer des accidents très graves ; le ventre se ballonne ; il survient des symptômes d'étranglement de hernie, tels qu'envie de vomir, vomissements, etc. : on a vu des malades avoir une rupture de l'intestin avec péritonite consécutive mortelle. Chez un malade qui a succombé à des accidents de cette nature, on a trouvé, à l'ouverture du corps, une accumulation telle de matières fécales dans l'intestin, qu'elles montaient à 40 livres. Souvent les symptômes ne sont pas si graves. Quelquefois les malades, après avoir éprouvé une constipation opiniâtre et très pénible, ont des garde-robes abondantes, et peu à peu des garde-robes ordinaires ; de sorte qu'ils se croient presque guéris de leur maladie, et ils ne sont que plus près d'une terminaison funeste. Cette facilité des garde-robes est le résultat d'une ulcération arrivée dans la tumeur cancéreuse, d'où une diminution du rétrécissement de l'intestin ; il arrive dans ce cas ce qu'on remarque chez les individus affectés de cancer du pylore, qui après avoir long-temps vomi tout ce qu'ils introduisaient dans l'estomac, un beau jour vomissent moins et plus rarement, et enfin plus du tout, parce que la tumeur qui bouchait l'orifice pylorique s'étant ulcérée, laisse un passage aux aliments dans le duodénum. Le médecin éclairé, expliquant facilement ces phénomènes, ne partage pas l'illusion et l'espérance dans lesquelles se bercent les pauvres malades. Quelquefois, le rectum étant entièrement bouché par le cancer, une espèce d'ouverture ou canal artificiel se creuse peu à peu à travers la tumeur elle-même, et les matières fécales peuvent y passer ; alors tous les accidents de la constipation cessent. On sait que Talma mourut d'un rétrécissement du rectum, et, à l'autopsie, on y trouva un conduit ou canal artificiel presque complet ; de sorte que si ce conduit avait pu s'achever, peut-être aurait-on pu conserver encore long-temps notre grand tragédien.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Présidence de M. THIERRY.

Compte-rendu des travaux de la Société médico-pratique de Paris, séante à l'Hôtel-de-Ville, pendant le premier trimestre de 1844.

Messieurs,

Avant de vous entretenir des travaux de la Société médico-pratique pendant le trimestre qui vient de s'écouler, permettez-moi de ramener un instant votre attention sur les moyens qu'elle possède pour donner à ces mêmes travaux de la durée, de la publicité, enfin pour exciter l'émulation des membres qui la composent. Fondée en 1805, notre Société a publié de très-bonne heure un Bulletin dont vous avez reçu le 39e numéro, et qui continuera de paraître comme par le passé. Ce Bulletin contiendra, sur la décision préalable du comité de rédaction, les mémoires originaux, les comptes-rendus, les rapports et observations de longue haleine qui auront été lus dans nos séances. Ensuite un exemplaire en sera toujours adressé aux sociétés et aux journaux de médecine qui pourront ainsi en apprécier et en publier les mérites. Avec ces Bulletins, messieurs, le champ vous est ouvert pour exercer vos remarques et vos méditations sur les trop nombreuses imperfections de la pratique et de la science, et pour nous faire participer à ces laborieuses investigations. Vous savez que vos recherches, communiquées en séance et consignées dans notre recueil, ne seront perdues ni pour vos collègues ni pour le public médical, ni pour vous-mêmes. Puisse cette considération agir comme une semence vive sur vos esprits capables de la féconder !

Depuis long-temps les *travaux de la Société médico-pratique* n'avaient d'autre moyen de publicité que le Bulletin qui paraît sous ce même titre, lorsque vous avez pensé que les communications verbales, reproduites dans les procès-verbaux de nos séances, pourraient présenter un intérêt général qui les rendrait dignes de prendre place régulièrement dans un journal de médecine. Ainsi le prescrit l'article 33 de vos derniers statuts.

En vertu des pouvoirs que lui confère le même article, le Conseil d'administration a fait choix, pour ces insertions, de la *Gazette des Hôpitaux*, qui est déjà l'écho de plusieurs autres sociétés médicales, et dont le rédacteur en chef a accueilli notre proposition avec une bienveillance parfaite. Ainsi, dorénavant, messieurs, les communications verbales qui alimentaient nos séances, franchiront notre cercle de famille pour pénétrer dans le domaine de la publicité. Notre auditoire, vous le pressentez, va beaucoup s'agrandir. Vos paroles pouvant parvenir aux nombreux confrères que la *Gazette des Hôpitaux* compte parmi ses abonnés, et pouvant être rapportées ensuite par d'autres journaux et d'autres voix, vous serez engagés dans la carrière des publicistes tous justiciables de l'opinion. Cette considération, je l'espère, loin d'affaiblir l'intérêt et la vie de nos réunions, loin de ralentir vos communications par une alarme de votre modestie qui engendrerait une circonspection excessive, ne fera qu'exciter votre zèle, multiplier vos travaux et vous appeler plus assidument aux séances, chacun de nous ayant un nouvel intérêt à s'assurer si le secrétaire a fidèlement rapporté ses paroles.

Vous savez, messieurs, que l'impression des procès-verbaux, comme celle de vos Bulletins, nécessite une décision préalable du Comité de publication auquel certaines modifications sont permises, sans altérer toutefois ni les pensées, ni les expressions émises par les auteurs. Mais vous jugerez peut-être que, pour une expédition plus prompte des procès-verbaux, il doit suffire de la révision du président et du secrétaire-général réunis au secrétaire-rédacteur.

Je vais maintenant, Messieurs, vous présenter une analyse rapide des travaux de notre Société, depuis le 1er janvier jusqu'au 1er avril 1844, en les coordonnant selon leur ordre de succession, ou suivant leur analogie. Vos souvenirs compléteront les lacunes que m'impose un simple résumé, et feront la part des collègues dont je n'aurai pu relater les utiles communications.

En quittant le fauteuil de la présidence pour le céder à M. Thierry, M. Thyrial vous a exposé, dans un discours d'une convenance parfaite, dans quel esprit devaient être conçus et dirigés nos travaux pour profiter simultanément à l'art et à la science que nous cultivons. Notre collègue a cherché à faire ressortir l'alliance étroite qui unissait les théories à la pratique, et l'avantage de ne les point séparer dans l'exercice d'une profession qu'il convient d'élever toujours au-dessus d'un grossier empirisme, en éclairant l'observation par les principes acquis à la science, et en vérifiant la science par les données positives de l'observation. Comme vous, il désire que la *Société médico-pratique* reste fidèle à son titre adoptif en réservant ses prédilections à la médecine clinique, en conservant une sage défiance des abus du raisonnement et des spéculations hasardées de la philosophie médicale. Mais cette judicieuse réserve qui témoigne de sa sagesse et de son discernement, dégénérerait elle-même en abus, si elle ne faisait une légitime part à l'appréciation raisonnée des faits, aux aperçus de l'intelligence. D'ailleurs, il est peu de médecins instruits dont la pratique soit exclusivement dirigée par la seule constatation des symptômes, rapprochée du souvenir des agents thérapeutiques ; presque tous, au contraire, sont guidés, ou tout au moins soutenus, par quelque idée générale, par quelque principe qui se lie plus ou moins intimement à des théories, à des doctrines médicales. Examinés de ce point de vue, vous a dit notre collègue, les faits les plus simples sont susceptibles d'acquérir de l'intérêt, soit comme confirmation, soit comme réfutation d'un précepte général, d'un aperçu ou d'un dogme scientifique. Et c'est ainsi qu'en réservant la première place à l'art de guérir par la communication assidue de faits pratiques, nous cultiverons simultanément la science médicale par l'examen, la discussion, l'analyse et la synthèse de ces mêmes faits. Enfin, faisant appel à votre zèle, M. Thyrial a cherché à vous pénétrer du sentiment de vos forces.

MM. Richelot et Charrier vous ont exprimé leur opinion sur la préférence, à tous autres moyens, qu'on devait accorder aux applications de sangsues dans l'orchite blennorrhagique. M. Richelot a ajouté que, dans une circonstance récente, il avait cru pouvoir faire succéder aux émissions sanguines locales l'emploi d'une forte dose d'onguent mercuriel, par analogie avec le nouveau traitement de la péritonite, et que l'orchite blennorrhagique s'était promptement terminée. A ce propos, M. Charrier a mentionné avec avantage la pratique des onctions mercurielles sur l'abdomen, dans l'inflammation du péritoine. Il pense que, eu égard à la gravité de cette maladie, on aurait tort de se préoccuper des craintes d'une salivation mercurielle, et il couvre le ventre d'une large couche d'onguent. M. Tessereau se loue aussi de cette pratique, et dit n'avoir pas vu la salivation survenir.

M. Cerise vous a rapporté l'observation de deux kystes successivement survenus aux ovaires, chez une dame affectée en même temps d'une maladie nerveuse, et qui se sont dissipés aux époques menstruelles, à la suite d'évacuations séreuses par le vagin ; phénomène insolite qui a fait supposer que la collection de sérosité existante dans les ovaires avait trouvé une issue par les trompes de Fallope. Un de ces kystes, qui avait le volume de la tête d'un fœtus à terme, a duré deux ans et demi. M. Gaide a observé une terminaison analogue chez une femme depuis long-temps ascitique, que l'on poncturait deux ou trois fois par an. Malheureusement le moyen curatif ne peut être conseillé ; car c'est après une chute d'un second étage, que cette femme fut guérie par un écoulement séreux abondant du vagin.

M. Richelot a rapproché de l'observation des kystes ovariens, relatée par M. Cerise, celle d'une jeune fille de quatorze ans, chez laquelle se développa à la suite d'une chute grave, une hydropisie enkystée de l'abdomen. M. Bérard, appelé en consultation, pratiqua sur la tumeur assez volumineuse et presque indolente, une ponction exploratrice avec une aiguille à acupuncture, et la tumeur disparut au bout de quinze jours, sans qu'il survînt aucune évacuation particulière. Reparue après plusieurs mois d'apparente guérison, elle céda au même moyen. Mais elle s'est reproduite ultérieurement, et M. Richelot ignore l'issue de cette dernière récidive.

Selon M. Gaide, les tumeurs des annexes de l'utérus ne sont pas rares chez les jeunes filles, en même temps qu'elles peuvent soulever de graves difficultés de diagnostic. A cet effet, notre collègue vous a rapporté l'observation d'une jeune personne de dix-huit ans, qui portait dans la région utérine une tumeur coïncidente avec une aménorrhée, et que l'on soupçonnait d'être enceinte. M. Marjolin, consulté, rejeta la présomption d'une grossesse, conseilla l'usage de l'aloès ; les menstrues reparurent, et la tumeur disparut graduellement.

M. Richelot nous a communiqué l'observation d'un kyste méliçérique du vagin qu'il avait opéré avec l'assistance de MM. Blatin et Comperat, et qu'il a mis sous nos yeux, en nous faisant remarquer que les tumeurs de cette nature étaient rares dans la partie où elle siégeait cette fois, à 3 ou 4 centimètres de profondeur sur la paroi gauche du conduit vaginal. Quelques pertes sanguines consécutives sont les seuls accidents survenus, et M. Richelot conclut de l'existence de ces pertes, qu'il importe, après une pareille opération, de prendre des mesures contre les hémorrhagies, dont la cause, ici, gît dans les conditions anatomiques des parois du vagin.

M. Puel nous a lu l'observation d'une femme plusieurs fois atteinte d'une anesthésie complète de tout le côté gauche du corps, avec conservation du mouvement dans toutes les parties. Ni la peau, ni les sens ne répondaient aux excitants dans cette moitié du corps. Tandis que l'insensibilité y était complète, la paralysie manquait, et les facultés mentales conservaient leur intégrité. Cette singulière affection revenant par atteintes successives, à quelques semaines d'intervalle, accompagnée de phénomènes névropathiques hystériformes, a cédé tour à tour aux antispasmodiques et aux sinapismes ambulants le long de la colonne vertébrale.

Après cette lecture, et la discussion qui s'en est suivie, M. Puel nous a rapporté l'observation d'un homme que plusieurs médecins avaient abandonné, le présumant atteint d'une affection cancéreuse et d'une paralysie intestinale, et le croyant voué à une mort prochaine. L'abdomen de cet homme présentait, à l'exploration, plusieurs masses dures, résistantes, paraissant avoir leur siége dans la mésentère ou dans les parois intestinales. Il y avait, en même temps, des coliques violentes, une constipation opiniâtre, et la santé générale s'était lentement détériorée. Eclairé par une observation antérieure, M. Puel pensa que ces tumeurs pourraient n'être autre chose que des matières stercorales accumulées et durcies, et bientôt les conséquences des purgatifs qu'il ordonna justifièrent pleinement ses présomptions. Le malade rejeta par les selles des matières concrètes, dures comme des cailloux, et qui paraissaient avoir long-temps séjourné dans les anses intestinales. Par suite de cette évacuation, les tumeurs abdominales disparurent, et le malade se rétablit. Plus tard, la constipation et de nouvelles grosseurs se sont renouvelées, et ont nécessité un nouvel emploi des drastiques, suivi des mêmes succès.

M. Richelot a appelé votre attention sur les dangers de l'opération des kystes situés aux mains. Il vous a cité l'exemple d'une jeune femme accouchée depuis six mois, qui, ayant cédé aux conseils de son médecin, lequel lui avait proposé de la débarrasser d'une de ces petites tumeurs placée sur la face dorsale du poignet droit, fut atteinte d'un phlegmon diffus qu'on ouvrit, et qui suppura pendant plusieurs mois. Cependant on s'était borné à passer un fil de soie dans le kyste et à le vider par compression. M. Richelot pense donc que la prudence commande de s'abstenir d'opérer les kystes placés aux mains, tant qu'ils ne constituent qu'une incommodité. M. Maisonneuve a partagé cette manière de voir. Selon lui, l'incision d'un kyste siégeant aux mains est toujours une opération grave et dangereuse, et s'ils jugent nécessaire d'entreprendre quelque chose, les chirurgiens prudents se bornent à la ponction sous-cutanée et à l'écrasement. Telle a été également l'opinion de M. Thierry.

Appuyant son assertion d'un fait récent, M. Bourdin a pensé que les pâtes caustiques pouvaient offrir, en pareil cas, un moyen curatif avantageux. Un jeune sujet portait dans la paume de la main un ganglion qui passait sous le ligament annulaire et s'étendait jusque dans la région de l'avant-bras. On pouvait à volonté faire passer les corps ovuligères qu'il renfermait d'une extrémité à l'autre du kyste. On appliqua sur la peau correspondante de la pâte caustique de Vienne, et quand le kyste fut à découvert on y appliqua un séton. Cette opération fut suivie de quelques abcès peu sérieux ; au bout d'un mois tous les corps ovuligères, allongés, irréguliers, comme des haricots en germination, furent rejetés, et la guérison a été parfaite. M. Bourdin n'attribue pas de spécificité aux pâtes caustiques, mais il est porté à croire qu'elles exercent sur les tissus vivants une action spéciale qui produit une inflammation adhésive particulière, sans provoquer ni réaction générale, ni réaction locale prononcée. M. Maisonneuve n'a point partagé cette sécurité relativement à l'emploi des pâtes caustiques ; son expérience, dit-il, ne l'a nullement édifié à leur égard. En présence d'accidents redoutables que ces agents thérapeutiques avaient développés, il lui est arrivé de regretter sincèrement d'en avoir tenté l'épreuve. Il a notamment vu, dans un cas d'ulcère nasal, une pâte caustique déterminer à la face un érysipèle qui fut suivi de mort.

M. Charrier nous a communiqué une observation d'empoisonnement grave, par l'acide arsénieux, qui s'est heureusement terminé après avoir causé de vives inquiétudes. Il s'agissait d'une tentative de suicide chez une jeune femme, de sorte que les secours furent tardivement invoqués et qu'il fallut deviner l'origine d'accidents dont on cachait la cause. Néanmoins, quoiqu'il se fût écoulé plusieurs heures depuis l'ingestion du poison, bientôt suivie de cardialgie et de vomissements, notre collègue administra une solution aqueuse de protoxyde de fer hydraté à la dose de 64 grammes par prises de quart d'heure en quart d'heure. Le peroxyde était vomi presque aussitôt qu'ingéré, cependant son administration fut suivie d'un calme de courte durée. Les vomissements de matières verdâtres, les angoisses épigastriques et précordiales, quelques instants suspendus, reparurent avec une nouvelle violence, et le visage se couvrit en peu de temps d'une teinte ictérique ; une fièvre intense se déclara, le délire survint. En présence d'une forte réaction fébrile et d'accidents phlegmasiques localisés du côté de l'abdomen surtout, M. Charrier eut recours aux émissions sanguines générales et locales. Des boissons mucilagineuses nitrées furent prescrites, mais ne parvinrent que tardivement à provoquer la sécrétion urinaire, qui fut suspendue pendant plusieurs jours. Enfin après quelques journées passées dans les angoisses et dans un état toujours alarmant, la malade entra en convalescence.

En terminant le récit de ces formidables accidents, notre confrère nous a rappelé les perplexités dans lesquelles l'opposition des méthodes thérapeutiques devait jeter le praticien consciencieux et inexpérimenté. Il s'est demandé, s'il n'eût pas été imprudent, en face de phénomènes généraux et locaux qui décelaient une origine franchement inflammatoire, de recourir aux toniques et aux cordiaux, ainsi que le prescrit la doctrine italienne.

M. Riembeau a entretenu la Société de l'observation d'une jeune femme primipare qui, à la suite de l'accouchement et d'une péritonite consécutive dont elle guérit, eut une oblitération complète de l'orifice utérin, constatée par M. Nélaton, qui lui annonça qu'elle n'aurait plus de famille. Dix ans s'étaient écoulés sans apparition des menstrues, lorsque, il y a 3 mois, cette femme vit reparaître quelques gouttes de sang par le vagin. M. Riembeau l'examina au spéculum, et découvrit au-devant du col utérin une sorte de membrane tendue et presque imperceptiblement perforée. La pression fit jaillir un filet de sang par cette très petite ouverture. Du reste, la santé de cette femme n'a pas été altérée, seulement, aux époques menstruelles, elle est prise d'accès de somnambulisme pendant lesquels elle se lève la nuit pour vaquer aux divers besoins de son ménage. La commission que vous avez nommée pour examiner cette femme n'a pas encore fait son rapport.

Notre secrétaire, M. Vinchon, nous a fait la lecture d'une observation relative à une des difficultés les plus graves, mais heureusement aussi des plus rares, de l'art obstétrical : l'implantation du placenta sur le col de l'utérus. Tout récemment, il a accouché une dame dont les jours étaient menacés par cette redoutable disposition. Des hémorrhagies réitérées avaient déjà épuisé les forces, lorsque notre collègue put parvenir, par des manœuvres manuelles promptement exécutées, à retirer un fœtus qui avait depuis peu de temps cessé de vivre. Les accidents hémorrhagiques cessèrent aussitôt ; mais la femme avait perdu beaucoup de sang. On était au cinquième jour de l'accouchement, la fièvre de lait était passée, lorsque cette femme fut prise de frisson et de délire à la suite d'une contrariété. Considérant l'état anémique et l'absence de phénomènes fébriles prononcés, M. Vinchon ne s'arrêta pas à l'idée d'une phlegmasie encéphalique naissante ; le délire accompagné d'une extrême acuité des sens lui parut offrir le caractère spasmodique ou nerveux. Conséquemment, il prescrivit une association de toniques et d'antispasmodiques dont le résultat répondit à son attente. Guérie de cette dernière complication, la nouvelle accouchée était parvenue au vingt et unième jour, lorsqu'elle fut atteinte au membre pelvien gauche, d'une leucophlegmasie à travers laquelle se distinguaient les faisceaux veineux et lymphatiques tuméfiés. Ce dernier accident se dissipa au bout de quelques jours, sous l'influence de cataplasmes anodins, et la femme recouvra une santé durable.

M. Thyrial nous a exposé l'observation d'un malade qui paraît avoir succombé à une invagination intestinale. Le sujet de cette observation avait un prurigo opiniâtre dont la disparition soudaine coïncida avec une bronchite intense, laquelle fut traitée par la saignée et par un émétique qui produisit un effet éméto-cathartique. A la suite de cet émétique, le malade, d'ailleurs habituellement constipé, cessa de se présenter à la garderobe ; cependant la santé du malade s'était notablement améliorée. Dans le but de rétablir la liberté du ventre et d'ouvrir l'appétit qui n'était pas franc, M. Thyrial crut devoir prescrire un purgatif composé avec une infusion de séné et 30 grammes de sulfate de soude. Immédiatement après l'ingestion de ce purgatif, survinrent de violentes coliques dans la région iléo-cœcale, puis le hoquet et des vomissements. La constipation résista aux laxatifs et aux drastiques. De larges ventouses furent inutilement appliquées sur l'abdomen, en vue de provoquer des mouvements dans le faisceau intestinal. Les douches ascendantes, tièdes, froides, la glace *intus et extrà* ; n'eurent pas plus de succès. Le ventre se ballonna, la prostration fit des progrès, et le malade succomba le quatrième jour. L'autopsie ne put être faite. Notre président, M. Thierry, a pensé que, en désespoir de cause, une incision pénétrante de l'abdomen, pratiquée sur le point primitivement douloureux qui indiquait le siége de l'invagination intestinale, eût peut-être permis de remédier à cet accident mortel.

M. Szokalski a commencé la lecture d'un mémoire qui nous promet une monographie complète de la plique polonaise. Il s'est livré à des recherches très étendues, en prenant, dit-il, pour base de son travail, les tableaux statistiques résultant d'une enquête médicale ordonnée par le gouvernement prussien dans le duché de Posen, où la plique polonaise a fait récemment des progrès rapides.

M. Blatin, dont nous avions déjà pu apprécier l'esprit inventif par la production d'autres instruments de thérapeutique, nous a présenté un nouveau scarificateur qui paraît réunir des perfectionnements réels et un marchepied explorateur aussi avantageux que commode.

Enfin, messieurs, désirant provoquer en dehors d'elle-même des recherches profitables à l'art de guérir, la Socité médico-pratique a choisi et mis au concours une importante question qui, il faut l'espérer, nous fera parvenir quelques travaux utiles que nous serons heureux de couronner.

Tel est, messieurs, le résumé très succinct des travaux que j'ai cru devoir remettre sous vos yeux, en dépouillant les procès-verbaux du premier trimestre de 1844. L'intelligence et l'exactitude de notre secrétaire, M. Vinchon, ont beaucoup facilité ma tâche. J'en avais besoin ; car lorsque, il y a quinze jours, je vous promis pour aujourd'hui deux travaux que j'apporte, et qui n'étaient pas commencés, je ne prévoyais pas que d'autres occupations incidentes viendraient abréger le temps et distraire l'attention qu'il était dans mon dessein de leur consacrer. Que cette considération soit mon excuse auprès de vous, si vous avez remarqué des lacunes regrettables. D'ailleurs, certains travaux que vous avez distingués, et auxquels je n'ai pu donner qu'une mention extrêmement succincte, sont destinés, je pense, à figurer intégralement dans nos Bulletins.

Le secrétaire-général, A. LAGASQUIE, D.-M.-P.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. Avril 1844.

Recherches expérimentales sur les fonctions du nerf spinal, étudié dans ses rapports avec le pneumo-gastrique; par M. Claude BERNARD.

Ce travail est divisé en deux parties; dane la première, l'auteur passe en revue les principales opinions émises jusqu'à ce jour eur lee usages du nerf spinal. Dans la seconde, il expose les recherches qui lui sont propres. La première pertie seule a peru. On peut la résumer alnsi :

Les théories de Willis et de Scarpa eur les fonctions du nerf epinal sont dépourvues de preuves expérimentales direcles; elles ne peuvent être conséquemment que l'inlerprétalion plus ou moins probable des connaissances anatomiques propres à chacun de ces auteurs. Les travaux de Ch. Bell et de Bischoff font connattre quelqnes faits nouveaux. Mais ces résultats sont incomplets et stériles, parce que leurs auteurs avaient tous deux le même but, celui de remener la physiologie du nerf spinal à une doctrine préconçue. Ch. Bell, qui n'avait en vue que la *théorie des nerfs respirateurs*, n'a expérimenté que sur la *branche externe*. Bischolf, qui ne voyait que la théorie des *nerfs rachidiens*, a eurtout étudié la *branche interne*, qui se prêtait mieux à sa manière de voir. De tout cela, il est résulté que les fonctions réelles du nerf spinel sont encore à démontrer. C'est cette lacune que l'auteur s'est eflorcé de remplir dans la seconde partie que nous ne connaissone pae encore.

Mémoire sur la réparation ou cicatrisation des foyers hémorrhagiques du cerveau; par le docteur MAX. DURAND-FARDEL.

Ce travail peut être résumé dans les propositions suivantes :

Le mode le plus ordinaire de résorption du sang épanché dane les foyers hémorrhagiques du cerveau est le suivant : Le sang se converlit en une matière épaisse, boueuse, d'aspects divers, qui disparatt peu à peu plus ou moins complétement, pour faire place à de la sérosité jaunâtre, puis décolorée.

Dans un très petit nombre de cas, la partie solide, fibrineuse du sang se réduit en un noyau dur, environné de séiosité au centre de laquelle il subit un travail graduel de résorption.

Dans d'autres cas, fort rares aussi, le sang demeure indéfiniment en nature au sein du tissu cérébral, dont un kyste l'isole.

Les parois des foyers hémorrhagiques se montrent très promptement tapissées d'une fausse membrane, qui ne manque que dans des cas assez rares pour être considérés comme exceptionnels.

Les traces que laissent, eprès la résorption du sang, les foyers hémorrhagiques, se présentent sous trois formes distinctes : cavités larges, béantes à la coupe du cerveau, pleines de sérosité; cavités à parois rapprochées, edhérentes ou non, vides ou humectées de sérosité; cicatrices. Ces trois états anatomiques succèdent l'un à l'aulre, comme le premier succède à la résorption du sang.

La réparation des foyers hémorrhagiques comprend donc quatre périodes avant d'arriver à sa complète évolution. Mais de même qu'elle reste quelquefois indéfiniment à sa première période, lorsque le seng demeure sans s'être laissé complétement résorber, de même elle s'arrête le plus souvent à la seconde ou surtout à la troisième, et n'arrive que rarement à le dernière, c'est-à-dire à l'état de cicatrice proprement dite.

Il n'est permis de regarder comme traces de foyers hémorrhagiques réparés, guéris, cicatrisés, que les altérations comprises dans une des quatre formes précédentes. C'est par erreur que d'autres lésions anatomiques du cerveau avaient été attribuées à la cicatrisation des foyers hémorrhagiques.

C'est à l'examen de cette dernière proposition que sera spécialement consacrée la seconde partie de ce mémoire.

Recherches sur les adhérences générales du péricarde. Nouveau moyen de reconnaître cette altérations; par F.-A. ARAN.

Ce nouveau signe, c'est l'affaiblissement extrême, l'extinction presque complète du second bruit du cœur. On sait que, dans une révolution normale du cœur, on saisit deux bruits : un bruit sourd, assez long (premier bruit), un bruit clair, très court (secoud bruit), et un intervalle de silence qui, dans l'état normal, égale presque la durée des deux bruits réunis. Dans les adhérences générales du péricarde, dit M. Aran, le second bruit perd non-seulement de sa clarté, mais encore de sa durée et de son étendue, et cela d'autant plus que les adhérences sont plus intimes et les cavités du cœur plus amples. Il peut finir par s'éteindre presque complétement dans toute l'étendue de la région précordiale, et même de la poitrine, si la maladie est déjà ancienne. Dans ces cas-là, on perçoit : 1° le premier bruit, ou bruit sourd, un peu prolongé; 2° l'intervalle de silence, également un peu prolongé.

Note pour servir à l'histoire de la vaccine et de la variole; par le docteur G. RICHELOT.

Cette note a pour but de montrer qu'il existe des eujets qui, en vertu d'une disposition, soit héréditaire, soit acquise, sont susceptibles de contracter deux et même troie fois la variole; que toutes les fois que le médecin est mis à même de soupçonner une pareille disposition d'après des accidents de famille, il doit pratiquer la revaccination, et qu'enfin pour peu qu'une apparence d'épidémie variolique se manifeste, si peu intense qu'elle soit, les revaccinations doivent être générales.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié dans le n° 18 de votre journal, du 13 février, les détails d'une observation de taille bilatérale pratiquée avec succès sur un sujet âgé de quatre ans, par M. Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants. A la suite de cette observation, l'auteur a cru devoir ajouter le relevé des tailles que M. Guersant a pratiquées sur les enfants. Dans ce résumé, on voit que sur seize enfants opérée, trois ont succombé, et que sur cinq enfants soumis à la lithotritie, il y a eu deux morts. M. Guersant semble attribuer à la taille bilatérale les succès qu'il a obtenus; mais je ferai d'abord remarquer que ce succès n'a rien d'insolite, et qu'il est même au-dessous de la proportion qu'on obtient ordinairement chez l'adulte. J'ai démontré, en effet, que dans ce dernier cas la mortalité était à peu près de 1 sur 5, et tout le monde sait que chez les enfants la guérison a presque toujours lieu, quelle que soit la méthode qu'on emploie.

Sur 50 observations rapportées dans mon mémoire sur la taille, couronné par l'Académie des sciences, 8 ont trait à des enfants de 4 à 9 ans, et chez tous la guérison a eu lieu. Malgré la grande quantité d'opérations de taille que j'ai pratiquées sur les sujets âgés de moine de vingt ans, je n'en ai perdu que 2, et il existait dans les deux cas une affection grave des reins.

L'un d'eux avait été renvoyé de l'Hôtel-Dieu par Dupuytren, et il était âgé de trois ans. Appelé pour lui donner des soins, je lui pratiquai la taille latérale malgré l'état de marasme dans lequel il se trouvait, et il guérit complétement. A l'âge de dix ans, les symptômes de la pierre se sont de nouveau manifestés; je lui fis la même opération. Je retirai de la vessie plusieurs calculs; mais il succomba le quinzième jour après l'opération, et, à l'ouverture du corps, nous trouvâmes les reins en suppuration et contenant des calculs.

L'eutre sujet avait égelement une affection des reins; et c'est d'après ces faits que j'ai avancé que, chez les enfants, la taille devait toujours être préférée à la lithotritie.

En disant que dans la section de la vessie l'instrument glisse au-dessus de la prostate et la respecte, M. Lepetit me paratt avoir commis une erreur fort grave. Lorsqu'on retire le lithotome de la vessie, l'instrument, qu'il soit double ou eimple, divise tout ce qui ee trouve devant lui dans l'étendue de l'écartement de la lame, et il ne peut inciser la vessie sens atteindre la prostate, puisqu'à l'origine de l'urètre celle-ci embrasse le col de cet organe. Le rédacteur ajoute que dans toute autre taille périnéale, on divise un des canaux éjaculateurs ou tous les deux, et que l'on peut déterminer la stérilité, accident que l'on évitera toujours à l'aide de l'opération bilatérale.

Cette opinion est entièrement dénuée de fondement. Dane la taille latérale, ainsi que dans toutes les méthodes qui consistent à extraire la pierre par le périnée au moyen d'une seule incision, on ne peut etteindre qu'un des canaux éjaculateurs, tandis que dans la taille bilatérale on est exposé à les diviser tous les deux. C'est cette double incision qui expose l'homme à la stérilité, et ce résultat est d'autant plus à craindre que le sujet est plus jeune. C'est ce que je crois avoir démontré il y a deux ans dans la *Gazette des Hôpitaux*, en publiant quelques réflexions sur une opération de taille bi-latérale que M. Velpeau avait pratiquée à l'hôpital de la Charité.

Un autre denger de la taille bi-letérale, c'est que, par cette double incision on sépare la prostate du vérumontenum, et qu'elle se trouve ainsi comme isolée et presque détachée au fond de la plaie. En faisant l'extraction de la pierre on la tiraille et on l'entraîne quelquefois au-dehors. Des cas semblables d'arrachement de la prostate par la taille bi-latérale se sont présentés dans la pratique de Dupuytren, de Sanson, et M. Blandin en parle également dans sa thèse sur la lithotomie. Le fait le plus important qui soit consigné dans les annales de la science, c'est celui qui a été fourni par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu. Ce chirurgien, ayant pratiqué la taille recto-vésicale à un homme qui avait un calcul très volumineux, ne put en faire l'extraction. D'après l'avis de Sanson, il fit la taille bi-latérale; mais tous les efforts qu'il employe pour extraire le calcul furent inutiles, et le malade fut reporté dans son lit, conservant encore le pierre dans la vessie. Le troisième jour après l'opération, le malade ayant dit qu'il sentait toujours la pierre qui pesait sur le fondement, Dupuytren la saisit avec une tenette; mais n'ayant pu l'extraire, il se détermina à inciser le pont ou bande charnue qui existait entre les incisions résultant des deux opérations, et malgré les trois divisions, ce ne fut qu'après de grands efforts qu'il put faire l'extraction de la pierre; mais le malade expira peu de temps après. Si Dupuytren eût pratiqué la taille hypogastrique, ainsi que le prescrivait le grand volume du calcul, il eût cependant débarrassé le melade et peut-être en eût-il obtenu la guérison.

Paris, ce 29 mars 1844.

SOUBERBIELLE.

M. Baillarger e commencé son cours sur les maladies mentales, hier vendredi, 26 avril, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les lundis et vendredis à la même heure.

Les leçone cliniques auront lieu à l'hospice de la Salpêtrière.

La QUATRIEME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN (*Maladies des femmes*), est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 AVRIL 1844. (17e ANNÉE.) N°. 51. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Les ateliers étant fermés mercredi, jour de la Saint-Philippe, le Journal ne paraîtra pas jeudi, 2 mai.

Sommaire.

PARIS, 29 AVRIL 1844.

DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR M. ORFILA SUR LES INSTITUTIONS MÉDICALES.

(Quatrième et dernier article.)

On a vu avec quelle modération nous avons jusqu'ici, et surtout dans notre dernier article, cherché à apprécier la vie scientifique et administrative de M. Orfila. Notre crainte de dépasser, dans la critique, les limites du vrai et du juste, nous a peut-être fait adoucir certains traits plus marqués dans le modèle; sans doute, à l'occasion du rôle judiciaire joué par M. Orfila, aurions-nous pu être plus incisif, et faire moins de concessions à nos habitudes de bienveillance générale, même envers ceux qui mériteraient toute la sévérité de la presse. Mais dans ce qui nous restait à dire, nous trouvions si peu de correctif au blâme, que nous avons volontiers tempéré la rigueur de la critique en exagérant peut-être les bons côtés qui s'offraient à notre examen. Ici, dans l'appréciation du rôle joué par M. Orfila dans le Conseil des hôpitaux, vainement avons-nous cherché quelque palliatif aux récriminations; pour être juste, il faut tout blâmer.

Il faut en convenir cependant, la nomination de M. Orfila aux fonctions de membre du Conseil général des hôpitaux, fut généralement bien accueillie dans le monde médical. On y vit un commencement de réalisation d'un vœu depuis long-temps formé, la satisfaction d'un besoin depuis long-temps senti. Un médecin, c'est-à-dire l'homme le plus apte à connaître les besoins des pauvres, à apprécier toutes les conditions hygiéniques des établissements nosocomiaux, à éclairer le Conseil sur les réformes à y introduire, à lui faire sentir les nécessités et les exigences de l'enseignement clinique, à l'intéresser à la position des médecins et des élèves, un médecin était donc, chose inouïe, appelé à prendre part aux délibérations de ce Conseil. Et ce médecin était précisément le doyen de l'Ecole, c'est-à-dire, l'homme le plus propre par la connaissance intime qu'il devait avoir de tous les besoins à satisfaire, à provoquer toutes les réformes légitimes et prudentes.

Il était permis, en effet, de concevoir des espérances. Le Conseil des hôpitaux, composé de membres pris dans toutes les sommités sociales, d'hommes bien intentionnés, nul n'en a jamais douté, présentait une réunion de capacités diverses fort remarquables assurément, mais où dans plusieurs circonstances on avait pu remarquer et regretter l'absence de capacités plus spéciales, d'hommes enfin qui plus que des préfets, des magistrats, des négociants, des banquiers, etc., eussent l'intelligence des grandes questions pratiques qui ont leurs racines dans les sciences médicales. La nomination de M. Orfila pouvait être considérée comme un acheminement à une introduction plus large et plus complète des médecins dans le Conseil des hôpitaux. Aussi attendait-on beaucoup de lui, aussi espérait-on beaucoup de l'influence qu'il saurait conquérir auprès de ses collègues.

Ces belles espérances, M. Orfila ne les a pas réalisées. Aucune réforme importante, soit dans l'enseignement clinique, soit dans la position des médecins et des élèves, n'a surgi depuis qu'il est entré au Conseil des hôpitaux. Les médecins sont toujours des *agents* fort subordonnés d'une administration capricieuse et souvent despotique. Lisez les *compte rendus* annuels des médecins des hôpitaux, vous y verrez constamment les mêmes plaintes, les mêmes griefs. M. Orfila n'a pas su s'opposer à cette mesure injuste de la réélection facultative. Pour faire tomber la ridicule mesure concernant les autopsies, il a fallu que l'opinion publique et que la presse, son fidèle représentant, lui vinssent en aide. La position des élèves internes, l'élite de la jeunesse de nos écoles et cette riche pépinière de praticiens, est restée dans le même état, c'est-à-dire que les internes sont toujours aussi mal nourris et aussi horriblement logés dans quelques hôpitaux. L'enseignement général de la clinique n'a subi aucune modification utile; seul l'enseignement officiel s'y trouve à peu près à l'aise, et même pas toujours, notamment à l'Hôtel-Dieu, où les deux services de clinique médicale sont réunis dans les mêmes salles; mais l'enseignement clinique libre rencontre toujours les mêmes obstacles et les mêmes empêchements.

C'est ici le lieu de parler de l'Hôpital des cliniques, cette bizarre et malheureuse idée qui trouva pourtant des admirateurs. Conçoit-on qu'un médecin, qu'un hygiéniste, ait pu faire construire un hôpital dans un des lieux les plus bas encaissés de la ville, et côte à côte avec des pavillons de dissection; qu'il ait pu entasser des pauvres femmes en couches dans des salles de quelques pieds carrés, et les malades des services de médecine et de chirurgie dans de longs et étroits corridors? Aussi qu'est-il arrivé? La clinique d'accouchements est plusieurs fois par an obligée d'évacuer ses malades sur les hôpitaux de la ville, décimées qu'elles y sont par la fièvre puerpérale qui y est devenue endémique. La clinique médicale a été transportée à l'Hôtel-Dieu, et sans les quelques malades du service de chirurgie, cet hôpital *modèle* pourrait fermer ses portes un grand tiers de l'année. Voilà cependant un des plus grands droits de M. Orfila au titre d'administrateur.

Si la nomination de M. Orfila au Conseil général des hôpitaux a été stérile et nulle pour les choses nosocomiales, il n'en a pas été de même pour les hommes. Ici, non-seulement il n'a pas réalisé les espérances qu'on avait conçues de lui, mais il les a trompées. Le doyen de l'Ecole, le protecteur né des droits acquis par des concours loyaux et pénibles, s'est fait le patron de quelques ambitions excentriques, et a favorisé de tout son pouvoir leur introduction clandestine et furtive dans des services d'hôpital. Cette idée malheureuse, maladroite et complètement injuste a placé M. Orfila dans un état de suspicion légitime vis à vis de tous les médecins des hôpitaux qui ont conquis leur position à la pointe des concours. Les récriminations les mieux fondées, les plaintes les plus justes et les plus unanimes, parties de toutes les bouches et de toutes les plumes, les observations des jeunes et des anciens, rien n'a pu arrêter M. Orfila dans la voie déplorable où il s'est engagé, et, à l'heure qu'il est, il compromet encore ce qui reste de son influence et de son crédit dans un patronage imprudent et une réhabilitation impossible. Dernière épreuve qu'il tente à ses risques et périls de cette ligne de conduite à laquelle il fut toujours fidèle, de sacrifier les principes à un intérêt ou à une affection. C'est en suivant cette voie que M. Orfila a été une des causes les plus actives du grand scandale judiciaire qui a si profondément ému le corps médical. Par une contradiction singulière et inexplicable, le chef d'une Ecole qui a la prétention de représenter l'enseignement *encyclopédique*, s'est fait le protecteur et le soutien des hommes qui visent précisément au morcellement et à la spécialité de l'enseignement. Aussi, par une conséquence inévitable, ce n'est plus dans le sein de cette école que M. Orfila cherche ses adhérents et ses prôneurs, mais bien auprès de ceux qui peuvent faire avec lui un échange de services.

Nous voilà au terme du travail que nous voulions présenter à nos lecteurs. Si le portrait que nous avons voulu tracer a été fidèle, on a dû y trouver un assemblage étrange et incohérent de bien et de mal, des lignes d'une beauté correcte et presque irréprochable, à côté de traits d'un type vulgaire et peu dignes du pinceau. Telle est, en effet, cette individualité bizarre et complexe, tel se présente M. Orfila à une appréciation impartiale et sans prévention. Nature passionnée, mais incomplète; esprit vif, aptitude rare, mais sans élévation, sans profondeur; intelligence prompte et hardie, mais sans gouvernail et sans boussole; instruction étendue, mais en surface; jugement plus rapide que sûr; imagination non pondérée; en

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Grande fête académique. — L'Académie de médecine rentre dans ses foyers. — M. Pariset. — Les questions de thèse pour le concours d'agrégation. — Grande colère. — M. le docteur Poyère et la cloche à plongeur. — Les cartes d'admission dans les hôpitaux. — Fautes typographiques singulières.

N'entendez-vous pas dans l'air comme un bruit harmonieux? Ne sentez-vous pas comme un parfum suave? Ne vous semble-t-il pas que c'est fête aujourd'hui, et volontiers ne mettriez-vous pas votre plus bel elbeuf et de vos cravates la plus blanche? C'est qu'il y a un peu de tout cela. Le bruit harmonieux, c'est la prose élégante et sonore de M. Pariset; le parfum s'exhale des fleurs rhétoriciennes de M. Bousquet; la fête, c'est l'inauguration de l'hôtel académique, et convenez que voilà bien des motifs pour passer l'habit neuf et pour s'endimancher un peu. Aujourd'hui donc, à quatre heures, l'Académie de médecine quitte les lieux hospitaliers qui l'ont abritée depuis six mois, aujourd'hui les voûtes restaurées de l'hôtel de Poitiers vont recevoir la solennelle consécration de l'éloquence académique, précieux souvenir si ces voûtes avaient de la mémoire, tradition de bon goût et de bonne compagnie, si elles pouvaient la transmettre. — Pour pouvoir, mardi prochain, vous raconter la fête, je tâcherai de me faufiler parmi la foule, qui sera grande à coup sûr. M. Pariset, vous le savez, ne prodigue pas son éloquence; une fois par an, tout au plus, les amateurs du genre trouvent l'occasion de l'entendre, aussi se montrent-ils fort empressés à la saisir. Long-temps encore, il faut l'espérer, cette occasion leur sera offerte. Dans l'état actuel des choses, la perte de M. Pariset serait irréparable pour l'Académie, et quoique, heureusement, le célèbre secrétaire perpétuel soit plein de force et de santé, souvent ai-je compris que des préoccupations sérieuses inquiétaient la compagnie à l'endroit de son héritage à venir. L'Académie ne se le dissimule pas, en effet, elle ne possède pas dans son sein un homme de la valeur oratoire de M. Pariset. Dernière tradition de ces médecins à habitudes littéraires, dont le dernier siècle produisit deux brillantes individualités, Louis et Vic-d'Azyr, M. Pariset plane au-dessus des aspirants plus ou moins connus à sa succession, par ce quelque chose que naguère, et pour de fort bonnes raisons, il était reçu de mépriser, par le style. Si c'était l'occasion de passer au creuset de l'analyse ce talent pur et distingué, je dirais les éléments qui le composent, élégance, correction, finesse, abondance, bon goût; je dirais aussi les éléments qui lui manquent, spontanéité, originalité, force de pensée, vigueur de ton, chaleur de coloris; je pourrais dire encore l'alliage qu'on y trouve, abus de l'antithèse, exubérance du parallèle, imitation trop évidente de certains maîtres, de Buffon par exemple; mais me hâtant de reconstituer ces éléments divers, je dirais surtout que l'ensemble se présente harmonieux et charmant, plein d'éclat et de grâce. — Tel vous entendrez sans doute M. Pariset dans la séance de ce jour. Avouez que l'occasion est belle, qu'elle ne se rencontre pas hebdomadairement, et cherchez dans toutes ces têtes académiques qui pourrait annuellement vous procurer un tel plaisir. Que Dieu, long-temps encore, protége M. Pariset!

Un de mes amis me disait hier: Avez-vous lu le titre des sujets de thèse donnés aux candidats pour l'agrégation en médecine? Avez-vous remarqué ce refrain qui cinq à six fois se répète: *Jusqu'à quel point* le diagnostic anatomique a-t-il éclairé, etc.? Cette locution lui paraissait, à mon ami, bizarre, vague, confuse. Qu'est-ce que c'est, disait-il, que ce *point*, mot de la langue qui peut-être a reçu le plus de significations diverses? Et là-dessus, en vrai philologue qu'il est, il se mit à m'énumérer toutes les acceptions du mot *point*. Terme de couturière, point d'aiguille; terme de mesure, douzième partie de la ligne; terme de séméiologie, point de côté; terme de jeu, point à point; terme de toilette, point d'Alençon; adverbe, cuit à point; singulier masculin, point d'honneur; métaphore, point du jour, et bien d'autres encore que ma mémoire n'a pu retenir. Il se fâcha tout rouge, mon ami, en soutenant que les questions aussi amphibologiquement posées n'étaient qu'un piége tendu aux pauvres candidats; qu'il était impossible de limiter ainsi un point mathématique en pathologie; que le point de celui-ci pouvait ne pas être le point de celui-là; et la colère de mon ami allant toujours en s'exaspérant, elle fit explosion par cette apostrophe aiguë: Le professeur qui a mis ces questions dans l'urne ne peut être qu'un pointu. L'électricité de mon ami s'échappa par cette pointe, et il rentra chez lui beaucoup plus calme.

— Vous avez pu voir depuis quelques jours, sur la Seine, une grande cloche à plongeur, renfermant un individu, s'enfoncer dans les profondeurs du fleuve et y rester pendant plusieurs heures. Cet individu est un de nos confrères; c'est M. le docteur Payerne, qui se livre actuellement à d'intéressantes expériences avec la cloche dont il est l'inventeur. Dans une première expérience, il est resté près de quatre heures, avec un compagnon de séjour, enfermé dans sa cloche entièrement plongée dans l'eau, et sans autre communication avec l'extérieur que quelques coups frappés sur la cloche à l'aide desquels il communiquait les ordres nécessaires pour la manœuvre de l'appareil. Jeudi 25 avril, il séjourna pendant plus de trois heures avec M. l'ingénieur Poirel, auquel on doit le projet du grand port d'Alger. Enfin, le 26, c'est en compagnie de MM. Dumas et Regnault, membres de l'Académie des sciences, et d'une personne envoyée par M. le ministre de la marine, que M. Payerne a fait son troisième essai, qui a aussi parfaitement réussi. Cependant, ce n'est pas sans une certaine émotion que, malgré la sûreté des moyens employés par M. Payerne, les nombreux spectateurs qui assistaient à cette expérience, ont vu les deux illustres savants disparaître sous les flots de la Seine et rester pendant long-temps avec les trois compagnons de voyage, sans autre signe qui pût les rappeler que l'arrivée à fleur d'eau de quelques bulles de gaz en excès que produit M. Payerne à volonté dans sa cloche à plongeur. Outre l'intérêt d'utilité publique qui s'attache à cette invention, il y aura là une source fort intéressante d'observations physiologiques à faire pour lesquelles les expérimentateurs ne manqueront pas.

— Voici encore une lettre relative aux permissions nécessaires, depuis peu, pour entrer dans les hôpitaux. Si des abus ont nécessité cette mesure, ce que nous ignorons, on ne conçoit pas que l'administration ne prenne pas un mode plus commode, plus rapide et plus poli de favoriser l'entrée des hôpitaux aux médecins qui les fréquentent.

Monsieur,

Ne partageant point l'opinion d'un journaliste qui ne paraît pas être votre cousin-germain, je lis votre Gazette de la première ligne à la dernière, sans oublier un mot de votre spirituel feuilleton, où souvent des enseignements profitables se cachent adroitement sous d'aimables plaisanteries, au milieu de satires mitigées de fort bon ton.

A mon arrivée à Paris, qui date d'un mois à peine, vous le savez, j'ai trouvé à la porte de l'Hôtel-Dieu le Cerbère dont vous parlez dans votre numéro du 23. A sa résistance, j'opposai ma feuille de route, toute fraîche encore; mon diplôme: inutiles efforts! Eloquence vaine! Il me fallut entrer au bureau à gauche, et son œil sévère m'y accompagna; il semblait redouter une tentative d'invasion en sens opposé.

Je me présente le front nu à un monsieur d'assez noble apparence, mais simple commis, je suppose, car il ne se découvre jamais, autant que j'ai pu en juger; ce qui, à son sens, peut-être n'est pas impoli; mais, au mien, au moins anti-hygiénique, en un mois d'avril aussi chaud. — *Debout* j'attends... Et sa plume prolonge cette attitude... Elle avait des caprices, et retenait avec entêtement l'encre qu'elle devait céder à la *carte jaune* que je convoitais impatiemment... Enfin, celle-ci est en règle; je la reçois, avec ce *post-scriptum*: « Si vous la perdez, on ne vous la renouvellera pas. »

Depuis ce jour, à la vue de ce talisman tout passage m'est ouvert, *pendant les visites*.

Il m'est arrivé pis ailleurs. — Je vais vous le raconter; écoutez-moi, je vous prie. — Une semaine plus tard, tout dernièrement, par conséquent, il me prend la fantaisie d'entrer à la Clinique de l'Ecole de médecine. — A mon premier pas s'oppose un nouveau cerbère

d'autres termes, toules les qualités brillantes de l'esprit non suffisamment équilibrées par les facultés positives et solides, voilà le savant.

Admirable organisation pour populariser et transmettre; vulgarisateur d'un immense talent; élocution nette et facile; diction claire, animée, pénétrante, voilà le professeur.

Habileté active et empressée pour tous les faits de détail, quelques idées d'application heureusement conçues et exécutées, mais nulle vue d'ensemble, aucun but arrêté; influence dans les concours exercée au seul profit des affections ou des intérêts particuliers; mesures d'organisation contradictoires et antagonistes; direction imprimée à l'enseignement médical vers les sciences accessoires au détriment des études pratiques et cliniques, voilà l'administrateur, voilà le chef d'école.

Que si on demandait sévèrement compte à M. Orfila de ce qu'il a su faire de l'immense influence dont il a joui comme doyen, comme conseiller de l'Université, comme membre du Conseil général des hôpitaux et comme ayant rempli des fonctions politiques importantes, quels avantages il en a fait rejaillir sur les institutions médicales et sur la profession en particulier; en quoi il a amélioré la position du médecin, celle du professeur non officiel, celle de l'élève; comment il a encouragé l'enseignement libre; quels résultats, en un mot, il a su tirer des éminentes et heureuses circonstances où il s'est trouvé placé, que pourra répondre l'inexorable histoire? Que restera-t il du passage au pouvoir de cet homme à qui de si belles destinées furent offertes?

Et dans ce moment, où le bruit de sa retraite prochaine est généralement répandu, quel intérêt, quelle émotion suscite cette nouvelle, autre qu'un simple intérêt de curiosité? Qui chante ses louanges et quels attachements lui trouve-t-on fidèles? Pourquoi cet isolement et ce vide autour de lui?

Pourquoi! Oh! n'en accusez pas ce triste et méprisable penchant de l'homme à s'éloigner de qui succombe. Cela peut être vrai dans les relations privées; mais pour les affaires publiques, cela manque complètement de justesse. Soyez sûrs, et voyez-le par de nombreux exemples, que les sympathies générales n'abandonnent que ceux qui ont froissé les intérêts des masses et qui n'ont pas su réveiller leurs instincts généraux. Là a été le tort grave de M. Orfila; c'est de n'avoir vu que des individus, et d'avoir complètement négligé les principes. On ne dirige ni les hommes, ni les institutions avec des affections, de toute nécessité il faut des principes. Or, impossible d'en retrouver un seul sous les divers aspects que M. Orfila peut être considéré. Chef de la plus célèbre école des temps modernes, au lieu de chercher à agrandir son influence et son action, il a réussi à l'amoindrir en éloignant les élèves de son enseignement, en les disséminant sur des écoles secondaires frappées, en général, d'insuffisance, obéissant ainsi on ne sait à quelles préoccupations politiques qui faisaient regarder comme un danger l'accumulation dans Paris d'une jeunesse ardente et courageuse. Conseiller de l'université, la loi, si long-temps attendue sur la réorganisation médicale, n'a trouvé en lui ni appui, ni zèle, ni empressement. Conseiller des hôpitaux, il a puissamment contribué à l'introduction sans concours d'ambitions plus ou moins légitimes; sacrifiant ici encore les droits de tous à ses chaudes et particulieres affections.

Voilà, si rien ne nous égare, si la vérité peut sortir d'une plume, qui n'est ni haineuse, ni servile, voilà ce que l'on peut dire en toute justice de M. Orfila: organisation heureuse et rare, mais seulement en puissance; sonore instrument dont le clavier fut incomplet; intelligence à qui une seule chose, mais indispensable, a manqué pour son complet développement, des principes et une ideé.

En commençant ces articles, nous avons donné clairement à entendre que nous ne nous portions pas garant de la réalité des bruits qui courent sur la prochaine retraite de M. Orfila. Que cette nouvelle soit ou non fondée, si nous avons été juste, impartial et vrai, notre appréciation n'aura manqué ni d'opportunité, ni d'utilité. Si M. Orfila conserve le pouvoir, il pourra comprendre ce que le public médical attend de lui, et ce qu'il aurait à faire pour répondre à ses besoins, pour reconquérir ses sympathies. Si sa retraite est au contraire imminente, son successeur y pourra puiser plus d'un enseignement, et sous ce point de vue même, nous voulons que notre tâche soit complète.

Aussi, dans un prochain article, en passant en revue les aspirants connus à l'héritage de M. Orfila, nous exposerons nos opinions et nos idées sur les conditions que nous croyons nécessaires à un doyen de l'Ecole de Paris.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Introduction au cours de médecine clinique. Des principes de la médecine organique.

On entend dire tous les jours que la médecine n'est point une science, qu'elle n'est qu'une collection de faits qu'aucun lien commun ne rassemble; qu'il n'existe aucun système qui embrasse ces faits épars et les réunisse en corps de doctrine; que les tentatives diverses faites dans ce but, ont été toutes plus ou moins malheureuses, et que l'insuccès de leurs auteurs a détourné les esprits des travaux philosophiques, et les a jetés dans le culte des faits particuliers.

Il est bien vrai que nous réservons aujourd'hui toute notre admiration pour les collecteurs d'observations et les auteurs de descriptions minutieuses. Toutefois, malgré la proscription dans laquelle on a cherché à envelopper les diverses doctrines médicales, nous ne souscrivons pas à l'arrêt porté sans examen, et fort légèrement, contre l'*organicisme*, et nous persistons à croire, malgré les objections nombreuses qu'on lui a faites, qu'il satisfait à toutes les exigences.

Voici les propositions qui résument cette doctrine, et que nous nous proposons d'exposer dans ce cours et de développer dans un ouvrage dont nous nous occupons:

1° Pour le médecin, il n'existe dans l'homme que des organes et des fonctions.

2° Les fonctions ne sont que des organes en exercice; elles ne sont que des effets.

3° Les organes, dans certaines conditions de forme, de volume, de consistance, de couleur, de texture, de composition intime, etc., sont dans l'état normal et exercent des fonctions normales: *c'est l'état de santé.*

4° Les organes, dans d'autres conditions de forme, de volume, de consistance, de couleur, de texture, de composition, etc., sont dans l'état anormal et exercent des fonctions anormales: *c'est l'état de maladie.*

Organes sains, fonctions saines; organes malades, fonctions malades: voilà la base de la pathologie.

5° Mais les organes peuvent être malades de beaucoup de manières; la nature des maladies est très variée; il existe des maladies spéclales et des maladies spécifiques.

6° Les fluides, qui sont ou des effets d'organes, ou des éléments d'organes, peuvent être malades; ils peuvent l'être primitivement ou secondairement.

7° Tous les organes peuvent être primitivement encore malades.

8° Enfin, la diversité des forces joue un si grand rôle dans les maladies, et exerce une telle influence sur leur thérapeutique, que nous en avons fait une proposition à part.

9° Le traitement des maladies est infiniment varié.

Question préalable. — Avant d'entrer dans la discussion des propositions d'organicisme, nous sentons le besoin de répondre au reproche de matérialisme que l'on a adressé à notre doctrine. Il nous sera facile de démontrer que non-seulement l'organicisme n'est nullement ébranlé par l'existence de l'âme, mais qu'il en est même fortifié, et qu'à son tour il devient une nouvelle preuve de cette existence.

En effet, d'après les théologiens et les philosophes, l'âme est un *esprit pur*, *immatériel*, *immortel.*

Mais si l'âme est *immatérielle*, il est évident qu'elle ne saurait être *altérable.*

Si elle est *immatérielle*, elle est *indécomposable.*

Si elle est *immatérielle*, elle ne peut varier en quantité; car si elle était altérable, décomposable, variable, elle ne serait pas *immortelle.* En effet, si elle était altérable, décomposable, variable, elle serait susceptible de maladie; et si elle était susceptible de maladie, elle serait susceptible de *mort.*

De sorte que ceux qui admettent des maladies de l'âme sont des matérialistes; car ils admettent que l'âme peut mourir.

Nous qui n'admettons pas que l'âme puisse être malade, nous sommes les vrais spiritualistes.

Mais s'il n'y a pas de maladies de l'âme, lorsqu'il existe des maladies intellectuelles, du délire, etc., *c'est dans l'instrument qui manifeste l'intelligence que réside la lesion;* c'est dans le cerveau qu'il faut chercher la cause de ces désordres.

Voilà comme l'admission de l'existence de l'âme immatérielle, immortelle, vient en aide à l'organicisme, en forçant le médecin à chercher dans un organe la cause du désordre de l'intelligence.

Qui ne voit tout de suite combien de progrés peut faire faire à la médecine organique l'admission d'un être immatériel, inaltérable, immortel!

Non, il ne peut y avoir des maladies de l'âme, de l'esprit, mais seulement des maladies du cerveau. C'est donc dans la pulpe cérébrale ou dans ses annexes qu'il faut chercher la cause organique des maladies de l'intelligence.

Bien loin donc de faire rejeter l'existence d'une âme immatérielle, immortelle, l'organicisme est intéressé à la faire admettre; car si l'âme n'était pas immatérielle, inaltérable, immortelle, il n'existerait pas.

Ceci une fois convenu, disons que *les fonctions ne sont que la conséquence d'une lésion organique.* Les organes sont disposés pour agir, ils agissent; voilà la fonction. Les fonctions ne peuvent précéder les organes, parce qu'un effet ne peut précéder sa cause; elles ne peuvent exister sans eux, parce qu'une action ne peut exister sans agent; un mouvement sans corps qui se meut.

Les fonctions sont sous la dépendance des organes; d'où il suit que toutes les fois qu'une fonction est altérée, il y a altération dans un organe ou dans ses éléments; cette altération est *profonde* ou *légère*, *primitive* ou *consécutive*, *persistante* ou *fugitive*, *sensible* ou *insensible* à nos moyens d'investigation; mais elle est nécessaire, fatale; quelle qu'elle soit, connue ou inconnue, il faut qu'elle existe, car rien n'arrive pour rien.

La proposition réciproque est aussi incontestable. Lorsqu'il y a altération d'organes, il y a aussi altération de fonctions.

Cependant la nature offre, en apparence, de nombreuses exceptions; ainsi:

On trouve des symptômes très prononcés, une lésion anatomique légère;

Des symptômes légers, une altération considérable;

Des symptômes très prononcés, une altération nulle;

Des symptômes nuls, une altération anatomique très étendue.

Les symptômes sont différents, la lésion organique est la même;

Les symptômes sont les mêmes; la lésion organique est différente.

Eh bien! toutes ces anomalies ne peuvent prouver que notre ignorance, et ne pourront jamais prouver que les fonctions ne sont pas les effets des organes, et ne sont pas sous leur dépendance; elles ne prouveront jamais qu'il existe, pour remplir ces fonctions, des êtres particuliers indépendants de ces organes.

C'est ici le lieu d'examiner ce qu'est la *vie*, ce que sont les *propriétés vitales.*

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Abcès de la fosse iliaque. Considérations pratiques. (Suite.)

Nous avons dit que notre malade avait été sujet à des sueurs pendant la nuit, et que pendant ce temps elle avait une diarrhée abondante. La coïncidence de ces deux circonstances doit frapper le médecin, car elle n'est pas ordinaire; et quand elle existe, elle est caractéristique. La diarrhée n'est point ordinairement accompagnée de sueurs; lorsque ces deux symptômes existent simultanément, c'est qu'il y a des tubercules qui se sont portés sur l'intestin en même temps que sur le poumon. En général, lorsque vous trouverez avec la diarrhée des sueurs et surtout des sueurs nocturnes, soupçonnez des tubercules. D'après cela, nous avons dû porter une attention toute particulière sur l'état du poumon. Eh bien, l'examen de cet organe n'a montré dans les explorations successives qui ont été répétées avec grand soin et plusieurs fois, comme elles doivent l'être dans les cas douteux, elle n'a montré, disons-nous, aucune trace de tubercules.

Ici, et dans les cas analogues, il y a dans l'inflammation phlegmoneuse et suppurative qui existe, une cause possible à la rigueur de l'existence de ces sueurs, sans tubercules. Mais nous croyons à la probabilité de la tuberculisation, soit pul-

Avez-vous un permis? (Monsieur eût été de trop, il le sous entendit.) — Non. — On n'entre pas. — J'ai mon diplôme. — Que me fait, à moi, un diplôme! un diplôme n'est rien. — Cette réplique me surprit, cet homme inculte connaissait la valeur actuelle de ce parchemin.

Allez là (son doigt me montrait le chemin), demander à l'administrateur un laisser-passer. — Je vais... pas d'administrateur; je prends place sur un banc, et pendant ce temps les visites s'achèvent. — Il paraît enfin; mais, hélas! Il ne peut me satisfaire; ma demande regarde l'administration centrale, la grande administration de la Faculté. — Je m'y rends... Voyez quel était mon désir de me mettre en règle! Un employé d'un âge presque mûr me demande mes titres: *Docteur en médecine.* — Cela ne suffit pas. — *Chirurgien-major de l'armée navale.* — Pas davantage; nous ne connaissons point cette qualité. — Il faut « un bon à délivrer de M. P. D..... » — Ennuyé de ces entraves, je reprends mon chapeau et la porte en prononçant ces mots: Que de formalités! Je ne croyais pas qu'on fût obligé de courir autant pour obtenir si peu! — Le susdit trouve la reflexion étrange, et, en redressant son castor, qu'un mouvement, il paraît, avait incliné, il me le donne à comprendre par une réponse *gravement* articulée, ce qui ne change rien à ma première opinion.

Pour en terminer, je sors... M. P. D... est en course, des malades le retiennent en ville, il n'y a là rien que de très louable, de très naturel. — Une heure après, il déjeune; déjeuner est une obligation urgente et douce. — J'attends encore trente minutes, mais cette fois confortablement assis..... *Le bon m'est remis!* et avec une honnêteté toute doctorale. — J'y fus d'autant plus sensible que, depuis le matin, pas un visage ne m'avait souri.

Je regagnai l'Ecole de médecine, et à une heure précise je mettais en portefeuille la permission qu'en ma prétentieuse ignorance je croyais inutile ou sans valeur près de mon diplôme. Alph. G.

— Ah! certes, il ne m'arrivera plus de parler latin dans le feuilleton. Quel charabias m'avez-vous fait écrire là, monsieur le compositeur? Mon écriture est donc bien illisible, ou bien avez-vous pris à la lettre les barbarismes et les solécismes dont je parlais par antiphrase? J'ai vu dans ma vie des fautes bien bizarres et bien singulières de composition; et notamment dans un journal de médecine je lisais ces jours-ci, la phrase que voilà: « Que la fracture du col du fémur ait » été connue de toute antiquité; qu'Hippocrate et *épouse*... » Le malheureux auteur avait certainement écrit son *époque*. Vous trouverez dans les observations de Lamothe, à propos d'épouse, un fait qui commence ainsi: « Une femme, adonnée au vin, rentra au logis dans un » état d'ivresse! Le mari voulut donner une correction à son *éponge;* il » la battit, mais trop fort, car il lui cassa le bras. » Au moins ici la faute présente un certain degré de logique. Et voyez combien il y a à gagner dans la lecture des anciens auteurs! Remarquez ceci: « Il la » battit (son épouse), mais trop fort. » Qu'est-ce à dire? qu'il est permis de battre sa femme, mais pas trop fort, jusqu'à un certain point, sans lui casser ni bras, ni jambes, conjugalement enfin, et comme un bon mari qui aime bien sa femme doit faire. Je recommande cette observation de mœurs à ceux de nos confrères qui se trouveraient dans la position du médecin romain Ænius, dont la femme, dit Bernier, buvait du matin au soir; ce qui le fit mourir de chagrin. — Mais j'en reviens à mon latin. Vous m'avez fait dire *pileos* au lieu de *pilos*, c'est-à-dire que vous avez couvert de chapeaux ce que la nature a ombré d'une façon plus charmante; vous avez écrit *eas*, qui ne s'accordent ni avec chapeau ni avec *pilos;* vous avez mis *vulvam* à l'accusatif, quand c'est le nominatif que gouvernait le verbe. Et puis encore des accents de travers, et là où il n'en fallait pas. Vous êtes bien coupable, monsieur; car pour expliquer ces deux ou trois mots mal écrits, vous êtes cause que mes lecteurs sont ennuyés d'une colonne de plus. Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

Tout ce qui touche à l'enseignement libre nous intéresse et excite à juste titre nos sympathies. Nous aimons à seconder les efforts qui sont faits dans ce sens, et nous voyons avec plaisir l'Athénée royal de Paris, qui a résisté aux plus mauvais jours de la révolution, et où les Laharpe et les Lavoisier ont fait leurs premières armes, continuer un enseignement utile et varié.

Cette année, plusieurs de nos confrères ont fait et continuent encore des cours très suivis. M. Broc, pour l'anatomie; M. Belhomme, pour les maladies mentales; M. Gruby, sur les humeurs et les tissus; M. Sanson, pour l'hygiène publique, ont su captiver un nombreux auditoire.

Mais un cours tout à fait nouveau et original, est celui que commença l'année dernière M. Maisonnabe sur les erreurs et les déceptions en médecine et en chirurgie. On sait que c'est ce vigoureux champion qui entama la lutte contre l'orthopédie; c'est de lui que partirent les premiers coups, qui ne furent pas les moins terribles. Cette année, M Maisonnabe a ouvert une croisade contre le magnétisme animal; en véritable paladin, il marche contre une armée d'infidèles qui cherchent à le transpercer. Mais le redoutable athlète n'est jamais plus fort que dans la contradiction, et loin de redouter ses adversaires, il les provoque, et souvent même il cherche à les séduire par l'appât de quelque prix à gagner.

Le Vendredi 3 mai, à sept heures et demie du soir, M. Maisonnabe continuera son argumentation contre le magnétisme; sa première leçon a généralement fait grand plaisir, excepté néanmoins aux magnétiseurs.

monaire, soit intestinale, soit de toutes les deux à la fois. Voilà donc un abcès de la fosse iliaque droite qui s'est terminé par une suppuration. Le pus qui s'est formé là s'est fait jour dans l'intestin, et a été rendu par l'anus pendant plusieurs jours. Ce pus s'est ouvert un passage dans la portion de l'intestin qui avoisine la tumeur. C'est le plus habituellement dans le cœcum que se font ces perforations, ce qui dépend évidemment de la disposition des parties et des rapports de cet intestin avec les tissus qui l'entourent.

Les abcès qui se développent dans la fosse iliaque peuvent encore se faire jour de plusieurs autres manières. Il n'est pas rare de les voir s'ouvrir un passage à travers les téguments et les parois de l'abdomen; mais ce sont les cas les plus rares. Le plus communément c'est dans le cœcum que se vident les phlegmons de la fosse iliaque droite. La raison, du reste, en est simple et facile à comprendre. Il existe une loi d'anatomie pathologique en vertu de laquelle, lorsque du pus doit être évacué au dehors, il s'échappe par les points où il trouve à craindre une moindre résistance. Telle est la manière dont on peut et dont on doit expliquer ce que nous avons observé ici.

Quelquefois il arrive que le pus, au lieu de se faire jour dans l'intestin, s'ouvre passage dans la poitrine. Une péritonite suraiguë sera toujours la conséquence de cet accident, et sera infailliblement suivie d'une terminaison funeste. Lorsque le pus ne s'est fait jour ni vers les téguments, ni vers le cœcum, il peut quelquefois arriver qu'il s'ouvre passage à travers les parois de la vessie, et alors il s'écoule en même temps que les urines auxquelles il est mélangé. D'autrefois c'est par le vagin, et alors il arrive dans un assez grand nombre de cas que l'existence de l'abcès est méconnue, principalement quand le pus est peu abondant; car il peut se faire que le pus se confonde avec un écoulement leucorrhéique, ou soit pris pour un écoulement de cette nature, si commun chez les femmes. Souvent, ou les femmes ne s'en aperçoivent pas, ou elles ne veulent point en convenir. Lorsque l'abcès de la fosse iliaque s'ouvre dans la vessie, il peut en résulter des accidents graves qu'il n'entre pas dans notre plan de décrire aujourd'hui.

Telles sont les voies principales par lesquelles le pus peut se faire jour au dehors. Mais alors la maladie n'est pas encore jugée. Les terminaisons en sont diverses. Il peut arriver que les parois se rapprochent, et que l'abcès se guérisse. C'est, nous n'avons pas besoin de le dire, la terminaison la plus heureuse. D'autres fois, les parois de l'abcès ne se rapprochent point. L'ouverture se ferme seulement, et du pus se reproduit. Après un temps plus ou moins long dans ce dernier cas, la poche purulente se trouvant pleine, la cicatrice se déchire, et l'ouverture se trouve de nouveau béante. Cette terminaison, ou plutôt cette production de l'abcès n'est point du tout chose favorable.

Lorsqu'une inflammation adhésive a réuni les parois de l'abcès, la guérison est complète, et l'abcès ne peut plus se reproduire. Ce n'est que dans le cas où cette réunion n'a pas lieu, que la maladie se reproduit. Boyer a raconté l'histoire d'une femme qui avait été affectée d'un abcès de cette espèce, abcès qui se reproduisit si souvent et d'une manière si constante, que Boyer lui conseilla de devenir enceinte, afin que la compression exercée par le développement de l'utérus pût mettre en contact les parois de la poche purulente, et en provoquer la réunion par une inflammation adhésive. La malade suivit le conseil de Boyer et s'en trouva bien, car elle guérit parfaitement. Lorsqu'il reste un décollement des parois du foyer, on conseillera à la femme un régime substantiel et tonique. Je me rappelle avoir été consulté un jour par une femme qui rendait souvent du pus par les urines. Une fois l'abcès vidé, la malade restait pendant quelque temps sans rendre de pus; puis l'abcès se refermait, et une nouvelle quantité était expulsée. Lorsque la maladie arrivait à son terme, la malade ne rendait qu'une très petite quantité de pus à la fois, et très fétide. Il y avait alors formation de gaz qui étaient expulsés par l'urètre. Nous avons pu observer ces phénomènes chez elle pendant deux ou trois mois. On aura facilement pu, dans un cas de cette nature, se demander s'il n'y avait pas communication entre le foyer, l'intestin et la vessie. Mais si la présence des gaz et la fétidité du pus auraient pu faire naître cette pensée, d'un autre côté la circonstance qu'il n'était jamais sorti de pus par le rectum, que la malade n'avait jamais eu de diarrhée pendant le cours de son affection, ne permettait pas de l'admettre. Et puis, il n'y avait aucun lieu de croire que les gaz eussent été formés dans le tube digestif. Ici, l'on a mis en doute la production et le développement de gaz dans des parties qui ne communiquent pas avec l'air extérieur.

J'ai vu des cas dans lesquels on a observé bien clairement la production de gaz dans l'intérieur de cavités n'ayant aucune communication directe ou indirecte avec l'air extérieur. J'ai vu des kystes ovariques contenir des gaz; je me rappelle, entre autres, un fait qui présenta ceci de remarquable, qu'après plusieurs ponctions, on s'aperçut un jour d'un gargouillement dans la tumeur. En examinant de plus près ce phénomène, je fus conduit à me demander si dans une des ponctions les intestins auraient été blessés, et si une communication ne se serait point établie entre le kyste et la cavité intestinale. La malade mourut, on examina le kyste avec le plus grand soin. Il ne présentait aucune trace d'adhérences, ni de communication avec le tube digestif. Les parois de l'intestin étaient parfaitement saines. On plaça, avant de l'ouvrir, le kyste de telle sorte que les liquides contenus dans son intérieur pussent être recueillis sans se mélanger à l'air. Il a été hors de doute pour nous, que les gaz avaient pu être produits par l'altération du pus contenu dans le kyste. La matière purulente était fétide, évidemment altérée, et rien ne s'oppose à ce que la production des gaz ne puisse être expliquée par la décomposition de la matière purulente.

Pour en revenir à la malade dont je vous entretenais tout à l'heure, il me parut naturel de penser que le pus très fétide versé dans la vessie devait produire des gaz qui s'échappaient par l'urètre. J'engageai cette femme à suivre un régime substantiel, à tâcher de reprendre de l'embonpoint afin de favoriser le rapprochement des parois du kyste. Nous avons été véritablement étonné de voir cette prescription suivie, dans un temps très court, du résultat le plus heureux et le plus complet. Au bout de deux ou trois mois elle était parfaitement guérie. Depuis deux ans je l'ai revue à plusieurs reprises, elle est complétement rétablie et n'a plus éprouvé d'accidents de ce genre. Il y a des tumeurs phlegmoneuses qui se forment dans le voisinage du bassin, et qui versent du pus à des intervalles périodiques. Leur diagnostic et le traitement sont toujours plus ou moins graves et difficiles.

Souvent, après l'accouchement, il arrive qu'une femme est prise d'un mouvement fébrile interne, que l'on ne croirait pouvoir rapporter d'abord à aucune lésion bien sensible. L'examen de la poitrine et du ventre ne donne aucun renseignement. Et cependant, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, une inflammation phlegmoneuse est survenue et sévit avec intensité. Lorsque vous êtes appelés à examiner une femme dans des circonstances analogues à celles dont je vous parle, vous devez toujours, et tout d'abord, avoir cette idée présente à l'esprit, qu'un phlegmon se développe dans un des points de l'abdomen et principalement vers le bassin. Quelquefois la douleur ressentie par la malade vient aider au diagnostic et préciser le point malade. Mais souvent aussi cette douleur manque, comme du reste elle peut manquer dans toutes les inflammations, et les ressources du médecin sont beaucoup plus bornées. Si, dans des cas de ce genre, la fièvre persiste, vous devez, sans perdre de vue l'état général, explorer avec le plus grand soin le bassin par le vagin et par le rectum, à l'aide du toucher; l'examen direct de la cavité du bassin par ces moyens est chose tellement importante qu'il ne faut jamais la négliger et que l'on ne peut, sans l'avoir fait, espérer porter un diagnostic certain ou prescrire un traitement convenable.

On devra également explorer avec attention, et d'autant plus soigneusement, que cet examen n'est pas facile, les parties situées sous les muscles fessiers, parties sous lesquelles souvent fuse le pus, et dans lesquelles il n'est pas extrêmement rare de voir se montrer la tumeur phlegmoneuse dont nous parlons.

Souvent il arrive que la compression des veines du bassin, par la collection purulente, détermine le gonflement des veines du membre inférieur du côté correspondant à celui dans lequel s'est développé l'abcès. Par suite on peut observer de l'œdème dans ce membre, œdème dont on serait fort embarrassé de rapporter la production à toute autre cause; ou bien encore, et le cas n'est pas excessivement rare, il pourra se produire une névralgie, lorsque le nerf crural ou le nerf sciatique auront leur trajet sur le point ou s'est développé l'abcès, et seront comprimés par la tumeur phlegmoneuse.

Il est des cas où sans qu'il y ait de douleurs déterminées par la compression de ces nerfs une rétractation se produit dans les muscles où se rendent leurs ramifications, et, occupant la totalité ou une partie seulement du membre inférieur, cause la fluxion forcée et permanente de la jambe seulement, de la cuisse seulement ou même de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Ces phénomènes sont assez évidents pour ne laisser à l'esprit aucun doute. Mais il n'est pas rare de les voir se développer seulement cinq ou six semaines après le commencement de la fièvre, et le mouvement fébrile n'ayant pas cessé un seul instant. Parmi les maladies qui peuvent survenir après l'accouchement, le phlegmon de la fosse iliaque est sans contredit celui dont le diagnostic est le plus difficile, qui reste le plus long-temps à l'état latent et qui, pour cette raison, et aussi à cause de sa proximité d'organes importants, est une des affections les plus dangereuses.

La thérapeutique des affections dont nous parlons est assez simple, c'est celle de toutes les inflammations: dans le commencement, les saignées générales pratiquées avec une certaine énergie, abondantes et réitérées. Mais il faut toujours tenir compte de la durée de la maladie, circonstance qui influe beaucoup sur le traitement que l'on doit mettre en usage. Ainsi, l'on ne devra pas saigner un sujet malade depuis quelques jours seulement comme une autre affectée depuis quinze ou vingt jours. Il faut se garder de trop affaiblir les malades si pendant la grossesse on a pratiqué des saignées fréquentes nécessitées par les difficultés de la grossesse; on devra agir de même si une hémorrhagie est survenue pendant l'accouchement, et a, par son abondance, épuisé les forces de la malade. Dans tous les cas, nous ne craignons pas de vous le répéter trop souvent, on doit user des émissions sanguines avec modération. Puis viendront les saignées locales desquelles on retirera plus d'avantage encore peut-être, et que l'on pourra répéter plus fréquemment que les saignées générales.

Après ces émissions sanguines viendront les frictions mercurielles, les vésicatoires, les purgatifs doux, les bains alcalins, tous moyens que l'on devra mettre en usage selon les indications. Si la maladie se prolonge, et si l'ouverture spontanée de l'abcès et l'expulsion du pus a lieu, il est nécessaire d'augmenter la nutrition par la quantité et la qualité des aliments, de chercher à donner à la malade plus d'embonpoint. On ne se trouvera point mal des douches ascendantes, administrées par le rectum. En effet, si le kyste ou l'abcès s'est ouvert dans le rectum, le liquide de la douche pourra pénétrer dans l'intérieur de la cavité et la débarrasser des corps étrangers qu'elle pourrait encore contenir. Si plus tard on les rend légèrement irritantes, on pourra déterminer une inflammation adhésive des parois, inflammation si nécessaire dans ce cas, et qui seule peut amener une guérison complète.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Tumeur ganglionnaire de la région parotidienne. Extirpation. Considérations sur les divers moyens chirurgicaux qui peuvent être employés en pareil cas.

Un homme dans la force de l'âge, d'une constitution ordinaire, un peu lymphatique, appartenant à une famille dans laquelle il n'existe aucune diathèse tuberculeuse, ni scrofuleuse, jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsque, il y a plusieurs mois, il vit se développer, sans cause appréciable, une tumeur à la région parotidienne droite. Cet homme habitait la campagne, où il se livrait aux travaux des champs; il logeait à un rez-de-chaussée bas et humide, et vivait en un mot au milieu de conditions hygiéniques peu favorables. Il n'a pas d'abord tenu grand compte de cette tumeur pour laquelle on n'avait employé que des moyens de traitement insignifiants, jusqu'à ce qu'enfin son attention fût plus vivement provoquée par son accroissement considérable qui en faisait une véritable difformité, et par la douleur qui en résultait.

Ce malade est entré à l'hôpital il y a dix jours; voici l'aspect et les caractères qu'offre cette tumeur. Elle occupe exactement toute l'étendue de la région parotidienne droite, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à l'arcade zygomatique de bas en haut, et transversalement, depuis le conduit auditif externe qu'elle comprime et refoule légèrement en arrière jusqu'au niveau du rebord antérieur de la bouche montante du maxillaire; elle est inégale, bosselée, mamelonnée comme si elle était formée de la réunion de plusieurs ganglions lymphatiques. Elle est dure au toucher, mais d'une consistance un peu élastique, et non résistante comme celle des os; la peau qui la recouvre conserve son aspect normal. Enfin, elle n'est qu'imparfaitement mobile; elle est libre dans toute sa circonférence, mais elle adhère aux parties profondes, de telle manière qu'on ne peut l'en détacher, et qu'il n'est pas possible de reconnaître jusqu'à quelle profondeur elle pénètre; la peau glisse librement sur elle dans toute son étendue.

M. Bérard, après avoir cherché à établir par des signes négatifs que ce ne pouvait être ni un cancer, ni une hypertrophie de la parotide, mais qu'il ne s'agissait là, suivant toute apparence, que d'une hypertrophie ou d'un engorgement chronique d'un ou de plusieurs des ganglions lymphatiques qui siégent au dessus de la glande, se demande quel est le parti à prendre dans cette circonstance, s'il faut abandonner la maladie à elle-même ou opérer, et dans ce cas quel est le procédé à adopter. Sans doute, dit-il, cette affection n'est point grave. Il ne serait même pas impossible qu'à la longue on parvînt peut-être à faire fondre cette tumeur par l'emploi prolongé d'un traitement résolutif; mais ce résultat est extrêmement douteux, et à côté de cette chance très peu probable, il en est d'autres après lesquelles il serait peut-être imprudent de courir. Si la résolution n'était point obtenue, pourrait-on impunément laisser subsister cette tumeur? L'expérience apprend que lorsqu'il existe dans une région quelconque des ganglions engorgés, toutes les parties qui plongent dans cette sorte d'atmosphère morbide sont susceptibles de s'engorger à leur tour. N'est-il pas à craindre d'ailleurs de voir survenir dans ces ganglions une dégénérescence cancéreuse, ou tout au moins une inflammation des parties voisines des abcès, des ulcères scrofuleux, qui laisseront après eux des cicatrices hideuses et indélébiles? Si par la temporisation on laisse le temps à la dégénération cancéreuse de se manifester, sera-t-on à temps pour opérer? N'aurait-on pas à redouter alors la récidive? Ici au contraire point de récidive à craindre. Y a-t-il des contre-indications à l'opération? Il y aurait contre-indication sans doute s'il existait en même temps de pareilles tumeurs dans d'autres régions, si le sujet offrait des signes de phthisie tuberculeuse; s'il était dans un état cachectique; mais aucune de ces circonstances n'a lieu heureusement. La constitution du sujet est bonne: tout indique donc l'opération. Cette opération, en quoi consistera-t-elle? On a proposé pour des cas de ce genre des sétons, le broiement à l'aide de ponctions sous cutanées; ces méthodes n'ont eu jusqu'à présent que de mauvais résultats. On a proposé encore d'écraser ces tumeurs. Mais pense-t-on qu'il soit possible d'écraser une pareille masse? D'ailleurs, ne voit-on pas les désordres qui pourraient résulter d'une pareille manœuvre? Je repousse donc tous ces moyens, et j'en viens aux moyens héroïques. Il en est trois; ce sont la brûlure, la ligature et l'excision. Allons-nous brûler ces ganglions par la potasse caustique, par le chlorure de zinc ou le caustique de Vienne? Certes, ce serait une haute imprudence dans une pareille région. D'ailleurs la peau est saine, et nous devons tout faire pour la ménager. La ligature a été préconisée surtout par M. Mayor (de Lausanne). Voici comment il s'y prend: Il fend la peau; il fait un ou deux lambeaux, suivant l'étendue de la tumeur, qu'il dissèque jusqu'à la basse de celle-ci. Arrivé à cette base, si elle n'est pas trop large, il passe une anse de fil autour d'elle, et fait un nœud qu'il serre tous les jours de plus en plus. Si la base est trop large pour pouvoir être embrassée par un seul nœud, il la traverse par une aiguille armée de fils, et fait des ligatures multiples à l'aide desquelles toutes les divisions de la tumeur sont étreintes séparément.

Cette méthode a de trop grands inconvénients et trop peu d'avantages pour que nous songions à y recourir. Si la base n'est pas profonde, il n'y a aucun avantage à employer la ligature; si elle est profonde, on n'évite que difficilement la lésion des vaisseaux, plus difficile à prévenir que dans l'opération par excision. Enfin, les lambeaux qu'on est obligé de laisser écarter peuvent s'enflammer, perdre la faculté de se réappliquer et de se réunir. Sauf les cas où la tumeur aurait un très petit pédicule prolongé, je ne vois pas d'avantages à cette méthode. C'est donc à l'extirpation par l'instrument tranchant que nous donnons la préférence dans cette circonstance.

Après ces considérations, M. Bérard a procédé à l'opéra-

tion. Voici de quelle manière elle a été faite : il a été pratiqué parallèlement au bord postérieur de la mâchoire, et à quelques lignes en avant de ce bord, une incision curviligne ayant sa convexité dirigée en arrière, étendue depuis l'apophyse zygomatique jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire, de manière à circonscrire exactement toute la tumeur, et n'avoir qu'un seul lambeau. Ce lambeau une fois tracé, la dissection de la tumeur a été faite de bas en haut, autant du moins que les circonstances le permettaient. On avait ainsi l'avantage de lier les vaisseaux divisés le plus près possible de leur tronc d'origine, et d'éviter la nécessité où l'on aurait pu se trouver, en agissant différemment, de lier plusieurs fois le même vaisseau. On a eu à lier un grand nombre de petites artérioles provenant pour la plupart de la temporale. On pouvait avoir à craindre, à raison de la proximité de la veine jugulaire externe, que la division de quelqu'une des veines assez volumineuses qui en émanent, ne fût suivie de l'introduction de l'air. Un aide était prêt à comprimer ce tronc veineux en cas d'accident ; mais rien de semblable n'a eu lieu. Après une dissection assez laborieuse, pendant laquelle M. Bérard avait soin de tourner toujours le dos de l'instrument du côté de la glande parotide, afin d'éviter de la blesser, la tumeur a pu être extraite en totalité. Toutefois, elle était tellement adhérente à la parotide, qu'il a été impossible de l'en détacher sans endommager un peu celle-ci. La tumeur était constituée, ainsi qu'on l'avait présumé, par l'agglomération de plusieurs ganglions lymphatiques hypertrophiés et dégénérés, auxquels adhérait fortement une petite portion de tissu de la parotide.

L'opération terminée, on a reconnu, en faisant faire au malade des mouvements des lèvres et des paupières, que des filets du facial avaient été divisés. C'était là un petit accident inévitable, et que l'on avait prévu. Il y avait tout lieu d'espérer d'ailleurs que la paralysie qui résultait de la section de ces filets nerveux ne serait que temporaire, et que les mouvements se rétabliraient, au moins en partie, après la réunion des filets divisés.

Le lambeau a été réappliqué et maintenu par un simple appareil contentif. Les suites de l'opération n'ont rien offert de particulier ; elles ont été aussi simples que possible. Huit jours après, la plaie était en pleine voie de cicatrisation. Le lambeau était aux trois quarts recollé. La paralysie faciale était diminuée. Il n'y avait aucune apparence de fistule salivaire ; on ne trouvait aucune trace de salive sur les pièces de l'appareil.

Le quinzième jour, la cicatrisation était complète. La paralysie n'était pas encore complétement dissipée. Il y a lieu de craindre qu'elle persiste dans le muscle grand-zygomatique. Les autres se contractent assez bien. Il n'existe point de fistule salivaire. Ce résultat est d'autant plus heureux qu'on a la certitude d'avoir enlevé une petite portion de la parotide. Ce fait n'est d'ailleurs pas très rare, ainsi que le fait remarquer M. Bérard. Cela tient sans doute à ce que les bourgeons charnus se développant sur le tissu de la glande en oblitèrent les petits canaux. Il est bon d'être prévenu de cette circonstance pour le pronostic que l'on aura à porter dans les cas de plaies ou d'opérations pratiquées sur la région parotidienne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. Avril 1844.

De la pneumonie chez les enfants ; par M. TROUSSEAU.

Nous prendrons de ce travail la partie essentielle, c'est-à-dire le traitement.

La pneumonie des enfants, dit l'auteur, sera traitée par les émissions sanguines, les évacuants, les révulsifs, les antimoniaux, le régime.

Les émissions sanguines occupent une place importante dans le traitement de la pneumonie aiguë. Elles sont aussi bien indiquées chez les enfants à la mamelle que chez ceux qui sont plus rapprochés de l'adolescence. Je pratique la phlébotomie même pour les enfants de trois mois, et j'en retire même un avantage immense. J'y reviens une seconde fois s'il est nécessaire. Si l'extrême embonpoint des petits malades empêche de voir ou de sentir les veines, je fais mettre aux genoux ou aux malléoles une ou plusieurs sangsues de chaque côté, et je laisse saigner les petites plaies pendant un temps variable suivant la force du sujet, suivant la rapidité de l'écoulement du sang. J'exclus les ventouses à cause de la douleur qu'elles déterminent. Je n'applique jamais de sangsues sur la poitrine de très jeunes enfants, parce qu'il devient quelquefois difficile d'en arrêter l'écoulement. Les émissions sanguines sont applicables seulement dans les pneumonies simples, qui frappent les enfants au milieu de la santé ou dans le cours d'une maladie aiguë qui n'a pas un caractère septique, ou évidemment asthénique.

Le tartre stibié, l'ipécacuanha, donnés comme vomitifs, une fois, deux fois par jour, pendant la période la plus aiguë, secondent admirablement les saignées, et semblent agir dans le même sens que celles-ci, et par la sédation du système nerveux qu'ils déterminent, et par les évacuations qu'ils provoquent. Toutefois les purgatifs, bien que donnant lieu à une sécrétion intestinale beaucoup plus abondante que les vomitifs, n'ont qu'une utilité fort contestable.

L'émétique, le kermès, suivant la méthode rasorienne, l'oxyde blanc d'antimoine, rendent d'incontestables service ; ils ne se placent toutefois qu'après les vomitifs. Si la saignée ne doit être conseillée que pour les pneumonies aiguës et simples, les vomitifs et les antimoniaux trouvent leur place dans toutes les formes de la maladie.

Mais le moyen le plus héroïque, celui que je place avant tous les autres, dans tous les cas de pneumonie, à toutes les périodes de la maladie, c'est le vésicatoire volant, qui, appliqué dans le dos, doit occuper une très grande surface. Ce moyen, employé dès le début, peut dans quelques cas heureux, et malheureusement trop rares, faire avorter la maladie. Au bout de quelques jours, quand l'épiderme s'est reformé et que la pneumonie n'est pas encore en voie de résolution, il faut y revenir de la même manière et avec la même énergie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de Reitz contre le squirrhe et le cancer.

Le traitement de Reitz a pour base un acide composé que l'on prépare de la manière suivante :

Pr. Acide nitrique,	120	grammes.
Acide chlorhydrique,	8	id.
Ether sulfurique,	8	id.
Borate de soude,	6	id.

M. S. A.

On laisse le tout dans un flacon de la capacité d'un demi litre à trois quarts de litre, en ayant soin de ne le boucher qu'incomplétement. Au bout de quelques heures, ou plutôt lorsqu'il ne se dégage plus de bulles de gaz, on verse le liquide, devenu verdâtre, dans de petits flacons que l'on ne remplit qu'à moitié et que l'on bouche hermétiquement.

Ce liquide contient évidemment de l'acide nitrique, de l'acide nitreux, du chlorure de sodium et de l'acide borique. Ce dernier se sépare facilement en petits cristaux squammeux. Avec le temps, la liqueur se décolore et devient limpide, surtout si elle est mal conservée.

Cet acide composé entre dans les trois médicaments dont M. Reitz se sert pour combattre le squirrhe et le cancer, et qui consistent en un liniment, des gouttes et des injections.

1° *Liniment.*

Pr. Acide composé,	4	grammes.
Huile de jusquiame,	30	id.
Huile d'olives,	30	id.

M. S. A.

On se sert de ce liniment pour pratiquer, tous les huit ou quinze jours, des frictions sur les extrémités supérieures et inférieures. On en enduit aussi les tumeurs et même les ulcères, après les avoir toutefois lavés à l'eau tiède, et ensuite on les panse à sec.

2° *Gouttes.*

Pr. Acide composé,	2	grammes.
Liqueur anodine d'Hoffmann,	4	id.

M. S. A.

On fait prendre tous les jours dix gouttes de ce mélange dans de l'eau sucrée.

3° *Injection.*

Pr. Acide composé,	2	grammes.
Eau distillée,	500	id.
Alcoolé d'opium,	2	id.

M. S. A.

On se sert, deux fois par semaine, de cette injection ; mais seulement dans le cas de squirrhe de l'utérus.

Pendant l'usage de ces moyens, il convient de soumettre les sujets à l'usage d'un régime diététique simple. On les fait séjourner dans des appartements chauffés à 16 degrés de l'échelle de Réaumur, et on leur administre, toutes les deux ou trois semaines, un bain de vapeurs.

Si les points malades deviennent, pendant le cours du traitement, le siége d'une irritation inflammatoire intercurrente, on doit y faire une application de sangsues, et suspendre aussitôt l'emploi des frictions. (*Gauger's Repertorium.*)

Emploi de l'iode contre les paralysies ; par M. le docteur BISCHLAGER, de Zitomir.

Le hasard a conduit M. Bischlager à l'emploi de l'iode contre la paralysie. Une paysanne âgée de quarante ans, qui était depuis longtemps affectée de paralysie, se trouvait atteinte d'un ptyalisme à la suite d'un traitement mercuriel prescrit sans succès contre la maladie principale. Dans cette circonstance, après avoir inutilement administré les préparations stibiées et les acides minéraux, M. Bischlager crut devoir recourir à l'usage de l'iode déjà vanté contre la salivation dans le journal de Hufeland. Il le prescrivit de la manière suivante :

Pr. Iode,	25	centigrammes.
Alcool,	8	grammes.
F. dissoudre S. A., puis ajouter au soluté :		
Hydrolat de cannelle,	60	grammes.

M.

pour une mixture à prendre par cuillerée à café, trois fois par jour.

Dès le lendemain, le ptyalisme commença à diminuer, ce qui engagea à soutenir la médication.

Au bout de quatre jours, la malade, qui était privée depuis dix ans de l'usage de ses extrémités inférieures, pouvait déjà marcher en s'appuyant sur une canne. M. Bischlager ne pouvant attribuer qu'à l'iode cette amélioration inespérée, fit continuer le traitement, et, après un mieux progressif de plus en plus prononcé, la malade finit par recouvrer complétement la santé.

Depuis cette époque, l'auteur a employé avec un égal succès la même médication dans cinq autres cas de paralysie.

Nous devons dire, avant de terminer, que, suivant les effets obtenus, pendant la durée du traitement, l'auteur augmente ou diminue la quantité de mixture qu'il fait ingérer quotidiennement. Un sentiment de brûlure dans l'estomac est l'indice auquel il reconnaît la nécessité de diminuer la dose. (*Hufeland's Journal.*)

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Le compte-rendu de la Société d'émulation que vous avez inséré dans le numéro du 23 avril de votre estimable journal, contient un rapport sur le mémoire que j'ai présenté à cette société, ayant pour titre : De la plique polonaise dans l'état actuel de la science.

Ce rapport et la discussion qui le suit, donnant une idée peu exacte de mon travail, je me vois forcé d'inviter le public médical à vouloir bien suspendre son jugement sur la valeur de ma publication jusqu'à un plus ample informé. Une analyse plus détaillée de ce mémoire sera bientôt insérée dans le compte rendu de la Société médico-pratique.

Agréez, etc., Victor SZOKALSKI, D.-M.-P.

Ce 26 avril 1844.

Observation du docteur LE CLÈRE.

Madame *** languissait depuis plusieurs mois, atteinte d'une gastrite aiguë ; douleurs abdominales, chaleur à l'épigastre, digestions pénibles et toujours lentes, diète absolue forcée par l'intolérance de l'estomac, perte du sommeil, constipation, ennui moral, tendance à l'hypochondrie. Circonstance grave, madame *** atteignait son époque critique. Appelé en consultation, je demandai la cessation absolue de toute médication et l'usage du sirop antinerveux de M. Laroze, à deux ou trois cuillerées à bouche par jour, une avant chaque repas.

Quinze jours après il y avait un mieux marqué, le ventre était libre, l'appétit revenait ; j'exige que l'on continue, à la fin du mois la malade était rendue à la santé : plus de douleur ni de chaleur à l'épigastre, appétit, sommeil et gaieté sont revenus en même temps.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 2, ET SAMEDI 4 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 52. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 3 MAI 1844.

LIBERTÉ DE L'ENSEIGNEMENT.

On peut être partisan de la liberté de l'enseignement à divers titres et pour des motifs divers. Dans les circonstances actuelles, il est même impérieusement imposé à tout esprit loyal et sincère d'indiquer au moins les raisons qui font réclamer la réalisation des promesses de la Charte. En effet, par un renversement de rôles fort singulier, ce sont les sectateurs du dogme de l'autorité et du joug intellectuel, les adversaires du principe de libre examen et de la philosophie qui demandent la liberté, c'est la philosophie qui demande la restriction et le monopole. Il est donc bien nécessaire que chacun s'explique nettement.

La loi sur l'enseignement n'est pas une loi politique, c'est une loi sociale et philosophique dans toute l'acception du mot; aussi croyons-nous pouvoir sans danger dire notre pensée; sans craindre qu'on nous accuse d'aborder des sujets qui nous sont interdits. L'enseignement secondaire touche de si près aux études spéciales et professionnelles, les conséquences de l'un sont si immédiates pour les autres, qu'un pareil sujet fait essentiellement partie de notre domaine et nous intéresse vivement.

Nos principes sont depuis long-temps connus. Tout monopole dans l'enseignement nous est antipathique. Ce n'est pas seulement l'enseignement secondaire que nous voudrions libre, mais encore et surtout l'enseignement supérieur contre les privilèges duquel depuis seize ans nous luttons avec persévérance. Il s'agit aujourd'hui de détruire les privilèges universitaires du premier, et nous nous rangeons volontiers du côté de leurs adversaires, parce que nous y voyons un acheminement à la destruction prochaine et nécessaire des privilèges du second.

Nos motifs, on le comprend sans doute, ne sont pas puisés aux mêmes sources que les motifs de ceux qui réclament aujourd'hui le plus impérieusement l'abrogation des privilèges universitaires. Nos vœux et nos désirs de liberté ne dissimulent pas de perfides espérances pour arriver à un monopole plus intolérable et plus odieux que celui que nous voudrions détruire. Dans les plis de notre manteau libéral ne se cachent pas les chaînes de l'ultramontanisme. Mais aussi nous ne partageons en aucune façon les appréhensions de ceux qui pensent que la liberté de l'enseignement livrerait la jeunesse française à l'empire du jésuitisme. Nous avons une opinion plus élevée, plus juste et plus digne de la société actuelle; nous avons surtout plus de confiance aux progrès incessants de la raison humaine. Sous l'ancienne monarchie, avec une cour dissolue dans le fond, mais bigotte dans la forme; avec une puissance immense et des ressources infinies, le jésuitisme a été vaincu par les seuls secours d'une presse comprimée et presque esclave; et vous supposeriez qu'aujourd'hui, où ce levier puissant soulève à son gré toutes les intelligences, l'esprit public serait inaccessible à son action? Non; il n'y a plus de place au soleil de la civilisation pour de pures passions de fanatisme religieux. Pour nous, l'intolérance cléricale dans l'enseignement secondaire est aussi peu à craindre que le serait dans nos écoles médicales la résurrection du galénisme ou l'exhumation des rêveries de Paracelse.

Nous désirons la liberté de l'enseignement secondaire parce que l'Université fait peser son monopole d'une façon dure, tyrannique et ruineuse pour les familles; parce que son enseignement n'est plus en harmonie avec les besoins et les intérêts de la société; parce que cet enseignement établit un niveau absurde entre toutes les intelligences, toutes les fortunes, toutes les destinations; parce qu'elle prépare tous les jeunes esprits comme si la société n'avait besoin que de littérateurs et de poètes, et qu'elle ne se préoccupe en aucune façon des grands intérêts sociaux actuels, les sciences et leurs applications à la médecine, à l'industrie, au commerce, à l'agriculture; parce que les plus belles et les plus fructueuses années de l'adolescence sont consacrées à l'étude stérile des langues mortes dont la connaissance approfondie devient d'un usage de plus en plus borné.

M. de Turgot, dans le sein de la Chambre des pairs, a exprimé les mêmes idées et a fait une proposition bien digne d'être prise en considération sérieuse: « C'est vainement, a-» t-il dit, qu'on prétendrait que sept années d'études des » langues mortes sont une gymnastique utile à l'esprit pour » former des ingénieurs, des médecins, des constructeurs, » des agriculteurs, des navigateurs, des mécaniciens, des chi-» mistes, des industriels, des négociants éclairés..... Le bon » sens public a déjà depuis long temps répondu à cette pré-» tention; et s'il fallait une preuve des vices qui existent » dans la direction donnée aujourd'hui à l'instruction publi-» que, ne la trouverait-on pas dans l'obligation où l'on est de » faire interrompre plus ou moins promptement les études » classiques à tous les élèves qui se destinent à une carrière » spéciale! »

D'après ces idées, le noble pair voudrait qu'à côté de l'enseignement universitaire tout littéraire, et destiné aux hommes de loisir dont le grade de bachelier ès-lettres serait le terme et le but, on établît concurremment un enseignement scientifique dont le grade de bachelier ès-sciences serait le but et la récompense; que pour obtenir ce second, l'obtention préliminaire du premier ne fût pas indispensable, que les carrières publiques fussent également ouvertes aux deux espèces de gradués dans leur sphère spéciale.

Mais tout se lie dans un système d'organisation bien conçu. Les réformes dans l'enseignement secondaire en entraînent de tout aussi nécessaires dans l'enseignement supérieur et spécial. Nous adopterions volontiers la suppression du baccalauréat ès-lettres pour la médecine; nous croyons que l'étude des sciences naturelles et physiques, préalablement précédée et accompagnée d'études littéraires suffisantes, serait une meilleure préparation à l'étude de la médecine que les sept années passées aujourd'hui dans la connaissance pénible des littératures mortes; mais alors le premier examen de médecine deviendrait un double emploi évident, sa destruction serait indispensable, et se ferait au profit des études anatomiques et cliniques qui sont singulièrement en souffrance dans ce moment. Comme on le voit, la proposition de M. de Turgot a besoin d'être complétée, d'être mise en harmonie avec d'autres réformes dans l'enseignement des Facultés, et nous reviendrons toujours à une pensée souvent émise par nous: Toutes les questions relatives à l'enseignement sont contiguës, on ne peut en toucher une sans ébranler les autres; et quand on demande la liberté, il faut la vouloir entière et s'étendant à tout, à l'enseignement supérieur comme à l'enseignement secondaire, sous peine de n'édifier que des lois incomplètes et sans utilité réelle.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

MALADIES DES YEUX.

Cancer de la glande lacrymale. Ablation. Guérison.

La glande lacrymale, dit M. Bérard, peut être, comme tous les autres organes de la même nature, le siége de différentes tumeurs, et subir les diverses dégénérescences propres au tissu glandulaire. Cette affection est très rare. J'entends parler des tumeurs ayant le caractère du squirrhe. Des auteurs ont dit qu'on l'observait chez des personnes avancées en âge; d'autres seulement depuis trente à cinquante ans. On voit donc que tous les âges sont propres à cette maladie. On n'a pas constaté qu'elle fût héréditaire, sauf cependant deux ou trois observations dans lesquelles on a noté ce précédent; et jusqu'ici, on est forcé de convenir que le propre de cette affection est de venir sans cause connue. La marche en est lente.

Si on explore en tout sens la région malade, on sent une tumeur dure, plus ou moins étendue selon l'époque où on l'examine, et qui apporte dans les mouvements de l'œil une gêne en rapport avec sa grosseur.

Dans la première période de cette affection, la sécrétion lacrymale n'est pas abolie, ce qu'on juge facilement si le malade vient à pleurer; car alors un des yeux est baigné de larmes, tandis que l'autre n'est pas plus humide qu'auparavant. Si la maladie continue à faire des progrès, le gonflement devient plus apparent, les mouvements du globe de l'œil deviennent difficiles, des douleurs lancinantes traversent la tumeur. Cet état peut rester stationnaire des mois, même des années. C'est la deuxième période.

Dans la troisième période, d'autres symptômes s'ajoutent aux précédents. L'œil est refoulé en bas et en dedans; il y a une exophthalmie proportionnelle au volume de la tumeur, et qui peut être telle que l'œil descende jusqu'aux narines. Dans cette évolution de l'œil, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en même temps qu'il est chassé de l'orbite, il est dévié de son centre, et présente la sclérotique là où était la cornée, qui alors est en partie ou en totalité cachée dans le grand angle de l'œil. Cette cornée devient opaque, la pupille s'obstrue, la nutrition du globe est modifiée; aussi sa forme subit des changements, il s'aplatit, se courbe en différents sens, et enfin la vue s'abolit.

Les paupières, les conjonctives se dédoublent; mais quel que soit le degré d'extension où elles parviennent, jamais elles ne s'ulcèrent, ce qui porterait à croire que cette affection est d'une nature particulière. Les parois de l'orbite se distendent, le cerveau est comprimé; mais comme cette compression est lente, graduée, elle ne produit pas d'accidents graves.

A cette période de la maladie, les auteurs ne sont pas d'ac-

FEUILLETON.

Observations critiques sur le système de no-restraint *suivi en Angleterre à l'égard des aliénés;* par le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT.

Toutes les fois qu'une opinion exclusive est proclamée, il est du devoir de l'observateur consciencieux de l'examiner avec sangfroid, et cette obligation lui est d'autant plus imposée, que les motifs allegués pour la faire prévaloir sont d'un ordre plus élevé.

Depuis quelques années les médecins anglais, et M. Conolly en particulier, ont préconisé le système de *no-restraint*. Le fauteuil de force, la camisole, sont rejetés comme des moyens coercitifs, entachés de barbarie, et c'est par la persuasion et par une exacte surveillance que l'on doit déjouer toutes les tentatives des aliénés. Entrez, disent ces médecins, dans des asyles de plusieurs centaines de malades, et vous n'en trouverez pas un qui soit maintenu par la force. J'avoue qu'à la lecture de ces lignes, il m'a semblé que les vingt années que j'ai consacrées jusqu'alors à l'observation des aliénés étaient effacées de ma mémoire, et que j'avais été le jouet d'une illusion.

La persuasion et la surveillance, les seuls moyens à employer contre les aliénés! Oui, cela est vrai dans le plus grand nombre de cas; dans tous, je le nie. Le grand défaut des systèmes, c'est de tout réunir, tandis qu'il n'est point de question qui ne se compose de plusieurs éléments. Parmi les aliénés il y a des imbéciles, des déments, des maniaques, des monomaniaques méchants, suicides. Voyons si ces diverses catégories ne présentent point des exceptions au système du no-restraint.

L'imbécile et le dément ont sans doute des idées, mais elles sont fugaces, s'effacent facilement; de sorte qu'il faudrait leur répéter mille fois la même chose, et ne pas les quitter d'un instant lorsqu'ils ont des manies nuisibles ou dangereuses; ce qui est impraticable. Citons des exemples:

Mademoiselle B... ramasse le sable, les cailloux, et les avale. Lui fait on des représentations, elle pousse des hurlements. Bientôt elle se met à manger ses excréments. On observe une active surveillance sur elle; mais comme cette dépravation du goût la poursuit sans cesse, elle profite de la plus légère distraction, d'un instant de liberté, du repos de la nuit, pour satisfaire son penchant. On est obligé de lui mettre la camisole. Cet état dure un an!

L'imbécile dont parle M. Esquirol, qui se trouait la joue avec son doigt, n'aurait pas été plus détournée de sa manie, que beaucoup d'autres insensés qui s'arrachent des lambeaux de peau. Il y avait il y a trois ans dans mon établissement, une demoiselle qui parlait fort raisonnablement; en causant elle se faisait avec une extrême dextérité des plaies fort étendues. A toutes les représentations, elle répondait: Vous avez parfaitement raison; je ne m'en aperçois pas, cela se fait malgré moi. Elle recommençait aussitôt.

On voit des maniaques qui ont la rage de tout mettre en pièces; quelquefois même ils sont fort tranquilles, et donnent des raisons de leur conduite. Un ancien négociant coupait ses vêtements; en peu de jours ils étaient complétement détruits. Douches, réclusion, nourriture plus grossière, récompenses, gilet de force comme punition momentanée, rien ne put le corriger de sa manie de destruction. Que voulez-vous, disait-il, ces habits sont passés de mode, je leur donne une forme plus élégante; d'ailleurs, je suis assez riche pour qu'on m'en fournisse d'autres. Quand il eut ainsi détruit pour une somme considérable d'habillements, les parents me dirent de le vêtir comme je l'entendrais; il fut couvert de la longue chemise usitée en pareil cas. Bientôt celle-ci, la camisole, les matelas, les draps, eurent le sort de ses vêtements; je fus obligé de lui faire mettre un masque semblable à celui des salles d'armes. Cette manie de destruction ne fut guérie qu'après trois mois de mesures coercitives.

Dans le délire aigu qu'on observe dans nos établissements, presque tous ceux qui en sont atteints cherchent à se détruire. Leurs déterminations sont si rapides que la mort aurait lieu à chaque instant si ces malades n'étaient fixés sur leur lit. Un jeune homme, en proie à ce délire, se frappe sous les yeux de ses amis et de ses parents, qui exercent la plus active surveillance, d'un coup de couteau au cœur. Son délire lui laisse des intervalles lucides: on le transporte chez moi, je m'adresse à lui en ces termes: — Je suis désolé d'être obligé de recourir à ce moyen, mais vous savez ce qui est arrivé; un nouvel accès peut survenir, et il m'est impossible de ne pas prendre mes précautions; je me vois dans la nécessité de vous mettre la camisole. — J'y consens, monsieur, répondit-il. Et pendant quatre jours il ne fit aucune objection. Cette maladie, qui avait donné les plus vives inquiétudes aux honorables médecins qui l'avaient soigné en ville, a été guérie dans l'espace de dix jours.

Ceci nous conduit naturellement à parler du suicide si commun chez les aliénés. Le docteur Conolly, dans le compte-rendu qu'il a publié de l'asile d'Hanwell, et le docteur Webster, dans celui de Bethlem, ont affirmé qu'il n'y avait plus de tentatives de suicide depuis qu'on avait supprimé, dans ces établissements, les mesures de répression. Nous croyons avoir vu autant de suicides que ces deux honorables médecins; il faut donc que les choses se passent autrement de l'autre côté du détroit que dans notre pays; car nous avons eu sous les yeux des individus qui n'ont échappé à la mort qu'à l'aide des moyens correctifs, tandis que d'autres malades gardés à vue ont trouvé les moyens de terminer leur malheureuse existence.

Un jeune homme, désespéré de ne pouvoir se créer une position indépendante et de tirer sa famille de la gêne dans laquelle elle végète, tombe dans une tristesse profonde, tient quelques propos incohérents, puis cherche à se détruire. Conduit aussitôt dans mon établissement, il est deux ou trois jours tranquille, sans parler; le quatrième jour, il se précipite contre les murs pour se fracasser la tête; on le maintient; il saisit tout ce qu'il trouve avec ses dents pour le déchirer; sur son fauteuil, il s'efforce par des coups redoublés de se briser le front. Couché par terre, il se donne de grands coups. On lui met la camisole, on le fixe sur un fauteuil; l'accès se calme peu à peu. Des paroles consolantes lui sont adressées; mais on lui fait comprendre qu'il doit rester quelque temps dans cet état pour prévenir une récidive. Depuis trois ans sa guérison s'est très bien soutenue.

Un gentilhomme étranger est placé dans un établissement justement

cord sur l'état de la sécrétion lacrymale. Les uns ont noté une hypersécrétion, d'autres une absence complète de larmes.

Le diagnostic de cette affection est assez difficile. On peut, confondre 1° cette maladie avec le cancer du globe de l'œil. Il faudra, dans ce cas, bien explorer les paupières, les culs-de-sac conjonctivaux ; s'enquérir si la vision a disparu primitivement, ou si seulement elle s'est perdue lorsque la tumeur avait un certain volume.

2° Avec un kyste ; car il y a douleur, tumeur : la confusion est très facile. Dans le doute, on doit faire une ponction exploratrice. Les kystes acéphalocystes ne sont pas rares dans cette région (l'observation suivante montrera qu'il peut y avoir kyste et cancer de la glande lacrymale).

Le pronostic est grave, car la tumeur est incapable de résolution ; par ses progrès elle compromet la vue par la déformation de l'œil, et la vie par la compression qu'elle peut exercer sur le cerveau. Mais ce que le praticien doit savoir, c'est qu'elle ne s'ulcère pas, et que, de plus, on ne voit pas les lymphatiques de la région s'engorger.

Le traitement est l'extirpation.

Parmi les procédés qui ont été donnés pour pratiquer cette opération, l'un veut que l'on fende la commissure externe, que l'on dissèque la tumeur de bas en haut ; l'autre fait une incision concentrique à l'arcade sourcilière, incision qui intéresse la peau et le muscle orbiculaire. Dans celui-ci, la tumeur étant saisie avec une érigne, on la détache de l'orbite avec une spatule, puis on la dissèque par en bas, en ayant garde d'intéresser et le muscle de la paupière supérieure, et les nerfs nombreux de cette région.

On panse la plaie, soit en réunissant par la suture la commissure divisée et en traitant par l'eau froide (compresses mouillées et renouvelées toutes les vingt minutes), soit en plaçant dans le fond de la plaie des bourdonnets de charpie.

Les conséquences de l'opération ont été seules indiquées par M. Malieurat. Si le globe de l'œil était sain, la vue se rétablit, la surface de la conjonctive reste humide, il n'y a pas de kérophthalmie; conséquence en rapport avec les expériences de M. Magendie, qui a prouvé que la glande lacrymale n'était pas indispensable à la vision. Le malade, à l'état de calme, n'a nulle conscience de l'opération qu'il a subie; mais s'il vient à éprouver une peine morale, s'il pleure en un mot, l'œil opéré est sec et est le siége d'élancements assez vifs, la conjonctive s'injecte; puis tout rentre dans le calme.

Voici, dit M. Bérard, l'histoire générale du cancer de la glande lacrymale, et voici également son traitement, l'extirpation. Mais l'histoire d'une maladie ne se borne pas là; il faut vous prouver que c'est bien là la maladie que nous avons reconnue, que ce ne peut être qu'elle; il faut établir que le traitement que nous allons adopter est préférable aux autres. Pour cela, quelques détails sont nécessaires.

Le 8 mars 1844, est entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 4, le nommé Franco (Désiré), âgé de trente-huit ans, charretier.

Cet homme est fort, vigoureux, d'une taille élevée, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu de maladie grave, ni goutte, ni syphilis. Dans sa famille il ne connaît personne qui ait été atteint d'affection semblable à celle qu'il présente. Il n'a non plus souvenance d'avoir fait chute; ni d'avoir reçu aucun coup sur la région orbitaire. Il raconte qu'il y a trois ans environ, ayant fait couper ses cheveux, il fut atteint d'une fluxion qui dura quatre à cinq jours, fluxion qui amena la tuméfaction de tout le côté gauche de la face. A la suite de cette maladie l'œil resta gros, à ce qu'il lui sembla, et petit à petit s'accrut graduellement; accroissement qui s'effectua toutefois sans douleur.

Il présente l'état suivant : L'œil droit est sain, l'œil gauche projeté en avant et en bas, faisant une forte saillie en dehors de l'orbite. Les paupières sont saines, sans varicosités, très agrandies; tellement que la supérieure, mesurée depuis le bord supérieur de l'orbite jusqu'aux cils, a 3 centimètres 1|2 de hauteur. L'inférieure, renversée sur elle-même, a dans son diamètre vertical 2 centimètres, et de l'angle interne à l'angle externe 5 centimètres.

La commissure interne abaissée est d'environ 1 centimètre 1|2 au-dessous de celle du côté opposé. L'œil est parfaitement mobile; l'élévateur de la paupière supérieure remplit ses fonctions. La vue est conservée; le malade a pu lire des caractères de 3 millimètres seulement. Les objets, pour être bien vus de l'œil malade, doivent être rapprochés de l'œil d'environ 5 centimètres; en un mot, il est myope de ce côté.

Si l'on fatigue l'œil par une exploration prolongée, il y a issue de larmes sur la joue.

A la partie supérieure et externe de la cavité orbitaire, immédiatement au-dessous du bord sourcilier, en passant le doigt on sent une tumeur arrondie du volume d'une noisette, donnant la sensation d'une fluctuation obscure; tumeur qui s'enfonce dans l'orbite, et qui probablement est la cause de l'exophthalmie que l'on observe.

L'œil est légèrement congestionné; il peut parcourir tous les diamètres de l'orbite en même temps que son congénère. Quoi que le malade puisse distinguer les caractères que j'ai mentionnés, la vue est très obscurcie; l'œil n'est ni hypertrophié, ni difformé en aucun sens. La pupille est libre, mobile, sa dilatation est anormale. Il n'a aucune douleur, ni la nuit, ni le jour. Seulement de temps en temps, dit-il, il lui semble avoir des graviers entre les paupières. La pression même assez forte ne peut ni faire reutrer l'organe dans l'orbite, ni y développer aucune douleur.

Disons d'abord que l'œil sort de l'orbite par une foule de causes; car l'exophthalmie n'est qu'un symptôme. Passons donc en revue les différentes causes qui peuvent la produire.

L'œil sort de l'orbite, fait saillie en dehors.

On peut se demander, dit le professeur de la Pitié, quelles sont les maladies étrangères aux parois orbitaires qui peuvent occasionner l'expulsion du globe de l'œil. Du côté du crâne, des tumeurs siégeant à la base du cerveau; on a vu des fongus de la dure-mère occasionner l'exophthalmie. Je mets de côté cette étiologie, car notre malade a le cerveau intact. Du côté des fosses nasales, des polypes, des ostéosarcomes. Nous n'avons rien de tout cela. La narine est parfaitement libre du côté des sinus maxillaires; dans ce cas, des tumeurs développés dans la cavité pourraient soulever le plancher de l'orbite, et produire l'expulsion de l'œil. Mais le plancher paraît libre, et rien de semblable n'existe.

Reste donc à examiner les tumeurs des parois, l'hexostose, la periostose; voilà deux maladies qui peuvent amener l'exophthalmie.

Au dessous de l'œil on ne trouve rien; le doigt peut explorer cette région facilement; rien non plus aux côtés externe et interne. Mais à la partie supérieure on trouve une tumeur qui occupe la voûte de l'orbite. Sa portion superficielle présente de la fluctuation; il y a donc une tumeur superficielle qui est molle. En enfonçant le doigt, on sent qu'il y a quelque chose plus profondément; mais comme on ne peut aller bien avant; il est difficile de dire à quoi on a affaire. Je ne la crois pas formée aux dépens des parois de l'orbite; ce n'est pas une cataracte; j'en dirai autant du periostose. Du reste, ce malade n'a rien présenté qui pût conduire à ce diagnostic.

Lorsque son volume, comme dans le cancer, dans l'hydrophthalmie, n'est plus en rapport avec cette cavité. Comme cause, nous éloignerons ces deux maladies; car l'œil n'a point augmenté de volume. On peut classer sous trois chefs les cas dans lesquels cette affection se présente : tantôt par une commotion brusque qui délie les muscles droits, l'œil est projeté au dehors; tantôt la paralysie de ces mêmes muscles entraîne le même accident; tantôt enfin une tumeur se développant en arrière de lui, lui fait quitter sa place naturelle.

La première cause fait naître des hydrophthalmies extraordinaires. Cette cause, rare chez nous, l'est beaucoup moins dans un pays où le pugilat est une science. Dans ces cas, l'œil, résistant à l'écrasement, transmet la pression aux muscles qui, plus faibles que lui, se déchirent.

Nous ne pouvons attribuer à cette cause l'affection de notre malade, car, chez lui, la maladie est venue sans symptômes appréciables.

Serons-nous plus heureux en cherchant à l'expliquer par la paralysie des muscles droits, où sous l'influence de la cessation d'action des nerfs qui les animent, l'œil, cédant à son propre poids, glissant sur le plancher de l'orbite, distend à la longue les paupières pour se placer dans la fosse canine. Si dans le cas qui nous occupe, nous avions affaire à une affection de même genre, le malade ne pourrait exécuter aucun mouvement. De plus, on pourrait replacer l'œil en sa place. Nous rejetons donc cette cause.

Voilà donc deux séries de causes éliminées : reste la dernière.

Cependant il se pourait faire que la maladie fût le résultat d'une névrose, d'une carie des parois de l'orbite. — Je dirai qu'il n'est pas cependant probable que nous ayons affaire à un abcès scrofuleux, car l'individu ne présente aucune trace de cette cachexie. Il nous reste donc à passer en revue les tumeurs qui pourraient se développer dans l'intérieur même de l'orbite.

Est-ce une tumeur érectile ? On en voit souvent, mais elles se prolongent le plus habituellement alors jusqu'aux paupières, sont réductibles; je n'y ajoute pas les phénomènes des battements, car ils manquent souvent. — Encore une affection à éliminer.

Est-ce un lipôme? Cette affection est rare dans cette région ; cependant, comme elle abonde en tissu adipeux, ce serait possible, quoique cependant une prévision heureuse de la nature ait voulu que son accumulation ne dépassât pas certaines bornes.

J'arrive naturellement au développement de masses encéphaloïdes isolées ou occupant la glande lacrymale : il y en a des exemples dans la science. En les examinant avec soin, il peut sembler au premier abord qu'elles sont fluctuantes, mais par une exploration plus attentive on ne tarde pas à reconnaître que ce qu'on avait pris pour de la fluctuation n'est rien autre chose que de l'élasticité. Une tumeur de ce genre pourrait en imposer : cependant je ne pense pas que cela soit ici, et s'il en est ainsi la masse encéphaloïde n'est pas accessible à l'exploration; et il me semble que la tumeur que nous avons donne la fluctuation d'une manière trop évidente pour pouvoir la confondre avec la sensation d'élasticité que je viens d'indiquer.

Je dois parler des tumeurs liquides, et d'abord je ne crains pas de dire que ce n'est ni un abcès froid, ni un phlegmon, car, dans notre cas, la marche, les symptômes n'ont aucun rapport avec de pareilles maladies.

Restent les kystes. Les tumeurs kystiques sont mobiles, molles, fluctuantes; de plus, elles sont très fréquentes dans cette région. Le liquide est-il contenu dans une seule partie? cette poche est-elle multiple? est-ce à un kyste hydatique que nous avons affaire? Ce dernier, on le sait, se rencontre souvent dans l'œil. Examinons d'abord quel est le siége et quels sont les rapports de notre tumeur : 1° avec la peau elle est profonde; ce qui nous porte à éliminer les kystes sébacés des paupières — elle est placée derrière l'orbiculaire, car les mouvements de ce muscle sont libres et on voit manifestement les fibres se contracter en avant de la tumeur, et il est plus que probable que le kyste est placé entre ce muscle et l'élévateur de la paupière supérieure.

M. Bérard a constaté ce fait en engageant son malade à élever la paupière supérieure ; alors il a vu, en suivant du doigt les fibres contractées de l'élévateur, que le muscle passait au-dessus : ce n'est pas une recherche de curiosité, observe M. Bérard, car, s'il en est ainsi, l'opération sera plus simple avec la glande lacrymale. Je dirai que la tumeur kystique me semble placée en avant ; mais je ne puis affirmer que la tumeur profonde lui appartienne, quoique cela soit fort probable. Le pronostic de cette affection est grave; si on l'abandonne à elle-même ses dimensions augmenteront, l'exophtalmie sera plus considérable. Ce n'est pas la difformité que l'on doit craindre, des inconvénients plus graves pourraient subvenir si on n'arrêtait pas ces progrès.

Delpech a rapporté l'histoire d'un kyste qui avait pénétré dans le crâne par le trou optique. Eh bien! dans ce cas-ci, il pourrait arriver que le kyste perforât le crâne, sortît de l'orbite par une des ouvertures naturelles de cette cavité, et allât,

---

renommé. Monsieur, dirent les parents au directeur, nous ne vous demandons qu'une seule chose, c'est d'empêcher cet infortuné de se détruire, comme il l'a déjà essayé à diverses reprises. Faites tout ce que vous jugerez convenable; nous vous donnons liberté entière. Le directeur, homme habile et expérimenté, place deux gardiens auprès de l'étranger. Celui-ci, qui s'est senti fatigué du long voyage qu'il vient de faire, demande la permission de se coucher; les deux gardiens sont établis de chaque côté du malade, prêts à s'élancer au moindre mouvement. Tous les objets propres à exécuter un suicide ont été soigneusement écartés. Une demi-heure après, l'étranger fait appeler le directeur : Monsieur, lui dit-il, je conçois que, d'après les recommandations de mes parents, vous preniez toutes les précautions; je n'ai aucune objection à faire à cela, mais il ne faut pas me torturer, et c'est, je vous l'avouerai, un supplice insupportable que d'avoir sans cesse devant moi ces deux hommes dont les yeux ne me quittent pas un seul instant. Je tombe de fatigue, et il m'est impossible de dormir. Placez-les où vous voudrez; mais, de grâce, qu'ils ne restent pas ainsi penchés sur moi. — Le directeur obtempère a sa demande; les gardiens sont retirés des deux côtés du lit, mais ils reçoivent l'ordre de ne pas le perdre de vue. Une heure après, le directeur revient. — Comment va votre malade? — Il est très tranquille, et repose. — Le directeur s'approche; il appelle le malade, point de réponse; il le touche, point de mouvement. D'un geste rapide, il enlève les couvertures; le doute affreux qui a traverse son esprit est éclairci : l'étranger est mort étranglé. Sous les yeux de ses domestiques, et sans que ceux-ci lui aient vu faire le plus léger mouvement, il a déchiré le bas de sa chemise de mousseline, l'a roulé en cordonnet, placé autour de son cou, et un simple nœud fortement serré lui a suffi pour mettre à exécution son idée fixe.

J'en pourrais citer d'autres exemples; car je n'ai que l'embarras du choix; mais celui-ci suffit pour montrer que la surveillance la plus active ne peut pas toujours déjouer les tentatives de suicide. Plus d'une fois, au contraire, par l'emploi de la camisole, j'ai prévenu des suicides qui étaient imminents. J'ai d'ailleurs remarqué que cette idée finissait très souvent par perdre de sa force, de sa fixité, et même par disparaître. Ce n'est donc, le plus souvent, qu'une question de temps.

Un artiste qui, comme beaucoup d'autres, a rêvé la gloire, la fortune, désespéré de ses vains efforts, devient sombre, taciturne; son génie est méconnu; les hommes ne savent pas l'apprécier; sa femme, ses enfants, sont des obstacles qui l'empêchent de marcher; ils lui deviennent odieux. A différentes reprises leurs jours sont en danger. Le malade veut en finir avec l'existence. On me l'amène après quatre tentatives de mort; il a cherché à s'étrangler, à se noyer; il s'est tiré un coup de pistolet; en dernier lieu il s'est précipité par une croisée. Son exaspération est extrême. Il est mis au bain pendant plusieurs heures. A peine en est-il sorti qu'il veut se fracasser la tête contre les murs. J'ordonne à deux domestiques de prendre la camisole, et m'approchant de lui, je lui adresse la parole en ces termes : Monsieur, vous avez déjà plusieurs fois essayé de vous donner la mort; il est de mon devoir d'empêcher qu'un pareil malheur n'arrive chez moi. Je suis très contrarié d'être dans la nécessité d'employer ce moyen; mais tant que vous aurez les mêmes idées, je serai dans la triste nécessité d'oser de cette précaution. Pendant huit jours il fut continuellement revêtu du gilet de force; au bout de ce temps, il ne le garda plus que la nuit. Un mois après, il était guéri de son idée. Ce moyen m'a réussi dans un grand nombre de cas analogues. Aussi y ai-je la plus grande confiance.

Au reste, que j'aie affaire à un monomaniaque ou à un maniaque, j'emploie toujours ma formule, et j'ai la certitude que ce coërcitif, que je varie selon les individus, a plus d'une fois fait passer la manie.

Les maisons d'aliénés renferment un certain nombre de monomanes méchants, malicieux, qui ne cèdent qu'à l'emploi de la camisole ou du fauteuil. J'ai conservé le souvenir d'un aliéné qui était l'effroi de ses commensaux; il fichait des épingles dans leur lit, enfonçait des clous pointus dans leurs chaises, mettait du sable dans leur soupe, etc. En vain l'enfermait-on; en vain lui donnait-on la douche, il recommençait continuellement, après avoir fait toutes les promesses possibles de rester tranquille. Le gilet de force parvenait seul à triompher pendant un espace de temps assez long de son mauvais penchant.

Des faits qui précèdent nous croyons pouvoir conclure que les mesures répressives ne doivent pas être complétement bannies du traitement de l'aliénation. Il y a dans tout une mesure à garder; se précipiter d'une extrémité dans une autre, c'est se préparer d'amères déceptions. La pitié, se détournant de ses voies naturelles, conduit à des résultats déplorables. C'est ainsi que la philanthropie est devenue un état, et qui pis est un état ridicule. On a raffiné sur l'art d'améliorer le sort des condamnés, sans songer à tant de malheureux qui souffrent en silence et supportent avec courage le fardeau de leurs misères. L'excès en tout est un défaut; c'est une maxime que nous ne pouvons trop rappeler à ceux qui brûlent de l'amour du bien public.

NOUVELLES.

Sur le rapport de M. l'inspecteur-général du service de santé, M. le ministre de la marine vient de souscrire à sept exemplaires des *Nouveaux éléments de la science et de l'art du dentiste*, 2 vol. in-8°, publiés par M. Désirabode, destinés à être placés dans les bibliothèques des hôpitaux des ports et dans celle du ministère, à Paris.

— L'Académie médico-chirurgicale militaire de Saint-Pétersbourg vient de cesser d'exister. On dit qu'il est question de faire subir le même sort à celles de Dresde et de Vienne.

— Le gouvernement prussien vient d'accorder un subside de 120,000 thalers (450,000 francs), pour l'érection d'un nouvel hôpital civil à Berlin.

par la compression du cerveau, occasionner la mort de notre malade.

En face de ce danger que faut-il faire? D'une part, la ponction et l'injection iodée; mais ce n'est pas là le cas. L'extirpation? Si c'est à des hydatides que nous ayons affaire, comme ce sont des corps étrangers, il faut qu'ils sortent : l'injection dans cette hypothèse serait donc contre-indiquée. Si c'est un kyste séreux, l'incision simple sera suffisante. Mais si nous avons affaire à une masse solide, alors, je l'énucléant plutôt que la disséquant, je l'amènerai, dit M. Bérard, au dehors.

M. Bérard procède à l'opération de la manière suivante :

Le malade est couché sur le lit; le chirurgien, placé au côté gauche, la main armée d'un bistouri convexe, pratique une incision concentrique au bord supérieur de l'orbite, incision qui intéresse la peau seulement; puis le bistouri, ramené dans la plaie, coupe l'orbiculaire, le tissu cellulaire, l'aponévrose orbitaire.

Le muscle élévateur de la paupière ne se présenta pas sous le tranchant du bistouri. On vit alors la tumeur, suffisamment isolée, se montrant avec une coloration noirâtre (coloration qui, comme le fit alors remarquer M. Bérard, est particulière aux kystes séreux). Ce diagnostic fut confirmé, car un nouveau coup de bistouri fit jaillir une petite quantité d'un liquide jaunâtre. Ce fut alors que portant le doigt dans la plaie, M. Bérard reconnut que le kyste n'était pas seul, que l'on avait encore affaire, comme il l'avait pensé, à une tumeur beaucoup plus profonde. Abandonnant alors le bistouri, l'opérateur se servant d'une spatule commença à isoler la tumeur de la paroi supérieure de l'orbite, ce qui se fit sans trop de difficulté; relevant la tumeur par en haut, et la disséquant à sa partie inférieure, il parvint à en avoir un morceau. Alors le diagnostic put être vérifié. Ce n'était pas seulement un kyste simple ou multiloculaire, c'était une encéphaloïde de la glande lacrymale. Des fragments de la tumeur restaient encore; on alla à leur recherche. Se servant tour à tour et du doigt et du bistouri on parvint à l'extraire, mais en fragments. Ce ne fut qu'après une minutieuse recherche et lorsque plusieurs des assistants eurent reconnu que tout avait été enlevé, que l'on abandonna le malade.

La difficulté de l'opération a tenu, sans aucun doute, à la sage conduite de M. Bérard, qui a presque constamment agi avec des instruments mousses. On comprend, en effet, qu'il fallait éviter la section de l'élévateur d'abord, craindre de blesser en arrière le nerf optique, et enfin éviter le nerf sus-orbitaire, accidents qui eussent pu compromettre singulièrement le succès de l'opération. Tous ces obstacles avaient été prévus, et tous ils ont été évités par l'habile chirurgien.

Presque immédiatement après l'œil, et rentré dans l'orbite. Le malade a pu élever la paupière, et, chose assez extraordinaire, il a dit y voir mieux qu'avant l'opération. Un pansement simple a été fait, des compresses mouillées fréquemment ont été tenues appliquées sur l'œil.

Le lendemain 9, le malade a bien dormi, n'a point eu de réaction; la conjonctive est un peu boursouflée. Instillation d'un collyre au sulfate de zinc.)

Le 12, les lèvres de la plaie ne sont pas réunies; elles sont seulement aglutinées. Il y a un peu d'exophthalmie; ce qui tient à ce que le tissu cellulaire intra-orbitaire, gonflé par l'inflammation, chasse l'œil en avant.

Le 15, même état. Instillation de sulfate de zinc. On relève, à l'aide de bandelettes agglutinatives, la paupière supérieure, afin d'éviter un trichiasis. Le pansement est simple, l'œil est libre de pièces d'appareil.

Même état jusqu'au 27. On remarque que le malade relève moins facilement qu'avant l'opération la paupière supérieure : ce qui tient à ce que le tissu de l'orbite n'est plus aussi lâche, qu'il est induré, qu'il ne permet plus autant le glissement de l'élévateur; mais il est presque certain que cet état ne sera que momentané.

Le 30, la plaie est complétement cicatrisée; la paupière est déjà plus mobile : on constate que la cicatrice est adhérente au bord orbitaire.

Le 18 avril, la vue s'est graduellement améliorée depuis l'opération; le malade dit avoir gagné beaucoup; l'exophthalmie n'existe plus. La paupière supérieure se relève suffisamment pour la vision. Mais un phénomène que nous devons noter, sans toutefois être en mesure d'en donner une explication satisfaisante, c'est la dilatation exagérée de la pupille, qui a perdu toute sa contactilité. N'allez pas croire cependant que la vision soit perdue de ce côté et qu'il existe une amaurose; il n'en est rien : le malade, ai-je dit, distingue bien avec cet œil les objets, surtout ceux qui ont un certain volume. Il peut d'ailleurs lire distinctement de ce côté, en regardant à travers un trou percé dans une carte. En un mot, il existe là un mydryasis résultant sans doute de la cessation de fonction des nerf ciliaires moteurs; mais à vrai dire qu'y a-t-il de comparable entre la légère modification dans la largeur de la pupille que nous constatons aujourd'hui sans pouvoir en rendre compte d'une manière rigoureuse, et l'affection si grave, si dangereuse dont nous avons heureusement débarrassé le malade?

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. TESSIER.

Pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche. Convalescence. Flux dysentérique. Parotides. Mort. Réflexions.

La nommée Boquet, âgée de soixante-dix ans, journalière, fut reçue dans le service le 15 mars dernier, et placée au n° 16 de la salle Saint-Jacques, pour y être traitée de la maladie dont nous allons tracer ici l'histoire.

La malade est d'une constitution robuste malgré son âge avancé, a la poitrine large et un certain embonpoint. Elle n'eut jamais, auparavant, de maladies des organes thoraciques; seulement, il y a quinze ans, elle fut sujette à une fièvre cérébrale dont elle se rétablit parfaitement, et jouit après d'une bonne santé.

La maladie actuelle remonte au 6 mars. Le matin elle se trouvait bien et sortit; mais sur le soir, elle fut prise de fièvre avec froid aux pieds: elle ne put pas se réchauffer. Ces accidents parurent vers les cinq heures, et la décidèrent à se coucher immédiatement. Dans la nuit, elle éprouva une chaleur considérable; et le matin, vers deux ou trois heures, il se développa une transpiration abondante qui pourtant n'amena aucun soulagement. Elle ne sait pas signaler une cause bien appréciable de cet état morbide; elle ne se rappelle par de s'être refroidie.

Après être restée dans cet état jusqu'au 14 mars elle se décida à entrer dans l'infirmerie de l'hospice. A son entrée, le pouls était fort et fréquent; la figure rouge. La percussion de la cavité thoracique fit reconnaître une matité à gauche dans les deux tiers inférieurs du poumon; on entendait du râle crépitant dans les grandes inspirations et dans la toux; il y avait aussi un souffle très fort. On prescrit une saignée de 4 palettes, et le sang qu'on en tire présente une couenne épaisse, mais sans caillot rétracté.

Le 15 mars, la malade est couchée sur le dos, à la face rouge, figure, légèrement jaunâtre; la peau chaude, mordicante; le pouls large, plein, à 100 pulsations. La céphalalgie dont elle se plaignait beaucoup la veille a diminué depuis la saignée; il ne reste qu'un peu de pesanteur de tête; les réponses sont très nettes, assez promptes, et l'intelligence entière. Il y a quarante respirations par minute, petites et faibles; un peu de gêne dans les grandes inspirations. A gauche, elle accuse une douleur locale, surtout en arrière; pas de toux ni d'expectoration. La matité, à la partie postérieure du thorax, remonte à sept travers de doigt environ au-dessus de la dernière côte. Le côté opposé, au contraire, est parfaitement sonore; la respiration y est pure et sans aucun mélange de râle; la voix y retentissant comme dans l'état normal. Le poumon, mat, présente aussi un souffle très fort mêlé de râle crépitant qui s'étend dans l'inspiration. Dans les deux travers de doigt inférieurs, le souffle est plus intense que partout ailleurs. Il y a une bronchophonie manifeste et un mouvement vibratoire perceptible à la main placée sur le thorax.

La langue est sèche et blanchâtre, les papilles très saillantes, les bords et le sommet rouges. La bouche est sèche et collante, sans être amère. Il y a inappétence complète et soif; quelques envies de vomir. Le ventre est tendu; pas de selles depuis deux jours; beaucoup d'abattement et de fatigue. Tous les soirs il se manifeste un peu de sueur. Mauve sucrée, 3 pots; 3 saignées de deux palettes; diète.

Le 16 mars, même décubitus dorsal et même facies. La peau est moins chaude; le pouls encore fort et large, mais beaucoup moins fréquent, à 70 pulsations; pas de toux ni d'expectoration. La matité a considérablement diminué; il reste encore un peu de souffle, mais le râle passe au sous-crépitant pour la grosseur des bulles et les autres caractères. Il existe encore vers la base du poumon, près de l'angle de l'omoplate, du souffle et du râle crépitant fin. Les envies de vomir ont diminué. Pas de selles; toujours de la soif. La langue est comme la veille.

Les trois saignées sont couvertes de couenne inflammatoire épaisse, jaunâtre, mais les caillots ne sont pas rétractés. Saignée de 2 palettes et demie; looch avec kermès, 1 grain, etc.

Le soir, l'état de la malade est à peu près le même. Elle a eu des vomissements sous l'action du kermès; le pouls reste fort; la couenne de la saignée pratiquée le matin est moins épaisse que les jours précédents. Pas de selles. 30 sangsues sur le point malade; lavement avec sulfate de soude.

Le 17 mars, la face est moins rouge; pouls à 80 pulsations, large et souple, avec quelques intermittences. La langue est toujours sèche. La céphalalgie a complétement disparu. La respiration devient plus libre et plus expanse, 36 par minute. Il y a un peu de toux; l'expectoration s'est montrée pour la première fois avec des crachats visqueux, adhérents, couleur de sucre d'orge. Il y a encore de la matité et un peu de souffle mêlé à du râle crépitant vers l'angle de l'omoplate, mais beaucoup moins fort que les jours précédents. Il y a du râle muqueux à la base; la bronchophonie n'existe qu'au point où se trouve le souffle. Pas de selles. Potion avec huile de ricin et d'amandes douces, 30 grammes; le reste, *ut suprà*.

Le soir, la malade a eu deux ou trois selles.

Le 18 mars, même état approximativement; moins de fièvre. On ordonne un julep avec kermès, et un large vésicatoire qu'on appliquera sur le côté malade.

Le 19 mars, pouls à 70 pulsations, moins fort. La face est un peu pâle; peau moins chaude et moins sèche; l'œil plus vif. La malade montre plus d'énergie que les jours précédents. La matité et le souffle ont disparu; il y a encore un peu de râle muqueux mêlé à du râle sous-crépitant. Il n'y a plus de bronchophonie, et la respiration vésiculaire se montre presque partout. Les crachats sont moins visqueux, plus aérés et moins foncés en couleur. Même prescription, moins le vésicatoire.

Les 20 et 21, l'amélioration continue; pouls normal; thorax normal partout; respiration vésiculaire et libre; langue humide. Même prescription.

Le 22, le pouls est à 60 pulsations. L'abattement a fait place à du bien-être et de la gaieté. La malade accuse de l'appétit. La convalescence commence. Comme elle n'a pas de selles depuis quelques jours, on lui ordonne un lavement.

Les jours suivants la malade continue à aller bien. L'usage du kermès fut continué pour compléter la résolution de la phlegmasie pulmonaire.

Le 27 mars, tout à coup une diarrhée très abondante a paru; la malade a jusqu'à vingt selles par jour, mais peu abondantes. Les matières fécales sont sanguinolentes; il n'y a pas de ténesme, pas de cuisson à l'orifice anal. Les selles s'échappent sans que le malade ait le temps de prendre le bassin. Elle a des coliques près de l'ombilic; il y a du gargouillement dans toutes les parties de l'abdomen. La face est rouge, le pouls petit, régulier à 65; pas de chaleur à la peau; la langue est encore rouge, mais non sèche. Le poumon n'offre rien d'anormal, excepté quelques râles muqueux également des deux côtés, sans matité ni bronchophonie. On revient au kermès et à la diète.

Le 28 mars, le dévoiement continue avec la même force; la figure est abattue, pâle; la langue sèche et rouge, les dents légèrement fuligineuses; le pouls à 70, petit, dépressible. Rien du côté du cerveau. Les selles sont toujours sanguinolentes, mais du sang pur. Les urines sont normales. Toujours bon état de l'appareil respiratoire. Même prescription.

Le 29, la veille, vers onze heures du soir, la malade éprouve de violentes douleurs à la région parotidienne. Vers le matin, elle éprouve dans ce point un sentiment de tension et une douleur continuelle. Le matin, à la visite, elle présente l'état suivant : décubitus dorsal; face pâle; stupeur et abattement général; intelligence nette; tuméfaction considérable dans les deux régions parotidiennes; la gauche est cependant plus volumineuse; pas de rougeur à la peau; douleur vive à la pression de ces parties; pas de fluctuation, mais un empâtement rénitent qui se fond peu à peu sur les côtes avec le tissu cellulaire. Le diamètre inférieur de la face est beaucoup augmenté, et à peine peut-on reconnaître la malade. Les yeux sont ternes et chassieux; la face est anxieuse; la parole lente et très difficile; la déglutition gênée; les dents encroûtées et fuligineuses. Il y a inappétence complète et de la soif; la bouche est sèche et enduite de mucosités épaisses et visqueuses. Le dévoiement persiste avec du sang; il y a eu dix selles dans les vingt-quatre heures. Le pouls est à 120 pulsations, assez fort. Rien du côté de la respiration.

Le 30 mars, pouls à 90 pulsations, petit; pupilles contractées; langue sèche, fendillée; haleine fétide; le gonflement des parotides a augmenté à droite; il s'étend en avant jusqu'à la commissure des lèvres, d'une part; et jusqu'à l'angle externe des paupières, d'une autre part; en arrière, il s'avance jusqu'au delà des oreilles et s'étend en bas jusque sur la région cervicale, et il est impossible d'établir une limite entre la glande sous maxillaire et la parotide; il n'y a pourtant pas de fluctuation; la douleur persiste aussi forte; elle n'a pas changé de caractère. A gauche, le gonflement est moins considérable.

Le 31 mai, même état.

Le 1er avril, le pouls est descendu à 60 pulsations; la peau est plus fraîche; la face pâle; le dévoiement continue toujours avec du sang; les deux mâchoires sont toujours écartées. La phonation et la déglutition sont gênées. La respiration est pourtant toujours libre; il n'y a pas de matité là où existait auparavant la pneumonie, mais il y a un peu de râle crépitant gros. Les deux tumeurs parotidiennes n'ont pas changé d'aspect; elles sont plus chaudes, tendues, légèrement élastiques, mais sans fluctuation apparente: tout indique pourtant qu'il se forme du pus. L'abattement est moins considérable que les jours précédents; la malade va sous elle, mais les matières ne renferment pas de sang.

Le 2 avril, même état.

Le 3, l'aspect est le même; la peau est brûlante; le pouls donne 80 pulsations; le dévoiement continue, mais moins abondant et sans qu'il sorte du sang.

Les deux tumeurs des parotides n'ont pas changé beaucoup d'apparence; la peau qui les couvre devient violacée; la fluctuation n'est pas encore manifeste, mais on peut la soupçonner. Les fonctions de l'appareil respiratoire se font assez bien; il y a seulement un peu de râle muqueux en arrière des deux côtés. Le malade éprouve des nausées fréquentes. La prostration semble moindre que les jours précédents; l'intelligence est nette, mais la parole un peu gênée.

Le 4, la parotide droite s'est ouverte dans la cavité buccale; la malade reste couchée sur ce côté, et par la commissure correspondante des lèvres s'écoule un pus blanc à reflets verdâtres, opaque, bien lié, sans odeur particulière. Le pouls est accéléré, petit, faible; les yeux ternes et chassieux, la face pâle et terreuse; la peau sèche et comme pulvérulente; l'haleine est fétide, de même que l'odeur générale de la malade. Le dévoiement continue; le ventre est ballonné, tendu; point de coliques. Il y a toujours du râle muqueux à l'endroit où le poumon était malade; pas d'expectoration.

La parotide droite a diminué de volume, est ramollie; la gauche est recouverte par une peau violacée, mais on ne peut pas y constater de fluctuation.

La prostration est revenue comme le premier jour; le pouls est petit, intermittent, irrégulier, très dépressible; il est très difficile de le compter exactement; il remonte à 70 ou 80 à peu près. L'état général et local est tel qu'une mort prochaine semble inévitable. En effet, cette terminaison funeste eut lieu hier à quatre heures du soir.

Autopsie du cadavre.

État général. L'amaigrissement n'est pas très marqué; pas de vergeture, pas d'ecchymoses sur le corps.

Parotides. La dissection de cette région montre :

1° A gauche, il fut facile de séparer la peau de l'aponévrose qui recouvrait la glande; celle-ci, mise à nu, se présente en état de suppuration.

2° La suppuration occupait le tissu interglandulaire, qui était complétement disparu dans certains endroits, et le tissu glandulaire lui-même. Les granulations étaient blanchâtres; on pouvait les écraser, et on en faisait écouler un liquide semblable à celui qui sortait de la cavité buccale. Le tissu cellulaire qui environnait la glande n'était pas en suppuration, et renfermait seulement de la sérosité limpide et incolore. Le pus se trouvait, de cette manière, circonscrit de toutes parts par les aponévroses parotidiennes. Il n'était encore qu'infiltré, et nulle part on ne le trouvait réuni en foyer. On ne trouvait pas non plus de traces d'anciens foyers vides.

3° A gauche, la parotide adhérait à la peau ; le tissu cellulaire sous-cutané avait augmenté d'épaisseur, et adhérait tellement à l'aponévrose parotidienne qu'il fut impossible de le séparer complétement. Le tissu cellulaire et celui qui pénétrait entre les granulations étaient infiltrés de sérosité, sans renfermer de pus. Le tissu glandulaire avait les caractères suivants : les granulations avaient un volume égal à celui d'un grain de maïs ; elles étaient d'une coloration rouge, faciles à écraser sous la pression des doigts, mais ne renfermaient pas de pus.

Etat des vaisseaux. Les veines et les artères des régions cervicale et faciale examinées attentivement, ne présentèrent aucune trace de phlegmasie ; le sang qu'elles renfermaient n'était pas coagulé, et avait les mêmes caractères que le sang des autres parties du corps. Le canal de Sténon, du côté droit, était à l'état normal ; de même à gauche. Il n'y avait pas de perforation dans la muqueuse qui tapisse la bouche ; le pus s'était probablement écoulé par le conduit salivaire.

Thorax. La trachée-artère n'était pas enflammée ; elle ne renfermait ni pus, ni mucosités bronchiques. Le poumon gauche était un peu engoué à sa partie postérieure ; mais la résolution de la pneumonie était presque complète, et le poumon était perméable à l'air. Il s'affaissait très bien sous la pression comme le poumon opposé, sans être aucunement friable : celui ci, c'est-à-dire le droit, était dans un état d'intégrité parfait.

Le cœur présentait un peu d'hypertrophie du ventricule gauche ; pas de rétrécissement ni d'insuffisance dans les orifices, pas de caillots dans les cavités.

Abdomen. L'estomac était sain ; l'intestin grêle aussi, excepté dans deux points à deux pieds au-dessous de la valvule iléo-cœcale, où un peu d'injection paraissait ; les plaques de Peyer étaient saines. Le gros intestin était enflammé dans toute son étendue ; il présentait une couleur rougeâtre, des arborisations nombreuses ; pas d'épaississement marqué de la muqueuse ; dans deux points elle était ramollie, et s'enlevait avec facilité : c'était là le début de deux ulcérations. Ces deux points ramollis avaient le volume d'une lentille, et étaient bien circonscrits.

La rate était très volumineuse ; sa couleur, sa consistance ne différaient pas de celles des autres cadavres qui étaient à côté de celui-ci.

Le foie était un peu congestionné.

Encéphale. Rien de remarquable dans cet organe ; pas d'injection des membranes ; aspect sablé et un peu rose de la substance blanche dans deux ou trois points peu étendus ; pas de changements appréciables dans la consistance du cerveau ; pas de foyer apoplectique ; pas de sérosité dans les ventricules.

Dans un prochain numéro, nous donnerons les réflexions que cette intéressante observation nous a suggérées sous le point de vue pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 avril 1844. — Vice présidence de M. CAVENTOU.

L'Académie s'est réunie aujourd'hui dans le nouveau local consacré à ses séances.

Des changements considérables ont été faits dans la salle. D'abord, elle est plus grande qu'auparavant ; le bureau du président et des secrétaires, ainsi que la tribune, ont été changés de place, et se trouvent adossés au mur qui sépare la salle du jardin. Deux entrées, l'une destinée aux membres de l'Académie, l'autre au public, donnent issue dans la salle. Cette salle est régulièrement carrée ; les académiciens sont assis sur des banquettes à stalles circulairement disposées ; la lumière y pénètre par deux grandes croisées donnant sur le jardin, et par un châssis vitré situé au plafond. Deux énormes colonnes d'ordre corinthien supportent ce plafond. Les murs sont peints en jaune avec quelques encadrements à filets amarantes. L'espace réservé au public occupe le fond de la salle ; ce sont des banquettes étroites et peu commodes. Huit stalles ont été réservées pour messieurs les journalistes. L'ensemble de cette salle manque de grandeur et de dignité. L'ornementation en est pauvre et mesquine. Il est vrai que les travaux ne sont pas encore entièrement terminés.

L'assemblée est nombreuse ; l'Académie est au complet.

Les membres du bureau sont en grand costume d'académicien, frac brodé et galonné, chapeau à plumes, épée au côté.

— *M. Caventou* annonce que M. Ferrus, président, est empêché de présider cette solennité par cause de maladie ; il désigne MM. Baffos et P. Dubois, pour aller le visiter et rendre compte de son état à l'Académie.

Il expose que l'Académie n'ayant pas voulu abuser plus long-temps de l'hospitalité qui lui était offerte, est rentrée dans ses foyers avant la terminaison des travaux. Les places réservées au public subiront des modifications reconnues nécessaires. (Marques de satisfaction dans le public.)

— *M. Bousquet* lit l'éloge de Double.

— *M. Pariset* lit l'éloge de Bourdois de La Mothe.

Ces deux discours provoquent les applaudissements de l'assemblée.

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 avril 1844. — Présidence de M. Elie de BEAUMONT.

M. J. Guérin lit un travail intitulé : *Courte réponse à quelques attaques contre la myotomie rachidienne.* — Dans la première partie de cette note, M. Guérin répond au mémoire de M. Malgaigne. C'est à peu près la reproduction de ce qui a été déjà publié dans la *Gazette médicale*. Quant à la lettre de M. Lantéry, voici ce qu'il en dit : « Occupé chez moi pendant trois ans comme traducteur ou professeur de langues, absent pendant la quatrième année, chargé pendant les dix-huit derniers mois seulement de la surveillance purement disciplinaire de la division des garçons, M. Lantéry n'a jamais rempli dans mon établissement aucune fonction médicale, il n'est intervenu dans aucune opération, il n'a pris et n'a pu prendre aucune note, ni sur l'état des sujets à leur entrée ou à leur sortie, ni sur les suites ou les effets de la myotomie, ni sur quoi que ce soit qui eût trait à la science et à l'art orthopédique. Depuis huit ans, mon honorable confrère et ami, M. le docteur Kuhn, a seul rempli ces fonctions. L'Académie comprendrait difficilement comment, dans les circonstances où il était placé, M. Lantéry aurait pu trouver matière et occasion à la lettre qu'il lui a adressée, si je n'ajoutais que j'ai été obligé, il y a cinq semaines environ, de le congédier sans aucun délai de mon établissement.

M. le président interrompt ici M. Guérin, et lui fait observer que ce qu'il dit n'est pas scientifique.

» Il a annoncé, en quittant la Muette, qu'il se vengerait de moi par toutes sortes de moyens.

Ici une explosion générale de murmures. MM. Dumas et de Blainville interpellent vivement M. Guérin, en l'accusant de faire des personnalités offensantes et de ne rien dire de scientifique. M. le président invite M. Guérin à rester dans les limites académiques.

M. Guérin termine en rappelant le prix que lui a accordé l'Académie.

Cette lecture excite une vive rumeur dans l'assemblée.

— *M. Jobert* (de Lamballe) lit un mémoire intitulé : *Recherches anatomiques sur l'organe électrique de la torpille.* Nous donnerons une idée de ce travail étendu par le passage suivant : « Il nous restait à rechercher les conséquences physiologiques des faits qui viennent d'être exposés. Si ces faits ne s'éloignaient que sur quelques points des descriptions données par nos devanciers, nous pourrions emprunter à ceux ci des théories toutes faites ; mais l'anatomie est venue changer les éléments d'un problème qu'on avait résolu sans l'avoir suffisamment étudié : préoccupés, en effet, de la découverte de Volta, la plupart des auteurs ont à toute force voulu retrouver dans la torpille un appareil analogue à la pile.

C'est pénétré de cette idée, sans doute, qu'un auteur a prétendu que la base de l'appareil est formée par une vésicule pleine d'un liquide albumineux, à la surface de laquelle rampent des vaisseaux et des nerfs. Pour nous, qui avons été conduit par l'observation rigoureuse à des résultats si différents, nous avons dû reconnaître que l'appareil électrique de la torpille ne ressemble à aucun de ceux de nature à peu près analogue existant chez d'autres animaux.

L'absence des vaisseaux sanguins décrits par les auteurs, nous a conduit également à affirmer que la quantité d'électricité produite n'est pas proportionnelle à l'activité de la circulation. En examinant au contraire le volume de la moelle, des branches qui en partent et des nerfs qui se distribuent dans l'appareil, il nous semble que si une loi peut être formulée dans ce cas particulier, c'est celle qui consiste à établir un rapport direct entre la quantité d'électricité produite, et le développement si remarquable du système nerveux.

Les détails dans lesquels nous sommes entré relativement à la terminaison des extrémités nerveuses, doivent faire abandonner d'une manière absolue les opinions basées sur les recherches d'après lesquelles les nerfs se perdraient dans la masse des corps prismatiques.

Il ressort encore des faits contenus dans ce travail, que de toutes les théories électriques, la seule qui puisse être appliquée à l'appareil de la torpille, c'est la théorie des courants, telle que l'ont formulé MM. Nobili et Ampère.

— *M. Ch. Mayor* fils adresse un mémoire sur un appareil propre à préserver de l'asphyxie par immersion.

— *M. Baudens* écrit que depuis le jour où il a fait connaître à l'Académie le nouvel appareil qu'il a imaginé pour le traitement des fractures du corps et du col du fémur, il a eu l'occasion de faire fonctionner plusieurs fois cet appareil à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et que dans tous les cas il est parvenu à obtenir la guérison sans raccourcissement notable et sans déviation. Il demande que les commissaires veuillent vérifier ces faits.

M. Baudens annonce, en outre, qu'il a inventé un appareil analogue pour les fractures en travers de la rotule ; nous publierons cette note dans le prochain numéro.

— *M. Bouisson* adresse une note sur des expériences qu'il a faites relativement à la coloration du chyle par la garance. Ces expériences amènent à conclure que la matière colorante de la garance est absorbée par le système veineux, et par conséquent ne colore pas directement le chyle ; mais que lorsque l'alimentation est assez prolongée pour qu'il y ait diffusion du principe colorant dans l'organisme, la lymphe s'en charge comme les autres liquides, et transmet au chyle cette coloration en se mélangeant avec lui. D'où il résulte que la coloration du chyle est subordonnée au temps depuis lequel dure l'administration des aliments colorés. Les premiers jours, le chyle conserve sa couleur ordinaire, plus tard il présente celle des substances qui ont servi à l'expérimentation. Ainsi s'expliquent, sans doute, les dissidences des physiologistes.

— *M. Deleau* jeune écrit pour répondre à une opinion émise par M. Bonnafont, que les corps gazeux sont peu utiles pour dilater les trompes d'Eustache. Il prie la commission nommée de faire des expériences comparatives, seul moyen d'arriver à un résultat.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 6 MAI 1844.

Le Conseil royal de l'instructiou puplique, contre l'autorité exorbitante duquel s'élèvent depuis long-temps des récriminations si justes et si bien fondées, vient de recevoir un échec qui peut être considéré comme le commencement d'une attaque sérieuse contre cette institution. D'après un amendement adopté samedi dernier par la Chambre des pairs, le programme des études philosophiques ne sera plus adopté par le Conseil royal. Délibéré en conseil des ministres, soumis à la discussion du Conseil d'état, ce programme aura encore besoin de la sanction royale pour être définitivement adopté. Cette disposition nouvelle, dont on peut diversement apprécier la portée, selon le point de vue où l'on se place, nous intéresse surtout relativement à la perte d'influence et de puissance qu'elle fait subir au Conseil royal. On ne sait peut être pas assez tout ce que cette institution présente d'absolu, d'arbitraire, de pouvoir sans contrôle et sans appel. A côté des tribunaux connus de tous et rendant la justice basée sur des Codes promulgués, le Conseil royal forme un tribunal à part, ayant sa jurisprudence propre et ignorée, ne ressortissant à aucune autre juridiction supérieure à laquelle on puisse en appeler, ayant son Code pénal, pouvant infliger ses punitions et ses peines, la réprimande, la suspension, la destitution, la prison même contre les professeurs de l'Université, la perte des inscriptions, l'expulsion des facultés et des colléges contre les élèves, et tout cela comme le conseil des dix à Venise, comme l'inquisition à Rome ou en Espagne.

Les cours souveraines sont tenues d'enregistrer, sans blâme ni censure, les arrêtés de ce Conseil, et c'est à ce point que le président de la Cour royale de Paris a pu dernièrement prononcer ces paroles à la chambre des pairs : « Nous ignorions, » à la Cour royale de Paris, l'existence d'une pareille législa» tion. Nous avons eu dernièrement à enregistrer un de ces » arrêtés du Conseil royal qui condamnait à la prison ; nous » l'avons fait, mais à voix basse. »

Evidemment un pareil état de choses est en déshamonie complète avec nos mœurs, nos institutions, avec les principes constitutionnels qui nous dirigent. Il est nécessaire que le Conseil royal, comme toutes les institutions actuelles, rentre dans la Charte et soit soumis au droit commun. Avec les énormes et arbitraires priviléges dont il jouit, le Conseil royal place les professeurs et les élèves dans des conditions autres et pires que celles des autres citoyens. Ainsi, qu'arrive-t-il journellement? Un étudiant, par exemple, commet un de ces simples délits que l'effervescence de la jeunesse excuse du moins, si elle ne l'absout entièrement. Il devient justiciable des tribunaux ordinaires, qui lui infligent une peine plus ou moins forte. Si ce jeune homme était artiste, industriel ou commerçant, il subirait la pénalité ordinaire et légale et tout serait fini. Mais il appartient à l'Université, et comme tel il doit subir deux peines ; celle de la loi, qui le punit comme citoyen de la grande famille, celle de l'Université, qui, avec des entrailles de mère, lui infligera une bien plus cruelle peine; car celle-ci va l'atteindre dans son existence, dans son avenir, dans son honneur. C'est cependant un axiome de jurisprudence incontesté, partout consacré, même dans l'enfance des civilisations, qu'on ne peut être puni deux fois du même délit. *Nsn bis in idem.*

Cette anomalie intolérable et révoltante doit avoir un terme. Il ne doit y avoir en France qu'une seule justice, celle des tribunaux ordinaires, celle où la défense est libre, où l'accusé se présente avec toutes les garanties de la loi, où il peut ne pas craindre un caprice ministériel ou la rancune d'un doyen de la Faculté.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Introduction au cours de médecine clinique. Des principes de la médecine organique. (Deuxième leçon.)

La plus forte objection que nous aient adressée nos antagonistes, c'est celle qu'ils tirent de l'existence des propriétés vitales. Suivant eux, les propriétés vitales pouvant être altérées, c'est-à-dire augmentées, diminuées, abolies, perverties indépendamment du tissu des organes, puisqu'on voit, pendant la vie, des altérations de ces propriétés sans qu'on trouve aucune lésion après la mort, l'organicisme cesse à l'instant d'exister. Sans doute, c'est ce qui aurait lieu si les propriétés vitales étaient en effet indépendantes de l'organisation, existantes par elles-mêmes, et surajoutées à cette organisation, comme le calorique et l'électricité ; mais il n'en est pas ainsi. C'est cependant ce que nos adversaires admettent et cherchent à prouver ; car, s'ils admettaient que les propriétés vitales sont le résultat de l'organisation, il n'y aurait pas d'objection, et tout rentrerait dans les lois de l'organicisme.

Avant donc de les combattre, établissons bien par des citations que nos antagonistes veulent que les *propriétés vitales*, que la *vie* précède l'organisation, qu'elle en soit la cause et non le résultat, et lorsqu'on sera bien convaincu que telle est leur manière de voir, prouvons qu'elle est une erreur grave, immense, d'où découlent les conséquences pratiques les plus funestes.

Prouver que la vie et les propriétés vitales ne sont que le résultat de l'organisation, est une chose tellement insolite et si peu comprise, que nous avons vu la plupart des médecins sourire à son simple énoncé ; et, chose étrange ! lorsque la chose est prouvée, les mêmes médecins viennent nous dire que telle était, en effet, leur opinion, qu'ils n'en ont jamais eu d'autres, que jamais personne n'en a eu d'autres. Voyons donc, et prenons Bichat pour exemple, Bichat, le grand fondateur de ces propriétés.

Au reste, voici notre dilemme : Croyez-vous que la vie soit une force, un *vis incita*, un être à part qui précède l'organisation, qui en soit la cause, oui ou non ?

Si, oui ; nous allons vous démontrer que cela n'est pas possible.

Si, non ; vous retombez dans l'organicisme, car elles sont alors des effets comme les fonctions, et ne peuvent être malades sans les organes.

Bichat, disons-nous, a considéré les propriétés vitales comme cause, comme principe, comme essence de tous les phénomènes vitaux, et jamais comme résultat de l'organisation ; M. Rullier, son contemporain, a été encore plus explicite, et a blâmé son maître de n'avoir pas assez insisté sur ce point, que les propriétés vitales étaient bien réellement des forces surajoutées à l'organisation, indépendantes de cette organisation, et la précédant. Et répétons ici qu'il faut bien qu'il en soit ainsi pour que l'existence de ces forces puisse être une objection à l'organicisme ; car s'il en était autrement, c'est-à-dire si elles étaient consécutives à l'organisation, elles ne seraient plus une objection.

Bichat considère d'abord la gravitation, les affinités comme des forces, des principes, des causes enfin de tous les phénomènes physiques, et fait l'application de ces doctrines aux sciences physiologiques :

« Les différences, dit-il, qui distinguent les sciences physiologiques et physiques, dérivent essentiellement de celles existantes entre les propriétés *qui président* aux phénomènes qui sont l'objet de chaque classe des sciences : telle est, en effet, l'immense influence de ces propriétés, qu'elles sont le *principe* de tous ces phénomènes (Xav. Bichat, *Anat. génér.*, tom. Ier, page 39) ; de même que les propriétés des corps inorganiques sont la cause de tous les phénomènes physiques, de même les propriétés vitales sont constamment le mobile premier auquel il faut remonter, quels que soient les phénomènes que vous étudiiez. »

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La séance de l'Académie de médecine. — Boîte aux lettres.

Sur la nouvelle salle de l'Académie de médecine, sur la cérémonie de son inauguration, sur les discours qui ont été prononcés, je demande l'ordre du jour.

— Qu'est-ce à dire? mais l'ordre du jour, c'est tout cela. Vous nous avez promis, mardi dernier, de nous raconter la fête ; vous nous avez parlé de voûtes restaurées, de bruit harmonieux, de fleurs rhétoriciennes; vous nous avez donné un avant-goût de plaisir, et vous en resteriez là ?

— Hélas! presque jamais le plaisir projeté ne se réalise ; souvent même il se change en douleur. Croyez-moi, laissez-vous couduire ailleurs, et parlons d'autre chose.

— Non pas, s'il vous plaît; nous tenons au programme, et nous ne vous lâchons qu'il ne soit bien rempli.

— Vous êtes presque cruels, mes chers lecteurs. Encore si vous étiez discrets, si tout cela se passait entre nous, si vous n'alliez ni en parler à l'architecte de la salle, ni au président de l'Académie, ni à M. Pariset, ni à qui que ce soit qui puisse s'irriter et me mordre, je serais un peu plus tranquille.

— Toutes ces précautions ne font qu'aviver notre impatience ; voyons, commencez donc, et d'abord parlez-nous de la salle.

— Avant de vous dire ce qui est, laissez-moi vous parler de ce qui n'est plus, et dont la perte excite en moi les regrets les plus sincères. Vous savez bien cette salle d'entrée, ce petit et étroit corridor où se réunissaient tous les mardis les flâneurs de l'ordre, où se tenaient les séances de la *petite* Académie, où l'on rencontrait tant d'hommes d'esprit, où l'on entendait tant de choses agréables et spirituelles, cette petite salle où l'observateur pouvait se tenir en embuscade, où les simples mortels pouvaient se trouver côte à côte avec les immortels, où l'orateur interrompu venait finir sa période, où le candidat pouvait prendre au passage une voix égarée, assurer une voix chancelante, et se corroborer par une promesse amie; cette salle précieuse, ce *proscenium* où se passaient des drames quelquefois plus instructifs, toujours plus amusants que sur le grand théâtre d'à côté, eh bien ! elle est tombée sous le marteau d'un inintelligent architecte ; il n'en reste plus vestige, et ils ne l'ont remplacée par rien qui lui ressemble. Aussi fallait-il voir la figure piteuse et l'air désorienté des habitués de l'endroit. Quel nez vous faisiez, monsieur Brierre! et vous donc, monsieur Foy ! et vous surtout, monsieur Boulland ! Quelle figure allongée vous aviez, messieurs Vidal, Laugier, Donné, Broussais, Manec, Larrey, Gibert, et tant d'autres fidèles et spirituels habitués de la petite salle, en attendant votre introduction dans la grande! Par modestie pure, vous vous arrêtiez à l'entrée; l'architecte n'a pas compris cette délicatesse de procédés, et il vous force aujourd'hui ou à renoncer aux séances académiques, ou à vous asseoir sur les banquettes plébéiennes. Plus de contact possible avec l'Académie ; elle a son entrée, et le public la sienne. Une distance respectueuse sépare l'une de l'autre; les aspirants à la stalle rembourrée ne pourront plus agir sur la docte assemblée que par la seule influence du regard; malheur aux candidats qui portent des lunettes !

— C'est assez nous amuser aux bagatelles de la porte, faites-nous pénétrer dans l'intérieur, et dites-nous-en les merveilles.

— Oh ! pas de lyrisme, s'il vous plaît, il serait ici fort mal placé. L'Académie, corps sage et modeste, n'a jamais eu la prétention de rien offrir de merveilleux. Elle a voulu que sa salle des séances fût en harmonie parfaite avec son tempérament, ses habitudes, son caractère, et le rôle qui lui est échu en partage dans les institutions de ce monde. Vous vous attendez peut être à des marbres précieux, à des peintures de grands maîtres, à des sculptures de choix, à une ornementation quelconque? Vous n'êtes pas dans la couleur locale ; la salle est nue, complétement nue ; les murs en sont couverts d'un badigeon jonquille d'un effet très austère, quelques encadrements à filet amarante coupent seuls l'uniformité de la teinte ictérique ; et du velours vert des banquettes se mariant à la teinte jaune générale résulte un ton légèrement bleuâtre, de cyanose commençante tout à fait en situation. Voilà, ou il n'en est plus au monde, de la couleur locale. Voyez-vous ces deux énormes colonnes corinthiennes d'un galbe si gracieux? Autre emblème imaginé par l'ingénieux architecte ; c'est la force et la prudence qui caractérisent la compagnie. Ces deux grosses colonnes, qui pourraient supporter le Panthéon, veulent dire aussi aux ennemis et aux détracteurs de l'Académie que rien ne peut ébranler une institution aussi solidement soutenue, qu'elle est assez forte pour ne pas craindre l'épigramme et assez magnanime pour la pardonner.

— Mais les stalles académiques qu'on avait dit être trop étroites ?

— Il est vrai que M. Mérat était un peu assis de côté, mais enfin on ne prend pas mesure sur le tambour-major pour habiller un régiment. Après tout, ne m'en demandez pas davantage sur ces nouvelles constructions. Si cette salle est incommode, si elle manque d'effet et de dignité, si l'ornementation en est plus que mesquine, ce n'est pas la faute de l'Académie, mais bien celle du propriétaire des lieux qui a voulu faire les choses le plus économiquement possible et qui n'a été que trop bien secondé par l'architecte. Du reste, les travaux ne sont pas encore terminés, mais quoi qu'on fasse il est bien à craindre qu'on ne donne jamais à cette salle l'ampleur et l'aspect qu'elle aurait pu avoir.

— Maintenant parlez-nous de la fête. Le public était-il nombreux ?

— Les banquettes qui lui sont destinées présentaient beaucoup de vides.

— Les journalistes sont-ils bien placés ?

— Huit stalles leur ont été réservées à droite ; ils paraissaient tout rayonnants de cette distinction.

— Les habits brodés étaient-ils en nombre ?

— Je n'en ai compté que quatre ; mais qu'ils étaient beaux, MM. Caventou, Pariset, Dubois (d'Amiens) et Bousquet, sous le frac académique ! quel gracieux quatuor ! Antinoüs, Endymion, Adonis et Narcisse n'étaient pas plus jolis garçons.

— Voyons, vite, les discours.

— M. Bousquet a lu l'éloge de Double.

— Et puis ?

— Puis, M. Pariset a lu l'éloge de Bourdois de La Mothe.

— Ensuite ?

— Ensuite, le public s'est retiré et moi de même.

— Mais qu'avez vous donc aujourd'hui, monsieur Jean Raimond, qu'on ne puisse pas vous arracher une parole ?.... Nous voyons ce que c'est ; les habits brodés vous auront tourné la tête, et vous aspirez aussi au frac académique. Avouez que voilà le motif de votre réserve sur les discours de mardi dernier.

— Vous n'y êtes pas ; j'ai bien d'autres raisons d'être prudent et circonspect. Si vous aviez entendu ce que, dans son discours, M. Bousquet a dit du journaliste ! Triste victime, voué, quoi qu'il fasse, à la malédiction et à la haine ; s'il plaît et s'il amuse, on vantera son esprit aux dépens de son cœur ; s'il instruit et s'il corrige, on le trouvera méchant et cruel ; s'il loue, il ne sera que juste ; s'il blâme, c'est un tigre féroce : il pourra être craint, jamais aimé. Que sais-je encore? Et dire que de toutes les variétés du genre, la variété *feuilleton* est la plus exposée à ces misères ! Et savoir que j'en ai fait déjà la cruelle expérience ! Etre sûr d'avoir de par le monde deux ou trois ennemis implacables qui n'ont ni assez d'esprit pour s'amuser d'une plaisanterie innocente, ni assez de générosité pour l'absoudre !..... Il y a surtout, dans un certain hôpital, des tilleuls dont j'ai eu le malheur de rire et qui m'ont coûté cher. Quelle haine, grand Dieu ! et quelle colère chronique me suis-je attiré là !

— Un autre jour vous nous direz cela; il s'agit en ce moment des discours académiques ; ne vous échappez pas par la tangente.

— Soit donc, puisque vous le voulez. Aussi bien, M. Bousquet m'avait-il fait plus de peur que cela ne valait, peut-être. Etre honnête toujours, spirituel quand on le peut, ne blesser ni la vérité, ni la justice, savoir, au besoin, s'armer de tolérance, pratiquer aussi bien que

Ayant admis une fois que les propriétés vitales étaient l'essence, le principe, la cause de tous les phénomènes, Bichat distingue plusieurs espèces de propriétés, et cherche à démontrer, en passant en revue tous les êtres organisés, qu'au fur et à mesure qu'une nouvelle propriété vient s'ajouter aux autres, l'animal remplit de nouvelles fonctions. « La vie animale commence à se déployer dans les vers, les insectes, les mollusques; les sensations et la locomotion se développent; *alors les propriétés vitales nécessaires à l'exercice de ces nouvelles fonctions sont ajoutées aux précédentes.* La contractilité organique s'agrandit aussi, et à proportion la digestion, la circulation des gros vaisseaux, auxquelles *elle préside*, prennent un développement toujours croissant. »

Il nous est impossible d'étendre ici ces citations; mais voyons ce que dit M. Rullier (*Dict. de méd.* en 21 vol., art. *Propriétés*).

« Un autre vice de langage trop commun et non moins grave, parce qu'il fait confondre des objets fort différents, est d'étendre le nom simple des propriétés, qui n'entraîne avec lui aucune idée de puissance ou d'action, à la désignation des *forces vitales qui pénètrent les corps et les animent.* Nous pensons, dès lors, que la dénomination de *propriétés vitales*, si communément employée par les modernes pour désigner avec Bichat les forces de l'organisme vivant, est vicieuse et ne peut être conservée, attendu qu'elle ne donne pas une idée convenable de la *puissance* ou du principe actif qu'elle doit exprimer.

» La théorie des forces subsistera comme un fait du premier ordre, auquel se rapportent les actes secondaires et divers de l'économie vivante, jusqu'à ce que les organiciens exclusifs aient fait jaillir, de la simple distinction des organes entre eux, de leurs éléments matériels, celluleux, vasculaires et nerveux, de leur contexture, quelques raisons satisfaisantes ou même plausibles de ce qui les rend impressionnables, avec ou sans perception de ce qui les rend mobiles par allongement, par raccourcissement, et de ce qui peut enfin produire en eux toutes toutes ces combinaisons spéciales qui en déterminent la cohésion, en même temps qu'elles en changent incessamment l'état et la composition intime. Au moment de la mort, tous les organes existent incontestablement; ils se trouvent assez souvent pour l'anatomiste le plus exact, *sans lésions appréciables.* Qu'ont-ils donc perdu pour être si différents d'eux-mêmes? Nous répondrons sans hésiter : *Les propriétés actives ou les forces qui les ont animés.* »

Mais d'abord, il est facile de prouver que le langage des physiciens n'est qu'un langage de convention, et que le mot de forces qu'ils emploient ne désigne véritablement qu'une propriété de la matière. Qu'est-ce que la gravitation, sinon l'action des corps qui s'attirent? La gravitation existe-t-elle là où il n'y a pas de corps pour graviter? L'affinité chimique, les attractions moléculaires existent-elles sans les molécules, [illegible] qui s'attirent? L'élasticité existe-t-elle sans le corps élastique? Enfin toutes les prétendues forces peuvent-elles exister sans les corps qui les possèdent; et si les propriétés du corps varient, n'est-il pas facile de voir que c'est parce que leur composition varie elle-même! les différences entre les lois physiques et les propriétés vitales se déduisent rigoureusement de la différence de composition. Bichat et ses sectateurs admettent que si les corps organisés présentent d'autres phénomènes que les corps non organisés, ils le doivent à des propriétés nouvelles et différentes de celles de ces derniers corps, et parmi les êtres vivants que l'organisation se complique d'autant plus que le nombre des propriétés vitales augmente.

N'était-il pas plus simple, plus facile à concevoir, que les corps organisés différant par leur structure et leur composition des corps inorganiques, c'était cette différence de structure et de composition qui en apportait une si grande dans leurs propriétés? Si les propriétés vitales augmentaient à mesure que l'organisation se compliquait, n'était-il pas plus simple de conclure que ces propriétés vitales n'augmentaient que parce que l'organisation devenait plus complexe? Enfin, en considérant les propriétés comme des attributs et non comme une essence, tout devient dans l'organisme simple, clair, et porte l'empreinte de la vérité; en les considérant comme essence, tout devient obscur, difficile à concevoir, et porte le caractère de l'erreur.

En passant en revue la série des êtres organisés, en examinant l'homme lui-même, on voit que partout, que là où l'organisation devient plus complexe, on observe des fonctions différentes; et, par conséquent, des propriétés différentes. Les différences que présentent sous ce rapport les âges, les sexes, les individus, se déduisent des mêmes causes. Tous les actes vitaux dépendent en définitive de l'organisation; on doit donc renoncer à l'expression de *propriétés vitales* pour la remplacer par celle bien plus exacte de *propriétés organiques.*

Mais qu'est-ce donc que la vie? D'après les physiologistes modernes, elle n'est que l'ensemble des fonctions; s'il en est ainsi, les fonctions ne pouvant précéder les organes, exister sans eux, la vie ne peut précéder l'organisation. Au contraire l'organisation est la condition nécessaire de la vie. Il ne peut y avoir vie là où il n'y a pas organisation. La vie n'est autre chose que la *disposition organique nécessaire au mouvement.* La vie n'est pas un être à part, comme le calorique ou l'électricité qui se surajoute à l'organisation; car elle n'est nulle part ailleurs que dans l'organisation, elle n'existe nulle part en dehors. Les organes sans la vie, sont des organes qui ont perdu la disposition nécessaire à leurs mouvements. Dès le premier instant de la conception l'embryon reçoit, avec l'*organisation*, la *nécessité* de son évolution ultérieure, comme le grain de blé ou le gland. L'horloge est alors montée; elle doit parcourir ses phases pendant plus ou moins de temps, suivant sa disposition *organique*, c'est-à-dire suivant l'arrangement de ses ressorts.

Objections.

Mais vous reconnaissez un *nisus formativus* ou *vis incita*, préexistant à l'organisation; car encore faut-il bien qu'il y ait une cause à cette organisation, quelle qu'elle soit? et s'il y a un *nisus formativus* que vous ne voyez pas plus que la vie, pourquoi ne pas admettre que, surajouté à l'organisation, ce principe est la cause de tous les phénomènes vitaux? — Sans doute l'univers n'étant qu'un effet, cet effet doit avoir une cause; mais cette cause n'est autre chose que l'horloger qui a construit l'horloge et en la montant lui a donné le pouvoir de parcourir ses phases successives, de marquer les heures, les minutes, les secondes, les époques de la lune, les mois de l'année, etc., tout cela pendant un temps plus ou moins long. Mais ce pouvoir n'est autre que celui qui résulte du mécanisme; ce n'est pas une propriété à part. C'est la machine montée; ce qui n'implique pas l'existence d'un être à part surajouté à cette machine.

Mais, objecte-t-on encore, la vie est autre chose que la matière en mouvement, puisqu'un grain de blé immobile est cependant doué de la vie; elle est autre chose que l'organisation, puisque l'on ne voit pas de différence entre le grain de blé bon à germer et celui qui ne l'est pas. Un gland, une graine quelconque sont dans le même cas. Il en est de même d'un œuf, et de plus, on n'aperçoit aucune différence entre un œuf fécondé et celui qui ne l'est pas. — Si le grain de blé, le gland, l'œuf, ne se meuvent pas, c'est qu'ils ne sont pas disposés pour se mouvoir; ils n'ont que les mouvements en rapport avec leur organisation. Si vous ne voyez aucune différence entre le grain de blé mort et le grain de blé vivant, entre l'œuf fécondé et celui qui ne l'est pas, c'est que vos moyens d'investigation et vos sens sont trop imparfaits; mais vous n'êtes pas autorisés à affirmer qu'il n'en existe pas, dites seulement que vous n'en trouvez pas.

Il existe, dit-on, des lésions fonctionnelles sans lésions organiques. Tous les jours la respiration, la circulation se trouvent lésées sans qu'il existe la moindre altération dans les poumons ou dans le cœur. Mais si l'on se souvient que nous avons admis des lésions passagères, fugitives, n'est-il pas évident que pour une lésion fonctionnelle passagère il ne faudra pas une lésion durable de l'organe! D'ailleurs la lésion de l'organe peut être consécutive de celle d'un autre organe, et l'innervation, il faut bien le dire, peut aussi produire des troubles fonctionnels; mais pour nous l'innervation est un phénomène organique. La fonction n'étant qu'un effet, peut-on concevoir quelque modification dans l'effet sans, qu'il en existe une dans la cause?

Il en est de même de toute espèce de désaccord apparent entre les symptômes et les lésions organiques; jamais il ne fera conclure que les fonctions ne dépendent pas des organes, qu'il existe autre chose dans l'organisme, mais seulement que tous les rapports de causalité ne nous sont pas connus.

Conséquences pratiques de l'admission des propriétés vitales. — Après avoir établi que les forces sont la cause de tous les phénomènes physiologiques, Bichat en tire la conséquence naturelle, inévitable, fatale, que les actes pathologiques en sont aussi l'effet. « L'histoire des phénomènes dans lesquels les forces vitales ont leur type naturel, dit-il, nous mène comme conséquence à celle des phénomènes où ces forces sont altérées. Toutes les maladies dépendent de l'altération des propriétés vitales..... Les végétaux n'ont que des fonctions relatives à leurs propriétés, *par la même raison* la liste de leurs maladies est moins nombreuse. Ils ont de moins toute la classe des maladies nerveuses où la *sensibilité animale* joue un si grand rôle. Ainsi ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas de cerveau ni de nerfs, mais parce qu'ils n'ont pas de *sensibilité* ou de *contractilité animales!* Dans l'état de maladie, tous les phénomènes qui supposent un trouble dans la circulation capillaire, les sécrétions, les absorptions, les exhalations, la nutrition, etc., dérivent évidemment d'une lésion de la *sensibilité organique* et de la *contractilité insensible.* Les convulsions, les spasmes, les paralysies, etc., sont dus à des augmentations et à des diminutions de la contractilité animale. La vérité incontestable de cette assertion nous mène à une conséquence non moins certaine *pour le traitement des maladies*, savoir que tout moyen curatif n'a pour but que de *ramener* les *propriétés vitales altérées au type qui leur est naturel.....* Les substances médicamenteuses ont aussi leur influence sur la contractilité animale. *Tout ce qui produit une vive excitation à l'extérieur*, comme les vésicatoires, les frottements divers, l'urtication, ranime cette propriété assoupie dans la paralysie! » Voilà la médecine où conduit l'admission des propriétés vitales!

Conséquences pratiques du rejet des propriétés vitales. — En considérant les phénomènes vitaux comme des effets de l'organisation et non comme le résultat de *propriétés* ou de *forces particulières*, la première conséquence, c'est de chercher dans l'organe qui en est chargé l'altération qui produit la lésion fonctionnelle. Ainsi lorsque le sentiment et le mouvement ont été lésés, on a cherché dans les organes qui en

---

possible la plus pure et la plus douce des vertus d'un bon chrétien, la charité, voilà, si j'en juge par moi-même, les intentions et les désirs du journaliste; et quand, au fond de sa conscience on trouve ces sentiments-là, il faut laisser s'écouler la colère et la calomnie avec aussi peu d'émotion que n'en éprouve la fleur sur laquelle un mollusque a laissé sa trace visqueuse. Une pluie bienfaisante dissipe demain toutes ces souillures en lui rendant son éclat et son parfum.

— Décidément vous tournez au bucolique, mon pauvre Jean Raimand; nous voulons les discours; les discours! Les discours!

— Mon Dieu! Ne criez pas si fort. Par qui faut-il commencer?

— Par M. Bousquet; puisque c'est son discours qui a ouvert la fête.

— M. Bousquet est un Gascon...

— Qu'est-ce à dire?

— Qu'il est né à Toulouse.

— (Un lecteur toulousain.) Monsieur! Toulouse n'a jamais été en Gascogne; c'est la capitale du Languedoc, plus poétiquement de l'Occitanie.

— Cela est vrai, cher tectosage, — car c'est ainsi que César appelait les habitants de Toulouse la savante. — Mais avouez, entre nous, que cette cité a quelques droits à l'épithète qui vous choque; tout y semble gascon. Voyez sa cathédrale! un chœur magnifique, un orgue superbe; mais de nef? point : gasconnade. Voyez son Capitole! façade majestueuse et imposante; franchissez le portique, rien, un placard véritable : gasconnade. Voyez son fleuve, large, bruyant, faisant semblant de vouloir tout emporter et détruire; mais, en véritable Gascon qu'il est, ce fleuve, plus bruyant que dangereux, la Garonne, s'il vous plaît, se laisse passer à gué en mille endroits divers : gasconnade.

— Mais quels rapports tout cela peut-il avoir avec les discours académiques? De grâce, revenez-y donc.

— Vous m'interrompez sans cesse, et vous vous impatientez? Je vous disais donc que M. Bousquet est Languedocien, et qu'en cette qualité, comme aussi en souvenir de la longue amitié qui l'unit à M. Double, il a été chargé de faire l'éloge du défunt académicien, qui était aussi Languedocien. Ma foi, sans gasconnade, j'ai trouvé que l'amitié avait fort bien inspiré M. Bousquet. C'est ainsi, je suppose, que Double eût désiré être loué, sagement, modérément, dignement. M. Bousquet a lu son discours avec modestie, ce qui tout d'abord lui a valu les sympathies de l'auditoire; il a été écouté avec faveur, parce qu'on y retrouvait simplicité et abandon, la correction et l'élégance académiques sans l'emphase et la boursouflure du genre. En un mot, son discours a réussi.

— Et vous vous faisiez prier pour nous apprendre d'aussi agréables choses? A M. Pariset maintenant.

— Bourdois de La Mothe dont l'éloquent secrétaire perpétuel a lu l'éloge, avait, de son vivant, deux grands motifs pour jouir d'une grande considération auprès de l'Académie. D'abord, il donnait d'excellents et de fréquents dîners; de plus, il avait à peu près promis de laisser une partie de sa fortune, qui était considérable, à l'Académie. Aussi, à la nouvelle de sa mort, ce que l'Académie ne fit ni pour Laënnec, ni pour Dupuytren, ni pour Broussais, l'Académie, en signe de deuil et de regrets, suspendit sa séance. L'Académie en fut un peu pour ses frais d'affliction; Bourdois avait oublié de faire son testament, et Bourdois, qui avait oublié aussi de se recommander au souvenir des hommes par des titres scientifiques et littéraires, se trouva, après sa mort, en face de toutes les reconnaissances, la plus fugitive et la plus fragile, la reconnaissance de l'estomac. Ajoutez que M. Pariset n'est pas gourmand, et vous verrez combien il a fallu de mérite pour entretenir l'auditoire pendant une demi-heure sur un tel sujet. M. Pariset a fait de son mieux pour déguiser la pauvreté de son thème. Il a parlé de la *thèse* du défunt, son œuvre unique; de ses manières distinguées et toutes imprégnées d'un parfum aristocratique; de son goût pour les arts, de ses augustes clients, les dames de France, le fils de l'empereur, le prince de Talleyrand; tout cela en fort bons termes assurément, de ce style abondant et coloré qu'on lui connaît, mais d'une voix sourde et comme chagrine, d'un ton qui semblait vouloir dire à la mémoire du défunt : Vous n'avez pas tenu votre promesse.

Somme toute, cette séance a laissé l'impression qu'a produite la salle; elle a été froide et triste; elle a manqué d'accent et de grandeur; elle n'a inspiré ni animation ni intérêt. Est-ce là tout ce que vous vouliez savoir? A mardi donc pour autre chose.

Jean RAIMOND.

Boîte aux lettres de Jean Raimond.

Je ne veux plus désormais que mon humble prose se trouve côte à côte avec les choses spirituelles et charmantes qui me sont adressées; j'ai trop à perdre à la comparaison, et d'ailleurs on pourrait m'accuser de butiner mon feuilleton. Je publierai donc séparément les lettres *insérables* que je trouverai dans ma boîte.

« Cher confrère,

» Je suis sûr que vous n'êtes pas de ceux qui voudraient abolir le grade de bachelier ès-lettres pour les candidats au doctorat. Je suis sûr que vous pensez, avec un grand nombre de vos confrères, qu'une éducation littéraire complète est indispensable au médecin. Je suis sûr encore que quand vous rencontrez un confrère à qui cette éducation fait défaut, vous en gémissez pour l'honneur et la dignité du corps. Je suis tellement convaincu de vos idées à cet égard que je vous demande la permission, pour vous corroborer dans vos opinions, de vous citer un petit fait qui pourra peut-être désillusionner quelques-uns de vos lecteurs sur les réformes actuellement sollicitées dans l'enseignement des études classiques à l'usage des aspirants au titre de docteur.

» Un médecin d'un grand théâtre est appelé par l'administration pour constater la maladie d'une actrice qui se dit atteinte d'une affection de l'utérus. Le médecin s'informe, et apprend que la malade reçoit les soins d'un confrère; il l'invite, en conséquence, à se faire délivrer un certificat qui constate la maladie. Cela fut fait, et voici le singulier certificat écrit par un docteur en médecine de la Faculté de Paris, et que je transcris sur l'original :

» Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir traité madame X.
» d'une hydropisie de matrice, dans laquelle je l'ai traitée sans désem-
» parer pendant huit mois, et je n'en suis pas encore sorti. »

» Le plaisant de l'affaire, si l'on pouvait plaisanter d'une ignorance littéraire aussi marquée, c'est que le confrère n'a pas vu que cette *hydropisie* devait durer neuf mois, en effet, et qu'il ne pouvait pas en être sorti au huitième.

» Agréez, etc., XX. »

NOUVELLES.

M. le docteur Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

Dix ans de service comme médecin de la marine, et de campagnes d'Alger, d'Espagne, douze ans de service comme officier de l'Université, la publication de plusieurs ouvrages qui lui ont valu des prix à l'Académie des sciences, titres tels à cette distinction, qu'on a lieu de s'étonner que M. Forget ne l'ait pas reçue depuis long-temps. Nouvelle preuve de cette vérité, que la faveur est prompte, et la justice tardive.

— Un honorable correspondant nous signale comme très faible le concours actuel pour l'agrégation auprès de la Faculté de médecine de Montpellier. Trois concurrents pour trois places, et nomination pour ainsi dire forcée. Si réellement, ce que nous ne sommes pas à même d'apprécier, ce concours est mauvais, le jury ferait mieux de ne pas nommer. Un trop grand laissez-aller nuirait à la Faculté elle-même, et tendrait à favoriser la migration déjà si marquée des élèves. Les Facultés de Montpellier et de Strasbourg ont besoin de bien des efforts pour n'être pas absorbées et pour résister au mauvais vouloir qui existe en *haut lieu* contre elles.

sont chargés la nature, le siége, l'étendue de la lésion qui produisait l'altération de ces fonctions, et on les a découverts. Dès lors une thérapeutique plus rationnelle, plus appropriée à la nature de chacune de ces maladies leur fut appliquée ; on cessa de galvaniser, tonifier, rubéfier tous les paralytiques, et l'on appliqua à chacun d'eux le traitement qui leur convenait. La médecine des symptômes disparut, les hémorrhagies, les hydropisies, les aménorrhées, les ictères, les asthmes, etc., furent rapportés à leur véritable cause, et les anti-hémorrhagiques, les hydragogues, les emménagogues, les anti-ictériques, etc., furent rayés de la matière médicale pour faire place à une médecine rationnelle, c'est-à-dire fondée sur le diagnostic des maladies.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Végétation carcinomateuse remplissant la capacité de la vessie. Hématurie. Mort. Autopsie.

Le 16 septembre 1843, Lemoine (Constant), boulanger, âgé de cinquante-huit ans, se présenta à la Charité. C'est un homme d'une constitution passable, qui s'est assez bien porté pendant toute sa vie. Il dit seulement avoir eu deux pleurésies, dont il ne lui est rien resté. A l'âge de dix-huit ans, il a contracté encore une blennorrhagie qu'il a conservée pendant un an sans y rien faire ; elle a guéri seule. Il nous assure n'avoir jamais eu d'autre maladie syphilitique.

Trois mois avant son entrée, il commença à uriner du sang ; il n'éprouva aucune douleur, ni dans la région lombaire, ni dans l'hypogastre ; le sang qu'il rendait était mélangé à l'urine. Souvent des caillots s'échappaient ; c'est même ainsi, d'après lui, qu'aurait débuté l'hématurie.

Il remarqua aussi que l'urine s'arrêtait par moment ; que le jet, plein d'abord, cessait tout à coup, mais seulement lorsqu'il avait presque fini d'uriner ; du reste, les dernières portions du liquide ne tardaient pas à recommencer à couler. Il dit n'avoir jamais éprouvé de symptômes généraux, ni fièvre, ni chaleur, ni soif, depuis le commencement de sa maladie.

Cependant, bien qu'il ne fût pas réellement malade, il sentait qu'il n'était pas complètement dans son état habituel. Depuis quelques mois, il y a des temps où il ne mange pas comme à l'ordinaire ; pourtant la défécation a lieu régulièrement à peu près chaque jour. Depuis une quinzaine, il a pris de la toux et de l'enrouement. Il nous a avoué qu'il avait l'habitude de s'enivrer quelquefois.

Aujourd'hui, 17 septembre, il ne souffre pas plus que depuis le commencement de sa maladie. La main, portée le long de la colonne vertébrale, et principalement dans la région lombaire, ne lui fait éprouver aucune douleur, même avec une forte pression. L'hypogastre ne paraît pas plus sensible ; le périnée est aussi indolent. Depuis quelques jours, il a un peu plus de difficultés pour uriner ; il lui faut faire des efforts assez grands, et assez souvent il ne peut parvenir à expulser son urine.

Il assure ne pas sentir de pesanteur dans le bassin. L'urine de cet homme est fortement chargée de sang ; elle est d'une coloration tellement intense, qu'on la prendrait presque pour du sang pur.

Le 20, rien n'est changé ; seulement il y a une diminution notable dans la coloration de l'urine.

Le 28, l'urine a repris ses premiers caractères. On administre les astringents. Décoction de ratanhia ; pilules d'alun et de ratanhia. On applique deux cautères sur les côtés de la colonne vertébrale, dans la région des reins.

Pendant les mois d'octobre, de novembre, aucune espèce de changement ne se manifeste dans l'état du malade.

Vers le mois de janvier, il sort deux jours de l'hôpital et rentre. On lui administre des préparations de seigle ergoté.

Au commencement du mois de mars, il se plaint d'une douleur assez vive dans l'hypochondre droit. M. Cruveilhier, qui a diagnostiqué la maladie de la vessie : *fongus, ou tumeur carcinomateuse de la vessie*, pense qu'il s'est développé des tumeurs de même nature dans le foie.

Vers le mois d'avril, bien qu'aucun symptôme ne semble prendre d'intensité, la face du malade s'altère, la peau devient d'un jaune pathognomonique de la cachexie cancéreuse. Il urine toutes les heures et toujours du sang.

Il succombe le lundi matin, 29 avril.

L'autopsie fut faite le mardi 30, vingt-huit heures après la mort ; le cas paraissant rare et curieux à M. Cruveilhier, il fit enlever les pièces anatomiques pour être préparées, et montrées, le soir, à son cours d'anatomie pathologique à la Faculté.

Nous devons à sa bienveillance l'autorisation de reproduire la description qu'il a donnée de ce fait intéressant.

La vessie renferme une tumeur rouge qui remplit toute sa capacité, et qui est du volume du poing, peut-être un peu plus. Cette tumeur naît de la partie postérieure de l'organe par une base d'un tissu franchement encéphaloïde.

Les parois de la vessie semblent plus épaisses qu'à l'état normal.

Il existe dans le foie deux tumeurs carcinomateuses, qui renferment un liquide semblable à la boue splénique.

Les reins présentent quelques traces de la maladie de Bright, cependant cela est assez mal déterminé. La substance corticale est un peu atrophiée, un peu jaune.

— Que pouvait faire la thérapeutique en face d'une telle maladie ? Evidemment on ne pouvait qu'administrer des palliatifs, car l'on était complètement impuissant contre la maladie elle-même.

Selon M. Cruveilhier, les astringents sont souvent, dans des cas analogues, une véritable ressource ; car l'on s'oppose pendant quelque temps, par leur action, à la fréquence des hémorrhagies, et l'on prolonge ainsi la vie du malade ; mais il faut se hâter d'ajouter qu'ils n'ont une efficacité réelle, comme M. Cruveilhier en possède quelques exemples, que dans les cas d'hématuries qui ne sont pas la conséquence d'un état organique.

Il y avait chez ce malade un écueil que M. Cruveilhier a évité avec soin.

Quelques-uns des symptômes éprouvés par cet homme pouvaient, jusqu'à un certain point, se rapporter à un calcul. Il était donc naturel de s'assurer d'abord que telle n'était pas la nature de la maladie avant d'essayer un traitement, c'est-à-dire avant de donner des soins qui pussent prolonger la vie du malade. La question du cathétérisme fut, en effet, agitée ; mais M. Cruveilhier, mis sur la voie de l'affection dont il s'agissait, ne voulut pas que ce moyen explorateur fût tenté.

Ce professeur a vu un malade d'une famille riche, un lieutenant-général, atteint d'une affection qu'il diagnostiqua fongus de la vessie. Il fut d'avis qu'on devait s'en tenir aux palliatifs. Mais les hommes spéciaux furent appelés. Avant de traiter le malade, ils voulurent naturellement savoir de quoi il s'agissait ; le cathétérisme fut pratiqué. Des hémorrhagies continuelles survinrent ; la vessie se remplit, se distendit, s'enflamma, et le malade succomba à une cystite. Peut-être, dit M. Cruveilhier, ce malade eût-il vécu encore quelques mois.

De ceci, il faut tirer cet enseignement : quand il y a lieu de penser que l'hématurie est la conséquence d'une tumeur carcinomateuse de la vessie, il faut se garder de sonder le malade, de crainte de provoquer des hémorrhagies qui accéléreront sa mort.

Il n'est pas sans intérêt non plus de parler de la douleur ressentie dans l'hypochondre, et des tumeurs carcinomateuses du foie que l'autopsie a révélées.

Quand cette douleur fut accusée par le malade, on aurait pu concevoir quelques doutes, être pris de quelque hésitation pour déterminer quelle pouvait en être la cause ; mais l'existence du fongus de la vessie, fortement soupçonnée déjà, jetait du jour sur la maladie du foie, et, à son tour, la maladie du foie venait confirmer le diagnostic de la maladie de la vessie.

Dans les derniers mois qui précédèrent la mort de ce malade, l'urine sembla présenter une quantité d'albumine plus considérable que ne l'indiquait la masse du sang dont elle était chargée ; elle fut analysée, et l'on trouva, dit-on, de l'albumine en excès, ce qui fit songer à une complication de la maladie de Bright. Cependant, M. Cruveilhier nous fit remarquer que l'analyse n'avait point ici sa valeur ordinaire à cause du sang mélangé, ce qui rendait très difficile à déterminer la quantité d'albumine appartenant à l'urine seule.

Les faits analogues à celui que nous rapportons, sans être tout à fait rares, ne se présentent cependant pas souvent à l'observation. Sœmering dit positivement n'avoir jamais observé le cancer de la vessie chez l'homme ; quand il l'a rencontré chez la femme, il se liait ordinairement à un cancer de l'utérus. Chopart rapporte un exemple de tumeur squirrheuse existant à l'embouchure de l'uretère gauche, le col de la vessie était sain. MM. Mercier, Civiale, Piédagnel ont observé des dégénérescences se rapprochant plus ou moins de celle que nous venons de faire connaître.

Le seul cas que nous ayons trouvé qui semble présenter avec le nôtre une parfaite ressemblance, est celui rapporté très brièvement par M. Bouillaud à propos du cancer de la vessie et des uretères. Il s'agit dans cette observation d'un bijoutier qui succomba en 1828 dans le service de M. Fouquier, à la Charité, et qui présentait un fongus cancéreux de la grosseur du poing, ressemblant à un chou-fleur et bouchant pour ainsi dire hermétiquement la cavité vésicale.

Si nous voulons résumer maintenant les indications thérapeutiques de ces sortes de cas, nous le pouvons en quatre mots : *ne pas nuire, soulager.* D[r] PAJOT.

Nouvel appareil pour le traitement des fractures du corps et du col du fémur et de la rotule; par M. BAUDENS. (Académie des sciences du 29 avril.)

J'ai l'honneur d'informer l'Académie des sciences que, depuis le jour, quinze mois environ, où je lui ai fait connaître le nouvel appareil que j'ai imaginé pour le traitement des fractures du corps et du col du fémur, j'ai eu l'occasion de faire fonctionner plusieurs fois cet appareil à l'hôpital militaire de perfectionnement, au Val-de-Grâce, et que dans tous les cas je suis parvenu à obtenir la guérison sans raccourcissement notable et sans déviation.

Cet appareil, on se le rappelle, consiste dans une boîte longue et étroite à ciel ouvert percée de trous sur ses côtés et à son extrémité digitale.

Des liens fixés à la plante du pied, et sur les côtés du genou à l'aide de tours de bandes rendus solides par un épais vernis de gomme arabique, servent à opérer l'extension. La contre-extension s'obtient à l'aide d'un anneau de peau de daim rembouré de crin, engagé à la racine du membre, et prenant son point d'appui sur la branche ascendante du pubis. A cet anneau est attaché un lien qui, réfléchi sur le rebord pelvien de la boîte, descend à la face postérieure de son plancher pour être fixé avec les liens de l'extension. La coaptation a lieu à l'aide de bouts de bandes dont le plein est appliqué sur la portion du membre où le chirurgien veut faire effort, et dont les chefs vont s'attacher dans les trous pratiqués sur les côtés de la boîte.

La position du membre doit être légèrement fléchie.

Deux malades sont encore en ce moment à l'hôpital du Val-de-Grâce, et j'ose émettre le vœu que MM. les commissaires désignés pour apprécier la valeur de mon appareil, veuillent bien les examiner.

J'ai imaginé également un appareil pour les fractures en travers de la rotule. On sait que les fragmens sont ici difficiles à maintenir en contact, à tel point que l'on prétend qu'il n'y a point de guérison possible sans substance intermédiaire. De là une foule d'appareils plus ou moins ingénieux pour parer à l'imperfection des moyens actuellement encore en usage.

Mon appareil représente une boîte à ciel ouvert comme celle que j'emploie pour la fracture du fémur, mais cette boîte est ouverte aussi à ses deux extrémités pour donner place au membre ; elle ne dépasse pas le milieu de la jambe, ni la partie moyenne de la cuisse. Le membre doit être placé sur un plan fortement incliné, le talon étant élevé. Il suffit, pour rapprocher les fragments et les tenir en contact, de remplacer les doigts qui ont opéré leur rapprochement par des bouts de bande dont la partie moyenne est placée au-dessus du fragment supérieur d'une part, au-dessous du fragment inférieur d'autre part, et dont les chefs viennent se fixer obliquement dans les trous dont les côtés de la boîte sont percés.

Ce moyen, d'une simplicité extrême, en n'agissant que sur les fragments a l'avantage de ne pas exercer de compression circulaire sur le membre, de laisser libre l'espace poplité et d'être gradué à volonté. La compression est bien supportée, opère avec précision, et permet la réunion des fragments, ainsi que l'on peut s'en convaincre sur l'un des malades en traitement au Val-de-Grâce.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mai 1844. — Présidence de M. DUPIN.

M. le docteur Sturner, professeur à St-Pétersbourg, adresse une note sur le propagation de la peste dans la guerre de Turquie, en 1828, 1829 et 1830. Il semble, dit l'auteur, que la peste est endémique dans l'Orient, où elle paraît tantôt sporadique ou endémique, que la cause de cette endémicité est encore inconnue, et qu'il y a des conditions atmosphériques, météorologiques, qui provoquent les cas sporadiques et servent à développer une épidémie. Les médecins attachés à la guerre d'Orient se rangeaient en deux catégories ; les uns n'admettaient pas la contagion d'une manière absolue, faisant dériver la peste de quelques causes intérieures, de l'air, du miasme, etc., les autres admettaient une contagion fixe, existant depuis une époque indéterminée, se propageant par les individus, les effets, etc. La peste, dans la guerre russe, ainsi que le typhus et le choléra, n'avait aucune similitude avec les maladies qui se propagent par une contagion immédiate ou virulente.

— *M. le docteur Fourcault* lit un mémoire sur les causes de l'albuminurie. Influence des enduits imperméables appliqués sur la peau ou sur la surface qu'elle recouvre, dans la production de cette affection. Voici les conclusions de ce travail :

1° La peau n'est qu'un organe excréteur, et les produits de la transpiration ne sont pas formés dans son tissu ;

2° L'animal conserve long-temps sa température propre lorsque sa peau est enlevée. L'albuminurie n'est pas le résultat de cette opération.

3° Lorsqu'on supprime entièrement la perspiration cutanée, on voit se développer cinq ordres de phénomènes : A. une altération profonde du sang ; B. une diminution considérable de la température ; C. des supersécrétions et des épanchements de diverse nature ; D. des lésions locales ; E. une altération dans la composition de l'urine, et enfin l'albuminurie ;

4° Les mêmes phénomènes, et surtout le dernier, se reproduisent lorsqu'après avoir enlevé la peau d'un animal soit partiellement, soit en totalité, on applique les enduits sur la surface même qu'elle recouvre ;

5° L'asphyxie cutanée est le résultat de la suspension complète de la transpiration. Elle peut amener la mort de l'homme comme celle des animaux supérieurs. Par l'effet de cette suppression, le sang acquiert au maximum les propriétés réfrigérantes et stupéfiantes du sang veineux ;

6° Lorsque cette suppression est partielle ou incomplète, elle produit les phénomènes généraux que l'on observe dans les fièvres et dans les inflammations.

— *M. Tanchou* adresse une note sur le cancer.

Le nombre des cancers, dit-il, augmente d'année en année. En Angleterre, M. Faar en signale 2,448 pour l'année 1838 ; 2,691 pour celle de 1839. A Berlin, en 1826, on avait déjà fait les mêmes remarques. Sur les registres du département de la Seine, on trouve, qu'en 1830, 668 personnes ont succombé au cancer, c'est-à-dire, 1,96 sur les décès, et en 1840, 889 personnes, c'est-à-dire, 2,40 p. 0|0. — La cause de cette maladie paraît être la civilisation. Ce qui tend à le prouver, c'est qu'elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes ; c'est qu'elle est presque inconnue en Amérique et en Afrique. En Egypte, on la trouve chez les femmes turques, et nullement chez les fellahs. A Paris (ville) il y en a eu 2,54 sur les décès ; dans les environs, seulement 1,63 p. 0|0.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. Avril 1844.

De l'opium et spécialement de l'acétate de morphine appliqués au traitement du catarrhe pulmonaire, surtout chronique; par M. le professeur FORGET.

Ce travail est le développement des propositions suivantes :

La bronchite *initiale* bornée à l'enrouement, à la toux, à la douleur sous-sternale, sans fièvre ni oppression, est fréquemment enrayée, enlevée par l'administration de l'opium à dose modérée ; mais les occasions d'appliquer ce moyen s'offrent rarement aux praticiens. — Dans la bronchite *aiguë*, confirmée, avec fièvre, toux, oppression, crachats muqueux, l'opium échoue le plus souvent, et ne peut guère être employé que comme palliatif d'une douleur vive et d'une toux opiniâtre. — Dans la bronchite au *déclin*, et surtout à l'état *chronique*, lorsque la fièvre est nulle ou légère, la toux quinteuse, et la respiration assez libre, l'opium produit les résultats les plus salutaires. — Lorsqu'il existe oppression, crachats abondants et visqueux, sans toux ni douleurs intenses, l'opium cesse d'être indiqué et peut même aggraver les symptômes en s'opposant à l'expulsion des crachats. — L'opium est un remède essentiellement palliatif de la bronchite chronique ; mais souvent il parvient à la guérir en supprimant les éléments toux, douleur et sécrétion, qui sont à la fois effet et cause de la bronchite. — Lorsque l'opium ne suffit pas pour guérir la maladie, il favorise puissamment l'action des moyens directement curatifs, soit en détruisant certains éléments de la maladie, soit en complétant l'œuvre des antiphlogistiques, soit enfin en neutralisant l'action stimulante de la plupart des remèdes dits altérants, résolutifs, etc. — L'opium convient peu aux personnes sanguines, pléthoriques, obèses ; il convient spécialement aux personnes d'un tempérament sec, irritable, *nerveux*. Il produit de bons effets chez les enfants ; mais il réclame beaucoup de prudence et de ménagements ; il en est de même pour les vieillards. — Il est des idiosyncrasies qui se refusent absolument à l'emploi de l'opium, soit qu'il occasionne des accidents, soit qu'il ne produise aucun effet favorable. — De tous les sédatifs usités contre le catarrhe, l'opium est incomparablement le plus sûr et le plus efficace. — Parmi les préparations de l'opium, il en est qui méritent la préférence ; tels sont les sels de morphine ; la dose et le mode d'administration comportent

des conditions essentielles à observer. — Le sirop d'acétate de morphine, à la dose d'une cuillerée à café, délayée dans un peu d'eau et prise le soir en se couchant, nous paraît le mode préférable dans la majorité des cas.

Du traitement employé à l'hôpital Saint-Louis pour combattre les accidents secondaires de la syphitis; par M. A. DEVERGIE.

C'est à l'hôpital Saint-Louis que l'on observe le plus d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, et les formes variées de maladies de peau qu'ils revêtent, constituent la classe d'affections que l'on connaît généralement sous le nom de syphilides. Or, dans ces sortes de cas, le traitement que M. Devergie met en usage presque toujours ayant été couronné de succès, il croit devoir le faire connaître.

Il consiste dans une association de l'iodure de potassium, du sublimé et des sudorifiques, médicaments auxquels il joint, dans certaines circonstances, les préparations ferrugineuses, telles que les pilules de Vollet et l'eau de Passy, suivant la constitution du malade et sa force. Dans quelques cas même, il n'hésite pas à administrer quelques décigrammes d'extrait de quinquina par jour, pour relever les forces du malade.

Les accidents que M. Devergie est à même de traiter remontent souvent à deux, quatre, six ou huit ans. Les malades ont subi des traitements divers, et en général incomplets ; ou bien ils arrivent épuisés par des médications énergiques, et dans lesquelles cependant il n'entre pas de mercure. Les uns ont été entre les mains de nos charlatans qui placardent les murs, les autres ont fait abus des sudorifiques, de la tisane de Feltz ou de celle de Zittemann.

Lorsque les malades ont fait un traitement mercuriel complet, c'est-à-dire d'une durée suffisante, avec une préparation mercurielle active, et dans des conditions hygiéniques convenables, M. Devergie ne revient pas à l'usage du mercure ; il a recours à l'iodure de potassium, dont il ne dépasse jamais la dose d'un gramme, ou, au maximum, celle de quinze décigrammes par jour; mais ces cas sont extrêmement rares. Voici, au surplus, la marche qu'il adopte le plus généralement.

1° Il a toujours recours à un traitement interne; aussi, à l'exception des cas de *rupia*, dont il fait tomber les croûtes au moyen de cataplasmes, les bains médicinaux et les applications locales sont généralement exclus du traitement.

2° Lorsqu'après six ou sept semaines de traitement il voit encore persister quelques symptômes morbides, comme cela a lieu dans les affections tuberculeuses à forme cancroïde, alors il s'adresse à des caustiques et de préférence au nitrate acide de mercure cristallisé, dissous dans l'eau. Il suffit alors de deux ou trois cautérisations pour opérer la guérison de ces phénomènes morbides. C'est surtout dans les tubercules muqueux des lèvres, de la langue et des joues, avec production cornée d'un blanc mat, qu'il applique cet agent.

3° Il n'hésite pas à prolonger pendant deux et même trois mois l'usage du mercure.

4° Il en proportionne la dose à l'âge et à la force du sujet, et en général il ne fait jamais prendre plus de 12 milligrammes de sublimé par jour.

5° Il associe constamment le sublimé à l'opium.

Voici, au surplus, le traitement mis en usage. Tous les jours un litre de tisane sudorifique. Dans le verre du matin d'abord, puis plus tard dans celui du matin et dans celui du soir, une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Eau,	500 grammes.
Iodure de potassium,	8 grammes.

Chaque cuillerée contient ainsi 25 centigrammes d'iodure ; le maximum de la dose est une cuillerée le matin, une cuillerée à midi et une le soir.

Pendant les huit premiers jours une des pilules suivantes, prises le matin à jeun.

Extrait de gaïac,	20 centigrammes.
Extrait aqueux d'opium,	12 milligrammes.
Sublimé,	6 milligrammes.

Ce sont les pilules de Dupuytren, avec diminution de la quantité d'opium et de sublimé.

Les jours suivants le malade prend une pilule le matin et une le soir. Il n'a pour nourriture que la demie d'aliments ; il est à l'usage du lait au lieu de vin ; il prend un bain simple par semaine.

Réflexions sur l'emploi des antimoniaux dans la pneumonie, et sur la préférence que l'on doit donner a l'oxyde blanc d'antimoine sur le tartre stibié dans cette maladie ; par M. GALLIAY, D.-M., à Tarbes.

De ce travail on peut tirer cette conclusion, qui ne sera peut-être pas généralement acceptée, que dans le traitement de la pneumonie aiguë qui exige les préparations antimoniales, il faut donner la préférence à l'oxyde blanc d'antimoine bien préparé sur l'émétique à haute dose sous peine d'accidents graves et même de la mort ; et qu'on ne doit se permettre l'administration de l'émétique que dans les cas rares où on n'aurait pas à sa disposition de l'acide antimonique.

L'auteur a toujours prescrit ce médicament à la dose de 1 gramme, et progressivement jusqu'à 8, selon les individualités et l'intensité de la maladie, dans 150 grammes d'un looch ordinaire ou d'une potion gommeuse par cuilleré à bouche, d'heure en heure.

Considérations pratiques sur les bubons et leur traitement; par M. REYNAUD.

Si on résume les différents modes de traitement suivis par l'auteur selon les diverses périodes du bubon, on voit que, dans tous les cas, quelle qu'en soit la nature, il faut dès le début, et si les caractères inflammatoires sont francs, chercher à obtenir la résolution par l'emploi des divers antiphlogistiques, et pour M. Reynaud les sangsues méritent la préférence. Quand le bubon est à l'état de suppuration, le vésicatoire et la solution caustique sont les seuls moyens qui lui aient procuré jusqu'à ce jour les plus heureux résultats. A l'état d'induration, il emploie les diverses pommades résolutives, quelques emplâtres fondants, et si ces premiers moyens ne réussissent pas, il prescrit, suivant les cas, ou le vésicatoire, ou bien et plus souvent les briques chaudes du docteur Henrotay.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Application de l'huile de naphte au traitement de la phthisie pulmonaire.

Des médecins anglais, et notamment M. le docteur Hastings dans l'ouvrage qu'il a publié sur la phthisie, recommandent l'emploi de l'huile de naphte contre les tubercules tant à l'état de crudité, qu'à l'état de ramollissement.

On commence par donner dix gouttes de cette substance, trois fois par jour, et on augmente peu à peu les doses jusqu'à soixante gouttes et plus par chaque prise. Toutefois il est bon de faire observer qu'à ces dernières doses, le médicament porte facilement à la tête.

Le premier effet salutaire de ce médicament est de supprimer les sueurs nocturnes et la diarrhée; puis l'état général s'améliore, et le corps reprend de l'embonpoint.

Dans un cas rapporté par M. le docteur Wilson, cette huile fut administrée sans interruption pendant sept mois (du mois de mars au mois d'octobre). Au bout de huit semaines environ on put constater une amélioration dans l'état des poumons eux-mêmes. En effet, la percussion, pratiquée sur le point correspondant à la partie la plus malade des poumons, permit de reconnaître une plus grande sonoréité qu'auparavant, et par l'auscultation on perçut le bruit respiratoire plus libre que par le passé et presque revenu à l'état normal. La toux était entièrement disparue, et le malade déclara que sa santé était meilleure qu'elle n'avait jamais été. (*The Lancet.*)

Pommade d'ipécacuanha; par M. le docteur HANNAY, de Glasgow.

Pr.	Poudre d'ipécacuanha,	8 grammes.
	Huile d'olives,	8
	Axonge,	15

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Le mode d'application de cette pommade consiste à l'employer en frictions : on pratique dans le courant de la journée trois ou quatre de ces frictions, que l'on prolonge pendant quinze à vingt minutes, sur la partie malade ; après quoi on recouvre d'un morceau de flanelle toute la surface frictionnée.

Cette pommade détermine dans l'espace de trente-six heures, et souvent même plus promptement encore, le développement de petites papules et de petites vésicules d'une forme et d'une étendue irrégulières, qui plus tard se transforment en pustules et deviennent confluentes : elles donnent lieu à des démangeaisons, mais non à de véritables douleurs, et elles se maintiennent pendant trois jours dans un état de parfait développement, puis elles se dessèchent sans jamais suppurer; aussi ne laissent-elles point non plus de cicatrices.

Chez les sujets irritables et d'une constitution délicate, ces frictions peuvent être employées pour produire une irritation salutaire de la peau, et M. Hannay dit qu'il y a eu recours avec un avantage marqué dans les convulsions et les affections hydrocéphaliques des enfants. Ce praticien rapporte aussi qu'il s'en est servi avec un égal succès pour combattre l'inflammation chronique de l'articulation du genou. (*The Edimb. med. and surg. Journ.*)

Nouveau sparadrap d'opium.

Pour préparer ce sparadrap, qui offre au thérapeutiste un médicament d'un effet beaucoup plus sûr que les compositions dans lesquelles le principe actif est associé à un corps gras, on étend sur une planchette, au moyen de petits clous, du taffetas noir serré et épais.

Ensuite, au moyen d'un pinceau, on étend sur ce taffetas trois couches successives d'extrait gommeux d'opium auquel on a ajouté un sixième en poids de poudre très ténue de gomme arabique, et de l'eau en quantité suffisante pour donner au mélange la consistance d'un sirop très cuit.

Lorsque la troisième couche a été appliquée et qu'elle est bien sèche, on détache la pièce de taffetas ainsi préparée, et on la dépose dans un lieu où elle puisse être conservée à l'abri des atteintes de l'humidité.

Il n'est pas douteux qu'on peut préparer avec un égal avantage, suivant les indications qui se présentent, des taffetas médicamenteux avec les extraits de certaines plantes douées d'une grande activité, telles, par exemple, que la belladone, le stramoine, le tabac, la ciguë, l'aconit, la digitale, etc. (*Journ. des Conn. méd.*)

— M. Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine, commencera un cours public de médecine opératoire, jeudi 9 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre, n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours à la même heure, les mercredis exceptés.

— *Hôpital Saint Louis.* — Cours sur les maladies de la peau. — M. Gibert ouvrira son cours d'été le mardi 14 mai, à neuf heures, et le continuera le mardi de chaque semaine. (La visite des salles à huit heures et demie.)

— M. Ch. Place, secrétaire-général de la Société phrénologique de Paris, commencera son Cours de phrénologie, mercredi 8 mai, à trois heures et demie précises, dans l'amphithéâtre de l'Athénée royal, rue de Valois, 2. Les cartes se délivrent au secrétariat, rue Ste-Anne, 17. MM. les étudiants seront admis sur la présentation de leurs cartes d'école.

— L'empereur du Brésil, pour célébrer l'anniversaire de son couronnement, a décrété la fondation d'un grand hospice consacré à l'aliénation mentale, à Rio-Janeiro. Dans la même circonstance, la reine d'Angleterre a habillé à ses frais les sept cents facteurs de la poste de Londres.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 9 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 54. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 8 MAI 1844.

Après la consécration littéraire, la nouvelle salle de l'Académie de médecine devait récevoir la consécration scientifique. Cette dernière inauguration n'a pas été cependant tout à fait intrinsèque à l'Académie. Nous ne pouvons regarder comme tel un rapport de M. Villeneuve sur l'emploi des sudorifiques dans le traitement du rhumatisme, ni les quelques paroles, fort sages du reste, échangées entre MM. Martin-Solon et Rochoux. Le traitement du rhumatisme sera longtemps encore une pierre d'achoppement, et ce sujet a besoin d'être traité avec plus d'ampleur pour que quelques lumières en jaillissent. Les honorables membres qui en ont dit quelques mots dans cette séance sont assurément aptes à le traiter avec toute l'étendue désirable.

L'inauguration véritable a été faite par un candidat à la place vacante, par M. Vidal (de Cassis), qui a lu un mémoire étendu et plein d'intérêt sur la cure radicale du varicocèle, par un procédé qui lui est propre. Nos lecteurs en trouveront la description dans le compte-rendu de la séance.

Mais M. Vidal ne pouvait toucher à ce sujet en le circonscrivant absolument dans les étroites limites d'une question de médecine opératoire. Il a cru devoir l'entourer de considérations sur la pathologie même de cette affection, et bien lui a réussi; car il a été écouté avec une faveur marquée. On sait que, pour d'excellents esprits, le varicocèle constitue plutôt une infirmité qu'une maladie véritable, qui ne réclame d'autres secours que des palliatifs. M. Vidal a combattu cette doctrine. Le varicocèle cause parfois de cruelles douleurs. Il a opéré un homme qui avait vainement tenté la cure radicale par les procédés de M. Breschet et de M. Ricord. Il n'y a que de vives douleurs ou de cruelles angoisses, dit-il, qui puissent forcer un homme à lutter ainsi contre les récidives et à faire l'essai de trois chirurgiens et de trois méthodes.

Le varicocèle peut avoir des influences plus graves; il peut déterminer l'impuissance par la compression continue que les veines dilatées exercent sur le testicule. C'est là quelquefois un malheur de famille qui doit puissamment influencer les déterminations du chirurgien.

Examinant la question sous un autre point de vue, M. Vidal a exposé que, comme toutes les maladies chroniques des organes génitaux, le varicocèle a de fâcheuses influences sur le moral des malades. Un pareil état répand sur la vie un ennui, une amertume qui la rendent à charge; aussi, dit M. Vidal, les idées de suicide ne sont-elles pas extrêmement rares chez ces malades. Et, chose singulière, ce n'est pas toujours la connaissance du varicocèle qui conduit les malades à l'hypochondrie. Il peut arriver que l'esprit souffre dans l'ignorance complète d'un mal physique. M. Vidal a donné des soins à un artiste distingué qui avait des idées très mélancoliques; il fit la découverte, chez lui, d'un varicocèle peu volumineux dont l'artiste ignorait l'existence et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit et changea complètement son caractère. M. Vidal a fait voir aussi dans quel état d'hébétude intellectuelle et d'affaiblissement physique la présence d'un varicocèle jetait quelquefois les malades. Voilà donc une autre source d'indications pour l'opération.

Le varicocèle étant un cas d'exemption et de réforme, peut nuire à une véritable vocation militaire. Autre raison d'opérer dans ces cas là.

M. Vidal a démontré ensuite que l'opération est le plus souvent suivie de succès, qu'elle ne présente aucune gravité, et que sur plus de mille cas recueillis dans toutes les cliniques chirurgicales et dans sa pratique propre, c'est à peine si l'on peut citer deux revers, explicables d'ailleurs par des circonstances étrangères à l'opération comme méthode.

Nous regrettons d'être obligés de borner là cette sorte d'analyse de ce travail remarquable présenté à l'appui d'une candidature qui pouvait s'étayer déjà sur des titres aussi solides que nombreux.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Cal vicieux de l'extrémité supérieure de l'humérus. Opération de résection.

Au n° 12 de la salle St-Jean, est couché un jeune homme âgé de dix-neuf ans, doué d'un tempérament lymphatique, et jouissant d'ailleurs d'une assez bonne santé. Dans le courant du mois de décembre dernier, ce jeune homme fit une chute d'un troisième étage, et se fractura l'humérus du côté gauche en deux endroits, à la partie moyenne et au col chirurgical. Un appareil fut appliqué. La fracture de la partie moyenne se consolida parfaitement; mais il n'en fut pas de même de l'autre. Soit qu'elle n'eût pas été reconnue, soit que l'appareil ne remplît pas bien les indications, ce qui est le plus probable, il resta, à la suite du traitement, une difformité considérable qui devait bientôt forcer le blessé à réclamer les soins de la chirurgie.

A son entrée dans l'hôpital voici ce qu'on observa :

Le fragment inférieur de la fracture était attiré à la fois en dedans par l'action des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, et en haut par le faisceau claviculaire du grand pectoral et les muscles qui vont de l'épaule au bras et à l'avant-bras, en sorte que l'extrémité supérieure de ce fragment faisait une saillie très forte en dedans de la partie supérieure du bras; saillie qui avait peu à peu aminci les téguments et commençait déjà à les ulcérer. Quant au fragment supérieur, obéissant à l'action des muscles sus et sous-épineux, il était entraîné de telle sorte que son extrémité inférieure se dirigeait en dehors et en avant. C'est là, du moins, l'explication que les auteurs admettent pour rendre compte du déplacement des fragments. Mais, suivant M. Blandin, les muscles sus et sous épineux ne possèdent pas une action aussi puissante que celle qui leur a été attribuée; car leur point d'insertion ayant lieu sur le fragment supérieur, tout près du point d'appui de ce fragment, il en résulte que le levier de la puissance est très court, et partant peu favorable à l'action de cette même puissance. Le déplacement du fragment supérieur serait donc plutôt apparent que réel, et l'illusion proviendrait de ce que l'extrémité supérieure du fragment inférieur est entraînée fortement en dedans par les muscles qui s'y attachent et qui ont une force d'autant plus grande que leur mode d'insertion a lieu dans les conditions les plus favorables à leur action.

Chez notre malade, le membre blessé présentait un raccourcissement d'au moins cinq centimètres. Ainsi les deux fragments chevauchaient l'un sur l'autre, l'inférieur en dedans du supérieur. Du reste, il n'existait pas de douleur, et les mouvements volontaires ou communiqués s'exécutaient assez bien. Notons pourtant que les fragments paraissaient se mouvoir indépendamment l'un de l'autre, et que tout le monde crut à l'existence d'une pseudarthrose.

Persuadé qu'il existait une fausse articulation, convaincu d'ailleurs de la nécessité de faire disparaître cette saillie qui existait à la partie supérieure et externe du bras, et qui, en ulcérant la peau, devait laisser le malade exposé à des accidents continuels si on n'y portait remède, le chirurgien se demanda quelle était l'opération applicable en pareil cas?

Et d'abord, en supposant qu'il n'y eût qu'une pseudarthrose, on avait à choisir entre un grand nombre de moyens qui sont tous plus ou moins propres à favoriser ou à déterminer la formation du cal.

Ainsi, les anciens, et Celse en particulier, ont conseillé de saisir les fragments et de frotter leurs surfaces l'une contre l'autre pour y exciter un travail inflammatoire. Mais ce moyen n'était guère possible dans le cas présent, puisqu'il existait un chevauchement et que le frottement n'aurait pu s'exercer que sur les parties latérales des fragments et non sur leurs surfaces.

On a proposé d'entourer le membre avec un appareil contentif, et de lui faire exécuter ensuite des mouvements répétés, toujours dans le but d'exciter un travail inflammatoire.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté le repos du membre et l'emploi simultané d'un appareil inamovible.

Percy et Physik, de Philadelphie, ont eu recours au séton passé entre les deux fragments. Ce moyen a été suivi, en effet, de quelques succès. Il n'y a pas long-temps encore que M. Feron a vu, à l'hôpital Saint-Louis, un individu qui avait présenté une fracture non consolidée de l'humérus, et que M. Jobert avait guéri parfaitement par l'emploi du séton.

La cautérisaaion a eu aussi ses partisans. On la pratique, soit médiatement, en cautérisant d'abord les parties molles environnant la pseudarthrose, soit immédiatement, en faisant une incision et portant le caustique sur les extrémités du fragment. C'est là un procédé qui présente plusieurs inconvénients graves, et qui trouvera sans doute peu d'imitateurs.

Plusieurs chirurgiens ont eu recours à la rugination des fragments; mais pour que cette opération pût être suivie de succès chez notre sujet, il faudrait qu'on pût ensuite assurer le contact des surfaces rugineuses, ce qui serait impossible, puisque les fragments chevauchent, et qu'ils sont maintenus dans cette vicieuse position par des adhérences difficiles à détacher. Les mêmes objections sont d'ailleurs applicables aux procédés indiqués plus haut.

Reste donc la résection des fragments. Cette opération entraîne ordinairement une suppuration plus ou moins abondante, plus ou moins longue, et peut être suivie d'accidents graves. Cependant, tout bien examiné, M. Blandin pensa

FEUILLETON.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN PRUSSE ET DANS LES ÉTATS SECONDAIRES DE LA CONFÉDÉRATION GERMANIQUE ;

Par M. le docteur HOEFER.

M. le docteur Hoefer a été chargé par M. le ministre de l'instruction publique, par un arrêté en date du 28 août 1843, d'une mission scientifique à l'effet de recueillir des documents sur l'organisation de l'enseignement et de la pratique de la médecine dans les principaux états de l'Allemagne.

Les documents qu'il a recueillis dans son voyage, dont la durée a été de quatre mois, sont nombreux et divers; il a cru indispensable de les diviser en plusieurs classes et de les exposer dans un ordre méthodique.

« La première classe, dit l'auteur, comprend les documents qui concernent les médecins fonctionnaires publics, institution à laquelle je ne connais rien d'analogue en France.

» La seconde classe se compose des documents relatifs au plan, à la durée des études, ainsi qu'aux examens et aux divers modes d'épreuves adoptés dans les Facultés de médecine allemandes.

» Enfin, la troisième classe de documents fera connaître les différents degrés de praticiens tant dans l'ordre civil que dans l'ordre militaire, les devoirs qui leur sont imposés et les conditions auxquelles ils obtiennent le droit d'exercer l'art de guérir.

» La Prusse sert, pour ainsi dire, de modèle aux états secondaires de la Confédération germanique. Il faut toutefois excepter la Bavière, qui semble, par ses tendances, établir un antagonisme prononcé entre l'Allemagne du midi et l'Allemagne du nord. Il suffira donc, pour avoir un cadre à peu près complet, d'exposer d'abord l'état de l'enseignement et de la pratique de la médecine en Prusse et en Bavière, et de signaler ensuite les points essentiels par lesquels les royaumes de Saxe, de Würtemberg, de Hanovre, les duchés de Saxe, le grand-duché de Bade, la Hesse électorale et la Hesse grand-ducale, pourraient s'écarter du système prussien ou du système bavarois.

ORGANISATION MÉDICALE EN PRUSSE.

On a publié de nombreux écrits pour et contre l'organisation médicale telle qu'elle est établie dans le royaume de Prusse. Sans discuter le mérite des diverses opinions émises à ce sujet par des hommes d'une autorité incontestable, j'aurai l'honneur, monsieur le ministre, de vous exposer cette organisation telle qu'elle est actuellement en vigueur.

I. *Des médecins fonctionnaires publics.*

Comme l'institution des médecins fonctionnaires publics, véritable *hiérarchie médicale,* caractérise profondément l'organisation médicale allemande et la distingue complètement, sous ce rapport, du système français, je demanderai à Votre Excellence la permission d'y insister d'une manière toute spéciale.

Il est adjoint au ministère de l'instruction publique et des cultes un *conseil médical supérieur (wissenschaftliche Deputation,* députation scientifique), qui, comme autorité consultative, est à la tête de la direction des affaires médicales dans tout le royaume. C'est devant un comité choisi par le conseil médical supérieur qu'a lieu l'examen d'état ou *Staats-examen* qui seul confère le droit de pratique.

Ce conseil, dont tous les membres, excepté le président et le secrétaire, sont médecins, n'est pas une institution récente. Etabli sous le nom de *collegium medicum* par Frédéric-Guillaume, électeur de Brandebourg, il existe, avec quelques modifications, depuis 1685. Ce *collegium medicum* était, dès son origine, chargé d'accorder aux médecins, aux chirurgiens, aux accoucheurs et aux pharmaciens l'autorisation de pratiquer leur art, après qu'ils avaient satisfait aux garanties prescrites par les règlements. Dans les débats soulevés entre les médecins et les malades, il rendait des arrêts qui avaient la valeur de sentences judiciaires. En 1724, il fut créé un collége médical dans chaque province, et celui de Berlin reçut le nom de *collége médical suprême (Ober-collegium medicum).* Aux termes de l'ordonnance de 1724, le *collége medical suprême* de Berlin avait pour président un ministre d'Etat, pour membres les médecins de la cour, les plus anciens praticiens de Berlin, et deux membres adjoints (*assesseurs*) pour la chirurgie et la pharmacie. En 1808, la direction des affaires médicales rentra dans les attributions du ministère de l'intérieur (ordonnance du 16 décembre 1808). L'année suivante (ordonnance du 13 décembre 1809), le *collége médical suprême* fut dissous; et en 1810, il fut créé, dans le ministère de l'intérieur, une section médicale réunie à la section de police générale. Enfin, après bien des oscillations occasionnées, en grande partie, par des événements politiques et des crises financières, parurent les ordonnances organiques du 30 avril et du 12 novembre 1815, et plus tard le rescrit du 23 octobre 1817.

Ce sont ces ordonnances qui régissent actuellement la hiérarchie des médecins fonctionnaires. Elles portent qu'il y aura, dans le chef-lieu de chaque province, un collége médical (*Medicinal collegium*), présidé par le gouverneur de la province, ou, en son absence, par le premier conseiller du collége médical.

Le *collége médical provincial* se compose de six membres : deux médecins, un chirurgien, un accoucheur, un pharmacien et un vétérinaire. Ce n'est point là une autorité administrative. Ses fonctions consistent à donner au gouvernement provincial des avis ou conseils sur des objets de médecine légale et de police médicale, à surveiller les établissements médicaux et la révision des tarifs pharmaceutiques, à se constituer en comité d'examen pour l'admission des praticiens d'un ordre inférieur. Ce collége a encore dans ses attributions, l'appréciation des cas douteux de médecine légale, la ratification des certificats de médecins, la prescription des mesures sanitaires dans les épidémies ou épizooties, et l'analyse des eaux minérales. Enfin les colléges médicaux des provinces doivent adresser au conseil médical supérieur de Berlin des rapports périodiques sur l'ensemble des affaires de leur ressort.

qu'elle était la seule convenable à son malade. Elle seule devait permettre d'assurer le contact des fragments. Mais la question était de savoir s'il fallait réséquer à la fois le fragment supérieur et l'inférieur. M. Blandin, considérant que la petitesse du premier en rendrait la résection extrêmement difficile, annonça qu'il se contenterait de détruire avec le bistouri les produits fibro-celluleux organisés autour de son extrémité, tandis qu'au contraire il réséquerait le fragment inférieur.

La résection décidée, une question nouvelle se présentait. Au milieu de tous les procédés opératoires indiqués par les auteurs pour découvrir la tête de l'humérus, quel choix fallait-il faire?

White se contentait de faire une simple incision longitudinale étendue de l'acromion à quatre ou cinq pouces plus bas vers l'insertion deltoïdienne. Mais cette manière de faire est peu rationnelle; car les lèvres de la plaie ne s'écartent pas assez pour permettre à l'opérateur de manœuvrer avec facilité.

Bent modifia le procédé de White en faisant tomber sur le sommet de l'incision verticale une autre incision longitudinale, de manière à donner naissance à deux lambeaux triangulaires, l'un antérieur, l'autre postérieur. De cette manière, l'articulation était largement découverte et la manœuvre plus facile.

Sabatier faisait à la partie supérieure et antérieure du bras deux incisions longues chacune de cinq ou six travers de doigt, écartées d'un pouce au plus à leur partie supérieure, et rapprochées à leur partie inférieure de manière à présenter un V majuscule. Il extirpait ensuite le lambeau du tégument et du muscle deltoïde circonscrit par ces incisions.

Moreau a proposé deux incisions verticales parallèles, partant, l'une de l'apophyse coracoïde, et l'autre de l'extrémité postérieure du bord inférieur de l'apophyse acromion, et réunies par une incision transversale passant immédiatement au-dessous de cette dernière apophyse. Il en résulte un lambeau quadrilatère à base inférieure.

Manne fait aussi un lambeau quadrilatère, mais au lieu de lui donner une base inférieure, comme Moreau, il lui donne une base supérieure. Il suffit alors de relever le lambeau pour mettre à nu l'extrémité supérieure de l'humérus.

Parmi ces procédés, qui ne sont pas les seuls, car il en existe encore un grand nombre que je ne puis mentionner ici, M. Blandin choisit celui de Manne comme offrant le plus de facilités à l'opérateur, permettant une réapplication plus facile du lambeau, et laissant aussi une voie plus facile à la suppuration.

L'opération fut pratiquée le 23 février. Voici quelle était la composition de l'appareil instrumental. On avait préparé: 1° des bistouris; 2° des ciseaux; 3° des pinces de Liston; 4° une scie ordinaire et la scie à molettes de M. Martin. M. Blandin n'est pas grand partisan de la scie à chaîne, ou scie de Jeffray, parce que le mouvement de cet instrument ébranle trop les parties, et que d'ailleurs on est obligé de le nettoyer à chaque instant, quand on s'en sert, pour enlever les parcelles d'os qui se logent dans ses dentelures et empêchent tout à fait son action. 5° Une sonde à résection. C'est un instrument imaginé par M. Blandin. C'est tout simplement une sonde cannelée recourbée à sa petite extrémité, et montée à charnière sur un manche par l'extrémité opposée. Cet instrument facilite singulièrement les résections en permettant l'emploi de la scie ordinaire, dont l'action est bien plus prompte que celle de la scie à chaîne. En effet, supposez que vous ayez à faire la résection de l'extrémité inférieure du fémur: après avoir mis l'os à découvert, vous glisserez votre sonde à résection au-dessous de lui, de manière à l'embrasser par la concavité de l'instrument; vous ferez ensuite exécuter à celui ci un mouvement de rotation sur son axe, de telle sorte que sa concavité, qui tout à l'heure était tournée en avant et embrassait le fémur, soit, au contraire, tournée en arrière pour embrasser les parties molles postérieures et les repousser aussi loin de l'os que cela est possible. Après cela, vous pourrez facilement scier l'os avec la scie ordinaire sans craindre de léser les chairs, puisque vous agirez au niveau même de la sonde à résection (1). 6° Une gouge et un maillet de plomb; 7° des pinces à dissection et à ligature; 8° des aiguilles à ligature.

M. Blandin, après avoir fait, suivant le procédé de Manne, l'incision des parties molles qui recouvrent l'extrémité supérieure de l'humérus, disséqua le lambeau et le fit ensuite relever supérieurement et maintenir par un aide. L'artère circonflexe postérieure, qui avait été coupée et donnait du sang, fut liée immédiatement. Arrivé sur l'endroit fracturé, le chirurgien l'examina pour s'assurer de la disposition des fragments et constater la manière dont ils se mouvaient l'un sur l'autre. Mais il fut bien étonné de reconnaître que ces deux fragments, dont le chevauchement avait d'ailleurs été constaté, comme nous l'avons dit plus haut, étaient unis latéralement par un cal vicieux, et qu'il n'y avait pas de fausse articulation, contre l'opinion de tous ceux qui avaient examiné le malade. En effet, en imprimant des mouvements à la partie inférieure du bras, on voyait de suite un mouvement se transmettre à la tête de l'humérus. Assurément c'était là une circonstance heureuse pour le malade, puisqu'elle venait le soustraire à la plupart des dangers de l'opération qui avait été résolue. Cependant, la résection de l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui ulcérait la peau en dedans du bras, était toujours indiquée, et M. Blandin y procéda de suite. Cette extrémité était libre d'ailleurs de toute adhérence avec le fragment supérieur dans l'étendue de deux centimètres environ, et elle présentait une pointe très acérée. On essaya d'abord de réséquer cette extrémité avec la pince incisive de Liston; mais cela ayant été impossible, on eut recours aussitôt à l'emploi de la scie à molette de M. Martin, avec laquelle on eut bientôt fait de détacher complétement le morceau d'os. Les angles de la plaie osseuse furent ensuite arrondis avec des ciseaux.

L'opération était alors à peu près terminée; il ne restait plus qu'à faire le pansement. Le lambeau de partie molle fut rabattu pour recouvrir la plaie; on appliqua ensuite des points de suture entrecoupés, et enfin un linge cératé, de la charpie fine, des compresses et une bande pour contenir le tout. Avant l'opération, M. Blandin avait préparé une espèce de brassard au moyen d'un appareil dextriné qu'il avait fait dessécher sur le bras d'un homme de son service. Cet appareil devait assurer le contact et l'immobilité des fragments chez l'opéré; mais la réunion de ces fragments avait rendu son emploi impossible, en sorte qu'on négligea de s'en servir.

Malgré l'étendue de la plaie, dans les jours qui suivirent la résection, le malade ne présenta rien de particulier. La fièvre traumatique ne fut pas bien vive; en un mot, tout se passa dans l'ordre le plus régulier et le plus satisfaisant. Seulement, quand on enleva les points de suture, la lymphe plastique qui agglutinait les lèvres à la plaie commença à subir un allongement qui devint bientôt considérable, et auquel on se vit forcé de mettre obstacle à l'aide de bandelettes agglutinatives. Depuis lors, les lèvres de la plaie se rapprochèrent peu à peu, la cicatrisation se fit avec rapidité, et au bout d'un mois elle était complétement terminé. Cependant, à cette époque, le malade commença à éprouver un peu de douleur au niveau de l'os réséqué, et la cicatrice se rompit en deux ou trois points pour donner issue à un peu de suppuration. Pour empêcher l'inflammation d'augmenter, le chirurgien fit appliquer, pendant huit jours environ, des cataplasmes émollients; la suppuration se tarit, les fistules se fermèrent, et aujourd'hui la guérison paraît complète.

D. F.

(1) M. Blandin a encore imaginé des pinces d'une forme qui ressemble assez à celle d'un davier. Ces pinces sont destinées à saisir le fragment d'os disséqué, et sont très utiles pour le diriger en sens divers quand on veut le détacher des parties molles.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Du cancer de la vulve.

L'affection cancéreuse peut attaquer les organes génitaux externes, comme elle attaque la plupart des tissus de l'économie et tous les organes, soit dans leur ensemble, soit dans les parties qui les constituent. Le mode suivant lequel elle se développe peut varier également, ainsi que la marche qu'elle suit, et sa rapidité. Le cancer peut se développer d'emblée dans l'épaisseur des grandes lèvres ou des nymphes. Assez souvent il débute par la peau de ces parties. Cependant, on peut dire que dans la grande majorité des cas, le cancer de la valvule se développe dans l'épaisseur de la membrane muqueuse qui revêt la surface interne de ces parties.

Le cancer de la vulve peut être de deux natures, ou encéphaloïde, ou squirrheux. Nous devons dire, avant d'aller plus loin, que le cancer encéphaloïde est évidemment moins commun que l'autre. Ces cancers commencent donc par les parties externes; puis l'on voit survenir partout des tubercules cancéreux, sur la peau des parties voisines d'abord, puis sur celle des parties plus éloignées; on les voit apparaître d'abord dans la région des aines et sur les cuisses, puis sur les jambes, le dos, etc. Lorsque l'affection a duré pendant un temps assez long, et qu'elle a pris un grand développement en étendue et en intensité, il n'est pas rare de la voir envahir le canal de l'urètre, et alors des accidents d'une nature particulière se manifestent. Il y a incontinence d'urine; c'est là le symptôme le plus fréquent.

Dans d'autres circonstances, l'affection continue à remonter de bas en haut, et de l'extérieur à l'intérieur; elle détruit peu à peu la cloison recto-vaginale, et dans ces cas fâcheux, le vagin et le rectum confondus ensemble ne forment plus qu'une vaste cavité, dont l'étendue varie suivant celle des désordres qu'a produits l'affection cancéreuse. Nous avons dans nos salles un exemple bien remarquable de la maladie dont nous vous entretenons, et dont nous donnerons plus tard une description détaillée. Nous possédons également une pièce d'anatomie pathologique, dans laquelle le rectum a été détruit dans sa portion recto-vaginale, dans une étendue de huit à neuf centimètres; cette solution de continuité a été faite avec tant de netteté et de régularité, qu'elle semble véritablement avoir été faite à l'aide de l'instrument tranchant.

C'est ici le cas de vous soumettre une réflexion essentiellement pratique et relative à la marche que vous devez suivre dans le traitement du cancer de la vulve. Aussitôt qu'une femme vient vous consulter pour une affection squirrheuse commençante de la vulve, surtout s'il y a des douleurs lancinantes, si la malade, quand on pratique le toucher, pousse des cris et accuse une douleur violente déterminée par la pression du doigt sur les points malades, aussitôt, disons-nous, qu'une femme vient vous consulter en pareille circonstance, nous vous conseillons de l'enlever le plus promptement possible, et avant que l'affection, si l'on peut encore s'y opposer, de locale soit devenue générale, ou ait acquis une telle étendue qu'il soit impossible de pratiquer aucune opération.

Comment doit-on procéder à cette opération? Il est facile de comprendre que le mode opératoire devra varier suivant les circonstances et suivant les degrés de développement du cancer. Si le cancer siége sur le bord inférieur de l'une des grandes lèvres, la base de la nymphe du même côté étant saine, voici comment vous devrez procéder.

Vous commencerez par passer à travers la base de la tumeur, de dehors en dedans, des aiguilles enfilées à quelque distance les unes des autres. Les aiguilles devront être munies de fils doubles. Ceci étant fait, vous dédoublez les fils, et saisissant la tumeur soit avec les doigts, soit avec des pinces, vous retranchez à l'aide du bistouri toute la masse carcinomateuse. Ce n'est pas sans dessein que je vous recommande de ne point oublier de passer des fils à travers la base de la tumeur. Il est nécessaire dans les cas de cancer de ce genre, de pratiquer et de chercher à obtenir une réunion immédiate; ces fils vous faciliteront.

Souvent les opérations qui ont pour but d'enlever les tumeurs cancéreuses sont suivies d'hémorrhagies; le propre des affections de cette nature est de développer les vaisseaux sanguins des parties malades, et l'on est fréquemment obligé d'appliquer les caustiques pour arrêter les hémorrhagies. Lorsque l'on a pris la précaution que je vous ai indiquée, et que l'on a placé un certain nombre de fils (ils doivent être séparés les uns des autres par un espace de 1 centimètre environ), une fois la tumeur enlevée, il ne vous reste plus qu'à nouer les fils, et vous obtenez une réunion par première intention et presque linéaire. Il n'est pas besoin de vous dire qu'avant de réunir les lèvres de la plaie, vous devrez lier les artères d'un calibre assez volumineux pour faire redouter des hémorrhagies abondantes.

Quand le cancer a pris une telle extension que l'on ne peut plus l'opérer, lorsque la partie inférieure du vagin est tout à fait envahie, la science chirurgicale devient tout à fait impuissante. Lorsque l'affection est limitée à la partie inférieure du vagin, il peut quelquefois y avoir indication d'extirper la tumeur même en enlevant toute cette partie inférieure du vagin. Quelle est, en effet, la conséquence de l'affection dont nous nous occupons? C'est inévitablement la mort du sujet qui en est atteint, et la mort très rapide. Or, en face d'une aussi terrible maladie, une fistule recto-vaginale n'est rien, malgré sa gravité. Les désordres produits par l'opération sont bien peu de chose, comparés à ceux que détermine le cancer abandonné à lui-même, comparés au cloaque formé par la réunion des deux cavités du rectum et du vagin. Lorsque le rectum et la vessie sont complétement envahis, il faut se garder d'opérer; ou l'opération tuerait votre malade, ou la maladie récidiverait avant que la plaie fût guérie. Il faut donc se résigner à voir sous ses yeux, spectateur impuissant, se développer et grandir cette affection à laquelle il n'est point de remède.

Fistules de la vulve et du vagin.

Nous diviserons en deux paragraphes le sujet que nous allons traiter. Le premier sera consacré aux fistules de la vulve, le second aux fistules du vagin.

Fistules de la vulve. — Comme la plupart des autres espè-

Au collége médical de chaque province sont subordonnés les *conseillers médicaux* (*Medicinalraethe*) de district ou gouvernement. Il y a autant de conseillers médicaux que la province a de districts. Ce sont là les organes subalternes immédiats du collége médical; ils résident dans les chefs-lieux des districts, comme les membres du collége médical dans le chef-lieu de la province. (Ordre du cabinet du 3 nov. 1817.)

Les médecins et les chirurgiens inspecteurs de canton (*Kreisphysici* et *Kreiswundaerzte*) occupent le premier échelon de la hiérarchie des médecins fonctionnaires. Ils sont particulièrement chargés d'une surveillance active sur tous les praticiens du canton, et doivent se rendre aux ordres de l'autorité judiciaire dans les cas de médecine légale.

La hiérarchie des médecins fonctionnaires repose donc en Prusse, comme du reste dans tous les autres Etats de l'Allemagne, sur la division politique du pays en provinces, en districts et en cantons. Le tableau suivant servira à résumer ce que je viens de dire.

Conseil médical supérieur (*Wissenschaftliche Deputation*), adjoint au ministère de l'instruction publique et des cultes.

Colléges médicaux (*Provincial-medicinal-Collegium*); en nombre égal à celui des provinces.

Conseillers médicaux ou médecins inspecteurs des districts (*Medicinalraethe*); en nombre égal à celui des districts dans lesquels la province est divisée (1).

Médecins et chirurgiens inspecteurs de canton (*Kreisphysici et Kreiswundaerzte*); en nombre égal à celui des cantons dans lesquels le district est divisé (1).

Tout ce personnel est salarié par l'Etat. Le traitement varie non-seulement selon le rang, mais encore selon l'ancienneté des fonctionnaires. Entre les médecins inspecteurs de canton, qui touchent environ 1,200 à 1,500 fr., et les membres du conseil médical supérieur, qui reçoivent 10,000 à 12,000 fr. d'appointements, se trouvent placés, dans l'ordre hiérarchique, les médecins inspecteurs de district et les membres des colléges médicaux, qui ont aussi un traitement proportionnel.

Ces places ne sont point données au concours. Seulement, pour entrer dans cette carrière et pouvoir prétendre aux fonctions de médecin inspecteur de canton, il faut avoir subi un examen spécial prescrit par le réglement dont il sera question plus bas.

Les médecins fonctionnaires publics sont parfaitement distincts du corps enseignant des facultés. Les facultés confèrent les grades académiques; l'Etat seul, représenté par le comité du *Staatsexamen*, accorde le droit de pratique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Chaque province est divisée en trois ou quatre districts ou gouvernements (*Regierungen*).

(1) Chaque district ou gouvernement se compose de quinze à vingt-cinq cantons ou cercles (*Kreise*).

NOUVELLES.

Ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur, MM. les docteurs Ducros jeune, Guersant fils, Nonat, et Jules Pellelan.

M. Caizergues, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, a été promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

ces de fistules, les fistules de la vulve peuvent être complètes ou incomplètes. Elles sont complètes, lorsqu'elles ont deux ouvertures et un trajet plus ou moins étendu ; incomplètes, lorsqu'elles n'ont qu'une ouverture. Nous devons établir, après ces deux divisions, des subdivisions importantes. Les fistules complètes sont de différente nature, et nous allons examiner tour à tour ses diverses variétés.

La fistule est dite recto-vulvaire, lorsqu'elle présente son ouverture supérieure dans le rectum, et que l'ouverture inférieure s'est faite vers le périnée, près d'une des grandes lèvres, des nymphes ou du clitoris, ou bien encore vers la partie interne de l'ischion, sur le pli génito-crural.

Elle est dite vagino-vulvaire, quand elle a son extrémité ou son ouverture supérieure dans le vagin, et son ouverture inférieure dans un des points indiqués ci-dessus ; enfin, elle peut être vagino-périnéale, et s'ouvrir au périnée, près de la tubérosité de l'ischion, etc.

Les fistules incomplètes, qui sont également de plusieurs espèces, sont divisées en borgnes internes et borgnes externes, selon que l'ouverture du trajet fistuleux qui se termine en cul-de-sac est située à l'extérieur ou à l'intérieur.

Voici quel est le mécanisme de la formation de ces fistules. Il peut arriver qu'un abcès se forme autour du vagin, entre les parois du rectum et celles du vagin. Cet abcès gagne de proche en proche, finit par détruire la paroi vaginale, et par faire irruption dans le vagin, où il s'ouvre. Une fois ouvert, le foyer, au lieu de se fermer, reste béant, et une fistule existe. Un kyste peut se comporter de la même manière, et donner lieu à la même lésion.

Pour les fistules borgnes, le même mode de production s'observe. Un abcès se forme dans le voisinage du vagin, et sans communiquer avec l'intérieur de ce canal membraneux, vient s'ouvrir à l'extérieur, près de l'ouverture du vagin, près des grandes ou des petites lèvres ; une fois l'abcès vidé, l'ouverture ne s'en ferme point et voilà une fistule borgne externe. Un stylet introduit par l'ouverture vulvaire, arrive jusqu'à la muqueuse du vagin, mais ne pénètre pas plus avant. C'est par le même mécanisme, mais en sens inverse, que se produit la fistule borgne interne.

Quelles sont les causes qui produisent les trajets fistuleux ? Je vous les ai fait pressentir, et vous les comprenez sans que j'aie besoin de m'y appesantir. Ce sont des abcès, des kystes, des plaies occasionnées par une chute sur un corps solide terminé par une pointe acérée, irrégulière le plus souvent. L'anatomie pathologique de ces fistules varie beaucoup. Disons cependant ce qu'elles ont de commun.

Presque toutes sont tapissées par une pseudo-membrane muqueuse qui, soit naturelle, soit artificielle, s'oppose au recollement des parties. Sur un point de la vulve, point dont la position peut varier, comme nous l'avons dit plus haut, on remarque une ouverture plus ou moins large, quelquefois saillante, et pour nous servir d'une comparaison vulgaire, mais juste et expressive, semblable à un cul de poule. Une fongosité rouge-vermeil sort par cette ouverture et en masque souvent l'entrée. D'autres fois, c'est un trou plus ou moins étendu par lequel sortent, soit du pus en nature, soit des mucosités pures, soit enfin du pus sanguinolent. Ces ouvertures peuvent, par accident, s'oblitérer momentanément. Alors, pendant un certain espace de temps, il n'y a pas de traces de leur existence. Seulement, et pour tout signe extérieur, on voit une partie légèrement renflée et saillante, douloureuse au toucher. Cette partie est tellement distendue que peu après elle s'ouvre de nouveau. Le stylet explorateur introduit de nouveau, aboutit à un de ces abcès terminés en cul-de-sac et ne pénètre ni dans le vagin ni dans le rectum. C'est encore là une fistule borgne.

Quels sont les moyens thérapeutiques à mettre en usage pour remédier à cette infirmité ? En général, on peut dire que leur pronostic est peu sérieux, et que l'art en triomphe assez facilement dans le plus grand nombre des cas. Sous ce rapport les fistules de la vulve diffèrent essentiellement des fistules du vagin, dont la guérison est souvent des plus difficiles, et dans lesquelles on voit souvent les opérations les mieux faites suivies d'insuccès.

Nous commencerons par combattre les fistules vulvaires par de simples lotions détersives et des injections de même nature, le repos, les émollients, etc. Si ces moyens sont insuffisants et inefficaces, et qu'aucune amélioration ne suive leur emploi, vous passerez aux injections stimulantes, composées de décoction de quinquina, de bistorte, de vin aromatique, ou d'une légère solution de nitrate d'argent en quantité non cautérisante. Le but que l'on cherche à produire par les injections de ce sel, est simplement de modifier la vitalité des tissus et par suite de provoquer leur adhésion. Si cette modification n'amène pas la guérison, vous pouvez avoir recours à une compression plus ou moins exacte avec des tampons de charpie dans le vagin, tampons dont l'effet est de comprimer les parois de la fistule de dedans en dehors.

A la compression interne vous pouvez joindre une compression externe exercée à l'aide de compresses graduées. Si ces moyens sont également insuffisants vous recourrez aux caustiques solides ; le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent fondu sont les deux substances que l'on emploie le plus fréquemment. Si l'ouverture du trajet fistuleux est trop étroite, on doit l'agrandir avec l'instrument tranchant et en barbouiller l'intérieur avec la substance caustique. Souvent vous verrez cette cautérisation légère, ordinairement indolente, amener la détersion et la cicatrisation du trajet fistuleux.

Lorsque la cautérisation n'a pas non plus réussi, on l'a quelquefois déterminée avec le nitrate acide liquide de mercure. On pourrait la faire également avec un acide affaibli ; mais il est d'observation que le nitrate acide de mercure réussit mieux. Voici ce qui arrive ordinairement. Le trajet fistuleux se trouve cautérisé dans toute son étendue et dans toute son épaisseur ; à la cautérisation succède une inflammation locale intense qui dure assez long-temps, resserre et rapproche les parois de la fistule, et en oblitère la cavité. Les matières ne peuvent plus par conséquent parcourir ce trajet fistuleux ; il se développe sur la fausse membrane muqueuse des bourgeons charnus et le canal s'oblitère définitivement et complétement ; la cicatrisation est tout à fait opérée.

Quand les fistules sont recto-vulvaires, le cas est plus grave, et pour plusieurs raisons. Ici le trajet fistuleux est entretenu d'une part par le passage continuel des mucosités stimulantes et mélangées de matières fécales provenant du rectum. Ces mucosités sont ordinairement assez abondantes, et entretiennent dans toute la longueur du trajet protecteur une irritation permanente. Puis des gaz intestinaux s'échappent continuellement par ce canal, lorsque les mucosités ou les matières fécales ténues ne le remplissent pas. Toutes ces causes dont l'existence continuelle empêche la cicatrisation du trajet fistuleux, se réunissent pour rendre beaucoup plus grave la fistule recto-vulvaire.

Cette infirmité réclame un procédé opératoire différent de celui à l'aide duquel on remédie aux fistules dont nous avons parlé plus haut. On est obligé de pratiquer l'incision du trajet fistuleux dans toute sa longueur, procédé analogue, on le voit, à celui que l'on emploie quand on a affaire à une fistule à l'anus ordinaire. On a été souvent assez heureux pour voir la totalité du trajet fistuleux incisé se cicatriser de son ouververture interne à son ouverture extérieure. Nous disons le plus souvent, mais cependant point dans tous les cas, car il arrive quelquefois que l'on n'obtient pas un résultat aussi avantageux. Dans d'autres circonstances, si l'ouverture n'est pas complétement oblitérée, du moins on obtient une cooptation assez étroite et un rétrécissement assez considérable du trajet pour que les mucosités et même les gaz ne puissent plus sortir, si ce n'est pendant les efforts violents de la défécation, et alors la guérison, bien qu'incomplète, est suffisante pour que la malade soit à l'abri des incommodités dégoûtantes de la fistule, hors les moments de la défécation. Il se forme comme un nouveau sphincter artificiel, et une extrême propreté suffit à la malade.

Bien qu'assez graves en elles-mêmes, comme nous venons de vous le démontrer par la description succincte que nous en avons faite devant vous, les fistules vulvaires peuvent être considérées comme peu sérieuses et sous le rapport de leurs résultats immédiats, et relativement à la facilité avec laquelle le plus souvent on en obtient la guérison, si on les compare aux fistules vaginales dont nous nous occuperons dans une prochaine séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mai 1844. — Vice-présidence de M. Caventou.

M. le président lit le discours qu'il a fait au roi, à l'occasion du 1er mai, et fait connaître la réponse de S. M.

— *M. Paul Dubois*, chargé par l'Académie avec M. Baffos d'aller visiter M. Ferrus, annonce que cet honorable académicien a été atteint d'une affection très douloureuse, mais sans gravité, et que son état est en voie d'amélioration.

— *M. Villeneuve* lit un rapport relatif à des observations sur l'emploi des sudorifiques dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Le nom de l'auteur n'est pas arrivé jusqu'à nous.

Les observations rapportées dans ce travail ne paraissent au rapporteur ni assez nombreuses, ni assez concluantes, ni assez complètes pour que l'Académie doive donner son approbation à ce mémoire. Il propose simplement d'adresser des remercîments à l'auteur.

M. Martin-Solon. J'appuie ces conclusions. Il est certain que le rhumatisme constitue une maladie dont le traitement n'est pas encore fixé. Il est certain aussi que les saignées coup sur coup ne guérissent pas aussi fréquemment qu'on le dit. D'un autre côté vous savez que le sulfate de quinine a eu ses succès, que le nitrate de potasse revendique aussi les siens, l'opium de même. Tout cela est à revoir. Le traitement préconisé par l'auteur de ce mémoire n'est certes pas nouveau. D'ailleurs la poudre de Dower, employée dans ces observations, est un médicament si composé, qu'on ne sait à quels éléments attribuer le succès, si succès il y a. Est-ce à l'opium, à l'ipécacuanha, au nitrate de potasse ? Remarquez que les malades n'ont guéri qu'au dix-huitième ou trente-sixième jour ; c'est la marche ordinaire de la maladie. Ces observations ne prouvent donc rien.

M. Rochoux. Je partage cet avis, et pour empêcher de nouvelles confusions à cet égard, je crois devoir faire une observation bien simple : c'est que le rhumatisme n'est pas une maladie une. Il faut distinguer le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire, qui ne doivent pas être traités par les mêmes moyens.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Villeneuve* saisit cette occasion pour lire une note sur la composition de la poudre de Dower. La faiblesse de la voix de l'orateur ne laisse rien arriver jusqu'à nous de cette communication.

— *M. Vidal* (de Cassis) lit un mémoire intitulé : De la cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique.

Ce travail est composé de trois parties principales :

1° Pathologie du varicocèle. Cette partie est surtout traitée au point de vue du degré de gravité de la maladie.

2° Médecine opératoire du varicocèle. Dans cette seconde partie, il est question d'abord de l'innocuité des procédés opératoires modernes, puis de l'efficacité de la nouvelle opération que l'auteur propose.

3° Dans cette dernière partie, il rapporte quelques faits de guérison de varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique.

I. *Description du procédé de l'auteur.* — Une aiguille droite, forte et terminée en fer de lance, est taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe. Un fil d'argent très faible du diamètre d'une grosse épingle et dont on a replié le bout, est vissé sur cette aiguille. L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent ; celui-ci est rejeté en dedans et en arrière du côté de la cloison des bourses et de la racine de la verge. Les vaisseaux variqueux sont saisis et serrés en un seul cordon, par le pouce et l'index de la main gauche. Ces vaisseaux se trouvent dès lors dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé et qu'ils bornent en arrière. L'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille. Celle-ci entre du côté de l'index et sort du côté du pouce. Elle entraîne le fil d'argent. Une anse de ce fil est en conséquence passée derrière les veines variqueuses. Les deux bouts du fil sortent ainsi par les deux ouvertures du scrotum qui se trouvent à une distance d'environ deux pouces l'une de l'autre. Entre ces deux ouvertures est placée le globe d'une petite bande. C'est sur cette espèce de coussinet que le fil est noué. Au dessous de ce nœud on passe la sonde cannelée, qui représente le bâtonnet de l'ancien compresseur des artères, et on le fait tourner comme lui.

Il est facile de comprendre toute la simplicité de cette manœuvre. Si une constriction trop forte amenait de trop vives douleurs ou suscitait une inflammation intense, il suffirait de faire exécuter au bâtonnet un tour en sens opposé aux tours qui ont serré le fil *et vice versa*. On pourrait aussi, si l'inflammation avait une tendance à devenir phlegmoneuse, enlever le coussinet et appliquer des topiques émollients. Dès que l'ordre se serait rétabli, on remettrait la compresse sous le nœud et on appliquerait la sonde cannelée, comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais hâtons-nous d'ajouter que presque toujours il faut serrer l'appareil, au lieu de le desserrer. Tous les trois jours on tourne la petite tige en fer dans le sens de la constriction, laquelle est ainsi graduellement augmentée, *sans que pour serrer on soit obligé de relâcher momentanément le fil*, comme cela est nécessaire dans les autres procédés de ligature.

Le quinzième jour, tout peut être coupé par le fil qu'on trouve complétement sous-cutané ou qui a déjà attaqué la peau elle-même. Pour avoir la complète certitude de ne laisser échapper aucune veine, on peut couper le pont de peau avec un bistouri comme le faisait M. Reynaud, ou bien laisser le fil qui opère la même section. Le plus souvent je n'attends pas, et j'opère la division de la peau que j'épargnais autrefois.

Ce procédé n'est autre chose que la ligature en masse des anciens, qui pourrait aussi, à la rigueur, passer pour une ligature sous-cutanée. On comprend facilement que l'opération que je viens de décrire est d'une innocuité bien plus réelle encore que celle de M. Breschet. C'est un simple fil d'argent qui traverse les bourses, sans que rien de ce qu'elles contiennent soit mis en contact avec l'air. Or, ce fil peut donner lieu à une inflammation bien vive, laquelle d'ailleurs n'arriverait qu'après la formation dans les veines des caillots. Ne voulant faire qu'une ligature médiate en masse, on s'éloigne des veines, et on n'est pas exposé à les traverser et à les entamer avant leur oblitération, comme cela peut arriver et est sans doute arrivé aux ligatures qui ont la prétention d'être très immédiates. Après mon opération, il y a un engorgement au niveau de la ligature ; c'est un noyau aussi volumineux que le testicule. Il disparaît d'ailleurs, en partie, au huitième jour de l'enlèvement du fil ; seulement, sur les vaisseaux mêmes, reste un petit nœud qui persiste davantage.

Ce procédé est de tous le plus simple, le plus facile. C'est celui surtout qui résout le plus péremptoirement la question de l'innocuité : les faits de ma pratique particulière, ceux recueillis dans mon service à l'hôpital du Midi ne laissent aucun doute à cet égard. Peut-être ce procédé ne fait-il pas éviter d'une manière plus sûre la récidive que le procédé de M. Breschet ; car il se borne à intercepter la circulation veineuse sur un point du cordon spermatique et sur une partie de la peau du scrotum, afin de favoriser la formation de caillots oblitérants, et, comme conséquence désirable, la transformation des veines en cordons pleins. Mais il est probable que plus d'une fois, quel que soit le procédé de ligature mis en usage, le sang parcourt de nouveau les veines liées ; ou bien, alors, elles n'ont pas été complétement oblitérées, ou bien il y a eu rétablissement de leur cavité, dû à l'absorption plus ou moins complète des caillots. Ces circonstances me déterminèrent à lier les veines à deux hauteurs différentes. J'ai donc souvent appliqué deux ligatures : une supérieure, et au voisinage de la racine de la verge, l'autre près du testicule. Je ne serrais d'abord que la ligature supérieure, l'autre devenait alors une ligature d'attente que j'étreignais plus tard. Cette double ligature laisse bien moins de chances à la récidive. Mais on peut encore l'observer, malgré l'interception du sang sur deux points des veines à deux hauteurs différentes. En effet, ces veines conservant une longueur exagérée, permettent encore au testicule de rester à l'état de prolapsus ; ce qui est une cause de récidive des plus puissantes.

J'ai donc conçu et exécuté le projet, non-seulement d'oblitérer, de diviser les veines du cordon spermatique à plusieurs hauteurs différentes, mais encore de raccourcir le cordon spermatique pour produire une véritable ascension du testicule, et cela par une simple opération bien simple, par une seule ligature. Pour remplir cette double indication, j'enroule les veines du cordon autour de deux fils d'argent, comme le câble est enroulé sur cette pièce de bois qu'on appelle cabestan.

II. *Procédé. — Enroulement des veines du cordon spermatique.* — Le premier tour est absolument semblable au premier temps du procédé déjà décrit. Il consiste à passer un fil d'argent derrière les veines du cordon spermatique. Pour cela, la même aiguille qui a servi au précédent procédé est armée d'un fil d'argent un peu moins fort que le stylet aiguillé de nos trousses. Le fil et l'aiguille traversent les bourses guidés par le pouce et l'index qui ont préalablement opéré une séparation entre les veines et le canal déférent. Celui-ci a été porté en arrière, les veines sont poussées en avant dans un pli de la peau.

Le second temps consiste à passer, avec une même aiguille, un autre fil d'argent en avant des veines, afin que ces vaisseaux soient entre deux fils. Pour cela, l'index et le pouce qui étaient en arrière des veines sont portés en avant d'elles, et pincent la peau dans ce sens pour y ramener les deux ouvertures par où sortent les deux bouts du fil d'argent déjà placé. En pliant un peu ce fil, qui décrit alors un arc à convexité postérieure, on peut rapprocher beaucoup les deux ouvertures. De cette manière, on raccourcit et on redresse singulièrement le trajet que le second fil a à parcourir. C'est donc par la même ouverture d'entrée et par la même ouverture de sortie qu'on introduit et qu'on retire le second fil. Le fil qui est antérieur aux vaisseaux, une fois placé, on redresse le plus possible le fil postérieur ; l'antérieur alors se courbe un peu. Les veines sont donc entre les deux fils qui ont encore leurs extrémités libres.

Ici commence le troisième temps : il consiste à tordre les extrémités des fils. D'abord la torsion n'agit que sur eux. Les fils forment alors une anse qui contient les veines ; cette anse va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon. Mais en continuant la torsion, les deux fils se resserrent toujours plus, et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance. En tournant sur son axe, ce cordon métallique doit entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines s'enroulent sur ce double fil métallique, comme la corde s'enroule sur un cabestan. Or, ces veines ont un point fixe du côté de l'abdomen qui ne cède pas, tandis que l'extrémité inférieure de ces vaisseaux fait corps avec le testicule qui peut être mobilisé et déplacé. Cet organe est donc porté vers le point fixe, en haut vers l'abdomen. Plus on fait de tours, plus le testicule est hissé. La laxité du tissu cellulaire des bourses favorise singulièrement ce mouvement d'ascension du testicule. Il s'est formé une espèce de peloton dont la bobine est représentée par un cordon en argent. Les deux bouts de ce cordon sont réunis en avant. On place alors un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique, dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion. Puis on passe sous ce cordon une sonde cannelée, à laquelle on imprime le même mouvement qui fait tourner le compresseur des artères, appelé garrot.

Il y a donc 1° enroulement des veines sur les fils d'argent, 2° compression de ces veines qui sont entre les fils et devant les fils, 3° puis section de ces vaisseaux à divers degrés de hauteur autant de degrés qu'il y a de tours. On fera bien de laisser les fils couper la peau, car les veines superficielles qui n'appartiennent pas au cordon et qui rampent entre lui et la peau, seront ainsi comprimées, puis divisées : ce qui est une nouvelle chance contre la récidive. D'ailleurs les principales veines du cordon, en s'enroulant sur les fils, entraînent avec elles une foule de petites veines qui échappent à une ligature ordinaire. Ainsi tandis que les ligatures sous-cutanées ordinaires ne divisent que

les veines principales du cordon (quand elles les divisent), ma ligature avec enroulement préalable ramasse et les veines principales du cordon, et les veines qui l'unissent aux diverses enveloppes des bourses et les veines immédiatement sous-cutanées, celles même qui semblent sillonner le tissu même de la peau; car j'ai soin, quand le varicocèle est ancien, quand il y a des veines superficielles variqueuses, de comprendre ces veines dans le point de la peau qui doit être divisé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 6 avril. — Présidence de M. MICHON.

La Société du XII[e] arrondissement n'avait point publié jusqu'alors le compte-rendu de ses séances. Plusieurs membres ayant exprimé le vœu que cette omission fût réparée, la demande a été accueillie, et il a été décidé qu'un extrait des procès-verbaux paraîtrait dans la *Gazette des Hôpitaux*. La Société crut devoir saisir cette occasion pour exprimer sa reconnaissance à MM. les officiers municipaux, et à M. le maire en particulier, pour le concours efficace qu'elle n'a cessé d'en recevoir.

— *Vers intestinaux.* — *M. Chotowski* communique à la Société l'observation d'une femme qui avait été traitée pour une affection différente de celle dont elle était atteinte. Soupçonnant que les accidents devaient être attribués à la présence de vers dans le canal intestinal, il lui administra des vermifuges qui amenèrent l'expulsion d'une grande quantité d'oxyures et d'ascarides. Depuis fort long-temps le régime de cette femme était végétal, et consistait surtout en raisiné. On peut consulter, sur ce sujet, l'excellent travail publié par M. Mondière dans la *Gazette des Hôpitaux*.

M. Lagasquie demande à présenter quelques observations à l'occasion de ce fait. Il s'agit surtout d'un cas de médecine légale, peut-être unique dans l'espèce. Un domestique, du département du Lot, s'étant rendu coupable, à différentes reprises, de vols de moutons, de volailles, pour satisfaire ses appétits gloutons, fut pris en flagrant délit et conduit en prison. Deux ou trois ans auparavant, cet homme avait consulté M. Lagasquie pour des douleurs intestinales qui avaient profondément altéré sa constitution. Notre honorable confrère, persuadé qu'il avait le ver solitaire, prescrivit des remèdes qui lui firent rendre une prodigieuse quantité de fragments de tænia. L'avocat de l'accusé, se rappelant cette circonstance, fit écrire à M. Lagasquie pour lui demander si la présence de vers dans le corps de l'homme, et surtout celle du tænia, n'étaient pas capables de pervertir les facultés et de modifier le libre arbitre; il faisait remarquer qu'il était de notoriété publique que les vols n'avaient jamais eu lieu que pour l'usage particulier de l'accusé, et que lorsqu'il ne pouvait se procurer de la viande, il mangeait du suif, de la chandelle. — M. Lagasquie répondit qu'il était incontestable que l'existence du ver solitaire déterminait parfois un besoin impérieux d'aliments très alibiles, et qu'il était du devoir des juges, en pareil cas, d'examiner scrupuleusement jusqu'à quel point la volonté ne pouvait pas être modifiée par les exigences impérieuses d'un instinct maladif. Ces observations furent favorablement accueillies, et l'accusé, au lieu des peines de la Cour d'assises, ne fut condamné qu'à un simple emprisonnement.

M. Ménière fait observer que les vers intestinaux donnent lieu à une irritabilité très forte et à des symptômes fort insolites. On a cherché, dit-il, quelles étaient les conditions favorables au développement de ces animaux. La nourriture exclusivement végétale en a toujours été considérée comme une des causes les plus puissantes. C'est ainsi, par exemple, qu'en Suisse, où l'alimentation est principalement végétale, les cas de tænia solium sont très fréquents. Les enfants qui sont soumis à un régime substantiel sont beaucoup moins sujets aux vers que ceux qui sont nourris de fruits, de laitages, de légumes. Je fus consulté il y a deux mois, continue ce médecin, par une dame que des symptômes d'une nature inquiétante avaient fait mettre au régime lacté. Son enfant, élevé sur place, était également élevé avec du lait. Sous l'influence de cette nourriture, la mère et l'enfant rendirent des quantités considérables de vers. Notre confrère pensa que cet accident devait être entièrement attribué au genre de vie; il recommanda des aliments fortifiants. Bientôt l'expulsion des vers s'arrêta, et les symptômes ne se reproduisirent plus, sans qu'on fût dans la nécessité de recourir à aucun médicament.

M. Lagasquie, tout en reconnaissant la justesse de cette opinion, signale ce qu'elle a de contraire aux faits recueillis en Afrique et surtout en Abyssinie, par M. le docteur Aubert-Roche. Ce médecin a remarqué que certaines peuplades qui se nourrissent de viandes crues ou très imparfaitement cuites, sont cependant tourmentées par le ver solitaire. M. Lagasquie, dans son voyage en Orient, a constaté que cet annélide était très commun en Egypte et en Syrie, mais il n'a pu en rattacher la cause à cet effet. En Syrie, principalement, les affections vermineuses sont si fréquentes, que les médecins de la commission médicale de la peste (MM. Pariset, Lagasquie, d'Arcet, Dumon, Guyot) dirigeaient de suite leur attention sur ce point. Les seules influences que notre confrère ait notées, étaient l'habitation dans les lieux bas et humides, l'usage abondant des végétaux, et en particulier des graines oléagineuses; mais il avoue que ces causes ne lui ont pas semblé satisfaisantes. Peut-être faudrait-il prendre en considération la condition misérable de ces peuples.

M. Brierre de Boismont a constaté que les intestins des cinq individus qui avaient succombé à la pellagre au grand hôpital de Milan, et dont il avait fait l'autopsie, contenaient des ascarides lombricoïdes. Les cadavres étaient ceux de laboureurs; classe généralement mal nourrie, ne mangeant pas de viande, ne buvant pas de vin, et exposée à des privations de toute espèce.

—*Asphyxie chez les aliénés paralytiques.*—*M. Baillarger* dit qu'il est assez fréquent chez les aliénés paralytiques de voir le pharynx se paralyser à un certain degré, et comme ces malades mangent gloutonnement, avalent avec une certaine précipitation tous les morceaux qu'ils saisissent, des accidents de suffocation, d'asphyxie même sont quelquefois les conséquences de cet état de choses. Il a vu périr de cette manière, à Charenton, en une minute et demie un malade qui avait avalé une carotte. Ces réflexions lui ont été suggérées par l'observation d'une femme qui tomba comme foudroyée dans son service, il y a huit ou dix jours. En lui introduisant les doigts dans la bouche, on sentit un morceau de viande profondément engagé. Des tentatives furent faites pour l'enfoncer, mais elles n'eurent point de succès. Pendant que l'interne cherchait le chef de service, l'asphyxie avait fait de grands progrès; aussi malgré l'expulsion du morceau de viande, déterminée par l'inspiration de l'ammoniaque, la malade expira, avant qu'on pût la secourir.

Ce fait en a rappelé à M. Baillarger un autre qui lui a été raconté par M. Lelut. Pendant que ce médecin était à l'hospice du Midi, il arriva que deux employés de la maison, jouant ensemble, l'un deux jeta dans la bouche de l'autre un morceau de boudin, et saisit aussitôt à la gorge son camarade, qui tomba à la renverse comme mort. Une saignée, pratiquée sur le champ, ne donna que quelques gouttes de sang: l'individu cessa de vivre pendant qu'on lui administrait des secours. Cet événement occasionna une certaine rumeur; un procès-verbal fut dressé, et l'on conclut que la mort avait eu lieu par asphyxie. Personne ne songeait au bout de boudin, lorsque M. Lelut, qui faisait des recherches anatomiques sur les glandes de la cavité buccale, trouva ce morceau engagé dans la trachée.

Ces cas de suffocation qui s'offrent assez souvent chez les aliénés, ajoute M. Baillarger, et qui ont rapidement une terminaison funeste, m'ont engagé à proposer l'emploi d'une tenette recourbée qui permettrait aux gens de service de remédier à l'instant aux accidents de ce genre.

M. Brierre de Boismont rapporte que lorsqu'il prit la direction de son établissement, il eut à déplorer une mort semblable chez un paralytique. Depuis cette époque, il n'a plus permis à ces aliénés l'usage des aliments solides. On les nourrit de potages, de viandes hachées, et jamais rien de semblable ne s'est reproduit.

M. Ménière dit que les aliénés ne sont pas les seuls qui soient exposés à ce grave accident. Les bons pauvres de Bicêtre y sont aussi sujets. Dans deux circonstances, il a fait l'ouverture de vieillards qui, littéralement parlant, étaient gorgés d'aliments jusqu'au pharynx. Il attribue cette voracité à l'affaiblissement de l'intelligence.

M. Brierre de Boismont fait observer que cette ingurgitation d'aliments n'a pas les mêmes conséquences fâcheuses pour tous les individus. Les capitaines Parry et Ross racontent dans leur voyage au pôle nord, qu'il est fort ordinaire de voir les Esquimaux enlever avec leur couteau de longues lanières de bœuf musqué, les avaler et les couper contre leurs arcades dentaires. Lorsqu'ils sont ainsi repus, ils s'endorment et la digestion se fait très facilement.

— *Retour de la raison chez les aliénés aux approches de la mort.* — *M. Brierre de Boismont* appelle l'attention de la Société sur le retour de la raison chez les aliénés qui vont mourir. Ce fait, qui a été signalé dans les ouvrages spéciaux, s'est offert dernièrement à son observation.

Il y a cinquante-deux ans, au commencement de 1792, on conduisit dans son établissement, dirigé alors par M. Bardut, un jardinier âgé de vingt-deux ans, qui avait perdu la raison dans des circonstances assez singulières. Cet individu, jusqu'alors sain d'esprit, se trouvant dans une tête de carnaval, sentit deux lourdes pattes se placer sur ses épaules; presqu'au même instant un rugissement retentit à ses oreilles. En se retournant brusquement, il aperçut une tête d'ours qui cherchait à lui caresser la figure; c'était celle d'un homme qui, sous ce déguisement, avait voulu l'effrayer. L'impression de terreur qu'éprouva ce jardinier fut telle, qu'il resta immobile comme une statue, et cessa dès lors de parler. Pendant cinquante-deux ans qu'il a vécu dans la maison, mes prédécesseurs et moi-même, dit M. Brierre de Boismont, ne lui avons jamais entendu prononcer une parole. Il avait un mouvement de balancement tout à fait semblable à celui de l'ours blanc du Jardin des Plantes. De temps en temps il faisait entendre une sorte de grognement, surtout lorsqu'on s'approchait de lui. Dans le dernier mois de son existence, il lui survint une infiltration des extrémités inférieures avec de la diarrhée. Ce fut à cette époque que nous nous aperçûmes d'un changement remarquable dans ses facultés; ce malade, qui n'avait jamais parlé, commença à répondre aux questions qui lui étaient adressées; il disait où il avait mal, montrait les différentes parties du corps qu'on voulait voir. Si on lui proposait quelque aliment, il l'acceptait ou le refusait d'une manière raisonnable; le plus ordinairement, il répondait par oui et par non; ces monosyllabes étaient motivés. Son intelligence se mouvait, il est vrai, dans un cercle étroit; mais elle était parfaitement en rapport avec le petit nombre d'idées que la longue inaction de son cerveau lui avait laissées. Quant aux personnes qui aiment les rapprochements, nous dirons que la mort eut lieu dans les derniers jours du carnaval de cette année.

L'observation suivante vient encore à l'appui du fait qui vient d'être communiqué. Le pape Clément XIV, plus connu sous le nom de Ganganelli, fameux dans l'histoire pour avoir prononcé la dissolution de l'ordre des jésuites, fut frappé tout à coup, au milieu d'un repas, d'une sensation inusitée. Tourmenté de l'idée du poison, le pape ne voulut plus sortir de ses appartements. Privé de l'air extérieur, ne mangeant qu'en tremblant, sa raison s'égara. Des fantômes le poursuivaient dans son sommeil. Au milieu du silence de la nuit, il s'arrachait à des songes monstrueux... Là, dans l'horrible croyance de la damnation éternelle, il s'écriait avec des sanglots: Grâce! grâce! on m'a fait violence... Enfin, après six mois de tortures, Clément XIV vit arriver sa délivrance. En ce moment suprême la raison lui fut rendue. (Revue des Deux-Mondes, avril 1844. M. le comte Alexis de Saint-Priest.)

Le secrétaire, A. BRIERRE DE BOISMONT.

— Dans une des dernières réunions de la Société royale-impériale de médecine de Vienne a été discutée l'opinion suivante émise par le docteur Van Moos: « qu'il y a antagonisme entre la petite vérole et le typhus, que ces deux maladies s'excluent mutuellement et que le typhus n'est devenu si fréquent que depuis l'introduction de la vaccine.

(*Med. Central-Zeitung.*)

— La Société médicale de Berlin, sous le titre: *Deutsche Verein fur Heilwissenschaft*, dont nous avons annoncé l'érection, accordera pour la première question de concours, la somme de *cinquante frédéries d'or* (un peu plus de mille francs) au meilleur mémoire sur des « Recherches de pathologie comparée, concernant les maladies des nerfs du mouvement chez l'homme et les animaux domestiques. » La Société désire que tout en utilisant les connaissances déjà acquises à la science sur ce sujet, les concurrents fassent usage de quelques observations pratiques. Les mémoires doivent être remis francs de port et dans les formes académiques, à la direction de la Société avant le 1[er] juillet 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 11 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 55. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 10 MAI 1844.

Le désir que nous avions manifesté de voir la question de l'emprisonnement cellulaire traitée par un médecin devant la Chambre des députés, s'est réalisé; et même, nous aurions connu d'avance les opinions de l'orateur qui s'est chargé de ce rôle et l'économie de son discours, que nos *desiderata* n'auraient point été plus explicites. C'est notre très honorable confrère, M. Bouillaud, qui s'est chargé de faire entendre à la Chambre le langage sévère et exigeant de la science. Débarrassant la question des théories, et aussi des nuages dont les *philanthropes*, les métaphysiciens et les juristes l'ont enveloppée, il s'est efforcé, prenant au sérieux le caractère charitable du médecin, de la réduire aux proportions d'une question d'hygiène et de salubrité. Que veulent le gouvernement et les commissions? Substituer partout, dans les prisons comme dans les bagnes, l'emprisonnement cellulaire à l'emprisonnement en commun. Or, sommes-nous suffisamment éclairés relativement aux résultats de cet emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus pour pouvoir l'adopter? Non, a dit et prouvé M. Bouillaud. Le sujet est d'une difficulté extrême; le problème qu'on veut résoudre présente de très nombreuses inconnues; la science manque encore de données suffisantes pour la solution d'une expérience assez répétée et assez précise; de faits assez nombreux et rigoureusement observés.

Tel a été le thème tout scientifique développé par M. Bouillaud avec toute l'autorité que lui donne sa position et tout le talent qu'on lui connaît. Pour une question aussi grave, il s'est, à bon droit, étonné que le gouvernement n'ait pas provoqué une enquête sérieuse et confiée à un commission compétente. Que pouvait-on attendre de précis, de complet, de satisfaisant, de la méthode qu'on a suivie pour rassembler les faits? Aussi, quel dédale de contradictions! Quelle confusion! Quel chaos!

Analysant tous les documents connus, M. Bouillaud a prouvé qu'ils étaient insuffisants pour conduire à la démonstration, que la valeur de ces documents était contestable, que les faits ne présentaient aucun caractère de rigueur, et que les médecins attachés au service des prisons cellulaires étaient divisés d'opinions relativement à l'influence du système, soit sur la santé générale des détenus, soit sur la mortalité, soit sur la production de la folie.

Il a donc demandé que jusqu'à plus ample informé le législateur s'abstînt de prendre une mesure aussi grave; et ce plus ample informé, il a dit au gouvernement et à la Chambre, par quels moyens on pourrait y arriver, c'est-à-dire par une enquête confiée à la science spéciale.

Aux partisans du système cellulaire, à ceux qui soutiennent, contre les faits contradictoires, que ce système est sans influence sur la santé des détenus, M. Bouillaud a opposé le passage suivant du fidèle rapport de M. Charles Dakens, qui a récemment visité le pénitencier de Philadelphie, devenu si fameux depuis quelques années.

« J'ai la ferme conviction que, outre l'angoisse mentale qu'il cause, angoisse tellement aiguë, tellement redoutable, que l'imagination reste bien au-dessous de la réalité, l'isolement complet affaiblit l'intelligence et la jette dans un état morbide, qui la rend incapable de résister ensuite au rude contact de ce monde. Je maintiens que ceux qui ont subi l'emprisonnement solitaire rentrent dans la société également énervés d'âme, de corps, et cela sans retour.

» Que l'emprisonnement solitaire émousse les sens, et amoindrisse peu à peu les facultés corporelles, c'est une chose avérée.

» Il n'y a pas non plus de doute que cette punition ne soit fort inégale, et affecte moins le criminel endurci que celui qui débute dans la carrière du crime.

» La certitude que rien de sain ou de bon ne peut-être produit par un isolement absolu et contre nature, que même un chien, ou tout autre animal parmi les brutes intelligentes, ne saurait y être soumis sans languir, s'énerver et mourir, me semblerait déjà un assez puissant argument contre l'adoption générale d'une pareille mesure.

» Sur le visage hâve de tous ces prisonniers, je retrouvai la même expression; je ne sais à quoi la comparer: c'était cette sorte d'attention pénible et contrainte qu'on voit sur les figures des aveugles et des sourds, mêlée d'effroi, comme si tous étaient hantés d'une terreur secrète. Dans chaque cachot, où j'ai pénétré, à chaque grille dont je me suis approché, j'ai vu cette même physionomie saisissante; elle vit dans ma mémoire avec la fascination d'une peinture remarquable. Si une centaine d'hommes défilaient devant moi, et que parmi eux il s'en trouvât un seul récemment affranchi de l'emprisonnement solitaire, je le reconnaîtrais sur-le-champ.

» Un marin avait passé là plus de onze ans; encore quelques mois, et il allait être libre. Onze ans de prison solitaire!

» Je suis bien aise d'apprendre que le terme de votre emprisonnement approche, lui dis-je. Il ne me répondit pas, mais continua à regarder ses mains et à en arracher des lambeaux de peau et souvent de chair; de temps à autre, il levait ses yeux hagards sur les quatre murs nus qui avaient vu blanchir ses cheveux et se courber sa tête. « C'est un tic, une façon d'être qu'il a quelquefois, » me dit-on.

« — Quoi! ne regarde-t-il jamais un homme en face, et déchire-t-il toujours ses mains, comme s'il avait résolu de dépouiller ses os de leur chair? — C'est son humeur, sa fantaisie; rien de plus. »

» — C'est son humeur aussi de ne pas anticiper sur l'heure de sa liberté; de ne pas se réjouir de ce que le terme approche. Il l'a désiré jadis, mais il y a bien long-temps de cela: aujourd'hui il n'a souci de rien. Si c'est son humeur d'être infirme, brisé, à moitié idiot, le ciel est témoin que sa fantaisie a été pleinement satisfaite. »

Voici maintenant l'opinion de M. le docteur Coleman, médecin du pénitencier cellulaire de Crenton (New-Jersey); elle mérite toute l'attention de la Chambre, et ne ressemble guère à celle des médecins du pénitencier de Philadelphie.

« L'encellulement des prisonniers dans le New-Jersey, si différent de celui de l'ancienne prison, fait demander si la privation du grand air, du soleil et d'un exercice convenable, ne doit pas produire dans l'organisation un dérangement d'un caractère particulier. Les observations de l'année dernière m'ont convaincu qu'il y a des maladies particulières à la prison qui rendront le rapport sur l'état sanitaire moins favorable qu'on l'attendait.

» L'effet de l'emprisonnement solitaire sur l'intelligence mérite quelque attention. Dans bien des cas on remarque un affaissement dans les facultés intellectuelles, provenant du défaut d'exercice qu'elles éprouvent. Le système nerveux souffre, avec les autres parties du corps, des causes déjà mentionnées. Si l'esprit du prisonnier, à son entrée dans la cellule, n'est pas disposé à la réflexion, et capable de s'exercer sur des sujets abstraits, l'imbécillité se manifeste bientôt, et il se livre aux amusements les plus puérils. Un encellulement prolongé de quelques années altérerait indubitablement à jamais les facultés de ces individus... »

Ce n'est donc pas un rejet de la loi que propose M. Bouillaud, mais un simple ajournement. Avec tous les hommes qui ont étudié cette grave question, l'honorable député pense qu'il y a quelque chose à faire pour prévenir cette contagion du crime qui se gagne par le contact dans les prisons et dans les bagnes. Mais il ne croit pas que tous les détenus soient fatalement voués à la récidive. Si nous avons bien compris les opinions de M. Bouillaud, il aurait porté à la Chambre des députés des convictions physiologiques et philosophiques, fort étonnées sans doute, et surtout fort honorées d'être professées en pareil lieu et devant une telle assemblée. « Tout convaincu que je suis, a-t-il dit, des difficultés que la catégorisa-

FEUILLETON.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN PRUSSE ET DANS LES ÉTATS SECONDAIRES DE LA CONFÉDÉRATION GERMANIQUE;

Par M. le docteur HOEFER.

(Suite du numéro précédent.)

II. *Plan et durée des études dans les facultés de médecine prussiennes.—Fréquentation des cours.—Hôpitaux.—Examens.*

Nul ne peut être admis à s'inscrire (*immatriculer*) au nombre des étudiants réguliers d'une faculté quelconque, en Prusse aussi bien que dans les autres états de l'Allemagne, s'il ne justifie d'un certificat constatant qu'il a terminé ses études classiques dans un gymnase (collége), et qu'il a passé l'*Abiturienten-Examen* (*examen abiturorum scil. in universitatem*). Cet examen correspond à notre baccalauréat ès-lettres.

Les feuilles d'inscriptions des facultés allemandes diffèrent tout à fait de ce qu'on appelle en France les *inscriptions* que les élèves prennent chaque trimestre. Lorsqu'un élève se présente pour suivre régulièrement les cours d'une faculté, il reçoit du secrétaire ou du caissier (*quæstor*) de l'université une feuille sur laquelle il inscrit son nom et son domicile. Cette feuille d'inscription ou de présence (*Anmeldungsbogen*) contient l'indication des cours semestriels que l'élève est tenu de payer d'avance; une colonne est laissée en blanc pour les observations particulières des professeurs sur le zèle et l'assiduité de l'élève (1).

Chaque cours, dont la durée est de six mois, coûte ordinairement, si le professeur est titulaire (*ordinarius*), deux louis d'or (1). Cependant il y a aussi des cours publics et gratuits. Chaque professeur fait au moins deux cours différents par semaine, dont l'un est public et l'autre privé ou non gratuit. Cette distinction est indiquée dans le programme (*index lectionum*) par les mots *publicc* et *privatim* ou *privatissime*. Chaque cours comprend au moins trois leçons par semaine.

L'année scolaire est divisée en deux semestres; celui d'hiver et celui d'été. Le premier commence à la fin d'octobre (du 23 au 26), et finit le 23 ou 26 mars. Le dernier commence les premiers jours du mois de mai et finit vers le milieu de septembre (du 15 au 20).

La durée des études médicales régulières est de quatre ans, conformément à l'ordonnance du 7 janvier 1826. C'est ce qui s'appelle le *quadriennium academicum*. Les matières de l'enseignement sont à peu près les mêmes que dans les facultés de médecine françaises, à l'exception de quelques chaires d'une importance secondaire. Mais, une chose qui distingue profondément les facultés allemandes d'avec les facultés françaises, c'est que, dans les premières, les élèves jouissent d'une liberté illimitée dans le choix des cours. Ainsi, il est loisible à un élève de première année, comme à un élève de troisième ou de quatrième année, de suivre les cours de pathologie, de clinique médicale et chirurgicale, etc. Bref, il n'existe à cet égard aucun ordre rigoureux. Les professeurs des chaires d'*encyclopédie* et de *méthodologie* (confondues d'ordinaire avec la chaire d'histoire de la médecine) indiquent, il est vrai, aux élèves le plan à suivre dans l'étude des diverses branches de la science médicale; mais les paroles du maître n'ont ici aucune force obligatoire.

Non-seulement le choix des cours est abandonné à l'arbitraire des élèves, mais encore, pendant toute la durée de leurs études, ils ne subissent aucun examen officiel. Les examens réguliers n'ont lieu qu'après que toutes les études sont terminées.

Cette organisotion, qui est la même dans toutes les universités de l'Allemagne, donne, j'ose le dire, les plus fâcheux résultats. Les élèves n'étudient rien ou presque rien les deux et même les trois premières années de leur séjour dans les universités. La dernière année, tâchant vainement de regagner le temps perdu, ils se livrent à des travaux précipités, et ont hâte de préparer les questions d'examen, en général connues d'avance. Enfin, sur cent élèves, il n'y en a peut-être pas cinq qui mettent sérieusement à profit tout le temps fixé pour leurs études. Ceci paraîtra sans doute étrange à quiconque connaît l'esprit patient et laborieux de la jeunesse allemande. Il ne faut donc en rejeter la faute que sur le vice de l'organisation que je viens de signaler.

En général, les élèves en médecine sont engagés par leur propre intérêt à suivre, pendant la première année, les cours de physique, de chimie, de botanique, de minéralogie et de zoologie; auxquels il faut joindre les cours de logique et de psychologie. C'est là ce qui constitue l'*absolutorium philosophicum* ou l'ensemble des sciences préparatoires. L'aspirant au doctorat doit présenter un certificat attestant qu'il a satisfait à l'examen exigé pour les sciences préparatoires. Cet examen (*tentamen philosophicum*) a lieu sous la présdence du doyen de la faculté de philosophie. Le doyen de la faculté de médecine est obliaé d'y assister comme témoin. Les frais d'examen sont fixés à 10 thalers en or (environ 40 francs). Le certificat correspondant au diplôme de bachelier ès-ciences porte les notes de *bien*, *médiocre*, *mal*. Les deux premières notes seules permettent au candidat de se présenter à l'examen exigé pour le doctorat.

La deuxième et la troisième année, sont en général consacrées aux études de l'anatomie, de la physiologie, de l'anatomie pathologique, de la pathologie externe et interne, de la médecine légale et de la toxicologie, que complète l'enseignement de l'histoire de la médecine. Ces études sont d'ordinaire purement théoriques. Les dissections mêmes sont facultatives; aussi ne voit-on guère les salles d'anatomie remplies d'élèves. Dans quelques facultés même, on manque parfois de cadavres, parce qu'il s'en faut bien que tous les malades qui meurent dans les hôpitaux soient livrés aux salles de dissection. Il règne encore à ce sujet, en Allemagne, des préjugés populaires difficiles à déraciner.

Enfin, les études de la 4e année comprennent les accouchements, les cliniques externe et interne, en un mot, la partie pratique de l'art de guérir.

Qu'il me soit permis de dire ici un mot sur la fréquentation des hôpitaux et des cliniques universitaires; et je vais pour cela choisir la plus célèbre des facultés de médecine de la Prusse, celle de Berlin (1).

---

(1) Specimen d'une feuille d'inscription de l'université de Berlin.

Université de Frédéric-Guillaume, à Berlin.

FEUILLE D'INSCRIPTION.

S'est inscrit pour les cours suivants:	Chez...	N°... de la liste des auditeurs.	Notes du caissier relatives aux honoraires.	Observations des professeurs sur l'assiduité de l'élève aux cours indiqués.

En tête de cette feuille (quatre pages in-folio) on lit: « Conformément à l'arrêté ministériel en date du 26 septembre 1829, chaque étudiant ne peut, pendant tout le semestre, occuper dans l'auditoire que la place désignée par la feuille d'inscription. Il est défendu d'occuper la place d'un camarade absent. »

(1) Dans presque toutes les universités allemandes, les *questeurs* (caissiers) ont soin de prévenir les élèves que tous les cours doivent être payés en or, et que le louis d'or n'est reçu qu'au taux de 5 thalers (environ 19 francs).

(1) Les universités de la Prusse, comprenant la réunion des quatre facultés de mépecine, de théologie, de philosophie, de droit, sont au nombre de six; Berlin, Halle, Kœnigsberg, Breslau, Greifswald, Bonn. Le corps enseignant se compose de trois degrés hiérarchiques: les professeurs titulaires (*professores ordinarii*, *ordentliche Professoren*), les professeurs agrégés (*professores extraordinarii*, *ausseror-*

tion des détenus présente, en effet, je ne saurais admettre qu'elle soit entièrement impossible, et qu'il n'existe absolument *aucun signe extérieur* qui permette de distinguer les sujets vraiment dangereux et corrupteurs, de ceux qui ne le sont pas. J'oserai même dire que cette distinction n'est pas au dessus du savoir et de l'expérience réunis des hommes de l'art qui se sont sérieusement occupés du sujet délicat que nous examinons... Qu'il me suffise de déclarer que chez les grands criminels, les scélérats de naissance, si l'on peut ainsi dire, il existe de ces signes extérieurs contestés par l'honorable rapporteur, et que, comme Caïn, ils portent réellement sur le front une marque fatale et indélébile. »

Voilà une introduction fort habile et fort adroite de la phrénologie dans le parlement. Nous respectons, on le sait, toute conviction sincère et loyale. Qu'il nous soit permis cependant de nous étonner qu'après avoir caractérisé, comme il convenait de le faire, le vague et l'incertitude qui règnent relativement à l'influence du régime cellulaire sur la santé des détenus, M. Bouillaud ait fait appel, pour la catégorisation des condamnés, à une science si incomplète, si obscure, si contestée, qui compte un aussi petit nombre de partisans, et des adversaires aussi nombreux et aussi respectables. Aux yeux du plus grand nombre, n'aura-t-il pas affaibli par là son argumentation aussi solide que brillante? C'es un doute que nous lui soumettons, et une crainte que nous exprimons avec toute la sympathie que nous éprouvons pour le caractère et le talent de notre honorable confrère.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Tessier.

Pneumonie. — Réflexions pratiques.

(Suite du n° 53.)

Trois ordres de réflexions se présentent naturellement à l'esprit à la suite du fait intéressant que nous avons raconté, et dont les détails nous furent fournis par M. Mercier, interne du service.

Le premier est relatif aux parotides, le second aux flux dysentérique, le troisième à la pneumonie elle-même.

1° *Des parotides.* L'affection dont il s'agit, survenue le dix-septième jour de la maladie lorsque l'affection pulmonaire était en résolution complète, et pendant le cours du flux dysentérique qui remplaçait l'affection pulmonaire, est évidemment de l'ordre des parotides métastatiques, ou plutôt de ces accidents consécutifs qui troublent d'une manière fâcheuse la marche des convalescences. La parotide est rare à la suite des pneumonies; néanmoins, ce n'est pas le premier cas de ce genre qu'il nous ait été donné d'observer. D'ailleurs, sans parler de ce que nous avons vu nous-même, nous pourrions rappeler l'aphorisme 837 de Boerhaave.

Nous pouvons laisser de côté l'explication mécanique des métastases purulentes que propose l'illustre médecin de Leyde, et nous borner à prendre acte des abcès péripneumoniques *ad aures*.

Que faire alors? C'est là que réside la difficulté. La plupart du temps ces parotides suppurent, et les malades succombent. Or les médecins se partagent en deux catégories, les uns qui, considérant la parotide comme un effet salutaire de la nature, cherchent à favoriser le gonflement et la terminaison par suppuration; les autres ne voyant qu'un accident de plus, tentent la résolution de l'affection, et s'opposent autant qu'ils peuvent à la suppuration, toujours facile en pareil cas.

Disons qu'on ne fait pas suppurer, et qu'on n'empêche pas de suppurer à volonté les parotides symptomatiques. Par conséquent, on ne peut pas juger de la valeur des deux méthodes en elles-mêmes. Tout est encore à faire sur ce point de médecine pratique : les indications à poser, les médications à coordonner; et nous ne sommes point en mesure de combler cette lacune, sur laquelle nous appelons l'attention des médecins sérieux et éclairés. Dans le cas actuel, nous nous sommes borné à l'emploi de cataplasmes et de gargarismes; en un mot, des moyens qui, en modifiant l'intensité des accidents, n'en troublent cependant ni la marche, ni la tendance.

2° *Du flux dysentérique.* Les parotides dont nous venons de parler n'ont point succédé immédiatement à l'affection pulmonaire. Entre ces deux affections, il s'en montre une troisième intermédiaire; c'est le flux dysentérique, où, si l'on aime mieux, l'inflammation du gros intestin. Cette colite, ce flux dysentérique, ont certainement quelques traits de commun avec la dysenterie essentielle, et il est bien impossible qu'il en soit autrement. Cependant entre la dysenterie essentielle et cette colite intercurrente, il existe des caractères différentiels fort importants, qui nous obligent à les séparer soigneusement l'une de l'autre.

D'ailleurs cette distinction n'est point une innovation; ce n'est que la conservation des observations faites par les grands praticiens, qui admettaient une *dysenterie*, maladie essentielle d'une part, et d'autre part, trois sortes de flux dysentériques symptomatiques, au nombre desquels ils se gardent bien de placer le flux hémorrhoïdal. Or, quelle différence trouvons-nous entre la dysenterie essentielle et la colite, de l'ordre de celles que nous avons observées?

Laissons parler le fait lui-même :

« Le 27 mars, tout à coup une diarrhée abondante a paru; le malade a jusqu'à vingt selles par jour; mais peu abondantes chaque fois; les matières fécales sont sanguinolentes; il n'y a pas de tenesme, pas de cuisson à l'orifice anal. Les selles s'échappent sans que le malade ait le temps de prendre le bassin. Elle a des coliques près de l'ombilic; gargouillement, face rouge, pouls petit, régulier à 65 pulsations; pas de chaleur à la peau; la langue encore rouge, sans sécheresse. » On cesse le kermès, et on revient à la diète.

On voit donc seulement des coliques vers l'ombilic; au lieu des coliques générales et diffuses de la dysenterie, ces coliques étaient modérées : ce qui est l'opposé des coliques énervantes de la dysenterie. En outre, point de ténesme, point de cuisson anale.

En général aussi dans les cas de ce genre les matières sont très séreuses, très ténues, aqueuses et teintes en brun par le sang, tandis que dans la dysenterie les selles sont muqueuses, mousseuses et sanguinolentes par stries, par plaques. Les colites symptomatiques sont fort dangereuses à la fin des maladies. Combien de fièvres typhoïdes que l'on croyait guéries sont-elles retardées par cet accident? Combien de malades succombent pendant la convalescence, épuisés par ces flux inflammatoires?

Dupuytren ne craignait rien tant que la diarrhée dans le cours des brûlures. C'est que l'expérience lui avait appris les dangers de ces inflammations du gros intestin ou de l'intestin grêle ou de tous deux réunis. J'ai pu me convaincre de la réalité de son enseignement par de nombreuses autopsies qui me firent rencontrer sur des brûlés, à toutes les périodes de leur maladie, l'inflammation dont il s'agit.

Broussais a commis une très grave erreur en voulant expliquer les maladies essentielles par les phlegmasies qu'il rencontrait après la mort; mais cette erreur n'était encore que l'interprétation erronée d'une grande vérité, à savoir : « que vers le déclin des maladies rien n'est plus fréquent et plus dangereux qu'une inflammation organique et viscérale développée subitement. » Si donc il est jamais utile de surveiller l'état des organes et des fonctions, c'est vers le temps qui existe entre la maladie et une convalescence bien franche. Toutefois on a beau surveiller, on a beau combattre ces accidents dès leur début, souvent on échoue, et des complications inattendues montrent toute la gravité d'un état qui n'avait point dès l'abord paru fort alarmant. Or, dans le cas dont il s'agit, le kermès administré à haute dose (1 gramme dans les 24 heures) peut obtenir la résolution de la pneumonie. A-t-il pu provoquer l'explosion du flux dysentérique, a-t-il été l'agent excitateur des métastases qui se sont opérées? Cela est possible. En effet, lorsqu'on étudie l'action du kermès minéral à haute dose on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il provoque plus souvent la diarrhée que le vomissement : généralement d'ailleurs cette diarrhée cesse aussitôt que l'on supprime le médicament, et n'a aucune gravité. Pour en donner une idée, je comparerai cette action à celle d'un verre d'eau de Sedlitz. J'ai pu m'assurer de ces faits il y a quelques années en suivant les études que faisait mon honorable confrère M. Bouvier sur l'action du kermès à haute dose dans plusieurs maladies autres que la pneumonie. Nous pouvons donc affirmer que le kermès depuis un demi-gramme jusqu'à un gramme est un purgatif peu actif et quelquefois aussi un vomitif peu énergique.

Considérant d'autre part combien le tartre stibié à haute dose est dangereux pour les vieillards, surtout quand on en prolonge l'usage, en raison des inflammations diverses qu'il peut occasionner depuis l'arrière bouche jusqu'au gros intestin simultanément, ou isolément, j'ai cherché depuis quelques années à lui substituer le kermès chez les vieillards et l'efficacité de ce succédané m'a paru à peu près égale à celle du tartre stibié, dont il n'a point les inconvénients. Je l'emploie également à la dose d'un demi-gramme à un gramme dans un julep gommeux. Lorsque je crains une action trop forte encore, au kermès je substitue l'oxyde blanc d'antimoine, dont on aurait tort selon moi de nier l'utilité en vertu de préoccupations chimiques de non-solubilité, comme si le calomel, par exemple, était beaucoup plus soluble. Dans la troisième partie de ces réflexions je dirai ce qui me paraît avoir le plus influé sur la marche et la terminaison de cette maladie; je me permettrai pour l'instant de faire suivre ces considérations pratiques de l'examen d'une question, peut-être encore théorique pour quelques personnes, mais que je regarde comme très-féconde pour la thérapeutique.

Question. Peut-on dire que les poisons et les agents thérapeutiques se localisent dans le corps humain?

Personne n'ignore que ce problème a été posé récemment devant l'Académie des sciences à propos de l'arsenic et de quelques substances du même ordre. Les expériences faites devant ce corps savant jetteront sans aucun doute un nouveau jour sur cette grave question. Je ne veux nullement me mêler des faits actuellement en discussion et rechercher où l'arsenic et ses analogues se localisent, ce que je tiens à établir c'est l'importance du problème envisagé dans son ensemble. La science sur ce point est d'une richesse vraiment bien rassurante, car non-seulement il existe un grand nombre de faits qui prouvent la localisation des substances toxyques et médicamenteuses sur un ou plusieurs organes; mais ces faits ont été rassemblés avec soin par un savant étranger, le célèbre Gosselin, et on les trouve réunis en groupe dans le Livre de Burdach sur la physiologie, t. VIII, p. 332 à 350.

Ces faits, loin de diminuer la valeur des recherches entreprises en ce moment par des chimistes distingués, sollicitent

---

L'établissement dans lequel se trouvent les cliniques de la faculté s'appelle *Charité* (1). Cet établissement se divise en l'ancienne et la

---

dentliche Professoren), les répétiteurs (*Privat docenten*). Ces derniers n'ont point de traitement fixe. Les membres du *sénat* ou conseil académique, sont choisis parmi les professeurs titulaires. Le recteur, le juge d'université (*Universitæts-Richter*) et les doyens sont membres de droit. Le décanat est annuel.

La faculté de médecine de Berlin se compose actuellement de quatorze chaires de professeurs titulaires : 1° Anatomie générale et Anatomie des appareils sensitifs (professeur. J. Müller); 2° Anatomie descriptive (professeur, Schlemm); 3° Pathologie et Clinique médicale (professeur, Schoenlein); 4° Physiologie générale (professeur, Horkel); 5° Physiologie comparée et Micrographie (professeur, Ehrenberg); 6° Botanique et Pharmacologie (professeur, Link); 7° Pathologie générale; Matière médicale (professeur, Schultz; 8° Chirurgie générale et spéciale; Clinique chirurgicale (professeur, Dieffenbach); 9° Médecine opératoire; Clinique chirurgicale (professeur (Juengken); 10° Accouchements (professeur, Busch); 11° Médecine légale (professeur, Casper); 12° Police sanitaire, Hygiène publique (professeur, Wagner); 13° Histoire de la médecine; Encyclopédie et Méthodologie (professeur, Hecker); 14° Maladies syphilitiques; Thérapeutique spéciale des maladies aiguës et des maladies chroniques (professeur, Horn).

Cet enseignement est complété par onze professeurs *extraordinaires*, et treize *Privat docenten*.

Les autres universités du royaume sont moins complètes et moins favorisées que celle de Berlin. Ainsi, la faculté de médecine de Halle n'a que cinq chaires de professeurs titulaires :

1° Histoire de la médecine; Pharmacologie (professeur, Friedlaender); 2° Anatomie et Physiologie (professeur, d'Alton); 3° Chirurgie; Clinique chirurgicale (professeur, Blasius); 4° Obstétrique (professeur, Hohl); 5° Pathologie at Thérapeutique médicales; Clinique interne (professeur, Krukenberg).

Il y a en outre quatre répétiteurs, Rosenbaum, Krahmer, Litzmann, Mayer, et point de professeurs *extraordinaires*. Les sciences accessoires sont enseignées à la faculté de philosophie. Le nombre des professeurs est donc fort restreint, comparativement aux facultés françaises. Mais c'est là un défaut apparent plutôt que réel; car chaque professeur est journellement occupé trois à quatre heures à ses cours, qui durent, non pas un, mais deux semestres.

(1) Je fais ici abstraction de l'*Institut clinico-chirurgical* de M. le professeur Dieffenbach, et de la *polyclinique*, c'est-à-dire des consultations médicales qui se donnent dans une salle du bâtiment de l'université et dans la Ziegelstrasse, pour les malades traités en ville.

nouvelle Charité. Il y a, dans l'ancienne Charité, deux services de clinique médicale et un service de clinique chirurgicale. A ces cliniques, dont la fréquentation est de rigueur; il faut ajouter une clinique oculistique, une clinique obstétricale (1); et, dans la nouvelle Charité, une clinique pour les maladies des enfants, une clinique pour les maladies syphilitiques et une clinique pour les maladies mentales. Je passe sous silence les autres divisions de l'hôpital, parce qu'elles ne sont point destinées à l'instruction des élèves. Les seules salles ouvertes aux étudiants sont les salles de clinique. Or, les malades des deux cliniques médicales et de la clinique chirurgicale réunies ne dépassent pas le nombre de *quatre-vingt-dix* (2). Il est bon de rappeler que la presque totalité de ces malades sont atteints d'affections aiguës, en sorte que les élèves n'ont presque jamais l'occasion d'observer des maladies chroniques.

La Charité contient près de 1,000 malades, et il n'est permis à l'élève qui se destine à la pratique civile que d'en voir 90; car, pour le répéter, l'entrée dans les autres salles lui est interdite. Pourquoi? C'est que les malades se refusent eux-mêmes à servir de sujets d'études; et ils sont parfaitement dans leur droit, car ils *payent*. Ici, je ne puis m'empêcher de reprendre dans l'organisation des hôpitaux allemands un vice radical. Et d'abord, le nom d'*hôpital*, lieu d'hospitalité (*hospitium*), reçoit une application inexacte. Lorsque les malades payent, ils ne reçoivent pas l'hospitalité; et c'est ce qui a lieu, je dois le dire, dans presque tous les hôpitaux de l'Allemagne. Ainsi, les malades qui entrent dans la Charité, à Berlin, sont obligés de payer un mois d'avance; on en demande deux aux malades étrangers, c'est-à-dire non Berlinois. Le lendemain de leur entrée à l'hôpital, les malades reçoivent la visite de l'*enregistrator*, qui s'informe de leur domicile et de leurs moyens d'existence. S'ils refusent de donner les explications demandées, ou qu'ils ne soient pas en état de les fournir, l'*enregistrator* s'adresse à la police, qui se charge de découvrir le domicile du malade et la commune où il est né. Et si le malade est tout à fait dans l'indigence, c'est la commune qui doit payer à sa place. Les maîtres sont obligés de payer deux mois d'avance pour faire admettre à l'hôpital leurs domestiques malades. C'est une dette que ceux-ci acquittent après leur sortie de l'hôpital.

En dernière analyse, le vice de cette organisation retombe sur les élèves qui ne sont pas admis dans les salles des malades payants. Ce sont les études pratiques qui en souffrent.

(1) Indépendamment de cette clinique, il y a, dans la Dorotheenstrasse, un institut obstétrical dirigé par M. Busch.

(2) Les cliniques de Schoenlein, de Wolff et de Juengken se composent chacune de trente lits (seize lits dans la salle des hommes et quatorze lits dans la salle des femmes).

Ainsi donc, la dernière année des études universitaires est consacrée à la fréquentation des cliniques. Dans le premier semestre, les élèves ne font que suivre les visites du médecin clinicien. écoutent les leçons du maître et l'interrogatoire qu'il fait subir aux malades. C'est pourquoi on les appelle *Auscultanten* (*auscultantes*). Dans le second semestre, les *auscultants* deviennent *practicants* (*practicantes*), c'est-à-dire qu'ils reçoivent eux-mêmes des malades à examiner et à traiter. Le *practicant* est obligé de visiter son malade chaque matin, et souvent deux fois par jour. De plus, il doit rédiger l'histoire du malade qui lui est confié, et la soumettre au professeur de clinique. Si le malade vient à mourir, le *practicant* est chargé d'en faire l'autopsie, et d'adresser un rapport à son chef.

Les élèves qui désirent ainsi s'initier dans la pratique, se présentent chez le professeur de clinique, qui les inscrit sur un registre et les appelle ensuite d'après l'ordre de leur inscription. Dans la Clinique chirurgicale de la Charité, l'élève *practicant* examine le malade sous les yeux du chirurgien, en établit le diagnostic et assiste, dans l'enceinte réservée, à l'opération du malade. Mais l'enseignement se borne là. L'élève, non-seulement n'est pas chargé de panser l'opéré et de suivre le traitement, mais encore il ne le revoit plus une fois transporté dans la salle réservée aux opérés.

En général, chaque élève *practicant* n'a guère plus de trois à quatre malades à traiter par semestre, tant pour la section de médecine que pour celle de chirurgie. On ne consacre réellement qu'un an, rarement deux, à la fréquentation des hôpitaux. Ce temps n'est pas rigoureusement exigé.

Pièces à produire par l'aspirant au doctorat : 1° un certificat de philosophie, analogue au diplôme de bachelier ès sciences; 2° un certificat d'études, délivré par le doyen de la faculté et le recteur de l'université.

Il faut faire une distinction entre l'examen exigé pour le doctorat et l'examen d'Etat (*Staatsexamen*). Le premier se passe devant les professeurs de la faculté et ne procure qu'un titre purement honorifique; le second a lieu devant une commission désignée par le ministre ou le conseil médical supérieur, et étrangère à la faculté. Le *Staatsexamen* confère seul le droit de pratique.

Je n'insisterai point sur l'examen exigé pour le doctorat, qui n'est, pour ainsi dire, qu'une formalité. Il consiste en une épreuve orale et une épreuve écrite. Le candidat compose une dissertation latine (thèse inaugurale) sur un sujet choisi par lui-même ou le plus souvent indiqué par le président. L'argumentation de la thèse et des propositions émises a lieu publiquement. Le candidat qui a rempli ces conditions est salué du titre de *doctor medicinæ rite promotus*.

Examen d'État (*Staatsexamen*). Le règlement organique du *Staatsexamen* est du 1er décembre 1825. Il contient les dispositions que je

au contraire un grand nombre de travaux du même genre ; déjà ils permettent de répondre à la question posée, mais seulement d'une manière générale. Oui, peut-on dire, un grand nombre de substances introduites dans l'économie se localisent en divers organes, et peuvent même se fixer dans nos tissus pendant un temps très long ; mais quel est le mode particulier de localisation de chaque substance ? C'est là ce que la chimie seule peut résoudre d'une manière complétement irréfutable.

En effet, il ne faut pas confondre les phénomènes de sensibilité spécifique des organes provoqués par une substance, avec la fixation et le dépôt de cette substance dans le tissu organique. Il pourrait même se faire qu'une substance développât une action manifeste sur un organe ou sur un tissu sans se fixer dans sa trame, et se localisât au contraire dans un autre tissu ou dans un autre organe sans en modifier l'action d'une manière appréciable.

On pourrait donc diviser cette question de la manière suivante : Les actions des substances introduites du dehors se localisent-elles ? Les substances elles-mêmes se localisent-elles dans nos organes ? On sait déjà tout l'avantage que la thérapeutique a retiré de la connaissance des agents qui mettent en jeu la sensibilité spécifique de chaque organe ; il me suffira de rappeler l'heureux emploi de l'opium dans la méningite épidémique qui ravageait le Midi, il y a quelque temps. La connaissance des localisations substantielles peut rendre également de grands services. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir des agents médicamenteux promptement efficaces ; toutes les maladies ne se ressemblent pas ni par leur nature, ni par la médication qu'elles réclament. Or, un grand nombre, qu'aujourd'hui nous pouvons à peine soulager, semblent nous indiquer l'emploi d'une classe d'altérants qui modifiassent la vitalité des organes d'une manière presque insensible ; or les localisations des substances sans effet immédiat pourraient peut-être jouer ce rôle. Il y a donc là d'utiles recherches à faire, et l'on ne saurait trop encourager le zèle de ceux qui ont le courage de se livrer à ces difficiles et longs travaux. Mais quittons cette digression pour revenir à la pneumonie.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GERDY.

Amaurose traitée avec succès par les antiphlogistiques unis aux révulsifs et aux exutoires. Hémorrhagie survenue le septième jour de l'application d'un séton. Difficulté et moyens de remédier à cet accident.

Asturie Cloux, âgée de trente-quatre ans, treilleuse de papiers, d'un tempérament lymphatique, aux cheveux roux, aux yeux gris, est née à Juy, département de Seine-et-Oise, qu'elle a constamment habité.

Au mois de septembre dernier, cette femme, qui jusque-là avait joui de la santé la plus parfaite, s'aperçut que ses menstrues coulaient moins abondamment que les autres fois ; en même temps elle éprouva une céphalalgie frontale et sus-orbitaire, des pesanteurs de tête, des étourdissements et une diminution de la vue. Cet état s'améliora par l'emploi d'une saignée de 300 grammes et par l'usage de bains de pieds. Les règles, qui reparurent quinze jours après, contribuèrent encore pour beaucoup au rétablissement de la malade. Mais elles cessèrent bientôt pour ne plus reparaître, et dès ce moment les accidents ont toujours augmenté.

Le 22 janvier elle vint à Paris, y réclamer les secours de l'art. Nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Le regard est hébété; les pupilles sont dilatées, assez mobiles, aucunement déformées ; il y a un peu de photophobie; la vision est considérablement affaiblie, au point qu'elle distingue à peine la forme et la couleur des objets ; elle n'aperçoit pas un ruban rouge placé à la boutonnière d'un habit noir ; un nuage épais, grisâtre, sépare les objets de ses yeux ; elle croit voir un réseau mobile, quelquefois des mouches voltiger devant elle ; de temps en temps, surtout le soir et la nuit, elle voit passer des étincelles de feu ; la vision est toujours égale, jamais meilleure dans un moment que dans un autre ; la malade éprouve des maux de tête continuels, limités à la partie inférieure du front, au dessus des yeux et du nez. Les règles n'ont pas paru depuis deux mois ; les autres fonctions se font bien. Ces symptômes paraissent avoir un peu moins d'intensité du côté gauche que du côté droit.

Le 25, les règles commencent à couler.

Le 26, elles cessent.

Le 28, céphalalgie frontale et sus-orbitaire très intense ; perte d'appétit. Le pouls est fort, et donne 80 pulsations. Elle dit que les maux de tête l'empêchent d'ouvrir les yeux. Sinapismes aux cuisses.

Le 29, rien n'a changé. On fait prendre à la malade 30 centigrammes de calomel.

Le 30, le calomel a fait vomir la malade et n'a pas produit de selles. Les symptômes de congestion ne diminuant pas, on pratique une saignée de 300 grammes.

Le 1er février, les maux de tête persistent, ainsi que les bourdonnements d'oreilles, les éblouissements et les étourdissements. La malade voit passer des objets blancs, qu'elle compare à des flocons de neige. Elle aperçoit aussi des petits corps blancs dansant et tournant sans cesse. Le nuage grisâtre obscure a disparu. Le soir et la nuit elle voit encore des étincelles de feu, ce qui n'a plus lieu pendant le jour. Elle distingue les objets plus facilement que le jour de son entrée. On fait appliquer six ventouses scarifiées sur le cou.

Le 2, encore un peu de céphalalgie, d'étourdissements, de pesanteur de tête. Saignée de 350 grammes.

Le 6, plus de symptômes de congestion vers la tête, mais la vision est toujours dans le même état.

Pendant les dix jours suivants, on applique alternativement des vésicatoires à la nuque, sur le sommet de la tête, et on purge la malade deux fois par semaine avec l'eau de Sedlitz.

Le 1er mars, la malade est beaucoup mieux ; la vue redevient plus claire et plus nette. Les vésicatoires faisant peu d'effet, on les remplace par un exutoire plus actif, le séton appliqué derrière le cou. Après le passage de la mèche, le sang coule en abondance. On est obligé de comprimer assez exactement pour arrêter l'hémorrhagie.

Le 5, l'amaurose paraît vouloir céder. On commence à panser le séton.

Le 7, à trois heures du matin, une hémorrhagie se manifeste avec une intensité effrayante. On va chercher l'interne de garde, qui lutte en vain pendant une heure et demie contre les flots de sang qui jaillissent par les deux ouvertures du séton. Il fait des irrigations d'eau froide, essaie une compresse modérée; mais la crainte d'intercepter le passage de l'air dans la trachée-artère l'empêche d'établir une compression suffisante au moyen d'un bandage circulaire appliqué autour du cou ; il fait un véritable tamponnement en introduisant des boulettes de charpie entre les lèvres de la plaie, et ne peut parvenir à se rendre maître de l'hémorrhagie. Enfin, fatigué de cette lutte continuelle, il envoie chercher l'interne de garde pour venir le remplacer. Arrivé près de la malade, nous avons appliqué sur la plaie un gâteau de charpie imbibé d'eau vinaigrée ; nous avons placé par-dessus une grande quantité de charpie, des compresses, puis, avec une bande de douze mètres, nous avons pu faire une compression suffisante pour arrêter l'hémorrhagie, et incapable de comprimer les voies aériennes. En effet, nous avons appliqué la bande, de manière à lui faire décrire des 8 de chiffre qui s'entrecroisent sur la partie postérieure du cou en passant alternativement par le front, les épaules et la partie supérieure du thorax. De cette manière, on peut établir une compression très puissante qui n'a d'autre inconvénient que la gêne qu'elle fait éprouver au patient par l'impossibilité de mouvoir la tête ; mais qui laisse libre le passage de l'air dans les organes respiratoires, et ne peut troubler la circulation de la tête en comprimant ses vaisseaux. Nous avons pu, par ce moyen, arrêter l'hémorrhagie qui ne s'est plus renouvelée depuis. Si elle avait résisté à cette compression, nous étions décidé à inciser le pont compris entre les deux ouvertures, à pratiquer la ligature dss petits vaisseaux si on avait pu les saisir, et, en cas d'insuccès, il nous aurait resté deux choses à faire : 1° Appliquer des astringents, des liquides caustiques sur les parties dénudées, puis comprimer comme nous l'avons dit tout à l'heure ; 2° comme dernier moyen, cautériser la plaie avec un fer chauffé à blanc.

Le 11, on lève l'appareil ; la suppuration a détaché les boulettes de charpie ; on les enlève, on nettoie la plaie, et on fait un pansement simple.

Le 15, la malade n'a pas encore recouvré ses forces, épuisées par la longueur de la maladie et surtout par la quantité de sang qu'elle a perdue dans son accident ; mais elle ne se plaint plus de la tête, et la vision s'est beaucoup améliorée.

Le 25, elle quitte le service ; elle est très faible, mélancolique ; elle éprouve souvent des nausées. Quant à l'amaurose, elle a complétement disparu, et la vue n'est plus troublée par aucun des symptômes dont nous avons parlé. A. T.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. (Mai 1844)

Considérations sur quelques points particuliers de la diathèse tuberculeuse ; par M. THIRIAL.

Le chapitre des affections tuberculeuses latentes, dit l'auteur, constitue certainement un des chapitres les plus intéressants de la médecine pratique. Malgré les progrès incontestables de la physiologie pathologique, et surtout malgré les merveilleux secours fournis par les nouveaux procédés d'exploration dus à notre époque, il faut pourtant convenir que le diagnostic de ces maladies laisse encore quelquefois beaucoup à désirer. Ainsi, il n'est pas très rare de voir commettre, sous ce rapport, des erreurs de diagnostic que, de prime abord, on pourrait croire impossibles En ce genre, l'erreur la plus commune et la plus facile, c'est de méconnaître complétement, ou plutôt de ne pas soupçonner l'existence des tubercules, soit par l'absence totale de troubles fonctionnels, soit par le manque de signes suffisants. Mais il y a plus, si la maladie, de latente qu'elle était, vient à prendre tout à coup une marche aiguë, il lui arrive alors de revêtir quelquefois une certaine apparence phénoménale qui tend à la faire confondre avec d'autres affections, dont elle semble le plus éloignée par le fond de sa nature. C'est un cas fort intéressant de ce genre que rapporte M. Thirial.

Un homme de trente ans se présente, vers le 20 mars 1838, à la consultation publique de l'hôpital de la Charité ; c'est un professeur de mathématiques, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux. Son air est assez misérable, et il paraît avoir souffert au physique comme au moral. Par suite de l'émotion qu'il éprouve, il rend assez mal compte de l'état actuel ds sa santé ; et comme d'ailleurs on procède à son interrogatoire d'une manière rapide et superficielle, on croit avoir entendu que ce malade accuse une diarrhée datant de quelque temps, et on lui prescrit la diète, et l'usage du diascordium à la dose d'un gros par jour. Au bout de quelques jours de ce traitement, le malade n'allant pas mieux, se représente à la consulta-

---

vais avoir l'honneur de transmettre à Votre Excellence.

Le comité du *Staatsexamen* (*Ober-Examinations-Commission*) a son siége à Berlin. Il est renouvelé annuellement ou tous les deux ans.

Sont admis à subir les épreuves du *Staatsexamen* :

1° Les docteurs (*rite promoti*) ; 2° les chirurgiens munis de certificats attestant qu'ils ont fait, pendant trois ans, des études médico-chirurgicales, ou qu'ils ont, pendant deux ans, suivi des cours de médecine et de chirurgie dans une faculté et qu'ils ont, en outre, servi deux ans comme aides chirurgiens dans la pratique civile ou dans l'ordre militaire ; 3° les pharmaciens qui ont servi comme aides, au moins pendant trois ans, et qui ont, durant deux semestres, fréquenté les cours universitaires de botanique, de chimie, de physique, de pharmacie de pharmacologie.

Les candidats ayant l'intention de subir le *Staatsexamen* en adressent la demande au ministre. A cette demande les docteurs joignent quinze exemplaires de leur dissertation inaugurale et une copie de leur diplôme ; les chirurgiens et les pharmaciens, leurs certificats d'etudes et leur biographie.

Le *Staatsexamen* a lieu tous les ans ; il commence au mois de novembre. Tout docteur qui veut obtenir le droit de pratiquer en même temps la médecine et la chirurgie, doit se soumettre aux examens d'anatomie, de médecine opératoire, de clinique médicale, de clinique chirurgicale et à une épreuve orale sur toutes les branches de l'art de guérir. Tout docteur qui ne prétend qu'au droit de traiter les maladies internes, est obligé de subir les examens d'anatomie, de clinique chirurgicale (pour le diagnostic et le traitement interne des maladies chirurgicales), et une épreuve orale. Les candidats qui aspirent au grade de chirurgiens de première classe, sont examinés en langue allemande, sur l'anatomie, sur la clinique chirurgicale (opérations), et la clinique médicale.

Examen d'anatomie. — Cet examen consiste, 1° en une démonstration faite sur le cadavre (forme, rapport, situation d'une cavité splanchnique et des viscères qui s'y trouvent); 2° en une préparation anatomique ; 3° en une leçon publique sur un objet d'ostéologie, de splanchnologie, de névrologie ou d'angiologie. Toutes ces questions sont tirées au sort.

Les examinateurs consignent dans un procès-verbal le résultat de chacune des épreuves. Le candidat qui n'a pas répondu d'une manière satisfaisante aux questions proposées, est renvoyé à un autre terme.

Examen de médecine opératoire. — Cet examen se compose, 1° d'une épreuve écrite, accompagnée d'une démonstration sur le cadavre ; 2° d'une épreuve orale sur les différentes méthodes opératoires, adoptées dans le traitement d'une maladie chirurgicale donnée (ces méthodes doivent être mises en pratique sur le cadavre) ; 3° d'une leçon sur les fractures et les luxations, suivie de l'application des appareils en usage.

Examen de clinique médicale. — Le candidat se rend dans l'hôpital de la Charité, où il reçoit deux malades à examiner en présence de deux membres du jury. Il doit exposer nettement ses opinions relativement au diagnostic, à l'étiologie, au pronostic et au traitement de la maladie. Après cela, il est enfermé dans une salle particulière, où il met par écrit les observations qu'il a faites sur les deux malades soumis à son examen. Le candidat doit visiter ses malades deux fois par jour, et noter, sur son journal de clinique, tous les phénomènes qu'il observe. Les examinateurs interrogent le candidat, au moins trois fois par semaine, au lit du malade, revoient et signent le journal de clinique. Il leur est imposé l'obligation de s'assurer s'il possède les connaissances nécessaires dans l'art de formuler et de doser les médicaments.

L'examen pour les aspirants au grade de chirurgien de 1re classe est le même que pour les docteurs, avec cette différence que les docteurs répondent en latin, tandis que les aspirants au grade de chirurgien de 1re classe répondent en allemand.

L'examen de clinique médicale dure quatorze jours pour chaque candidat. Il peut, dans certains cas, se prolonger jusqu'à trois semaines. Les candidats admis à subir ensemble cet examen, ne doivent pas dépasser le nombre de douze.

Examen de clinique chirurgicale. — Chaque candidat reçoit, comme pour l'examen précédent, deux malades à examiner et à traiter en présence de deux membres du jury. Il est également astreint à tenir un journal régulier dans lequel il inscrit ses observations. Cet examen dure quinze jours pour les médecins qui désirent en même temps obtenir le droit d'exercer la chirurgie et recevoir le titre d'*opérateur*. Il n'est que de huit jours pour ceux qui veulent se borner à l'exercice de la médecine interne. Dans ce cas le candidat est dispensé de faire preuve de connaissances relatives aux opérations chirurgicales, et les questions qui lui sont proposées ont une portée plutôt théorique que pratique.

Epreuve orale et finale. — Les membres du jury sont, pour cette épreuve solennelle, au nombre de huit : deux pour la médecine pratique, deux pour la chirurgie, deux pour la médecine théorique et deux pour les sciences naturelles. A ce nombre il faut encore ajouter deux pharmaciens appelés à interroger les candidats qui se destinent exclusivement à l'exercice de la pharmacie.

Les docteurs en médecine et en chirurgie (médico-chirurgiens gradués), qui veulent exercer l'art de guérir dans toute son étendue sont interrogés, non seulement sur les objets de médecine et de chirurgie pratiques, mais encore sur toutes les sciences accessoires. Ils doivent être tout à la fois savants et praticiens ; réunir, en un mot, la théorie et la pratique.

Quant aux chirurgiens de 1re classe (médico-chirurgiens non gradués), on n'exige d'eux que des connaissances pratiques en médecine et en chirurgie. Ce sont là, non plus des savants, mais des praticiens.

Les médico-chirurgiens gradués sont interrogés par cinq examinateurs, et les chirurgiens de première classe par quatre seulement. Le jury ne peut admettre à l'épreuve orale que trois candidats à la fois, dont chacun est interrogé pendant trois quarts d'heure.

Après avoir réuni tous les procès-verbaux, les examinateurs arrêtent, d'après cet ensemble de documents, leur jugement sur la capacité et le savoir de chacun des candidats.

Les aspirants au grade de pharmaciens de 1re classe sont également examinés par le comité supérieur du *Staatsexamen*. Mais ils n'ont que deux épreuves à subir ; l'une a pour objet la chimie, la botanique, les manipulations pharmaceutiques, la toxicologie, la médecine légale et l'analyse chimique ; l'autre, tout orale, porte sur l'ensemble des connaissances nécessaires à la pratique de la pharmacie.

Examen exigé pour le physicat (fonction de médecin inspecteur cantonnal). — Cet examen consiste en un certain nombre de dissertations sur des sujets de médecine légale donnés de trois à six mois d'avance, à faire une autopsie judiciaire selon toutes les formalités en usage, à reconnaître des drogues falsifiées, enfin, à être interrogé par trois examinateurs sur toutes les sciences qui ont rapport à l'hygiène publique.

Cet examen se passe à Berlin devant le conseil médical supérieur, ou en province devant un jury spécialement désigné par le ministre.

Le comité supérieur du *Staatsexamen*, a, comme j'ai eu l'honneur de le dire, son siége dans la capitale du royaume. Cependant, pour éviter des frais de voyage aux candidats pauvres, le ministre nomme aussi, dans quelques villes de province, des jurys spécialement délégués pour le *Staatsexamen*. Ces villes sont Coblentz, Breslau, Kœnigsberg et Greifswald. *(La suite à un prochain numéro.)*

Conférences pratiques sur les maladies des yeux ;
Par le docteur S. FURNARY.

Ces conférences seront consacrées, 1° à l'ophthalmoscopie, ou à l'examen des affections oculaires ; 2° au diagnostic différentiel et aux moyens prophylactiques et thérapeutiques ; 3° au manuel opératoire sur les animaux vivants et sur l'ophthalmophantôme de l'auteur.

L'ouverture de ces conférences aura lieu le mercredi 15 mai 1844, à deux heures ; elles seront continuées les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. — On s'inscrit chez le concierge du Dispensaire ophthalmique, rue Chanoinesse 8, près l'Hôtel-Dieu.

tion, et l'on reconnalt qu'il y a eu méprise, et qu'au lieu de diarrhée, il présente une langue sale et limoneuse, de l'anorexie, un sentiment de malaise dans les organes digestifs, un peu de fièvro, et une notable altération des traits. Il entre dans une des salles de la Charité. Le lendemain à la visite, outre les phénomènes énumérés plus haut, on constate qu'il a des épistaxis depuis plusieurs jours; du reste, la poitrine n'offre à la percussion ni à l'auscultation aucune particularité digne d'être notée. Pendant plusicurs jours, limonade et bains. Après une huitaine de ce traitement, le malade dit se trouver mieux; on lui accorde successivement le quart, la demie et les trois quarts d'aliments. Quinze jours s'étaient écoulés de la sorte, quand tout à coup la scène change, et cet état, jusqu'ici vague et incertain, se dessine d'une manière plus marquée. Toux intense, avec râle muqueux et sibilant dans les deux côtés du thorax; les épistaxis reparaissent et se renouvellent chaque matin; le malade est comme frappé de terreur, sa physionomie exprime la plus vive anxiété. Le mot de fièvre typhoïde est indiscrètement prononcé autour de son lit; aussitôt le voilà qui se croit atteint de cette maladie. Du reste, pas de diarrhée, au contraire constipation; il n'y a ni douleur à la pression, ni gargouillement dans la région iléo-cœcale; il existe seulement un très léger ballonnement du ventre. Le lendemain, la frayeur de la fièvre typhoïde ayant disparu, a été remplacée par une autre. C'est un crachat qui est monté, dit-il, jusqu'à l'entrée du larynx et qui y reste fortement adhérent, et dont, malgré ses efforts continuels, il ne peut réussir à amener l'expulsion. En même temps il dit sentir un besoin fréquent de tousser, mais n'en avoir pas la force. Son agitatioo est extrême; ses mâchoires sont tremblantes. Le pouls est assez fréquent, un peu serré, mais sans chaleur bien notable à la peau.

En face de cet ensemble de symptômes, les avis furent très divers sur le diagnostic. Le chef de service, sans vouloir être trop affirmatif, penchait pour un début de méningite d'une forme particulière. Des jeunes médecins, qui suivaient la visite, croient à l'existence d'une fièvre typhoïde à forme nerveuse; l'auteur de cet article parla d'un état hypochondriaque avec éréthisme nerveux très prononcé. (Ventouses scarifiées au niveau des apophyses mastoïdes; boissons tempérantes.)

Le quatrième jour on constate un épanchement dans la cavité péritonéale qui étonne et embarrasse de plus en plus.

Le sixième jour, l'état général s'est aggravé; le malade se préoccupe toujours du crachat à la gorge qui devait l'étouffer infailliblement. Expectoration assez abondante, formée de crachats muqueux, d'une couleur jaune-verdâtre, sans dyspnée bien notable. Profonde tristesse. Le soir du septième jour le malade expira sans avoir présenté rien de particulier, et en conservant la connaissance jusqu'à ses derniers moments.

Autopsie 36 heures après la mort. — 1° Dans la cavité péritonéale; plusieurs pintes de sérosité citrine, transparente. Grand épiploon rouge et criblé de granulations miliaires. Rate à l'intérieur et à l'extérieur parsemée d'une grande quantité de granulations blanchâtres, de la grosseur d'un grain de chenevis, ayant toute l'apparence de la matière tuberculeuse à son premier degré. On en trouva également dans le parenchyme du foie. Estomac et intestins dans un état parfait d'intégrité. Rien dans le cœur et dans le péricarde. Les deux poumons criblés de myriades de petites granulations. Masse tuberculeuse du volume d'un petit œuf de poule, siégeant vers la partie latérale droite et un peu postérieure de la trachée artère, à l'endroit même où le malade accusait la sensation d'un crachat arrêté. Rien dans le cerveau.

Dans le cas qui nous occupe, dit l'auteur, la diathèse tuberculeuse s'était développée chez un individu très-nerveux, sensible et impressionnable à l'excès. Voilà une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue. Quand la maladie aiguë vint à éclater, elle trouva ce malheureux dans l'isolement et l'abandon, au milieu d'un hôpital, où il était entré avec répugnance, et où il restait à son grand regret. De prime abord, cet homme, d'un naturel pusillanime, et d'une constitution affaiblie par la misère et les privations, venant à entendre un nom de maladie qu'il redoutait beaucoup, fut frappé d'une terreur extrême, il se crut voué à une mort certaine; et bientôt la tristesse, le découragement le précipitèrent dans une véritable prostration physique et morale. Il en résulta que ce tuberculeux, sans avoir traversé la période de ramollissement, de consomption et de fièvre hectique, était arrivé en quelques jours au bout de ses forces; l'activité nerveuse était épuisée avant la vie végétative. Ainsi, il nous paraît que ce malade succomba, non pas à une phthisie proprement dite, mais à un état d'adynamie ou de prostration nerveuse, lié à une diathèse tuberculeuse aiguë.

Mémoire sur quatre cas de guérison de phthisie pulmonaire, et sur l'antagonisme entre la fièvre intermittente et quelques autres maladies; par L. de Crozant.

Ce travail, comme son titre l'indique, est l'exposé de quatre cas de guérison de phthisie confirmée, guérisons obtenues sans l'emploi d'aucun traitement actif, sans qu'aucun soin hygiénique ait été commandé; guérisons opérées dans un pays humide, malsain, en proie aux fièvres intermittentes paludéennes, sur le bord d'une rivière, au milieu de terrains bas et marécageux.

Statistique des affections cancéreuses; par M. Tanchou.
(Académie des sciences, 6 mai.)

Le nombre des cancers augmente d'année en année.

En Angleterre, M. Faar en signale: 2,448 pour 1838,
et 2,691 — 1839.

A Berlin, en 1826, on avait déjà fait la même remarque.

D'après un ouvrage que M. Tanchou vient de publier sur les affections cancéreuses, on trouve sur les registres de l'état-civil du département de la Seine,

Qu'en 1830, 668 personnes ont succombé au cancer, c'est-à-dire, 1,96 sur les décès.
En 1840, 889 ou 2,40 pour 0/0.

La cause de cette maladie paraît être la civilisation.

Ce qui tend à le prouver, c'est qu'elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes; c'est qu'elle est presqu'inconnue en Amérique et en Afrique. En Egypte, on la trouve sur les femmes turques et nullement chez les fellahs. De plus, cette maladie n'est pas rare sur les animaux domestiques et ceux de nos ménageries, tandis qu'il est encore sans exemple que le cancer se soit développé sur les animaux à l'état sauvage.

A Paris (ville), il y en a 2,54 sur les décès;
Dans les environs seulement, 1,63 pour 0/0.

Sur 9,118 décès causés par le cancer, il y avait : 6,967 femmes, et 2,161 hommes.

En Angleterre, sur 5,139 décès, il y avait : 3,859 femmes, et 1,220 hommes.

C'est de quarante à soixante-dix ans que cette maladie est surtout fréquente.

Chez la femme, le sein; chez l'homme, l'estomac, en sont le plus souvent affectés.

Le traitement de cette maladie est nul à notre époque. Les chirurgiens opèrent, et aux malades qui refusent l'opération, ils répondent : *Il n'y a rien à faire.* Cependant tous sont d'accord que l'opération ne guérit pas; elle ne prolonge même pas la vie. En voici la preuve :

D'après un relevé qui a été adressé à l'Académie par M. Le Roy-d'Etiolles, il résulte que sur 1,192 malades qui n'ont pas été opérés, 18 ont vécu plus de trente ans après l'invasion de la maladie; tandis que sur 801 opérés, 4 seulement ont vécu le même laps de temps.

Ont vécu de vingt à trente ans après le développement de la maladie, 18 opérés, 34 non opérés;

De six à vingt ans, 88 opérés, 228 qui n'avaient subi aucune opération,

D'après cet exposé, M. Tanchou pense qu'il est urgent :

1° Que les médecins s'occupent sérieusement des affections cancéreuses;

2° De traiter médicalement les malades avant de les soumettre à une opération;

3° De ne pratiquer celle-ci que pour des cas rebelles, et lorsque les autres moyens thérapeutiques sont épuisés.

Pommade mercurielle belladonée.

Pr. Pommade mercurielle double,	30 grammes.
Extrait de belladone,	4
Extrait aqueux d'opium,	1
Baume du Pérou liquide.	Q. S.

M. et F. S. A. une pommade de consistance moyenne et d'une parfaite homogénéité.

Cette préparation, dont la formule est due à M. le docteur P. de Mignot, trouve son indication dans les cas de tumeurs hémorrhoïdales, dont elle calme les douleurs avec beaucoup de succès.

On en fait des applications plus ou moins nombreuses, suivant les cas.

La dose à laquelle elle doit être employée varie nécessairement en raison du volume des tumeurs, à la surface desquelles elle doit être appliquée.

Aux médecins récemment nommés membres de la Légion-d'Honneur, il faut ajouter : MM. Longet, Lesauvage (de Caen) et Roger.

— M. Le Roy-d'Etiolles commencera un cours public et gratuit d'uropathie (maladies urinaires), le mercredi 22 mai à quatre heures, et le continuera les mercredis suivants dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole-Pratique.

L'administration du *Journal des Conteurs* a eu l'originale idée de donner des primes médicales pour faire adopter aux familles des médecins ce charmant journal littéraire. Joindre l'utile à l'agréable, c'est un grand moyen de succès.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 56. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 13 MAI 1844.

Nous nous proposions — et nos lecteurs ne l'ont peut-être pas oublié — d'indiquer les conditions nécessaires, à notre avis, pour remplir convenablement les fonctions de doyen de la Faculté de médecine de Paris, et de passer en revue les chances diverses des aspirants à la succession de M. Orfila, dans le cas où le doyen actuel quitterait le pouvoir. Une circonstance sérieuse nous engage à différer nos réflexions à cet égard. On nous assure que M. Orfila a cru ne pas devoir laisser sans réponse les articles que nous avons publiés, et que, très prochainement, une brochure va paraître dans laquelle nous allons être accablés, disent ses amis, sous le poids d'une réfutation complète et péremptoire.

Sans nous émouvoir autrement de cette annonce, nous croyons cependant que les convenances, la justice, la loyauté nous font un devoir d'attendre la réponse. Avant d'aller plus loin, nous avons intérêt à savoir si, en parlant des bruits de la retraite prochaine de M. Orfila, nous avons raisonné par hypothèse. Or, personne mieux que lui ne pourra nous édifier à cet égard. Sa réponse, indépendamment de l'appréciation des faits accomplis, ne peut être qu'un testament ou un programme; elle ne peut, dans tous les cas, se borner à n'être qu'une justification. En tout état de cause, M. Orfila n'a qu'à gagner à parler ouvertement et sans détour au public qui, après tout, est aussi bien notre juge que le sien. A ce sujet, nous regrettons que M. Orfila n'ait pas voulu confier sa réponse au journal même qui l'a provoquée. Si c'est crainte ou méfiance à notre égard, cette appréhension a été très mal fondée. Nous ne sommes pas de ceux qui reculent devant une réponse d'adversaires, qui la tronquent, la mutilent ou la suppriment. Quelle qu'elle eût été, nous l'aurions insérée, sauf notre droit d'examen, d'appréciation et de critique que M. Orfila ne peut avoir la prétention de nous ôter. Mais il en appelle à une autre publicité qu'il croit plus fructueuse à ses intérêts, c'est son affaire et non la nôtre; l'essentiel pour lui est de prouver qu'il a eu raison de répondre.

Quant à nous, qui, évidemment sans haine et sans passion, avons dit ce que nous croyons la vérité, nous sommes prêt à reconnaître sans répugnance nos erreurs, si M. Orfila démontre que nous en avons commis. Mais si cette démonstration n'était ni rigoureuse, ni complète, nous n'hésiterions pas à persister dans toutes nos opinions. Calme ou passionnée, modérée ou furieuse, injurieuse ou polie, la réponse de M. Orfila ne nous fera rien perdre de notre réserve et de notre décence, elle n'affaiblira pas non plus nos fermes intentions de justice et nos vivaces instincts de vérité. Que d'autres se fassent de la presse un instrument de scandale ou d'oppression, nous n'en voulons, nous, que comme moyen d'enseignement. Cet enseignement peut se faire aussi bien par l'appréciation des hommes que par celle des institutions, et tel est le motif qui nous porta vers l'examen impartial des actes de M. Orfila et de son influence.

Il paraît, du reste, malgré les officieux avis que nous recevions journellement, que c'est à la publicité que M. Orfila seulement en appelle. Nous avons été témoin depuis peu, de tant d'extravagances, que cette détermination peut être signalée. Il est vrai qu'il eût été difficile d'avoir recours à une autre juridiction; disons même que cela eût été imprudent. Mais ce bon exemple n'en doit pas moins être signalé, ne serait-ce que pour épargner à quelques-uns d'amères déceptions, et à tous d'affligeants scandales.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur la plessimétrie. (Deuxième leçon.)

M. Piorry a commencé par le poumon l'étude de la percussion appliquée à chaque organe en particulier. C'est par la percussion du poumon, en effet, que doit toujours commencer cet examen; car c'est le son produit par cet organe qui est pris comme type ou comme terme de comparaison pour apprécier les sons fournis par les autres organes.

Les poumons, composés, comme on le sait, du volume de 19/20 d'air et de 1/20 de parties solides qui en forment la texture, remplissent la cavité thoracique. Ils descendent plus bas en arrière que sur les côtés et en avant; le poumon droit a moins de hauteur, et est plus large que le gauche. Leur sommet s'élève au-dessus de la clavicule de 25 à 30 millim., et s'étend jusque dans la racine du cou. Leur base, légèrement concave et oblique en bas et en dehors, repose sur la face supérieure du diaphragme; elle se termine sur les côtés et en arrière par une petite lame mince qui est située entre la courbure du diaphragme et les parois costales. Cette lame ne remplit pas toujours l'espace compris entre la plèvre costale et la plèvre diaphragmatique. Il arrive assez souvent que ces deux feuillets séreux sont immédiatement en contact. Voici, en d'autres termes, quelle est la disposition exacte du bord inférieur des deux poumons. Le bord du poumon droit est indiqué par une ligne assez régulièrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, qui répond successivement au cartilage de la sixième côte, à la septième, près de son extrémité antérieure, à la huitième, à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, à la neuvième dans son tiers postérieur, et à la dixième près de son extrémité vertébrale.

Le bord inférieur du poumon gauche suit une ligne presque horizontale, au niveau de la cinquième côte. A 50 millimètres du sternum, il devient vertical jusqu'à la septième côte; il est ensuite oblique comme à droite, et plonge un peu au-dessous de la dixième côte.

Mais la cavité thoracique renferme d'autres organes, le cœur et le péricarde, l'aorte et les gros vaisseaux, la trachée, les bronches et l'œsophage, situés sur la ligne médiane entre les deux poumons. Il est de la plus haute importance de connaître d'une manière exacte les rapports de ces différentes parties, afin de savoir avec quel degré d'énergie on devra percuter chacun des différents points de la cage thoracique pour retirer de ce mode d'exploration tous les avantages que l'on peut en attendre. Les rapports des poumons ne se bornent pas aux organes contenus dans la poitrine; ils en ont encore de plus ou moins étendus avec les viscères de l'abdomen, avec le foie, la rate, l'estomac et les reins. La connaissance de ces rapports ressortira naturellement de l'exposition des règles que nous allons poser pour la percussion des différentes régions de la poitrine.

Règles générales de la percussion de la poitrine.—Pour procéder à la percussion de la poitrine on devra choisir une position convenable, afin de n'être pas gêné dans cette opération. Le médecin devra se placer à la droite du malade pour examiner le côté gauche, et à gauche pour l'examen du côté droit. Le malade devra être assis devant le médecin ou couché alternativement sur chacun des côtés, suivant la partie qui devra être examinée. En général, il devra être dépouillé de tout vêtement, d'abord parce que l'exploration en sera rendue beaucoup plus facile et parce que cela permettra de tracer des lignes à l'encre pour la circonscription des organes délimités et comme moyen de repère (1). Cependant on pourra, suivant la nécessité, conserver des vêtements légers. Comme certaines parties de la cage thoracique sont recouvertes de muscles épais, il faut commencer par mettre ces muscles dans le relâchement, de manière que le plessimètre puisse les déprimer aisément et s'appliquer exactement sur les parois thoraciques, et que les tissus qui séparent ces parois des organes que l'on veut explorer soient réduits à la plus petite épaisseur possible. On agira de même dans le cas d'œdème de ces parois. Dans les cas où par suite d'une maigreur extrême les espaces intercostaux se trouvent très déprimés, on a reproché au plessimètre de ne pouvoir point s'adapter facilement à ces espaces et de laisser entre la paroi et cet instrument un intervalle vide qui doit modifier et altérer les résultats de la percussion. Il est facile d'obvier à cet inconvénient à l'aide de l'artifice suivant : au lieu de saisir l'instrument par ses deux côtés, on le tiendra par un côté seulement et on l'appliquera obliquement dans l'intervalle intercostal. Du reste, s'il n'était pas possible de l'appliquer ainsi avec assez d'exactitude, on percuterait de préférence sur la saillie même des côtes, ce qui dans le plus grand nombre des cas suffira. On devra examiner séparément chacun des points de la poitrine par une percussion légère d'abord, puis par une percussion profonde, de manière à juger de l'état d'épaisseur des organes. On ne devra non plus jamais omettre de percuter comparativement les points correspondants des deux poumons, et cela en ayant soin de les frapper avec la même force, sous un même angle et dans des positions tout à fait semblables, car sans ces précautions on obtiendrait des sons inégaux qui seraient dus soit à la différence de l'angle d'incidence de la main qui percute, soit à la distance, soit à l'intensité de la percussion. Enfin une dernière précaution à prendre consiste à faire faire au malade

(1) Un jeune élève en médecine grec, M. Pyrlas, vient d'imaginer des crayons particuliers qu'il nomme *dermographiques* (Nous en avons déjà parlé dans ce journal.), propres à faciliter les opérations plessimétriques et qui seront substitués avec avantage à l'encre et au nitrate d'argent. En voici la formule :

Axonge, 1; thérébentine de Venise, 2; cire, 3; noir de fumée, quantité suffisante. Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule en y ajoutant petit à petit le noir de fumée jusqu'à consistance peu molle. Ensuite tirez le tout du feu et agitez toujours jusqu'au refroidissement. Donnez à la masse la forme de crayons.

Ces crayons sont maintenant adoptés dans le service de M. Piorry.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Grand combat entre les saignées coup sur coup et les saignées modérées. — Une argumentation qui a eu des suites. — Le prix Itard à l'Académie. — Une réclamation pour la Belgique. — Guerre des encyclopédistes contre les spécialistes.

Voici un fait dont la muse du *Lutrin* et de *Vert-Vert* s'emparerait à coup sûr si nous avions encore des poètes qui sussent rire. Il y a, comme on sait, deux professeurs de clinique médicale à l'hôpital de la Charité. L'un jeune, ardent, à convictions énergiques et employant sur quelques maladies aiguës une thérapeutique active et bien connue. L'autre ayant sur son collègue le privilège de l'âge, très calme, ayant passé par toutes les déceptions des théories et des systèmes, et ne faisant usage que d'une thérapeutique modérée. Chacun de ces professeurs a ses partisans et ses élèves, qui discutent sur les avantages relatifs des deux méthodes. Mais ils ont aussi chacun un infirmier; ces infirmiers se sont avisés de juger aussi la question à leur manière. Entre gens qui savent vivre, entre élèves, la discussion ne franchit jamais certaines limites; mais entre infirmiers c'est autre chose, comme on va le voir. Or donc l'infirmier des *saignées coup sur coup* provoqua l'infirmier des *saignées modérées* en lui reprochant le nombre de ses morts. Celui-ci riposta par un argument semblable.— Nos succès sont connus. — Les nôtres sont célèbres. — Oui, dans la salle aux autopsies.— Et les vôtres à Clamart.— Vous n'êtes que des ânes.— Et vous des égorgeurs. Et d'injures en injures ils en vinrent aux coups, pif, paf, horions d'un côté, horions de l'autre, et si bien que les saignées coup sur coup restèrent sur le carreau et que leur valeureux champion gisant aujourd'hui dans un service de chirurgie pour une fracture de clavicule, réclame héroïquement, comme s'il s'agissait d'une pneumonie, l'emploi de la formule de son chef.

A part l'argument sur la clavicule qui me paraît un peu trop rude, j'aime autant cette discussion que tant d'autres où les argumentateurs n'apportent ni la même franchise, ni les mêmes convictions. Le concours actuel pour l'agrégation, section de médecine, pourrait fournir un beau thème à ceux qui veulent dans les concours indépendance et sincérité de la part des concurrents, neutralité de la part des juges. Ce qui se passe dans celui-ci serait bien fait pour dégoûter profondément des concours, si le principe de cette institution ne renfermait les éléments nécessaires pour lutter contre les applications vicieuses et même scandaleuses qu'on en fait. De la part d'un juge on n'a jamais vu une telle exigence et de pareilles prétentions, de la part des candidats jamais pareille prosternation devant des opinions qu'ils ne partagent pas. On a vu un candidat publier un livre au commencement de ce concours et contredire, démentir dans sa thèse ce qu'un mois auparavant il avait écrit dans ce livre. Pourquoi ce changement subit, que s'était-il passé dans la science, qui eût pu modifier si brusquement des opinions qui semblaient arrêtées? Rien si ce n'est la présence d'un juge dans le concours. — Du reste, cette faiblesse a été chèrement payée. L'argumentation de cette thèse a provoqué une des scènes les plus vives et les plus chaudes qu'on ait vues à l'Ecole, et le candidat est descendu tant soit peu meurtri de cette chaire où il n'aurait dû monter qu'avec son indépendance et le courage de ses opinions.

A l'Académie de médecine, on parle d'un comité secret fort orageux qui a eu lieu mardi dernier. Il s'agissait du rapport de la commission sur le prix Itard. On sait que, d'après les intentions du testateur, l'Académie doit décerner, tous les trois ans, un prix de 3.000 francs à l'auteur de l'ouvrage qui aura fait faire le plus de progrès à l'art de guérir, c'est à-dire à la thérapeutique. C'est ce prix que, pour la première fois, l'Académie est appelée à décerner. Il faut avouer d'abord que c'est là une rude besogne. Dans l'état actuel des esprits en médecine, et aussi dans l'état actuel de la science, un jugement à porter sur le meilleur ouvrage, au milieu des publications innombrables qui surgissent, appartenant à toutes les idées, à toutes les opinions, à toutes les écoles, est une tâche hérisée de nombreuses difficultés. Rien d'étonnant qu'une discussion se soit élevée à cet égard, et, quelles qu'eussent été les conclusions de la commission, on pouvait inévitablement s'attendre à des récriminations. Si je suis bien renseigné, la commission propose d'accorder le prix à l'ouvrage de M. Grisolles sur la pneumonie. Comme on devait s'y attendre, et comme cela serait certainement arrivé pour tout autre ouvrage, cette décision a trouvé ses partisans et ses adversaires. La discussion, qui a été très animée, n'est pas encore close, et le vote a été ajourné.

Je trouve ce qui suit dans le Bulletin du mois de février de la *Société de médecine de Gand.* Un sentiment de justice que l'on comprendra me fait un devoir de le reproduire :

« On lit dans un des derniers feuilletons de la *Gazette des Hôpitaux* : « La Belgique, nous le savons tous, et messieurs les libraires » le savent encore mieux que nous, a une tendance irrésistible à *imi-* » *ter* — le mot est parlementaire — tout ce que fait sa chère sœur la » France. »

» L'auteur de l'écrit auquel nous empruntons cet extrait — que rapporte aussi la *Gazette médicale belge* — à propos de l'Académie de médecine, a parfaitement raison. Oui, le spirituel feuilletoniste de Paris a raison de flétrir une tendance que nous flétrissons aussi avec toute l'énergie dont nous sommes capable, une tendance qui tue notre littérature, qui fausse nos idées, qui déshonore la Belgique, mise en cause pour ses réimpressions organisées en système de commerce. Il y a de l'entrain dans ces choses-là; c'est une contagion qui se gagne et se propage. Voyez plutôt la Hollande, qui reproduit les ouvrages italiens, anglais et allemands. — Du vol de la lettre matérielle au vol des idées, il n'y a qu'un pas; l'un vient à l'aide de l'autre. Aussi, au temps où nous vivons, quel scandaleux pillage de la pensée, et cela avec un laisser-aller, une effronterie, une audace de Forban! — Or, ce que dit Jean Raimond est mérité, oui, bien mérité; ce qui plus est, ce pillage, autorisé peut-être en droit, mais condamné en morale, doit disparaître sous les coups d'une juste et persévérante critique.

» Une observation cependant. Remercions le confrère d'un reproche que nous avons trouvé exprimé avec modération et courtoisie, mais que ne sauraient accepter ceux qui ne le méritent pas. Tout un pays

de profondes inspirations afin de pouvoir juger du degré de perméabilité des poumons par l'augmentation de sonoréité qui en résulte.

Percussion de la paroi antérieure de la poitrine. — On a divisé la région antérieure de la poitrine en cinq régions, qui sont : la région sternale, sus-claviculaire, claviculaire, sous-claviculaire et mammaire. Nous n'examinerons pas la percussion suivant cet ordre. Cette manière aurait plus d'un inconvénient. Nous devons procéder tout autrement, et donner des règles qui puissent nous faire reconnaître l'état du poumon considéré dans son ensemble, comme dans chacune de ses parties. Voici donc les règles qu'il convient de suivre dans cette exploration. De l'extrémité externe de la clavicule on tirera une première ligne qui descendra parallèlement à l'axe du corps jusque sur l'os coxal. Une seconde ligne partira de la portion moyenne de la clavicule et descendra vers l'abdomen. Une troisième, parallèle aux deux autres, sera tirée de l'extrémité interne de la clavicule. Enfin on peut en tirer une quatrième, médiane, qui se confondra avec l'axe du corps. De plus, on fera passer une première ligne horizontale au-dessous du bord inférieur de la clavicule, une deuxième au niveau du bord supérieur du foie; et pour le côté gauche, une troisième au niveau de la base du cœur. Ces nouvelles lignes couperont perpendiculairement les précédentes. Nous allons examiner successivement quels sont les sons que donne la percussion sur chacune de ces différentes régions, et les organes auxquels ces sons correspondent. Nous commencerons par la percussion de la région sus-claviculaire et claviculaire auxquelles ces lignes ne sont pas applicables. Nous aurons le soin d'indiquer, à propos de la percussion de chacune de ces différentes lignes, la position qui devra être donnée au malade.

Nous avons déjà dit que le poumon s'élevait plus ou moins haut dans la racine du cou; ajoutons qu'il est dans ce point très accessible à nos moyens d'investigation, car la fossette sus-claviculaire est très dépressible et n'est séparée du poumon que par une couche musculaire peu épaisse. Pour percuter cette région il faut, le malade étant assis, lui faire alternativement élever et abaisser fortement le membre correspondant au côté qu'on percute, et faire incliner la tête de ce même côté. De cette manière, les muscles de la fossette sus-claviculaire sont relâchés et on peut, en les déprimant fortement avec le plessimètre, les appliquer contre le poumon. A l'aide de cette précaution on peut obtenir, par une percussion légère, un son clair qui diffère peu, le plus habituellement, du son produit dans la région sous-claviculaire. Cependant il n'est prs rare de trouver un peu plus d'obscurité du son dans ce point que dans les autres parties de la paroi antérieure de la poitrine; il faut être prévenu que le poumon subit souvent dans ce point un certain degré d'induration normale qui donne lieu à cette obscurité du son, que l'on devra bien se garder de confondre avec la matité produite par la présence des tubercules. Il est d'autant plus important de s'exercer à percuter avec soin dans ce point, et se bien tenir en garde contre la source d'erreur que nous venons de signaler, que cette région est, comme tout le monde le sait, le lieu d'élection des tubercules, et que c'est surtout dans ce point qu'on peut reconnaître de bonne heure leur existence. Pour percuter la région claviculaire on pourrait, à la rigueur, ne pas se servir du plessimètre, attendu que la clavicule peut parfaitement suppléer cet instrument et servir de corps intermédiaire. Le son de cette région est clair et analogue à celui de la région sous-claviculaire; mais il s'obscurcit un peu à mesure que l'on s'approche de l'extrémité humérale de cet os.

Examinons maintenant les résultats de la percussion en suivant les lignes fictives que nous avons tracées. Pour percuter suivant ces lignes, il faut que le malade soit assis, la poitrine nue et les bras pendants.

1° *Ligne médiane.* — La région sternale ne résonne pas à un égal degré dans toute son étendue, à moins que le cœur et ses dépendances ne se trouvent placés en-dehors du bord gauche du sternum, ce qui est infiniment rare. Hors ces cas exceptionnels, tandis que le son est très clair dans une étendue de 3, 4 ou 5 centimètres à la partie supérieure du sternum, la sonoréité s'affaiblit légèrement au niveau de la troisième et de la quatrième côte, pour s'obscurcir immédiatement après jusqu'à la base de l'appendice xiphoïde. La percussion sur cette ligne devra donc être faite, et profondément et superficiellement, sur la première partie, et légèrement sur le reste de son étendue, lorsqu'on ne voudra obtenir que le son du poumon seulement. Quant aux autres lignes, les résultats étant différents à droite et à gauche, nous devrons les examiner légèrement des deux côtés. Commençons par le côté droit.

2° *Ligne claviculaire externe droite.* — Comme le grand-pectoral peut être très épais, il faut, pour percuter au niveau de ce muscle, le mettre dans le relâchement, soit pour pouvoir le déprimer facilement avec le plessimètre, soit afin de le soulever et de percuter au-dessous de son bord inférieur. Il est quelquefois utile, dans cet examen, de recommander au malade de faire une grande inspiration pour juger comparativement de la manière dont s'exécute la respiration. On voit ici comment la percussion et l'auscultation peuvent se suppléer réciproquement. D'autres fois il faut faire exécuter une expiration prolongée, de manière à rapprocher le poumon des parois de la poitrine pour mieux juger de l'état des parties malades. Pour obtenir uniquement le son du poumon, la percussion ne doit pas être la même sur les différents points de cette ligne. En effet, le poumon, comme on le sait, recouvre inférieurement le foie. Si l'on ne tenait compte de cette circonstance importante, et que l'on percutât la base du poumon avec la même intensité que ses autres points, on serait exposé à commettre de graves erreurs en attribuant au poumon le son qui serait produit par le foie, qui est situé derrière lui. Ainsi, tandis que dans toute la partie supérieure du poumon, la percussion devra être alternativement profonde et superficielle, pour juger de l'état des parties profondes et superficielles de cet organe; elle ne devra être que superficielle seulement, et réduite même à un simple frôlement, à sa base, pour juger de l'état de la lame pulmonaire qui recouvre le foie, lame qui devient de plus en plus mince à mesure que l'on approche de son bord. Le son que l'on obtient sur cette ligne est clair et sonore par une percussion superficielle dans toute son étendue. Mais, par une percussion profonde, il n'est clair que jusqu'au niveau du bord supérieur du foie. A partir de ce point, et dans tout le reste de son étendue, il est obscur et accompagné d'un certain degré de résistance au doigt. Pour bien percuter cette ligne, il ne suffit pas de la suivre de haut en bas jusqu'à l'abdomen, il faut encore la reprendre en remontant, et par une percussion superficielle, afin de bien limiter le point où commence le poumon. C'est là une contre-épreuve indispensable, et qui met à l'abri de bien des erreurs.

3° *Ligne claviculaire moyenne droite.* — La règle à suivre pour la percussion de cette ligne et les résultats qu'elle produit, sont les mêmes que dans le cas précédent. Nous ne nous y arrêterons donc pas.

4° *Ligne claviculaire interne droite.* — Le son que donne le poumon sur cette ligne est analogue à celui que l'on rencontre sur les deux lignes précédentes, jusqu'au niveau de la troisième ou de la quatrième côte, point au niveau duquel cette ligne rencontre les cavités droites du cœur; de sorte qu'à cette hauteur, si l'on veut reconnaître l'état du poumon, il faut employer une percussion très superficielle.

Côté gauche. — Les sons que la percussion fournit du côté gauche ne sont pas les mêmes qu'à droite. En effet, la présence du cœur vient ici faire varier les résultats. Nous allons examiner ce poumon à l'aide de trois lignes verticales, comme pour le poumon droit.

1° *Ligne claviculaire externe gauche.* — Nous aurons peu de chose à dire de cette ligne, par rapport à laquelle les règles et les résultats sont analogues à ce que nous avons dit pour le côté droit, du moins pour sa partie supérieure. Dans toute cette partie supérieure, en effet, soit par une percussion profonde, soit par une percussion superficielle, on obtient toujours un son pulmonal. Mais il n'en est pas de même plus bas; à une hauteur variable, suivant les sujets, on rencontre la rate placée derrière le poumon, et dont le son, venant s'ajouter au son pulmonal, s'obscurcit si l'on percute profondément. Il faudra donc, dès que la percussion profonde aura fait reconnaitre que l'on est arrivé au niveau de la rate, percuter très superficiellement pour bien juger de son état et de ses limites inférieures.

2° *Ligne claviculaire moyenne gauche.* — Cette ligne donne dans sa partie supérieure un son analogue à celui de la ligne correspondante du côté droit; mais à sa partie inférieure on trouve d'abord la pointe du cœur, puis l'extrémité gauche du foie, quand ce viscère s'étend jusque dans l'hypochondre gauche, dont les sons viennent obscurcir le son normal du poumon. Quant à la clarté du son produit par la base du poumon gauche, loin d'être diminuée, elle est quelquefois au contraire augmentée; ce qui tient à la présence de gaz dans l'estomac, au-devant duquel se trouve cette portion du poumon.

3° *Ligne claviculaire interne gauche.* — L'étude des sons que l'on trouve sur cette ligne présente quelques difficultés à cause des organes que recouvre en ce point une couche plus ou moins épaisse de poumon. Ces organes sont, l'artère sous-clavière gauche, la crosse de l'aorte, les cavités gauches du cœur. Aussi trouvera-t-on dans l'étendue de cette ligne des nuances de son très variées. Ainsi la crosse de l'aorte donne à la percussion profonde un son mat qui pourrait en imposer pour des tubercules, si l'on ne tenait compte de ce rapport anatomique. Pour reconnaître l'état du poumon dans cette région, la percussion ne devra être exercée que superficiellement, d'autant plus qu'il faudra limiter l'endroit où cesse le poumon et où il laisse une partie de la face antérieure du cœur en contact avec les parois thoraciques.

Passons maintenant à l'examen des résultats auxquels nous conduit la percussion, suivant les lignes horizontales que nous avons indiquées.

1° *Ligne sous-claviculaire.* — A droite comme à gauche, excepté vers la ligne médiane, au niveau du sternum, où l'on trouve par la percussion profonde de la matité produite par l'origine des gros vaisseaux, la percussion, soit profonde, soit superficielle, donne le summum de sonoréité du poumon.

2° *Ligne sus-hépatique.* — A droite, la percussion de cette ligne donne de la sonoréité, sur la ligne médiane de la matité; à gauche, de la sonoréité. Il faudra donc faire usage sur cette ligne, alternativement de la percussion profonde et de la percussion superficielle.

3° *Ligne sus-cordiale.* — La percussion sur cette ligne nous révèlera, enfin, l'état des parties moyennes du poumon à la hauteur de la base du cœur.

Tel est l'ordre que l'on doit suivre pour étudier l'état de la face antérieure des poumons d'une manière méthodique. Nous répéterons encore, en terminant cette leçon, que ce n'est qu'en combinant l'emploi de la percussion profonde et de la percussion superficielle avec le plus grand soin, suivant les parties sur lesquelles on percute et les rapports anatomiques connus de ces parties, que l'on peut espérer d'atteindre le degré de certitude inhérent à cette méthode d'exploration.

La percussion de la paroi postérieure du poumon fera l'objet du prochain article.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Des cataractes.

Ainsi que nous l'avons annoncé la dernière fois, nous consacrerons quelques leçons à l'étude des cataractes pendant la saison favorable pour pratiquer les opérations qui leur conviennent.

Il y a en ce moment dans les salles un assez grand nombre de ces maladies. Au n° 2 est couchée une femme âgée de soixante et onze ans, d'une constitution usée, qui porte du côté droit un cataracte capsulo-lenticulaire, plutôt membraneuse cependant que cristalline, et qui a commencé par la capsule. A gauche, elle est affectée d'une cataracte purement lenticulaire.

Le n° 21 présente un cas de cataracte compliquée d'amaurose.

Au n° 31, l'on peut voir un cas de cataracte incomplèae à

---

ne saurait pâtir des égarements de quelques-uns de ses hommes, des brigandages commis par une faible fraction de ses industriels; et puis, on doit le dire, cet instinct combiné du singe et du renard ne s'observe bien qu'en certain lieu. — Là est le nid impur des flibustiers de la typographie; là, on a le nez au vent pour tout ce qui vient, non pas de la France sage et savante, mais de la France immorale et frivole; là germe cette profonde pitié, toute parisienne, pour nos mœurs primitives, pour ce qui sent la modeste et laborieuse province; — car nous avons aussi nous, une capitale, un petit Paris, comme on dit là-bas.

» Mais le Belge, le véritable Belge, l'homme de la commune, demande-t-il à ses puissants voisins des sujets d'imitation en faveur de sa vie domestique, de son industrie, de ses tendances pour les arts? Mérite-t-il, lui, le reproche qu'un parlement s'est plu à faire peser sur tout un peuple, considéré, par la plus grossière des erreurs, comme toujours prêt à se jeter dans les bras de la France; elle qui, pour le dire en passant, semble vouloir toujours l'étouffer dans ses étreintes de bonne sœur?

» Le Flamand entre autres, cette figure originale, presque anglaise et si honorablement historique, toujours le représentant obstiné des vieilles traditions, antipathique par nature et par goût à tout savoir-faire, à toute momerie, mérite-t-il les reproches de la France? Le médecin flamand, car c'est en son nom que nous devons parler, demande-t-il à ses voisins une médecine adaptée à la constitution toute spéciale de son sol et de son atmosphère?... N'a-t-il pas une médecine à lui, locale s'il en fût jamais, toute traditionnelle, toute hippocratique, mise dans une opposition constante avec la médecine des *réimpressions*....

» Mais silence!... L'intelligente mais susceptible sœur prête l'oreille et fronce le sourcil. »

Non, chère sœur, la France ne froncera jamais le sourcil en voyant la Belgique revendiquer son caractère, sa spontanéité, son originalité dans la grande famille humaine. Elle est assez riche et puissante pour n'être pas envieuse, et assez généreuse pour applaudir à vos succès, et pour louer sans réserve les nobles idées que je viens de reproduire.

— La guerre entre les encyclopédistes et les spécialistes tend à se raviver. C'est M. Velpeau qui a rallumé le feu par de vives apostrophes dirigées contre les spécialités médicales, à l'occasion de ses leçons sur les maladies des yeux, insérées dans ce journal même. M. Velpeau a reçu une riposte de la part d'un de ces spécialistes, qui l'a envoyée à tous ses confrères de Paris. Je ne veux pas mettre mon doigt entre l'arbre et l'écorce, et je crois d'ailleurs la question insoluble; je crois surtout impossible de s'opposer à l'envahissement des spécialités. Le public a sur ce point des idées qu'on n'affaiblira jamais, et auxquelles les plus beaux discours du monde ne feront rien. Mais il est un argument employé par les spécialistes, qui ne me paraît pas aussi fort qu'à eux-mêmes. Voyez la peinture, disent-ils, les genres n'y sont-ils pas distincts? Le paysagiste est-il portraitiste, et celui-ci peintre d'histoire? Chacun d'eux n'a-t-il pas sa spécialité propre dans laquelle il excelle? N'y a-t-il pas des Raphaël et des Claude Lorrain? des Van-Dyck et des Wovermann? Oui, certainement; mais Raphaël n'excellait pas seulement à faire un nez ou un œil, Claude Lorrain à faire le ciel ou un arbre, ces grands artistes connaissaient admirablement la grande et complète science du dessin, de la composition, du coloris, de la perspective, et voilà précisément pourquoi ils étaient de grands artistes. Or, que ferait-on en spécialité médicale, en la pratiquant d'après certains principes? Des yeux et des nez sans s'occuper comment ces organes s'harmonisent avec l'ensemble, sans prendre souci de leurs connexions, de leurs rapports, et voilà pourquoi ce morcellement de la science deviendrait absurde et la pratique funeste.

Autre chose: le spécialiste qui répond à M. Velpeau place Scarpa dans ses rangs. En vérité, c'est abuser un peu de l'analogie.

Jean Raimond.

Boite aux lettres de Jean Raimond.

Non, monsieur Jean Raimond, ce n'est pas assez nous parler de la nouvelle salle de l'Académie, ainsi que vous le dites dans votre dernière lettre; et pendant qu'il en est temps encore, dites-donc tout ce qu'il lui manque; dites surtout l'inconvenance ou l'oubli qu'il y a de ne pas disposer, dans le nouveau sanctuaire, une place réservée pour les personnages graves, les médecins déjà âgés, les étrangers, etc.; comment, moi, praticien depuis vingt-cinq ans, décoré, jouissant de quelque considération dans mon arrondissement ou dans ma ville, j'irai m'asseoir sur des banquettes toutes nues, d'où il me faudra tendre le cou pour voir l'orateur! Cela n'est pas convenable. De deux choses l'une, je ne crains pas de le dire : ou l'Académie affectera une place distinguée au hommes de mérite, ou qui en auront l'air par leur âge, leur tenue ou leur marque extérieure, ou elle n'aura pour auditeurs que des jeunes gens ou des curieux.

Il faut que l'Académie sache qu'elle n'est pas académie pour elle, mais pour ceux qui viennent écouter et entendre; autrement elle pourrait encore diminuer l'étendue de sa salle. Ainsi donc, une place distinguée pour les hommes qui méritent considération, ou l'Académie est réduite à elle-même, et on verra que ses séances, déjà si pauvres parfois, le deviendront encore davantage... Et qu'on ne croie pas que le *præscenium* dont vous parliez la dernière fois fût inutile! On y causait utilement; on y rencontrait ses amis qu'on ne pouvait voir ailleurs; on s'y *frottait* auprès de certaines célébrités, qui, il est vrai, ne gagnaient pas toujours à ce tête-à-tête; mais les choses se nivelaient du moins, ou tendaient à se niveler entre hommes de mérite; car ceux qu'on y voyait en avaient tous. Les autres n'y étant pas à leur aise, ils y respiraient mal; ne trouvant à qui parler, ils s'en allaient bientôt.

Faites donc valoir, mon cher monsieur Jean Raimond, cette lacune académique, et flagellez de votre satire spirituelle ceux qui ne se rendront pas à cette juste réclamation.

J.

— M. J., en fait d'esprit, ne me laissant rien à dire, je ne puis que me joindre à lui pour demander une place de distinction pour les médecins *décorés*.

droite ; l'œil gauche a été opéré d'une cataracte capsulo-lenticulaire.

Pour les hommes, nous en avons un au n° 5, qui est âgé de cinquante ans, qui se porte bien. Celui-là est affecté aussi d'une cataracte capsulo-lenticulaire ayant débuté par la capsule.

Au n° 25 se trouve un exemple de cataracte double ; pour l'œil droit, c'est une capsulaire ; à gauche, elle est à peu près purement lenticulaire.

Les malades soumis à notre observation étant connus, nous pouvons commencer l'histoire des cataractes.

Quand on veut parler de ces maladies d'une manière logique, on est arrêté par une foule de difficultés. Et d'abord, il faudrait évidemment commencer par donner la définition de l'affection qui va nous occuper, et déjà cette première question présente quelque chose d'épineux. En effet, tout le monde comprend parfaitement ce que c'est qu'une cataracte, et pourtant beaucoup de personnes seraient fort embarrassées s'il fallait en préciser la définition. Celle que l'on donnait anciennement est ainsi conçue : la cataracte consiste dans une opacité de l'œil qui a son siége dans le cristallin, dans son enveloppe ou dans l'humeur de Morgagni. N'est-il pas évident qu'il y a une foule de cataractes qui ne peuvent prendre place dans cette définition.

On pourrait, il est vrai, en trouver une plus large, dans laquelle rentreraient toutes les espèces, en disant, par exemple, que la cataracte consiste dans une opacité quelconque placée derrière la chambre antérieure. Sans doute cette définition n'est pas à l'abri de certaines objections, mais au moins embrasse-t-elle d'une manière plus étendue ce qu'on doit entendre par cataracte.

Il faut diviser les cataractes en *spontanées*, *accidentelles*, *vraies* et *fausses*.

La plupart de ces mots entraînent avec eux l'idée qu'on doit se faire de l'espèce de cataracte qu'ils représentent. Ainsi, la cataracte *spontanée* sera celle qui surviendra d'elle-même, pour ainsi dire, sans cause appréciable, sans violence antérieure ; la cataracte *accidentelle* n'a pas besoin d'explication. On appelle *vraie* celle qui s'établit sans violence extérieure dans le cristallin ou son enveloppe. On voit que cette espèce est précisément celle que désignait l'ancienne définition : on n'avait pas songé qu'il pût en exister d'autres.

Les fausses étaient décrites sous un autre nom. On désigne sous le titre de cataracte *fausse* toute opacité qui siége devant, derrière le cristallin, autour de lui ; en un mot, toute opacité qui n'a pas pour siége le cristallin ou son enveloppe. Ces dernières offrent plus de variétés que les précédentes.

Dans la cataracte vraie, on distingue trois variétés connues depuis deux siècles : la cataracte lenticulaire, la capsulaire et la capsulo-lenticulaire, ou de l'humeur de Morgagni.

Dans la cataracte fausse, les espèces sont infiniment plus nombreuses. Il en est qui ont leur siége en avant de la capsule et du cristallin ; en arrière, dans le corps vitré, et même il est des cataractes fausses situées dans le cristallin lui-même, et dans sa capsule ; mais ces variétés se rapportent plutôt alors à celles qu'on nomme cataractes vraies accidentelles.

Les cataractes fausses résultent d'un assez grand nombre de causes, les inflammations diverses de l'œil, l'iritis, sont assez souvent suivis de points opaques ; l'inflammation peut occuper la chambre antérieure, la capsule la chambre postérieure ; il peut survenir du pus qui restera dans l'œil, s'altérera et formera une opacité ; d'autres fois ces cataractes seront le résultat d'une violence, à la suite de laquelle du sang sera épanché ; il pourra se fixer dans la pupille, s'y concréter, puis il perdra bientôt sa couleur, deviendra d'une teinte ocrée, tout à fait blanche peut-être, et constituera un corps opaque, c'est-à-dire un obstacle à la vision.

Pour le corps vitré, nous retrouvons les mêmes causes. L'opacité surviendra par inflammation, une phlegmasie de la membrane hyaloïde, par exemple, pourra l'amener ; par violence extérieure, un coup qui déchirera les vaisseaux de la choroïde, une hémophthalmie.

Il faut encore distinguer des cataractes primitives les cataractes secondaires, vraies et fausses. Il y a plusieurs espèces de cataractes secondaires. Tantôt elles surviennent à la suite d'une blessure de l'œil par un instrument qui traverse la cornée et s'arrête dans la pupille ou dans la capsule du cristallin ; d'autres fois elles sont la conséquence de l'opération de la cataracte par extraction, la membrane devient opaque dans certains cas, et forme ainsi une nouvelle cataracte après l'opération. Cette cataracte secondaire se montre elle-même avec des variétés ; quelquefois la membrane devient opaque, dans quelques circonstances ce sont des grumeaux du cristallin, les parties diffluentes qui se trouvent autour du noyau, qui constituent la cataracte. Enfin des faits prouvent que l'inflammation peut déterminer l'opacité des lambeaux de la membrane laissée en place.

L'on voit combien de particularités se rattachent seulement à la division de ces maladies.

On pourrait ajouter que les cataractes vraies, membraneuses, ont été elles-mêmes divisées en cinquante ou soixante variétés par les oculistes allemands ; mais en pratique, ces divisions ne sont véritablement pas utiles à étudier ; ce sont des nuances insignifiantes qui se rapportent à l'aspect des cataractes, et qui ne changent rien au diagnostic, au pronostic, ni au traitement. A peine est-il quelques-unes de ces nuances qu'il faut connaître.

En résumé, les cataractes devront être divisées en spontanées accidentelles vraies et fausses, en primitives et en secondaires.

Cette division établie, nous allons passer à l'étude des complications et des signes des cataractes.

Il en est que l'on peut appeler simples, composées, compliquées. La cataracte simple, c'est la vraie, c'est celle qui ne porte que sur le cristallin ou sur sa membrane.

La cataracte composée présente plusieurs variétés ; nous n'appelons ainsi que celles de l'appareil cristalloïde seul. Pour nous la cataracte composée est l'opacité des deux éléments réunis : le cristallin et la capsule.

La cataracte compliquée s'entend de celle qui existe en même temps qu'une autre maladie de l'œil ; l'amaurose, une maladie de l'iris, le glaucome, le staphylome, les ophthalmies de toutes sortes coïncidant avec la présence d'une cataracte, la rangent parmi les compliquées.

On comprend facilement pourquoi ces distinctions doivent être maintenues.

La symptomatologie des cataractes est une partie de leur histoire extrêmement difficile. Nous ne nous arrêterons pas sur les signes de la cataracte en général ; ils sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. La cataracte existe quand on voit une tache opaque d'une couleur variée, tantôt bruncendré, blanc-lactescent, blanc-nacré ; tantôt gris-jaunâtre, roussâtre (toutes les nuances possibles entre ces couleurs ont été observées), siégeant ailleurs que sur la cornée ou dans la chambre antérieure.

Mais ce n'est là que la partie la plus facile, la plus vulgaire du diagnostic ; si l'on veut savoir quel est le véritable siége de la cataracte, la question devient plus délicate.

Les cataractes de l'appareil lenticulaire se distinguent en ce que l'opacité est au delà du plan de la pupille, mais en avant du corps vitré, et il est bon de dire, dès à présent, qu'il est quelquefois fort difficile de déterminer l'endroit de l'œil où se trouve l'opacité ; c'est cette difficulté qui a fait prendre quelquefois pour des cataractes des taches de la cornée, des leucoma, des albugo, par exemple. Cependant, en regardant avec attention, il est peu probable qu'on commettra ces sortes d'erreurs. Mais les opacités du corps vitré peuvent en imposer plus facilement pour des cataractes lenticulaires. Il faut, pour ne pas s'y laisser tromper, regarder l'œil de côté : on voit alors un espace transparent entre le fond de l'œil et la pupille, ce qui est un signe de l'état normal du cristallin.

En général, les cataractes vraies se distinguent bien des fausses. Les cataractes fausses en devant s'accompagnent de diverses altérations de la pupille, provoquées par le grumeau, la fausse membrane, le réseau qui constitue la cataracte.

Pour les cataractes fausses en arrière, profondes ou postérieures, l'opacité est au fond de l'œil ; elle est inégale, elle a été précédée d'une autre maladie de l'œil : on peut encore la reconnaître. La véritable et sérieuse difficulté est d'arriver à diagnostiquer si, dans la cataracte qu'on est appelé à examiner, il n'y a pas une combinaison d'une cataracte vraie et d'une cataracte fausse. Mais hâtons-nous de dire que la cataracte fausse est beaucoup moins commune que la cataracte vraie ; la cataracte fausse n'est pour ainsi dire que l'exception, et c'est rarement pour celle-là que les malades recherchent l'opération.

Nous avons établi précédemment que les cataractes vraies se rangeaient en trois espèces : 1° Cataractes du cristallin seul ; 2° de la capsule seule ; 3° du cristallin et de la capsule ensemble.

Voici les principaux signes qui nous permettront de les différencier : Dans la cataracte *cristalline*, la teinte est homogène ; la couleur est le plus souvent brun-roussâtre ou gris-cendré, jaune-grisâtre ou le jaune domine quelquefois ; cette teinte est d'autant plus foncée qu'on l'examine plus au centre, et elle va par conséquent en décroissant vers la circonférence ; la cataracte a l'air d'être placée derrière la pupille, elle ne dépasse pas son champ. La manière dont a marché la maladie est propre aussi à donner des notions sur sa nature ; le sujet chez lequel se prépare une cataracte cristalline, sent sa vue s'affaiblir peu à peu. A un certain degré, la vue est complétement abolie à un jour vif ; tandis qu'à une lumière sombre, le malade distingue encore les objets ; de plus, il voit mieux les corps par le côté que dans le centre. Ces différents signes, qui paraissent bizarres au premier abord, sont pourtant très faciles à expliquer. La cataracte lenticulaire commençant par le centre du cristallin, ce point est dès lors complétement opaque quand la circonférence présente encore une transparence suffisante pour permettre le passage des rayons lumineux. Or, le malade devient aveugle à un jour vif parce que la clarté vive fait contracter la pupille, et que la circonférence du cristallin, encore transparente, se trouve soustraite aux rayons lumineux qui ne frappent alors que sur le centre devenu opaque ; au contraire, quand une lumière diffuse, faible éclaire les objets, la pupille, largement dilatée, laisse les rayons arriver à la périphérie de la lentille qu'ils traversent, et la vision s'opère alors d'après les règles ordinaires, mais d'une façon moins nette.

Si l'on a compris cette explication, il est aisé de se rendre compte de la raison pour laquelle les individus affectés de cette sorte de cataracte conservent pendant quelque temps la faculté de voir les objets par le côté ; l'explication de ce fait est la même que pour le précédent.

Il est encore quelques signes accessoires, mais qui ont moins d'importance que ceux que nous venons de signaler.

Les signes des cataractes *capsulaires* diffèrent d'une manière sensible de ceux des cataractes du cristallin.

D'abord la teinte ordinaire se trouve entre le gris presque pur et le blanc-mat : on trouve toutes les nuances entre ces deux couleurs. C'est dans cette espèce-là que l'on a admis tant de variétés : cataracte tachetée, nacrée, en treillage, etc. Ensuite, la teinte n'est point homogène comme dans l'espèce précédente ; elle n'est pas plus prononcée au centre qu'à la circonférence, quelquefois même c'est le contraire ; d'autres fois, l'opacité est plus considérable sur un point quelconque de la périphérie. La pupille, dans cette espèce, paraît plus complétement bombée que dans l'autre, souvent elle proémine légèrement. Quand il y a un espace entre la pupille et la tache il est extrêmement peu marqué. Cette cataracte se présente assez fréquemment sous l'aspect de stries, de rayons, de paillettes. La partie opaque a l'air d'être épaisse. Tous les phénomènes relatifs à la vision et que nous avons détaillés à propos de la cataracte lenticulaire n'existent point dans l'espèce membraneuse. Les malades perdent même la vue beaucoup plut tôt : cela tient, dit-on, à la pression éprouvée par l'iris, pression causée par la cataracte, et qui, s'opposant à la libre dilatation de la pupille dans l'obscurité, réduisent beaucoup plus tôt les malades à ne pouvoir distinguer que la lumière et les ténèbres.

La cataracte capsulo-lenticulaire est ordinairement blanche ; elle est la plus volumineuse de toutes et présente quelques-uns des caractères des deux précédentes réunies. On a beaucoup agité la question de savoir si cette espèce de cataracte était cristalline ou membraneuse primitivement. Nous pensons que la question a été mal envisagée dans ces derniers temps. Nous y reviendrons plus tard.

Il nous faudrait étudier maintenant les complications et le traitement des cataractes ; mais nous allons, avant d'y procéder, dire un mot des opérés.

Il y a actuellement dans les salles quatre cas d'opérations de cataractes et il nous en reste encore quatre à pratiquer. Ces quatre opérations ont été suivies de phénomènes très différents.

L'un des yeux de la femme du n° 2 est déjà guéri, les choses se sont passées fort simplement pour l'œil droit, qui ne s'est nullement enflammé ; il n'en a pas été de même pour l'œil gauche, qui a été pris d'une inflammation vive ; la cornée et l'iris n'en ont point été atteints, la phlegmasie s'est bornée à la conjonctive.

Du reste cette femme, qui est de la campagne, a présenté quelques symptômes bizarres qu'il n'est pas inutile de connaître. Elle a eu de l'insomnie, des revâsseries, presque du délire et tout cela s'est calmé tout à coup ; le lendemain elle a été prise d'accidents convulsifs : ce sont là des phénomènes qu'il n'est pas très rare d'observer chez les femmes des villes, habituées au luxe, impressionnables ; mais dans les circonstances où se trouve cette malade, cela est insolite.

Quoi qu'il en soit, l'œil gauche est de moins en moins enflammé, et guérira bientôt probablement.

L'autre femme, couchée au n° 31, s'est plaint vivement ; la conjonctive s'est, en effet, fortement enflammée. De plus, dans ce cas, la cataracte était molle, il a fallu la broyer, la dilacérer, pour faire passer les portions dans la chambre antérieure. La pupille est par conséquent restée avec des grumeaux blanchâtres, et si l'inflammation en amenait la concrétion, il faudrait recommencer une sorte d'opération de cataracte.

L'homme que nous avons encore opéré présentait, lui, une cataracte paraissant capsulo-lenticulaire, mais les substances opaques paraissaient plutôt collées que dans les tissus mêmes. Il a été opéré par extraction, ce qui est un malheur, parce que cet homme fort robuste et courageux en apparence, s'est comporté comme l'eût fait un enfant, et qu'il n'est pas d'opération en chirurgie qui veuille plus de docilité de la part du malade que l'opération de la cataracte par extraction. Il ne faut qu'un mouvement intempestif, une légère secousse pour décider de l'œil du malade. C'est cette absolue nécessité d'une docilité très grande, qui fait rejeter cette opération chez les enfants.

Nous devons ajouter qu'il nous semble maintenant que cette cataracte se serait mieux trouvée de l'abaissement, cependant nous eussions peut être obtenu un résultat favorable si le malade ne se fût pas livré à des mouvements pendant l'opération et s'il eût été possible de le faire rester tranquille dans son lit. Mais il semble qu'il fasse tout ce qu'il faut pour arriver à perdre l'œil.

Jusqu'ici il n'y a encore qu'un suintement aux bords des paupières plus abondant que d'habitude, mais il n'y a pas lieu de douter que s'il continue ses imprudences l'œil est perdu.

PAJOT.

BIBLIOGRAPHIE.

De la physiologie dans ses rapports avec la philosophie; par J.-J. VIREY. Un vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière. — 1844.

Cet ouvrage est encore une protestation contre l'abandon fait par la physiologie des sciences philosophiques. L'auteur voudrait faire cesser le dédain superbe que chacune de ces sciences manifeste pour l'autre. Ces grandes et importantes questions de la prédominance du moral sur le physique ou du physique sur le moral, par qui et comment peuvent-elles être résolues, si ce n'est par l'alliance intime de la physiologie à la philosophie ? La connaissance seule de l'instrument n'est-elle pas insuffisante ? L'étude seule des fonctions ne sera-t-elle pas toujours stérile ? C'est ce que M. Virey exprime de la manière la plus formelle, et c'est à ces inconvénients qu'il a voulu remédier dans cet ouvrage, fruit d'un long travail, savamment composé et écrit avec ce style brillant qui caractérise toutes les productions de l'auteur.

M. Virey étudie d'abord l'origine de la sensibilité. Il recherche jusque dans leur origine géologique les éléments organisables de notre planète, le rapport des êtres animés avec les autres sphères, et par l'échelonnement des êtres il trace l'histoire du système nerveux depuis les animaux les plus inférieurs jusqu'à l'homme.

Dans le livre suivant, M. Virey étudie le développement de la sensibilité physique et morale. Le livre troisième est consacré à la répartition de la sensibilité, et le livre quatrième aux modifications qu'elle peut subir. L'ouvrage se termine par un essai d'une psychologie générale, où, comme le dit l'auteur, de la hiérarchie des facultés dans la série des animaux.

Cette indication générale du plan de cet ouvrage est tout à fait insuffisante pour en faire apprécier la valeur et la portée. On y rencontre mille détails intéressants qui arrêtent et captivent l'esprit. Qu'il nous soit permis de citer un paragraphe intitulé, *s'il y a des songes prophétiques ou présageant des maladies.*

« Pourquoi un esprit profondément absorbé par les affaires pendant le jour, ne resterait-il pas étranger à son état viscéral, tandis que la concentration nocturne ramène les sens à l'intérieur, et lui fait pressentir des maux à venir dans son économie ? Et d'ailleurs l'esprit n'est-il pas recueilli à tel point que des poètes ont fait des vers dans leurs songes, des musiciens ont été inspirés par cette méditation nocturne, comme Tartini, Cardan, Paracelse ; ces fous, parfois sublimes, se vantaient de composer des ouvrages sous l'inspiration de leurs rêves. Bacon, Franklin y ajoutaient leur croyance, car l'extase peut nat-

tre d'un songe ou même le précéder. Elle ferme aussi les portes extérieures de la maison humaine pour s'isoler tout en dedans. Ce mode appartient surtout aux constitutions immodérées, grêles, hypochondriaques ou hystériques qui sentent profondément les passions et concentrent leurs amours, leurs folies. A peine si elles dorment d'esprit; leurs sens s'assoupissent seuls; cependant ces âmes toujours brûlantes se consument soit de jouissance et de douleur dans le jour, soit de tourments et de délices dans leurs songes. On a vu des cataleptiques, dans un état analogue d'exaltation encéphalique, par la mort apparente des sens externes, se monter au ton de la prophétie, réciter des vers, même dans une langue étrangère qu'on sait à peine, comme sainte Thérèse qui expliquait fort bien le latin dans ses paroxysmes ascétiques. Telles est aussi parfois l'exaltation dans les mourants, signalée déjà par le médecin Arétée et dont a traité Alberti. La sagacité et le discernement qui les distinguent, et dont nous avons vu un singulier exemple chez l'illustre géomètre Lagrange, à la veille de sa mort, annoncent que les forces s'amassent au cerveau, mais au détriment des autres organes tombant ensuite dans l'affaissement le plus complet. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement de la goutte; par M. le docteur E. Henrotay, d'Anvers.

Les moyens thérapeutiques signalés à l'attention des praticiens par M. Henrotay ont été conseillés à un de ses clients par un praticien dont il ne fait pas connaître le nom, et, sous leur influence, les accidents de la goutte ont cédé à plusieurs reprises comme par enchantement tant chez ce client que chez quelques autres sujets. Quoi qu'il en puisse être de la réalité de ces résultats, nous croyons devoir faire connaître le mode de traitement à nos abonnés, afin de les mettre à même d'en vérifier l'exactitude lorsque l'occasion s'en présentera dans leur pratique. La thérapeutique de la goutte est une question assez grave pour qu'on ne doive négliger aucun moyen de la faire progresser.

Le traitement indiqué par M. Henrotay consiste en une potion et des pilules; voici quels sont et leur composition et leur mode d'administration:

1° *Potion.*

Pr. Poudre de gomme arabique,	60 grammes.
Eau commune,	250 id.
Alcoolé de colchique,	8 id.
Sirop de rhubarbe,	60 id.

M. et F. S. A. une potion bien homogène.

Cette potion doit être prise par cuillerée de deux heures en deux heures, et lorsque toute la bouteille a été administrée on peut permettre au malade une soupe verte (soupe aux herbes).

Le surlendemain et les jours suivants on fait prendre soir et matin une des pilules ci-après:

2° *Pilules.*

Pr. Soufre doré d'antimoine,	4 grammes.
Opium pur,	25 centigrammes.
Poudre de réglisse,	4 grammes.
Mucilage de gomme arabique,	Q. S.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en trente pilules bien égales et roulées dans une poudre végétale inerte.

Pendant les quinze jours que dure l'administration de ces pilules, le malade doit s'abstenir de vin, de liqueurs, en un mot, de toute boisson fermentée, et ne prendre que des aliments de facile digestion et en petite quantité.

Les composants de ces deux formules ne présentent sans doute rien de nouveau; mais peut-être le mode de préparation, le mode d'administration, l'association des médicaments entre eux, sont-ils pour beaucoup dans le résultat heureux dont leur emploi a été suivi? Ainsi, après avoir pris la potion, le client de M. Henrotay eut plusieurs selles, et son attaque de goutte fut entièrement dissipée; de sorte qu'au bout de trente-six heures de traitement, il put sortir et reprendre son service (il est officier dans un régiment de chasseurs à pied) tout en faisant usage des pilules, ainsi qu'on le lui avait prescrit.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Emploi du daphné mézéréon dans le traitement du psoriasis; par M. le docteur Cazenave.

Le plus souvent M. Cazenave administre simplement une décoction concentrée de squine ou de salsepareille, à laquelle il fait ajouter une petite quantité de daphne mézéréon. Ainsi il emploie fréquemment la formule suivante:

Pr. Salsepareille coupée,	60 grammes.
Eau commune,	1,250 id.

Faire bouillir jusqu'à réduction d'un tiers, en ayant soin d'ajouter dans les dix dernières minutes de l'ébullition

Daphne mézéréon,	1 gramme.

Passer au travers d'une étamine.

Cette décoction doit être édulcorée avec le sirop de squine, et se donne à la dose de trois verres par jour.

M. Cazenave prescrit souvent aussi le daphné mézéréon sous forme de sirop, pour édulcorer la décoction de salsepareille, ou comme partie intégrante d'un mélange dans lequel il se trouve associé à un médicament dont les propriétés sont analogues, du mélange suivant, par exemple:

Pr. Hyposulfite de soude,	4 grammes.
Sirop de daphne mézéréon,	135 id.
Sirop de squine,	125 id.

M. S. A.

On administre ce mélange à la dose d'une cuillerée à bouche, matin et soir.

Ce mode de traitement est ordinairement secondé puissamment par l'usage simultané des bains de vapeur aqueuse.

(*Annales des Maladies de la peau.*)

FAITS DIVERS.

Cas de fracture du radius par suite d'un effort musculaire seulement; par M. le docteur Van Nierop, d'Amsterdam.

Une femme âgée de trente ans, déjà mère de trois enfants bien conformés et se trouvant parvenue au quatrième mois d'une nouvelle grossesse, vint réclamer les conseils de M. Van Nierop, à qui elle raconta que, dix jours auparavant, après avoir tordu deux gros draps, elle avait ressenti une douleur très forte à l'avant-bras; depuis lors cette douleur, contre laquelle elle n'avait mis en usage que l'emploi des fomentations d'eau froide vinaigrée, avait augmenté beaucoup par les mouvement de pronation et de supination. Du reste, cette femme affirma qu'elle n'avait fait aucune chute, qu'elle n'avait reçu aucun coup qui pût légitimer l'apparition de la douleur qu'elle éprouvait.

M. Van Nierop ayant examiné l'avant-bras douloureux y constata sans peine l'existence d'une fracture au tiers inférieur du radius, fracture dont il opéra la réduction sans retard, et qui se trouva complétement consolidée au trente-sixième jour.

Cinq mois environ après la guérison de sa fracture, la femme accoucha d'un garçon qui présentait, à l'une et à l'autre main, une réunion intime des doigts médius et annulaire: toutefois il ne paraissait pas exister ne soudure réelle entre les os, bien que la peau, en passant d'un doigt à l'autre, offrît à peine un léger sillon comme indice de leur séparation.

La mère voulut expliquer cette difformité par cette circonstance que, pendant le temps qu'avait duré le traitement de la fracture, elle avait souvent porté son attention sur les doigts maintenus dans l'extension par le bandage qui avait été appliqué.

(*Nederlandsch Lancet.*)

Surdité et douleurs d'oreilles dues à la présence de larves d'insectes vivantes; par M. le docteur Michalski, de Nackel.

Un paysan, qui se plaignait d'éprouver des douleurs insupportables dans les oreilles, douleurs accompagnées de surdité, vint trouver M. Michalski pour réclamer ses soins. Ce praticien pensa d'abord qu'il s'agissait d'une affection rhumatismale; mais, ayant examiné les oreilles, il reconnut que le méat auditif externe de chaque côté était entièrement rempli de larves d'insectes vivantes qui remuaient comme un amas de fourmis.

M. Michalski, en conséquence de cette découverte, instilla, dans l'une et l'autre oreille, de l'huile animale empyreumatique; puis, à l'aide d'une curette, il parvint à retirer tous ces corps étrangers. Dès lors, la douleur céda et la surdité disparut.

Il y avait environ deux cents larves dans chaque oreille. On ne put déterminer l'espèce à laquelle elles appartenaient. Du reste, leur origine est facile à expliquer: probablement, pendant le sommeil du sujet en plein champ, un insecte avait pénétré dans le conduit auditif et y avait déposé des œufs que la chaleur de la partie avait ensuite fait éclore; mais il peut paraître surprenant que le fait soit arrivé simultanément dans l'une et l'autre oreille. (*Medicinische Zeitung.*)

Seconde question de prix de l'Union allemande pour les sciences médicales.

« On demande des recherches pathologiques sur la corruption des » dents. L'Union s'attend à des examens chimiques et microscopiques » des états morbides, dont il s'agit. »

Le terme de rigueur est le 1er mars 1845. Le prix de l'ouvrage couronné est cent écus de Prusse (400 fr.). L'ouvrage couronné est pendant cinq ans la propriété de l'Union, qui le fait insérer dans ses Mémoires, et fait tirer 20 exemplaires à part pour l'auteur. Au bout des cinq ans, l'auteur peut disposer de son ouvrage.

Le mémoire doit être envoyé à « l'Union allemande pour les sciences médicales, à Berlin », franc de port, et dans les conditions habituelles des concours.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 57. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Emphysème pulmonaire. — Considérations générales. (Suite.)

Au n° 10 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme dont nous allons donner plus bas l'observation détaillée, et qui est atteint d'un emphysème pulmonaire. L'emphysème du poumon est une affection qui a été long-temps méconnue, long-temps confondue avec l'asthme; tant que l'auscultation n'a pu venir prêter son secours à l'observateur, tant que l'on n'a pu avoir pour éléments de diagnostic que les résultats de la percussion, l'emphysème a dû être nécessairement méconnue. En effet, la résonnance est bonne dans toute l'étendue de la poitrine; une autre cause d'erreur était encore celle-ci; l'on avait pour opinion à cette époque, que lorsque l'on trouvait à l'autopsie un poumon crépitant à la pression entre les doigts, ce poumon était sain et normal. Or, le poumon des malades qui succombent à un emphysème pulmonaire présente un tissu plus élastique, plus crépitant encore que celui de l'état normal. De telle sorte que pendant la vie, le médecin, avant la découverte de l'auscultation, mais avec le secours de la percussion seulement, n'était point capable de reconnaître sûrement et positivement l'affection dont nous voulons vous entretenir aujourd'hui.

Nous dirons plus. La distension des cellules pulmonaires par l'air paraissait, aux yeux des médecins, une condition favorable de santé. Ce n'est que lorsque par l'auscultation on a pu apprécier les changements qui sont survenus dans la respiration, que l'on a reconnu la maladie.

Ainsi vous savez, et c'est presque inutile de vous le redire, que lorsque l'emphysème est très considérable, lorsque les cellules sont très fortement distendues, on n'entend aucun bruit respiratoire, aucun murmure vésiculaire, preuve certaine que l'air ne pénètre point dans le parenchyme. Lorsque la maladie est portée à un moins haut degré, l'air circule un peu dans les ramifications brouchiques et les cellules pulmonaires, et le murmure pulmonaire est remplacé par un léger sifflement, ou par des râles sonores et sibilants.

Chez l'homme en santé parfaite, il y a trois temps bien distincts pendant la respiration. Inspiration d'abord, puis expiration, puis un temps de repos, après lequel une nouvelle inspiration. Chez l'emphysémateux il n'en est point ainsi; il y a d'abord une inspiration vive, brusque, saccadée, presque convulsive parfois, à laquelle succède une expiration lente, insensible, à laquelle ne succède point de repos. Mais une nouvelle inspiration commence avant que le mouvement expiratoire soit achevé. Tous ces phénomènes une fois bien connus et bien appréciés, on a rapproché d'eux, chez les sujets qui les avaient présentés, les phénomènes fournis par l'examen cadavérique, et voici les lésions que l'on a constatées: une distension plus ou moins considérable, proportionnée à l'intensité de la maladie, des vésicules pulmonaires, et des canaux bronchiques, principalement à leur terminaison. Dans quelques cas, et qui ne sont point très rares, où le mal a été porté à son plus haut degré d'intensité, on voit les lobules du poumon disséqués en quelque sorte par l'infiltration de l'air interposé entre eux.

C'est ce genre de maladie que l'on a long-temps considéré comme un asthme nerveux, essentiel. Nous avons déjà fréquemment eu l'occasion, depuis le commencement de notre cours clinique, de vous faire remarquer que l'on considère souvent comme des affections nerveuses un grand nombre de maladies qui ne le sont pas, et qui ne présentent même pas avec les maladies nerveuses des rapports de similitude très intimes. Les affections nerveuses surviennent principalement sous l'influence de causes qui leur sont propres. Des chagrins violents, des émotions morales vives, soit tristes, soit effrayantes, ont frappé un sujet; des phénomènes nerveux surviendront, et une maladie se développera, caractérisée par ces phénomènes, à laquelle on pourra donner véritablement le nom de maladie nerveuse. Mais un sujet est pris de douleurs plus ou moins vives dans telle ou telle partie du corps; douleurs qui se font sentir sur le trajet de tel ou tel filet nerveux; on ne devra point considérer la maladie dont il est atteint comme une affection nerveuse.

Plus vous étudierez les névralgies avec attention, plus vous pourrez vous convaincre sûrement qu'il n'existe qu'un très petit nombre de névralgies essentielles. Dans l'immense majorité des cas, les névralgies sont symptomatiques, soit qu'il existe une inflammation d'une partie voisine, soit qu'un principe particulier, rhumatismal, par exemple, pour prendre un des exemples les plus communs, se porte sur les nerfs de la partie douloureuse.

Le malade dont nous nous occupons, et qui a donné lieu à ces réflexions, est couché au n° 10 de la salle Sainte-Agnès; il est âgé de vingt-deux ans, menuisier, d'une constitution de force moyenne, d'un tempérament lymphatique; sa peau est fine, blanche; les cheveux bruns. Il n'est point, nous dit-il, sujet à s'enrhumer; il n'a point eu de rhumatismes. Il paraît avoir eu dans son enfance des gourmes très tenaces, qui ont résisté jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans à toutes les médications dirigées contre elles. Depuis cette époque, il n'a présenté d'autres symptômes lymphatiques que quelques plaques dartreuses sur la face. La maladie dont il est affecté maintenant remonte à deux ans environ. A cette époque, il commença à s'apercevoir que sa respiration devenait courte et difficile quand il se livrait à un exercice fatigant, qu'il portait des fardeaux, qu'il avait de longues marches à faire; il était alors obligé de s'arrêter souvent pour reprendre haleine. C'est à ce ce moment qu'il fait remonter le commencement de cette dyspnée.

Dans le cours de l'année 1842, trois ou quatre mois environ après le début, il a été pris d'une bronchite peu intense, qui ne fut accompagnée de fièvre que passagèrement. Mais la dyspnée augmentait au point que, plusieurs fois pendant la nuit, il était obligé de se jeter hors de son lit et d'ouvrir la fenêtre, où il restait pendant assez long-temps. Comme c'était pendant l'été que ces accidents eurent lieu, on comprend qu'il ait pu commettre ces imprudences presque impunément; il nous dit avoir été obligé de se mettre ainsi à la fenêtre huit ou dix fois pendant un mois à peu près.

Pendant l'année qui suivit, il se porta assez bien, et même il a traversé tout l'hiver de 1842 à 1843 sans éprouver aucune affection catarrhale. Au mois de novembre dernier, il fût pris d'un nouveau rhume qui commença presque insensiblement. Comme celui dont nous avons parlé plus haut, ce rhume donna lieu à des accès de dyspnée qui survenaient pendant la nuit principalement. Le malade s'éveillait subitement, en proie à une suffocation imminente; il se précipitait hors de son lit, et restait quelques minutes debout ou assis sur une chaise. Au bout de ce temps, la dyspnée cessait, et le malade pouvait se recoucher.

Il y a trois semaines maintenant qu'il est entré à l'Hôtel-Dieu. Ces accès, depuis le commencement de son séjour dans nos salles, se sont reproduits assez fréquemment, quelquefois jusqu'à deux et trois fois dans les vingt-quatre heures. Le plus souvent, nous n'avons constaté qu'un seul accès par jour. Dans ces derniers temps, il est arrivé que les accès de dyspnée sont survenus sans aucune espèce de toux. Telle a été la marche de cette affection jusqu'à ce jour. Aujourd'hui, les deux maladies se présentent avec leurs caractères respectifs, la bronchite d'une part, et l'emphysème pulmonaire de l'autre. Le malade rejette en vingt-quatre heures sept ou huit onces de crachats filants, muqueux, aérés. Il a une toux assez fréquente. L'auscultation fait reconnaître à la base des deux poumons en arrière, du râle sous-crépitant, à bulles assez humides. Voilà pour la bronchite.

Quant à l'emphysème, voici ce que l'on observe. Il existe un état violacé de la face, et principalement des lèvres; dans les accès d'asthme très violents, qui sont survenus presque constamment la nuit, et que nous n'avons point vus par nous-même, ce n'ont point été seulement les lèvres qui ont pré-

FEUILLETON.

Discours prononcé par M. le Dr GIBERT, *à l'ouverture de son Cours sur les Maladies de la peau, le* 14 *mai, à l'hôpital Saint-Louis.*

Depuis 1840 j'ai transporté en ce lieu, consacré par la renommée de mon prédécesseur, Alibert, l'enseignement spécial qu'à l'imitation de ce célèbre professeur j'avais fondé dès l'an 1827 à l'Ecole pratique, en ma qualité de professeur-agrégé à la Faculté de Paris.

A l'hôpital Saint-Louis, où, selon l'expression poétique d'un disciple d'Alibert, les arbres, témoins de l'éloquence du restaurateur de la dermatologie française, rendaient des oracles comme ceux de la forêt de Dodone...; dans cet asile ouvert aux misères de la ville et du monde (*urbi et orbi*), comme avait coutume de le proclamer, dans son langage facilement enthousiaste, l'auteur de la Monographie des dermatoses; dans cet hôpital unique, où les consultations du dehors présentent, dans l'année dernière seule, un chiffre de plus de 40,000 malades..., où ceux d'entre vous qui ont suivi seulement mes cliniques d'hiver, ont pu voir en traitement, dans les salles, plus de 2000 malades... quels riches et nombreux matériaux s'offrent aux leçons du professeur et à l'instruction de ceux qui l'écoutent!

C'est en profitant de ces matériaux abondants et variés; c'est en m'efforçant de les mettre en œuvre, que j'ai pu chaque année rendre de plus en plus fructueuse, non seulement la partie théorique de ces leçons, mais encore et surtout la partie pratique, celle qui attire ici principalement et les élèves et les médecins. Que de fois j'ai dû, à l'occasion des exemples soumis à votre observation, appeler votre attention sur une foule de détails qu'on est forcé d'omettre dans les livres et qui d'ailleurs ne sauraient être bien saisis et bien retenus qu'en présence même des diverses circonstances du fait dont les nombreuses variétés peuvent être mises à la fois sous les yeux de l'observateur dans un hôpital comme celui-ci!

C'est principalement dans cet examen attentif et répété des phases et des nuances diverses de chaque espèce morbide, c'est dans les considérations qui ressortent de l'observation d'un grand nombre de malades, que le professeur peut puiser les éléments de ces résumés généraux si propres à guider et à éclairer la pratique, et que les auditeurs eux-mêmes peuvent mettre à profit en un espace de temps assez court les fruits d'une expérience mûrie et prolongée pendant un grand nombre d'années.

J'ai déjà eu bien des fois l'occasion de le dire, mais je ne me lasserai pas de le répéter tant que d'autres ne se lasseront pas de se traîner dans l'ornière des routines *anatomiques* et *organiques*, la science la plus solide du médecin, celle qui le distinguera toujours de l'empirique, c'est la connaissance approfondie des éléments de la *prognose hippocratique*, prognose qui comprend tout l'ensemble des phénomènes morbides, et permet au praticien de guider et d'éclairer les malades dans toutes les circonstances, là même où son art ne saurait promettre de les guérir.

Certainement, reconnaître une espèce morbide à travers toutes les nuances qui peuvent en altérer temporairement la physionomie, la nommer, et par conséquent la distinguer et la séparer de toutes celles qui peuvent s'en rapprocher à la première vue, indiquer sa marche, prévoir sa durée, son issue probable, ses chances de guérison ou de récidives, les précautions qu'elle nécessite; préciser le degré d'importance qu'on doit y attacher, les causes organiques ou étrangères à l'économie qui ont pu la provoquer ou l'entretenir..... voilà des notions importantes et que l'on ne peut acquérir que par l'observation étendue et éclairée de la nature vivante. Ce sont précisément ces notions que nous nous efforcerons de rendre usuelles et familières à ceux qui nous font l'honneur d'assister à nos leçons, afin qu'ils puissent retirer de ce cours une instruction qui s'adapte à tous les systèmes, à toutes les théories, à toutes les méthodes thérapeutiques, puisqu'elle repose sur des faits inhérents à la nature même.

C'est donc, en dernière analyse, à l'observation clinique faite en grand, que nous rapportons avec les médecins de l'école vitaliste ou hippocratique la véritable source des connaissances pathologiques et thérapeutiques. Les efforts de ceux qui ont voulu faire remonter cette source aux minuties de l'observation anatomique, sont demeurés à peu près stériles; et pour ne pas sortir de notre spécialité, quel résultat pratique peut-on se promettre, en effet, de travaux qui ont pour but de tirer de l'étude des considérations *anatomiques*, les indications relatives à la *nature* et au *traitement* des maladies de la peau? Comment un auteur moderne a-t-il pu prétendre à ouvrir la voie à une *thérapeutique rationnelle* des maladies cutanées, en s'efforçant de placer, par exemple, « le siége des *exanthèmes* dans le réseau vasculaire de la peau, celui des éruptions *vésiculeuses* dans l'appareil sudoripare, des éruptions *pustuleuses* dans les follicules et dans le réseau lymphatique, des affections *papuleuses* dans le corps papillaire, des affections *squammeuses* dans l'appareil blémogène, des altérations de la couleur dans l'appareil chromatogène, des *tubercules* dans le tissu fibreux, etc.? » Comment se faire illusion au point de croire qu'on va tirer de pareilles considérations des inductions thérapeutiques?

S'il y a au contraire un axiome avéré en pathologie, c'est, selon moi, celui-ci:

« Le siége, la forme, l'élément anatomique (comme on voudra) d'une maladie, ne peut absolument rien préjuger sur la *nature* et la *thérapeutique* de cette maladie. » Et, par exemple, en pathologie cutanée, qu'importent, je le demande, à la *nature* et au *traitement* de la *pustule maligne* la forme pustuleuse qu'elle revêt, l'élément anatomique de la peau, qui peut être considéré comme le siége spécial de l'éruption? Qu'importe à la nature et au traitement d'une pustule d'*ecthyma simplex* comparée à la pustule qui se développe à la suite de l'inoculation artificielle du virus syphilitique, ou d'une vésicule d'*eczema* comparée à une vésicule de *gale*, ou d'une bulle de *pemphigus*, comparée à celle que peut procurer l'action de la chaleur ou celle des cantharides... qu'importe, dis-je, la considération de l'élément anatomique affecté? Que devient donc cette prétention renouvelée de l'école déjà vieillie de l'anatomisme moderne, de tirer de l'étude des considérations anatomiques des indications relatives à la nature et au traitement des maladies de la peau? Que devient-elle surtout quand on est forcé d'ajouter que ces considérations prétendues anatomiques sont bien loin d'avoir le degré de précision, de rigueur et de certitude qui seul peut donner quelque valeur à un fait d'anatomie?

Qu'un observateur armé du scalpel, de la loupe, du microscope, voire même de l'analyse chimique, complète et étende autant qu'il le pourra, le vaste champ qu'offre à ses travaux l'étude du corps humain, je louerai son zèle, et je profiterai, si je puis, de ses découvertes..... Mais que le médecin praticien, que le médecin d'hôpital surtout, ne se laisse point détourner de la véritable observation clinique par des recherches plus *academiques* que médicales...., ou, du moins, qu'il ne les regarde jamais comme le véritable fondement soit de la pathologie, soit de la thérapeutique.

J'ai dit en commençant, qu'en pathologie cutanée, il fallait d'abord s'attacher à reconnaître et à *nommer* l'espèce morbide que l'on a sous les yeux.

Et, en effet, c'est dans cette première opération qui a été si perfectionnée de nos jours, c'est dans ce diagnostic précis qui fait la gloire de l'école moderne et qui marque le véritable et seul *progrès* dont nous puissions à bon droit nous enorgueillir, que se place le premier fondement de cette connaissance générale et approfondie de l'état du malade qui fait briller toute la science du médecin, et qui la distingue à jamais de la routine de l'empirique.

Pour arriver à ce résultat important, beaucoup trop négligé par les médecins des siècles antérieurs au nôtre, surtout dans la spécialité qui fait l'objet de nos études, il faut se préoccuper en premier lieu d'une bonne classification. Non pas que nous prétendions avec notre prédécesseur Alibert: que cette classification puisse être assez parfaite pour indiquer par avance la *nature* même de la maladie; bien moins encore avec Pinel: qu'il soit plus *philosophique* de fixer la place d'une espèce morbide dans un cadre nosologique, que d'en indiquer le remède! Non pas même que nous attachions avec Biett, notre premier

senté cette teinte violacée. Il est d'observation que souvent, lorsque la maladie est intense, l'état violacé, et la coloration cyanique de la peau s'étend beaucoup plus loin, devient presque générale, envahit les téguments de la poitrine et du corps tout entier. Il n'est peut-être pas de maladies dans lesquelles la dyspnée soit portée à un aussi haut degré que dans ces redoublements et ces accès que l'on observe dans l'emphysème pulmonaire. Je dirai même plus ; il n'est pas de médecin, quelque accoutumé qu'il soit à voir des cas pareils, qui en présence d'un malade ainsi menacé de suffocation, ne soit inquiet et ne craigne à chaque minute de voir le sujet succomber. Et cependant, heureusement, nous devons le dire, dans l'immense majorité des cas, ces accidents n'ont pas de suite immédiatement funeste. Il est excessivement rare de voir les individus périr suffoqués au milieu d'un accès de dyspnée dans l'emphysème du poumon.

Chez notre malade, la gêne de la respiration n'a jamais été portée à ce degré. Chacun des accès dure de cinq à dix minutes seulement, temps après lequel il rentre dans son état normal de tranquillité. Chez les malades qui présentent les accidents dont nous venons de parler, les accès se prolongent beaucoup plus long temps, jusqu'à huit ou dix heures quelquefois. Revenons aux phénomènes de l'habitude extérieure.

Il ne faut point oublier, parmi ces phénomènes, la disposition de la poitrine bombée en arrière. La forme du thorax est en quelque sorte cylindrique, et voici les causes qui ont ainsi modifié la cage osseuse. Les poumons ont augmenté de volume, distendus qu'ils sont par l'air infiltré entre les cellules ou par la dilatation des cellules pulmonaires elles-mêmes. La poitrine est sonore ; et la sonoréité en est plus marquée qu'à l'état normal. On a peut-être un peu exagéré l'importance de l'augmentation de la sonoréité pour la poitrine des emphysémateux. On rencontre souvent des sujets qui n'ont pas d'emphysème, et chez lesquels on constate à la percussion une résonance exagérée, dépendant d'un grand amaigrissement des parois thoraciques. Ce n'est point ici le cas, et chez notre malade l'augmentation de la sonoréité est un signe évident de l'emphysème.

L'auscultation de la poitrine est encore plus importante que la percussion. Elle permet de constater l'état du poumon dans ses diverses parties. On ne rencontre pas dans tous les points les mêmes symptômes ; mais on trouve partout des modifications intéressantes des résultats de l'auscultation normale. Dans le côté gauche de la poitrine du sujet dont nous avons raconté l'histoire, et qui fait le sujet de notre leçon, existe un râle sibilant assez prononcé, surtout à la partie inférieure. Ce râle se fait entendre pendant l'inspiration et l'expiration. Pendant l'inspiration, on constate des ondulations marquées qui lui donnent en quelque sorte un nombre différent. Du côté droit, il est moins prononcé et moins distinct, et n'offre pas complétement les mêmes caractères. En même temps qu'existent ces râles sibilant et sonore-grave, il y a diminution du bruit respiratoire, sous le rapport de son intensité et de son développement. En général, quand le râle sibilant est fort, il masque le bruit respiratoire, le murmure vésiculaire. Quand les râles sont moins forts, le murmure vésiculaire est plus facilement perceptible, mais il est toujours plus ou moins affaibli, et dans les points correspondant à son affaiblissement, on entend à la place un peu de respiration crépitante.

Un peu au-dessus de la base des deux poumons, il y a presque absence complète du murmure vésiculaire normal. Tous ces phénomènes sont tellement caractéristiques qu'il est impossible, après les avoir constatés, de méconnaître un seul instant l'affection dont est atteint notre malade. De plus, elle offre cette marche rémittente qui semble être caractéristique aussi de l'emphysème pulmonaire. Quand il est dans l'état de repos, cet homme ne semble nullement malade ; c'est quand il agit, qu'il marche ou fait quelque ouvrage pénible, qu'il s'aperçoit d'un mal qu'il a nécessairement toujours, mais qui ne se manifeste que par intervalles. L'emphysème du poumon a presque toujours cette marche rémittente. Presque toujours, il présente des exacerbations d'un caractère souvent inquiétant. Il y a des sujets chez lesquels l'emphysème du poumon est intermittent ; il y a des individus emphysémateux qui, hors le temps des accès, recouvrent la liberté de la respiration, peuvent courir et monter les escaliers très rapidement sans éprouver la moindre gène de la respiration. Il faut bien admettre, chez ceux-là, que l'état d'emphysème cesse dans le poumon d'une manière complète pendant un certain temps.

Le malade dont nous vous entretenons ne présente l'emphysème du poumon qu'à un degré médiocre ; cependant les symptômes en sont très prononcés et ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence réelle de la maladie. De ce degré au degré le plus intense, il y a encore une différence très grande. Si nous cherchons les causes qui ont pu déterminer la production de cet état, nous voyons qu'elles sont extrêmement obscures. Chez certains sujets, l'emphysème est la suite évidente de bronchites chroniques et répétées. Les vésicules pulmonaires, distendues par l'air emprisonné pendant les secousses de la toux, ont gardé leur distension. Mais cette influence de la bronchite sur la production de l'emphysème est douteuse, et les bronchites répétées ne suffisent point pour produire l'emphysème. On voit assez fréquemment des sujets qui ont été pris de leur maladie tout à fait dans leur enfance et sans l'existence bien prouvée de bronchites antécédentes. Chez le malade dont nous nous occupons, en particulier, la cause de la maladie est assez obscure. Il nous a dit avoir eu un rhume assez violent depuis le commencement du développement de son emphysème ; mais il nous a affirmé n'en avoir jamais eu auparavant. Bien que l'existence de la bronchite soit plus satisfaisante en théorie, cependant l'expérience n'est point d'accord avec elle, et l'expérience est toute-puissante dans les sciences d'observation.

On constate souvent qu'un principe rhumatismal ou des affections herpétiques de la peau ont précédé l'emphysème pulmonaire. Les sujets fréquemment affectés d'éruptions chroniques de la peau ont une grande disposition des bronches à se prendre ou sous forme de bronchite chronique, ou sous forme d'emphysème. Cette condition est une de celles dans lesquelles il se produit souvent des affections pulmonaires. Entre ces deux affections il existe des rapports assez intimes et étroits. Les sujets qui se trouvent dans ces circonstances sont sujets à des éruptions de la peau et à des affections rhumatismales. On serait conduit à penser d'après cela, qu'un même principe morbifique peut avoir deux résultats différents, qu'une seule et même cause peut déterminer la production de deux maladies essentiellement distinctes.

Chez notre malade, nous avons cru devoir diriger nos questions dans un sens particulier. Nous avons vu, en l'interrogeant sur ses antécédents, qu'il avait eu beaucoup de gourmes dans son enfance. Maintenant encore il a de l'acné sur le visage, deux circonstances qu'il ne faut point perdre de vue dans l'observation de la maladie. Dans les cas où les affections rhumatismales ont précédé l'affection du poumon, on a vu souvent apparaître pendant le cours de l'emphysème des attaques de rhumatisme qui, chose surprenante, ont jusqu'à un certain point soulagé les malades, ou bien des éruptions à la peau par suite de l'usage d'eaux sulfureuses, éruptions dont l'apparition coïncidait avec un soulagement manifeste.

Terminons ce que nous avions à vous dire de l'emphysème par quelques mots sur le traitement. On a, dans ces derniers temps, eu recours à des méthodes nouvelles. Au lieu d'employer les fumigations, qui sont souvent fatigantes, on a pensé que l'action de fumer des substances calmantes et narcotiques pourrait être utile. On compte un assez grand nombre de malades qui ont été soulagés par l'usage de cigarettes de papier chargées de feuilles de datura stramonium, de belladone. Quand on est appelé au moment de l'attaque, c'est par la saignée que l'on obtient les résultats les plus immédiats ; mais quand les accès sont fréquents, on ne peut point toujours avoir recours à la saignée. Alors les sinapismes, les bains de pieds, les bains de bras administrés le soir produisent des résultats assez avantageux.

Les causes qui ramènent les attaques de dyspnée sont extrêmement variables. Il y a tel malade chez lequel la poussière, la fumée, déterminent des attaques plus ou moins fortes. Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'influence qu'exercent chez quelques sujets les localités. Tous les médecins ont signalé l'influence vraiment extraordinaire de certaines localités sur l'emphysème pulmonaire. J'ai soigné une dame qui, chaque fois qu'elle allait à l'église, attrapait du froid, rentrait chez elle avec un coryza, et avait dans la journée une attaque de dyspnée excessivement violente. Dans les endroits élevés, la dyspnée est plus fréquente que dans les lieux bas. J'ai connu un jeune homme sur lequel on pouvait très bien constater l'influence de la hauteur des lieux d'habitation. Toutes les fois qu'il habitait pendant quelque temps un lieu élevé, il était pris d'accès de dyspnée pendant la nuit. Le cas le plus curieux que j'aie rencontré est sans contredit le suivant. Je connais un monsieur qui habite Paris, et qui, chaque fois qu'il va à la campagne, dans un lieu voisin de la Seine, est pris à coup sûr d'attaques de dyspnée. Il a cru que peut-être cela serait le résultat de l'imagination. Mais il a pu se convaincre une fois qu'il n'en était point ainsi ; car, ayant passé la nuit dans une maison de campagne qu'il croyait éloignée de la Seine, et qui en était rapprochée, il fut pris pendant la nuit d'un accès très intense de suffocation.

Il y a donc, d'après tout ce que nous venons de dire, dans la production de l'emphysème des singularités qui justifient l'opinion que l'on avait autrefois sur la nature nerveuse de cette maladie. Aujourd'hui qu'elle a été étudiée pendant la vie et après la mort, on s'est convaincu qu'il y a une affection organique dont le mécanisme échappe encore en partie. Que le poumon conserve l'air qu'il a reçu ; que par suite de cette stagnation de l'air vicié par son séjour dans le poumon un accès soit provoqué, ces phénomènes peuvent expliquer la dyspnée. Mais quant à la cause matérielle qui fait que l'air a grand'peine à entrer dans le poumon et à en sortir, on ne la connaît pas. Il peut y avoir gonflement, épaississement des parois des vésicules pulmonaires ; il peut y avoir modification dans les qualités des liquides sécrétés par la surface interne de ces vésicules ; mais ce ne sont là que des probabilités, et l'on ne peut que se livrer à des hypothèses.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Bout de doigt coupé. Tentative de réunion.

Au n° 15 de la salle St-Louis, est couché un jeune homme qui s'est coupé le bout des doigts ; la pulpe en a été détachée, et avec elle une petite portion de l'os ; on a envoyé chercher cette partie détachée et on l'a de suite réappliquée. Maintenant, que deviendra-t-elle ? Se frappera-t-elle de mort ? Ou bien se réunira-t-elle ? Je l'ignore. Je sais bien cependant

---

maître en dermatologie, une importance telle à la prééminence de certaine classification que, par le fait seul d'une pareille prééminence méconnue, nous soyons porté à faire peu de cas des travaux de quelques-uns de nos devanciers ou de nos contemporains..... mais bien parce que nous regardons comme fort important d'avoir un guide sûr et facile dans l'exploration des nombreuses espèces et variétés que nous offre le tableau variable et mobile de la nature vivante.

Or, c'est parce que nous trouvons ce guide dans la classification qui a servi de base au précis de Bateman, que nous avons cru devoir l'adopter (avec quelques modifications de détail) dans notre *Traité pratique des Maladies de la peau*, ainsi que dans notre enseignement.

D'autres auteurs, tels que Lorry, Alibert, Baumès, tout récemment le professeur [illegible] de Berlin..., ont voulu s'élever au-dessus des simples rapports de *forme* facilement appréciables aux sens qui servent de base aux divisions de cette classification, et pénétrant plus avant dans les secrets de l'économie, établir, comme fondements de leurs divisions, des rapports de *nature*, et ils ont perdu en facilité, en clarté et en sûreté ce qu'ils croyaient gagner en profondeur, en méthode, en philosophie.

Beaucoup de raisons solides militent sans doute en faveur de l'opinion, devenue populaire depuis long-temps, que les maladies de la peau sont fréquemment entretenues par une modification profonde et secrète de l'économie, qu'Hippocrate avait en vue lorsqu'il distinguait les affections cutanées accidentelles de celles qui se formaient par une sorte de dépôt à l'extérieur. C'est cette cause secrète que les auteurs de la fin du siècle dernier désignaient sous le nom de *vice* ou *virus dartreux* ; virus que Poupart, en particulier, regardait comme un Protée susceptible de se déguiser sous toutes sortes de formes, et capable de produire notamment la fluxion de poitrine, la fièvre maligne, la phthisie pulmonaire, l'hydropisie, etc. Entre une pareille exagération et celle en sens inverse de quelques auteurs modernes, qui ont cru pouvoir rapporter à une simple inflammation locale, ou même à des causes pour ainsi dire mécaniques, telle que la présence d'animaux parasites microscopiques, presque toutes les maladies de la peau, il y a place pour une opinion vraiment scientifique et fondée sur les résultats incontestables de l'expérience et de l'observation.

Sans contredit, le développement spontané de la plupart des maladies chroniques de la peau, leur liaison avec certaines conditions d'âge, de constitution, de tempérament, d'habitudes, de climat, etc., les récidives surtout, qui se montrent si fréquentes et si faciles dans le plus grand nombre des cas..., voilà des faits qu'on ne saurait nier, et qui portent à admettre l'existence d'une diathèse spéciale, soit héréditaire, soit naturelle, soit acquise, qui est la véritable source de ces affections que l'on désigne communément sous le nom de *dartres*.

Mais qui ne voit que de pareilles considérations sont d'un ordre trop élevé et trop difficile à saisir pour servir de base à une classification, laquelle, après tout, ne peut être qu'un système artificiel propre à aider la mémoire et à faciliter l'étude du sujet ?

Selon moi, l'*humorisme* des anciens, l'âcreté chimique du dix-septième siècle, la cause prochaine de Lorry, le virus dartreux de Poupart, l'inflammation des modernes, les *fluxions* de M. Baumès, les distinctions *idiopathiques* et *symptomatiques* du professeur de Berlin, celles mêmes, plus vulgaires en apparence, d'Alibert, qui admettait des dermatoses *éruptives, inflammatoires, dartreuses ; scabieuses*, etc., ne peuvent amener dans une classification des maladies de la peau, que de la confusion et des difficultés inextricables. Bien plus, elles pourraient nous menacer d'un retour à cette époque (qui ne peut encore être regardée comme entièrement passée), où, sous prétexte d'analogie de nature et de traitement, on se contentait des noms vagues, insignifiants ou indéterminés, de *dartres, boutons, éruption*, etc., pour désigner les diverses espèces qui composent le domaine de la pathologie cutanée spéciale. Or, avec une pareille confusion, tout diagnostic sérieux deviendrait impossible, et l'on arriverait bientôt dans la pratique (comme nous n'en avons vu nous-même que trop d'exemples) à voir confondre dans certains cas l'*herpès*, l'*eczéma* ou le *prurigo* avec la gale, l'*esthiomène* avec la couperose ou avec les *syphilides*, une éruption exanthématique insignifiante avec d'autres maladies de la peau d'un caractère bien autrement grave et sérieux.

Laissons donc de côté des prétentions scientifiques insoutenables en théorie et fort dangereuses en pratique, pour nous en tenir à une classification qui ne promet que ce qu'elle peut tenir, savoir : la division de la pathologie cutanée en espèces distinctes et faciles à reconnaître à l'aide de caractères sensibles.

On pourrait trouver les premiers éléments de la classification que nous avons adoptée après Biett (qui l'a le premier importée à l'hôpital Saint-Louis) dans les tentatives faites au seizième siècle par Mercurialis. Jusque-là les nombreuses espèces cutanées indiquées sous des noms grecs et latins qui se sont conservés jusqu'à nos jours (tels que psoriasis, herpès, lichen, eczéma, prurigo ou pruritus, etc.) n'avaient point été rangées dans un ordre méthodique et subissaient la loi commune des pathologistes anciens qui n'offraient guère d'autre élément de classification que l'ordre topographique *a capite ad calcem*. — Toutefois les noms mêmes de certaines espèces indiquaient la forme élémentaire vésiculeuse, papuleuse, tuberculeuse, pustuleuse, etc., qui devait servir plus tard de base à une classification méthodique.

Mercurialis le premier, peu après la renaissance des lettres, établit dans son petit livre latin sur les maladies de la peau, une division qui séparait ces maladies en trois grandes classes suivant qu'elles donnaient lieu à une altération de coloration, à de petites élevures papuleuses ou à de véritables tumeurs.

Il y a loin toutefois de ce premier essai au cadre complet de Plenk qui, vers la fin du siècle dernier, publia en Allemagne un tableau de la pathologie cutanée en quatorze classes comprenant : 1° les taches, 2° les pustules, 3° les vésicules, 4° les bulles, 5° les papules, 6° les croûtes, 7° les squames, 8° les callosités, 9° les excroissances, 10° les ulcérations, 11° les plaies, 12° les insectes parasites, 13° les maladies des ongles ; 14° les maladies des poils.

En retranchant de ce tableau ce qui appartient aux dépendances de la peau et ce qui est formé par de simples produits de sécrétion ou d'excrétion, on arrivera facilement à la classification de Willan exposée et rédigée par Bateman, son compatriote et son élève, dans laquelle les formes élémentaires sont réduites à huit ordres, savoir : les exanthèmes, les bulles, les vésicules, les pustules, les tubercules, les squames, les papules et les taches.

On pourrait regretter dans la classification anglaise l'ordre des *ulcérations* de Plenk, quoique, à la vérité, les ulcérations de la peau soient le plus souvent consécutives à des altérations soit pustuleuses, soit tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit, les huit ordres de cette classification nous suffiront pour grouper les espèces qui rentrent dans le domaine de la pathologie cutanée, spéciale, domaine dont nous avons élagué, pour éviter tout double emploi, les affections aiguës qui ne sont point dans les attributions particulières de l'hôpital Saint-Louis.

Toutefois il nous est permis moins qu'à tout autre de négliger et d'omettre complétement la classification que notre célèbre prédécesseur avait cherché à faire prévaloir. Nous en dirons donc ici quelques mots :

Vers la fin du dix-huitième siècle, les auteurs érudits qui cherchaient à conserver les traditions scientifiques des siècles précédents, se plaignaient de la confusion qui tendait à s'établir dans le langage de la science par l'invasion du langage vulgaire.

Pour ce qui est de notre spécialité, notamment, le savant Lorry, en 1777, se plaignait de ce que le mot *herpes* (traduit en français par le terme banal *dartre*) était détourné de son acception primitive, et tendait à remplacer à lui tout seul toutes les autres dénominations spéciales mentionnées dans les œuvres de Celse, d'Alexandre de Tralles, et même des auteurs arabes. Déjà, en 1768, Sauvages, dans sa Nosologie, avait donné à ce mot *herpes* une extension abusive, et n'en reconnaissait pas moins de neuf espèces.

Roussel, en 1779, imitant une précédente classification du *synopsis* de Lieutaud publié en 1770, réduisit ces espèces à quatre, sous les noms de dartre *furfuracée, squammeuse humide, crustacée* et *rongeante*, mais y comprit réellement plusieurs éruptions étrangères au genre *herpes* des écrivains classiques.

Lorsque la révolution française vint renverser le passé de la science

que cette réunion est possible. Les fastes de la chirurgie française en offrent des exemples. Tout le monde connaît l'observation rapportée par Garengeot. D'autres faits constatés juridiquement, et rapportés par Percy dans le grand Dictionnaire des sciences médicales, prouvent que des doigts séparés complétement de la main, et ensuite immédiatement réappliqués, ont repris parfaitement la sensibilité et le mouvement. Ces faits sont excessivement rares, mais ils autorisent à concevoir quelque espérance ; et comme il n'y a aucun inconvénient à tenter la réunion, nous avons dû l'essayer, et nous verrons d'ici à quelques jours, si nous devons renoncer à tout espoir de réunion.

Un autre fait qui est très positif, c'est qu'une partie détachée dans toute son étendue, pourvu cependant qu'elle tienne encore par une ligne de largeur et d'épaisseur, lorsqu'elle est réappliquée continue de vivre. On a de nombreuses observations de cas semblables pendant la guerre d'Egypte. Le célèbre Percy a vu des bras, des avant-bras presque entièrement coupés par le sabre si tranchant des mamelucks, lesquels, étant réappliqués presque sur le champ, la réunion réussissait très souvent. Nous-même, nous avons vu ici, l'année dernière, un malade pansé par M. Laroche. Le doigt ne tenait plus que par un lambeau pédiculé de la largeur d'une ligne, vers la face palmaire ; et cependant ce doigt a repris tous ses mouvements. Enfin, nous-même aussi, nous avons recueilli des faits de cette nature pendant la guerre d'Allemagne.

Fistule à l'anus. Thérapeutique médico-chirurgicale.

Au n° 36 de la même salle, est un malade qui porte une fistule à la partie postérieure et inférieure du rectum. Nous avons employé un quart de lavement avec une forte décoction de ratanhia, que l'on doit garder. M. Trousseau, en indiquant cet agent thérapeutique, a rendu un véritable service à la science et à l'humanité. Nous en avons obtenu de très bons effets, et nous l'avons employé avec succès un très grand nombre de fois. Nous avons guéri par ce moyen, non-seulement des fistules très superficielles, mais encore des fistules assez profondes.

On a aussi conseillé la cautérisation avec le nitrate d'argent fondu. Mais si la fistule est très profonde, il est difficile de l'appliquer. Les cas de guérison sont rares ; cependant, vous pouvez l'essayer ; car si l'on ne réussit pas, on est alors forcé de pratiquer l'opération ; mais quand les fissures sont superficielles on les guérit presque toujours en employant la cautérisation que l'on pratique avec le nitrate d'argent fondu et que l'on renouvelle tous les cinq ou six jours. On est quelquefois obligé d'avoir recours jusqu'à dix, quinze et vingt cautérisations pour obtenir la guérison.

En résumant ces considérations générales sur la thérapeutique des fistules à l'anus, voici comment vous devez agir :

Ayez d'abord recours au quart de lavement fait avec une forte décoction de ratanhia ; vous le faites garder au malade. Si ce moyen ne vous réussit pas, ayez recours à la cautérisation. Si, après avoir été pratiquée un certain nombre de fois, elle échoue, alors pratiquez l'opération.

Polype intra et extra-utérin. Catarrhe pulmonaire très étendu. Mort. Autopsie.

Dans le fond de la salle Saint-Augustin, était une femme pâle, maigre et très faible. Elle avait, depuis quelque temps, un catarrhe pulmonaire très intense. Elle portait un polype, dont une partie, assez considérable, se faisait sentir dans le vagin, et l'autre était contenue dans la cavité de la matrice.

Nous avions l'intention de pratiquer quelque tentative d'extirpation ; mais les forces de cette malade furent bientôt épuisées par les progrès du catarrhe pulmonaire ; elle succomba, et la chirurgie médicale est restée étrangère à cette mort.

Lorsqu'un polype siége dans le vagin, et qu'une grande quantité de ce même polype reste depuis long-temps dans la matrice, il faut en tirer cette conséquence, que l'utérus ne peut s'en débarrasser à cause des adhérences excessivement intimes, très larges et très nombreuses qu'il a contractées avec la face interne de l'organe utérin.

A l'autopsie de la pièce anatomique qui vient de vous être présentée, vous avez vu les nombreuses adhérences à la partie utérine de ce polype. Quant à sa partie vaginale, vous pouvez vous convaincre que son volume égale celui des deux poings réunis.

Son tissu, déjà avant la mort, était frappé de pourriture, et si les forces de la malade n'avaient pas été frappées d'une extrême débilité, la nature elle-même aurait, par le moyen de cette gangrène, opéré la séparation de la portion vaginale d'avec la portion utérine du polype.

Peut-être aussi nous aurions, après la chute naturelle ou l'extirpation de la portion vaginale de ce polype, tenté de lier celle qui était contenue dans la matrice ; et si la ligature ne nous eût pas réussi, nous aurions attaqué le polype dans l'utérus avec l'instrument tranchant, en abaissant préliminairement le corps de l'utérus, comme je l'ai pratiqué dans des circonstances à peu près semblables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mai 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. Guersant, contrairement à une assertion de M. Guérin, écrit pour indiquer le passage du mémoire où celui-ci l'a accusé d'avoir agi contre lui.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* écrit que les nombreuses réclamations que s'adressent MM. Guillon et Mercier relativement à la découverte d'une valvule urétro-vésicale, pourraient bien ne concerner que le bourrelet transverse par lequel souvent se manifeste dans sa deuxième période l'engorgement de la prostate, lorsque commence à se développer au-dessous du col de la vessie la tumeur qu'Evrard Home a nommée troisième lobe. M. Le Roy dépose sept scarificateurs de forme particulière, pour que la commission juge si celui dont MM. Mercier et Guillon se disputent l'invention ne serait pas l'un de ceux au moyen desquels depuis dix-huit ans il a coupé, scarifié, avec des succès variables, les tumeurs, les bourrelets et les replis valvulaires du col de la vessie.

— *M. Rochoux* lit un rapport sur le traitement de l'épilepsie par M. Marochetti. Ce traitement, dont la formule a été confiée à la commission, avec prière de ne pas la divulguer, n'a pas paru suffisamment rationnel à la commission pour qu'elle l'expérimentât. De plus, l'auteur n'a rapporté aucun fait de guérison ; son mémoire contient des assertions mais aucune observation.

Conclusion : Dépôt aux archives.

M. Nacquart considère ce traitement comme un remède secret, et croit qu'il n'y avait pas lieu à faire de rapport. Il propose l'ordre du jour, qui est adopté après une courte discussion.

— *M. Rochoux* lit un autre rapport sur une observation de pleuro-pneumonie bilieuse communiquée par M. Naudot. Il s'agit d'une pneumonie qui après avoir résisté aux émissions sanguines a été guérie par l'emploi de la méthode rasorienne. M. Rochoux croit que l'on a beaucoup exagéré la fréquence des pneumonies bilieuses, et que c'est souvent mal à propos que l'on emploie le traitement de Stoll. L'élément bilieux gît presque toujours, dit-il, dans l'imagination des observateurs. L'emploi de l'émétique lui paraît au moins inutile, car, comme on l'a dit, s'il ne fait pas de mal il ne fait pas de bien.

Conclusion : Remercîments à l'auteur ; dépôt de son mémoire aux archives.

M. Martin-Solon est bien loin de partager les idées de M. Rochoux sur les pneumonies bilieuses et sur les avantages du traitement évacuant de Stoll. Ces maladies n'existent pas seulement dans l'imagination des auteurs, elles sont fort fort réelles ; il en a observé fréquemment, et c'est un des plus beaux titres de gloire de Stoll de les avoir décrites. Mais il faut bien distinguer les cas divers qui peuvent se présenter. Il y a des pneumonies bilieuses simples, celles dans lesquelles l'élément inflammatoire existe à peine ; ce sont celles où le traitement évacuant de Stoll réussit à merveille. Il y a la pneumonie bilieuse avec inflammation marquée, celle-là exige avant tout les émissions sanguines, le traitement évacuant ne vient qu'en seconde ligne. C'est pour avoir méconnu cette distinction qu'on a mal interprété les idées de Stoll et mal appliqué son traitement.

Pour en revenir à l'observation de M. Naudot, il croit qu'il existe dans cette observation une erreur thérapeutique grave. On a donné le traitement rasorien parce que la pneumonie était bilieuse ; c'est ce qui ferait croire à M. Martin-Solon qu'elle ne l'était pas ; car le traitement rasorien est un antiphlogistique.

M. Louis combat les idées de M. Rochoux sur l'emploi de l'émétique à haute dose ; idées qu'il croit complétement opposées à la vérité. Il a observé 18 à 20 cas de pneumonies réfractaires aux émissions sanguines, et seize fois il a guéri par l'émétique à haute dose. C'est un médicament des plus précieux, et dont la pratique ne peut plus se passer aujourd'hui.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Jolly*, en son nom et au nom de M. Martin-Solon, fait un rapport sur un cas de mort observé au lazaret de Malte le 30 juillet 1842, en réponse à une lettre officielle de M. le ministre du commerce et de l'agriculture, à la date du 4 octobre suivant.

Un paquebot français, le *Lycurgue*, arriva à Malte le 14 juillet 1842, venant de Constantinople, Smyrne et Syra, avec 50 personnes d'équipage et 32 passagers. Quelques-uns de ces derniers avaient été embarqués au lazaret de Syra où ils purgeaient leur quarantaine, attendu leur provenance d'Alexandrie.

A leur arrivée à Malte, tous paraissaient être en parfaite santé. Mais le 27 juillet, c'est-à-dire vingt-cinq jours après avoir quitté Alexandrie, l'un d'eux, M. Faudon, âgé de quarante-deux ans, se trouva indisposé. Il revenait des Indes, emportant avec lui deux caisses de musc renfermées dans des boîtes de fer-blanc soudé.

En conformité des règlements de la quarantaine, il dut faire l'ouverture de ses caisses pour en exhiber le contenu ; et il s'aperçut alors que son musc était considérablement avarié. C'était une grande perte pour lui, et il en fut vivement affecté. Dès ce moment il devint triste, sombre et taciturne, ne mangea plus, et se plaignit de douleurs de tête que l'on attribua d'abord à l'odeur du musc qu'il avait respirée. Appelé le même jour, 27 juillet, à lui donner des soins, le médecin du lazaret, M. Gravagna, ne vit dans son état que les symptômes ordinaires d'une *synoque simple* parvenue au sixième jour. Il se borna, par conséquent, à prescrire le repos, la diète, et pour le lendemain un purgatif.

Le 28 au matin, le malade se plaint de fatigue, d'insomnie et d'une légère céphalalgie à droite ; la face est enflammée, les yeux sont rouges et injectés. On lui propose une saignée, qu'il repousse énergiquement en disant : Ce n'est rien. Cependant, le soir, tous ces symptômes acquièrent plus d'intensité et s'accompagnent d'un violent paroxysme fébrile qui dure jusqu'au lendemain 29. A sa visite du matin, le médecin insiste encore sur le besoin de la saignée ; même refus de la part du malade. Une légère rémission se manifeste dans la matinée ; mais le soir, nouveau paroxysme non moins violent que celui de la veille, et s'offrant d'ailleurs avec le même appareil de symptômes fébriles.

Le 30 au matin on observe bien, comme les jours précédents, un peu de calme et de rémission dans l'état général ; mais la céphalalgie continue, et c'est encore en vain que le médecin insiste près du malade pour qu'il se soumette enfin à une saignée ou au moins à une application de sangsues à la tête.

C'était la veille du terme de la quarantaine, le jour où l'on avait à constater officiellement s'il n'existait pas quelque empêchement à déclarer pour le lendemain la libre-pratique.

Par conséquent le malade fut visité très scrupuleusement à nu, et ne présenta ni bubon, ni charbon, ni engorgement glanduleux, mais seulement quelques légères taches pétéchiales sur le corps ; en sorte que le médecin ne trouva dans le résultat de cet examen que la confirmation de son premier diagnostic, savoir une synoque bilieuse parvenue au neuvième jour.

Vers midi, à l'heure ordinaire de la rémission, le malade se leva, prit de l'argent, et paya les comptes de la quarantaine. Mais il éprouva presque aussitôt un nouveau paroxysme avec des symptômes tellement violents, qu'il ne put se rendre à son lit et qu'il fallut l'y transporter, après une chute qu'il fit en essayant de s'y rendre. A une prostration générale se joignit bientôt une perte de connaissance, une respiration courte et stertoreuse, une sueur froide de tout le corps ; en sorte que durant le court espace de trois heures il tomba dans un état d'agonie suivi de mort vers les quatre heures du soir.

En examinant le cadavre vingt minutes après la mort, le médecin découvrit avec surprise une tumeur vers le tiers supérieur et antérieur de la cuisse droite, et fit appeler sus-sitôt trois autres médecins du lieu dont il désirait pouvoir s'éclairer, et, au besoin, produire le témoignage dans la consultation du fait.

Ils examinèrent ensemble le cadavre, et indépendamment de cette première tumeur de la cuisse droite, ils en découvrirent une seconde exactement semblable sur la cuisse gauche, deux autres ayant chacune environ le volume d'une noix sur la partie latérale externe de la cuisse du même côté, et de plusieurs engorgements considérables sur l'avant-bras droit. Pour acquérir toute certitude sur l'existence et la nature de tels faits, et leur donner au besoin un caractère authentique, on procéda à un nouvel examen du cadavre le lendemain matin, en plein jour, et en présence de quatre autres médecins anglais, et tous réunis au nombre de neuf, furent unanimement d'avis que si l'on ne pouvait qualifier de *peste* la maladie à laquelle venait de succomber Faudon, on devait au moins considérer le cas comme *suspect*.

M. le rapporteur signale les lacunes qui existent dans cette relation. La plus regrettable de toutes, est l'absence d'autopsie. Le manque de date précise du départ du paquebot, le défaut de renseignements sur l'état sanitaire d'Alexandrie, de Constantinople, de Smyrne et de Syra, à l'époque où l'équipage et les passagers avaient quitté ces lieux, rendent ce fait fort incomplet.

Il n'en faut pas moins remarquer que pendant la traversée, qui a été de vingt-cinq jours, l'équipage et les passagers ont joui d'une santé parfaite ; que depuis l'accident qui a emporté Faudon, aucune autre personne de l'équipage, aucun autre passager ni aucun des employés au service de la quarantaine, n'a offert le moindre trouble dans sa santé, après avoir été en rapport immédiat avec le malade, après avoir vécu en contact journalier et dans des relations intimes avec lui, même pendant sa maladie. Ces faits, dont les adversaires de la contagion peuvent tirer parti, n'infirment pas néanmoins la valeur des tumeurs observées sur le cadavre de Faudon, offrant au moins une analogie frappante, sinon une véritable identité, avec les bubons dits pestilentiels.

Par ces considérations, et d'autres encore que nous sommes obligés de passer sous silence, la commission propose de répondre au ministre que le cas de mort observé au lazaret de Malte le 30 juillet 1842, et sur lequel l'Académie est appelée à donner son opinion, lui paraît devoir être considéré au moins comme suspect relativement à la question de peste ; mais qu'étant isolé, et d'ailleurs incomplet sous plusieurs rapports, il ne pourrait être invoqué en faveur de leur opinion, ni par les adversaires, ni par les défenseurs du système actuel des quarantaines.

M. Nacquart ne veut pas traiter la question de la peste à l'occasion de ce fait, qui ne lui paraît d'ailleurs pouvoir servir à rien. C'était toute autre chose que la peste, et on n'a pas cherché ce que ce pouvait être,

---

comme elle avait effacé le passé de la politique, Alibert trouva le terrain tout préparé pour les innovations.

Aussi, négligeant complétement les traditions scientifiques, ne s'appuyant que sur son observation personnelle, omettant même la plupart des termes qui avaient eu cours dans les siècles précédents pour leur substituer des noms vulgaires, Alibert créa réellement dans sa première classification un nouveau système de pathologie cutanée. La commodité, la facilité, et, s'il m'est permis de le dire, la vulgarité même de ce système où le mot *dartre* tenait le premier rang, le popularisa bientôt dans toute la France.

Malheureusement (car dans cette première classification, du moins, se trouvent certains avantages qui la maintiendront quelque temps encore dans le langage usuel de la pratique), le professeur de l'hôpital Saint-Louis, blessé par une rivalité importée d'outre-mer, et qui établissait à côté de lui des prétentions appuyées sur le passé de la science, s'efforça de revenir lui-même aux traditions, et de donner plus de précision et plus d'élévation à son langage. C'est alors, qu'arrivé à une époque déjà assez avancée de sa carrière, Alibert voulut implanter dans le sol de l'hôpital Saint-Louis l'*arbre des dermatoses*. Cette tentative devait échouer, malgré tout le zèle et toute l'éloquence du professeur ; car elle augmentait les difficultés de l'étude sans présenter en échange des compensations scientifiques satisfaisantes.

Dans cette nouvelle classification, Alibert faisait un amalgame des noms vulgaires et des noms classiques qui devait nécessairement introduire une nouvelle confusion dans le langage. Tandis que, d'une part, en effet, il retenait, par exemple, le nom vulgaire de *dartre*, et lui donnait une extension que n'a jamais eue le mot *herpès*, il faisait de certains noms anciens une application toute différente de celle qu'en avait faite l'auteur de la classification anglaise, adoptée déjà par quelques médecins français, et notamment par l'élève devenu l'heureux rival d'Alibert, tant dans l'enseignement que dans la pratique. Ainsi, notre mot *exanthème*, qui signifie *rougeurs* de la peau, devient, dans la classification d'Alibert, le surnom d'un groupe de dermatoses de formes variées et qui n'ont pour caractère commun que les analogies de marche et de nature que l'on rencontre dans les fièvres éruptives. Ainsi, notre mot *eczema*, qui désigne une maladie spéciale, celle à laquelle s'appliquent le mieux toutes les considérations générales qu'Alibert et les auteurs de la fin du dix-huitième siècle, dont il avait suivi les traces, ont exposées à l'occasion des *dartres*, devient, sur l'arbre des dermatoses, un terme générique appliqué à un groupe de diverses éruptions exanthémateuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc. ; telles que l'érysipèle, l'urticaire, le pemphigus, le furoncle, etc.

Dans cette classification d'ailleurs aucun lien commun n'unit les divers groupes entre eux, c'est tantôt la forme, tantôt la nature, tantôt l'usage seul qui forment le caractère et la dénomination de ces groupes, comme il sera facile d'en juger par un seul coup d'œil jeté sur le tableau suivant :

Classification d'Alibert (DERMATOSES).

Eczémateuses, exanthémateuses, teigneuses ;
Dartreuses, cancéreuses, lépreuses ;
Véroleuses, strumeuses, scabieuses ;
Hématcuses, dischromateuses, hétéromorphes.

Nous avons dû nécessairement préférer à cette classification difficile et embarrassée, celle si simple et si claire que nous avons mentionnée plus haut et dont nous compenserons d'ailleurs les inconvéniens (inhérents à tout système artificiel) par les considérations pratiques que ne manqueront pas de susciter les nombreux sujets soumis à votre observation. Ce sont ces considérations pratiques qui nous conduiront aux indications thérapeutiques ; ce sont par conséquent celles dont vous devez faire le plus de cas ; car, ainsi que l'a proclamé il y a deux mille ans le père de la médecine, le premier devoir du médecin est de s'occuper *avant tout* de guérir le malade !

NOUVELLES.

Faculté de médecine. — Concours pour six places d'agrégés en médecine.

Les nominations ont été faites hier :

Les concurrents nommés, sont MM. Fleury, Burguières, Tardieu, Grisolle, Beau et Behier.

La nomination de M. Fleury a été faite au premier tour de scrutin et à l'unanimité ; celles de MM. Burguières et Tardieu, au premier tour et à la majorité de cinq voix ; celles de MM. Grisolle, Beau et Behier, après ballotages. Les concurrents qui ont eu le plus de voix après eux, sont MM. Tanquerel des Planches, Gueneau de Mussy et Pelletan.

— M. A. Devergie ouvrira, demain vendredi, 17 mai, à neuf heures, son Cours clinique des maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis. Il le continuera tous les vendredis. La visite des salles aura lieu à huit heures.

— M. Rey, médecin des hospices de Marseille, intendant de la santé, vient de recevoir la croix de la Légion-d'Honneur. Cette récompense est méritée par de longs et utiles services. M. le docteur Rey est l'un des praticiens les plus distingués et les plus honorables de Marseille.

M. Jolly. Nous avons dit tout cela dans notre rapport.

M. Martin-Solon. Parlez pour vous, M. le rapporteur ; car moi, je n'ai ni lait, ni lu, ni signé le rapport.

M. Jolly. Vous n'avez pas fait le rapport, c'est vrai ; vous ne l'avez pas lu, c'est votre faute et non la mienne ; car je l'ai déposé chez vous dans cette intention ; mais vous l'avez signé, et en voilà la preuve. (M. Jolly montre le manuscrit, où se trouve, en effet, la signature de M. Martin-Solon.)

M. Martin-Solon. Je l'ai signé sans le lire, et je n'en veux pas prendre la responsabilité.

Cet incident excite une vive hilarité.

M. Rochoux. Un membre du parlement anglais demandait combien il fallait de chevaux gris pour faire un cheval blanc. On peut demander aussi combien il tant de cas douteux pour faire un cas réel. Je propose de répondre tout simplement au ministre que le cas est sans valeur.

M. Dupuy. En donnant aux animaux du camphre et des cantharides, on produit chez eux les mêmes phénomènes que ceux observés sur l'individu en question, c'est-à-dire le charbon, qui est la peste sporadique. Cet individu a été empoisonné par l'odeur du musc, et voilà tout.

M. Desportes croit que la commission a eu raison de considérer ce cas comme suspect. Pour lui, il serait plus explicite, car les historiens de la peste rapportent en nombre des cas tout à fait analogues.

M. Gueneau de Mussy demande la suppression du mot *au moins*, et propose de rédiger la conclusion ainsi : Ce cas doit être considéré comme suspect.

Après quelques considérations présentées par M. Dubois (d'Amiens), les conclusions modifiées par M. Gueneau de Mussy sont adoptées.

— *M. Laugier* commence la lecture d'un mémoire sur l'écoulement d'un liquide séreux par l'oreille à la suite d'une percussion violente sur le crâne.

Cette lecture sera continuée à la séance prochaine.

— *M. Blandin* présente un jeune homme sur lequel il a opéré avec succès la résection de la partie supérieure de l'humérus pour un cal vicieux.

— *M. Després* présente un cadavre conservé par les procédés d'embaumement qui lui sont propres.

La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 mai 1844. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Mandl adresse une réclamation de priorité relativement à l'un des points traités dans la dernière communication de M. Pouchet. Ce médecin dit qu'il existe à la surface des zoospermes de l'homme une sorte d'épithélium qui enveloppe tout le corps, et s'en trouve séparée par une couche très mince de liquide. La pellicule dont parle M. Pouchet a été déjà décrite et figurée par M. Mandl dans son Anatomie générale, où on lit un passage fort explicite à ce sujet. M. Mandl ajoute que cette pellicule est d'autant plus petite, que les zoospermes ont séjourné plus long-temps dans les vésicules spermatiques, et qu'un séjour prolongé le fait même entièrement disparaître, qu'au contraire elle est plus grande sur les jeunes animalcules.

M. Mandl adresse la lettre suivante : L'existence de l'épithélium sur les membranes muqueuses a été depuis long-temps un sujet intéressant d'investigations pour les anatomistes. La plupart des auteurs ont nié son existence ; mais les recherches si précises et positives de M. Flourens ont mis non-seulement sa présence hors de doute, mais elles nous ont en même temps fourni des renseignements inconnus jusqu'alors sur la composition de cet épithélium. En effet, cet auteur a prouvé que toutes les membranes muqueuses sont pourvues d'épithélium qui est formé par deux lames superposées. Des préparations anatomiques nombreuses viennent à l'appui de l'opinion de M. Flourens.

Je me suis proposé, non-seulement de constater l'existence de ces couches diverses de l'épithélium, qui par quelques auteurs ont été encore mises en doute, mais en outre d'étudier les éléments dont elles se composent. Je prends la liberté de soumettre à l'Académie le résultat de mes recherches à ce sujet.

1. Toutes les membranes muqueuses du canal intestinal sont pourvues d'un épithélium composé de deux couches.

2. La première couche, celle qui regarde la surface libre de la membrane muqueuse, est composée par des éléments deux à trois fois plus longs que larges et épais, formés par une masse fixement granulée, transparente, d'une couleur légèrement grisâtre, que j'appellerais, avec Henle, cylindres d'épithélium. Ces cylindres sont pointus à leur extrémité inférieure, arrondis ou aplatis à leur extrémité libre, pourvus d'un noyau transparent, oblong et situé dans l'intérieur du cylindre, près de son extrémité inférieure. Le noyau porte à son tour un ou deux nucléoles, et se présente dans les cylindres vus d'en haut, comme un petit cercle transparent qui par Traviranus et quelques auteurs a été pris pour une ouverture ou une bourse, surtout dans les cylindres de l'épithélium qui recouvre les villosités intestinales. Tous ces cylindres sont placés longitudinalement les uns à côté des autres ; ils sont couverts à leur surface libre d'une membrane transparente, amorphe, épaisse de 1/200e de millimètre. Lorsqu'on place une particule de cet épithélium dans l'eau pour l'examen micrographique, on voit bientôt à son bord libre et à sa surface sourdre une foule de goutlelettes arrondies ou allongées d'une matière amorphe, blanchâtre, coagulable.

3. La seconde couche, inférieure à la première, et située entre celle-ci et le derme de la muqueuse, se compose d'éléments qui sont de cylindres aux divers degrés de leur développement. Nous les décrirons sommairement, en montant du derme vers la première couche. On aperçoit d'abord de petits globules ayant un diamètre de 1/200 de millimètre, placés dans la substance organisatrice, le blastème qui les réunit. Ils sont suivis par des globules un peu plus grands, pourvus d'un nucléole. Viennent ensuite de globules allongées, elliptiques, pourvus d'un ou deux nucléoles. Plus haut encore on aperçoit ces mêmes éléments, mais entourés d'une légère couche d'une masse finement granulée, transparente, légèrement grisâtre, qui dans les éléments les plus élevés de la seconde couche devient encore plus considérable. Ces derniers présentent alors déjà presque la forme des cylindres parfaits qui composent la première couche. En effet ; ils sont oblongs, composés d'une masse finement granulée, portent un noyau pourvu d'un ou de deux nucléoles. Mais ces éléments sont à peu près de moitié plus petits que les cylindres parfaits ; leur longueur n'excède guère 1/75e de millimètre.

4. Ainsi la seconde couche se compose d'éléments qui s'accroissent, qui se développent, qui sont les germes des éléments parfaits dont est formée la première couche.

5. Il y a renouvellement continuel de l'épithélium, comme cela a lieu pour l'épiderme. M. Floorens a prouvé que dans la peau et dans les membranes muqueuses, les couches inférieures remplacent les supérieures ; nos observations expliquent de quelle manière dans les muqueuses la seconde couche, qui est pour ainsi dire le réseau de Malpighi de ces membranes, remplace la première qui, lorsqu'elle est détachée, est évacuée avec les excréments, où l'on retrouve toujours ses éléments.

6. Dans quelques maladies, comme par exemple dans la dysenterie, dans les inflammations chroniques, etc., ce renouvellement est très accéléré, et la première couche de l'épithélium continuellement repoussée. Elle paraît dans les excréments sous forme de lambeaux blanchâtres que l'on a pris pour du mucus coagulé.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Crayons dermographiques de M. Pyrlas, perfectionnés par le même.

Pr.	Colophane,	5
	Stearine,	4
	Cire,	2
	Noir de fumée,	Q. S.

Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule en y ajoutant peu à peu le noir de fumée, jusqu'à consistance peu molle ; ensuite versez dans des moules pour former les crayons, et laissez refroidir.

Cette formule est plus convenable en été ; la pâte formée par l'ancienne formule se ramollit trop facilement pendant les chaleurs.

Guérison d'un tétanos rhumatismal par le sulfate de quinine.

Un homme âgé de cinquante-deux ans, et qui avait l'habitude de se livrer au sommeil sur le sol humide, fut pris tout à coup de douleurs dans les articulations et dans le dos ; en même temps, il se manifesta de la rigidité dans les membres pelviens et un état de tension des muscles de l'abdomen.

Les jours suivants, le malade resta immobile dans son lit, avec une contracture permanente des muscles du tronc et des membres. Enfin, le cinquième jour, la mâchoire se raidit, et le tétanos se déclara.

Plusieurs saignées furent pratiquées, mais sans le moindre avantage ; des laxatifs, des purgatifs furent ensuite administrés successivement et sans amener de meilleurs résultats.

Guidé par le mode d'invasion de la maladie, par la fièvre et par les douleurs articulaires, le médecin se décida, le sixième jour après le début des accidents, à prescrire le sulfate de quinine à la dose de 12 décigrammes. Sous l'influence de cette médication, qui fut continuée avec persévérance, la roideur des membres diminua peu à peu, à tel point qu'au bout d'un mois de traitement, la rigidité avait complètement disparu dans toutes les parties où elle s'était montrée, c'est-à-dire, dans les membres, dans le rachis, dans les mâchoires et dans les muscles abdominaux. *(Il Raccoglitore medico.)*

— A la suite du concours qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement pour un emploi de médecin professeur d'hygiène de l'homme de guerre et de médecine légale, vacant à l'hôpital d'instruction de Lille, M. Fabre, médecin adjoint à l'hôpital de Maubeuge, a été déclaré apte à cet emploi. Il a obtenu 6 voix, M. Barby 3.

— M. Blondel, médecin adjoint à l'hôpital de Montmédy, vient de mourir.

Rapport de MM. les docteurs Lodibert *et* Martin-Solon *sur le Sirop de Pointes d'asperges, préparé par M. Johnson.*

Messieurs,

Vous nous avez chargé, M. Lodibert et moi, de vous rendre compte du Mémoire que M. Johnson, pharmacien à Paris, vous a adressé sur *les propriétés médicales du Sirop de pointes d'asperges*. Voici l'analyse de ce travail :

« Nous avons fréquemment employé ce Sirop l'année dernière, à » l'hôpital Beaujon, et nous l'avons vu abaisser d'une manière très » notable le nombre des battements du cœur, dans les palpitations » nerveuses, dans les cas d'hypertrophie du cœur ; nous l'avons vu » quelquefois diminuer l'impulsion de l'organe malade et amoindrir le » bruit de soufflet qui accompagnait cette lésion. Les effets du Sirop » de pointes d'asperges ont toujours été bien plus sensibles quand les » palpitations pouvaient être attribuées à un état nerveux, que quand » le système musculaire était hypertrophié. Il est cependant certain » que, même dans cette dernière circonstance, la contractilité du cœur » a été quelquefois sensiblement modifiée ; c'est peut-être à cause de » cette propriété qu'au Malabar on emploie contre la lièvre hectique » une confiture préparée avec les pousses de pointes d'asperges.

» Nous avons, ainsi que plusieurs médecins, constaté l'effet diurétique du sirop dont il s'agit dans plusieurs hydropisies. »

L'administration du *Journal des Conteurs* a eu l'originale idée de donner des primes médicales pour faire adopter aux familles des médecins ce charmant journal littéraire. Joindre l'utile à l'agréable, c'est un grand moyen de succès.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 18 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 58. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 17 MAI 1844.

SUR LA RÉPONSE DE M. ORFILA.

Comme nous l'avions annoncé, M. Orfila vient de répondre aux articles que nous avons publiés. Sa réponse forme une brochure in 4° de 23 pages, que nous allons examiner en aussi peu de mots que possible. Commençons par dire que ce n'est ni un testament ni un programme; M. Orfila se borne à une justification; de sorte que la question de sa retraite reste, pour nous du moins, dans le même vague et dans la même incertitude qu'auparavant. Peu importe, après tout; on interprètera comme on voudra le silence de M. Orfila sur ce point, qui était si délicat à traiter, que nous comprenons sans peine qu'il ait mieux aimé s'abstenir.

La réponse est ainsi intitulée: *M. Orfila à ses confrères.* Il commence par déclarer que souvent et vivement attaqué, il a constamment gardé le silence, et que, s'il répond aujourd'hui, c'est que « dans une série d'articles, on vient de résumer en quelque sorte les diverses accusations dont il avait » précédemment été l'objet; il se décide à publier un certain » nombre de faits qui mettront ses critiques à même de juger » de la valeur de leurs attaques, et que probablement ils regretteront de n'avoir pas connus, puisqu'ils ont souvent » proclamé qu'ils voulaient être justes. S'il en est ainsi, ajoute-t-il, tout lui permet d'espérer qu'ils accueilleront avec faveur » des documents propres à rectifier les erreurs nombreuses » dont ils se sont faits l'écho. »

Nous sommes presque flatté que ce soit spécialement en vue de nos articles, que M. Orfila ait cru devoir rompre son silence. Seulement, puisqu'il a jugé notre critique assez sérieuse pour se croire obligé d'y répondre, nous aurions voulu, et c'était, ce nous semble, de toute loyauté, qu'il en indiquât la source.

Que M. Orfila ait fait appel à notre justice, nous l'en remercions, et il va voir si nous méritions ce témoignage d'estime; mais il parle de *faveur*, et probablement sur ce point ne pourrons-nous nous entendre; la presse aussi est un tribunal qui rend des arrêts et non pas des services.

Pour en finir sur ces préliminaires, nous dirons que le ton de cette réponse est généralement calme et modéré. Notre exemple n'a peut-être pas été sans influence à cet égard. C'est de bon augure, et nous ne désespérons pas de ramener entièrement M. Orfila dans les voies d'une discussion tout à fait grave et décente. Ainsi, probablement qu'à sa première réponse, il fera disparaître cette locution peu parlementaire et peu académique: *cela est faux*, que nous avons rencontrée jusqu'à huit fois dans sa brochure. Un homme de bonne compagnie ne doit pas se servir d'un tel langage.

Venons au fond de la réponse.

M. Orfila se défend d'avoir été deux fois appelé à Blaye pour autre chose que pour constater l'état de santé de la duchesse de Berry qui, disait-on, donnait des inquiétudes. Comment le prouve-t-il? Pour le premier voyage, par un extrait d'une biographie sur son compte, où se trouve rapporté ce que nous venons de dire; par une lettre du ministre de l'intérieur, qui explique la mission dont M. Orfila fut chargé; par une lettre de M. Orfila au ministre, pour lui rendre compte de sa mission. Pour le second voyage, par des inductions et des assertions sans aucune pièce à l'appui.

Nous répondons: un article de biographie ne peut être invoqué comme une preuve sérieuse. A la Biographie de M. Pascalet, nous pourrions opposer d'autres autorités historiques beaucoup plus connues du public, et où les faits relatifs à ce voyage à Blaye sont exposés de toute autre façon. Du reste, dans des missions de cette nature, des pièces officielles ne signifient rien. On n'écrit jamais ce qui peut se dire au tuyau de l'oreille et dans le secret du cabinet. Page 6 de la réponse, M. Orfila dit: « Madame la duchesse de Berry, » malgré les instances de MM. Gintrac, Ménière et Deneux, » ne consentit pas à nous recevoir. » Pourquoi ce refus? Là commence le règne légitime de l'interprétation historique. Que l'esprit de parti ait, dans le temps, exagéré les choses, nous le voulons bien; mais, entre les termes de cette proposition, que le bon sens et la raison publique formulent un jugement. Assez, trop sur ce point que nous avions effleuré en une phrase et qui a coûté cinq pages à M. Orfila.

M. le doyen se défend, faiblement il est vrai, de s'être jamais posé en homme politique comme nous l'en avons accusé. Nous ne lui dirons pas pourquoi, depuis 1830, de simple professeur il est aujourd'hui doyen, conseiller de l'Université, membre du conseil général des hôpitaux, toutes places ou faveurs exclusivement sous la dépendance du pouvoir; mais nous lui demanderons pourquoi les Laromiguière, les Burnouf, les Leclerc à la Faculté des lettres dont il furent les doyens; pourquoi les Thénard, les Biot, les Dumas à la Faculté des sciences dont ils occupèrent le décanat; pourquoi les doyens de la Faculté de droit n'ont pas été considérés par l'opinion publique comme des hommes politiques? Pourquoi cette idée s'est-elle spécialement arrêtée sur M. Orfila?

M. le doyen conteste la vérité de toutes nos assertions relativement à l'influence des écoles secondaires sur le nombre des élèves qui viennent prendre inscription dans les facultés; sur l'augmentation du nombre des officiers de santé au détriment du nombre des docteurs, et il invoque pour nous combattre des chiffres officiels.

Nous ne voulons pas contester l'exactitude de ces chiffres, et nous ne croyons pas M. Orfila capable de dénaturer des documents officiels dont lui seul peut se servir. Mais enfin il doit aussi nous être permis de faire remarquer que tout examen, tout contrôle de ces documents nous est interdit; que nous sommes forcé d'accepter sur parole et sans bénéfice d'inventaire les assertions de M. Orfila; que le plus honnête homme du monde peut se tromper dans ses additions, et que toute vérification nous est impossible.

Remarquons encore que l'opinion que nous avons soutenue, nous ne sommes pas les seuls à la professer; que depuis dix ans, soit dans la presse, soit par voie de discussion académique, soit par voie de pétition aux Chambres, les mêmes plaintes ont été cent fois formulées. Pour en citer un exemple tout récent, nous lisons ceci dans le numéro du 15 avril dernier de la *Gazette médicale de Montpellier*: « Nous n'avons pas » craint de dire que la prospérité matérielle de notre Faculté » de médecine est enrayée par le mauvais vouloir du doyen » de la Faculté de médecine de Paris, qui, par une indécence » révoltante, est seul chargé, au sein du Conseil royal de l'instruction publique, des affaires médicales...... Nous avons » démontré combien la création des écoles préparatoires de » médecine et de pharmacie diminue chez nous l'affluence des » élèves, puisqu'ils peuvent se passer du baccalauréat ès-lettres et ès-sciences, tant qu'ils restent dans ces écoles préparatoires..... »

Donc en émettant l'opinion que nous avons émise, nous n'avons été que l'écho fort modéré de l'opinion publique; nous n'avons fait que reproduire, entre autres, et en en adoucissant l'amertume, les plaintes exhalées par un ami même de M. Orfila, par M. le professeur d'Amador, dans un rapport devenu célèbre.

Mais ces chiffres mêmes invoqués par M. Orfila prouvent-ils donc tout ce qu'il pense? Voyons.

D'abord, M. Orfila prend comme mesure, comme étalon l'année 1835, qu'il compare à toutes celles qui l'ont suivie jusques à et y compris l'année 1843. Nous ne saurions accepter cette comparaison. L'année 1835 est une année exceptionnelle, tout le monde le sait; c'est celle qui précéda la mise à exécution de l'exigence du baccalauréat ès-sciences, et tous les élèves qui voulurent se soustraire à cette formalité se hâtèrent de prendre inscription dans cette année. Ainsi, cette année 1835, en bonne logique et en bonne justice, doit être éliminée du calcul; ainsi, quand M. Orfila compare le chiffre du nombre total des élèves nouveaux, qui fut de 1522 en 1835, au chiffre de 1843 qui n'est plus que de 706, et qu'il triomphe, ce triomphe n'est rien moins que légitime, car il se fonde sur une exception, sur une année fabuleuse à laquelle, ni avant ni après, rien n'est comparable.

Nous avons soutenu que le nombre des élèves augmentait dans les écoles secondaires, que disent à cet égard les chiffres de M. Orfila?

Nous transcrivons ceux des quatre dernières années, et nous voyons:

En 1840.	214
— 1841.	282
— 1842.	294
— 1843.	335

Avons-nous eu raison de tenir ce langage? et n'est-il pas singulier de voir les chiffres de M. Orfila, destinés à nous combattre, nous venir en aide au contraire?

Nous avons soutenu que le nombre des élèves diminuait dans les facultés. M. Orfila ne le conteste pas, au contraire, il s'en fait gloire. Nous soutenons plus que jamais que cette diminution dans les facultés, coïncidant avec une augmentation dans les écoles secondaires, est une chose fâcheuse, et sans avoir besoin d'autres développements nous sommes certains que le bon sens public est avec nous.

Nous avons dit qu'en somme, le nombre total des élèves ne diminuait pas, que s'il était moindre d'un côté il était plus fort de l'autre, et qu'en dernier résultat il était *à peu près* le même.

Que disent encore les chiffres de M. Orfila, en éloignant toujours l'année fabuleuse de 1835?

En 1837, le nombre total des élèves nouveaux était de 744.
En 1843, il a été de. 706.

Cette légère différence ne légitime-t-elle pas notre à peu près?

Mais ces chiffres présentent encore bien d'autres enseignements que M. Orfila n'a pas su ou n'a pas voulu y voir. Tâchons d'être plus perspicace ou d'y mettre meilleure volonté.

Nous voyons que le chiffre total des élèves nouveaux a été de 706 en 1843. Or, dans cette même année, le contingent des écoles secondaires a été de 335; ôtons ce dernier chiffre du chiffre total de 706, nous voyons que les facultés et les écoles secondaires se partagent à peu près le nombre des élèves nouveaux; en effet, il est

Pour les facultés de.	371
Pour les écoles secondaires. . . .	335
Total égal.	706

Or, nous soutenons qu'avec cette répartition des élèves, ni facultés, ni écoles secondaires ne peuvent vivre; que, quoique l'enseignement qu'elles donnent soit énormément onéreux aux familles, ces institutions ne font pas leurs frais, et qu'elles sont une charge, soit pour le trésor public, soit pour les départements.

Le personnel professoral des écoles secondaires s'élève aussi à un chiffre fabuleux. Il y a 216 professeurs et adjoints, un tiers de moins seulement que les élèves nouveaux. D'après M. Orfila lui-même (page 8), le traitement de ces professeurs et adjoints est, en moyenne, de 1250 fr. par an, c'est-à-dire d'une somme qui s'élève à près de 300,000 fr. Calculez le nombre des élèves, et voyez s'il est possible que ces écoles secondaires, même en doublant le nombre de ces mêmes élèves, puissent se soutenir. Voyez s'il y a de quoi se glorifier de les avoir édifiées, et si cette institution fait honneur à la prévision et au jugement de leur fondateur.

Ceci nous conduit à examiner la réponse de M. Orfila à l'objection que nous lui avions faite de s'être fort peu soucié d'assurer aux professeurs des écoles secondaires une existence indépendante et à l'abri des événements. Il répond qu'il a *proposé* d'allouer à chacun d'eux, sur les fonds de l'Etat, 2000 fr. Oui, mais a-t-il réussi? Et avant d'entreprendre cette organisation, n'aurait-il pas dû s'assurer de la possibilité d'exécution? Est-il vrai, oui ou non, que les professeurs ne sont pas payés sur les fonds de l'Etat? Est-il vrai que ce soit les conseils des départements qui votent tous les ans les allocations nécessaires à l'entretien des écoles secondaires? Est il vrai que par des circonstances que l'on peut prévoir, ces allocations peuvent avoir un terme? Par conséquent, est il vrai que ces institutions n'ont qu'une existence précaire? Voilà ce que nous avons dit, et ce que M. Orfila n'a pas réfuté.

M. Orfila se défend de n'avoir pas coopéré de toutes ses forces à un projet de loi sur l'organisation médicale, et de n'avoir pas fait connaître ses opinions sur ce sujet important. Les faits, les renseignements, les citations de pièces officielles renfermés dans sa réponse prouvent, en effet, que M. Orfila n'est pas resté dans l'inaction, comme nous l'en avons accusé. Nous regrettons de n'avoir pas connu ces documents, qui nous eussent épargné des récriminations mal fondées, et nous avons hâte de le reconnaître.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Des complications et du traitement des cataractes.

Avant d'examiner les complications et le traitement des cataractes, il n'est pas inutile de dire quelques mots des signes à l'aide desquels on parvient à distinguer les cataractes fausses des cataractes vraies. Ce que nous avons établi précédemment à propos des cataractes fausses, a pu déjà faire pressentir ce que nous allons dire des signes qui les caractérisent.

Une cataracte fausse étant le résultat d'une phlegmasie de l'œil, soit spontanée, soit par suite d'un accident quelconque, il n'est pas difficile de comprendre comment un point de l'organe situé en avant ou en arrière du cristallin, deviendra le siége d'une opacité. En effet, cette phlegmasie amènera tantôt une fausse membrane, tantôt du pus, soit au devant, soit derrière l'appareil cristalloïde. De plus, cette inflammation sera encore presque inévitablement la cause d'une difformité de la pupille; car si elle s'est développée en avant du cristallin, elle aura amené des adhérences des grumeaux; la pupille aura perdu de sa mobilité, elle sera déformée, plus étroite; si, au contraire, cette inflammation s'est montrée en arrière de la

lentille, la cataracte fausse qui s'établira à sa suite donnera l'idée d'une opacité profondément située ; presque toujours alors elle se présentera sous l'aspect de taches, de points disséminés ; la pupille pourra conserver, dans quelques cas, sa forme et sa mobilité, mais quelquefois aussi elle sera déformée, plus ou moins irrégulière, plus ou moins immobile ; et dans d'autres circonstances elle aura contracté des adhérences avec la capsule du cristallin.

La cataracte hématique est fort souvent embarrassante pour le diagnostic.

Il arrive, par exemple, que le sujet a reçu un coup d'où il est résulté une hémophthalmie. Si l'épanchement a eu lieu dans la chambre antérieure, il y a résorption en général ; cependant, il arrive qu'un grumeau ou quelque couche de sang amène des adhérences et de la difformité dans la pupille. Si c'est une couche de sang qui se colle sur la capsule du cristallin, cela ne donne pas toujours alors l'idée d'une opacité, et il serait possible de confondre cette cataracte avec l'espèce appelée cataracte noire ; mais, que l'on ne l'oublie pas, cette dernière est extrêmement rare.

Quant l'épanchement a lieu dans la chambre postérieure de l'œil, ou bien le cristallin s'en empare, ou bien le sang se combine avec les lamelles de la membrane hyaloïde, il en résulte l'opacité de ces lamelles, ce qui constitue une cataracte à teinte brune. On ne peut guère que la soupçonner ; on la confond très facilement avec le glaucome. Il arrivera même, le plus souvent, qu'on la prendra plutôt pour cette dernière affection de l'œil que pour une cataracte. En y regardant avec beaucoup de soin, on se convaincra néanmoins que le glaucome est plutôt vert brun, tandis que la teinte de l'espèce de cataracte que nous indiquons est d'une nuance tirant davantage sur le roux ; nous le répétons, cependant, ces deux maladies sont susceptibles d'être confondues.

Les complications graves de la cataracte vraie, sont l'amaurose, le glaucome et le cancer.

Au premier abord il semble peu probable que l'on confonde une cataracte vraie avec une amaurose, si l'on considère qu'en effet, dans l'amaurose, l'œil n'a rien perdu de sa transparence, aucune opacité ne se distingue ; la pupille est large et immobile ordinairement, quelquefois inégale. Quand la maladie est complète, le malade ne voit absolument rien, et surtout l'affection est survenue sous une influence cérébrale.

Dans la cataracte, au contraire, il existe une tache franchement opaque ; la pupille est mobile, régulière ; les malades voient mieux à une lumière modérée, diffuse, etc.

Ainsi que nous venons de le dire, il paraît presque impossible de confondre ces deux maladies de l'œil ; cependant, il faut être bien prévenu contre les erreurs qu'on pourrait commettre en se contentant de la comparaison des caractères les plus évidents des deux maladies.

Oui, en général, la distinction entre l'amaurose et la cataracte est possible, est facile même ; mais il est des cas où les deux maladies se rapprochent tellement que les nuances qui les séparent deviennent délicates, et qu'une attention médiocre ne parviendrait point à les distinguer. Et ce que nous disons là de ces deux maladies de l'œil, ne peut-on pas le dire aussi d'un très grand nombre d'autres affections, quelles qu'elles soient ? Qui ne sait, d'ailleurs, que dans les sciences naturelles, les caractères de deux espèces extrêmes sont toujours tranchés, aisément appréciables, impossibles à confondre ; tandis qu'il existe constamment dans les derniers échelons d'un genre, une physionomie, une organisation presque identiques avec celles qui constituent les premiers degrés du genre le plus voisin !

Ainsi, dans certaines cataractes, l'opacité n'est pas blanche, grise, cendrée, rousse ; elle tire sur le noir.

Dans certaines amauroses, on trouve la pupille régulière et jouissant d'une assez grande mobilité ; le fond de l'œil est quelquefois brun, roussâtre ; il existe parfois une sorte de nuage, de brouillard derrière la pupille.

Or, ne voit-on pas quelques uns de ces caractères de la cataracte qui puissent se rapporter à l'amaurose ; n'est-il pas évident que quelques uns de ceux de l'amaurose se rapprochent de ceux de la cataracte ?

On avait, dans ces derniers temps, proposé un moyen ingénieux pour distinguer ces deux maladies. On avait remarqué qu'en présentant une bougie allumée au-devant de l'œil sain, trois images de la flamme étaient reflétées. Sanson s'est servi de cette idée, et voici ce qu'il a établi : Les trois images que l'on observe ne se voient pas dans la même situation ; les deux extrêmes sont droites, la mediane est renversée. L'image antérieure est due à la réfraction de la cornée ; les deux autres sont produites par la capsule antérieure et postérieure. Partant de cette observation, il s'ensuit que l'une ou l'autre ou deux de ces images, ou toutes trois disparaîtront selon que les milieux qui les reflètent deviendront opaques, c'est-à-dire, que si la cornée devient le siége d'une opacité, toute image disparaît ; si l'une des capsules ou toutes deux deviennent opaques, il ne se forme plus que deux ou une seule image.

Si, d'un autre côté, l'œil est parfaitement transparent ; si les trois flammes sont visibles, et que cependant il y ait cécité, il s'agit d'une amaurose et non d'une cataracte.

Voilà la théorie développée par Sanson ; elle n'est point à rejeter sans doute ; cependant il ne faut point avoir en cette expérience une confiance trop illimitée ; car outre la différence qu'on rencontre quelquefois à voir distinctement ces images, outre les précautions exigées par l'expérience elle-même, outre l'habitude qu'il faut acquérir de ce genre d'exploration, il est parfois susceptible d'induire en erreur, si l'on s'en rapportait à lui seul ; c'est ainsi que M. Velpeau a vu trois images chez deux sujets présentant des cataractes : il est vrai que ces images n'étaient pas très distinctes, et que les cataractes n'étaient point très opaques ; de plus il a vu une image de moins, alors que le malade était affecté d'amaurose. Nous le répétons donc, cette expérience peut être d'un secours utile ; mais il ne faut pas se décider d'après elle seule.

C'est peut être dans la cataracte noire qu'elle doit présenter des avantages. Au reste, dans cette cataracte, rare comme nous l'avons dit, le malade distingue le jour de la nuit, ce qui éloigne l'idée de l'amaurose ; et enfin dans cette cataracte noire, en regardant l'œil avec une grande attention, on aperçoit au fond quelque chose d'un brun roux, d'ocracé et d'opaque.

En résumé, nous ne pensons pas que l'expérience avec la bougie soit d'un très grand secours dans la pratique ; car si elle peut faciliter le diagnostic quelquefois, quelquefois aussi elle peut conduire à l'erreur.

Quant à cette cataracte noire, on en a beaucoup parlé depuis un demi-siècle ; peu de chirurgiens l'ont vu, et beaucoup n'y croient pas ; c'est à tort cependant que l'on révoque en doute son existence ; aujourd'hui on l'a observée et dans l'œil et hors de l'œil. Cependant il faut avouer que pour être tout à fait persuadé qu'il s'agit d'une cataracte de cette espèce, il est nécessaire d'avoir le cristallin extrait et de l'examiner.

Un des exemples contemporains le plus authentique est celui de la malade opérée par M. Roux. C'était une femme de la campagne affectée de deux cataractes ; il était embarrassant de décider s'il s'agissait d'une cataracte ou d'une amaurose. Elle fut opérée par extraction, et la vision fut rétablie. Deux fois déjà M. Velpeau a eu l'occasion d'observer des faits semblables, un particulièrement à la Pitié, il y a dix ans environ ; l'extraction du cristallin fut pratiquée ; il était noir et dur comme du cuir.

On pourrait peut-être rassembler dans la science une vingtaine de faits analogues, et sur ce nombre il y en a certainement sept ou huit qui ne laissent aucune espèce de doute. Il est donc prouvé qu'il existe des cataractes noires.

Quand il s'agit de différencier le glaucome de la cataracte, on retrouve à peu près la question dans les mêmes termes que pour l'amaurose. Ces deux maladies, glaucome et amaurose ont de fait certains rapports ; l'amaurose est symptôme d'une foule de lésions, ce n'est pas une maladie matérielle qu'on puisse préciser ; le glaucome entraîne à peu près les mêmes conséquences ; quelques auteurs n'ont pas hésité à dire qu'on pouvait considérer le glaucome comme une variété de l'amaurose ; cependant nous devons ajouter que sous le rapport du diagnostic, la distinction entre la cataracte et le glaucome est un peu plus aisée qu'entre l'amaurose et la cataracte. Le changement de coloration de l'œil dans la maladie du corps vitré, la nuance vert-jaunâtre, vert-chlorique qu'on ne trouve pas dans l'amaurose et qu'on n'observe pas non plus dans la cataracte empêche de confondre le glaucome avec chacune de ces deux autres affections.

Pour le cancer de l'œil, il s'établit très lentement ; la teinte est brun-livide, violacée ; on trouve toujours quelques bosselures ; il existe des douleurs lancinantes : on ne peut guère s'y méprendre que tout à fait dans le commencement de la maladie.

Les autres affections qui doivent être distinguées de la cataracte n'ont véritablement pas besoin d'être étudiées. Ainsi personne n'ira confondre les ophthalmies de toute sorte avec les opacités du cristallin ou de sa capsule, mais il est bon de connaître les altérations de l'iris qui compliquent parfois la cataracte. Ainsi l'on rencontre des cataractes avec des déformations de la pupille ; il faut savoir que ces irrégularités sont le résultat d'adhérences ; dans quelques cas même la pupille semble d'une régularité et d'une mobilité tout à fait normales et cependant ces adhérences existent, mais cette apparence de régularité et de mobilité ne s'observe qu'a une lumière ordinaire, tandis qu'en examinant l'œil à une lumière faible, diffuse, ou en ayant la précaution d'employer la belladone pour faire opérer la dilatation de la pupille, les adérences deviennent manifestes en produisant l'irrégularité et l'immobilité au delà d'une certaine limite de dilatation.

Le mécanisme de ces phénomènes est facile à expliquer. Quand les adhérences ne se sont point établies jusqu'au bord libre de l'iris, lorsqu'en un mot elles ne s'étendent pas jusqu'au bord qui circonscrit la pupille, cette dernière est susceptible de conserver sa mobilité et sa forme régulière tant qu'elle n'est pas dilatée ou qu'elle l'est fort peu ; mais quand une fois la dilatation dépasse la limite des points où s'insérent les adhérences, alors la pupille devient immobile et irrégulière. C'est ainsi qu'on la voit affecter la forme d'un trèfle, d'une losange, d'un cœur, selon qu'un ou plusieurs points diversement placés sont le siége des adhérences qui s'opposent à sa dilatation.

C'est donc une règle de conduite de dilater la pupille toutes les fois qu'on a lieu de soupçonner des adhérences, d'ailleurs c'est aussi un moyen propre à mettre à même de mieux juger la cataracte.

Ces notions étant acquises, il s'agit maintenant d'examiner les moyens de guérir la cataracte et les opérations à lui opposer.

PAJOT.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.—M. VIDAL (de Cassis).

Quelques faits et quelques considérations sur les maladies du testicule; par M. DUMOULIN, interne à l'hôpital du Midi.

Il a déjà été publié dans ce journal plusieurs faits et plusieurs considérations sur les maladies du testicule venant de la clinique de M. Vidal. Je vais aujourd'hui continuer ce travail en puisant à la même source et en choisissant les observations qui me paraissent avoir le plus d'intérêt pour le praticien.

1° *Plaie contuse du testicule. — Destruction de son parenchyme.* — A un certain degré, la contusion est d'une extrême gravité pour le testicule. Il entre habituellement en suppuration, et est peu à peu détruit. Voici un exemple intéressant de contusion grave du testicule.

Le nommé W., terrassier, âgé de trente ans, couché au n° 34, salle 11, est entré à l'hôpital le 14 avril. Cet homme est très robuste ; jamais il n'a eu d'affection vénérienne. Il y a seize mois, dans une chute, le testicule droit heurta contre l'angle d'une brouette ; la douleur fut instantanément très vive, puis elle se calma, et cet homme reprit ses travaux. Le lendemain les bourses étaient énormes, mais avec des douleurs si faibles, que ce malade négligea de demander des soins. Il ne se soumit même pas à quelques jours de repos. Le testicule suppura, et il se fit il y a six mois plusieurs ouvertures spontanées sur le scrotum du côté droit. Aujourdhui il s'écoule par une ouverture d'un centimètre de largeur à peu près, un liquide céro purulent d'un gris-sale assez abondant. Du côté droit, le scrotum offre une tumeur dans laquelle il est difficile de distinguer les parties contenues ; néanmoins, il semble que le testicule a disparu, et qu'il ne reste plus que l'épididyme, qui est engorgé. Il y a beaucoup d'engorgement le long du cordon spermatique jusqu'à l'ouverture inguinale ; aussi ne peut-on isoler le canal déféreut. Le testicule du côté gauche est à l'état sain.

Voilà un fait intéressant de destruction de la substance du testicule, sans que l'organisme ait paru prendre la plus faible part à la maladie. On ne supposera pas ici une affection tuberculeuse qui se serait développée sous l'influence de la contusion. D'abord le malade affirme que son testicule était bien lisse, bien uni, enfin ne présentant aucune saillie, aucune bosselure avant la chute. D'ailleurs les tubercules du testicule se montrent presque toujours des deux côtés, sinon au même degré de part et d'autre, du moins est il bien rare de trouver un testicule complétement désorganisé par une fonte tuberculeuse, alors que l'autre n'offre pas le plus petit noyau d'engorgement. C'est évidemment une désorganisation du testicule occasionnée par l'inflammation ; mais le fait intéressant, important à noter qui découle de cette observation, est celui-ci : qu'il est rare de trouver une inflammation du testicule sans symptômes généraux très marqués, fièvre, coliques vives, vomissements, tandis qu'il n'y a pas eu le plus léger trouble chez ce malade ; le testicule s'est enflammé, a suppuré, s'est désorganisé, et le malade n'en a pas moins continué ses occupations, sans même que la douleur l'incommodât beaucoup.

2° *Orchites blennorrhagiques traitées par le débridement de la tunique albuginée.* — M. Vidal a parfaitement constaté l'inflammation du parenchyme même du testicule pendant la blennorrhagie. C'est une affection complexe que l'orchite blennorrhagique, et l'on aurait tort de vouloir localiser l'affection dans une partie seulement au détriment des autres ; toutes y prennent part, mais celle qui joue le principal rôle est, sans contredit, l'épididyme, c'est lui qui demeure dur, engorgé, quand la maladie passe à l'état chronique. Néanmoins, il y a des cas, et M. Vidal a remarqué qu'ils se montrent chez des individus jeunes, âgés de moins de vingt-deux ans, le testicule gonflé se présente alors à la face antérieure de la tumeur et masque totalement l'épididyme, qui d'ailleurs ne l'a point suivi dans son augmentation de volume. A mesure que la phlegmasie marche, le parenchyme de la glande tend à se raréfier. Mais il est bridé par la tunique albuginée, trop peu élastique pour le suivre dans son développement ; il en résulte une inflammation avec étranglement ; la membrane d'enveloppe exerce une compression incessante et soutenue sur la glande déjà enflammée ; aussi la maladie arrive-t-elle assez promptement à son summum, et se termine-t elle souvent par suppuration ; c'est ce qu'a observé M. Vidal lorsqu'il s'en tenait aux émollients et aux antiphlogistiques locaux. Depuis lors, il a imaginé de faire cesser l'étranglement qui, dans ces cas, est évidemment la cause de la désorganisation ; il a incisé la tunique albuginée, et pénétré dans la substance même du testicule. Tous les accidents ont cessé en peu d'heures, et l'inflammation a repris la forme adhésive, et le testicule a été conservé. Cette plaie du testicule est donc loin d'avoir les résultats fâcheux auxquels, au premier abord, on pourrait s'attendre. Dans toute plaie du testicule, le principal, c'est qu'elle ne suppure point, afin qu'il ne se fasse point de perte de substance de la glande.

Or, après l'incision que pratique M. Vidal, la suppuration ne se fait jamais ; les dimensions de la plaie diminuent à mesure que la glande diminue de volume, et il en résulte que cette incision, qui avait d'abord un centimètre et demi, n'est plus ensuite qu'une petite moucheture. — Il y a un fait à noter, c'est qu'après cette incision, le testicule vient adhérer aux parties situées au-devant de lui ; il se fait, en ce point, une union intime entre les deux feuillets de la tunique vaginale ; c'est, de ce côté, un obstacle au développement d'une hydrocèle ; et l'on sait que celle-ci reconnaît bien souvent une orchite pour cause déterminante.

Voici deux observations de véritables orchites, traitées par le débridement de la tunique albuginée.

Le nommé F..., âgé de vingt et un ans, eut, en avril 1843, une blennorrhagie qui dura cinq mois, et disparut sans traitement. Au mois de décembre, il contracta une nouvelle blennorrhagie ; l'écoulement parut trois jours après des rapports avec une fille publique. Il n'y eut point de symptômes inflammatoires marqués, seulement un peu de douleur lors de l'émission des urines. L'écoulement était d'une abondance médiocre, durait depuis trois semaines et était alors jaune et épais quand, après une marche trop longue, la blennorrhagie tomba dans les bourses, d'abord à droite, puis à gauche quelques jours après, mais sans amélioration du côté droit, et même de ce côté l'inflammation continua sa marche tandis qu'à gauche le repos seul en amena promptement la résolu-

tion. L'écoulement fut complétement supprimé.

Le 25 janvier, le malade fut admis à l'hôpital ; il avait déjà fait usage des émollients, bains de siége, cataplasmes, repos. Mais les douleurs, loin de diminuer, n'avaient fait que s'accroître ; la tumeur avait le volume d'un gros œuf de poule, c'était le testicule lui-même enflammé ; en arrière, l'on ne pouvait distinguer l'épididyme masqué totalement par le gonflement de la glande. M. Vidal reconnut une inflammation du parenchyme testiculaire et annonça qu'il faudrait probablement en venir à l'incision de la tunique albuginée pour faire cesser les douleurs et mettre un terme à une inflammation dont les suites pouvaient être fatales pour le testicule. — Le malade fut tenu à un repos absolu et l'on appliqua des cataplasmes sur la tumeur.

Le 26 et le 27 janvier, les douleurs furent les mêmes, mais elles ne donnèrent lieu à aucune réaction ; elles s'irradiaient seulement un peu dans l'aine droite et vers la partie interne de la cuisse.

Dans la journée du 28 janvier, elles furent très vives, provoquèrent de la fièvre, des coliques, des vomissements. Le soir, une pilule d'opium, un lavement laudanisé, des cataplasmes sur le ventre, des fomentations émollientes sur la tumeur.

Le 29, les douleurs étaient aussi vives, le malade avait été en proie à une grande agitation durant la nuit ; il avait encore vomi. M. Vidal incisa dans l'étendue d'un centimètre et demi sur la face antérieure de la tumeur et pénétra dans la substance du testicule ; il s'écoula au plus une cuillerée à café de sérosité, que contenait la tunique vaginale, et fort peu de sang. Quelques heures après, la douleur n'existait plus, tous les symptômes de réaction avaient cessé, la fièvre était tombée. Ce ne fut pas pour le malade un bien-être momentané, l'amélioration continua, la petite plaie se réunit aisément.

Voici un fait analogue, mais chez un sujet plus jeune :

Le nommé R..., âgé de dix-sept ans, eut une blennorrhagie il y a quatre mois ; elle coula abondamment pendant deux mois et demi, puis elle diminua beaucoup sous l'influence du copahu et du vin aromatique en injections ; mais elle ne disparut jamais complétement, elle demeura à l'état de suintement séreux. Dès que l'individu se livrait au coït, l'écoulement redevenait purulent et plus abondant. Il y avait déjà huit jours que la blennorrhagie avait repris son cours, quand ce jeune homme fit une longue marche. Dès le soir, il ressentit une douleur à l'aine droite et au testicule. Le malade néglige de faire la prescription qu'on lui donne à la consultation, et revient huit jours après le début de l'orchite, pour être admis à l'hôpital le 29 février. La fièvre était assez vive, le testicule le siége d'élancements ; il y avait quelques coliques. Repos absolu ; cataplasmes.

Le lendemain, au matin, même état ; mais le soir, la fièvre devint beaucoup plus vive : le malade eut des coliques, des nausées, puis des vomissements. Une pilule d'opium ; lavement laudanisé ; cataplasmes sur la tumeur.

Le 2 mars, M. Vidal incisa le testicule dans l'étendue d'un centimètre et demi à peu près ; cette fois, il n'y avait point de sérosité dans la tunique vaginale, et il nous fut très facile de reconnaître la substance du testicule. Ce débridement amena un soulagement aussi prompt que la première fois ; aucun accident ne s'ensuivit.

L'incision de l'enveloppe fibreuse, dans les cas en question, est donc évidemment un moyen thérapeutique dont la valeur est incontestable, et dont les inconvénients sont nuls.

Parmi les inflammations aiguës du testicule et de ses annexes, il me reste à rapporter encore quelques observations intéressantes : la première a trait à un fait d'épididymite sans blennorrhagie, et puis, quelques jours après, il s'est montré un peu d'écoulement.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 avril 1844. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Bonamy* dépose sur le bureau une proposition ayant pour but de faire substituer à la publication des procès-verbaux dans la *Gazette des Hôpitaux*, la reprise du *Bulletin*.

— *M. Adorne* donne sa démission de trésorier, et il demande à devenir membre honoraire. Tout en se rendant au dernier de ces désirs, la Société prie M. Adorne de conserver ses fonctions jusqu'au renouvellement du bureau.

— *M. Bourjot* adresse un exemplaire d'une publication intitulée : « Aperçu synthetique de médecine oculaire, tendant à rattacher par des principes généraux et communs la pathologie de l'œil à la pathologie générale, en expliquant beaucoup des affections de l'œil par des sympathies de tissus. »

— *M. Caffe* dépose un exemplaire imprimé du rapport fait par lui le 8 novembre 1843, sur les causes de quelques phénomènes physiologiques éprouvés dans les ascensions sur les montagnes les plus élevées.

— *M. Larrey* présente par lettre, à la Société, M. Gairal, médecin à Verdun. Sont joints, à l'appui de la demande du candidat, les ouvrages suivants : 1° Thèse inaugurale ; 2° Mémoire sur les amputations partielles du pied ; 3° Recherches sur la surdité ; 4° Mémoire sur le strabisme ; 5° Observation de section sous-cutanée du tendon du fléchisseur sublime de la main droite. (Commissaires : MM. Forget, Laborie et Bourjot.)

— *M. Lebert*, médecin à Bost, canton de Vaud (Suisse), sollicite le titre de membre correspondant. Il envoie une brochure intitulée : De la formation du cal. (Commissaires : MM. Bonamy, Giraldès et Forget.)

— *M. le docteur Cunier*, de Bruxelles, adresse un travail sur le danger de l'emploi de quelques collyres mal formulés ou mal préparés dans les cas d'ulcérations, et sur l'emploi de quelques combinaisons de cyanogène dans le traitement des maladies des yeux. (Renvoyé à MM. Caffe et Bourjot.)

— *M. Leblanc* envoie un numéro de sa Clinique vétérinaire.

— *M. Mojon* lit un rapport sur un ouvrage adressé à la Société par M. le docteur Cavalli. — « Histoire raisonnée d'une maladie extraordinaire qui dure depuis vingt-huit ans ; rédigée par le docteur Cavalli. » Tel est, Messieurs, le titre de l'ouvrage dont vous m'avez chargé de vous rendre compte dans la séance du 12 décembre dernier.

Hâtons-nous de le dire, la maladie dont il est question dans ce volume n'est point nouvelle, puisqu'il ne s'agit que d'une affection spasmodique qui offre, depuis vingt-huit ans, tous les différents et multiples symptômes caractérisant les paroxysmes hystériques.

Toutefois, si cette maladie n'est ni nouvelle ni rare, il est pourtant fort extraordinaire de trouver groupées, dans un même individu, toutes les innombrables variétés qu'une telle affection n'offre d'ordinaire que séparément. Cela pourrait justifier, jusqu'à un certain point, les 260 pages que l'auteur a employées pour décrire une seule maladie. Il a jugé nécessaire de donner à ses lecteurs l'histoire minutieusement détaillée de l'hystérisme dont se trouve affectée, depuis nombre d'années, la nommée Marianne Besana, native de Melescu en Piémont.

Nous ne pouvons pas nous abstenir de faire observer que l'extrême susceptibilité du système nerveux de cette demoiselle, susceptibilité morbide fort remarquable par sa durée, par la multiplicité, la variété, la bizarrerie et la gravité des symptômes qui la caractérisent, présenterait bien plus d'intérêt si M. Cavalli eût passé rapidement sur une infinité de détails sans portée, et n'y eût ajouté des remarques d'une érudition et d'une longueur désespérante. Il y est même question d'accidents nerveux si extraordinaires, tels que aphonies, tétanos, orthopnée, catalepsie, et même d'un pouvoir de deviner ou de prédire, qu'on serait presque tenté de les regarder comme fabuleux.

Vous savez, messieurs, qu'il existe encore beaucoup de vague, beaucoup de confusion, sur les causes, sur la nature, sur le siége de l'hystérisme ; mais, dans le cas en question, il n'y avait pas à s'y méprendre, quant à la cause prédisposante et excitante ; car il y est dit « qu'à l'âge de quinze ans une vive passion d'amour s'était emparée du cœur de la jeune Bessana, qui la rendit, par la suite, fort triste. »

Ainsi, le point de départ de cet interminable hystérisme était connu ; pourquoi alors ne pas s'en tenir au vieux précepte thérapeutique *Sublata causa, tollitur effectus ?* Je ne dirais pas certainement, par des manœuvres érotiques, par des titillations voluptueuses, justement réprouvées comme contraires à la morale, mais par un mariage en règle. Je ne doute point que la malheureuse Marianne, « qui était douée, à l'âge de quinze ans, d'un tempérament sanguin, d'une sensibilité exquise, et qui était parfaitement développée, » aurait trouvé dans les plaisirs de l'hymen le plus efficace remède, le vrai spécifique contre l'iliade des souffrances qui la retiennent au lit depuis l'âge de seize ans jusqu'à celui de quarante-quatre, époque où s'arrête la relation de M. Cavalli, mais non la maladie dont il s'agit.

Les médecins qui ont soigné l'un après l'autre mademoiselle Besana pendant vingt-huit années consécutives, ont mieux aimé combattre séparément les symptômes au fur et à mesure qu'ils se présentaient, par des remèdes tirés du Code pharmaceutique, que de s'en tenir à conseiller aux parents de la jeune hystérique de satisfaire l'indication la plus naturelle, la plus sûre, la plus efficace. Ils ont oublié peut-être les documents que nous présente l'observation de tous les jours, du pouvoir tyrannique qu'exerce l'appareil générateur sur toutes les parties du système nerveux, et conséquemment sur toutes les fonctions de l'économie de la femme ; ils ont oublié que si l'accomplissement du vœu de la nature n'a pas lieu, des désordres nerveux, des perversions fonctionnelles les plus fâcheuses en sont parfois le résultat.

Voici la simple énumération des différents secours pharmaceutiques et chirurgicaux qui ont été employés tour à tour dans l'espace de vingt-huit ans pour combattre une maladie aussi protéiforme, et dont on ne saurait prévoir la fin : musc, valériane, éther, opium, ammoniaque, bains, toute espèce enfin de remèdes aussi dits antispasmodiques, antihystériques ; préparations stibiées, oxyde de zinc, de bismuth ; sels de quinine ; lavements purgatifs ; musique ; cathétérisme, paracentèse, séton à la nuque, et enfin 3,500 saignées ! ! !

Nous aurions aimé que l'auteur en nous envoyant son volume, d'ailleurs fort bien rédigé et fort riche en érudition, nous eût tenus aussi au courant de la marche clinique de sa malade, depuis la publication de son livre (1835) jusqu'à présent, si toutefois il ne l'a pas communiquée de vive voix à notre honoré collègue M. Adorne, lorsqu'il lui remit le volume pour qu'il nous en lît le récit dès son arrivée à Paris.

Au reste, le livre de M. le docteur Cavalli, que j'ai parcouru avec intérêt, m'a paru digne d'être déposé honorablement dans la bibliothèque de la Société. Je vous proposerai également d'adresser une lettre de remercîment à l'auteur, pour nous en avoir fait présent.

Le nombre des saignées pratiquées excitant l'étonnement de la Société, *M. Adorne* fait remarquer que ce n'est pas M. Cavalli, homme dont l'instruction est bien connue, qui les a fait faire.

M. Gillette, sans nier que le mariage puisse avoir de l'action sur l'hystérie, dit qu'il faut prendre garde de la croire plus grande qu'elle n'est. Il insiste pour qu'elle ne soit pas confondue avec la nymphomanie. Tous les jours, en effet, on voit des femmes hystériques quoique mariées, et il est très commun d'en rencontrer parmi les prostituées. Il raconte avoir soigné trois ans une femme de quarante quatre ans, mère et nourrice de douze enfans, chez laquelle, certes, on ne pouvait guère en appeler à un besoin d'érotisme ; il croit enfin que le coït n'est vraiment un remède à la maladie que quand il satisfait l'imagination de la malade.

M. Mojon répond qu'il n'a pas voulu généraliser, qu'il a parlé seulement de l'étiologie du cas observé par M. Cavalli.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Faivre* lit l'observation d'un cas remarquable de présence de corps étranger dans les bronches et d'expulsion spontanée.

Mademoiselle B., maîtresse couturière, rue Grétry, n° 1, me fit appeler dans la nuit du 9 au 10 mars dernier. Lorsque j'arrivai près d'elle, je la trouvai en proie à des quintes violentes de toux ; la figure était rouge et vultueuse ; elle se plaignait d'une forte céphalalgie provoquée par les efforts, et la respiration était anxieuse. La malade m'apprit qu'une demi-heure avant mon arrivée, ayant mis dans sa bouche un bouton double qui servait à fixer sa chemise, au moment d'enlever celle-ci, elle avait eu envie de tousser, et qu'alors, pendant une inspiration un peu forte, elle avait senti qu'elle avalait le bouton.

Au moment de son passage dans la glotte, la malade avait failli étouffer, et sa servante, qui était accourue à ses cris, l'avait trouvée la figure toute violette. Mais le bouton était bientôt descendu dans la poitrine ; la malade avait senti et indiquait clairement son trajet le long de la trachée. Faisant alors effort en s'inclinant à droite pour essayer de le chasser, le bouton avait quitté la ligne médiane et s'était fixé à un demi-pouce du sternum du côté droit, au niveau de la sixième côte, où la malade le sentait distinctement, sans que tous ses efforts de toux et d'expectoration pussent le déplacer. L'auscultation ne m'offrait rien de particulier. J'essayai, mais sans succès, de provoquer des efforts d'expulsion par les vomissements. Je me bornai, en attendant les événements, à prescrire le repos, le silence et le décubitus sur le côté gauche, dans l'espoir que le bouton suivrait alors plus facilement, et en sens inverse, le chemin qu'il avait déjà parcouru.

Le lendemain, dans le milieu de la nuit, on vint me chercher en toute hâte, la malade menaçant, me dit-on, d'étouffer.

Quand j'arrivai, elle venait de rendre au milieu d'une très abondante expectoration semblable à du blanc d'œuf, le bouton que je vous présente, et que je recueillis dans la cuvette.

Une heure environ auparavant, et vingt-quatre heures après l'accident, étant toujours sur le côté gauche, elle avait senti le point douloureux se déplacer, et remonter un peu en se rapprochant de la ligne médiane. Les efforts de toux étaient devenus alors effroyables ; la malade sentait le bouton monter et puis redescendre ; enfin il avait été poussé tout à fait à la gorge, et après un moment où la malade se crut étouffée, dit-elle, elle avait craché et s'était sentie délivrée. Il ne lui est resté, de cet accident, que de l'enrouement et une traînée douloureuse derrière le sternum.

Il m'a semblé que ce fait méritait d'être recueilli à cause de la difficulté qu'eût offert le traitement, si les efforts de la nature avaient été insuffisants.

M. Gillette dit avoir vu un fait à peu près semblable. Un jeune homme se présenta à la consultation de Beaujon, disant avoir avalé un petit bouton de gilet en cuivre. Il souffrait fort peu. Six mois après, il mourut, et on trouva le corps étranger dans une caverne.

M. Giraldès rappelle une observation analogue de M. Royer-Collard, puis une autre de M. Liston qui fut obligé d'aller chercher le corps étranger dans les bronches.

M. Mojon rappelle le procédé employé chez M. Brunel, de Londres.

M. Faivre dit avoir eu l'idée d'y recourir, mais avoir reculé devant la difficulté d'exécution.

— *M. Forget* communique un fait qui, rapproché de la discussion récemment soulevée à l'Académie sur les tumeurs fibreuses, est digne de remarque.

« Madame X..., dit-il, habituellement bien réglée, est âgée de vingt-trois ans ; elle est d'une bonne santé, sa constitution est assez forte. Au mois de décembre 1842, ayant adressé quelques reproches à un enfant de treize ans, celui-ci se jeta sur elle, et lui porta un coup de poing dans le sein droit. Ses règles, qu'elle avait en ce moment, se supprimèrent ; elles revinrent ensuite tous les mois ; mais l'écoulement de sang, au lieu de durer huit jours comme auparavant, n'eut plus lieu que pendant vingt-quatre heures seulement ; encore le sang est-il pâle et décoloré. A chaque époque menstruelle, madame X... éprouvait de tout temps des douleurs dans les deux seins ; il lui semble que depuis l'accident qu'elle a éprouvé, ses douleurs sont plus vives. Au mois d'avril 1843, elle s'aperçut, en touchant son sein droit, qu'il s'y trouvait une grosseur qui fuyait sous la peau quand on la comprimait. Un premier traitement par les fondants fut suivi pendant quatre mois ; pendant cinq autres mois, madame X... se borna à faire usage de fomentations émollientes et huileuses. Elle revint ensuite aux fondants et aux sangsues mises tous les quinze jours, au nombre de douze ; elle prit à l'intérieur l'iodure de potassium. La tumeur demeurait stationnaire.

Actuellement, 12 mars 1844, treize mois environ depuis qu'elle a reçu le choc auquel on attribue le développement de la tumeur, celle-ci offre les caractères suivants : Située tout à fait sous la peau, à travers laquelle elle fait relief, elle est mobile en tout sens, glisse sous la main quand on la presse, ne se confond point avec la glande mammaire, je m'en suis assuré en la circonscrivant entre les doigts ; son volume est celui d'une grosse noix ; il diminue, dit madame X..., plutôt qu'il n'augmente ; dure, inégale, la tumeur est indolore au toucher et même à la pression ; les douleurs du sein aux époques menstruelles sont plus vives, mais ces douleurs existent à peu près au même degré dans les deux seins. L'extirpation de cette tumeur fut pratiquée par M. Jobert (de Lamballe). La peau fut incisée dans l'étendue de quelques centimètres, la tumeur se présenta aussitôt ; saisie avec des érignes, elle fut aisément détachée : il suffit de couper quelques brides du tissu cellulaire un peu induré qui la retenaient.

Quant à la nature du tissu qui la constituait, on eût pu aisément la pressentir aux caractères symptomatiques que j'ai scrupuleusement recueillis, et qui sont la reproduction exacte de ceux assignés aux corps fibreux de la mamelle. Cependant, au premier examen anatomique de la tumeur, M. Jobert et moi crûmes qu'elle était squirrheuse. Pour qu'il ne nous restât aucun doute, nous en appelâmes au microscope, qui, sous la direction de M. Mandl, révéla l'existence d'un cancer à forme aréolaire. Que devient, en présence d'un pareil fait, qui se renouvelle d'ailleurs souvent en pratique, que devient, dis-je, la prétendue infaillibilité des signes à l'aide desquels il est toujours permis de diagnostiquer à coup sûr les corps fibreux dans le sein ? Nul doute que dans les cas dont nous avons été témoin, et en présence des symptômes qu'il a offerts, M. Cruveilhier, lui même, n'eût pu s'empêcher de reconnaître l'existence d'un de ces corps.

Dira-t-on que la douleur observée chez madame X... était un signe différentiel suffisant ? mais cette douleur, qui a existé de tout temps, et qui ne s'est accrue ensuite que médiocrement, ne pouvait être d'aucune valeur, puisqu'elle existait dans les deux seins. Combien de femmes d'ailleurs qui, au moment des règles, ressentent de semblables douleurs dans les seins, et souvent même y éprouvent de véritables élancements ! est-il un chirurgien qui oserait fonder un diagnostic sur l'absence ou l'existence d'un caractère aussi fugace, surtout quand derrière ce diagnostic peut se cacher un cancer qui aura été méconnu ? — Concluons donc que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'affirmer, en matière de diagnostic, quand il s'agira des tumeurs du sein dont il est ici question, et que, conséquemment ne pas les expliquer, c'est exposer les malades à toutes les chances d'une affection cancéreuse toujours possible. Je dis toujours, parce que, contrairement à l'assertion de M. Cruveilhier, je crois, avec MM. Baudin, Andral, Lisfranc, Jobert et la plupart des anatomo-pathologistes, que les tumeurs fibreuses n'ont point le privilege de se soustraire indéfiniment à la transformation carcinomateuse. Veines, artères et nerfs, tous les éléments des tissus fibreux primitifs s'y retrouvent ; or, l'uniformité de composition implique l'uniformité pathologique. Pourquoi, dès lors, quand ces derniers en sont atteints, le tissu fibreux accidentel ne pourrait-il pas, lui aussi, en être le siége ? Ne voit-on pas des tumeurs de la dure-mère et du périoste offrir tous les caractères du carcinome ? L'analogie vient donc encore ici combattre à l'appui de l'opinion que nous défendons, et qui, seule en saine pratique, doit servir de base aux déterminations du chirurgien.

— *M. Souberbielle* communique une observation d'opération de lithotomie.

« Un homme âgé de quarante-cinq ans, fortement constitué, vint me consulter pour des douleurs qu'il éprouvait dans la vessie ; ces douleurs (légères quand il était couché) augmentaient par l'exercice, mais surtout par les efforts faits pour uriner, efforts qu'il renouvelait souvent. Les douleurs se faisaient sentir plus vivement au gland. Ce n'était que depuis six mois qu'il avait commencé à souffrir. Par la nature de ces accidents, je jugeai qu'il devait être atteint de la pierre ; je le sondai et reconnus un calcul d'un certain volume, mou et friable, par le son mat qu'il rendait. Je pratiquai la lithotritie en présence du docteur Payen et du médecin du malade ; mais le lithotriteur, introduit dans la vessie sans difficulté, produisit un tel effet sur le malade que ce dernier fut pris de spasmes convulsifs et tomba en syncope. L'instrument fut immédiatement retiré et le malade rappelé à lui. Il demanda aussitôt à être opéré par la taille. L'ayant laissé reposer trois ou quatre jours, je procédai à l'opération par le haut appareil. Je fis l'extraction d'un calcul du poids de trente-trois grammes, friable, granulé comme des œufs de poisson : ce fut par des injections réitérées que je parvins à extraire tous les fragments. Le malade supporta cette opération laborieuse avec courage, et je le reportai sur mes bras dans son lit. J'établis mon siphon et je fis le pansement à plat, sans rien introduire dans le trajet de la plaie. Le lendemain de l'opération la sonde, mollasse, s'étant pliée, les urines passèrent par la plaie. Cette sonde fut remplacée par une autre plus solide, et il ne repassa plus d'urine par la plaie.

Au quinzième jour, sans qu'il se fût manifesté aucun accident, la sonde fut supprimée ; les urines prirent facilement leur cours naturel.

Le dix-huitième jour après l'opération, je présentai le malade à l'Académie royale de médecine où la guérison fut constatée complète.

Depuis lors le malade continue de jouir de la santé la plus parfaite.

M. Faivre s'inscrit contre les conclusions défavorables à la lithotritie, que M. Souberbielle tire du fait qu'il vient de citer. « Ces conclusions, on aurait pu les prévoir en raison de la partialité bien con

noe, et d'ailleurs explicable par de nombreux succès, que M. Souberbielle conserve pour la taille. Le fait heureux dont il s'agit ne saurait cependant rien prouver en faveur de celle-ci. M. Souberbielle avait, dit-il, reconnu avec la sonde une pierre dure et volumineuse. Mais on ne peut jamais reconnaître ces circonstances exactement qu'au moyen d'un instrument lithotriteur; et ici le chirurgien n'en a point aidé son exploration. Mais si ces conditions de gros volume et de dureté de calcul chez un vieillard faible et irritable étaient déterminées, elles étaient de nature à faire préférer la taille à la lithotritie.

Celle-ci cependant est essayée; mais à peine l'instrument veut-il fonctionner dans la vessie, que le malade, en proie à d'insurmontables douleurs, demande à grands cris qu'on le retire, et réclame la taille de préférence. Ici je ne puis dire toute ma pensée; seulement, je ferai remarquer que ce fait est tout à fait en contradiction avec ceux en si grand nombre de la pratique des maîtres, de M. Civiale, par exemple. La manière de faire est tout en lithotritie; il faut une grande habitude, une grande sûreté de main; et celle du disciple du frère Côme ne peut être aussi habile à la lithotritie qu'elle l'est dans la taille. Le choix des instruments n'est pas moins important. Ce fait exceptionnel de douleurs atroces à un simple essai de lithotritie, a donc une explication peut-être très simple. Mais M. Souberbielle vous a présenté les débris du calcul qu'il a extrait par fragments, car il s'était brisé au premier effort des tenettes. Eh bien, c'est un calcul phosphatique et calcaire, peu dense et très friable; de sorte qu'il est permis d'affirmer qu'une ou deux séances de lithotritie l'eussent pulvérisé, et que le malade eût été débarrassé sans courir les dangers de la taille. Ce malade, au seizième jour de l'opération sus-pubienne, nous dit M. Souberbielle, se lève et sort. C'est un beau succès sans doute à ajouter à ceux que l'on doit à notre collègue; mais par ce qui précède, on voit qu'il milite en faveur de la lithotritie plutôt que contre elle.

M. Souberbielle répond qu'il ne comprend pas comment on compare entre elles la lithotomie et la lithotritie. Celle-ci est, selon lui, une opération sans principes, sans règles, sans méthode; elle dépend absolument du hasard.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire-général, Dr J. CHEREST.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison du paraphymosis par la compression méthodique et permanente de la verge, au moyen de bandelettes agglutinatives; par M. le docteur HENROTAY, d'Anvers.

Un jeune homme atteint d'un écoulement blennorrhagique avait depuis quelques jours un paraphymosis que l'on avait vainement tenté de réduire. Le gland avait acquis un volume considérable, et le tissu cellulaire préputial était le siége d'un engorgement porté à un haut point et très dur.

M. Henrotay ayant été appelé à cette époque de la maladie, pensa que si l'on avait échoué dans les tentatives de réduction, c'était parce qu'on n'avait pas comprimé le gland assez long-temps. Il le comprima pendant près d'une demi-heure sans obtenir de résultats avantageux, et cela très probablement parce que, dans les cas de ce genre, les doigts n'exercent qu'une compression imparfaite. En effet, il se forme des saillies dans leurs intervalles; le sang n'est pas refoulé, mais seulement déplacé, et si le gland change de forme, c'est sans rien perdre de son volume.

M. Henrotay s'étant alors décidé à pratiquer une opération chirurgicale, allait y procéder lorsqu'il rencontra son confrère le docteur Dugniolle, qui lui rapporta deux cas analogues dans lesquels il avait complétement réussi au moyen de la compression faite avec des bandelettes agglutinatives. En conséquence, il se détermina à tenter avant tout l'emploi de ce moyen. Le gland fut fortement comprimé par des bandelettes agglutinatives très étroites placées d'abord près du méat urinaire, le plein de la bandelette à la face postérieure du gland; ces bandelettes remontaient en s'imbriquant jusqu'au delà de la couronne du gland. Des bandelettes compressives furent également appliquées sur le bourrelet engorgé et tout le long de la verge; mais la compression était beaucoup moins forte que sur le prépuce; elle l'était assez cependant pour refouler en grande partie les liquides qui y étaient contenus.

Le lendemain, les bandelettes furent enlevées pour permettre au malade d'uriner; la verge avait tellement diminué de volume, qu'on crut inutile de les réappliquer, et qu'on pensa pouvoir se borner à l'emploi des réfrigérants.

Le jour suivant, l'engorgement avait presque entièrement reparu. M. Henrotay réapplique les bandelettes comme la première fois, et il les renouvela quatre jours de suite. Il fut alors facile de réduire le paraphymosis à l'aide d'une bandelette en toile tournée autour du gland, et dont un aide soutenait les deux extrémités en tirant légèrement, tandis qu'on ramenait doucement le prépuce au-dessus du gland.

Cette pratique paraît avoir des avantages incontestables sur l'enlèvement du bourrelet par le bistouri. Ainsi, la guérison est beaucoup plus rapidement obtenue, laissant à sa suite une plaie qui demande un temps assez long pour arriver à une cicatrisation complète. En outre, on évite au malade de grandes douleurs, et il ne reste aucune trace accusatrice de l'affection. Toutefois, il est un reproche qu'on peut lui adresser avec juste raison, c'est de gêner la libre émission de l'urine; mais outre qu'on peut recommander au malade de ne boire qu'en petite quantité, on conçoit qu'il est facile de remédier à cet inconvénient.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Nouveau mode de traitement des ulcères chroniques des pieds; par M. J. WITTLINGER.

Suivant l'auteur, on peut, à l'aide de sa méthode, guérir sûrement et en peu de temps les ulcères des pieds, même ceux qui sont le plus étendus et du caractère le plus rebelle, pourvu toutefois que la lésion ne se soit pas étendue jusqu'au tissu osseux. Il ajoute qu'en y adjoignant l'usage d'un traitement interne approprié aux circonstances individuelles, il n'y a jamais rien à craindre ultérieurement de la guérison des ulcères les plus invétérés.

Voici en quoi consiste le traitement local.

On commence par appliquer des ventouses sur le pied malade, surtout s'il existe un état phlegmasique: ces ventouses sont appliquées sur toute l'étendue de la surface malade lorsque les ulcères sont humides, et, lorsque ces derniers sont profonds et à bords calleux, on pratique l'application sur tous les points qui sont recouverts par la peau malade. On réitère ordinairement cette médication au bout de six à huit jours.

Immédiatement après cette opération, on recouvre les ulcères de gâteaux de charpie imbibés d'une solution chaude composée de 250 grammes d'hydrolat de camomille, et de 40 à 50 centigrammes de sublimé corrosif. On recouvre ensuite le pied de bandes de toile larges de trois ou quatre doigts et trempées dans le même liquide, puis on applique par-dessus des compresses épaisses, et enfin on enveloppe tout le pied, depuis la naissance des orteils jusqu'au genou, avec un bandage roulé appliqué méthodiquement. Le pansement terminé, le malade doit rester couché.

Pendant les premiers jours, le pansement doit être renouvelé soir et matin; plus tard, il n'a plus besoin d'être fait qu'une seule fois dans les vingt-quatre heures, et cela jusqu'à ce que la guérison soit complétement obtenue.

Le jour où l'on commence le traitement, il faut administrer un purgatif, puis on fait prendre des pilules composées de résine de gayac, de poudre de rhubarbe et d'extrait aqueux d'aloès, ou encore de poudre de rhubarbe, de savon médicinal, d'extrait de chélidoine, de fiel de bœuf épaissi, de lait de soufre, etc.

Après avoir donné ces pilules pendant quelques jours, on fait prendre une tisane composée de tiges de douce-amère, de feuilles de fumeterre, de racines de chiendent et de réglisse.

Si les ulcères étaient de nature syphilitique, il serait indispensable de recourir au traitement spécial qui serait réclamé par la cause du mal.

(*Schmidt's Jahrbuecher.*)

NOUVELLES.

Concours pour l'admission aux emplois de chirurgien-élève en 1844. — Un concours sera ouvert le 1er octobre prochain, pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de la ville où il désirera concourir, et il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au journal militaire.

Les chirurgiens-élèves de première division des hôpitaux d'instruction reçoivent une indemnité annuelle de 400 francs; cette indemnité est fixée à 600 francs pour les chirurgiens-élèves de l'hôpital de perfectionnement.

— M. le docteur Bergues Lagarde, d'Agen, médecin dans le 7e arrondissement, nous écrit pour nous prier de faire savoir qu'il n'a rien de commun avec le sieur *Bergue* (Louis), condamné dernièrement pour exercice illégal de la médecine, par le tribunal correctionnel du département de la Seine. (*Voy.* Gazette des Tribunaux du 20 avril.)

— Plusieurs médecins allemands établis à Paris ont tenu, samedi dernier, la première séance d'une Société médicale qu'ils ont fondée, ayant le double but de former un point intermédiaire entre le mouvement scientifique de la France et de l'Allemagne, et d'aider, par le rapprochement confraternel, les jeunes médecins leurs compatriotes arrivant à Paris pour se perfectionner dans les études médicales.

Après avoir choisi son bureau provisoire, et nommé une commission pour la rédaction du règlement, la Société commence ses travaux scientifiques qu'elle continuera chaque samedi, à huit heures du soir, dans le local de son secrétaire provisoire, le docteur Szokalski, rue Rambuteau, n° 6.

Observations du baron LE CLÈRE, docteur.

Première observation. — Mademoiselle ***, âgée de vingt et un ans, à Paris depuis peu, a dû payer le tribut que la grande ville impose. Elle est restée malade six semaines d'une fièvre typhoïde. Soumise aussitôt que possible à l'usage du sirop anti-nerveux, la convalescence, si longue d'ordinaire à la suite d'une telle affection, a été sans gravité, et n'a pas duré plus de trois semaines. Sous l'influence de cet excellent cordial, les maux de tête, les aigreurs, les vomissements, ont cessé, la faiblesse a disparu.

Seconde observation. — M. G..., atteint d'une gastrite chronique, douleurs et crampes d'estomac, perte d'appétit, constipations; mépris profond pour toute drogue pharmaceutique. Soumis à l'usage du sirop de M. Laroze, sans aucune autre médication, après vingt jours de son emploi n'avait plus ni douleurs, ni crampes; l'appétit était revenu; mais la constipation seule n'avait pas entièrement cessé. Je doublai la dose pendant dix jours; ce qui a suffit pour ramener la liberté du ventre. Aujourd'hui M. G., parfaitement guéri, continue toujours l'emploi du sirop comme moyen prophylactique.

Un médecin occupant depuis cinq ans, dans un joli quartier central de Paris, un beau logement, offre de le céder de suite, sans intérêt, à un de ses confrères qui y trouvera casuel et clientelle de quartier.

S'adresser à M. Auguste CRENET, directeur de la Caisse centrale des médecins, rue Neuve-Saint-Denis, 25.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 59. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

Sur la Réponse de M. Orfila. (Suite.) — HOPITAUX. — BEAUJON (M. Martin-Solon). Pleuro-pneumonie traitée par les émissions sanguines. Nuage critique. Guérison. Quelques réflexions sur la valeur séméiotique des urines; par le docteur Debout. — DE LA PITIÉ (M. Lisfranc). Amputation du sein. — Difficultés de l'opération. Guérison. — *Société de Médecine Pratique* (4 avril). Rapport sur un ouvrage relatif au système pénitentiaire. Discussion. — Tumeur de l'utérus. — Hydrocèle traitée par la sonde. — *Revue thérapeutique.* Thérapeutique appropriée aux diverses périodes de la phthisie pulmonaire. — Sur la nature et le traitement de l'hydropisie, et en particulier de l'hydrothorax et de l'anasarque. — Pommade contre les gerçures du sein. — Efficacité de l'occlusion complète des yeux dans le traitement de la kérato-conjonctivite. — FEUILLETON Causeries hebdomadaires.

PARIS, 20 MAI 1844.

SUR LA RÉPONSE DE M. ORFILA. (Suite.)

M. Orfila consacre un long article à notre appréciation du rôle qu'il a joué comme médecin légiste et comme expert appelé devant les tribunaux. Les principes qu'il émet en cette circonstance sont les nôtres, et nous n'avons nulle intention de les combattre. Mais qu'avons-nous dit? Précisément que plusieurs fois il avait oublié ces principes; qu'à la place de cette prudence, de cette réserve, de cette discrétion à se servir des théories inductives ou expérimentales de la science, nous avions cru voir, et bien d'autres avec nous, une sorte de tendance, sans doute involontaire, à trouver des coupables, une précipitation à conclure d'après des données encore controversables et incertaines, un ton d'assurance, des allures décidées, et des opinions absolues là où tout était encore sujet de doute et d'examen.

Nous savons bien que sur ce point toute contradiction irrite et blesse la susceptibilité de M. Orfila; mais ce n'est pas notre faute si, dans une discussion qui par sa nature nous interdit toute exposition de doctrines et même toute indication de faits, nos convictions se forment d'après un ensemble de circonstances qu'il nous est impossible d'oublier. Pour en citer quelques-unes, si une accusation analogue à celle qui fit tomber la tête de Castaing (1) se présentait, M. Orfila expertiserait-il cette affaire avec les mêmes données et sur les mêmes principes qu'il le fit alors, contradictoirement à Chaussier? S'il avait à se prononcer sur des taches de sang, emploierait-il les mêmes procédés que ceux que M. Raspail a combattus? Pour des affaires analogues à celle de Dijon et même à celle de Tulle, l'appareil de Marsh serait-il manié par lui comme il le fit alors? S'il avait à se prononcer sur une question d'arsenic normal, serait-il aussi explicite qu'il le fut devant l'Académie de médecine? Eh bien! qu'on se le rappelle, sur tous ces points, à l'occasion de tous ces faits, les opinions de M. Orfila furent absolues, impérieuses; la science d'alors était fixée, irrévocablement fixée..... le monde médical sait aujourd'hui à quoi s'en tenir à ce sujet.

Avons-nous eu tort de dire qu'envisager ainsi le rôle de l'expert, c'était le dénaturer? c'était en faire quelque chose qui, dans des mains moins bien intentionnées que les siennes, tiendrait le milieu entre l'accusateur et le bourreau? M. Orfila nous reproche amèrement cette phrase, qu'il s'est appliquée contre toutes nos intentions formellement exprimées par l'incidence et par le correctif. C'est une idée générale dont nous avons eu soin précisément d'éloigner toute application particulière. Sur cette interprétation vicieuse, M. Orfila a fondé de longs raisonnements dans lesquels nous ne voulons voir qu'une chose, savoir: que le fait de Chambery n'est pas le seul où il ait eu l'insigne bonheur de sauver une tête innocente; il rapporte plusieurs autres cas ignorés de nous, dans lesquels ses expertises ont eu pour résultat l'acquittement des prévenus. Le plus mince de ces faits pèse plus dans notre balance que tous les raisonnements.

(1) Nous avons besoin de dire ici que nous sommes fort loin de considérer Castaing comme innocent.

En somme, nous n'avions reproché à M. Orfila, comme médecin légiste, que sa précipitation à conclure, ses prétentions à l'infaillibilité; nous persistons dans ce reproche, malgré les explications qu'il vient de rendre publiques.

Nous arrivons à la création de l'*hôpital des Cliniques*, que M. Orfila, on le comprend, défend avec des entrailles de père. Mais comme toute tendresse de ce genre, celle-ci est tant soit peu aveugle; nos lecteurs vont en juger.

Rappelons d'abord que la prétention du fondateur de cet établissement a été d'édifier un *hôpital-modèle*. Or si nous prouvons par les documents mêmes invoqués par M. Orfila, que cet établissement est, sur quelques points, égal en insalubrité, sur quelques autres inférieur aux asiles hospitaliers de la capitale, que personne assurément ne considère comme des modèles, ne sera-t-on pas forcé de dire avec nous que la création de cet hôpital fut une malheureuse idée? Voyons donc.

Qu'avons-nous dit? Que des épidémies cruelles de fièvre puerpérale forçaient souvent d'évacuer les femmes en couches de l'hôpital-modèle sur d'autres hôpitaux. M. Orfila ne conteste pas le fait, mais seulement la fréquence que nous avons exagérée, dit-il. Soit, accordons-lui cela, et ne tirons parti que de ses propres aveux. Page 16, il reconnaît: 1° que depuis sa fondation, la clinique d'accouchements a été fermée trois fois pour cause d'épidémie. Trois fois en huit ans! 2° que la mortalité des femmes en couches a *à peine excédé* celle qui a eu lieu à *la Maternité.* Quoi! elle a excédé celle de la Maternité, d'un établissement qui excite d'aussi vives et d'aussi incessantes récriminations, de cet asile fatal et meurtrier où les pauvres femmes du peuple trouvent la mort, 800 sur 10,000! Mais continuons; 3° dans le service de clinique chirurgicale, M. Orfila dit aussi que dans l'espace de trois années, la mortalité n'a été en moyenne que de 1 sur 20, comme à l'Hôtel-Dieu. D'abord ce chiffre brut ne signifie rien; une moyenne prise sur trois années est insuffisante; aucune comparaison, aucun rapprochement dans les cas de mort n'ont été établis; de sorte qu'il n'y a là aucun élément possible pour apprécier. Mais cette comparaison avec la mortalité de l'Hôtel-Dieu, est-elle donc si glorieuse? On sait bien toutes les conditions d'hygiène et de salubrité qui manquent à cet établissement; et puisqu'il s'agit d'un hôpital-modèle, il est fort singulier qu'on arrive au même résultat, quant à la mortalité, que celui d'un hôpital qui n'a certes pas la prétention d'être un modèle. Ensuite, qui ne sait que c'est à l'Hôtel-Dieu qu'affluent les cas les plus graves, les blessures les plus dangereuses, chose qui n'arrive pas ailleurs, et qui influe certainement sur le chiffre de la mortalité! Or, si avec des malades de choix, pour ainsi dire, si avec des chefs de service aussi habiles et aussi savants qu'ailleurs, la mortalité est égale a celle des autres hôpitaux, il en faut nécessairement conclure que plus encore que dans les autres hôpitaux, l'hôpital modèle est dans des conditions d'insalubrité évidentes et irrécusables; 4° La mortalité, dans les salles de clinique médicale, a été, dit toujours M. Orfila, inférieure à celle des autres hôpitaux. Voilà pourquoi, sans doute, et c'est à cela que nous bornerons notre réponse, cette clinique médicale a été transférée de l'hôpital-modèle à l'Hôtel-Dieu.

En résumé, sur ce point, nous croyons avoir prouvé que si la construction de cet hôpital a été une malheureuse idée, l'idée de la défendre a été plus malheureuse encore. Nous en appelons de M. Orfila, prévenu et passionné pour son œuvre, à M. Orfila calme et réfléchi, à qui de toutes nos forces nous recommandons une nouvelle lecture de son mémoire, auquel nous répondons.

Que M. Orfila se vante après cela d'avoir institué des cours cliniques d'accouchements dans les vingt-deux écoles du royaume, outre ceux de Paris, Montpellier et Strasbourg, nous le comprenons; les intentions ont été bonnes, comme elles l'ont été sans doute même dans la construction de l'hôpital des Cliniques; que M. Orfila excuse la construction de cet hôpital par le défaut de toute autre localité, par la nécessité de concentrer ainsi dans le même lieu, pavillons de dissection, salles de médecine, de chirurgie et d'accouchements, nous reconnaîtrons cette nécessité, nous en accuserons, s'il le veut, les exigences de sa position de chef de l'Ecole, nous ferons peser une large part de responsabilité sur les prétentions de l'enseignement privilégié; mais, en toute justice, il nous sera impossible de convenir que l'application ait été bonne, et que l'hôpital modèle ne soit pas autre chose qu'un modèle d'insalubrité.

M. Orfila arrive au rôle qu'il a joué comme membre du Conseil-général des hôpitaux, et conteste tout ce que nous avons dit à ce sujet. Nous le suivons à regret sur ce terrain.

« Lisez, avons-nous dit, les Compte-rendus annuels des » médecins des hôpitaux, vous y verrez constamment les » mêmes plaintes, les mêmes griefs. » M. Orfila nie l'exactitude de cette assertion. Ici, en vérité, nous n'avons que l'embarras du choix. Parlerons-nous des réclamations incessantes des médecins sur le régime alimentaire, sur le bouillon des pauvres notamment; sur la nécessité de régulariser et de moraliser le service des infirmiers; sur l'état déplorable de la lingerie de certains hôpitaux; sur l'urgence d'augmenter le nombre des lits; sur la position pénible des médecins du bureau central occupés, après midi, non pas à recevoir, mais à renvoyer de pauvres malades; sur le service des bains, sur celui des eaux minérales, etc., etc. Il nous faudrait un volume pour rapprocher et comparer toutes les citations; mais que les rapporteurs des commissions qui se sont succédé depuis dix ans nous démentent, nous y consentons; jusque-là nous opposons notre allégation à la négation de M. Orfila.

D'ailleurs, aucun fait net et précis dans sa réponse à ce sujet. Nous nous trompons, en voici un page 18. A notre accusation de n'avoir pas su s'opposer à la mesure injuste de la réélection facultative des médecins des hôpitaux: « Cela » est faux, nous répond poliment M. le doyen; car je l'ai » combattue avec énergie contre quatorze opposants. » Voilà qui semble péremptoire. Eh bien! nous avons lu la réponse du Conseil au dernier compte-rendu des hôpitaux; cette réponse est signée de M. Orfila comme membre de la commission qui en fut chargée, et nous affirmons

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Joies et douleurs. — Les vainqueurs et les vaincus. — Intrigues et recommandations. — Lettre d'un biographe. — Ce que coûte la gloire. — La renommée à 2 francs la ligne. — Circulaire et lettre de faire part. — Un dentiste femelle. — Les fausses dents. — Position difficile.

Il y a eu bien des joies cette semaine, il y a eu aussi bien des douleurs. Le concours de l'agrégation pour les médecins s'est terminé mardi dernier et la joie a été pour les six élus, la douleur pour les dix-huit vaincus. Les premiers n'ont pas besoin de félicitations, le bonheur du triomphe leur suffit et ce bonheur doit être d'autant plus grand qu'il a été plus disputé. Mais les vaincus ont besoin peut-être de consolation et d'encouragement; car si le succès des uns a été généralement legitime, il y en a bien six autres parmi les vaincus dont le succès aussi n'aurait surpris personne et dont la défaite est affligeante. MM. Vernois, Valleix, Tanquerel des Planches, Pelletan, Vigla, Fauvel et quelques autres encore pour qui ce concours n'était pas le premier fait d'armes, qui occupent une place distinguée dans la littérature médicale contemporaine, qui, sur plusieurs élus, avaient l'avantage de titres antérieurs bien connus et appréciés, pour ces honorables compétiteurs, la défaite n'est-elle pas bien cruelle? Et les épreuves du concours les avaient-elles placés sur un rang inférieur? On assure que non. Pourquoi donc cette élimination au profit de quelques hommes nouveaux, remplis de mérite sans doute, mais qui, d'après l'équité naturelle, devaient céder le pas à leurs anciens? Pourquoi! vieille histoire que tous mes lecteurs connaissent aussi bien que moi, amis, protections, recommandations puissantes, intérêts de famille et d'affection, en un mot tout ce cortége de petites et de grandes intrigues, de petites et de grandes passions que tout concours mène à sa suite. Celui-ci, dit-on, pourrait être cité comme un modèle en ce genre. Les plus grands personnages de l'Etat s'en seraient mêlés. On cite des faits et des démarches qui expliqueraient jusqu'à un certain point le silence d'un grand ministre dans la discussion de deux grands projets de loi qui s'agite dans le parlement. Les journaux politiques disaient ces jours-ci: Que fait donc le plus grand orateur du cabinet, et pourquoi s'abstient-il? Eh, messieurs! il était en cours de visites chez les juges du concours; il patronait de sa haute influence un candidat aimé, et il a réussi. Contre de telles protections, que peuvent faire de pauvres jeunes gens qui n'ont que leur mérite et leur talent? Ils succombent en espérant une occasion meilleure.

— Depuis que j'ai édifié le public sur les manœuvres de certains biographes, je trouve qu'il est au moins maladroit d'invoquer des témoignages de cette force et de cette valeur. J'ai raconté comment les choses se passaient, mais peut-être tout le monde ne m'a pas cru sur parole. Je suis en mesure aujourd'hui de fournir une preuve péremptoire, car elle émane de l'administration d'une de ces entreprises. Un de nos confrères m'a communiqué une lettre à lui envoyée, et dont il m'a permis de vous citer l'extrait suivant:

« Monsieur, — je vous recommande le style surtout, — les inscrip-
» tions des services rendus à la France et représentés sans les éloges
» que contiennent les panégyriques que l'esprit du siècle repousse, de-
» vant être placées dans (ici l'indication de l'ouvrage), nous avons
» l'honneur de vous soumettre la rédaction qui nous est présentée sur
» vous, pour être insérée dans la nouvelle édition qui est prête à être
» terminée. »

Vient l'énumération des avantages que le confrère trouvera dans cette publication dont toutes les *têtes couronnées* sont souscripteurs.

« Ces dépenses se couvrent par la souscription que chaque person-
» nage veut bien accepter en proportion des frais qu'occasionne son
» inscription faite par notre direction; ces frais se montent à 2 francs
» par ligne de 50 lettres..... Le payement ne s'effectue que lorsqu'on
» reçoit l'épreuve imprimée, » etc.

Vous concevez que lorsqu'on peut se faire déclarer grand homme à 2 fr. la ligne, c'est bien tentant, et qu'il faut avoir une austérité de principes bien robuste pour ne pas succomber.

— Tout le monde connaît l'histoire de cette *veuve inconsolable* qui annonçait par voie d'épitaphe la continuation de son commerce. Voici quelque chose d'analogue, et qui nous touche de plus près. J'ai là, sous les yeux, une lettre de faire part tout encadrée de noir, timbrée et datée, et dont la phénoménalité dépasse toute croyance.

Je la transcris sans en rien supprimer que les noms:

« Monsieur, j'ai l'honneur de vous faire part de la perte aussi prématurée que douloureuse que ma fille vient de faire dans la personne de M......., docteur médecin, décédé en son domicile, rue....... le...... Cette perte sera vivement appréciée par toutes les personnes auxquelles M..... avait donné ses soins, et dont il avait su se faire des amis. La sollicitude de mon gendre pour les personnes qui avaient bien voulu lui témoigner leur confiance, lui avait fait faire choix par avance de la personne par laquelle il désirait se voir remplacé auprès d'elles.

» M. le docteur X...., son condisciple et ami, était de tous points digne de ce choix.

» C'est donc pour remplir l'une des dernières volontés de mon gendre, que je prends la liberté de me faire près de vous l'interprète de la personne appelée à le remplacer.

» Veuillez agréer, etc. » Fe X... »

Ce n'est pas tout; je tourne le feuillet, et je lis:

« Monsieur, la famille de M..... a bien voulu, en déférant à l'un de ses vœux, me confier la tâche difficile de le remplacer auprès de vous; je ferai tous mes efforts pour me rendre digne de ce choix, et m'acquérir cette confiance que M..... avait si bien méritée.

» Il n'y aura rien de changé dans les habitudes de la clientèle de M..... Je conserverai son appartement, rue...... n°...... Les consultations auront lieu tous les jours de midi à deux heures.

» Daignez agréer, etc.

» X., D.-M. et accoucheur, rue ....., n° 77. »

que la réélection facultative y est soutenue par les motifs les plus incroyables. La commission, entre autres choses, assimile la réélection d'un chef de service médical à la réélection d'un *caporal de la garde nationale !* Cette commission invoque la réélection comme un stimulant nécessaire au zèle et au dévouement des médecins !

Mais ce n'est pas tout ; dans ce même dernier rapport de la commission médicale, les médecins des hôpitaux demandaient pour la huitième fois l'admission de la commission aux séances du conseil. Elle appuyait cette demande sur toutes sortes de bonnes raisons que nos lecteurs peuvent pressentir. Qu'a répondu le conseil, par l'organe d'une commission dont M. Orfila était membre? Nous avons besoin de citer cette étrange réponse. Le conseil déclare : « Qu'il ne verrait ni *uti-* » *lité*, ni *convenance* à admettre dans son sein, et à faire par- » ticiper à ses discussions des personnes que, certes, il se » trouverait honoré de compter individuellement parmi ses » membres, mais qui, pour le moment, n'en feraient pas par- » tie. La hiérarchie ne peut disparaître, et il y aurait *inconve-* » *nance* à voir s'engager des discussions entre personnes dont » la position dans l'administration n'est pas la même. »

Nous avions dit : « Pour faire tomber la ridicule mesure concernant les autopsies, il a fallu que l'opinion publique et la presse lui vinssent en aide. » — *Cela est faux*, nous répond encore M. Orfila ; *car j'ai rédigé ma démission, la première fois que je l'ai donnée, dans la salle même du conseil des hospices, au moment même où le vote contraire à mon opinion avait prévalu...* En admettant la légitimité de ce refus d'obligation au concours de la presse, la démission de M. Orfila a-t-elle été donnée pour la défense de *tous* les médecins des hôpitaux, ou seulement pour la défense des droits des *seuls* professeurs de clinique ? S'il ne s'agissait que des professeurs de clinique, c'est à l'école seule à garder de la reconnaissance de l'offre de démission de M. le doyen.

D'après ces faits, nous concluons que nous avons eu raison de soutenir que M. Orfila n'a rien fait au conseil des hôpitaux pour améliorer la position de ses confrères, pour augmenter leur part de salutaire influence. Que cette absence d'amélioration, il la rejette sur le défaut de concours de la part des autres membres du conseil, nous le concevons ; mais le résultat n'est pas moins tel et demeurera le même, nous le craignons, tant qu'un plus grand nombre de médecins ne seront pas appelés à faire valoir leurs opinions contre les opinions souvent erronées d'hommes honorables, mais dépourvus des connaissances spéciales nécessaires ; tant que ces médecins resteront placés dans une position hiérarchiquement inférieure, et n'auront pas à participer eux-mêmes aux décisions administratives, tant qu'ils ne seront représentés enfin que par un seul des leurs, dont la position exceptionnelle, à la tête d'un corps privilégié, et dont les préjugés de caste, en quelque sorte, contribuent naturellement à attiédir les sympathies et à fausser les directions.

(*La suite au prochain numéro.*)

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

Pleuro-pneumonie traitée par les émissions sanguines. — Nuage critique; guérison. — Quelques réflexions sur la valeur séméiologique des urines ; par le docteur DEBOUT.

Tiret (Auguste), palefrenier, âgé de trente-sept ans, d'un tempérament sanguin, et jouissant habituellement d'une bonne santé, entre le 2 mai à Beaujon, affecté d'une pleuro-pneumonie. Cet homme indique mal la cause de sa maladie ; cependant il paraîtrait qu'ayant monté, le 27 avril, un cheval difficile, il aurait éprouvé le soir même une fatigue et une lassitude inaccoutumées. Le lendemain, de la fièvre se déclare, accompagnée d'oppression et de toux.

Le 30, ces symptômes augmentent d'intensité, et il vient s'y joindre une douleur de côté avec expectoration sanguine. Jusqu'au moment de son admission à l'hôpital, cet homme resta couché, fit diète, et but seulement de la tisane.

Le 3 mai, le malade, entré hier après la visite, a été saigné dans la journée; il dit avoir éprouvé du soulagement immédiatement après, mais que la nuit n'a pas été meilleure que les précédentes. Les 500 grammes de sang donnent 220 gr. de sérosité citrine. Le caillot, en forme de capsule, est couvert d'une couenne épaisse, de couleur de peau de chamois. La chaleur de la peau est modérée, et le visage assez fortement coloré; mais le malade fait observer qu'il en est de même lorsqu'il est en bonne santé. Les sclérotiques sont faiblement jaunâtre ; la langue humide, peu saburrale ; soif prononcée ; constipation ; expectoration spumeuse, un peu diffluente et rouillée ; douleur correspondant à la pointe de l'omoplate du côté droit de la poitrine. A l'auscultation, on entend en avant du râle crépitant, et en arrière seulement une résonnance notable de la voix. Point de souffle tubaire ; point d'expansion vésiculaire, point d'égophonie. La percussion est très obscure. Quant au côté gauche de la poitrine, la respiration est normale. (Saignée ; 5 ventouses sur le point douloureux, pect., jul., béch., lav.)

Le 4, la saignée d'hier a été de 300 grammes 1/3 de sérosité; le caillot plastique est couvert d'une couenne moins épaisse. Les ventouses ont donné 330 grammes de sang ; les caillots en rondelles sont aussi couenneux. Douleur de côté moindre en respirant. Expectoration muqueuse de couleur jaune-serin. Toujours du râle crépitant en avant; pas d'expansion vésiculaire en arrière ; un peu de souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse; 78 pulsations; 84 inspirations. Les yeux présentent une teinte jaunâtre plus prononcée ; cependant la percussion de la région du foie ne provoque point de douleur. Langue humide, muqueuse, non amère. Pas de dévoiement. Les urines sont louches, d'une densité de 1,022 sans réaction, l'acide azotique les éclaircit. (Pect., jul., béch. Saignée le soir lors de l'exacerbation, si elle se produit.)

Le 5, le malade n'a pas eu besoin d'être saigné; la toux a diminué. L'expectoration est presque incolore, plastique, muqueuse; la soif moindre; la chaleur de la peau douce et moite; 64 pulsations; 50 inspirations. Plus de souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse; râle crépitant, *redux* très fin ; à peine de bronchophonie; la respiration commence à s'entendre.

Les urines sont claires, d'une densité de 1,022; elles donnent par l'addition de 10 à 12 gouttes d'acide azotique un beau *nuage critique*, dont on peut considérer la forme comme un type de ce phénomène, c'est-à-dire, un disque de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, suspendu au milieu du liquide, et se formant au moment même de l'addition de l'acide.

Le 6, la respiration vésiculaire s'entend plus distinctement. Expectoration incolore, muqueuse. Râle crépitant de retour. Plus de bronchophonie; 60 pulsations. Appétit ; sommeil ; soif normale. Les urines claires, d'une densité moindre ; 1,020 fournissent encore par l'acide azotique un petit *nuage critique* sous forme de disque d'un millimètre d'épaisseur.

Les jours suivants l'amélioration continue ; les urines restent alors sans réaction ; elles diminuent seulement de densité (de trois degrés chaque jour) ; enfin le 10 mai le râle crépitant a disparu depuis deux jours ; l'expansion commence à se faire d'une manière complète ; on augmente la quantité des aliments du malade, qui sort quelques jours après parfaitement guéri.

Nous avons noté avec soin dans le cours de cette observation, les résultats fournis par l'examen quotidien des urines ; l'on sait que depuis quelques années M. Martin-Solon s'applique à mettre en relief les signes séméiologiques que cette fonction importante est capable de donner, et que ces résultats tendent à réhabiliter la doctrine des crises long-temps trop dépréciée. (*Archives*, novembre 1842.)— Comme nous avons l'intention de publier une série d'observations de maladies aiguës recueillies dans le service de ce praticien si bon observateur, nous nous contenterons de signaler les renseignements certains que l'étude de l'urine peut fournir au diagnostic et au pronostic de chacune de ces affections en particulier ; cela nous dispense d'entrer dans des considérations générales, qui d'ailleurs nous entraîneraient trop loin.

Dans la plupart des maladies aiguës, et la pleuro-pneumonie en particulier, les urines au début, toujours acides et d'une densité toujours au-dessus de la moyenne, fournissent à une certaine époque, sous l'influence de l'addition de 10 à 15 gouttes d'acide azotique, un nuage épais de 4 à 5 millimètres, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, et suspendu horizontalement au milieu du liquide, comme l'énéorème des anciens. Quelquefois plus ou moins long-temps à se produire, mais le plus souvent se formant au moment même de l'addition de l'acide, ce nuage a été dénommé par M. Martin-Solon *nuage critique*, parce qu'il apparaît le plus souvent lorsque commence la solution de la maladie.

L'acide azotique n'est pas le seul qui ait la faculté de révéler cette particularité de l'urine, l'acide acétique concentré le partage avec lui, et l'emploi de ce dernier est souvent utile, surtout lorsqu'on n'est pas encore familier avec le résultat de ces réactions : en effet, lorsque l'urine est à la fois albumineuse et critique, si l'on emploie seulement l'acide azotique, malgré la différence que présentent les produits, on pourrait croire que le nuage fût seulement dû à la présence de l'albumine ; or, si l'on emploie l'acide acétique concentré, comme il est sans action sur l'albumine, il sera évident que le nuage médian qui se formera sous son influence sera le *nuage critique*.

Avant de chercher à déterminer la juste valeur du renseignement que peut fournir pour le pronostic de la pneumonie en particulier, l'apparition du nuage critique tel que le décrit M. Martin-Solon, voyons ce que dit un autre observateur, des modifications que présente l'urine dans cette affection. « Les sédiments d'acide urique (1), spontanés ou provoqués, se sont fréquemment montrés pendant la période fébrile de la pneumonie. C'est surtout à l'époque de la plus grande acuité de la maladie qu'on les a constatés; ils devenaient de moins en moins appréciables à mesure que celle ci diminuait. Dans un seul cas cependant, l'urine laissa déposer pour la première fois l'acide urique le jour même où la fièvre cessa ; mais dans ce cas, l'urine avait présenté les jours précédents les caractères fébriles : elle avait diminué, et était dense, acide et fortement colorée. » A la page suivante, dans un appendice communiqué par M. Andral, et résultant d'examens d'urines dans 33 cas de pneumonies aiguës, il est dit : « Sur ces 33 cas, il y en a 12 dans lesquels l'urine est restée complétement transparente depuis le commencement de notre observation jusqu'à la fin. L'addition de l'acide nitrique, ni la chaleur n'y ont déterminé aucun trouble. Dans 9 cas, l'urine a été tour à tour transparente, trouble et sédimenteuse ; six fois le dépôt a été spontané ; deux fois il est apparu sous l'action de l'acide nitrique ; dans le dernier cas, l'urine se troubla à la fois par l'acide nitrique ajouté en grande quantité et par la chaleur; elle était albumineuse. Enfin, dans les 12 cas restants, l'urine, depuis l'entrée des malades jusqu'à l'époque de la terminaison de leur affection, se montra constamment trouble dans toute son étendue, ou sédimenteuse, soit spontanément, soit par l'addition d'une ou de deux gouttes d'acide nitrique. »

Toutes les fois que la réaction nitrique donne lieu à un dépôt informe, que la production de ce phénomène ait lieu à la partie supérieure du liquide ou dans la totalité de l'urine, M. Martin-Solon conteste à cette forme une grande valeur séméiologique ; cependant il arrive quelquefois que ce trouble de l'urine précède ou suit l'apparition du nuage critique.

Nous avons indiqué la quantité d'acide nécessaire pour la production du phénomène critique ; car les cristaux amorphes de biurate d'ammoniaque, résultat de la réaction qui s'établit, étant solubles dans un excès d'acide, lorsqu'on vient à en verser une trop grande quantité le dépôt n'a pas lieu, ou, si le nuage apparaît, on le détruit avant son entière formation.

Quel est la valeur séméiologique du nuage critique ? Pour le diagnostic, on peut regarder sa manifestation comme un des phénomènes premiers du commencement de la résolution qui s'opère dans les points affectés. Quant au pronostic, on peut dire, avec M. Becquerel : « Comme heureusement, dans les temps ordinaires, le plus grand nombre des maladies aiguës ont une issue favorable, il n'est pas étonnant que M. Martin-Solon ait vu l'apparition du dépôt en question précéder le plus souvent une terminaison heureuse qu'une terminaison contraire, » surtout lorsqu'on peut y ajouter que le phénomène critique implique par sa présence un commencement de résolution. Quant à la valeur pratique qui en découle, elle est tellement bien étayée près de M. Martin-Solon, que toutes les fois qu'un malade entre dans son service au huitième ou dixième jour de sa maladie et que ses urines offrent par l'addition de l'acide nitrique un nuage, on suspend, à moins d'indication pressante, tout traitement actif et la maladie se juge d'elle-même.

Nous n'avons pas, comme bien l'on pense, l'intention de faire une exception en faveur des urines critiques, en donnant leur présence comme un signe pronostic d'une valeur infaillible ; la signification du nuage devient décisive seulement lorsqu'elle est appuyée sur l'ensemble des symptômes ; et encore peut-il arriver, et nous en fournirons des exemples, que la solution indiquée de la maladie peut s'arrêter court, ou bien encore qu'une affection intercurrente vienne amener une terminaison fâcheuse.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Amputation du sein. Difficultés nombreuses de l'opération. Profondeur de la plaie caverneuse s'étendant jusque sous la clavicule. Extirpation, arrachement de ganglions lymphatiques dans le creux de l'aisselle, autour du plexus brachial et de l'artère axillaire. Guérison.

Le 19 de ce mois, nous avons amputé le sein de la malade

(1) Becquerel. Séméiotique des urines, p. 330.

Je suppose que le successeur aura hérité aussi de la femme du défunt, ainsi se justifiera cette proposition ; il n'y aura rien de changé dans les habitudes.

— En voulez-vous d'un autre genre, d'un autre style et d'un autre sexe ? Lisez cette annonce que j'extrais d'un journal politique :

« Décidément, madame Ellen de Saint-Hilaire, titrée de plusieurs cours et de celle de France, se trouve placée au premier rang dans l'art théorique et pratique du dentiste. Sa douceur, son adresse et la légèreté de sa main, joint à son système d'invention pour poser de suite les dents et dentiers sans douleur, est d'un naturel aussi parfait qu'ingénieux. Elle en fait voir l'épreuve à sa bouche. 32, rue de Rivoli, au premier. (Discrétion !) »

Si les femmes ne se contentent plus de nous mener par le nez et qu'elles veuillent encore nous prendre par les mâchoires, nous sommes perdus, c'est moi qui vous le dis. Mais quelle balourdise dans cette annonce ! La douceur et la légèreté de la main de madame de Saint-Hilaire m'avaient fait venir l'eau à la bouche ; mais cette épreuve de la bonté de ses rateliers, qu'elle fait voir sur son propre maxillaire, m'a singulièrement refroidi. Je déteste les dents fausses ; c'est une de mes aversions. Un vide franchement et naïvement accusateur dans une bouche jeune et fraîche encore, est mille fois préférable à ces horreurs de fragments squelettiques qui exhalent la putréfaction. Mais, mon Dieu, voilà une bien grosse dent que messieurs les dentistes vont avoir contre moi. Qu'y faire ? C'est mon lot auquel je me résigne. Si je touche aux bossus, voilà l'orthopédie qui se redresse ; si je parle des bègues, l'orthophonie me traite de mauvaise langue ; si je dis un mot des louches, les strabotomistes me regardent de travers ; si je touche aux voies urinaires, la lithotritie me jette la pierre ; si je parle des dents, les dentistes me mordent. En vérité, je suis un homme fort à plaindre !

JEAN RAIMOND.

Boite aux lettres de Jean Raimond.

Mon cher confrère,

Depuis le lendemain de ma réception au grade de docteur (il est vrai qu'il n'y a encore que neuf ans), je suis occupé à la rédaction d'un article que j'ai la vanité de vous destiner, et dont le titre seul pourra vous expliquer tous les retards. C'est un travail consciencieux sur les *Inconvénients attachés à la possession du grade de docteur, et avantages qu'un médecin adroit peut trouver à ne pas se le procurer.*

Or, vous vous imaginez facilement l'étonnement dans lequel m'a jeté la lettre du docteur Pajot, publiée dans votre dernier bulletin, et dans laquelle il me semble conserver, à l'égard dudit titre, quelques-unes de ces naïves illusions qui trompent le cœur et l'esprit des jeunes médecins. Pendant quelques minutes, j'ai pu croire que la possession exclusive de notre état nous était garantie par une législation quelconque, puisqu'un jugement était intervenu contre un intrus ; mais la réflexion est bien vite venue à mon aide ; et, ma mémoire aidant, je me suis rappelé, heureusement pour l'honneur des principes, que la Cour de cassation, jugeant autrement que le tribunal de la Seine, avait déclaré, par un arrêt du 11 juin 1840, que l'*officier de santé n'encourt aucune peine en prenant le titre de docteur en médecine*; attendu, dit-elle, la Cour de cassation, que l'*officier de santé qui prend le titre de docteur commet peut-être un acte de vanité répréhensible,* mais ne se rend pas passible de la pénalité, etc.

Ainsi, mon cher confrère, tenez-vous-le pour dit ; et hâtez-vous de porter ce judicieux arrêt à la connaissance du public, pour apprendre aux jeunes étudiants que le titre de docteur n'est qu'une affaire de pure vanité, et surtout pour engager *le pauvre confrère* condamné à 25 fr. d'amende à prendre à partie le tribunal et le procureur du roi, qui ont eu la malencontreuse idée de lui faire payer 25 fr. d'amende un acte de vanité que la Cour de cassation a déclaré n'être pas un délit.

Seulement je voudrais bien savoir ce que diraient et ce que feraient messieurs de la Cour de cassation, si un étudiant en droit de douzième année, homme d'affaires dans une petite ville de province, avait la vanité d'ajouter à toutes ses qualités sur ses adresses, celle de conseiller à la Cour de cassation.

Agréez, etc. — Le Dr FAURE, de Mennecy (S.-et-Oise.)

Le 27 avril 1844.

couchée au n° 24 de la salle Saint-Augustin.

Cette opération a été difficile, longue et douloureuse ; et cependant elle n'a été suivie d'aucun de ces accidents qui l'accompagnent quelquefois.

Nous avons commencé par détacher la tumeur. Le grand pectoral était tellement mince, que si nous n'avions pas fait porter le bras en haut, nous n'aurions pas pu le reconnaître.

L'opération devint alors facile ; mais nous ne procédions qu'avec lenteur pour ne pas intéresser le grand-pectoral. Nous parvînmes à le disséquer sans lui porter la plus légère atteinte. Alors nous eûmes recours à l'énucléation, qui ne nous offrit aucune difficulté. La tumeur fut détachée avec le pouce et l'index. Enfin, elle fut enlevée.

Mais il fallait attaquer deux ganglions lymphatiques situés dans le creux de l'aisselle, et en tournant l'artère axillaire. Mais là, que de nombreuses difficultés !... De prime abord, ces ganglions paraissaient éloignés du plexus brachial et de l'artère axillaire ; et cependant il nous a fallu arriver jusque sous le grand-pectoral, la clavicule et même la tête de l'humérus. Combien de dangers graves à éviter, soit pendant, soit après l'opération !... J'ai énucléé, et à mesure que quelques petits vaisseaux étaient divisés, ils ont été tordus. Le sang épongé, mes doigts s'enfonçaient, tiraillaient, énucléaient et amenaient quelques portions de ces ganglions lymphatiques, en même temps que j'attirais le grand-pectoral en bas, la main d'un aide placée sur le plexus brachial et sur l'artère, les préservait de toute lésion ; il n'y avait, sous ce rapport, rien à craindre. Mais la malheureuse femme !... pendant ces tractions, pendant ces déchirures, ces tiraillements, ces torsions d'artères, ces recherches, ces dissections laborieuses ! quels furent ses cris, ses souffrances, ses douleurs ! Ils furent horribles ; ils furent épouvantables. Et vous comprendrez la vérité de ce terrible tableau en jetant un coup-d'œil sur l'anatomie chirurgicale de ces régions. C'est un véritable réseau nerveux, une forêt de nerfs ; figurez-vous donc mes doigts plongés dans ce lacis ! Chaque mouvement de ces doigts arrachait un cri douloureux. Ensuite le kyste qui enveloppait ces ganglions lymphatiques était entouré d'une multitude de petits vaisseaux. Vous entrez vos doigts dans le kyste, mais vous n'avez rien terminé ; car ces ganglions tiennent au kyste accidentel par des vaisseaux et des nerfs. Et combien sont multipliés ces filets nerveux ? Ne devait-on pas craindre le tétanos après une telle opération ; il n'est pas survenu chez cette malade, et je ne l'ai jamais vu survenir dans des cas semblables. Enfin, j'introduis le pouce et l'index, je détache le ganglion, je le tire avec mes doigts, et il m'a fallu avoir la main forte pour en venir à bout, après des tentatives plusieurs fois infructueuses ; et cela ne doit pas étonner ; car plus ces ganglions sont petits, et plus souvent ils vous échappent. Après ces tentatives, vous déchirez, vous tordez les vaisseaux ; et après les avoir coupés avec des ciseaux courbes, savez-vous bien ce qui arrive si vous agissez ainsi ? Vous avez tiré, vous avez abaissé, vous coupez, vous croyez pouvoir tordre ou lier le vaisseau ? Erreur fatale ! erreur bien funeste !... Le vaisseau remonte dans l'horrible caverne que vous avez creusée, et des flots de sang vous avertissent trop tard du danger que court la malade. Vous cherchez le vaisseau ! Comment le trouver dans cette caverne, où il est remonté à une hauteur, à une profondeur prodigieuse, où rien ne peut vous guider ?... Et si la malade ne meurt pas d'hémorrhagie, il faut, pour arrêter le sang, bourrer cette caverne avec des monceaux de charpie, de colophane, et toute cette masse, la maintenir avec le spica de l'épaule. Et quand vous avez fait ce pénible et laborieux pansement, voilà des inflammations, voilà des suppurations énormes, pendant lesquelles les malades succombent ordinairement.

Voilà donc un danger que nous avons évité ; car nous n'avons pas eu d'hémorrhagie.

Mais ce qui vous paraîtra aussi étonnant que l'absence de l'hémorrhagie et du tétanos après une opération aussi douloureuse, où tant de nerfs et tant de vaisseaux ont été déchirés et divisés, c'est de voir qu'après tant de déchirures, de tiraillements, d'énucléations à tant de reprises différentes, il n'y ait pas eu de violents accidents inflammatoires.

Nous avons enfoncé nos doigts dans cette caverne profonde ; nous avons divisé plusieurs fois, arraché ces ganglions lymphatiques ; ne sont-ce par là autant de causes irritantes d'une inflammation redoutable, dont nous déposions par ces manœuvres le germe funeste dans le tissu cellulaire de toutes ces parties ! Ici, comme dans tous les cas semblables, je n'ai jamais vu survenir ces accidents inflammatoires, et cette profonde caverne disparaît ordinairement au bout de quatre ou cinq jours, et c'est là une circonstance très commune, tout extraordinaire qu'elle est.

Dans les commencements de ma pratique opératoire, j'en étais moi-même tellement étonné que je me disais, en voyant la plaie fermée le quatrième ou le cinquième jour : nous allons bientôt voir survenir les fusées purulentes..... prenons bien garde, et, par excès de prudence, je prenais une sonde de femme, je sondais la plaie..... précaution bien inutile..... car la cicatrice était faite et parfaite.

La malade sur laquelle nous avons fait cette amputation du sein et l'extirpation des ganglions dans le creux de l'aisselle, est aujourd'hui en voie complète de guérison, après le douzième jour de l'opération.

La profonde caverne dont je vous ai parlé a été cicatrisée du cinquième au sixième jour ; il n'y a pas eu la moindre hémorrhagie. Elle a eu un peu de fièvre traumatique dont l'invasion a été annoncée par un léger frisson, mais elle a été bien vite terminée. Maintenant, en pressant sur la peau qui recouvrait cette vaste caverne, on ne fait éprouver aucune douleur à la malade. L'adhésion des parties subjacentes est opérée et la cicatrisation bien complète. Cette femme prend des aliments, et la plaie antérieure marche rapidement à une prochaine guérison.

— Cette malade est sortie de l'hôpital à la fin du mois d'avril ; elle était complétement guérie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 avril 1844. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— En réponse à quelques observations émises par M. Chéneau sur le compte-rendu de la dernière séance, où ses opinions sur la phthisie avaient été controversées, M. Fouquier fait observer que plusieurs des auteurs qui ont écrit spécialement sur cette maladie ont succombé à ses atteintes, bien qu'ils l'aient crue et déclaré guérissable ; et il cite entre autres exemples celui de Bayle, qui mourut phthisique trois mois après avoir publié l'histoire de la guérison d'un M. B... : or ce M. B..., qu'il croyait fermement avoir sauvé, n'était autre que lui-même.

— *M. Belhomme*, chargé de faire connaître un ouvrage sur le système pénitentiaire dont a fait hommage à la Société M. Bonnet de Bordeaux, prend la parole.

Il y a quelques années, dit le rapporteur, que j'ai eu à rendre compte d'un mémoire du même auteur sur la monomanie homicide ; l'auteur émettait cette opinion, que la folie n'était souvent qu'un prétexte profitable à de grands criminels, et il concluait à la peine de mort. Je répondis alors qu'il ne fallait pas sans doute abolir la peine capitale, mais bien s'assurer s'il n'y avait pas lésion de l'intelligence, de peur de condamner un innocent.

On sait que depuis quinze ans on s'est occupé de l'emprisonnement cellulaire, sans pouvoir s'accorder sur la valeur des différents systèmes à adopter. M. Bonnet veut donc fixer l'attention des législateurs sur ce point, et il émet dans son ouvrage cette idée dominante, que le régime pénitentiaire est détestable. Il passe en revue les méthodes principales ; elles sont au nombre de trois : réclusion solitaire de jour et de nuit, sans travail ; réclusion de nuit, avec travail en commun pendant le jour ; enfin emprisonnement solitaire de jour et de nuit, mais avec communication.

La première méthode a produit en Amérique des résultats déplorables ; des condamnés, les uns sont morts ou ont perdu la raison, et les autres sont tombés dans un tel état de dépérissement et de marasme, que les magistrats, émus de pitié, ont fait remise du restant de la peine.

La seconde méthode n'est point toujours praticable, car il faut des maîtres, et l'apprentissage d'un état demande des mois ou des années, car on ne naît point tailleur ou cordonnier.

Quant à la réclusion solitaire avec travail et communication avec l'aumônier ou le chef de l'établissement, il suffit de calculer combien dix minutes de conversation avec chaque prisonnier demanderaient d'heures, pour peu qu'ils fussent une centaine.

L'origine de ces recherches, de ces tentatives est due à l'état de nos prisons, à l'immoralité qui y règne ; aussi, pour éviter les dangers de ces contacts pernicieux des prisonniers entre eux, a-t-on eu recours à la réclusion, qui, elle-même, a enfanté une foule de maux, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les statistiques des pénitenciers.

Et si encore les condamnés sortaient moralisés de ces prisons cellulaires, on pourrait opiner pour leur maintien ou leur adoption ; mais non : il est prouvé qu'à Philadelphie où ce régime de réclusion est suivi plus sévèrement que partout ailleurs, les récidives sont plus fréquentes. Il est vrai que MM. Moreau et Lucas donnent des résultats différents.

Il me semble, ajoute M. Belhomme, qu'il n'est peut-être pas juste de mettre sur le compte de la réclusion cellulaire le développement de la folie. Il est une habitude funeste, la masturbation, qui souvent y conduit. L'isolement, dans ce cas, aurait seulement favorisé l'habitude de ce vice funeste.

M. Sorlin pense que l'expérience n'a point encore assez prononcé sur les dangers de l'isolement cellulaire pour qu'on se croie autorisé à l'accuser avec une sorte de fureur ; qu'il pencherait, au contraire, à lui attribuer une puissante efficacité en mettant un empêchement à la contagion du vice dans les prisons et permettant ainsi aux conseils sages et religieux d'opérer peu à peu le redressement des mœurs et d'opérer la moralisation de ces esprits sans croyance et sans frein.

On s'occupe beaucoup des prisonniers, dit M. Tanchou, on leur donne de bons aliments, de bons lits ; si on était plus sensé, si on frappait plus juste, il y aurait moins de crimes, ces scélérats vont même jusqu'à s'enorgueillir de l'attention que leurs crimes attirent sur eux.

Un membre de la Société rappelle qu'ayant eu occasion de voir Courvoisier à la Conciergerie et lui ayant témoigné sa surprise de ce que dix ans passés au bagne ne lui aient pas inspiré la crainte d'y retourner : Que voulez-vous ! je n'ai pas réussi, dit-il ; mais on se fait de ces lieux une très fausse idée : on est très heureux au bagne. Un autre scélérat Poulman, répondait à Ducros, qui avouait avoir ressenti quelque émotion après avoir étranglé la veuve Sennepare ; Oui, mais à la vue de l'or ton émotion s'est bien vite dissipée.

M. Fouquier. N'aggravons pas leurs peines, mais ne reportons pas sur eux une attention qu'ils ne méritent point et qui accroît leur orgueil.

Quoi qu'on fasse dans le but d'améliorer le système des prisons, à côté du bien il se trouve là toujours quelque inconvénient, il serait heureux qu'on pût diminuer les crimes, et M. Bonnet termine en émettant le vœu que, pour y parvenir, on remette en vigueur et qu'on entoure de respect les lois de la famille, qu'on cesse d'inculquer dans les jeunes cœurs les principes subversifs de l'ordre social, et qu'enfin on supprime cette littérature de notre époque, qu'on cesse de produire des livres où toutes les passions se trouvent, sinon justifiées, du moins dépouillées de ce qu'elles ont d'odieux et de révoltant.

— *M. Charles Masson*. J'ai été consulté, il y a cinq ou six mois, par une dame de trente-deux ans, blonde, d'un embonpoint convenable, et ayant toujours joui d'une santé excellente. Elle se plaignait d'avoir, depuis quelque temps, des flueurs blanches plus abondantes que de coutume. Je lui prescrivis des bains d'eau salée, quelques amers et des pastilles de chocolat ferrugineux ; elle fit usage de quelques injections astringentes ; l'écoulement diminua ; elle se crut guérie. Six semaines après elle se plaignit de perdre du sang chaque fois qu'elle voyait son mari, et l'écoulement leucorrhéique reparut alors plus abondant, et il en résultait des lassitudes dans les lombes et les cuisses ; l'appétit avait diminué, et la peau de cette dame, naturellement blanche, avait contracté une teinte légèrement jaunâtre. J'insistai pour examiner au spéculum le col, que je pensais trouver malade ; on y consentit.

Les bords de l'orifice utérin me parurent effectivement tuméfiés et sanieux ; je promenai le doigt autour d'une partie du corps de l'organe ; il était sain ; je conseillai des demi-bains émollients, l'usage de cataplasmes vaginaux la nuit, et je pratiquai une saignée. Les accidents continuèrent ; je touchai une seconde fois, et je remarquai que la paroi postérieure du vagin était inégale. Je crus que ces bosselures étaient dues à des fèces contenues dans le rectum, et je me promis de faire prendre un lavement évacuatif la première fois que j'explorerais ces parties. J'avertis d'ailleurs la malade que la persistance de ces accidents me forçait à demander une consultation : elle s'y refusa, ne voulant pas que son mari put soupçonner une maladie de l'utérus ; elle craignait de l'éloigner d'elle, et réclama de moi le secret le plus absolu.

Une blessure que se fit le mari, et qui le retint deux mois à la chambre, m'empêcha, bien que je vinsse visiter le malade chaque jour, de me livrer à une exploration nouvelle. J'observais cependant une altération croissante des traits chez cette dame ; et lorsqu'elle pouvait me joindre à la dérobée, elle m'apprenait que l'écoulement jaunâtre était de plus en plus abondant.

Un jour enfin j'introduisis le spéculum ; mais mon étonnement fut extrême de ne trouver d'ailleurs ni utérus, ni col, quelque direction que j'imprimasse à l'instrument. Son introduction avait été facile, peu douloureuse, mais le sang coulait abondamment. Je retirai vivement le spéculum, et mon doigt introduit rencontra à la paroi postérieure du vagin une tumeur bosselée, fongueuse, saignante, longue de douze centimètres sur cinq ou six de largeur. Je déclarai alors que je voulais consulter, non pas un, mais plusieurs confrères. Je communiquai cette triste nouvelle au mari, et il fut fait choix de quatre célébrités, dont nous recueillerions les avis séparément.

Je dirai pour abréger, que tous quatre sans exception jugèrent que la tumeur implantée dans la paroi postérieure du vagin était de nature cancéreuse, qu'il fallait se hâter de l'enlever lorsque le rectum était encore intact ; trois se prononcèrent pour le caustique ; un des quatre se prononça pour l'instrument tranchant ; mais la malade repoussa ce moyen. Un cinquième confrère fut demandé pour la consultation qui eut lieu le lendemain.

On ne se dissimula pas le peu de chances que présentait l'opération, et la probabilité d'une récidive ; mais le mal allait devenir promptement mortel ; la malade était jeune, bien constituée, on ne put se résoudre à la laisser mourir, et comme la science en parlant de la récidive du cancer après l'ablation dit presque *toujours*, mais non pas *jamais*, on se détermina à l'opérer : *Melius anceps quam nullum.*

On préféra le caustique à l'instrument tranchant, parce que la tumeur, profondément placée, ne pouvait être facilement amenée en dehors, qu'elle était si saignante qu'on n'aurait pu savoir si on n'intéressait pas des parties importantes à ménager, la cloison recto-vaginale, par exemple. Le confrère qui s'était prononcé pour l'adoption de l'instrument tranchant avait déclaré, devant la malade même, qu'on serait obligé de sacrifier une portion du vagin. Pour protéger cette cloison contre l'action du caustique, on fit fabriquer par M Charrière deux baguettes plates dont les branches, s'ajustant comme celles du forceps, recevaient la tumeur dans l'écartement des lames ; une vis placée en devant permettait à l'instrument d'embrasser le fongus en arrière ; on pouvait ainsi opérer en toute sécurité sur un terrain solide, c'est du moins le but qu'on s'était proposé en inventant l'instrument.

Pendant l'opération, un aide retenait la tumeur enclavée dans cet instrument ; un second aide maintenait une valve de spéculum destinée à préserver la paroi antérieure du vagin, et le chirurgien, à qui était confiée la direction de l'opération, cautérisait avec le caustique de Vienne : les douleurs furent peu vives, et cédèrent à des injections et des demi-bains.

Deux fois on cautérisa ainsi ; mais la tumeur étant devenue, sous l'impression du caustique, plus résistante et moins saignante, on fit la résection d'une grande partie au moyen du bistouri courbe et boutonné de Pott.

Depuis, on a jugé à propos de se servir du caustique liquide, l'écoulement a diminué ; on peut introduire le doigt ou un instrument sans faire venir le sang. C'est bien pour le présent ; mais que nous réserve l'avenir ?

Je crois devoir revenir sur une particularité assez curieuse ; ni mes confrères ni moi nous n'avions rencontré l'utérus, ni pu toucher son col. A la consultation générale, un des docteurs qui la composaient émit cette opinion qu'il était probable que depuis la dernière couche, qui remontait à huit ou neuf ans, l'utérus était resté soudé à l'os des iles. J'eus beau réclamer et dire que j'avais vu et touché, tel est l'empire que donnent le talent et une grande réputation, tous les confrères prirent parti contre moi, sans me convaincre cependant, car je répétais : *E però giva !*

Depuis que la tumeur a été détruite, l'utérus est descendu des hauteurs où il se tenait caché, et le doigt le rencontre maintenant avec la plus grande facilité.

MM. Tanchou et *Guersant* blâment l'instrument ; ils pensent qu'il ne peut suffire à protéger la muqueuse contre l'action du caustique ; qu'en devant ou en arrière, il laisse trop d'écartement ; que par son volume il rend les manœuvres plus difficiles. Ils sont aussi d'avis que l'opération n'offre aucune chance de succès ; qu'il fallait plutôt laisser périr la malade que la faire souffrir, et accroître par ces déplorables tentatives l'activité du mal qui la dévore.

M. Charles Masson répond qu'il ne prétend pas justifier la nécessité de l'instrument. On sait assez, dit-il, que je ne suis pas partisan de ces sortes de moyens. Je préfère un peu d'habileté, mais ici elle n'a point manqué ; et que ce soit par l'instrument ou malgré lui, l'opération a été conduite avec dextérité. Quant aux résultats qu'on en doit attendre, je partage les craintes de mes honorables confrères ; mais je pense qu'en y songeant mieux ils eussent agi comme on a fait. Que craint-on dans ce cas ? De faire souffrir ? Mais la malade n'a point témoigné de douleur. D'activer le mal ? Mais qu'on songe avec quelle rapidité il avait surgi ; la mort serait probablement déjà venue. Il est des cancers qui ne demandent peut-être aucune opération, auxquels peut-être l'opération communique une excitation funeste, c'est lorsqu'à l'état de squirrhe ils restent indolents, plongés au milieu de nos tissus. Mais ici, quelles différences !

— *M. Guillon* raconte qu'il a traité de l'hydrocèle, par le moyen qu'il a déja indiqué, un malade qui lui a été envoyé par M. Piron et le baron Michel. Cette hydrocèle offrait deux cavités qui ont été traversées par une sonde de gomme élastique roulée en spirale. Cette hydrocèle n'avait pu être guérie par une injection contenant de la teinture d'iode. L'inflammation qui survient ordinairement après sept ou huit heures, ne s'est développée qu'après soixante-cinq heures ; et c'est en quoi ce mode d'opérer me semble bon, ajoute-t-il, c'est qu'on peut laisser la sonde indéfiniment jusqu'à ce que l'inflammation surgisse. Aujourd'hui le scrotum s'est tuméfié, le malade va à merveille ; il a été obligé d'entrer, pour achever la cure, à l'hôpital du Gros-Caillou, par ce qu'étant militaire, la prolongation de son congé était expirée.

Je dirai aussi un mot sur un cas de spermatémie ou mélange de sperme et de sang survenu en récidive sur un malade traité par moi, il y a cinq ans, de trois rétrécissements du canal de l'urètre. Cette affection a cédé à des cataplasmes émollients injectés dans le rectum.

M. Duperthuis ne conçoit pas l'avantage d'introduire une sonde dans la cavité vaginale, puisqu'en y injectant du vin on provoque une inflammation suffisante.

M. Léger fait remarquer que le liquide injecté touche tous les points de la tunique vaginale, tandis que la sonde n'est en contact qu'avec quelques-uns, et il ajoute qu'on devrait être circonspect et ne pas inventer de nouveaux moyens quand les anciens sont éprouvés.

M. Tanchou rappelle que Larrey introduisait une canule.

M. Guersant. Les opérations d'hydrocèles réussissent en général bien. Pourquoi recourir à des méthodes nouvelles ? Je crois que la méthode conseillée par Larrey et celle de M. Baudens sont inférieures au moyen de M. Guillon, mais je ne le prendrais que comme exceptionnel.

M. Guillon. Si, ce que je n'ai jamais vu, la présence de la sonde ne suffisait pas pour provoquer la tunique vaginale, on pourrait y faire pénétrer de l'air chargé d'une vapeur irritante, d'alcool, par exemple.

Le secrétaire annuel, Charles Masson.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Thérapeutique appropriée aux diverses périodes de la phthisie pulmonaire.

1° Au début, s'il n'y a ni fièvre, ni symptômes de phlegmasie notable du poumon : cautères volants sous les clavicules, renouvelés de temps en temps, — sirop de goudron sulfureux, — pilules de Morton, — huile de foie de morue, — alimentation généreuse, — exercice à cheval, — exercice de la chasse.

Si, au contraire, il y a fièvre avec bronchite, etc. : émétique ou ipécacuanha à petites doses et à plusieurs reprises.

Que si, comme cela est assez commun, il y a un peu de gastrite indiquée par des vomissements, de l'épigastralgie, la rougeur de la langue et la constipation, on donnera avec avantage un looch blanc, additionné de trente grammes d'huile de ricin, pris à doses réfractées, pendant quelque temps, de manière à produire une sorte de dévoiement modéré et continu. Les accidents calmés, on prescrira le bouillon de mou de veau coupé avec le lait d'ânesse, — la gelée de lichen d'Islande; et si on a le bonheur d'obtenir un amendement, on l'affermira par l'administration du mélange suivant :

Pr. Sirop de cachou,	60	grammes.
Sirop de Tolu,	60	id.
Extrait mou de quinquin,	1	id.

M. et F. dissoudre S. A.

On en donnera trois cuillerées à bouche par jour.

C'est alors le cas aussi d'administrer l'eau de goudron ou les eaux-Bonnes naturelles, blanchies avec un tiers ou un quart de lait.

2° Si les accidents reparaissent, le deuxième degré de la maladie se développera promptement ; alors on trouvera quelques ressources palliatives dans les moyens suivants :

Eau distillée de laurier-cerise, à la dose d'un, de deux, de trois et de quatre grammes successivement, dans les vingt-quatre heures ; — l'extrait de belladone, uni a la digitale ; — celui d'opium combiné au baume de Tolu ; — l'emplâtre de poix de Bourgogne stibié, ou plutôt saupoudré de chlorhydrate d'ammoniaque ; une alimentation analeptique, mais non stimulante, malgré la fièvre et le dévoiement, si, comme cela est commun, le malade conserve de l'appétit et ses facultés digestives.

3° Ces moyens peuvent retarder de beaucoup la formation du troisième degré, et procurer au malade des intervalles de mieux supportables.

Ce dernier degré survenu, on a recours, avec quelque utilité, aux agents thérapeutiques qui peuvent lutter contre les accès de suffocation et la fonte colliquative. — C'est le moment de potions diffusibles contre les accès de la dyspnée ; — des ventouses sèches aux lombes et sur le plat des cuisses ; — des pédiluves et des manuluves sinapisés ; — des sirops excitants toniques, comme celui de quinquina, de calebasse, d'écorce d'orange, auxquels on ajoute un peu de sirop d'éther ; — des laits de poule au café ou à l'anisette ; — des gelées de viande, etc., etc. (*Journal de médecine.*)

Sur la nature et le traitement de l'hydropisie, et en particulier de l'hydrothorax et de l'anasarque ; par M. le docteur O'Beirn.

M. O'Beirn a entrepris sur l'hydropisie un long travail qui peut être résumé dans les propositions suivantes :

1° Tous les phénomènes morbides de cette affection sont les résultats d'un obstacle au cours du sang veineux, et cet obstacle reconnaît toujours pour cause ou une diminution de capacité des poumons, ou un accroissement de la masse du sang veineux en circulation, ou enfin la réunion de ces deux causes ;

2° La maladie n'est pas de nature phlegmasique ;

3° Pendant toute sa durée, à l'exception du moment de l'invasion, elle détermine une débilitation plus ou moins générale.

Quant à la thérapeutique qu'elle réclame ; il est d'abord nécessaire de diminuer la quantité de sang veineux en circulation, à quoi l'on arrive par le moyen de la phlébotomie. Mais, néanmoins, la saignée doit être peu abondante, de deux cent cinquante à trois cent grammes, par exemple. On doit, d'ailleurs, y recourir lorsque l'absorption et la sécrétion de l'urine ne se font qu'avec lenteur, et il est bien rare qu'on soit obligé d'y revenir plus de trois ou quatre fois pendant toute la durée d'un traitement ; encore est-il nécessaire de laisser une distance de deux, de trois, ou même de quatre jours entre elles, afin de ne point occasionner trop d'affaiblissement au malade ; c'est aussi pour ce dernier motif qu'il convient de diminuer à chacune d'elles la quantité du sang que l'on retire, en passant, par exemple, de trois cents à deux cents, et de deux cents à cent vingt-cinq grammes ; cette dernière est la moindre que l'on puisse faire prendre avec avantage.

Si l'on a affaire à un sujet vieux ou déjà affaibli, et chez lequel la maladie ait déjà fait des progrès, il faut pratiquer la saignée par une petite ouverture, et en le plaçant autant que possible dans une position inclinée. Pendant l'écoulement du sang on lui administre un mélange d'eau et de genièvre en quantité suffisante pour soutenir ses forces, et, après la saignée, on lui fait prendre fréquemment de bons bouillons, et ceux des aliments très substantiels qu'il appète le plus.

La seconde indication consiste évidemment à soutenir les sujets par le moyen d'une diète analeptique et par l'emploi du mélange d'eau et de genièvre, afin de les mettre en état de supporter non-seulement ces saignées réitérées, mais encore l'influence affaiblissante de la maladie.

Les autres indications sont : 1° d'évacuer le tube intestinal ; s'il existe de la constipation, il convient d'avoir recours à la poudre de jalap composée ; il vaut mieux, au contraire, dans les cas où il y a de la diarrhée, faire usage du calomélas et des *blue pills* (mercure éteint par trituration avec la conserve de roses et la poudre de réglisse) ; 2° d'exciter l'action des reins par l'administration des diurétiques ; 3° de donner les *blue pills* associées à des poudres diurétiques, si l'affection a eu pour point de départ une hépatisation du poumon ; 4° de soumettre les sujets à un traitement mercuriel très léger, si après le traitement de l'hydropisie il reste encore un peu d'hépatisation ; 5° enfin, lorsque tous les accidents ont cédé, lorsque tous les phénomènes morbides ont disparu, de prescrire un bon régime, l'usage des toniques, et, s'il y a possibilité, le changement d'air.

(*Dublin Journal of medical sciences.*)

Pommade contre les gerçures du sein ; par M. le docteur Bertet, de Cercoux.

Tous les praticiens savent que, dans les cas de gerçures du mamelon, il suffit le plus souvent de recourir aux solutions émollientes miellées, à quelques cataplasmes de riz, et au repos de l'organe pendant vingt-quatre ou trente-six heures, pour obtenir un soulagement marqué et parfois même une cicatrisation complète.

Néanmoins, comme il est des circonstances où ces moyens simples restent impuissants et où l'intensité des douleurs qui accompagnent l'allaitement devient tellement insupportable que les malades se trouvent dans l'obligation absolue de continuer à donner le sein à leurs nourrissons, il ne peut être qu'avantageux de faire connaître une médication qui possède une efficacité réelle dans les cas de genre ; elle consiste dans l'emploi de la pommade ci-après :

Pr. Axonge purifiée,	30	grammes.
Oxyde de zinc,	2	id.
Laudanum de Sydenham,	1	id.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

On se sert de cette pommade en onctions sur le mamelon et son aréole, et on répète les onctions trois fois par jour.

Cette pommade, à la fois astringente et calmante, agit avec une efficacité si grande que, généralement, dès la première application, elle fait disparaître les douleurs résultant de l'existence des gerçures, et que bientôt ensuite on voit l'engorgement se dissiper.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Efficacité de l'occlusion complète des yeux dans le traitement de la kératro-conjonctivite scrofuleuse ; par M. le docteur Chaumet, de Bordeaux.

M. Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine préparatoire de Bordeaux, considère l'occlusion complète des yeux dans le traitement de la kératro-conjonctivite scrofuleuse comme un moyen de la plus haute importance, et sans l'emploi duquel les autres moyens, même les mieux appropriés, restent le plus souvent impuissants contre les taches cornéales et contre la photophobie qui accompagnent cette affection.

Il fait pratiquer cette occlusion de la manière suivante : après avoir recouvert l'œil fermé d'un emplâtre de diachylon, on comble la cavité orbitaire de pelottes de charpie qui exercent une légère compression sur l'organe ; une compresse triangulaire et un monocle servent à assujétir le tout.

Parmi les bons effets que ce chirurgien attribue à l'occlusion des yeux faite de la manière indiquée, il signale particulièrement ceux qui suivent :

1° L'emplâtre qui retient les paupières fermées empêche leur clignotement continuel, et par suite diminue l'irritation produite par le frottement de la conjonctive oculaire et de la conjonctive palpébrale ;

2° L'air, n'arrivant pas au contact immédiat avec le globe oculaire, ne surexcite pas la glande lacrymale, et par suite l'âcreté du fluide sécrété se trouve diminuée ;

3° Enfin, les rayons lumineux ne peuvent plus impressionner la rétine, et c'est là l'effet principal et le plus important.

Après quelques jours d'occlusion, pendant lesquels, comme on le pense bien, on a soin de remplir toutes les autres indications qui se présentent, les sujets éprouvent en général une amélioration telle, qu'ils cessent de souffrir et qu'ils peuvent supporter sans douleurs l'action de la lumière. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Nous lisons dans le journal *la Réforme*, en date du 16 courant, et tiré du *Courrier du Haut-Rhin*, le fait suivant, que nous nous abstenons de qualifier.

» Une petite fille de sept ans vient de mourir hydrophobe à Kaysersberg. Cette malheureuse enfant avait été mordue trois semaines avant par un chien enragé. Peu après elle fut saisie d'accès de rage épouvantables, déchirant, brisant tout ce qui se trouvait sous ses mains ; grimpant sur les meubles et le long des murs. *Il fallut abréger une existence* aussi misérable et sans remède. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 60. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 22 MAI 1844.

SUR LA RÉPONSE DE M. ORFILA. (Suite et fin.)

Nous avions dit que l'enseignement libre n'avait reçu de la part de M. Orfila que de médiocres encouragements. Il nous répond qu'alors que la législation actuelle ne permet qu'aux agrégés d'enseigner, il a ouvert les portes des amphithéâtres de l'Ecole pratique à tous les docteurs, et même à certains élèves qui voulaient faire des cours. Cela est vrai, les portes de ces amphithéâtres sont assez librement ouvertes; les cours théoriques et dogmatiques peuvent s'y faire assez librement, mais en est-il de même des cours les plus utiles de tous les cours particuliers, des cours d'anatomie? N'y a-t-il pas eu récemment de vives protestations de la part des démonstrateurs particuliers contre les restrictions que la Faculté a apportées à cet enseignement? Nous ignorons, il est vrai, si la mesure dont on s'est plaint doit être entièrement imputée à M. Orfila, mais il n'en est pas moins, devant la critique, le chef responsable de la Faculté, et c'est avec sa signature et d'après ses ordres immédiats que les professeurs particuliers d'anatomie ont été dépouillés d'une partie des sujets nécessaires à leur enseignement.

Quant à l'enseignement de la clinique générale, il a favorisé, dit-il, l'ouverture des cours de MM. Falret, Baillarger et Huguier. Il a fait là une très bonne chose, dont nous le félicitons. Mais, en sa qualité de membre du Conseil des hôpitaux, c'est à lui que revenait de droit l'honneur de dissiper cette répugnance dont il parle de la part de ses collègues pour l'enseignement particulier de la clinique. Par ses protestations incessantes, il aurait dû leur faire comprendre qu'il est souverainement absurde que l'enseignement d'un Lisfranc ne soit que toléré, que les Magendie, les Louis, les Rayer et tant d'autres aient besoin d'une permission spéciale pour ouvrir des cours de clinique, et que c'est envisager sous un faux point de vue sa position que de restreindre l'enseignement d'une science destinée à soulager les souffrances des hommes.

M. Orfila s'est trompé en croyant que nos reproches sur l'influence qu'il a exercée dans le Conseil des hôpitaux relativement à l'introduction de quelques ambitions excentriques dans les services nosocomiaux, étaient faits en vue de deux spécialités, les maladies des voies urinaires et l'orthopédie. Sans qu'il eût besoin de nous le rappeler, nous savions que le service de lithotritie avait été institué avant sa nomination au Conseil, et qu'ainsi, selon le point de vue sous lequel on envisage la chose, ni blâme ni éloge ne peut lui revenir.

Notre point de vue, à cet égard, est fort net. La spécialité, en général, ne nous inspire pas cette vive et profonde répugnance manifestée par quelques hommes dont nous respectons les convictions parce que nous les croyons sincères et désintéressées. Nous ne pouvons croire que la science et l'art soient en péril parce que l'Administration des hôpitaux confiera quelques maladies spéciales à des hommes spéciaux. Ce n'est pas sur ce point que porte notre critique, comme M. Orfila a voulu le laisser croire. Mais ce que nous critiquons avec toute raison, c'est le privilége énorme et injuste accordé jusqu'ici à la spécialité de pouvoir entrer dans les hôpitaux sans preuves, sans garanties, en un mot sans concours. Vous voulez que l'orthopédie ait un service public dans les hôpitaux? Peut-être le voudrions-nous comme vous, s'il nous était bien démontré que l'orthopédie peut rendre des services. Mais ce que nous voulons surtout, c'est que ce ne soit pas tel ou tel orthopédiste qui jouisse seul de cet insigne honneur; nous voulons que tous les hommes qui s'occupent de cette branche de l'art soient appelés à donner leurs preuves, à faire assaut de talent et de science, nous voulons enfin, que la nomination soit une justice et non pas une faveur.

Ce que nous disons là de l'orthopédie, nous l'appliquons indistinctement à une spécialité quelconque; et c'est d'après ces principes que nous allons répondre à ce que dit M. Orfila de l'appui qu'il a prêté et qu'il prête encore à M. J. Guérin. Remarquons avant tout que ce n'est pas nous qui avons cherché cette discusssion. Nous nous étions tenu dans des termes de généralités dont M. Orfila a trouvé bon de nous faire descendre. Qu'on se rassure cependant; ce que nous avons à dire à cet égard ne sera, pour M. Guérin, ni plus offensant, ni plus injurieux que ce que nous avons dit pour M. Orfila; car nous ne sommes, quoi qu'ils en disent, l'ennemi ni de l'un, ni de l'autre.

Voici ce que M. Orfila dit sur ce sujet : « Quant au service de M. Guérin, fondé en 1839, je reconnais que » c'est sur ma proposition et avec mon appui qu'il a été créé. »

L'aveu est donc formel, et nous avons eu toute raison de dire que M. Orfila « s'est fait le patron de quelques ambitions » excentriques, et a favorisé de tout son pouvoir leur intro- » duction clandestine et furtive dans des services d'hôpital. » Veut-il que nous légitimions ces expressions? Notre exposé de principes rend la chose plus facile. Ambitions excentriques, cela veut dire ambitions qui ne suivent pas le grand chemin par où on arrive dans les hôpitaux; ambitions qui trouvent plus commode d'être patronées et protégées par un ami puissant, que d'affronter les labeurs et les périls d'une lutte publique. Introduction clandestine et furtive, cela signifie que ce n'est pas au concours qu'on demande une admission patente, loyale, disputée par des concurrents légitimes et devant des juges compétents, mais à la prévention plus ou moins éclairée d'administrateurs bien intentionnés sans doute, mais incapables d'une appréciation sérieuse.

M. Orfila justifie cette mesure par les règles qu'il a trouvées établies à son arrivée au Conseil. Ces règles, les voici : « Le » Conseil doit protection à tous les genres de souffrances. Son » devoir est de secourir tous les malades, et s'il arrive qu'une » spécialité importante, pratiquée avec succès par des hommes » qui lui sont étrangers, ne soit pas faite par ses chefs de ser- » vice, elle confie à ces étrangers le soin de traiter cette spécia- » lité. » Ne disputons pas sur la parfaite régularité de ces règles, admettons le principe comme bon et utile; mais M. Guérin n'était pas dans le monde le seul orthopédiste en crédit; il avait, tout le monde le sait, des émules et des rivaux; qui a dit à M. Orfila que seul M. Guérin était capable de soulager et de secourir les malades de l'administration? qui lui a dit que dans un concours public, un compétiteur plus habile n'eût pas fait pencher la balance en sa faveur? L'administration, dit-on, doit protection à toutes les souffrances; raison puissante pour s'entourer de toutes les garanties désirables, afin d'arriver à un choix convenable et éclairé. Ce que nous reprochons à M. Orfila, ce n'est pas d'avoir introduit M. Guérin dans les hôpitaux, mais de l'y avoir introduit sans concours. Ce que nous disons pour lui, nous le dirions pour tout autre; car ce sera toujours pour nous une faute, une imprudence et une injustice de se départir envers qui que ce soit des obligations imposées aux autres médecins et chirurgiens.

M. Orfila peut-il nier qu'il ait à cet égard commis une faute et une imprudence? Qu'il voie donc ce qui se passe, tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux protestant contre d'injustes préférences, ses collègues à la Faculté prenant parti contre son protégé, le public médical en masse se rangeant du côté du bon droit; est-ce aux *clameurs* de la presse, comme il le dit avec plus d'amertume que de justice, que l'on doit ce résultat? Non, mais au bon sens public et à une saine et commune interprétation de faits palpables, évidents. Dans cette question de l'orthopédie, M. Orfila a été fatalement conduit à une position exceptionnelle et sans exemple, à un isolement complet et absolu; le chef de l'Ecole soutient les intérêts d'un seul contre les intérêts de tous. Et cela, est-ce en faveur d'une méthode dont l'efficacité soit irréfragable et parfaitement prouvée? Ecoutons-le lui-même : « Je continuerai » à étudier avant de juger... Il s'agit ici de résoudre un pro- » blème médico-chirurgical d'une haute importance.... » Il avoue donc que le problème n'est pas résolu, et cependant n'agit-il pas comme si tout motif de doute et d'incertitude n'existait pas dans son esprit? « Loin de retirer mon appui, » ajoute-t-il, à l'homme laborieux et éclairé qui me met à

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Études sur la mortalité dans les bagnes et dans les maisons centrales de force et de correction depuis 1822 *jusqu'en* 1837 *inclusivement;* faites par ordre de M. le comte Duchâtel, ministre de l'intérieur, d'après les documents officiels fournis par les ministres de l'intérieur et de la marine; par M. Raoul CHASSINAT, D.-M. — Un vol. in-4°; chez P. Dupont.

Ce travail sur la mortalité des forçats des bagnes et des détenus des deux sexes dans les maisons centrales, de force et de correction, emprunte un haut degré d'intérêt des circonstances présentes et de la discussion du projet de loi sur le système pénitentiaire. C'est ce qui nous engage à en présenter un résumé succinct mais complet.

La mortalité moyenne pour an de captivité a été de 0,0407 pour les forçats, de 0,0555 pour les hommes détenus dans les maisons centrales, et de 0,0395 pour les femmes; en tenant compte de l'âge moyen, la mortalité s'est trouvée, dans le rapport de 131 à 179, à 120 pour les trois catégories de condamnés.

La population libre de même âge moyen que ces trois catégories d'individus a présenté pour un an les rapports de mortalité suivants : 1,06 et 1,10 pour 100. D'où il résulte que les chances de mort annuelles étant égales à 1 dans la vie en liberté, elles sont égales à 3,84 pour les forçats dans les bagnes, à 5,09 pour les hommes, et à 3,59 pour les femmes dans les maisons centrales.

Considérée d'une manière absolue, la mortalité croît en général avec l'âge d'une manière sensible, mais plus ou moins régulière, soit dans les bagnes, soit dans les maisons centrales. Mais eu égard aux chances de mort que, comparativement à ce qui arrive dans la vie, en liberté, chaque classe d'âge rencontre dans l'état de captivité, les forçats et les détenus offrent entre eux des différences. Dans les bagnes, les chances de mort les plus grandes existent pour la période de trente à quarante ans. Dans les maisons centrales, elles se montrent à leur plus haut degré à l'époque de la puberté, dans les deux sexes. D'un autre côté, la vieillesse confirmée se trouve moins bien du régime des bagnes que de celui des maisons centrales, quoiqu'il en soit autrement pour toutes les autres classes d'âge.

Pour toutes les classes d'âge sans exception, dans les bagnes, la mortalité est plus considérable pendant la première année qu'à toute autre époque de la captivité. Il n'en est point ainsi dans les maisons centrales. Dans ces établissements (en exceptant les vieillards des deux sexes qui succombent en plus grand nombre la première année), le maximum de la mortalité apparaît à une époque plus ou moins éloignée du moment de l'entrée; en général, pendant la seconde et la troisième année du séjour pour les hommes, et pendant la troisième et la septième pour les femmes.

La durée de la peine infligée ne semble pas avoir d'influence sur la moyenne annuelle des décès parmi les forçats des bagnes pris en masse; il paraît en être de même dans les maisons centrales pour les détenus des deux sexes, étudiés également en général.

La perspective d'une peine plus ou moins longue, même d'une peine perpétuelle à subir, ne semblerait pas avoir sur le moral des condamnés du sexe masculin une influence notable, qui réagit sur leur organisation physique et, par suite, sur la durée de leur vie au point d'augmenter le chiffre des décès de la première année de la captivité; à cet égard, les forçats et les détenus n'offrent point de différence sensible. Mais cette influence semble exister pour les femmes, les condamnées à plus de dix ans et à perpétuité ayant, durant la première année de leur séjour en prison, une mortalité plus considérable que celle des autres classes de peines.

La mortalité n'est pas la même dans les différents bagnes : Calculée en tenant compte de l'âge moyen et de la durée moyenne de la captivité, elle est dans le rapport de 100 à 136, et à 167 pour Brest, Toulon et Rochefort.

La même différence s'observe, et à un degré plus marqué encore, dans les maisons centrales de force et de correction. Les rapports, pour les maisons d'hommes, oscillent entre les nombres 109 et 112 fournis par Poissy et Melun, et les nombres 246 et 284 fournis par Gaillon et Eysses; pour les maisons de femmes, entre les expressions de 84 et 90 données par Loos et Fontevrault, et celles de 158 et de 193 données par Rennes et Limoges.

La mortalité, calculée pour chaque année de captivité, conserve, à peu de chose près, les mêmes rapports dans chaque établissement en particulier, bagne ou maison centrale, qu'elle présente pour tous les condamnés pris en masse; en exceptant toutefois la maison centrale de Limoges, dans laquelle, par une anomalie assez singulière, le maximum de la mortalité apparaît dès la première année de la captivité.

Il résulte des études faites sur la mortalité des condamnés à deux époques différentes, pendant une période de dix ans, de 1822 à 1831, d'une part, et de l'autre pendant une période de six ans, de 1831 à 1837, que parmi les forçats des bagnes, la mortalité aurait diminué dans la deuxième période, et cela dans le rapport de 137 à 150.

Dans les maisons centrales prises en masse, une diminution assez sensible existerait aussi pour les femmes, durant la seconde période, et cela dans le rapport de 106 à 133.

Pour les détenus du sexe masculin, au contraire, une certaine augmentation dans ce chiffre de décès se ferait sentir dans la dernière période, et cela dans le rapport de 198 à 180.

Si l'on étudie chaque maison centrale séparément, on observe, pour l'un comme pour l'autre sexe, tantôt une augmentaton, tantôt une diminution dans la mortalité de la seconde période, comparativement à ce qui avait eu lieu dans la première.

La rapidité de la mort n'est pas plus grande à une époque qu'à une autre, soit dans les bagnes, soit dans les maisons centrales, pour les deux sexes.

La mortalité parmi les forçats récidivistes est moins considérable que parmi les non récidivistes, en tenant compte de l'âge moyen et de la durée moyenne de la captivité, et cela dans le rapport de 77 à 133. Un résultat analogue, mais beaucoup moins prononcé, existe pour les condamnés récidivistes des deux sexes détenus dans les maisons centrales : la mortalité des condamnés du sexe masculin récidivistes est à celle des non-récidivistes, dans le rapport de 176 à 206; la différence est plus marquée chez les femmes, le rapport étant comme 87 à 115.

La même différence existe relativement à la rapidité de la mort parmi les forçats : les non-récidivistes présentent le maximum des décès dans la première année de la captivité, et les récidivistes dans la quatorzième année seulement. Dans les maisons centrales, la mort semblerait aussi être un peu plus rapide pour les condamnés du sexe masculin non-récidivistes que pour les récidivistes. Parmi les femmes, les deux ordres de condamnés ne présentent, à cet égard, aucune différence.

L'influence exercée sur la moyenne annuelle des décès par une plus longue captivité, semblerait être nulle pour l'un comme pour l'autre ordre de condamnés du sexe masculin, soit dans les bagnes, soit dans les maisons centrales. Cette influence existerait, au contraire, pour les femmes non-récidivistes, à un plus haut degré que pour les récidivistes.

Quant à l'action exercée sur la mortalité de la première année par la perspective d'une longue peine à subir, nulle chez les forçats récidivistes et chez les non-récidivistes condamnés aux travaux forcés à temps; elle est très marquée parmi les condamnés à perpétuité pour un premier crime. Dans les maisons centrales, cette influence est nulle sur les deux ordres de condamnés, pour le sexe masculin, dans la limite des observations qui ne portent que sur des condamnés à cinq ans au plus. Parmi les femmes, au contraire, cette influence est très marquée sur les non-récidivistes, tandis qu'elle est insensible pour les récidivistes.

La mortalité, parmi les forçats non récidivistes, calculée en tenant compte de la nature du crime, présente des différences notables pour chaque ordre de condamnés. Les assassins succombent en moins grand nombre que les voleurs et ceux-ci en moins grand nombre que les cou-

» même de le résoudre, je lui sais gré des efforts qu'il fait » pour mettre la vérité dans tout son jour. » Quelle vérité? La vérité de M. Guérin, c'est l'efficacité de sa méthode; la vérité de ses adversaires, c'est son inefficacité. En vous rangeant du côté de M. Guérin, vous adoptez donc sa vérité à lui, et alors que parlez-vous de problème à résoudre et d'études à faire?

Reconnaissons-le franchement; dans tout ceci M. Orfila n'a été guidé que par ses sympathies. Nous n'accusons ni ses intentions, ni la bonne-foi de ses préférences; mais le droit nous reste entier de les taxer d'erreurs et de fautes.

Au reproche d'avoir dénaturé l'institution du concours en faisant prévaloir ses affections souvent au détriment de la justice, d'avoir *doté la Faculté d'un enseignement hétérogène et antagoniste sous lequel elle dépérit et succombe*, d'avoir imprimé une tendance générale et presque exclusive aux études médicales vers les sciences physico-chimiques; voilà l'unique réponse de M. Orfila: « En lisant ces lignes, auxquelles *je rougirais* de répondre sérieusement, mes vingt-cinq collègues se seront écriés: « Il n'y a au monde qu'un homme qui ne sache pas que tout cela est faux, c'est l'auteur de pareilles imputations. » Assurément ce n'est pas aux vingt-cinq collègues de M. Orfila que nous nous adressons pour former notre opinion sur la valeur de leur enseignement, la bonhomie de personne au monde ne peut aller jusque-là, et nous laissons à M. le doyen toute la force et l'intégrité de cet argument sans réplique.

Finissons cette pénible argumentation; il y a dans notre cœur si peu d'irritabilité, si peu de passion haineuse, que nous avons été sur le point de laisser passer en silence l'in-quarto et les huit démentis de M. Orfila. Cela nous paraissait véritablement n'avoir pas une portée suffisante pour nécessiter une réponse, et réveiller de tristes souvenirs. Autour de cet homme que l'on disait vacillant, surgissaient déjà de si singulières ambitions, les amitiés de quelques-uns des vingt-cinq collègues étaient devenues si transparentes, que nous trouvions peu généreux de combattre avec ses propres armes un adversaire moins habitué que nous à ce genre de luttes, et auquel ses adhérents les plus proches semblaient vouloir faire défaut. Mais les interprétations n'auraient pas manqué à cette équitable retraite, et l'on n'aurait peut-être pas excusé chez nous ce qu'on aurait regardé comme une preuve de complaisance ou de dédain. Voilà en partie pourquoi nous avons répondu. Au moins nous rendra-t-on cette justice, que nous n'avons pas cherché dans l'âcreté de la forme un excipient à l'amertume du fond, et que la vérité toujours un peu rude ne nous a inspiré ni pensée injurieuse, ni langage outrageant.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Fistule à l'anus. Considérations pratiques.

A propos des fistules à l'anus, M. Roux fait quelques remarques cliniques d'un intérêt tout pratique.

Toutes les fistules à l'anus, dit-il, ne sont pas des fistules à l'anus proprement dites. Cette proposition a un peu l'air d'un paradoxe, mais est pourtant vraie. Un certain nombre de ces fistules peuvent s'établir dans les points qui environnent l'anus, ayant des caractères tout autres que ceux des véritables fistules à l'anus. Strictement parlant, on ne doit appeler de ce nom que les fistules qui paraissent dans un des points environnant l'orifice anal, causées et entretenues par un clapier ou abcès qui se développe dans le tissu cellulaire qui environne l'intestin rectum, sans qu'aucune lésion de cet intestin ou de toute autre partie ou organe plus ou moins éloigné, y contribue d'aucune manière. Voilà la définition qu'on doit donner, à mon avis, de cette affection locale, quand on veut en présenter une notion précise. D'après cela, il sera facile de la distinguer d'une foule d'autres affections fistuleuses qui se présentent souvent dans la même région, et qui, du reste, revêtent des caractères bien différents pour le chirurgien expérimenté.

Ainsi, par exemple, les fistules produites par ces abcès urineux communiquant avec la vessie ou l'urètre, et qui s'ouvrent au pourtour de l'anus ou dans le périnée; celles qui succèdent à des abcès symptomatiques d'une lésion organique du rectum ou de quelque partie osseuse du bassin: ce sont là des fistules qu'on ne peut pas confondre avec les véritables fistules à l'anus. Il est bien vrai qu'un certain nombre de ces maladies organiques restent cachées, et ne se révèlent pas toujours par des signes extérieurs; mais quand le mal a fait certains progrès, des abcès multiples se développent ordinairement, et des trajets fistuleux s'établissent à travers l'épaisseur du tissu cutané.

Dans ces cas, si le chirurgien n'est pas sur ses gardes, s'il se méprend sur la cause véritable de ces fistules et se décide à les opérer, non-seulement il fera une opération en pure perte, mais il pourra hâter, de cette manière, les progrès de l'affection principale, et compromettre prochainement la vie des malades. Il ferait preuve, dans ces cas, d'impéritie et d'improbité.

Il est d'autant plus important de bien distinguer les véritables fistules à l'anus des fausses, qu'elles ne sont pas rares, et il n'est pas difficile de les confondre pour peu qu'on les observe d'un œil inattentif.

Quelles différences n'y a-t-il pas entre les fistules à l'anus, selon qu'on les observe chez l'homme et chez la femme? Et quelles indications diverses n'en découle-t-il pas pour le traitement! Il est bon que nous nous y arrêtions un instant, d'autant plus que tous ces détails, d'une si grande utilité pratique, ne se trouvent pas, ou se trouvent bien incomplets dans les livres.

Les fistules à l'anus, chez la femme, peuvent être le résultat d'une déchirure du périnée, comme il arrive souvent dans les accouchements difficiles. Il est aisé de voir combien le traitement, dans ces circonstances, doit être différent de celui des fistules ordinaires. Quelquefois l'orifice externe de la fistule se trouve au milieu du périnée, quelquefois tout près de la commissure postérieure de la vulve. Dans ces cas aussi il faut être bien prudent pour ne pas intéresser des parties importantes sans nécessité, et en même temps il faut prolonger l'incision du trajet fistuleux autant qu'il est nécessaire pour que la fistule guérisse radicalement. Il y a ici des règles toutes particulières à suivre dans le manuel opératoire, qui varient selon les circonstances.

D'autres fois la fistule s'ouvre par l'orifice externe sur un point de la grande lèvre, à droite ou à gauche; et même, dans ces cas, elle peut intéresser, non-seulement l'anus, mais le vagin. Nous avons rencontré plusieurs exemples de ces fistules dans notre pratique, dans lesquels nous fûmes obligés de revenir à des incisions répétées des parties fistuleuses, avant d'obtenir une guérison permanente. Entre autres faits, nous nous rappelons particulièrement celui d'une dame du monde affectée d'une fistule anale et vaginale. Nous nous étions borné d'abord à inciser le trajet fistuleux qui communiquait avec l'anus, espérant que la nature cicatriserait le reste; mais la plaie ne se fermait pas; des clapiers se formèrent du côté du vagin, et nous fûmes obligé de fendre largement les parois de cette autre cavité; alors la plaie marcha rapidement vers une cicatrisation solide.

Ainsi, vous voyez combien d'indications particulières surgissent des fistules à l'anus considérées chez la femme, selon les diverses parties qu'elles intéressent dans leur trajet. Alors même que la fistule à l'anus existe avec tous les caractères propres, qu'il y a dénudation de l'intestin rectum, et qu'apparemment l'opération paraît indiquée, il ne faut pas oublier qu'elle n'est pas toujours une maladie simple et purement locale, mais qu'elle se lie souvent à un état pathologique particulier, dont elle n'est même qu'une conséquence, par exemple, à une affection organique d'une partie osseuse, qui donne lieu à un abcès par compression dans les environs de l'anus. Dans ces cas, la fistule fut bien naturellement précédée de l'abcès qui, décollant plus ou moins l'intestin rectum, finit par s'ouvrir au dehors. Ces abcès, il est vrai, se manifestent rarement dans la région anale, tandis qu'on les voit communément à l'aine, dans le haut de la cuisse, dans les flancs, etc. Toujours est il que quand ils paraissent au pourtour de l'anus ils donnent lieu, le plus souvent, à des fistules bien caractérisées.

Dans ces cas, que faire? Faut-il opérer? Evidemment, non; puisque l'opération ne ferait qu'établir une plaie nouvelle plus ou moins étendue, qui ne se cicatriserait pas, et épuiserait à son tour le malade.

Il y a des fistules qui sont comme des symptômes d'une affection organique du rectum, et auxquelles on ne doit pas toucher non plus. Il n'est pas difficile, il est vrai, de se méprendre sur ces espèces de fistules, et tout chirurgien un peu expérimenté les distinguera facilement des fistules simples ordinaires; pourtant l'erreur a été commise plus d'une fois, et les malades ont été opérés inutilement. Nous avons été appelé deux fois près de malades de cette nature; ils avaient une fistule à l'anus bien caractérisée, dont l'opération avait été jugée nécessaire par d'autres chirurgiens; nous nous étions disposé à agir, lorsque, heureusement, ayant procédé à un examen plus minutieux des parties externes et internes de la région malade, nous reconnûmes l'existence d'une affection organique du rectum, et nous nous abstînmes de toute opération. Du reste, quand il y a cette fâcheuse complication, le praticien habile, presque au premier coup d'œil, et sans exploration des parties internes, mais au seul aspect extérieur de l'anus et de ses environs, est mis sur la voie de la maladie principale. Dans ces circonstances, il y a des fistules multiples, suite d'abcès nombreux qui s'ouvriront à la marge de l'anus; la peau environnante est d'une couleur violacé-livide, et présente une induration particulière; toute la région devient comme empâtée et tuméfiée d'une manière spéciale et extraordinaire. Ce simple examen extérieur suffit très souvent au praticien observateur pour diagnostiquer tout de suite l'existence d'une maladie, qu'il constate ensuite d'une manière certaine par le toucher anal. Que servirait, dans ces cas, l'opération de la fistule?

On rencontre aussi souvent des fistules anales simples sans aucune complication apparente, et dont l'opération peut ne pas être utile, ni indiquée à cause de la coïncidence d'une maladie grave et profonde d'un autre organe; par exemple, à cause de l'existence de tubercules dans les poumons. Cette coïncidence est assez fréquente chez les individus affectés de fistules à l'anus. Ne serait-on pas en droit de supposer qu'ici les fistules sont le résultat de tubercules qui se développent dans le voisinage du rectum? Nous savons que cette terrible maladie est l'effet d'un vice général de l'économie, et les médecins qui s'en sont occupés d'une manière toute spéciale ont rencontré des tubercules dans plusieurs organes à la fois chez le même individu affecté de tubercules pulmonaires. Au reste, c'est là une simple conjecture de notre part, et nous la donnons comme telle. Toujours est-il que, dans ce cas, se présente la grande question toute pratique, à savoir si, quels que soient les inconvénients et les souffrances que la fistule anale peut causer, quel que soit le désir du malade d'en être débarrassé, il y a de l'avantage ou non à l'opérer? Nous ne sommes pas d'avis que la guérison de cette affection locale puisse nuire à l'état général du phthisique, et hâter la marche des tubercules, comme du reste le pensent un grand nombre de praticiens qui considèrent dans ces cas la fistule à l'anus comme une espèce d'exutoire naturel utile à l'affection pulmonaire. Quand la fistule donne une suppuration abondante, et par laquelle les forces de l'organisme semblent s'épuiser, nous voyons au contraire un avantage à détruire cette cause d'épuisement. D'ailleurs, la phthisie est une maladie qui ne tue pas si rapidement que tant d'autres; nous voyons, au contraire, souvent ces malades prolonger leur vie des années entières, et quelquefois même guérir. Pourquoi, alors, voudrions-nous pour ainsi dire prononcer d'avance un arrêt de mort sur ces malheureux, en leur refusant un soulagement qu'ils réclament avec instance, et qui d'ailleurs peut être d'une heureuse influence sur la terminaison de la maladie principale?

Il faut pourtant savoir, à propos de ces fistules, que souvent, à la suite de l'opération, on voit la plaie marcher assez bien et présenter un bon aspect, puis tout à coup on la voit rester stationnaire, et même devenir le siége d'une suppuration abondante que rien ne peut tarir. Nous avons dans nos salles un homme qui est dans cette position. Opéré d'abord il y a trois mois, d'une fistule à l'anus qu'on a jugée simple, on voyait que la plaie ne marchait pas vers la guérison; on a cru à l'existence d'un clapier, et on a fait de nouvelles incisions; malgré cela, la plaie reste immobile et suppure abondamment, sans présenter pourtant aucun décollement. Cet homme, à une certaine époque, paraît avoir offert des symptômes de phthisie; il est très probable que cette maladie constitutionnelle, quoique peut-être en germe, influe sur la marche de la plaie de l'anus.

De tout ceci, nous croyons devoir conclure que, s'il est mieux de ne pas toucher aux fistules anales des phthisiques

---

pables de viol, et cela dans le rapport de 116 à 136, à 160. Dans les maisons centrales, un résultat identique a lieu pour les femmes; mais il n'en est pas tout à fait de même pour l'autre sexe: ce sont bien toujours les condamnés pour attentat aux personnes qui ont la plus faible mortalité; mais les voleurs ont un chiffre de décès plus considérable que celui des condamnés pour attentat à la pudeur.

Dans les bagnes, le maximum de la mortalité se montre encore, dès la première année de la captivité, pour les voleurs et surtout pour les assassins; mais il n'apparaît que dans la seconde année pour les condamnés pour viol. Dans les maisons centrales, la nature du crime n'influe point sur la rapidité de la mort pour les détenus du sexe masculin. Mais les femmes présentent ce fait remarquable, savoir: que le maximum des décès existe dès la première année de la captivité parmi les condamnées pour attentat aux personnes; tandis que pour les deux ordres de condamnés, on ne l'observe qu'à l'époque indiquée précédemment dans les résultats généraux.

Dans les bagnes, l'influence exercée sur la moyenne annuelle des décès par la durée des peines, est à peu près nulle pour les trois ordres de criminels. Dans les maisons centrales, parmi les individus du sexe masculin, cette influence n'est un peu marquée que pour les condamnés pour attentat à la pudeur; tandis que, parmi les femmes, elle serait plus sensible chez celles qui ont été condamnées pour vol que chez celles des deux autres ordres.

Quant à la perspective d'une longue peine à subir, elle ne semble exercer aucune influence sur les décès de la première année parmi les forçats condamnés à temps; elle en exerce, au contraire, une très marquée sur les forçats condamnés à perpétuité, pour viol et assassinat. Dans les maisons centrales, cette influence ne se ferait sentir, pour le sexe masculin, que sur les condamnés pour attentat à la pudeur; et pour le sexe féminin, sur les coupables de vol.

Les habitants des campagnes, les individus employés à l'exploitation du sol; d'un autre côté, les soldats, les marins, et en même temps les vagabonds, les mendiants, succombent en beaucoup plus grand nombre, toutes choses égales d'ailleurs, dans les bagnes, que les condamnés placés dans les autres catégories professionnelles. Viennent ensuite les forçats ayant exercé une profession active; puis les catégories des professions libérales, et en dernier lieu les ouvriers des diverses professions sédentaires, habitants des villes pour la plupart; leur mortalité est représentée par 121, quand celle des autres catégories est 130, 132, 147 et 151. Dans les maisons centrales, le même résultat s'observe avec cette seule différence, que ce sont les professions libérales dont la mortalité occupe le dernier rang, et que parmi les femmes les décès sont moins nombreux pour la cinquième catégorie que pour celles des professions manuelles actives.

Pour ce qui est de la rapidité de la mort, on observe que parmi les forçats des bagnes, la catégorie des professions libérales est la seule qui ne présente pas le maximum des décès la première année de la captivité. D'un autre côté, on remarque que la mortalité de la première année est, relativement à celle des années suivantes, beaucoup plus considérable pour la catégorie des professions agricoles que pour celles des professions manuelles sédentaires dans les maisons centrales, on remarque quelque chose d'analogue pour les condamnés du sexe masculin. Ainsi, dans la catégorie des professions libérales, la mortalité n'atteint son maximum que la quatrième année de la captivité, tandis qu'elle l'atteint, au contraire, la première et la seconde année pour les professions agricoles. Parmi les femmes, la seule modification qu'éprouvent les résultats généraux est apportée par la catégorie des condamnés sans profession, dont le maximum de mortalité se montre dès la première année de la captivité.

L'influence exercée sur la moyenne annuelle des décès par la durée des peines, est nulle pour toutes les catégories de professions dans les bagnes. Dans les maisons centrales, cette influence semblerait exister, pour le sexe masculin, dans la catégorie des professions agricoles et dans celle des professions libérales; elle serait nulle dans les autres catégories. Parmi les femmes, on ne l'observerait que dans la catégorie des professions sédentaires.

Quant à l'action de la perspective d'une longue peine sur la mortalité de la première année de la captivité, nulle pour les forçats condamnés à temps; elle serait, au contraire, assez marquée sur les condamnés à perpétuité, à peu près dans toutes les catégories, mais principalement dans celle des professions agricoles. Dans les maisons centrales, cette action ne s'observe, pour le sexe masculin, dans aucune catégorie; et, pour l'autre sexe, elle ne semble exister d'une manière sensible que parmi les détenues ayant exercé une profession agricole.

La nationalité n'exerce presque aucune influence sur la mortalité dans les bagnes. Cependant les étrangers sembleraient se trouver mieux du régime des chiourmes que les Français; la mortalité étant dans le rapport de 120 à 129 pour ces deux ordres de condamnés. En revanche, la mort serait plus prompte parmi les étrangers en prison, et cela dans le rapport de 11 à 8. L'influence de la nationalité n'a pu être étudiée dans les maisons centrales.

L'état civil des condamnés semble avoir une certaine action sur leur mortalité dans les maisons centrales; ainsi, les hommes mariés succomberaient en moins grand nombre que les veufs et les célibataires. Ceux-ci auraient la mortalité la plus forte. Ce résultat est commun aux deux sexes. L'action exercée sur les décès par l'état civil des condamnés n'a pu être appréciée pour les forçats des bagnes, faute de documents.

en général, pourtant, quand cette infirmité devient incommode et presque insupportable aux malades, quand elle est cause d'affaiblissement notable par une suppuration abondante, on peut opérer sans inconvénient, et quelquefois même avec avantage.

Il nous reste maintenant pour compléter ces généralités sur les fistules à l'anus, à dire quelques mots sur leur traitement. Cette question aurait été très vaste à une époque plus reculée de nous, lorsqu'une foule de moyens curatifs étaient proposés contre cette maladie ; mais depuis quelque temps on a fait avec raison justice de la plupart d'entr'eux, et on peut dire qu'aujourd'hui on ne met plus en usage que l'incision, l'expérience ayant démontré d'une manière incontestable que c'est le moyen le plus sûr et le plus efficace. La ligature même est complétement abandonnée, quoiqu'elle ait survécu encore quelque temps aux autres moyens; d'ailleurs elle serait impraticable dans les fistules à trajet multiple avec callosités, comme on les rencontre souvent. Je ne sache même pas qu'un chirurgien consciencieux aujourd'hui osât la proposer à un malade pusillanime et qui redouterait l'instrument tranchant, tellement sont grands les inconvénients, et même les accidents qui peuvent résulter de cette méthode opératoire. Il est utile à cet égard de vous faire la remarque suivante : quand il existe deux ou plusieurs moyens dans le traitement d'une maladie chirurgicale, il est assez commun de voir le monde (malades et sains) connaître ces moyens, en apprécier les avantages comme les inconvénients : par exemple, pour l'opération de la cataracte, de la taille ou de la lithotritie; et on voit souvent ces malades choisir eux-mêmes tel procédé plutôt que tel autre, par exemple l'abaissement plutôt que l'extraction dans l'opération de la taille. Eh bien, depuis quelque temps, à propos des fistules à l'anus, on n'entend plus parler dans le monde de la ligature comme moyen de traitement, mais uniquement de l'incision. Je me rappelle pourtant d'avoir vu dans ma jeunesse opérer de cette manière un malade peureux et timide, qui ne pouvait pas se soumettre à l'instrument tranchant. C'était encore l'époque de Desault, qui était partisan de cette méthode, et qui continua à la pratiquer quelquefois jusqu'à sa mort.

Maintenant donc que toutes les méthodes opératoires se réduisent à l'incision (car nous ne voulons pas non plus parler de l'excision telle que les anciens la pratiquaient, et qui a été à raison proscrite), les préceptes de cette opération sont-ils bien posés pour qu'elle réussisse? Nous ne croyons pas que cette opération, telle qu'on la décrit dans les livres et telle qu'on la pratique communément, soit exempte d'inconvénients et surtout de récidives. A cet égard, nous avons depuis longtemps adopté des règles particulières dont l'expérience nous a démontré les avantages. Nous sommes parti de cette idée, savoir que la fistule à l'anus résulte essentiellement de la dénudation d'une partie du rectum, et a pour cause essentielle l'existence d'un clapier plus ou moins grand et élevé. Il peut y avoir un seul orifice, l'interne, par exemple, ou seulement un ou plusieurs orifices externes. L'orifice interne, pour nous, n'est absolument rien, et nous croyons qu'ils se trompent ceux qui pensent que cet orifice doit exister toujours qu'il y ait fistule. Combien de fois le voit-on manquer, quoique la fistule n'en existe pas moins avec tous ses caractères propres? Cela est si vrai, que si on prenait cet orifice interne de la fistule comme limite du mal, et de l'incision à faire, très souvent on s'exposerait à faire une opération incomplète, et à voir la maladie se reproduire; car souvent la dénudation de l'intestin se prolonge bien au delà de l'orifice interne, et il faut prolonger l'incision jusqu'à ces dernières limites si on veut réussir. C'est de ces données bien précises que découlent les règles que nous nous sommes imposées pour l'opération dont il s'agit.

Il est généralement reconnu que pour peu que la peau soit décollée, et le rectum dénudé, une simple incision le long du trajet fistuleux ne suffirait pas, et la fistule se reproduirait indubitablement. Par conséquent, dans ces cas, on ne doit pas ménager les parties extérieures, ni craindre de donner à la plaie externe une étendue plus considérable que ne semble réclamer la petitesse apparente du trajet lui-même. Il y a toujours avantage de donner à cette plaie large une forme favorable à la cicatrisation. De cette règle, qui pour quelques chirurgiens serait exceptionnelle, nous nous sommes fait une loi constante, que nous observons habituellement; car l'observation et l'expérience nous prouve d'une manière péremptoire que le décollement des tissus existe presque toujours plus ou moins, et que l'incision simple échoue un très grand nombre de fois, et expose à de nouvelles opérations douloureuses. Nous n'ignorons pas avoir été critiqué vivement dans notre conduite à cet égard par les journaux et par les livres. Nous avons eu même des discussions animées avec plusieurs de nos confrères, qui entre autres choses nous disaient que nous opérions toujours par incision; mais tout en repoussant de toutes nos forces cette dernière imputation qui est fausse, nous sommes resté avec nos convictions et avec nos idées, résultat de notre longue pratique. Et à propos de ce qu'on dit que nous opérons toujours par excision, je répète que cette imputation est entièrement fausse, car nous repoussons autant que tout autre praticien l'excision telle que la pratiquaient les anciens, qui emportaient une portion d'intestin, et nous nous bornons simplement à enlever ces portions de peau environnant l'anus qui est décollée, amincie, malade, et qui difficilement reviendrait à son état normal. Voilà en quoi nous différons de ceux qui pratiquent l'excision simple, et en quoi nous croyons devoir persister.

En nous résumant donc, pour avoir un résultat sûr et provenant de l'opération dont il s'agit, il faut, à notre avis, d'abord prolonger l'incision du côté du rectum, aussi haut qu'il y a dénudation de cet intestin, sans s'occuper de l'orifice interne de la fistule ; et comme ordinairement ce décollement ne remonte pas très haut, il n'y a pas à craindre de léser le péritoine. Une seule fois pourtant j'ens ce malheur, mais heureusement les accidents graves de péritonite qui se déclarèrent furent combattus avec succès et le malade guérit. Ensuite il faut agrandir la plaie extérieure et emporter toutes les portions de peau décollées et malades. Ainsi faite, l'opération est un peu plus longue et douloureuse, mais les résultats sont d'autant plus sûrs et exposent plus rarement à une récidive qui est assez commune à la suite de la méthode par incision ordinaire.

Sans plus nous étendre sur les détails de l'opération en elle-même, qui d'ailleurs ne sont pas vraiment du ressort d'un enseignement clinique, nous finirons ces remarques pratiques par quelques préceptes relatifs aux soins successifs à donner à la fistule à l'anus après qu'elle a été opérée.

Quels sont d'abord les obstacles qui ralentissent ou empêchent la marche de la fistule vers sa guérison? L'opération faite, nous avons une plaie représentant par sa forme une espèce de raquette, dont la partie mince, allongée (la queue de la raquette) est en dehors sur la peau qui environne l'anus. D'après la forme, la disposition de cette plaie, d'après la nature des tissus qu'elle intéresse, il est aisé de comprendre qu'elle ne procure pas de cicatrice comme toutes les plaies ordinaires.

Toutes les plaies environnant l'orifice anal guérissent lentement à cause des matières fécales qui passent près d'elles, et qui nécessairement exercentune action irritante; il s'ensuit qu'on tenterait en vain de hâter leur cicatrisation par tous les moyens de pansement ordinaires, on ne ferait que retarder ce travail de la nature. Il en résulte aussi, comme conséquence pratique, que dans le pansement des plaies dont nous parlons il faut se conduire en sorte qu'elles marchent lentement vers la cicatrisation ; il faut les tenir pendant quelque temps béantes. Pour cela, au lieu de les panser à plat on doit introduire une forte mèche et tâcher d'exciter un travail de suppuration dans tout le trajet de la plaie. En pratiquant ce pansement il faut y porter un soin, une attention toute particulière pour éviter un écueil contre lequel on tombe assez souvent, c'est un décollement secondaire du rectum ; cela arrive lorsqu'en introduisant la mèche on ne la pousse pas convenablement et méthodiquement jusqu'à l'angle supérieur de la plaie sans le dépasser, et on se fourvoie dans le tissu cellulaire qui double le rectum. Il est donc de la plus haute importance que le chirurgien fasse lui-même ou surveille spécialement ce pansement dans les premiers jours qui suivent l'opération jusqu'à ce que le travail de cicatrisation du côté du rectum soit commencé et qu'il n'y ait plus grand danger pour l'accident que nous venons de mentionner.

Il arrive assez souvent que, quoi qu'on fasse, lors même que l'opération a été parfaitement faite, la plaie, après avoir présenté un assez bon aspect pendant quelque temps, reste stationnaire indéfiniment, et le chirurgien doit aviser à des moyens particuliers pour en obtenir enfin la guérison. Avant tout il faut tâcher de découvrir la cause qui fait obstacle au travail de cicatrisation, et malheureusement ces causes peuvent être multiples.

Il y a d'abord des causes locales, par exemple, un décollement du rectum qui avait échappé à la première opération. En introduisant le doigt dans le rectum on découvrira facilement un petit cul-de-sac, une espèce de panier à pigeon ; l'indication dans ce cas est très claire, il faut immédiatement prolonger la plaie qu'on a déjà faite jusqu'aux dernières limites du décollement, et alors, moyennant un pansement convenable, la plaie se cicatrise sans difficulté. D'autres fois le décollement est extérieur, dans les tissus cutanés qui avoisinent l'anus ; il faut y remédier de la même manière, en incisant et excisant s'il est nécessaire toutes les portions de peau qui sont décollées, amincies et qui difficilement pourraient se recoller. C'est pour cela que nous insistons si particulièrement sur la nécessité de bien examiner les parties externes de la fistule, et d'exciser hardiment tous les tissus qui semblent malades plus ou moins, sans craindre de trop exciser de peau dans ces circonstances.

Nous n'ignorons pas qu'on nous accuse de rendre cette opération plus sanglante qu'elle ne devrait être, mais nous agissons d'après une conviction profonde, acquise par une longue expérience, et nous répondrons aux objections de nos adversaires par les résultats plus heureux (nous osons le soutenir) que notre manière de procéder nous procure comparativement aux succès de la méthode ordinaire et commune.

D'autres fois la cause est plutôt générale, constitutionnelle, comme il arrive souvent chez les sujets cachectiques, phthisiques, etc. La plaie alors, après avoir fait quelques progrès apparents vers la cicatrisation, s'arrête dans sa marche, devient pâle, blafarde, ulcéreuse et s'éloigne de plus en plus de la cicatrisation. Il faut dans ces circonstances, comme nous disions il y a un instant, remonter à la cause, et la combattre avant tout, si on veut guérir la fistule. Quelquefois c'est une affection vénérienne qui fait obstacle : c'est désormais une vérité bien établie par des faits nombreux et incontestables, que la syphilis peut quelquefois, sinon toujours, influencer le travail de cicatrisation des plaies ordinaires à une époque bien éloignée de celle où se sont développés les accidents syphilitiques, et ce sont surtout les plaies de l'anus qui ont une tendance particulière à dégénérer sous cette influence morbifique.

Je vous donne le résultat de l'observation journalière sans chercher maintenant à lui donner une explication plus ou moins hypothétique. On remarque ces faits chez les individus les mieux constitués, mais qui ont eu dans le temps une ou plusieurs affections syphilitiques dont le traitement peut-être n'a pas été trop complet et rationnel. Dans ces circonstances il faut commencer par panser les plaies avec l'onguent mercuriel, et même, si on le juge convenable, soumettre le malade à un traitement général antivenérien ; on verra bientôt alors la plaie changer d'apparence et marcher vite vers la guérison. Je finirai ces généralités par un fait de ma pratique particulière et qui m'a beaucoup frappé, en me donnant en même temps une leçon qui me servit par la suite.

J'avais à traiter d'une fistule à l'anus un jeune homme, polonais d'origine; la fistule était simple, et ne présentait rien de particulier. En interrogeant d'une manière spéciale le malade sur son état habituel de santé et sur les maladies qu'il avait eues précédemment, il répondit qu'il avait toujours été assez bien portant, et nous assura surtout n'avoir jamais eu d'affections vénériennes. Nous le crûmes sur parole, et l'opérâmes. La plaie tout d'abord marcha bien, et semblait tendre à la cicatrisation ; mais bientôt elle devint stationnaire, s'ulcéra et prit un aspect fongueux. Nous soumîmes alors à un nouvel interrogatoire notre malade, lui mettant sous les yeux le danger auquel il s'exposait s'il ne dévoilait pas la vérité tout entière, par rapport à la cause présumée qui s'opposait à la guérison de sa fistule. Le pauvre jeune homme alors, fondant en larmes, nous fit l'aveu d'avoir eu plusieurs maladies syphilitiques, qui peut-être n'ont pas été radicalement guéries. Nous pansâmes immédiatement la plaie avec de l'onguent mercuriel, sous l'action duquel on la vit changer vite d'aspect, et en peu de temps atteindre la cicatrisation. Ainsi, n'omettez jamais, dans ces circonstances, d'interroger à plusieurs reprises vos malades, et de les pousser à bout pour découvrir l'état véritable de leur santé précédente, car vous verrez souvent de là jaillir la lumière qui vous guidera dans un traitement rationnel.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Introduction au cours de médecine clinique. — Des principes de la médecine organique. (Troisième leçon.)

Quoique nous regardions comme base fondamentale de la médecine cette proposition qu'*il n'existe, pour le médecin, que des organes et des fonctions*, nous ne sommes pas tellement exclusif que nous n'admettions de grandes modifications, et ceux qui affectent de rejeter avec dédain et sans l'examiner notre doctrine, ou les ignorent, ou n'en veulent pas tenir compte. Or, nous avons de tout temps admis, et nous admettons plus que jamais, qu'*il ne saurait y avoir qu'une seule et même maladie;* que non-seulement tous les organes sont susceptibles d'être primitivement malades, mais qu'ils le sont de diverses manières; qu'en un mot la *nature* des maladies varie, qu'il y a des maladies *simples*, des maladies *spéciales*, des maladies *spécifiques*.

Nous entendons par maladie *simple*, non-seulement celle qui marche *seule*, sans *complication*, mais celle qui est produite par un agent physique appréciable, tel que le froid, le chaud, une cause traumatique; la pleurésie, la pneumonie, sont, la plupart du temps, des maladies simples.

Les maladies *spéciales* sont celles qui se présentent à l'observation avec des caractères constants, toujours les mêmes, ne sont pas susceptibles de se transmettre par contagion, et néanmoins sont évidemment produites par une cause constante, mais qui nous échappe et ne se traduit que par ses effets; le prurigo, l'urticaire, le zona, l'eczéma, sont de cette nature.

Les maladies *spécifiques*, quoique l'étymologie de leur épithète soit la même que celle des maladies précédentes, en diffèrent cependant en ce qu'elles ont la funeste prérogative de se transmettre par contagion; la gale, la variole, la vaccine, la syphilis, sont de ce nombre. Elles se présentent toujours avec un caractère constant, toujours le même, et peuvent se transmettre avec ce caractère à un individu, disposé à recevoir la contagion.

Tout le monde à peu près aujourd'hui reconnaît ces principes; cependant il est encore quelques esprits qui répugnent à admettre qu'il existe autre chose que des maladies simples.

Dans un temps encore peu éloigné, on avait même adopté l'opinion que les maladies de la peau n'étaient que des gastrites.

Mais si toutes ces affections sont des maladies simples, ou même des gastrites, pourquoi toutes les gastrites ne sont-elles pas suivies de toutes les maladies de la peau? Pourquoi en existe t il sans maladies de la peau?

Comment se fait-il qu'une gastrite produise un zona, une autre la variole, une troisième la teigne? etc., ou simplement pour quelle raison une éruption est-elle tantôt un zona, tantôt une variole, tantôt un porrigo?

Pourquoi la vaccine préserve-t-elle de la variole, et pas des autres éruptions?

Pourquoi en est-il de même de la variole? Parce qu'il existe un principe, une essence, un élément, que nous ne saisissons que dans ses effets, et qui constitue la doctrine *spéciale* ou spécifique des maladies.

Mais la lésion anatomique est le moyen le plus sûr de remonter à cette cause et d'en constater les différences. C'est par l'éruption variolique que nous remontons à la cause variolique; c'est par l'éruption de la scarlatine, de la rougeole, etc., que nous remontons à la cause scarlatineuse, morbilleuse, etc.

Mais non-seulement nous admettons dans les maladies une essence propre, une nature intime qui leur imprime une variété infinie, mais nous admettons aussi que les fluides peuvent être malades.

Lorsque M. Chomel osa, dans la première édition de sa Pathologie générale, déclarer que les fluides pouvaient être malades, ce fut un acte de courage, et presque une rébellion. L'illustre Pinel avait déversé l'ironie et le sarcasme sur les humoristes. On trouve à chaque instant, dsns ses immortels écrits, les épithètes les plus méprisantes contre l'humorisme; c'est toujours le *dégoûtant humorisme*, ou quelque adjectif

analogue, qu'il écrit. Broussais fut encore plus loin que son maître. Cependant, nous reconnûmes dès ce moment que les fluides pouvaient être altérés; et dans nos écrits et dans nos leçons, nous n'hésitâmes pas à le proclamer.

Depuis lors, une multitude de médecins se sont déclarés partisans de ces idées, et ont avancé la science sous ce rapport. Mais il reste encore beaucoup à faire sur ce sujet. C'est une immense carrière ouverte aux recherches physiques, microscopiques et chimiques.

Mais l'altération des fluides rentre naturellement dans l'organicisme; car nos organes ne sont pas seulement composés d'éléments solides, mais de liquides dans une plus grande proportion. Ces fluides pénètrent nos tissus, circulent dans des vaisseaux, séjournent dans des cavités. Ils sont composés d'éléments divers, et partant susceptibles de décomposition.

Les solidistes exclusifs objectent que les fluides étant la conséquence d'un travail de la part des solides, il est nécessaire que ceux-ci soient altérés avant que les fluides le soient. Mais en acceptant la prémisse (qui même ne nous paraît pas démontrée), rien n'empêche qu'une cause quelconque ne porte son action sur le fluide sans altérer le tissu des organes.

Par exemple, des aliments et des boissons insalubres peuvent fort bien ne pas altérer le tissu de l'estomac et des intestins, et finir par vicier le sang et produire le scorbut.

Une alimentation trop substantielle, une réparation trop riche relativement aux pertes de l'individu, produira la polyemie et tous les accidents qui l'accompagnent, sans altérer le tissu des organes.

Une alimentation insuffisante, une réparation indigente, produiront l'état contraire, c'est-à-dire l'anémie et tous ses symptômes, sans léser les parties solides, du moins primitivement.

Et si le sang peut pécher par excès, par défaut, par altération dans sa composition, tous les fluides de l'organisme ne pourront-ils pas pécher de même?

Concluons que les fluides sont susceptibles d'altération :

1° Par excès de tous leurs éléments;

2° Par défaut de tous ces éléments;

3° Par excès ou par défaut de quelques-uns de leurs éléments, les autres restant à l'état normal;

4° Enfin, par l'introduction de principes hétérogènes, morbides, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mai 1844. — Présidence de M. Caventou.

M. Mercier adresse son ouvrage sur les maladies des voies urinaires, en disant que c'est la seule réponse qu'il veuille faire à M. Guillon.

— *M. Dieulafoy*, de Toulouse, adresse deux observations d'ascite guéries par l'injection iodée.

— *M. Moreau* demande si le Conseil d'administration ne pourrait pas s'entendre avec le propriétaire pour changer les conditions d'acoustique de la salle des séances, Il est impossible d'y rien entendre de ce qui se dit à la tribune.

M. P. Dubois répond que le Conseil s'est déjà occupé de ce sujet, et doit appeler dans son sein les physiciens membres de l'Académie pour chercher les moyens de remédier à cet inconvénient.

— A propos de son rapport sur le traitement de l'épilepsie par le docteur Marochetti, qui a été envoyé à la commission des remèdes secrets, *M. Rochoux* soulève un incident auquel prennent part *MM. Pariset, Nacquart, Gueneau de Mussy* et *Boullay*. La décision de l'Académie est maintenue.

— *M. Barthélemy* demande que M. Gérard soit adjoint à la commission chargée d'examiner les pièces de M. Auzoux. (Accordé.)

— *M. Londe* voudrait que les deux commissions nommées pour examiner deux procédés de conservation et d'embaumement des cadavres, fussent réunies en une seule. (Refusé.)

— *M. Guibourt* lit un rapport sur un procédé de conservation des plantes médicinales, proposé par M. Sabatier.

Ce procédé ne paraît avoir que des avantages très bornés.

Conclusions adoptées : remercîments à l'auteur.

— *M. Hamel* lit un travail sur l'obésité ou l'état gras du cordon ombilical.

Commissaires : MM. Moreau, Velpeau, Capuron.

— *M. Velpeau* fait un rapport sur un travail de M. Morand, médecin de la colonie agricole de Metlray, relatif à une épidémie d'ophthalmie scrofuleuse.

Le point capital de ce travail consiste dans la découverte qu'aurait faite M. Morand d'une phlegmasie de la membrane pituitaire coïncidant avec l'ophthalmie. Cette phlegmasie serait pour lui la cause de l'ophthalmie; car, en la traitant par des moyens appropriés, il a guéri l'inflammation oculaire. Il a agi sur la pituitaire par le nitrate d'argent soit au moyen du crayon, soit au moyen de la solution dans l'eau, soit sous forme de pommade.

Depuis l'apparition de ce travail, M. Velpeau a eu occasion d'examiner plusieurs malades affectés d'ophthalmie scophuleuse; il n'a rencontré que fort rarement la coïncidence indiquée par M. Morand. Il croit que l'expression ophthalmie scrofuleuse, sans indication de siége précis n'a plus de valeur en oculistique, et que ce qu'il faut surtout s'appliquer à distinguer, c'est le siége de l'inflammation.

Il propose cependant de renvoyer le mémoire au comité de publication, et d'inscrire le nom de l'auteur au rang des candidats pour les places de correspondants.

M. Roux croit qu'il n'est pas orthodoxe de donner plus d'importance au siége qu'aux causes générales et déterminantes de l'ophthalmie. C'est selon lui une erreur de pratique.

M. Dupuy présente quelques considérations sur l'ophthalmie des animaux presque toujours liée, dit-il, à une lésion de la 5e paire.

M. Martin-Solon pense aussi, avec M. Roux, que la détermination des causes générales est importante : c'est avec surprise qu'il a entendu dire par M. Velpeau que l'expression scrofuleuse n'avait plus de valeur en oculistique. Est-ce que la scrofule aurait disparu du cadre nosologique? N'est-il plus tenu compte de l'élément scrofuleux dans le traitement des ophthalmies?

M. Castel trouve l'expression scrofuleuse mal fondée, puisqu'il s'agit d'un cas d'épidémie. Tous les enfants étaient donc scrofuleux? Est-ce que les caustiques guérissent la scrofule? Il ne pense pas qu'on doive donner des éloges à ce travail, qui ne mérite que des encouragements.

M. Rochoux reconnaît que la détermination du siége est sans doute importante, mais que la considération des causes générales est plus importante encore.

M. Velpeau ne nie pas l'ophthalmie scrofuleuse en tant que liée à une diathèse, à une constitution spéciale; mais il pense que la détermination de l'élément anatomique malade constitue seule la possibilité d'un diagnostic précis. Quelle que soit la cause, l'inflammation ne se conduit pas de la même manière sur tous les tissus de l'œil; chacun de ces tissus a sa manière propre d'être affecté. Du reste, c'est là une question très grave et qui demanderait de grands développements.

M. Gerdy. L'esprit qui règne en oculistique me semble vicieux; L'œil a treize lignes d'étendue dans son plus grand diamètre et l'on conçoit qu'il est fort difficile de circonscrire et de limiter la maladie dans des tissus si nombreux et si contigus. Il n'en est ainsi que dans les livres des pathologistes. Une maladie simple et isolée des membranes de l'œil est la chose la plus rare. On a divisé et subdivisé à l'infini, sans profit pour la pratique, car sur le malade on ne trouve jamais cette limitation indiquée dans les livres. D'ailleurs, en y regardant de près, symptômes, phénomènes, traitement, sont au fond les mêmes. Il s'élève avec force contre la littérature oculistique allemande dont on a beau presser les lives, il n'en sort rien. Il faut revenir à la généralisation.

M. Velpeau s'est élevé aussi contre les divisions des Allemands, mais il trouve que M. Gerdy va trop loin. L'objection prise de la petitesse de l'œil n'a pas de valeur, il faut une grande attention, il est vrai; mais par son secours, on arrive à la précision que M. Gerdy croit impossible. Il est incontestable que l'inflammation débute par telle couche, tel tissu. Il professe que les ophthalmies diffèrent par leur siége, par leurs symptômes, par leur marche, par leur traitement. L'iritis, la conjonctivite ne donnent pas lieu aux mêmes symptômes que la kératite. L'individu qui a une conjonctivite ne se conduit pas comme celui qui a des ulcérations de la cornée. Et le traitement n'en diffère-t-il pas? Que telle ou telle ophthalmie donne lieu à des phénomènes généraux, à un retentissement sur des organes plus ou moins voisins, cela n'arrive-t-il pas dans toute autre maladie?

MM. Roux, Bérard et *Gerdy* demandent la parole; l'heure est très avancée, et l'on demande la continuation de la discussion à une autre séance. L'Académie, après une discussion confuse, vote les conclusions du rapport, et renvoie la continuation de cette discussion à la séance prochaine.

— *M. Gerdy* présente un malade sur lequel il a enlevé avec succès un cancer du grand angle de l'œil.

La séance est levée après cinq heures.

La dernière séance de l'*Académie des sciences* a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur le traitement de l'ophthalmie catarrhale chronique; Par M. le docteur Réveillé-Parise.

Un des médicaments qui se sont le mieux soutenus dans leur action contre cette affection, au moins pour l'auteur, c'est, dit-il, une forte décoction en infusion de ratanhia. On se rend facilement compte de ce résultat, si l'on réfléchit à la grande proportion de tannin que renferme cette substance, et à l'action fortement astringente qu'elle doit par conséquent exercer sur les membranes muqueuses dans l'état de laxité, de ramollissement où elles se trouvent de coutume après avoir été le siége d'une inflammation plus ou moins intense.

Néanmoins, M. Réveillé-Parise a pu constater, par des essais comparatifs, que les décoctés de tan et de noix de galle, qui contiennent également beaucoup de tannin, ne donnent jamais lieu, lorsqu'on les met en usage, à des effets aussi avantageux que ceux que l'on obtient de l'administration du ratanhia. Suivant lui, cette différence serait due à ce que, dans cette dernière plante, le tannin se trouve associé à une certaine quantité de matière gommeuse et de substance amylacée, et que très probablement cette réunion des trois principes devient la source des avantages de la médication. D'ailleurs, pour augmenter l'action de ce moyen, surtout lorsqu'il y a un écoulement de nature mucoso-purulente, il est parfois convenable d'y ajouter quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide.

L'auteur recommande encore d'une manière très expresse une précaution qu'il dit être de la plus haute importance; c'est celle de n'employer les lotions, les collyres, en un mot tous les moyens destinés à être appliqués topiquement, qu'à une température tiède ou chaude, c'est-à-dire tout à fait opposée à celle que l'on conseille dans le traitement des ophthalmies ordinaires franchement aiguës et inflammatoires. L'oubli de cette simple précaution suffit pour faire échouer les meilleurs moyens employés contre l'ophthalmie catarrhale.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Traitement de la chlorose syphilitique; par M. le docteur Ricord.

M. Ricord a observé, dans la syphilis constitutionnelle, l'existence d'un phénomène remarquable; c'est un état chlorotique qui explique tout naturellement le teint qu'offrent les sujets qui sont parvenus à cette période de la maladie.

Partant de cette observation, ce médecin a pensé qu'il serait avantageux d'associer les ferrugineux au traitement mercuriel, et, en effet, déjà les résultats de cette double médication ont pu être constatés.

Le traitement consiste à soumettre les malades à l'usage d'une tisane amère (décoction de houblon et de feuilles de saponaire), et à leur faire prendre, tous les jours et en trois doses, de neuf à douze pilules de Vallet, et une pilule de proto-iodure de mercure préparée d'après la formule suivante :

Pr.	Proto-iodure de mercure,	3 grammes.
	Thridace,	3
	Extrait thébaïque,	1
	Extrait de ciguë,	6

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène divisée en 60 pilules égales et roulées dans la poudre de lycopode.

Suivant les idiosyncrasies et suivant le degré plus ou moins élevé de susceptibilité des sujets, on peut augmenter la dose de ces pilules de manière à arriver successivement à six par jour; mais il n'est pas inutile de prévenir ici que cette dose, qui n'est presque jamais dépassée, n'est même atteinte que très rarement.

(*Bulletin génér. de Thérap.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 61. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 24 MAI 1844.

Les travaux de l'Académie de médecine devraient peut-être plus sérieusement être pris en considération qu'ils ne le sont, et ils le seraient, sans contredit, si cette compagnie se montrait plus libérale envers la presse, et plus soucieuse de sa popularité et de ses intérêts. Par sa composition, qui représente à peu près toutes les sommités médicales de l'époque, par l'influence qu'elle pourrait prendre sur les esprits, tant en raison de sa position hiérarchique vis à vis de l'administration, et des avis et des renseignements qui lui sont journellement demandés, qu'en raison de la valeur propre de ses travaux, ce corps possède tous les éléments nécessaires pour agir puissamment sur l'esprit public, et pour prendre une place véritablement digne et élevée. Ce qui lui manque surtout, c'est la spontanéité d'action. Retenue dans les errements d'une timidité excessive, liée par des antécédents de réserve et de prudence qui passent toutes bornes, l'Académie craint, par-dessus tout, de se mettre en avant. Elle ne cherche pas les questions, elle les attend; elle ne s'en occupe que lorsqu'elle en est formellement priée, et au lieu de provoquer l'administration, elle préfère constamment attendre la provocation.

Ces habitudes nous paraissent peu en harmonie avec l'esprit et les tendances qui règnent aujourd'hui dans toutes les associations d'hommes éclairés et bien intentionnés. Comme toute autre assemblée délibérante, l'Académie devrait, ce nous semble, user du droit d'initiative, et agir spontanément sur l'opinion à l'occasion d'un grand nombre de questions dans lesquelles ses décisions ne manqueraient pas d'avoir une grande influence.

Par exemple, si depuis le temps que s'agite dans le monde la question de l'emprisonnement cellulaire, l'Académie s'était emparée de tous les points de cette question qui touchent aux influences de ce système sur la santé et sur la raison des aliénés, ne pense-t-on pas qu'elle eût pu arriver à d'autres résultats scientifiques que ceux qui ont été produits dans le cours d'une discussion récente? Ne croit-on pas que son autorité eût été invoquée avec empressement et grand profit? N'y eût-elle pas gagné, comme corps savant, une considération et un ascendant qu'elle n'a pas encore? Pour nous, nous le croyons si fermement, mu d'ailleurs par l'intérêt réel que nous inspire l'Académie, que nous allons nous permettre de lui donner un conseil à cet égard.

La loi sur l'emprisonnement cellulaire, votée à la chambre des députés, ne pourra pas être discutée, cela est certain, dans cette session à la Chambre des pairs. Portée à cette chambre, la discussion, l'année prochaine, en sera longue et amènera, incontestablement, des modifications importantes au projet adopté par l'autre chambre. Celle-ci ne voudra pas au milieu ou peut-être à la fin de la session entamer une question si longue et si ardue, de sorte qu'il est infiniment probable que la Chambre des députés n'aura à s'occuper de nouveau de cette loi qu'à la session de 1846.

On voit donc qu'il reste du temps pour étudier la question et pour éclairer scientifiquement le législateur. Nous croyons que l'Académie peut très honorablement mettre ce temps à profit, et nous lui donnons le conseil d'instituer, dès à présent, un prix sur cette question, à décerner en 1846, en faisant appel à tous les hommes éclairés.

On nous objectera peut-être que l'Académie n'a pas de fonds en réserve pour une pareille institution de prix. Nous répondrons à cela que si un membre de la compagnie, s'emparant de notre idée, proposait à ses collègues d'abandonner pendant un mois seulement les jetons de présence en faveur de la fondation de ce prix, nous osons assurer que pas une voix ne s'élèverait contre cette proposition, ou nous serions étrangement trompé.

Nous ne pouvons, nous, que faire appel aux sentiments éclairés et généreux de l'Académie en lui disant qu'une pareille détermination ne serait perdue ni pour sa gloire ni pour sa considération.

Quoi qu'il en soit, jetons un coup-d'œil rapide sur les derniers actes de l'Académie. La vacance qui existe dans son sein nous procure la bonne fortune d'entendre de solides lectures faites par les candidats à la place vacante. MM. Malgaigne, Vidal et Laugier ont déjà successivement paru à la tribune académique, mettant chacun en relief leurs qualités diverses. D'autres candidats sont également inscrits et préparent leurs armes. Rien là que d'honorable, de légitime et d'utile aussi bien aux académiciens qu'aux candidats, ceux-ci en mettant en évidence la nature et le caractère de leur talent, ceux-là en acquérant la possibilité de fixer judicieusement leur vote.

Quant à ses travaux propres, depuis qu'elle est rentrée dans ses pénates, l'Académie n'a eu que des séances fort pâles et peu intéressantes. A la fin de la dernière séance, une discussion s'est engagée sur l'oculistique; discussion provoquée par un rapport de M. Velpeau, dans lequel l'honorable académicien avait émis, avec réserve cependant, des opinions qui n'ont pas encore reçu l'assentiment unanime. Cette discussion est à peine commencée, et promet d'être longue, si l'on en juge par la menace de M. Gerdy, qui a promis de combattre *à outrance* les idées de M. Velpeau. M. Velpeau est un rude champion, peu facile à démonter, et il s'est engagé à se défendre vigoureusement. M. Bérard jeune lui a promis son appui au besoin; et M. Roux, en annonçant son intervention dans la querelle, a choisi sa place dans le juste-milieu, comme il l'a dit lui-même. Ce premier engagement n'a pas suffisamment dessiné le champ de bataille pour que nous nous engagions aujourd'hui dans sa description. Attendons la prochaine séance.

Quelques personnes voient avec peine l'Académie s'engager à tout propos dans ces longues discussions qui reviennent périodiquement. Nous croyons que c'est à tort que ces récriminations se produisent. Une discussion à l'Académie présente l'avantage de fixer l'attention sur la question en litige, d'en indiquer tous les éléments, de montrer ceux qui manquent pour sa solution, et de stimuler ainsi le zèle et l'activité des travailleurs. Par cela même qu'on discute, c'est que la question n'est pas claire; et le résultat de la discussion ne serait-il que la démonstration de l'insuffisance de la science, on devrait le considérer comme utile. En voyant ce qui fait défaut, les travailleurs se mettent à l'œuvre, et c'est comme un programme à remplir que toute discussion laisse à sa suite. Nous ne croyons pas, pour notre compte, que les discussions sur la lithotritie, sur la statistique, sur l'introduction de l'air dans les veines, sur la ténotomie, et celle plus récente sur les tumeurs du sein, aient complétement été stériles. Nous approuvons donc M. Roux d'avoir provoqué celle qui se prépare sur l'oculistique, sujet qui, sans jeu de mots, nous paraît avoir grand besoin, en effet, d'être élucidé. Nous suivrons cette discussion avec soin, afin d'en présenter, comme nous le faisons toujours, à nos lecteurs, une reproduction aussi fidèle que cela nous est possible.

Nous avons besoin plus que jamais d'ajouter cette dernière condition, car la nouvelle salle de l'Académie présente des conditions d'acoustique déplorables. Quoique le conseil ait gracieusement placé les journalistes dans des stalles réservées, les journalistes saisissent avec la plus grande peine ce qui se dit à la tribune ou dans la salle. Des modifications urgentes sont à porter sur ce point; et, d'après ce qui s'est dit à la dernière séance, le conseil paraît s'en occuper. Mais le problème est fort difficile; les physiciens sont loin d'être d'accord sur les bonnes conditions d'acoustique nécessaires aux salles destinées aux assemblées parlantes, et les architectes bien moins encore. Il existe très peu de salles bien construites sous ce point de vue, et celles qui le sont ne doivent qu'au hasard leur bonne construction.

Si nous osions hasarder un avis sur ce sujet, nous dirions que ce n'est pas la sonorité qui manque à la nouvelle salle de l'Académie; au contraire, elle y est excessive. L'Académie est posée, à la lettre, sur une table d'harmonie qui donne à la voix trop d'éclat et de force. Les vibrations, réfléchies par des murs nus et sonores, impriment au son une répercussion rapide, et par cela même confuse. On entend, mais on ne distingue pas.

FEUILLETON.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN PRUSSE ET DANS LES ÉTATS SECONDAIRES DE LA CONFÉDÉRATION GERMANIQUE;

Par M. le docteur HOEFER.

(Suile du numéro 55.)

III. *Des différentes classes de praticiens dans l'ordre civil.*

Les différentes classes de praticiens dont il me reste à entretenir Votre Excellence, sont parfaitement distinctes de la hiérarchie des médecins fonctionnaires.

L'ordonnance royale, encore actuellement en vigueur pour la division des praticiens en plusieurs classes, est du 28 janvier 1825. Le célèbre chirurgien Rust en fut le principal promoteur.

1° *Praticiens gradués* (docteurs). — Cette classe comprend: *a*, les praticiens ayant le droit d'exercer tout à la fois la médecine proprement dite et la chirurgie; ce sont les docteurs en médecine et en chirurgie (*médico-chirurgiens*) qui ont satisfait à toutes les épreuves du *Staatsexamen*; *b*, les médecins purs; ce sont les docteurs en médecioe qui, n'ayant fait preuve en chirurgie que de connaissances théoriques, doivent se borner au traitement des maladies internes.

C'est dans ces deux catégories de praticiens que sont choisis les médecins fonctionnaires.

2° *Chirurgiens de* 1re *classe* ou *médico-chirurgiens non gradués.* (*Wundaerzte erster Classe.*) — Ces praticiens présentent beaucoup d'analogie avec nos officiers de santé. Le nom de *chirurgien* qu'on leur donne est tout à fait impropre, car ils sont aussi médecins.

Pour acquérir le grade de chirurgien de 1re classe et les droits qui y sont attachés, le candidat doit montrer qu'il possède des connaissances classiques suffisantes pour expliquer le *Codex* et les auteurs latins faciles, et pour écrire une ordonnance correctement. D'après un rescrit en date du 15 juillet 1836, il doit être muni d'un certificat de maturité constatant qu'il est apte à entrer dans la 2e classe (humanités) d'un gymnase. Quant au *Staatsexamen* et aux conditions que le candidat doit remplir pour y être admis, il en a déjà été question.

Restrictions apportées à la pratique des chirurgiens de 1re *classe.* Ces praticieos n'ont le druit d'exercer la médecine que dans les localités où il n'y a pas de médecin-docteur. S'ils s'établissent dans des villes où résident des docteurs en médecine, ils doivent s'en tenir exclusivement à la pratique de la chirurgie.

« Mais, comme l'expérience a démontré (je cite les propres termes de l'ordonnance royale du 17 juin 1837), que, contrairement aux règlements existants, il y a des chirurgiens de 1re classe établis dans des villes et exerçant illégalement la médecine interne, et qu'il est même difficile de prévenir un pareil abus, il est défendu aux chirurgiens de 1re classe de fixer leur résidence dans les grandes villes, et en général dans toute localité pourvue d'un médecin docteur. »

Par cette ordonnance, la condition des chirurgiens de 1re classe fut réduite à celle des anciens chirurgiens de campagne (*Landwundaerzte*) supprimés en 1825. Ces *Landwundaerzte* étaient examinés par les colléges médicaux des provinces, et ne pouvaient exercer leur art que dans les villages et les petites villes. La pratique de la médecine leur était interdite.

L'institution des chirurgiens de 1re classe fit beaucoup de mécontents. On publia une foule d'écrits contre cet ordre de praticiens établi par l'autorité de Rust, accusé de prendre le parti des chirurgiens, ses confrères, dans les collisions nombreuses et désagréables qui eurent et qui ont encore lieu entre les médecins et les chirurgiens de 1re classe. Ces collisions sont d'autant plus fâcheuses qu'il n'existe aucun moyen efficace pour les réprimer.

Les chirurgiens de 1re classe exercent bien plus souvent la médecine que la chirurgie, non-seulement dans les campagnes, mais encore dans les villes; et ils l'exercent en dépit des médecins gradués. Comme nos officiers de santé, ils se contentent d'une modique rétribution et deviennent ainsi la providence des pauvres et des malades qui désirent se faire guérir à peu de frais. Ils nuisent donc beaucoup à la clientèle des docteurs, qui se font payer leurs soins à un taux plus élevé. Alors ces docteurs, qui sont pour la plupart encore au début de leur carrière, s'en plaignent au médecin inspecteur cantonnal (*Kreisphysicus*). Celui-ci, qui forme en quelque sorte le tribunal de première instance pour tous les délits médicaux, ne peut sans doute se dispenser d'accueillir les plaintes de ses confrères. Mais il a mille raisons pour favoriser les chirurgiens. En voici une qui, à elle seule, vaut toutes les autres: Lorsque, dans un cas de médecine légale, l'autorité judiciaire requiert la présence du médecin cantonnal (*physicus*), celui-ci se fait assister d'un chirurgien, qui exécute les opérations indiquées. Souvent le *physicus* se décharge de toute la besogne, d'ailleurs peu lucrative, sur le chirurgien auquel il délègue ses fonctions. Or, il est aisé de comprendre que le médecin inspecteur cantonnal a intérêt à ménager un homme dont il peut avoir besoin à chaque instant de la journée, et qui a le droit de se refuser aux opérations requises par l'autorité judiciaire, à moins que le médecin cantonnal n'y soit présent.

Voilà donc le chirurgien rassuré du côté de l'autorité. D'un autre côté, dans les grandes villes, les médecins en renom sont bien aises de laisser aux praticiens d'un ordre inférieur la clientèle des pauvres, qui prend beaucoup de temps et donne peu de bénéfice. Ces médecins ne se soucient guère de faire prendre des mesures rigoureuses contre les envahissements des praticiens subalternes.

La question de savoir s'il faut maintenir ou supprimer les chirurgiens de 1re classe a été souvent agitée dans le conseil médical supérieur de Berlin. C'est une question à l'ordre du jour et qui va recevoir une solution prochaine. Les hommes qui sont à la tête des affaires médicales de Prusse s'accordent unanimement sur l'opportunité de supprimer les chirurgiens de 1re classe. Je prendrai la liberté de revenir plus bas sur cette importante question. En attendant, je continuerai la série des praticiens.

3° *Chirurgiens de* 2e *classe.* — Pour devenir chirurgien de 2e classe, il faut avoir pendant trois ans, servi comme aide-chirurgien dans l'armée, ou avoir fréquenté les cours d'une école médico-chirugicale (1). D'après l'ordonnance royale du 15 juin 1836, le candidat doit, en outre, justifier d'un certificat de maturité pour la 3e classe d'un gymnase. Ce n'est qu'après avoir rempli toutes ces conditions, qu'il est admis à subir devant un collége médical de province l'examen nécessaire à l'obtention du droit de pratique. Cet examen comprend:

A. Trois questions écrites, tirées au sort, sur des sujets de physiologie, de matière médicale, de thérapeutique chirurgicale, sur les moyens employés contre l'asphyxie, la morsure des chiens enragés, etc.;

B. Une démonstration anatomique et l'application d'un bandage sur le cadavre;

C. Une épreuve pratique faite au lit du malade, en présence d'un membre du collége médical;

D. Une épreuve orale sur la chirurgie pratique. Cette quatrième et dernière épreuve a lieu en présence de trois membres du collége médical.

Les fonctions du chirurgien de 2e classe sont légalement fort restreintes. Elles se réduisent à exécuter les ordonnances des médecins et des chirurgiens gradués, à faire des saignées, à scarifier, à poser des sangsues, etc. Les chirurgiens de 2e classe ont le droit de s'établir partout. Le traitement des maladies internes leur est absolument interdit; et ils sont responsables des résultats des grandes opérations chirurgicales qu'ils auraient eux-mêmes entreprises.

Mais, dans la réalité, le domaine du chirurgien de seconde classe s'élargit considérablement; à l'exemple de son confrère de 1re classe, il empiète sur les droits des médecins gradués.

Les assesseurs en chirurgie des colléges médicaux et les chefs de

(1) Il y a de ces écoles à Breslau, Magdebourg, Bonn, Munster.

Il nous semble que pour remédier à cet inconvénient il n'y aurait tout simplement qu'à revêtir les murs de draperies et à couvrir le parquet de tapis épais. C'est ce qui fut fait avec succès à la salle provisoire de la chambre des pairs, où les mêmes conditions entraînaient les mêmes inconvénients.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur la plessimétrie. (Troisième leçon.)

Percussion du poumon. — Après avoir passé en revue les divers caractères et les indications que présente l'emploi du plessimètre dans l'examen de la paroi antérieure de la poitrine, il nous reste à nous occuper de la percussion des parties latérales et postérieures de cette cavité.

Percussion des parois latérales. — Rappelons en peu de mots les rapports médiats et immédiats que l'organe de l'hématose entretient avec les viscères voisins. Il est important, pour l'étude de la plessimétrie, de ne pas perdre un instant de vue ces rapports, dont la connaissance exacte est indispensable pour l'intelligence et l'appréciation des résultats divers que doivent nous donner les deux modes de percussion dont nous recommandons alternativement l'emploi; nous voulons parler de la percussion superficielle et de la percussion profonde.

Côté droit. — Le poumon droit est en rapport, sur le côté, d'une manière médiate, avec le foie, dans une étendue assez considérable. A mesure qu'on s'approche de son bord inférieur, le poumon s'amincit et se termine en une lame qui s'interpose entre le foie par l'intermédiaire du diaphragme et les parois costales. De là une modification qui se fait sentir dans le son que l'on obtient dans ce point.

Les rapports médiats des poumons avec les reins doivent être pris en grande considération; ces rapports, toutefois, appartiennent plus spécialement à la partie postérieure du poumon, qu'aux régions latérales.

En haut les muscles de l'épaule, ceux de la paroi thoracique elle-même, devront encore entrer en ligne de compte.

De chaque côté, chez les femmes, on peut être gêné par les mamelles; ces organes, tout à fait impropres par leur nature graisseuse à transmettre le son du poumon, devront être fortement relevés et repoussés sur la paroi antérieure.

Côté gauche. — A gauche de la poitrine les rapports médiats du lobe inférieur avec la rate, donneront lieu, beaucoup plus bas qu'à droite, à un son obscur; et si la personne que l'on percute a eu plusieurs fois des engorgements spléniques, on ne pourra peut-être plus, à quelque degré que l'on percute, obtenir le son élastique et sonore que rend ordinairement le poumon.

A la paroi latérale gauche du thorax, en haut, en avant et au milieu, nous aurons le cœur qui déborde vers cette région, et qui interceptera le son clair que l'on obtenait ailleurs à l'aide de la percussion profonde. Il sera nécessaire, si l'on veut obtenir le son du poumon, de percuter d'une manière d'autant plus superficielle, que cet organe sera plus mince et en rapport plus immédiat avec le cœur; car ici il se produit le phénomène que nous avons déjà eu occasion de signaler. Si la percussion n'est pas exactement mesurée, l'oreille et le doigt n'éprouvent plus que la sensation de l'organe profond et dense, et nullement celle de l'organe superficiel et léger. Dans la cavité abdominale, le rein, comme nous l'avons indiqué précédemment, puis le colon transverse, l'intestin grêle, l'estomac, qui peuvent être plus ou moins remplis par des matières accumulées, auxquels cas la limite inférieure du poumon présentera alors de véritables difficultés.

L'examen de la région latérale du thorax exige que l'on couche le malade sur le côté opposé à celui que l'on percute. Le bras sera éloigné du tronc, relevé sur la tête, ou plutôt à demi élevé de manière à former un angle presque droit avec le corps. Dans ce cas, on a un écartement convenable des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond; et de cette manière on peut explorer plus facilement une plus grande étendue de la poitrine.

Cela fait, on percutera suivant des lignes fictives, dont nous allons indiquer la disposition à droite :

1° Une première ligne partira du milieu de l'aisselle, et se continuera verticalement jusque sur le bassin ;

2° Une deuxième partira du tiers externe de la clavicule, et tombera, parallèlement à la précédente, sur le foie et le bassin ;

3° Une troisième, parallèle aux deux premières, marquera l'union de la paroi latérale avec la paroi postérieure.

Enfin coupant ces lignes perpendiculairement, nous tracerons deux lignes nouvelles, une au niveau de la deuxième côte, la seconde au niveau du bord supérieur du foie.

C'est en suivant ces lignes que nous percutons le poumon du côté droit. Pour le gauche, il n'y a qu'une légère modification. La ligne transversale sera placée au niveau de la rate, et on pourra en mener un parallèle répondant au cœur.

Dans tous les cas, il faudra en haut percuter suivant les lignes indiquées, profondément et superficielllement. Ces deux méthodes nous donneront le son pulmonaire sans aucune modification; mais à mesure que nous approcheront à gauche du cœur et des gros vaisseaux sanguins qui sont voisins de cet organe, la percussion devra devenir de plus en plus superficielle, pour ne produire que le son pulmonaire. A droite, le son clair, sonore du poumon, se fera entendre dans une étendue beaucoup plus considérable, beaucoup plus bas, et ne sera modifié dans son timbre que lorsque la lame pulmonaire commencera à recouvrir le bord supérieur du foie. C'est alors qu'il faudra tenir bien compte des deux méthodes. La percussion superficielle devra être pratiquée avec dextérité, et ce sera en quelque sorte en grattant le plessimètre, en l'effleurant à peine, plutôt qu'en percutant, qu'il faudra chercher à obtenir le bruit pulmonaire. Autrement le bruit hépatique que l'on obtiendrait dans ce cas pourrait faire diagnostiquer à tort des épanchements pleurétiques. C'est surtout depuis que MM. Mailliot et Damoiseau ont tenté, à peu de distance l'un de l'autre, une série d'expériences sur la position qu'affectent le poumon et la plèvre en bas et sur les côtés, qu'il est nécessaire de revenir plusieurs fois sur cette ligne hépatique, lorsqu'on voudra connaître d'une manière certaine la part que l'on doit faire au son pulmonaire et au son du foie.

Enfin à gauche, en suivant les lignes fictives que nous avons tracées, nous arriverons sur la rate, qui est en rapport immédiat avec la lame pulmonaire qui la recouvre : dans ce cas, à mesure qu'on se rapprochera de l'organe, il faudra diminuer la force d'impulsion des doigts et arriver, comme nous l'avons dit pour le côté droit, à effleurer seulement l'instrument pour faire la part du son presque mat de la rate et de l'élasticité pulmonaire.

Percussion de la paroi postérieure. — La poitrine, considérée en arrière, présente sur la ligne médiane la colonne vertébrale avec ses inflexions latérale et antéro-postérieures, et la saillie des apophyses épineuses et transversales. Plus en dehors, on rencontre la saillie que forme l'angle des côtes. Enfin, sur la partie tout à fait latérale de cette face du thorax, on rencontre le scapulum recouvert de muscles épais. Cet os, comme tout le monde le sait, n'est pas fixe à la place qu'il occupe; il est mobile, et peut facilement changer de position selon les différents mouvements qu'exécute le membre auquel il tient. Cette circonstance, quoique bien connue, est importante à rappeler pour le manuel opératoire de la percussion; car, ainsi qu'on va le voir, grâce à cette mobilité de l'omoplate, le plessimètre peut être porté sur presque tous les points de la surface que cet os recouvre dans l'attitude ordinaire. Si nous ajoutons à ce qui précède l'épaisseur de la couche musculaire qui recouvre les gouttières vertébrales, nous aurons à peu près toutes les particularités qu'il est nécessaire de connaître pour la pratique de la percussion sur cette région. Passons à l'examen des règles à suivre.

Le malade devra, autant que possible, être assis sur une chaise ou sur le bord de son lit, le dos tourné du côté du médecin; sa tête sera penchée en avant et ses bras croisés sur sa poitrine, de manière à porter fortement les omoplates en dehors. On peut diviser la face postérieure de la poitrine suivant six lignes; Une première médiane passera sur les apophyses épineuses des vertèbres; une seconde suivra l'angle des côtes, et divisera à peu près en deux parties égales l'espace situé entre les apophyses et le bord vertébral du scapulum; une troisière passera sur le scapulum, à l'union de son tiers externe avec les deux tiers internes. Les trois autres lignes seront horizontales; la première passera à la hauteur des fosses sus-épineuses; la deuxième au-dessous de l'angle inférieur du scapulum, et la troisième au niveau du bord supérieur du foie.

La percussion sur la ligne médiane devra être forte et profonde, à cause de l'épaisseur des parties qui séparent le poumon du plessimètre. En effet, l'épaisseur des vertèbres, dans leur diamètre antéro-postérieur, est de deux pouces et demi à trois pouces. Si l'on y ajoute l'épaisseur de l'œsophage et de l'aorte, la distance totale est de plus de quatre pouces. Le son que donne la percussion sur cette ligne est clair jusqu'au niveau de la quatrième côte. A partir de ce point la résonnance diminue, à cause de la présence de la base du cœur. Au-dessous, le son reprend une partie de son timbre primitif, pour s'obscurcir de nouveau par la présence du foie. En percutant cette ligne, il faut faire attention à la possibilité d'une déviation anormale de la colonne vertébrale qui induirait en erreur. Il peut arriver, en effet, que tandis que les apophyses épineuses ne présentent aucune déviation, les corps des vertèbres soient déviés d'un côté ou de l'autre. Dans ce cas, la percussion de la ligne médiane pourrait dans un de ses points fournir un son plus clair que dans l'état normal, tandis qu'il y aurait une obscurité anormale de son sur un des côtés de la colonne vertébrale. Il faut donc, avant tout, s'assurer que la colonne ne présente aucune déviation latérale et dans les apophyses épineuses et dans les corps vertébraux.

Pour percuter la seconde ligne, il faut commencer très haut, à partir de l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre cervicale. Au niveau de la septième vertèbre, on commencera à percevoir la sonoréité du poumon. Jusqu'à la partie inférieure, le son que l'on obtient est très clair et au moins égal à celui des régions sous-claviculaires; mais à une hauteur variable, ce son s'obscurcit à droite par suite de la présence du foie, car le diaphragme forme avec la paroi postérieure de la cage thoracique, une gouttière dans laquelle le poumon envoie une lamelle très mince. Aussi, pour limiter exactement le bord inférieur du poumon, faudra-t-il employer une percussion très superficielle; tandis que la percussion devra être successivement profonde et superficielle sur les autres points de cette ligne.

A gauche, à la partie inférieure du poumon, on pourra trouver : ou bien une sonoréité souvent trompeuse, en ce qu'elle appartient non pas au poumon, mais à l'estomac rem-

---

clinique chirurgicale ne peuvent être choisis que parmi les chirurgiens de 1re classe.

Les chirurgiens de 1re et de 2e classe ne peuvent se faire recevoir docteurs, sans une autorisation spéciale du ministre. Et même, après avoir rempli ces formalités, ils ne font pas encore partie de la première et de la seconde catégorie des praticiens gradués.

A côté de ces praticiens, il y en a d'autres auxquels on demande une dextérité manuelle plutôt que des connaissances théoriques étendues : ce sont les *accoucheurs*, les *oculistes*, les *dentistes*. Ils sont examinés par les membres d'un collége médical de province. Les dentistes doivent être au moins chirurgiens de 2e classe, et avoir servi trois ans comme chirurgiens militaires. (Arrêté ministériel du 29 avril 1835.)

Cette classification du personnel médical a été fortement critiquée par des hommes d'une autorité respectable. Ils lui reprochent, avec raison, de reposer d'abord sur un principe faux, savoir, la séparation de la médecine et de la chirurgie; ensuite, que la distinction des opérations en graves et en légères (grande et petite chirurgie) pour les chirurgiens de 1re et 2e classe, est absurde et n'a aucune valeur pour la pratique. « En médecine, il n'y a, s'écrie un de ces adversaires, qu'un seul objet à considérer, l'homme malade. A quoi bon ces catégories de praticiens appelés à guérir l'homme malade ? »

Des médecins militaires.

L'instruction pratique des médecins militaires est bien plus soignée que celle des médecins appartenant à l'ordre civil. En général, tout ce qui touche en Prusse à l'état militaire est favorisé, et, il faut l'avouer, souvent avec une partialité trop marquée.

Il existe à Berlin deux établissements préparatoires pour les élèves qui se destinent au service de santé de l'armée. L'un, l'*Institut de Frédéric-Guillaume*, porte le nom de son fondateur; l'autre est l'*Académie militaire*. Les élèves qui désirent y entrer, doivent s'adresser au médecin en chef de l'état-major général (1). A leur entrée dans ces établissements ils s'engagent, pour chaque année d'instruction, à servir deux ans dans l'armée, en qualité de chirurgiens de compagnie (*Compagnie-Chirurgen*).

Les élèves de l'Institut de Frédéric-Guillaume, au nombre de 140 environ, sont nourris, logés aux frais de l'Etat, et suivent gratuitement les cours de la faculté. Ils reçoivent, en outre, une petite somme d'argent pour leurs menus plaisirs.

Les élèves de l'Académie militaire payent la nourriture et le logement; ils n'ont de gratuit que les cours. Mais, par compensation, ils ne s'engagent au service militaire que pour la moitié du temps prescrit aux élèves de l'Institut de Frédéric-Guillaume.

(1) Actuellement M. le docteur Wiebel, médecin du roi.

La durée des études est de quatre ans dans l'une comme dans l'autre école. L'examen exigé pour le doctorat est aux frais des élèves.

Après avoir terminé les études universitaires et acquis le grade de docteur, les élèves de l'Institut de Frédéric-Guillaume entrent dans l'hôpital de la Charité. Là, sous le nom de *chirurgiens de Charité* ou de *docteurs de station* (*Stations-doctoren*), ils recueillent d'excellentes connaissances pratiques, en remplissant à peu près les mêmes fonctions que les internes des hôpitaux en France. Les élèves de l'Académie militaire n'entrent dans l'hôpital de la Charité qu'en nombre déterminé.

Ces internes-docteurs, nommés improprement *chirurgiens de Charité* (car ils sont tout à la fois médecins et chirurgiens), passent un stage d'une année dans l'hôpital de la Charité. Chacun a dans son service 40 ou 60 malades, qu'il est obligé de visiter quatre fois par jour, deux fois seul et deux fois en accompagnant le médecin divisionnaire. Il doit tenir un journal exact dans lequel il inscrit l'histoire détaillée de chaque malade. Les observations les plus intéressantes sont consignées dans le rapport mensuel (*Monatsbericht*). Les feuilles sur lesquelles les internes-docteurs ont écrit l'histoire de chaque malade, sont déposées dans les archives de l'hôpital. Il n'est point permis à ces internes de faire imprimer leurs observations dans un journal de médecine; c'est le médecin-directeur qui se réserve ce droit. Les autopsies sont exclusivement faites par les internes-docteurs. Ceux-ci changent de division tous les mois, en sorte qu'au bout d'un an, terme de leur stage, ils ont passé en revue les malades de toutes les salles tant de médecine que de chirurgie; et le nombre de ces malades est de près de mille.

Les chirurgiens de Charité, ou, comme je les ai appelés, les internes-docteurs touchent un traitement d'environ 350 fr., la nourriture et le logement étant gratuits.

Comme les internes des hôpitaux en France, les chirurgiens de Charité constituent, en Prusse, la vraie pépinière des praticiens. Seulement, c'est en Prusse un privilége restreint aux élèves qui se destinent à la médecine militaire : tandis qu'en France, c'est un avantage dont peuvent profiter indistinctement tous les élèves studieux. L'organisation médicale française a donc, sous ce rapport, une incontestable supériorité sur l'organisation médicale prussienne.

En sortant de la Charité, les anciens internes-docteurs entrent dans le service militaire en qualité de chirurgiens de compagnie. Les anciens élèves de l'Institut de Frédéric-Guillaume sont tenus légalement de servir pendant huit ans, et ceux de l'Académie militaire pendant quatre ans. Mais la durée de ce service est ordinairement abrégée de près de moitié; ils sont distribués dans les diverses garnisons, et reçoivent un traitement annuel d'environ 450 fr., et une indemnité de logement. Ils ont le rang de sergent-major.

Après l'expiration du terme fixé pour le service militaire, le chirurgien de compagnie a trois routes à suivre pour la détermination de sa carrière : ou il reste dans l'armée, et alors il passe immédiatement médecin de bataillon (*Bataillons-arzt*), mais il ne peut avancer au-delà; ou il rentre dans l'Institut de Frédéric-Guillaume pour y être répétiteur pendant cinq à six ans; ou bien il quitte entièrement le service militaire pour se vouer à la pratique civile.

Les répétiteurs de l'Institut de Frédéric-Guillaume reviennent, au bout du temps prescrit, dans l'hôpital de la Charité et prennent le titre de médecins d'état-major (*Stabsaerzte*). Dans l'ordre hiérarchique, ils viennent immédiatement après les médecins divisionnaires de la Charité; ce sont les médecins ou chirurgiens en second. Dans les salles de cliniques, ils remplissent les fonctions de chefs de clinique. Comme leurs subalternes, les internes-docteurs, ils sont logés et nourris dans l'intérieur de l'hôpital.

C'est parmi les *Stabsaerzte* de la Charité que sont pris les médecins de régiments (*Regiments-aerzte*).

Ainsi donc, les médecins militaires présentent des garanties de connaissances pratiques doubles et triples de celles d'un médecin de l'ordre civil.

Le médecin de régiment n'a qu'un échelon, le grade de médecin de division (*General-arzt*), à franchir pour atteindre le sommet de la hiérarchie médicale militaire; savoir : le grade de médecin de l'état-major général (*General-stabs-arzt*).

Les places d'élèves et de répétiteurs de l'Institut de Frédéric-Guillaume, et de l'Académie militaire, sont fort recherchées; elles promettent un avenir certain, et montrent en perspective les grades les plus élevés et les mieux rétribués de la médecine militaire.

Il en est autrement de ceux qui débutent comme *aides de chirurgie* (*Chirurgen-Gehuelfen*) dans le service de l'armée. Ceux-là ne peuvent atteindre que les avantages attachés au rang de sous-officier.

Institution des aides de chirurgie. — Les médecins de régiment et de bataillon choisissent, dans chaque compagnie, avec le consentement du chef de corps, un soldat qu'ils instruisent gratuitement et rendent apte à remplir les petits services chirurgicaux dans l'hôpital de garnison. (Ordre de cabinet du 17 mars 1832.) Ces soldats doivent produire un certificat de bonne conduite, et savoir au moins lire, écrire et calculer. Ils sont attachés aux hôpitaux de garnisons, où ils sont gratuitement nourris et logés.

Les aides de chirurgie font d'abord l'office d'infirmiers; puis on leur confie la préparation des bains, l'application des vésicatoires, des moxas, etc. Plus tard, ils assistent aux dissections, apprennent un peu d'anatomie et aident les chirurgiens dans l'application des bandages, et les pharmaciens dans la préparation des médicaments. Jusque-

pli de gaz ; ou bien une obscurité de son produite par l'estomac rempli de matières alimentaires. Au-dessous, la présence d'un cœur augmenté de volume pourrait encore venir obscurcir le son. Il ne faut jamais oublier, dans cet examen de la partie postérieure du poumon, que chez les malades qui pendant toute la nuit seront restés couchés sur le dos, on trouvera un peu d'obscurité de son avec une légère résistance au doigt, résultat d'un certain degré d'engouement passager du poumon.

Enfin des deux côtés, tout à fait à la partie inférieure de la poitrine, la sonoréité du poumon cessera brusquement, et sera remplacée par une matité prononcée due à la présence des reins.

Pour arriver directement sur la troisième ligne que nous avons tirée, il faut abaisser d'abord fortement le moignon de l'épaule et incliner la tête du même côté, afin d'éviter autant que possible la saillie du scapulum ; puis il faut, quand on est arrivé à la hauteur de la sixième vertèbre dorsale, faire fortement élever le bras. De cette manière, on fait basculer en dehors l'angle inférieur de cet os, et il ne reste plus aucun intermédiaire entre le plessimètre et les parois costales.

Le son que donne la percussion sur cette ligne est différent à droite et à gauche. A droite, il est clair jusqu'au niveau du bord supérieur du foie. A partir de ce point, il s'obscurcit par une percussion profonde ; il faut donc, à cette hauteur, percuter de plus en plus superficiellement, et après avoir parcouru toute la ligne de haut en bas, remonter de bas en haut pour trouver d'une manière précise le point auquel correspond le bord inférieur du poumon. Lorsqu'on percute pardessus l'omoplate, le son offre alors divers degrés d'intensité relatifs à l'épaisseur de cet os et des muscles qui le recouvrent ; il est d'abord obscur dans la fosse sus-épineuse, plus clair sur l'épine du scapulum ; il s'obscurcit de nouveau dans la fosse sus-épineuse ; mais la résonnance augmente à mesure que l'on descend vers l'angle inférieur, pour acquérir son summum d'intensité, au-dessous de cet angle. A gauche, le son varie à la partie inférieure, selon que l'estomac est vide ou qu'il est rempli de matières solides ou gazeuses. La rate, lorsqu'elle est hypertrophiée, vient encore modifier le son de cette région. A la partie supérieure, il est le même que celui du côté opposé, et doit toujours, par conséquent, être jugé comparativement. Passons à l'examen des lignes horizontales.

Sur la première, que nous appelons ligne sus-épineuse, le son que l'on obtient par la percussion de cette ligne est obscur, par suite de l'épaisseur de la couche musculaire qui occupe cette partie. Aussi doit-on percuter fort et profondément dans ce point.

La deuxième ligne, ligne sous-scapulaire, donne dans toute son étendue le summum de la sonoréité de toute la paroi postérieure, surtout au niveau de l'angle des côtes.

La troisième ligne, sus hépatique, fournit une résonnance à peu près égale à celle de la ligne précédente, si ce n'est toutefois qu'à gauche elle peut être modifiée par l'état dans lequel se trouve l'estomac. Enfin, lorsque l'utérus est rempli par le produit de la conception, l'étendue de la sonoréité de la paroi postérieure du thorax est notablement restreinte dans sa partie inférieure, par suite du refoulement du diaphragme.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons cliniques sur les maladies des yeux.

Du traitement des cataractes et des opérations qui leur conviennent.

En commençant l'histoire du traitement des cataractes, nous ne nous arrêterons pas à démontrer que la guérison de cette maladie de l'œil est impossible sans opération ; il n'y aurait là qu'une perte de temps qu'il vaut mieux consacrer à une étude plus utile.

Cependant, il est des gens tout à fait extraordinaires, qui prétendent guérir les cataractes sans opération ; mais il faut dire que l'on n'a jamais entendu parler d'eux dans les concours, et qu'on ne les trouve guère qu'à la quatrième page des journaux politiques, ou affichant sur les murs leurs merveilleux traitements. Ils distribuent leurs annonces jusque dans nos hôpitaux, et nous rencontrons leurs prospectus au lit même de nos malades ; ce sont là des miracles que les chirurgiens ignorent.

Il est bon pourtant de savoir la manière de procéder de quelques-uns de ces messieurs ; comme ils connaissent aussi bien que nous la propriété des solanées pour dilater la pupille, ils concluent un marché avec le malade, se font solder moitié par avance, et moitié *si le traitement réussit;* puis ils dilatent la pupille, le malade y voit mieux ; ils empochent ; le tour est fait, et le lendemain le malade est aveugle comme il l'était la veille. Ce sont des gens à rapprocher des guérisseurs *sans mercure*.

Mais en dehors de ces jongleries, il existe dans la science quelques faits démontrant d'une manière certaine qu'un petit nombre de cataractes commençantes ont pu s'arrêter, ne pas se compléter, une fois arrivées à un certain point, rétrograder même. M. Velpeau a vu deux ou trois malades chez lesquels, sous l'influence d'une médication révulsive très active, les cataractes commençantes ont disparu.

M. Gondret a obtenu aussi quelques résultats semblables par l'emploi de sa pommade appliquée en différents points du crâne. Chez d'autres malades, les cataractes se sont dissipées au moyen de sétons appliqués au col ; on les a vues guérir par une maladie intercurrente, et aussi par des purgatifs fréquemment répétés ; mais tous ces faits, il ne faut pas l'oublier, se rapportent à des cataractes commençantes.

Il arrive néanmoins qu'une cataracte ancienne peut guérir aussi sans opération ; mais c'est quelque chose de tout à fait rare et exceptionnel. Cette guérison survient alors par suite d'une violence extérieure qui déplace la cataracte. C'est ainsi que M. Velpeau a vu un jeune chimiste qui, en voulant tenter de faire du diamant avec du charbon, fit éclater une de ses fioles ; un des fragments vint lui frapper l'œil gauche et inciser la cornée et la sclérotique ; la suppuration ne se montra pourtant pas ; il guérit, mais il se forma une cataracte. C'était en 1827 ou 1828. Ce jeune homme se trouvant en juillet 1830 dans la rue Saint-Antoine, où il se battait, et où il se donnait beaucoup de mouvement, vit clair tout à coup de l'œil cataracté ; on put constater, en effet, que la cataracte avait été déplacée, et qu'elle était flottante dans la chambre antérieure.

Boyer raconte l'histoire d'un notaire auquel pareille chose arriva.

M. Velpeau a vu un malade portant des cataractes, et qui lui assura qu'elles disparaissaient et revenaient ensuite. Cette personne assura qu'elle en faisait pour ainsi dire ce qu'elle voulait ; elle pouvait les faire disparaître et revenir à l'aide de certains mouvements. M. Velpeau ne crut pas d'abord à la possibilité d'un tel phénomène ; la personne essaya une première fois de l'en rendre témoin, et elle ne put y réussir ; mais dans une seconde entrevue, le malade se pencha, et la cataracte passa dans la chambre antérieure ; il se renversa, et elle repassa dans la chambre postérieure. Le cristallin, dans ce cas singulier, était réduit à un petit volume. Dans le cas de Boyer, la cataracte se plaçait horizontalement.

Nous savons donc maintenant de quelle manière les cataractes peuvent guérir sans opération. Mais l'on sent, par la nature même des moyens qui les font disparaître accidentellement, que ce sont là des variétés sur lesquelles on ne peut jamais compter, et qu'on ne peut reproduire quand on le veut. On doit donc poser en règle générale que l'opacité du cristallin ou de la capsule ne se détruit jamais seule. Du reste, l'étude de la nature de la maladie fait encore arriver forcément à cette même conclusion. Qu'est-ce que le cristallin opaque ? N'est-ce pas évidemment un corps ayant perdu ses propriétés vitales. Et que peut la médecine contre un tel corps ? Rien. Il faut de toute nécessité, ou renoncer à détruire la cataracte, ou enlever le corps opaque ; c'est un problème qui n'a qu'une seule solution, et la chirurgie seule peut la donner.

Il est donc parfaitement démontré aujourd'hui, et c'est l'opinion de tous les hommes qui ont marqué dans la science, que la seule ressource contre la cataracte, c'est l'opération. Mais cette opération présente des espèces ; elle n'est pas toujours la même, et si le but est unique les moyens de l'atteindre peuvent varier.

On oppose à la cataracte trois genres d'opération.

Dans la première espèce, on enlève le corps opaque, c'est l'*extraction*. Dans la seconde, on ne l'enlève plus, mais on le déplace, on le dégage de l'axe visuel ; c'est l'*abaissement* qu'il vaudrait peut-être mieux nommer le *déplacement*, attendu que dans cette opération il s'en faut beaucoup que l'on abaisse toujours le cristallin.

Dans la troisième espèce d'opération enfin, on n'enlève ni on ne déplace le corps opaque, on le morcelle, on détruit quelques unes des parties qui l'enveloppent, c'est le procédé par *broiement*, par *rescision*, par *lacération*.

Disons d'abord quelques mots de cette dernière méthode.

Ce serait, si les histoires sont vraies, un procédé qui serait connu des Arabes ; ils se servaient d'un instrument avec lequel ils enroulaient le corps opaque ; d'autres le déchiraient et l'abandonnaient dans l'œil. Sans remonter jusqu'à l'histoire de la chèvre qui se pratiqua ce genre d'opération à elle-même avec une épine, et en arrivant sur le champ au siècle dernier, on trouve une thèse soutenue par Zehoc, sous la présidence de Villars, thèse qui fait partie de la collection de Haller, dans laquelle il est dit que des succès ont été obtenus en perforant seulement la capsule ou en la déchirant ; on fait ainsi, dit Leboc, renouveler l'humeur qui a des qualités plus dissolvantes, et la cataracte finit par disparaître, en ayant soin seulement de recommencer plusieurs fois.

En Allemagne, on ne trouve rien de bien concluant sur ce procédé, et à propos de l'Allemagne, disons que les praticiens de ce pays ne redoutent absolument rien. L'un d'eux n'a-t-il pas imaginé de traverser l'œil par un séton pour guérir la cataracte, le fil doit traverser l'œil ! Il faut convenir que c'est au moins fort singulier, pour ne pas dire davantage. Qu'on imagine et qu'on mette en usage des moyens nouveaux, cela est bien, à la seule condition que ces moyens vaudront mieux que les anciens. Or, l'on comprend qu'en France on n'a pas essayé ces procédés-là, et certes la raison dit clairement que jamais on n'obtiendrait avec eux des résultats préférables à ceux donnés par les deux méthodes dont nous avons à parler maintenant.

Ces deux méthodes ce sont l'*extraction* et le *déplacement*. Chacune d'elles comprend un très grand nombre de procédés; on a désigné sous le nom de *sclérotomie* et de *kérotomie* pour la première, de *sclérotonyxis* et de *kératonyxis* pour la seconde, les procédés par lesquels on traverse avec un instrument la sclérotique et la cornée pour arriver jusqu'au corps opaque.

L'opération par déplacement, soit qu'on la pratique en passant par la cornée (*kératonyxis*), soit qu'on traverse la sclérotique (*sclérotonyxis*), a pour but de déchirer l'enveloppe du cristallin, de le déplacer en le faisant glisser en haut, en bas ou de côté. Cette opération est née en Allemagne, ou plutôt elle a été imaginée par les Arabes, d'où elle est passée en France et de là en Allemagne, où elle a été remise en honneur il y a une trentaine d'années. En France Dupuytren la mit en vogue vers 1812 à 1815.

Si nous comparons maintenant les deux procédés qui consistent à pénétrer par la sclérotique ou par la cornée, nous voyons que par la sclérotique on est exposé à toucher plus ou moins l'iris et quelquefois le corps vitré, la rétine; que par la cornée l'opération est plus facile, et qu'on évite mieux les parties dont nous venons de parler. D'un autre côté, les plaies de la cornée guérissent ordinairement bien ; mais hâtons-nous de dire que par la cornée on parvient rarement à déplacer le cristallin convenablement, et que le plus souvent on est obligé de morceler, ce qui ôte beaucoup de certitude à l'opération ; car les grumeaux s'agglutinent parfois et les malades ne guérissent pas aussi bien. D'ailleurs, une partie des inconvénients reprochés à la piqûre de la sclérotique peuvent, jusqu'à un certain point, être évités. En somme, cette dernière méthode est préférable.

Quant aux procédés des anciens, on ne sait guère au juste quels ils étaient ; mais à en juger seulement par les résultats obtenus du quinzième au dix-huitième siècle par cette méthode, seule mise en usage alors, on voit qu'elle était assez malheureuse. Heister dit qu'on ne réussissait à peu près qu'une fois sur dix. Cela devait probablement dépendre de l'imperfection des instruments dont on se servait. L'étonnement que pourraient causer ces résultats cesse quand on apprend que l'instrument avec lequel on pratiquait cette opération était un fer de lance à peu près semblable à ceux dont on fait usage pour la ténomie. On pressent aussi combien devait être incomplète l'opération elle-même.

C'est, à proprement parler, du dernier siècle que date l'opération de la cataracte. Des discussions vinrent à s'élever dans le sein de l'Académie de chirurgie, on étudia la cataracte, on constata alors son siége dans le cristallin, dans la

---

là ils ne sont encore qu'apprentis. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois ans qu'ils prennent le titre d'aide de chirurgie, correspondant au grade de caporal. Après neuf ans de service, ils reçoivent la paie de sous-officier, avec la prérogative attachée à ce rang subalterne. Cette prérogative consiste à avoir droit, après douze années de service, à une place d'employé dans l'ordre civil.

La Prusse étant un état essentiellement militaire, tient à ce que toutes les places d'employés dans toutes les branches administratives soient occupées par d'anciens sous-officiers de l'armée, pour lesquels ces places sont en même temps une pension de retraite.

Les aides de chirurgie militaires, rentrés dans la vie civile, n'en continuent pas moins à mettre à profit les connaissances pratiques acquises dans les hôpitaux de garnisons. A l'exemple des chirurgiens de 1re et de 2e classe, ils se livrent à l'exercice illégal de la médecine et viennent ainsi augmenter des rivalités et des collisions fâcheuses, qui ne s'éteindront jamais tant qu'il y aura des catégories différentes de praticiens.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

REVUE MÉDICALE. Avril 1844.

Observations sur le diagnostic et le traitement des concrétions biliaires ; par le docteur Duparcque.

Tant que les concrétions biliaires sont libres dans la vésicule du fiel, leur présence ne produit pas ordinairement de phénomènes pathologiques ; souvent l'autopsie cadavérique vient divulguer leur existence, que rien pendant la vie n'avait fait soupçonner. En général, ce n'est que lorsque ces corps s'engagent dans les conduits cystique et cholédoque qu'ils se manifestent par des symptômes résultant, soit de la violence qu'ils exercent contre les canaux trop étroits pour leur fournir un libre passage, soit de la distension de la vésicule du fiel par la bile qui y est retenue. Mais ces symptômes n'ont rien d'essentiel, de propre, d'exclusif à ce genre de maladies. La douleur plus ou moins aiguë dans le côté droit de l'abdomen, les vomissements spontanés, etc., se montrent dans d'autres maladies aiguës, soit du foie, soit même d'autres organes. Cette insuffisance engage M. Duparcque à signaler un nouveau symptôme qu'il a observé quatre fois sur treize cas de rétention de bile par concrétion biliaire, et qu'il considère comme pathognomonique de cette affection.

Ce symptôme consiste en un spasme clonique commençant par le côté droit de l'abdomen, dont la paroi, de ce côté seulement, présente des mouvements brusques, vifs et répétés d'élévation et d'abaissement alternatifs. Bientôt la cuisse correspondante est prise à son tour de mouvements convulsifs ; ils s'étendent aussi à la jambe, et de là au pied, qui est porté dans une adduction avec extension forcée par secousses successives. Puis la convulsion, qui s'était ainsi propagée de haut en bas, gagne la poitrine, et alors la respiration s'embarrasse, devient irrégulière, saccadée; elle envahit le membre supérieur, le cou, la tête, aux diverses parties de laquelle elle imprime des secousses qui rappellent celles occasionnées par l'épilepsie. Tout à coup les fonctions cérébrales se troublent, se suspendent; le malade tombe dans l'assoupissement, et à l'agitation spasmodique succède une résolution des membres convulsés. Ces phénomènes se renouvellent par accès avec et comme les coliques hépatiques.

Quant au traitement l'auteur a employé avec succès, dans six cas dont il rapporte l'histoire, un mélange de 30 grammes d'huile de ricin et de 4 grammes d'éther sulfurique, à prendre par cuillerées toutes les demi-heures. Cette mixture n'est qu'une modification du fameux remède de Durande. L'huile de térébenthine a été remplacée par l'huile de ricin, qui a une saveur moins désagréable et qui inspire moins de répugnance aux malades. L'estomac supporte très bien cette mixture. Toujours elle a fait cesser les vomissements et calmé tous les autres symptômes, avant même qu'elle eût eu le temps d'agir sur les voies et les concrétions biliaires.

Il résulte, en effet, des observations rapportées par l'auteur que la mixture d'huile de ricin et d'éther a la propriété de favoriser, de provoquer l'expulsion des concrétions biliaires arrêtées dans les conduits hépato-cystiques; que ce résultat peut être obtenu, non-seulement dans les cas où la rétention de la bile par l'engagement des concrétions constitue toute la maladie, mais même lorsque celle-ci est compliquée d'hépatite, et quels que soient les rapports de cause et d'effet ou de simple coïncidence qui existent entre ces deux genres d'affection. La promptitude avec laquelle l'expulsion des concrétions biliaires a eu lieu, ne permet pas de supposer qu'il y a eu simplement coïncidence ou effet du hasard. Le mélange intime du médicament avec les parties des concrétions qui ont éprouvé de sa part un commencement de dissolution, témoigne aussi de l'action du médicament sur les concrétions biliaires.

On ne peut espérer cependant que ce remède réussisse toujours. L'auteur l'a vu échouer dans trois cas qui présentaient une analogie parfaite avec ceux où il a réussi. Dans d'autres cas, l'action du médicament a été plus ou moins lente, mais non moins efficace.

capsule ; on examina avec soin les caractères physiques de la maladie, et l'on comprit seulement alors avec netteté les indications qu'elle présentait, on établit d'une manière sûre les seuls moyens propres à la détruire, c'est-à-dire le déplacement ou l'enlèvement.

Daviel vint et imagina l'extraction. Il démontra sans réplique, à l'Académie de chirurgie, qu'on guérissait la cataracte en extrayant le corps opaque et il expérimenta. Il se servait d'un instrument en fer de lance pour l'incision de la cornée, et après avoir pratiqué à celle-ci une ouverture qu'il agrandissait avec un petit couteau émoussé, afin de la rendre suffisante, il faisait sortir le cristallin. On comprend combien la pression exercée sur l'œil dans ce but favorisait la sortie des humeurs, et à quels dangers exposait cette opération. Il fit aussi usage de ciseaux courbes, mais quelques moyens qu'il employât, il ne réussissait cependant qu'en assez faible proportion.

Malgré les imperfections de cette méthode naissante, les hommes sensés de l'époque, les jugements sains virent qu'il y avait là toute une heureuse innovation et, bien qu'imparfaite, ils reconnurent l'idée bonne et s'attachèrent à son perfectionnement. Lafaye, Méry, Wenzel, Richter imaginèrent des instruments destinés à la pratiquer avec plus d'avantage. Le couteau de Richter pour l'incision de la cornée est encore celui employé aujourd'hui. L'instrument de Lafaye a été abandonné.

Le couteau de Richter représente un triangle isocèle, légèrement convexe à ses deux surfaces. L'instrument dont se servait Wenzel ressemble tout à fait à une lancette émoussée et redressée sur un de ses bords : ce dernier a eu long-temps la vogue, mais on lui a substitué celui de Richter, parce que son action est telle qu'il agit par une pression horizontale, et qu'il coupe mieux avec moins d'effort ; cependant, disons que la différence est légère entre ces deux instruments, bien qu'assez sensible pour justifier la préférence accordée au couteau de Richter.

Il n'est pas besoin d'autre instrument pour inciser la cornée. On pratique avec ce couteau une fente occupant le tiers, le quart plus ou moins de la circonférence de cette partie, cela était impossible avec le fer de lance de Daviel.

Depuis ces divers perfectionnements successivement apportés à l'opération par extraction, la méthode par abaissement avait un peu perdu de sa vogue, quand les inconvénients inhérents à la première opération frappèrent de nouveau les chirurgiens; le déplacement fut repris de son côté; Pott et Scarpa survinrent, et l'abaissement subit d'heureuses modifications.

Pott imagina une aiguille très fine, droite, avec laquelle il soutint réussir trois fois sur cinq. Scarpa employa, lui aussi, une aiguille d'une grande ténuité, mais il la courba et voulut qu'elle fût à vive arête sur sa concavité, et plane sur sa convexité ; il simplifia, régularisa l'opération de l'abaissement, et affirma qu'il obtenait des succès dans les quatre cinquièmes des cas. L'abaissement reprit faveur ; si bien qu'aujourd'hui les deux méthodes en sont encore à se combattre en Europe. En Angleterre et en Italie, l'extraction semble l'emporter ; en France, M. Roux pratique l'extraction ; d'autres chirurgiens préfèrent l'abaissement.

Toutes deux d'ailleurs sont singulièrement perfectionnées en tout ce qui concerne le manuel, et ces perfectionnements ont toujours été l'œuvre d'hommes notables dans la science. Ainsi, l'abaissement doit ses préceptes à Pott, Scarpa, Dupuytren. L'extraction revendique Lafaye, Richter, Roux. C'est en vain que les oculistes veulent leur part de ces découvertes ; ils les ont adoptées, mais elles ne leur appartiennent pas. Il faut reconnaître cependant qu'ils ont amené une assez grande quantité de petits perfectionnements parfaitement inutiles, quelques-uns inconnus, et qui méritent de l'être. C'est pour avoir avancé cette vérité quelque fois déjà, que nous nous sommes attiré des épithètes assez peu gracieuses de la part de ces messieurs ; cependant, on ne peut faire que ce qui est ne soit pas.

La discussion sur la valeur des deux méthodes, l'extraction et l'abaissement, sera par sa nature même éternelle ; car, d'une manière absolue, l'une n'est pas préférable à l'autre.

Il est des cas où l'abaissement convient mieux ; il en est où l'extraction a plus de chances de succès.

Chez les enfants, chez les sujets indociles, chez les sujets dont les yeux sont proéminents, susceptibles de s'enflammer avec facilité, il faut préférer l'aiguille.

Si le sujet est docile, lorsqu'il n'existe aucune complication, quand les yeux ne sont pas gros, saillants (cette dernière circonstance est importante ; car dans les yeux proéminents la rétraction des muscles sur le globe de l'œil suffit seule quelquefois pour amener l'évacuation des humeurs et faire vider l'œil complètement), l'extraction doit plutôt être mise en usage.

Quant aux résultats, de toute évidence ceux de l'extraction sont plus nets, plus francs. Cela se comprend ; on enlève le corps opaque. Par l'abaissement, on laisse ce corps pour être absorbé ; nécessairement il représente là un corps étranger, une sorte d'épine, cause de phlegmasies sourdes ; et d'ailleurs il arrive parfois que quelques lambeaux, quelques lamelles du corps vitré deviennent opaques, et il faut recommencer.

En résumé, l'extraction donne de meilleurs résultats quand elle réussit ; la pupille est plus nette, la vision meilleure. Mais cette opération entraîne des inconvénients, des dangers même plus graves, et qui ne laissent guère de ressources. Si l'œil se vide, il est perdu ; si la cornée devient opaque, la vision est détruite. Heureux quand l'œil ne se vide pas à sa suite ; et quand, réduit à l'état de moignon, l'œil, en perdant sa fonction, n'est pas le siége d'une difformité irrémédiable.

L'abaissement amène un résultat moins satisfaisant, mais ses inconvénients sont moins nombreux ; il est plus rare qu'il détermine la fonte de l'œil, et si la vision se trouve entravée après l'abaissement par quelques conséquences de l'opération elle-même, on peut y revenir.

Les précautions qu'exigent ces deux opérations sont loin d'être les mêmes.

Pour le déplacement, il est utile, indispensable même, de dilater la pupille au moyen des solanées ; car la pupille se resserrant à l'entrée de l'instrument, le corps opaque se trouverait en partie caché.

Pour l'extraction, la dilatation serait nuisible ; ce serait établir une circonstance prédisposante à la sortie des humeurs de l'œil.

L'abaissement se pratique, le malade étant debout, assis ou couché ; l'extraction ne se fait que couché ; dans l'abaissement, on peut presser l'œil ; toute pression doit être évitée dans l'extraction. La docilité du malade est inutile pour la première opération, le chirurgien est d'ailleurs plus maître de l'œil du malade, et cet œil ne peut se vider par des mouvements inconsidérés. Dans la seconde, il ne faut pas de mouvements, la réunion immédiate de la plaie devant être tentée ; cette dernière, en un mot, est plus délicate, plus minutieuse, plus difficile que l'autre.

En somme, plus on compare ces deux opérations, plus on se convainc qu'on ne peut parvenir à démontrer qu'il y en ait une absolument supérieure à l'autre.

Quant aux malades opérés et encore actuellement dans les salles, ils ont présenté quelque chose d'assez bizarre ; les deux sujets qui paraissent être dans les conditions les moins favorables, sont précisément ceux chez lesquels l'opération réussira le mieux.

La femme du numéro 2, dont nous avons parlé déjà, qui a éprouvé des phénomènes si singuliers, est guérie ; c'est à peine si l'œil gauche est encore un peu rouge.

Il est arrivé pour la femme du numéro 31, ce que nous avions prévu ; cette malade qui était dans de bonnes conditions, chez laquelle la cataracte était molle, a été prise d'une inflammation vive ; les grumeaux se sont agglomérés, et il faudra faire une seconde opération ; mais ce ne sera pas de sitôt ; il faut pour cela que toute trace d'inflammation ait disparu depuis long-temps.

Enfin il y a encore un bonhomme, au numéro 25, qui a beaucoup souffert dans les premiers jours, et chez lequel l'inflammation est tombée, et la vision rétablie.

Il nous en reste deux à opérer encore ; le temps s'est opposé tous ces jours-ci à ce que l'opération put être faite ; mais les malades le désirant vivement, ils vont être opérés aujourd'hui.

Nous rendrons compte des suites s'il survient quelque chose de particulier. PAJOT.

La CINQUIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle commence le *Traité des Maladies de l'Appareil urinaire*, et contient la plus grande partie des maladies des reins. Cette partie est traitée avec les plus grands développements, et offre un intérêt pratique des plus positifs.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 28 MAI 1844. (17e ANNÉE.) N°. 62. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant père.

Fièvre typhoïde grave. Complication de parotides. Médication expectante.

Au n° 6 de la salle Saint-Jean a été couché le nommé Roger (Joachim-Gabriel), âgé de douze ans, bijoutier.

D'une assez forte constitution; peau fine, blanche; cheveux noirs, tempérament lymphatique, né à Paris, vacciné, non variolé, malade depuis trois jours. Il a été pris, à ce moment, de céphalalgie violente, de douleurs de ventre, de bourdonnements d'oreilles, d'étourdissements, de saignements de nez; pas de diarrhée, plutôt un peu de constipation; fièvre assez forte. On s'est contenté pour tout traitement, chez lui, de lui donner des boissons adoucissantes, de lui mettre des cataplasmes sur le ventre, et de le tenir à la diète. Voici l'état que l'on constate le lendemain de son entrée à l'hôpital, où il fut apporté sur un brancard.

Visage assez animé, surtout aux pommettes; teinte jaune de l'ovale inférieur du visage; la vue un peu obscurcie; l'ouïe plus dure qu'à l'état normal. Etourdissements, éblouissements, tintements d'oreilles. Deux vomissements depuis son entrée. Pas d'épistaxis. Sentiment de faiblesse extrême. Chaleur et sécheresse de la peau. Langue blanche au milieu, humide; rouge et sèche à la pointe. Soif vive; anorexie. Pouls fréquent, peu développé, à 92-96 par minute. Ventre médiocrement développé, un peu tendu, douloureux à la pression, surtout dans la région iléo-cœcale, où l'on produit facilement du gargouillement, plutôt gazeux que liquide. Pas de toux, ni d'expectoration. Aucune douleur dans la poitrine, où l'auscultation et la percussion ne font reconnaître ni matité, ni râles d'aucune espèce. Les parents ont déclaré que l'enfant était sujet aux ophthalmies, et qu'il avait eu dans sa première enfance des glandes assez souvent engorgées sous le cou. Interrogé sur la cause de sa maladie, l'enfant rapporte le mal de tête dont il se plaint continuellement, aux efforts qu'il est obligé de faire dans sa profession pour souffler au chalumeau. Infusion de fleurs de mauve gommée; lavements émollients; diète.

Le lendemain, pouls à 96; céphalalgie toujours très violente: c'est le phénomène dont le jeune malade se plaint presque uniquement. Ventre douloureux à la pression, surtout dans le flanc droit. Depuis hier, il s'est déclaré un peu de diarrhée. Sentiment de faiblesse toujours très prononcé. Etourdissements tellement forts que le malade ne peut qu'à grande peine rester à son séant dans son lit. Lèvres sèches, rouges. Langue blanche au milieu, rouge à la pointe et sur ses bords, assez humide. Respiration libre. Le ventre et la partie inférieure de la poitrine, examinés avec soin, ne présentent aucune tache ni papule. Même traitement.

Le 7, trois jours après son entrée, persistance et même augmentation de la surdité. Un peu d'hébétude et de fixité dans le regard. Langue rouge, brune, sèche. Le malade ne se plaint que de la tête. Pas de toux ni d'expectoration. Pas de selles; la diarrhée n'a duré que deux jours. Pas de gargouillement aujourd'hui, même profond. Pas de taches rosées, ni de papules. Pouls à 96, petit, peu développé.

Le 9, un peu de délire s'est déclaré pendant la journée d'hier, et a persisté toute la nuit d'une manière assez intense. Ventre tendu, indolent, si ce n'est à une forte pression. Pas de gargouillement; pas de taches. Pouls toujours à 96, petit. Respiration toujours bonne, sans toux ni expectoration. Langue rouge, un peu brune; céphalalgie; surdité; obscurcissement de la vue, étourdissements, faiblesse. Trois selles depuis hier matin. Mauve sucrée; diète; lavements; cataplasmes sur le ventre.

Le 11, mêmes phénomènes du côté des organes des sens, surdité, hébétude. La céphalalgie paraît être un peu moins forte. Pas de toux. Depuis quelques jours, il n'y a eu ni nausées, ni vomissements. Deux selles. Langue toujours un peu sèche, rouge, moins brunâtre cependant que les jours précédents. Soif toujours vive; anorexie. Chaleur modérée de la peau, sans sécheresse ni sueurs anormales. Pouls à 92 96. Il est revenu dans le flanc droit un peu de gargouillement; mais le ventre n'est ni tendu, ni douloureux même à la pression. Gomme sucrée; eau de riz; lavements amylacés; diète.

Le 13. Depuis deux jours on s'est aperçu d'une légère rougeur et d'un peu de gonflement de la glande parotide du côté droit; un peu d'empâtement aussi du tissu cellulaire environnant. Cette partie est douloureuse à la pression, et le jeune malade ne peut, à cause de cette douleur, se coucher sur le côté droit. Langue toujours rouge, un peu plus humide que les jours précédents. Deux selles. Ni taches, ni papules sur le ventre. Encore un peu de surdité, principalement de l'oreille droite; l'hébétude du visage est moins prononcée que pendant les premiers jours. Lavements laudanisés, 6 gouttes; cataplasmes; diète.

Le 15, le délire est à peu près disparu, sauf pendant la nuit, pendant laquelle le malade est un peu loquace. La parotide droite est extrêmement tuméfiée; la peau est rouge, douloureuse; on ne sent cependant aucune trace de fluctuation. Persistance de la surdité. Pas de selles depuis hier. Ventre indolent, souple, non développé. Langue rosée, humide; peau de chaleur normale, sans sueur ni sécheresse. L'enfant dit avoir faim, et demande à manger. Pas de soif vive. Pouls à 88. Frictions sur la région parotidienne avec l'onguent mercuriel; cataplasmes; un bouillon coupé.

Le 16, trois selles dans la journée d'hier. La tumeur parotidienne est le siége d'élancements profonds et d'une douleur sourde continue; sensibilité vive au moindre contact. Elle paraît un peu moins tendue que la veille. Langue humide, rosée. Le pouls est tombé à 76 80. Chaleur modérée de la peau. Suspendre le bouillon; continuer les frictions mercurielles.

Le 18, la tumeur de la parotide droite a beaucoup diminué de volume; mais on s'est aperçu depuis hier d'un peu de gonflement et d'empâtement de la parotide du côté opposé. Du reste, l'état général du sujet se soutient bien; pas de diarrhée. Appétit; deux bouillons coupés. Frictions mercurielles sur la parotide gauche.

Le 22, révolution complète de la tumeur parotidienne droite; la tumeur commençant du côté gauche, n'a pas fait de progrès; état très satisfaisant du malade du côté des organes digestifs.

Depuis ce moment jusqu'aux premiers jours du mois de mai, où l'enfant sortit de l'hôpital complètement guéri, l'état des tumeurs parotidiennes fut de plus en plus satisfaisant, et la résolution en fut complète sans que l'on ait pu y constater de fluctuation.

— L'observation dont nous venons de donner les détails nous a paru digne d'intérêt sous plusieurs rapports. Aussi allons-nous présenter quelques réflexions sur les symptômes que nous avons été à même d'observer sur la marche et les complications de l'affection; puis enfin sur le traitement que M. Guersant a cru devoir mettre en usage dans cette circonstance.

Nous ferons remarquer que le jeune malade, bien que paraissant au premier abord d'une assez forte constitution, était d'un tempérament éminemment lymphatique, sujet dès ses premières années aux ophthalmies fréquentes, à l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou. De plus, la peau fine et blanche et un développement peu considérable du système musculaire. Toutes ces conditions réunies suffisaient amplement pour contre indiquer l'emploi d'une médication débilitante énergique, dont, au reste, l'intensité des symptômes ne faisait nullement une loi.

Les vomissements n'eurent lieu chez ce sujet que pendant les premiers jours; ils ne furent point abondants; il n'y en eut que trois; sous ce rapport, ce cas a donc été conforme aux cas ordinaires. Le plus souvent ce n'est, en effet, que dans le premier septenaire et même pendant les deux ou trois

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Tribulations du feuilleton. — Disette. — Grêle et sécheresse. — Ravages du polka-morbus. — Un projet singulier. — La monomanie du lavement. — Un lavement impossible. — M. Canard à la correctionnelle.

Tout n'est pas roses pour le feuilleton; il a aussi ses mauvais jours, et les plus mauvais de tous sont ceux où, après n'avoir pas perdu une minute des séances académiques, après avoir flâné dans les concours, dans les hôpitaux, partout enfin où s'assemble le monde médical. partout où retentit le bruit qui s'y fait, il arrive comme aujourd'hui à ce fatal lundi, sans rien trouver dans son bissac qui soit digne de vous — c'est à vous, cher lecteur, que ce discours s'adresse — alors que le compositeur impatient appelle la copie. Vous autres, heureux de ce monde, vous fréquentez les académies par distraction ou par plaisir; les concours n'ont d'autre intérêt pour vous que celui d'une lutte vaillamment engagée, les bruits du public vous arrivent et ne font qu'effleurer vos oreilles; des événements du monde médical, à moins que vous n'y soyez personnellement intéressé, vous ne prenez d'autre souci que celui d'une curiosité frivole; mais le malheureux feuilleton est obligé de recueillir, de noter, de se souvenir, de fureter, d'écouter aux portes, d'arracher les vers du nez à des gens infiniment trop discrets, de se tenir en garde contre les menteurs et les bavards, d'être constamment le notaire et le commissaire-priseur de tout ce qui se dit, se fait, s'agite, s'imprime, se débite et se colporte dans ce microscome tantôt tumultueux, tantôt calme et monotone, qu'on nomme le monde médical. Et quand après des efforts incroyables, le pauvre feuilleton se trouve acculé vers ce cruel lundi, pauvre comme un rat de feuilleton, secouant piteusement sa besace vide, vous ne lui demandez pas moins son contingent hebdomadaire; propriétaire indifférent et sans entrailles, vous n'exigez pas moins le prix de vos fermages, sans pitié pour les embarras et les peines du pauvre cultivateur, sans nul souci de l'abondance ou de la stérilité de la récolte et des mille accidents qui altèrent, diminuent ou font perdre la moisson. Eh bien, je vous le dis tout net, mon seigneur et maître, dépossédez-moi si vous le voulez, honteusement jetez-moi à la porte si tel est votre plaisir; mais, cette semaine, une grêle atroce a ravagé mes champs, une sécheresse horrible a flétri mes fleurs, a desséché mes fruits: impossible absolument que je paye mon terme.

D'ailleurs, à l'heure qu'il est, n'êtes-vous pas tous un peu plus ou un peu moins malades? La cruelle épidémie qui ravage Paris et la province ne vous a-t-elle pas aussi un peu atteints? Le *polka-morbus* n'a-t-il pas jeté sur vous son souffle contagieux? Oui, certes, et je vous vois depuis samedi dernier, que ce précieux journal vous a donné l'adresse d'un petit livre qui vous apprend à polker sans maître, je vous vois tous, jeunes et vieux, à répéter la pose gracieuse de la figurine qui se trouvait à la quatrième page (1). Usez-en discrètement, messieurs; soyez modérés dans le pas en arrière et surtout dans le coup de talon de la fin. J'ai vu les plus graves accidents être la conséquence de ce coup de talon trop vigoureux; entorses, luxations, hernies même. — Puisqu'il est impossible d'arrêter l'épidémie, faut-il du moins tâcher de le rendre moins funeste, et vous voyez ce que mon cœur contient pour vous de bonté et de tendresse.

— J'étais l'autre jour dans un salon où l'on me fit remarquer un petit vieillard à l'air soucieux et réfléchi, lisant avec attention quelques notes sur son agenda. Voilà un homme, me dit-on, qui depuis quarante ans marche vers la réalisation d'un projet dont vous ne devineriez jamais le but. C'est incroyable ce que cet homme a tenté de démarches pour le succès de son idée. Depuis quarante ans le succès s'évanouit sans cesse sans dissiper ses espérances. Mais approchons-nous de lui, et si vous voulez connaître une excentricité parisienne tout à fait inédite, dites-moi seulement ces trois mots de manière qu'il les entende: J'ai la colique. — Je craignais, je l'avoue, quelque mystification; mais rassuré par le lieu où je me trouvais, je m'approchai du vieillard et prononçai les mots sacramentels. Aussitôt le petit homme se lève avec précipitation et s'approche de moi en me disant: Vous êtes étranger, sans doute? — Je cherchai dans les yeux de mon ami ce qu'il fallait répondre et, sur un signe qu'il me fit, je répondis que j'étais de la province, en effet, venu tout exprès à Paris pour voir les merveilles de l'exposition, innocent mensonge qui me sera pardonné en faveur de l'anecdote dont je devais les prémices à mes lecteurs. Le bonhomme alors, avec une volubilité sans pareille et s'animant par degrés, me tint un long discours, dont j'ai retenu ceci qui est l'essentiel:

Vous êtes trois cent mille, dit on, dans ce moment à Paris; eh bien! il y en a deux mille qui béniraient mon nom si mon projet était exécuté. On trouve de tout à Paris, vous laisserez-vous dire; infâme déception, car il y manque la plus douce et la plus bienfaisante des choses: celle dont vous avez besoin dans ce moment. Vous avez la colique, dites-vous? Où trouverez-vous, s'il vous plaît, de quoi dulcifier et rafraîchir vos entrailles? Est-ce à l'hôtel? Vous n'oserez jamais demander l'instrument nécessaire, et d'ailleurs, chose incroyable, je connais plus de vingt hôtels qui n'ont pas de...... — Je fis un mouvement de surprise. — Oui, monsieur, plus de vingt et des plus fréquentés. Habitez-vous une famille amie? Une fausse vergogne vous empêchera de réclamer le remède à votre mal. Avec mon projet, plus de ces inconvénients. J'établis dans chaque arrondissement de Paris un *Clustorama* (prononcez *clys*) où les étrangers trouveront à toute heure ce qui est nécessaire à cet endroit, sous toutes les formes et d'après tous les systèmes. — Et là-dessus le petit vieillard se mit à m'énumérer tous les avantages de son projet; il passa ensuite aux bienfaits rendus par le remède inventé, dit Pline, par les cigognes, ce qu'il conteste formellement vu que cette conception a dû exiger un génie très élevé, et il termina par la description de tous les instruments anciens et modernes depuis la vessie et la canule d'Hippocrate, le boyau de bœuf des Brésiliens dont on a fait le clysoir, invention usurpée, comme il le prouve, jusqu'aux élégantes pompes de M. Charrière et autres, auxquelles le vieillard préfère l'instrument classique et respectable de nos bons aïeux. Il m'invita à aller voir sa collection, collection unique en son genre, qui renferme un ou plusieurs modèles de tous les appareils inventés depuis la création pour un certain usage, ainsi que tous les livres et dissertations publiés sur la matière et dont l'énumération est incroyable.

Bref, ce petit vieillard me parut atteint d'une monomanie encore inconnue des nosographes, qui pourront la décrire sous le nom de monomanie du lavement. En usez vous beaucoup, lui demandai-je un jour? Modérément, répondit-il; car si le grand Hoffmann et le célèbre Régnier de Graaf, dans leurs traités *de clysterium usu*, et *de clysterium usu saluberrimo*, ont beaucoup vanté ce remède, si Jean-Daniel Major a soutenu, dans son excellente et très érudite dissertation *de clysteribus veterum ac novis*, *Kiloniæ*, 1670, que l'homme vivrait cent ans s'il en usait tous les jours, j'ai lu aussi le très bon ouvrage de George Rodolphe Bœhmer, *de noxâ et abusu clysmatum*, Wittembergæ 1788, qui m'a rendu fort circonspect.

— A ce sujet, je ne puis me rappeler sans rire l'histoire arrivée à un médecin de mon village, qui recommanda à la femme d'un pauvre paysan malade de donner à celui-ci un lavement de son. Cette femme, qui n'en savait pas plus, remplit bravement la seringue de son tout sec et poussa, poussa jusqu'à en perdre haleine. Vains efforts! Rien ne passa, et fort heureusement. Mais à son arrivée, le lendemain, le confrère trouva la famille dans la consternation parce que le malade était bouché, disait-on, et autour de son lit le forgeron et le charron du village, qui infructueusement épuisaient leurs forces contre une résistance invincible. — Ceci doit vous apprendre, jeunes confrères ruraux, à ne jamais négliger d'entrer dans les plus petits détails auprès de vos

(1) Nous donnons au feuilleton, envers qui tout le monde devrait faire preuve de la même tolérance, le droit de rire même de nos annonces, tribut que nous payons bien malgré nous aux exigences et à l'avidité du fisc qui charge nos feuilles d'un impôt exorbitant.

premiers jours, que l'on observe ce phénomène. En général, aussi, ils sont peu nombreux. On les a vus cependant persister pendant plus long-temps, mais dans des cas excessivement graves, et le plus souvent terminés par la mort. C'est principalement chez les sujets chez lesquels on remarque au début de la constipation, que surviennent les vomissements. Il est important, disent les auteurs d'un ouvrage récent sur les maladies des enfants, de tenir compte de cette coïncidence de la constipation et des vomissements, coïncidence qui, dans certains cas, pourrait jeter du doute sur le diagnostic. C'est d'ordinaire, ajoutent-ils, dans les cas graves qu'on les observe.

Chez notre sujet, il y eut constipation au début de la maladie. Puis, sans que l'on eût mis en usage aucun évacuant, de la diarrhée survint, mais passagère, qui fit place au bout de quelques jours à une nouvelle constipation. Le peu de durée de chacun de ces phénomènes leur ôta donc ici toute leur valeur. C'est en général la diarrhée que l'on constate au début de la fièvre typhoïde, chez l'enfant. Rarement les évacuations alvines restent naturelles; mais quel que soit au début l'état des voies digestives, presque toujours la diarrhée finit par s'établir à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Il est extrêmement rare que la constipation persiste plus d'un septénaire, soit que la diarrhée soit spontanée, soit qu'elle soit provoquée par la médication évacuante, que l'on emploie fréquemment, on le sait, dans certaines formes de l'affection dite typhoïde. Une fois établie, la diarrhée persiste plus ou moins abondante pendant le reste de la maladie. Chez notre malade elle fut peu abondante, et céda, chaque fois qu'elle s'établit, à quelques lavements amylacés et laudanisés, et à l'usage de l'eau de riz. On n'observa point dans ce cas de selles involontaires. Cet accident n'arrive guère, il faut le dire, que dans les cas extrêmement graves, et lorsque les malades tombent dans l'adynamie. Cet état adynamique n'arrivant jamais que dans le second et le troisième septénaire, ce n'est jamais dans les premiers jours que l'on verra survenir les selles involontaires. C'est le plus ordinairement vers la fin de la maladie, quand la terminaison doit en être fatale, que cet accident se présente; et toujours il est tellement grave, que le pronostic doit pour cela seul être très inquiétant.

Les douleurs abdominales accompagnent quelquefois la diarrhée, surtout quand elle existe dès le début. Dans les cas analogues au cas actuel, c'est-à-dire lorsque la diarrhée est peu abondante, il est fréquent de n'en point constater. Nous voulons parler seulement des douleurs spontanées, non provoquées par la pression, ces dernières existant dans la grande majorité des cas et devant être rangées au nombre de phénomènes locaux dont l'existence est presque nécessaire pour que l'on puisse sûrement porter un diagnostic positif. Les douleurs abdominales spontanées se font sentir le plus habituellement dans la région de l'ombilic ou de l'épigastre, plus souvent encore dans la région de la fosse iliaque droite.

L'abdomen, quelquefois fortement tendu et développé, a conservé chez notre malade sa forme et son volume normaux. Il n'y a point eu de météorisme comme on en observe dans un assez grand nombre de cas. Disons, en passant, à ce propos, que dans les circonstances où on l'observe, ce n'est guère que du sixième au quinzième jour que le météorisme survient, et qu'il est très rare de le voir persister pendant tout le reste de la durée de la maladie. D'autres fois, mais dans les cas très graves seulement, le ventre se rétracte, se durcit, semble s'appliquer sur les intestins et les comprimer en quelque sorte.

Le gargouillement est encore un des phénomènes locaux les plus fréquents que l'on ait occasion de rencontrer dans l'affection typhoïde, surtout quand il existe de la diarrhée. Nié par quelques auteurs qui semblent ne voir dans l'affection typhoïde qu'une maladie générale, il nous a paru exister presque toujours dans les véritables fièvres typhoïdes. Nous avons pu le constater plusieurs fois chez le sujet dont nous avons donné l'observation. Ce qui a pu peut-être induire souvent en erreur à ce sujet, c'est qu'il est souvent nécessaire pour le produire d'exercer une assez forte pression sur les parois abdominales, et que la douleur que l'on détermine alors faisant pousser des cris aux enfants, on se sera borné à un examen superficiel. C'est dans les deux flancs, principalement dans la fosse iliaque droite que l'on constate ce gargouillement.

La langue, blanche d'abord et assez humide, est peu à peu devenue sèche et lisse, un peu brune, sans cependant devenir fuligineuse. Il est remarquable que dans l'affection typhoïde, la langue prend souvent, quand la maladie se prolonge, la coloration brune que nous signalons, en même temps qu'elle devient sèche. Que si l'on voulait rapporter la coloration brune et la sécheresse de cet organe à ce fait assez fréquent du reste, que les malades respirent souvent la bouche ouverte, nous pourrons faire remarquer, avec M. le professeur Rostan, que ce ne peut être la seule cause. En effet, qu'un sujet bien portant respire quelque temps la bouche ouverte, la langue se séchera, mais restera rosée. Il faut donc admettre que la coloration brune et la fuliginosité qui peut lui succéder dépendent de la nature spéciale de la maladie et non pas seulement de la respiration long temps prolongée par l'orifice buccal. Ce n'est que dans les cas très intenses que la langue, les dents et les lèvres se couvrent de la croûte fuligineuse noirâtre que nous venons de signaler. C'est aussi dans ces cas que l'on note la fétidité de l'haleine, dont on ne s'est point aperçu chez notre malade.

Pour en finir avec les phénomènes locaux tirés de l'examen des organes digestifs, nous dirons quelques mots de la soif et de l'appétit. La soif a toujours été vive; quant à l'appétit, que notre jeune malade nous a dit être nul, il ne faudrait pas, chez les enfants, attacher une grande importance aux signes qu'il peut fournir, les enfants, comme du reste beaucoup de malades que l'on rencontre en ville et dans les hôpitaux, disant souvent qu'ils ont de l'appétit dans l'espérance qu'on leur donnera des aliments à prendre. Ce n'est tout au plus que dans les cas où l'on a affaire à des enfants intelligents et dont on a été à même d'apprécier la véracité, que l'on doit mettre en ligne de compte les renseignements tirés des réponses aux questions qu'on leur adresse à ce sujet.

Les symptômes généraux n'ont pas moins d'importance pour le diagnostic que les symptômes locaux que nous venons de passer en revue. L'habitude extérieure, le faciès, fournissent de précieux renseignements. L'abattement, la coloration du visage, l'anxiété qui se peignent quelquefois sur les traits des malades doivent toujours être pris en considération.

La faiblesse, très grande chez notre malade, à tel point que l'on fut obligé de l'apporter à l'hôpital sur un brancard, peut souvent être mesurée par l'état du faciès. S'il n'est pas toujours très facile de l'apprécier au début, les troubles qui surviennent du côté du système nerveux tels que la céphalalgie, les étourdissements, les bourdonnements et les tintements d'oreilles peuvent aider à la reconnaître. Du reste, ce n'est guère que chez les sujets d'un certain âge que l'on peut constater ces troubles fonctionnels, la céphalalgie, par exemple, étant tout à fait impossible à reconnaître chez les sujets d'un âge très tendre. C'est en vain, disent les auteurs que nous avons déjà cités plus haut, que nous avons cherché à reconnaître la céphalalgie en secouant légèrement la tête de nos jeunes malades, ou en les voyant froncer les sourcils ou clore à demi les paupières. Dans vingt maladies différentes on voit les enfants grimacer quand on leur secoue la tête; dans vingt maladies différentes on voit clore à demi les paupières ou froncer les sourcils, sans qu'il soit possible d'invoquer la céphalalgie comme cause de ces phénomènes. Prenons-nous en donc aux faits que chacun peut constater, et laissant de côté les subtilités du diagnostic, reconnaissons que, dans bon nombre de cas, la céphalalgie est impossible à apprécier. Lorsqu'elle existe, elle a lieu d'ordinaire au début; sa durée est en général courte; elle disparaît du septième au dixième jour. Chez notre jeune malade, la céphalalgie a été pendant quelques jours le seul symptôme dont il se soit plaint. Il en rapportait la cause aux efforts qu'il était obligé de faire dans sa profession de bijoutier pour souffler au chalumeau en soudant les pièces de bijouterie. Chez lui, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles ont paru être très forts et ont duré assez long-temps.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Plaie de la face avec fracture de la base du crâne et des os maxillaires, produite par un coup de feu. Cicatrisation complète de la plaie. Mort survenue à la suite de symptômes cérébraux, dont la nature n'est nullement en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions anatomiques rencontrées à l'autopsie. Observation recueillie par M. MARTURÉ, aide de clinique.

Broucé, garde municipal, âgé de vingt-cinq ans environ, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, a été transporté au Val-de-Grâce le 15 décembre 1843, pour une plaie énorme de la face, résultant d'une tentative de suicide.

Ce matin même, ce militaire s'est tiré un coup de fusil. Le canon de l'arme était appuyé à la partie inférieure du menton. Le coup de feu a déterminé un délabrement considérable dans les parties molles de la face, qui forment plusieurs lambeaux déchirés et déjetés à droite et à gauche. Il y a en outre plusieurs fractures de l'os maxillaire inférieur et des deux maxillaires supérieurs dans leur portion palatine; la langue elle-même est déchirée, et offre vers sa pointe une perte de substance, peu étendue à la vérité. Cette blessure imprime à la face un aspect repoussant, et la mutilation est si grande, qu'un des chirurgiens-élèves présents n'a pu en supporter la vue, et a été pris de syncope.

Les camarades de Broucé, qui l'ont porté à l'hôpital, rapportent que la balle n'est pas entrée dans les tissus, et qu'elle est tombée à terre en frappant contre une surface osseuse qui lui a opposé de la résistance. Il n'y a plus d'hémorrhagie, mais le malade avait perdu une notable quantité de sang. Le blessé ne peut parler; il ne laisse exhaler aucune plainte, et paraît sous le coup d'une commotion générale très forte.

Aussitôt que Broucé a été couché dans un lit, M. Baudens a procédé au pansement. Des fragments osseux d'un certain volume, auxquels sont attachées plusieurs dents incisives et un grand nombre d'esquilles appartenant à l'os maxillaire inférieur, aux deux maxillaires supérieurs et au vomer, ont d'abord été extraits. Les pointes aiguës ont été réséquées avec la scie à chaînettes; puis les divers lambeaux des parties molles ont été nettoyés, ébarbés à l'aide de ciseaux pour enlever les parties mortifiées, rapprochés et réunis par plusieurs points de suture. Dans l'intérieur de la cavité buccale, au niveau du

---

malades, qui, malgré toutes vos précautions, commettront encore des bévues phénoménales.

— Puisque le sanctuaire d'Hippocrate ne nous offre aujourd'hui rien de neuf et de piquant, voyons un peu si nous ne trouverons rien dans le temple de Cujas.

Justement, voici un fait de police correctionnelle qui rentre tout à fait dans mon domaine, et que j'emprunte à un journal spécial.

M. Canard, rentier, âgé de soixante ans, demeurant rue des Vinaigriers, fait la pharmacie clandestine. Il vend à ses clients des onguents et de la poudre souveraine. Ce petit commerce l'a conduit sur les bancs de la police correctionnelle. Mais il se présente devant ses juges le front haut et avec la conscience d'avoir rempli un grand devoir.... à 1 franc 50 centimes le paquet.

M. le président. Vous savez, Monsieur, de quoi vous êtes prévenu?

M. Canard, avec exaltation. Je sais que je suis persécuté. C'est mon humanité qui fait de moi un martyr.

M. le président. Vous débitiez aux personnes qui s'adressaient à vous un onguent, de petits paquets de poudre?

M. Canard. De poudre souveraine.... C'est vrai....

M. le président. Et ce prétendu remède a fait mourir un sieur Planté, tailleur.

Le prévenu lève les épaules, et rit aux éclats.

M. le président. Cela n'a rien de plaisant... Le malheureux en est bien mort.

M. Canard. Quand on me l'a présenté, il souffrait depuis plus de vingt ans, et je l'ai mis en état de vaquer à ses affaires. Il est mort deux jours après, c'est vrai; mais sans ma poudre souveraine il serait mort bien plus tôt. Il aura fait quelque imprudence, il aura voulu se remettre trop tôt au travail; il se sera fracturé l'épine dorsale, voilà tout; mais accuser ma poudre souveraine, c'est un blasphème. A l'époque du choléra, elle a sauvé plus de quarante personnes de la maison du roi, et j'ai même adressé une pétition à Sa Majesté pour faire autoriser mon remède. Mais Sa Majesté n'a pas été assez puissante pour triompher de la rage de mes persécuteurs. L'Académie de médecine m'a repoussé.

M. le président. L'Académie de médecine a probablement eu de bonnes raisons pour agir ainsi; et vous, vous devez vous conformer aux lois de votre pays.

M. Canard. Je ne me charge que des malades qui sont abandonnés par les gens de l'art. Puis-je donc repousser les incurables qui viennent se jeter à mes pieds, et qui me supplient de les guérir? Ce serait de la barbarie.

M. le président. Chacun son métier, Monsieur, laissez les médecins faire le leur.

M. Canard. Je remplis un grand devoir d'humanité, je suis obligé d'écouter la voix de l'humanité.

M. le président. Cela ne vous empêche pas de vendre votre remède 1 fr. 50 c. la dose.

M. Canard. Je demande de l'argent aux personnes aisées, c'est vrai; mais combien de personnes n'ai-je pas arraché gratis au tombeau! Ma poudre a sauvé plus de cent mille personnes. Si j'avais été prévenu plus tôt, j'aurais pu faire venir ici la moitié de Paris pour déposer en ma faveur. A l'époque du choléra, j'ai fait des prodiges. Des personnes mortes depuis quatre heures, d'après l'opinion des médecins eux mêmes, je les ai rappelées à la vie. (On rit.) — Oui..., des personnes mortes depuis quatre heures et plus! Ma poudre est un remède infaillible contre tous les maux! C'est bien facile à comprendre. Où est le siége de toutes les maladies? Dans le sang; or, ma poudre épure le sang. Fournissez-moi une gale de quarante ans, je la fais disparaître. En effet, qu'est-ce qui donne la gale? C'est le sang. Prenez ma poudre; ce sang est épuré. Plus de gale! Donc....

M. le président. Vos intentions peuvent être bonnes, mais vous êtes en contravention formelle avec les règlements qui régissent la matière.

M. Canard. Tenez, dernièrement, un médecin de Chartres s'adresse à moi... un médecin! Il avait le pouls dur, la respiration oppressée, le sommeil.....

Le prévenu raconterait peut-être encore l'histoire de la cure du médecin de Chartres, si M. le président ne lui avait imposé silence pour entendre M. Chevalier.

M. Chevalier. M. le juge d'instruction m'a soumis les remèdes saisis chez M. Canard..... Il y avait un onguent dont la formule est au Codex; quant à la poudre, elle se composait de matières tellement réduites, tellement pilées, tellement menues, qu'il m'a été impossible d'arriver par l'analyse chimique à constater leur nature. Cette poudre a été envoyée à l'Académie de médecine, à laquelle M. Canard n'a jamais voulu soumettre sa formule; l'Académie de médecine n'a pas pu, plus que moi, obtenir un résultat. Si cette poudre se composait de substances minérales, on arriverait certainement à les analyser; mais elle se compose de substances végétales, et dans le cas qui se présente l'opération est beaucoup plus difficile. On peut seulement supposer qu'il entre dans la composition de cette poudre des graines oléagineuses, car le papier qui le contient est toujours marqué d'une tache d'huile.

L'un des défenseurs du prévenu. Je ne comprends pas que M. Chevallier prétende qu'on ne peut parvenir, en certains cas, à analyser des substances végétales.

M. Chevalier (souriant). Si M. l'avocat veut bien m'en indiquer le moyen, il aura rendu un grand service à la science. (On rit.)

Le défenseur. La science doit avoir d'assez puissantes ressources pour arriver à ce résultat.

M. Chevalier. Je vous félicite sincèrement de les connaître. Quant à moi, j'avoue mon ignorance (Nouvelle hilarité.)

M. le président. Le tribunal, monsieur Chevalier, rend pleinement justice à votre habileté et à votre zèle.

M. Canard, reprenant la parole *ex abrupto.* J'étais autrefois marchand de bois. C'est dans l'exercice de cette profession, et en soignant mes ouvriers malades, que je me suis convaincu de l'efficacité de ma poudre. Faites de moi tout ce que vous voudrez. Je porterai, si vous le voulez, ma tête sur l'échafaud; mais je soutiendrai jusqu'au bout que ma poudre est à bon droit nommée souveraine, que je suis un bienfaiteur de l'humanité, que.....

M. le président est encore une fois obligé d'ôter la parole à M. Canard, et de le faire asseoir.

On entend les témoins.

Madame Bibbasse, frangeuse. J'ai pris de la poudre de M. Canard, et je m'en glorifie. Il m'a préservée de la mort.

M. le président. Vous payez quelque chose à M. Canard?

Le témoin. Sans doute... 1 f. 50 c. par paquet, et je m'en glorifie toujours.

M. Jean Vidal, maçon. J'avais mal à la poitrine et à l'estomac; j'ai pris de la poudre de M. Canard; j'en ai fait prendre aussi à ma femme; j'en ai fait prendre à mon enfant.

M. Canard, du fond de l'auditoire. Un enfant qui était mort, qui était tout à fait mort.

Le témoin. Et nous nous portons maintenant tous les trois comme des anges.

M. le président. En avez-vous pris beaucoup, de cette poudre?

Le témoin. Nous en avons pris pour 450 fr. en tout (on rit), sans compter les emplâtres d'onguent sur la poitrine.

M. le président, à l'audiencier. Est-ce qu'il y a encore beaucoup de témoins?

L'audiencier. Oui, Monsieur le président..., quatorze, tous à décharge.

M. le président. Eh bien, assez de témoins comme cela... Ils ont tous été sauvés par le prévenu... Nous l'accordons.

Le tribunal, après avoir entendu M. l'avocat du roi de Ganjal, en ses conclusions, et la défense, présentée par Me Bougain, condamne M. Canard à 500 fr. d'amende et aux dépens.

M. Canard. C'est égal! Je suis un bienfaiteur de l'humanité.

Il a bien raison, M. Canard; c'est égal! Un seul client suffira pour payer l'amende; et de récidive en récidive, il arrivera, soyez-en sûrs, à une plus belle fortune que vous et moi.

Jean RAIMOND.

menton et des yeux, on a placé de petits gâteaux de ouate pour soutenir les parties molles et remplacer ainsi les fragments d'os enlevés, entre autres toute la partie moyenne de l'os maxillaire inférieur. Vers la partie inférieure de la plaie, on n'a pas fait de réunion, afin de laisser un pertuis pour l'écoulement des humidités et de la suppuration qui surviendra. Des morceaux de glace sont appliqués sur l'appareil, qui est fort léger.

La commotion générale s'est peu à peu dissipée, et aucun accident grave n'est venu compliquer la blessure. Comme le malade ne peut mâcher les aliments, on le nourrit avec du bouillon, des jaunes d'œufs, des loochs, des potions gommeuses, etc...

La cicatrisation des parties s'est effectuée d'une manière assez prompte, sauf le point le plus déclive de la plaie, qui n'a été entièrement fermé que vers le milieu du mois de janvier. On pensait qu'une grande difformité subsisterait après la guérison; mais les choses se sont passées différemment. La restauration s'est si bien opérée que la face est à peine difforme, et grâce à la barbe, que le malade laisse pousser, la physionomie n'a presque pas changé. La perte de substance éprouvée par les os et par la langue, fait que Broucé ne parle qu'avec difficulté, et que la mastication et les mouvements de la mâchoire s'exécutent avec beaucoup de peine.

Comme le blessé est aussi bien guéri que possible, et que le temps et l'exercice peuvent seuls rendre plus faciles la mastication et la parole, on demande pour Broucé un congé de convalescence.

Le malade restait à l'hôpital en attendant son congé, lorsque le 25 février il se plaignit d'éprouver depuis déjà quelques jours une céphalalgie assez vive et continue. On prescrivit des sinapismes aux cuisses.

Le 26, la céphalalgie persiste; elle est accompagnée d'un ralentissement considérable du pouls, qui n'a plus que 35 pulsations, et d'un affaissement général assez notable. On prescrit un pédiluve sinapisé et 15 sangsues à chaque apophyse mastoïde.

Le 27, on n'observe point d'amélioration. Vésicatoire à la nuque; potion avec sulfate de quinine, 0,5, et un pédiluve sinapisé.

Le 28, la céphalalgie est plus intense; pouls à 35 pulsations; le malade est dans un état de prostration très manifeste. Pédiluve sinapisé; sulfate de quinine, 0,5; lavement purgatif; vésicatoires à la partie interne des cuisses.

Le 29, la prostration est extrême; la céphalalgie toujours très vive; le pouls à 35 pulsations. Eau de Sedlitz. A neuf heures du soir, Broucé avait cessé de vivre. Notons que la céphalalgie, la prostration et le ralentissement du pouls ont été les seuls symptômes observés pendant la vie. Le malade n'a jamais offert le moindre trouble de l'intelligence; il n'a point eu de délire, même aux approches de la mort; aucun trouble non plus dans la myotilité ni dans la sensibilité, soit spéciale, soit générale; absence complète de paralysie, de convulsions, de contractures. Le blessé sentait très bien lors qu'on venait à pincer ou à piquer la peau de n'importe quelle région, et les fonctions de l'audition, de la vision, etc., s'accomplissaient normalement.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

A la base du crâne, tout à fait à la partie antérieure et droite de la lame criblée de l'ethmoïde, à droite et au-dessous de l'apophyse *crista galli*, la dure-mère se trouve, d'une part, entièrement décollée des surfaces osseuses, qui sont fracturées en cet endroit; et d'autre part, elle adhère d'une manière intime à la substance cérébrale, au niveau de l'extrémité du lobe antérieur droit. Dans ce point, cette membrane est modérément amincie; partout ailleurs, elle se présente a l'état normal. Les méninges ne sont le siége d'aucune autre altération.

On observe dans le cerveau des lésions remarquables. Le lobe antérieure du côté droit est ramolli dans toute son étendues. Dans quelques points, le ramollissement est porté si loin, que la substance cérébrale est réduite en une véritable bouillie blanchâtre. Toute la partie inférieure de ce lobe est occupée par un vaste foyer purulent qui s'étend, en arrière, au delà de la scissure de Sylvius, et communique avec la partie antérieure du ventricule latéral droit. Les parois de cet abcès sont tapissées par une membrane excessivement mince qu'il est impossible d'isoler de la substance cérébrale ambiante. Cette membrane est blanche, lisse, sans irrégularités ni aspérités, et sans vascularisation. Le foyer renferme dans sa cavité un pus sanieux, brunâtee, d'une odeur fétide. Ce liquide purulent existe aussi en grande quantité dans le ventricule latéral droit; on le retrouve encore dans le ventricule moyen, dans le ventricule latéral du côté gauche, et jusque dans le canal vertébral, où il remplace le fluide céphalo-rachidien.

Tout autour de l'abcès, la matière cérébrale ramollie offre diverses colorations; blanche sur certains points, elle est jaunâtre et verdâtre dans d'autres; en sorte qu'on rencontre ici les ramollissements blanc, jaune, verdâtre, signalés par quelques observateurs. A la périphérie du foyer, tout à fait à la partie antérieure du lobe, la substance cérébrale, loin d'être ramollie, présente, au contraire, dans une petite étendue, une induration très notable; dans ce point, la substance est entièrement noire, comme mélanique; elle est très résistante, et a la dureté d'un tissu de cicatrice; elle crie sous le scalpel comme un fibro-cartilage. La dure-mère a contracté, avec ce noyau d'induration, des adhérences que nous avons déjà mentionnées.

Dans une portion circonscrite de la face inférieure du lobe antérieur droit, la matière cérébrale a été complétement détruite et résorbée; elle manque totalement. Dans cet endroit ce sont les méninges qui forment la paroi du foyer purulent.

Le lobe antérieur du côté gauche n'est pas exempt d'altérations; il est le siége, sur sa face interne, d'un ramollissement brunâtre très avancé. Ce ramollissement, ou plutôt cette bouillie ne pénètre pas profondément dans l'épaisseur du lobe; elle est bornée à la superficie et a à peu près en surface le diamètre d'une pièce de 5 francs. Par sa face altérée, le lobe gauche est en contact immédiat et se confond même tout à fait avec le bord du côté opposé, de manière que ces deux lobes réunis vers leur partie supérieure et interne ont pour ainsi dire fait disparaître en ce point la scissure interlobaire.

Dans les autres parties le cerveau est sain; il a sa couleur et sa consistance normales; il n'offre ni sablé ni injection sanguine; rien dans le cervelet ni dans la moelle allongée.

On a inutilement cherché dans le cerveau et dans la cavité crânienne des corps étrangers, tels que bourre, balle, esquilles, qui auraient pu être portés dans cette région à la suite du coup de feu: on n'a rien trouvé.

A la base du crâne, à droite de l'apophyse *crista galli*, on remarque une fracture avec perte de substance intéressant la partie antérieure de la gouttière olfactive du côté droit et la portion voisine du coronal. Cette fracture se présente sous la forme d'une perforation arrondie et assez large pour qu'on puisse y introduire l'extrémité du petit doigt; elle fait communiquer directement la cavité crânienne avec la fosse nasale droite et avec la cavité du sinus frontal du même côté. Les bords de cette ouverture sont sans aspérités, sans saillies bien marquées. En plongeant les regards vers la fosse nasale à travers la perforation, on aperçoit un corps étranger suspendu dans le méat supérieur de cette cavité et arrêté en ce point par le cornet moyen situé immédiatement au-dessous. Le petit doigt ne peut atteindre ce corps, mais il a été facile de l'extraire avec des pinces: l'on a reconnu alors un fragment de balle tout déformé. Ce plomb, placé sur la perforation de la base du crâne et abandonné à lui-même est retombé par son propre poids dans la fosse nasale jusqu'au point qu'il occupait d'abord. La cavité orbitaire n'est point intéressée, quoique la balle soit en contact immédiat avec la lame de l'ethmoïde qui forme la paroi interne de cette cavité. Le fragment de balle, après avoir produit la fracture, peut être descendu rapidement par son propre poids jusque sur le cornet moyen, ou bien ce déplacement ne s'est effectué que successivement, et dans ce cas il aurait été favorisé par l'écoulement du pus au dehors.

Quant aux diverses fractures des os maxillaires, la réunion s'en est opérée partout. Les deux portions du corps du maxillaire inférieur se sont réunies en formant un angle assez aigu à la partie antérieure et moyenne. Cet angle remplace le menton. La consolidation s'est faite d'une manière très exacte et sans donner lieu à la moindre tumeur du cal. Cet os conserve encore trois molaires à droite: la première petite molaire de ce côté occupe la place de l'incisive médiane; à gauche, il n'y a plus qu'une seule dent, c'est une des grosses molaires.

La perte de substance éprouvée par les deux maxillaires supérieurs dans la partie moyenne de l'arcade dentaire et dans leur portion palatine antérieure a donné lieu à une large échancrure dont les bords bien cicatrisés n'offrent point d'aspérités ni de saillies notables. Il ne reste que quatre dents à la mâchoire supérieure: ce sont deux molaires de chaque côté. On constate en outre la destruction de la partie antérieure du plancher des fosses nasales, de la partie antérieure du cartilage de la cloison et d'une portion du vomer et des apophyses nasales des deux maxillaires supérieurs. Les os propres du nez sont intacts; enfin, dans la fosse canine du côté droit, un peu au-dessous du trou sous-orbitaire, existe une perforation de l'os malaire, ayant près d'un centimètre de diamètre et qui fait communiquer la cavité du sinus maxillaire avec l'extérieur.

— Le fait que nous venons de rapporter peut être le thème de nombreuses considérations. Nous nous contenterons d'indiquer les suivantes:

1° Quoique la plaie fût contuse au plus haut degré, la cicatrisation ne s'est pas moins opérée d'une manière très rapide. On sait que les plaies de la face guérissent avec beaucoup de facilité; mais ce qui a surtout contribué à une prompte cicatrisation dans le cas qui nous occupe, c'est le soin que l'on a eu de ramener dès l'abord une plaie compliquée à l'état de plaie simple, en enlevant les esquilles, en ébarbant les parties molles mortifiées, etc.

2° Les deux fragments du maxillaire inférieur se sont soudés l'un à l'autre, sans trace de cal et d'une manière tout à fait immédiate. Cette réunion osseuse par première intention est un point intéressant d'anatomie pathologique.

3° La cicatrisation n'a été nullement entravée dans sa marche par les lésions anatomiques dont l'encéphale était le siége.

4° La commotion a été le seul symptôme primitif observé du côté du cerveau, malgré la fracture de la base du crâne. Point d'accident de compression; ce qu'il faut sans doute attribuer à la libre communication entre la cavité crânienne et les fosses nasales, qui permettait l'issue du sang et du pus. Cette absence de symptômes primitifs graves est d'ailleurs un fait assez commun dans le cas de plaie de tête, même de plaies par armes à feu.

5° L'intégrité des facultés intellectuelles, de la myotilité et de la sensibilité générale et spéciale, se conservant au milieu de désordres anatomiques si profonds, ne peut s'expliquer que par la lenteur avec laquelle ces altérations se sont développées; et à cet égard l'observation de Broucé vient s'ajouter aux cas analogues qui existent déjà dans la science, cas dans lesquels le peu de gravité des troubles fonctionnels n'est point du tout en harmonie avec l'intensité et l'étendue des lésions que l'on rencontre à l'ouverture des corps. Il est difficile, néanmoins, de trouver un exemple plus frappant que celui-ci de ce défaut de rapport entre les symptômes et les lésions cadavériques. Peut-on soupçonner, en effet, une désorganisation pareille du cerveau quand elle ne se traduit au dehors que par ces trois phénomènes: céphalalgie, ralentissement du pouls et prostration?

BIBLIOGRAPHIE.

Analyse physiologique de l'entendement humain d'après l'ordre dans lequel se manifestent, se développent et s'opèrent les mouvements sensitifs, intellectuels, affectifs et moraux, suivie d'exercices sur divers sujets de la philosophie; par J.-C. Collineau, D.-M., membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Un vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière; 1843.

Pascal a dit: « Il est dangereux de trop faire voir à l'homme combien il est égal aux bêtes, sans lui montrer sa grandeur. Il est encore dangereux de lui faire trop voir sa grandeur sans sa bassesse; il est encore plus dangereux de lui laisser ignorer l'une et l'autre. » Cette pensée, profonde comme toutes celles de ce grand génie, implique la nécessité de la philosophie, justifie et légitime les efforts de ceux qui s'en occupent. La philosophie est d'ailleurs un penchant, j'oserais dire un instinct nécessaire de l'organisation humaine. Aussitôt que la pensée a pu formuler la réalité de son existence, aussitôt que l'homme comme être intelligent et pensant a pu par la parole, par l'écriture, par une manifestation quelconque traduire les impressions qui venaient frapper son intellect, on a vu apparaître deux idées, deux principes en opposition flagrante; et ces deux idées, ces deux principes nés pour ainsi dire avec l'intelligence humaine, datant de l'enfance de la sociabilité, ont traversé tous les âges, tous les peuples, toutes les littératures, toutes les religions, et se présentent encore aujourd'hui aux réflexions du philosophe avec leur éternelle jeunesse d'intérêt, de poétique et mystérieuse inquiétude; de foi ardente ou de doute pénible, de sombre découragement ou de sublime espérance. Ces deux idées sont celles de l'esprit et de la matière, de l'âme et du corps, d'une substance impérissable et éternelle, et de son enveloppe périssable et passagère. Ces deux idées sont le principe et la fin de toute philosophie, vers elles convergent toutes ses diverses parties après y avoir pris leur point de départ, elles en sont comme la source et l'embouchure.

Cette pensée de Pascal que nous citions tout à l'heure, peut être regardée comme une sorte de programme complet d'un traité de philosophie. C'est pour ne l'avoir pas suivi que cette science s'est égarée dans un dédale de spéculations pures, de théories et de systèmes sans fondement dans la nature réelle de l'homme. A quoi cela tient-il? Précisément à ce que cette étude de l'homme a été presque toujours et fort malheureusement scindée en deux parties. Ceux qu'on est convenu d'appeler spécialement philosophes ont coupé en deux l'admirable programme de Pascal; ils n'ont voulu montrer à l'homme que « sa grandeur sans sa bassesse. » Aux physiologistes purs est échu en partage, et malheureusement ils s'en sont contentés, le rôle de faire voir à l'homme « combien il est égal aux bêtes. » Cette séparation a été fatale aux deux sciences. La philosophie sans la physiologie est une science incomplète et stérile; celle-ci sans celle-là perd intérêt et grandeur.

C'est aussi ce qu'a très bien compris l'auteur de l'ouvrage que nous avons sous les yeux. Médecin instruit et distingué, il a cherché à porter dans l'étude physiologique de l'homme les méthodes sévères d'observation et d'analyse indispensables aux études physiologiques. Il a voulu, pour son compte, protester contre l'abandon que les médecins ont fait des études philosophiques; il professe qu'eux seuls peut-être sont aptes à élucider ces grandes questions, parce qu'à eux seuls la nature de l'homme paraît dans son intégrité, dans sa grandeur comme dans sa bassesse. « La psychologie, dit-il dès les premières lignes, fait partie de l'histoire naturelle de l'homme, et dès lors, elle entre comme élément dans le domaine des sciences médicales. » C'est aussi à la psychologie proprement dite qu'est consacrée la plus grande partie de cet ouvrage, c'est-à-dire à l'étude des actes et des facultés de l'entendement.

Le caractère spécial et entièrement pratique de ce journal ne nous permet pas d'aborder l'examen de cette œuvre remarquable et consciencieuse. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que nous avons lu ce volume avec un plaisir infini, que nulle part, et surtout dans les ouvrages des philosophes en titre, nous n'avons vu ces sujets obscurs et difficiles traités avec la même lucidité, la même méthode sévère, avec le même style net, limpide et d'excellente école, et que pour la solidité du fond comme pour la sagesse et la pureté de la forme, il nous a rappelé l'ouvrage célèbre de Laromiguière.

M. Collineau, ne manquera-t-on pas de nous demander, propose-t-il un système nouveau, une classification nouvelle? Est-il spiritualiste ou matérialiste? C'est précisément dans l'examen de ces questions que nous ne pourrions entrer sans rompre les habitudes, sans nous éloigner du but de ce journal. Cependant, pour ne pas les laisser absolument sans réponse, nous allons indiquer ici, sous forme de propositions, les principes d'après lesquels l'auteur a conçu et exécuté son ouvrage. Une longue analyse n'en donnerait pas une meilleure idée.

Tout ce que nous pouvons voir, apercevoir ou concevoir, est mouvement cause ou conséquence du mouvement. Tout corps est mobile, soit dans sa totalité, soit dans ses parties, soit dans ses éléments. Il n'y a donc pas de repos absolu; car le corps, qui tend au repos comme masse, tend au mouvement par ses parties constituantes élémentaires. Le mouvement est attractif ou répulsif, et essentiellement communicable.

Le mouvement dans certaines conditions, et surtout dans les corps organisés vivants, porte en lui-même la disposition à se reproduire spontanément, ou du moins par l'effet de causes si simples ou si éloignées, qu'elles échappent à tous nos moyens d'investigation et d'analyse. Le mouvement organique qui se continue ou qui se règle de lui-même, après l'action d'une première cause, est la source des habitudes et de la mémoire.

Le mouvement qui se manifeste dans un corps ou dans une partie, sans communication extérieure évidente, mais en vertu de la composition de ce corps et des rapports établis entre ses composants, ou plutôt encore par un effet plus ou moins immédiat, plus ou moins éloigné de la cause qui a déterminé cette composition et ces rapports; ce mouvement, disons-nous, est, à quelque degré que ce soit, un mouvement vital ou un acte de vitalité. S'il est attractif, c'est un mouvement de composition; s'il est répulsif ou excentrique, relativement aux molécules ou aux parties déjà rapprochées et combinées, c'est un mouvement de décomposition. Ainsi le mouvement vital même n'est qu'un passage de la mort a la vie, ou de la vie à la mort, un changement de propriétés, de position et de formes; il commence déjà dans les corps inorganiques; il se développe et se caractérise davantage à mesure que l'organisation se complique.

En thèse générale, la nature, dans tous ses actes de composition, procède par degrés insensibles; elle ne fait pas de saut. D'où il suit nécessairement que ses actes sont constamment liés; qu'ils sont tous en rapport de nature avec leur cause et avec leurs conséquences immédiates, et que, dans leur origine, dans leurs transitions, dans leurs terminaisons, ils échappent à tous nos moyens de recherche. De là encore cet axiome philosophique: *La cause doit renfermer tout ce qui est dans l'effet.*

Il n'y a point de démarcation réelle entre le mouvement et le repos, entre les solides et les fluides, entre l'esprit et la matière, entre l'action nerveuse et le sentiment organique, entre l'idée et la pensée, etc., considérés en général, et il vient toujours un moment où nos distinctions, nos divisions, même les plus utiles, ne doivent être regardées que comme des créations de l'intelligence.

Il n'y a pas d'effet sans cause, ou en d'autres termes, rien ne se

fait de rien. Quelque chose existe, donc quelque chose a toujours existé et existera toujours. Tout enchaînement de causes et d'effets suppose un fait primitif. Ce premier fait, cette cause première de toutes les existences et de toutes les manières d'être, est le principe de la vie universelle.

Aucun sentiment, aucun instinct, aucune intelligence ne se manifeste pour nous que dans certaines conditions d'organisation de la matière. Dans nos conditions d'existence, l'esprit ne se manifeste pas sans la matière, ni la matière sans l'esprit, ou sans une cause de mouvement. Nous pouvons donc les regarder comme inséparables, et supposer qu'il y a dans l'esprit des dispositions propres à former et à organiser la matière, et dans la matière organisée les dispositions propres à développer et à manifester l'esprit par des actes sensibles.

Par ces principes, il est facile de voir, si nous ne nous trompons, que l'ouvrage de M. Collineau est une exposition nouvelle de la philosophie de Locke et de Condillac, c'est-à-dire, à notre avis, de la philosophie du bon sens et de l'observation.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur la racine de cohate, nouveau médicament diurétique par M. ARNOZAN, pharmacien à Bordeaux.

Le rhizôme du cohate, fourni par un végétal de la famille des graminées, offre, comme les souches des monocotylédonées, des divisions nodiformes rapprochées et contournées; il présente quelques débris de feuilles radicales, des fibres épaisses et charnues; sa couleur extérieure, d'un brun rougeâtre, semble dénoter qu'il a dû croître dans un terrain ferrugineux. La plante elle-même s'élève à peu près à la hauteur de l'homme, et se trouve quelques pas en avant des lisières des bois épais.

Mâchée et tenue quelque temps dans la bouche, cette racine, d'abord insipide, manifeste une saveur aromatique qui provient de son écorce. M. Arnozan a eu l'occasion d'en examiner d'anciennes et de récentes, et ces deux qualités lui ont présenté les mêmes caractères.

En examinant les échantillons de cohate sous le rapport qualitatif seulement, ce pharmacien y a trouvé de la gomme ou matière muqueuse, de l'amidon, une substance cireuse, insipide, soluble seulement dans l'alcool à chaud, et une matière résinoïde, possédant la couleur de la racine même, et une saveur manifestement aromatique; c'est cette dernière substance qu'il considère comme le principe actif de la racine.

En examinant comparativement les résultats de divers traitements par l'eau à froid et à chaud, par l'alcool et l'éther, la décoction seule lui a semblé réunir les qualités indispensables à un médicament efficace, tant par la possibilité d'être administré facilement que par l'avantage d'être chargé de tous les principes actifs de la racine. C'est, du reste, le mode populaire suivi pour l'emploi de ce remède à la Havane, où l'on en fait boire la décoction sous forme de tisane.

Au rapport de plusieurs personnes qui ont été témoins de l'usage de cette racine dans l'île de Cuba, le cohate jouit de propriétés diurétiques qui semblent plus prononcées chez lui qu'elles ne le sont ordinairement dans les racines des autres végétaux de la même famille; aussi est-il très vanté toutes les fois qu'il s'agit de combattre des affections œdémateuses; il est même considéré comme le seul remède que l'on puisse employer d'une manière efficace pour les nègres venant de la côte d'Afrique, et qui sont pour la plupart hydropiques au moment de leur arrivée; et son emploi est si habituel, surtout sur les habitations, que les colons en ont constamment en provision et le cultivent dans ce but.

M. Arnozan rapporte qu'il y a quelques années, une femme qui s'occupe, près de Bordeaux, de la culture et de la récolte des plantes médicinales pour les besoins de la pharmacie, reçut une certaine quantité de cette racine récente pour tâcher de la cultiver. La tentative ne fut pas couronnée de succès; mais la femme, qui connaissait les propriétés thérapeutiques du cohate, en fit prendre de la tisane à une malheureuse hydropique, qui en éprouva une grande amélioration. Cette malade recourut pendant trois ans à son usage, et toujours avec un avantage bien évident.

Depuis la communication faite par M. Arnozan à la Société de médecine de Bordeaux sur les propriétés du cohate, M. le docteur Pereyra a donné une tisane préparée avec deux grammes de cette plante pour deux litres d'eau réduite à la moitié, à un homme atteint de maladie du cœur, et présentant une leucophlegmasie très intense, et l'effet diurétique du nouveau médicament a été puissant.

(*Journ. de Méd. de Bord.*)

Substitution de l'huile d'œillette à l'huile de foie de morue; par M. le docteur F. DUBOIS, de Tournay.

L'huile de foie de morue figure à bon droit aujourd'hui parmi les agents médicamenteux les plus précieux que le thérapeutiste puisse mettre en usage. Mais, malheureusement, cette substance est rare dans quelques localités; son prix n'est pas à la portée de la classe indigente qui en a le plus fréquemment besoin, et bien que les jeunes sujets la prennent souvent sans répugnance, surtout si l'on a apporté quelques précautions dans l'administration des premières doses, sa saveur et son odeur n'en sont pas moins repoussantes.

Ce serait donc un véritable bienfait pour l'humanité que la découverte d'une autre substance qui, sans offrir ces graves inconvénients, posséderait néanmoins les mêmes propriétés, présenterait le même degré d'efficacité. C'est à cette recherche que s'est livré M. Dubois, et il a proposé de lui substituer l'huile d'œillette.

Cette dernière huile, connue aussi dans le commerce sous la dénomination d'*huile blanche*, et qui, comme on le sait, est extraite par expression des semences du pavot somnifère, particulièrement du pavot noir, est douce, bonne à manger, et ne participe en rien des propriétés narcotiques de la capsule; elle est souvent mêlée ou même substituée à l'huile d'olives.

C'est donc, ainsi qu'il vient d'être dit, cette huile que M. le docteur F. Dubois a employée, non qu'elle possède, suivant lui, plus de vertus que toute autre espèce, mais parce qu'elle se rencontre partout, qu'on peut se la procurer à bas prix, et qu'enfin elle est facile à prendre.

M. Dubois l'a prescrite à des malades de la classe indigente, continuant à habiter des réduits obscurs et mal aérés, et se nourrissant de mauvais aliments, de sorte que les résultats obtenus n'ont pu dépendre que de sa seule influence. Il fait seulement une remarque importante pour ceux qui voudraient vérifier ses expériences; c'est que le rachitis et les accidents scrofuleux sont beaucoup plus rebelles en hiver qu'en été, et que, par conséquent, il convient de n'entreprendre, autant que possible, le traitement de ces affections que pendant la durée de la belle saison.

M. Dubois a déjà recueilli quatorze observations de rachitis, et dix de maladies strumeuses diverses, dans lesquelles les sujets ont été soumis par lui à l'action de l'huile d'œillette, et assurément, dans plusieurs de ces cas, spécialement dans ceux de rachitis et de carie scrofuleuse, on n'aurait pu retirer des résultats plus avantageux de l'emploi de l'huile de foie de morue. Il la fait prendre d'abord aux enfants à la dose d'une demi-cuillerée ou d'une cuillerée à bouche, matin et soir, et il augmente cette dose progressivement. Comme on le voit, ce mode d'administration ne diffère point de celui de l'huile de foie de morue.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

Sur la vertu fébrifuge de la variolaire discoïde; par M. le docteur DASSIER, de Toulouse.

M. le docteur Dassier s'est livré à quelques essais sur l'emploi de la variolaire discoïde (*Variolaria amara* d'Acharius) dans le traitement des fièvres intermittentes, et il en a retiré des avantages assez marqués. Voici la manière de l'administrer suivie par lui, et les précautions qu'il a trouvées utiles avant de recourir à son emploi.

Lorsqu'un individu, dit-il, se présentait dans notre service d'hôpital avec des accès de fièvre, il était d'abord soumis, pendant trois ou quatre jours, à une diète sévère. Quand les accès n'étaient pas sous l'influence d'une altération organique appréciable, on prescrivait le remède à la dose de 5 ou 6 décigrames dans l'intervalle des accès et sous forme pilulaire comme la plus facile et la plus convenable, car la variolaire est douée d'une amertume excessive. Dans la fièvre quotidienne, douze heures après la crise; et dans la fièvre quarte, 6 décigrammes en poudre étaient donnés dans le premier jour d'apyrexie, et quatre dans le jour qui précédait l'accès. La diète était une condition formelle de la guérison. Ce moyen n'a pas toujours produit une guérison radicale; mais il a constamment été suivi d'une modification heureuse dans les symptômes, surtout dans la fièvre quotidienne, qui n'a jamais résisté à son emploi.

Toutefois nous devons ajouter que M. Dassier est bien éloigné de penser que ce végétal indigène puisse dans tous les cas remplacer le sulfate de quinine; il affirme seulement que, dans des cas simples, ce fébrifuge, dont l'action n'est jamais nuisible sur aucun organe, pourrait suffire, et qu'il peut devenir très utile toutes les fois que les sels de quinine sont restés infructueux.

La variolaire stimule seulement l'estomac en réveillant l'appétit, et resserre quelquefois le ventre. Sa poudre, d'après M. Barreau, exercerait une action un peu irritante sur les amygdales et sur les glandes salivaires; mais, suivant M. Ressayre, cette action n'aurait lieu qu'avec l'administration du remède en poudre, parce qu'alors des parcelles de substance s'arrêteraient sur les parois de la bouche et dans le fond du gosier; or, on conçoit que cet inconvénient disparaît complétement lorsqu'on donne le remède sous forme de pilules, ou seulement si on a le soin d'envelopper la poudre dans un morceau de pain azyme légèrement humecté d'eau.

(*Ann. de la Soc. de méd. de Toulouse.*)

Dragées de copahu.

Tous les praticiens savent combien de difficultés on éprouve à faire prendre l'oléo-résine de copahu aux sujets même les moins délicats en fait de médicaments. En effet, non seulement la saveur de cette substance est des plus repoussantes, mais encore l'action produite par son contact immédiat sur la membrane muqueuse de l'estomac détermine souvent des contractions subites de cet organe, et par suite le prompt vomissement de tout ce qui vient d'y être introduit. C'est donc rendre service aux thérapeutistes que de leur faire connaître un mode d'administration qui a pour résultat de parer à ce double inconvénient. Ce mode est celui qui a été proposé par M. Fortin, pharmacien, et il consiste dans la préparation suivante :

Pr. Copahu pur,	30 grammes.
Magnésie calcinée,	12 décigrammes.

On forme, avec ces deux substances, un mélange exact qui, au bout de vingt-quatre heures, peut être divisé en suixante-douze parties que l'on roule entre les doigts.

On les recouvre ensuite de gomme et de sucre; on prépare pour cela : 1° une eau de gomme arabique contenant le tiers de son poids de gomme; 2° du sucre en poudre.

Pour procéder, on met les pilules de copahu dans une bassine étamée, de forme ronde; on verse un peu d'eau de gomme pour humecter, on ajoute du sucre en poudre, puis on remue la bassine en tout sens pour recouvrir toutes les parties des pilules de sucre. On réitère trois fois la même opération, puis on porte dans une étuve chauffée à 25° les produits enrobés de sucre, après les avoir préalablement disposés sur un tamis de crin.

Il est indispensable de noter ici que, pour enrober les pilules, la bassine dans laquelle on opère doit être portée à une température de 15 degrés.

On peut enrober de la même manière des pilules seules avec des poudres et un mucilage, et, par ce moyen, faciliter singulièrement l'ingestion de certains médicaments dont l'odeur ou la saveur excite en général la répugnance de tout le monde, par exemple, de la créosote, de l'asa-fœtida, de la valériane, etc. (*Journ. de Pharm. et de Chim.*)

NOUVELLES.

La Société impériale et royale de Vienne (Autriche) vient de nommer membres étrangers MM. les docteurs Aug. Bérard, Malgaigne, Longet, Gendrin, Gruby et Otterburg, avec l'approbation impériale.

— M. PAJOT commencera son cours d'accouchements pour les sages-femmes le samedi 1er juin, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la rue du Paon, n° 8. On s'inscrit tous les jours de onze heures à midi, rue de Vaugirard, n° 35.

La CINQUIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle commence le *Traité des Maladies de l'Appareil urinaire*, et contient la plus grande partie des maladies des reins. Cette partie est traitée avec les plus grands développements, et offre un intérêt pratique des plus positifs.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 MAI 1844. (17e ANNÉE.) No. 63. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 29 MAI 1844.

Le public assez nombreux qui était venu à la séance de l'Académie de médecine, attiré probablement par l'annonce d'une discussion sur l'ophthalmologie, a été singulièrement trompé dans son attente. De cette discussion, pas un mot n'a été dit; mais en revanche, le public a pu assister à une de ces séances tumultueuses, confuses, stériles, dont il était bien désirable qu'en faisant maison neuve l'Académie perdît la tradition. Chose à remarquer : c'est M. Gerdy qui avait provoqué et engagé la bataille sur l'ophthalmologie, c'est M. Gerdy qui a distrait l'Académie de son ordre du jour et attiré l'attention sur un ordre d'idées tout différent. En peu de mots, expliquons la chose.

Il y a quelques séances, l'honorable M. Cornac, mu par des sentiments dont aucun médecin français ne peut contester ni la légitimité, ni l'opportunité, fit une proposition tendant à placer le buste de Dupuytren dans la salle des séances de l'Académie. La compagnie accueillit avec faveur la demande de M. Cornac. Il s'agissait hier, pour se conformer à un article formel du règlement, de nommer une commission chargée d'examiner la proposition de M. Cornac. L'ordre du jour avait été annoncé dès la séance précédente, et nulle opposition ne s'était manifestée. Hier encore, le président rappelle le but spécial de la convocation; personne ne dit rien; les votes furent recueillis, et c'est au moment même où le scrutin allait être dépouillé, que M. Gerdy demanda la parole.

Que voulait donc M. Gerdy? Dans une allocution assez confuse, assez embarrassée, qui manquait de cette vigueur de forme et de ces allures décidées ordinaires à l'orateur, en s'enveloppant de toutes sortes de précautions oratoires, il a néanmoins trop clairement laissé voir que cet hommage, demandé pour la mémoire de Dupuytren, était pour lui une idée importune et chagrine. Il a imaginé, contre ce vote individuel fait en faveur d'un homme, une argumentation fort singulière dont on pouvait prévoir le but, mais non assurément la valeur. Il a craint qu'un vote trop limité, trop personnel, n'exposât la mémoire des membres décédés à un refus possible, et il a demandé qu'avant d'aller plus loin, et sans tenir compte de la proposition faite, l'Académie avisât, par la nomination d'une commission spéciale, à déterminer une marche générale pour toutes les propositions de ce genre sur lesquelles elle voterait en masse. D'ailleurs, a-t-il ajouté, l'antériorité de la mort doit être un titre à l'antériorité des hommages; et Laënnec, par exemple, qui rappelle tout ce qu'il y a de plus grand dans la médecine contemporaine, Laënnec, mort avant Dupuytren, doit recevoir avant lui les honneurs qu'on sollicite.

A cette argumentation, M. Roux, et nous l'avons vu avec peine, est venu prêter l'appui de sa parole. En aucune autre circonstance même, nous n'avions vu l'honorable chirurgien aussi véhément et aussi énergique; on aurait dit, et probablement se serait-on trompé, qu'il partageait, contre la grande réputation chirurgicale de notre époque, cette animosité manifestée par M. Gerdy dans des occasions plus solennelles encore. Pour notre compte, nous interprétons différemment cette opposition de M. Roux; nous la croyons puisée dans un sentiment filial envers la mémoire de Boyer, dont il fut le gendre; et, quoiqu'il ne se soit pas expliqué à cet égard, nous croyons qu'il a été affligé de voir l'Académie oublieuse de la renommée et des services du célèbre chirurgien de la Charité. Puisque M. Gerdy parlait des droits que donne l'antériorité de la mort aux honneurs académiques, il a voulu revendiquer ces droits pour celui qui fut son maître, et auquel il fut uni par les liens de famille. Le caractère loyal et généreux de M. Roux ne permet pas de donner d'autres motifs à son opposition.

Quoi qu'il en soit, une discussion des plus confuses, et néanmoins des plus animées, s'est élevée à cet égard. Chacun des orateurs habituels de l'Académie a voulu dire son mot, et la question, de très claire qu'elle était, est devenue on ne peut plus embrouillée. Ajoutons que les formes polies, l'extrême courtoisie et le respect de M. le président pour le droit de libre discussion, l'empêchent souvent de rappeler à la question les orateurs qui s'égarent; ceux ci s'en donnent à cœur-joie, et éternisent les discussions les plus simples. De quoi s'agissait-il, en effet, dans celle-ci? De savoir si la proposition de M. Cornac était régulière, et si le bureau avait agi conformément au règlement. Or, rien n'était plus clair; M. Cornac et le bureau étaient dans les termes formels du règlement, et toute proposition incidente devait être écartée. Un président moins scrupuleux sur les égards qu'ils croit devoir à ses collègues, eût fermement maintenu l'ordre du jour, auquel on n'est revenu qu'après une heure et un quart de discussion pénible, et grâce aux efforts de MM. Dubois (d'Amiens), Caventou et Gueneau de Mussy. La proposition de M. Gerdy a été écartée : le scrutin a été validé, et la proposition de M. Cornac, soumise à l'appréciation d'une commission, passera donc par toutes les épreuves réglementaires.

Après cet orage peu scientifique, peu instructif et infiniment trop prolongé, M. Pariset a dédommagé l'assemblée par un rapport plein d'intérêt sur le scorbut des Arabes, à l'occasion d'un travail présenté par M. le docteur Lachèze. Nos lecteurs trouveront ce rapport tout entier dans notre compte-rendu de la séance, et ils y reconnaîtront les qualités littéraires et l'instruction variée qui caractérisent les productions du célèbre secrétaire-perpétuel de l'Académie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De la guérison de l'hydrocèle par l'injection iodée.

Aux nos 24, 28 et 38, sont couchés trois hommes portant chacun une hydrocèle, qui feront l'objet de quelques considérations sur la méthode de traitement que nous opposons à cette maladie.

Ces hydrocèles présentent entre elles des nuances, tant dans la manière dont elles se sont développées, que dans l'aspect que revêt actuellement l'affection. Chez le 24, la tumeur, au dire du malade, se serait montrée il y a un an environ. Cet homme aurait séjourné dans un hôpital, où deux fois la ponction aurait été mise en usage, des topiques émollients et résolutifs auraient successivement été employés après ces opérations. Il faut, de toute nécessité, qu'il y eût alors quelque chose de particulier que nous ne pouvons saisir aujourd'hui; car autrement nous ne comprendrions pas que l'opération tout entière de l'hydrocèle, c'est-à-dire la ponction et l'injection, n'ait pas été pratiquée : l'indication nous en paraît très précisée. La tumeur, selon nous, ne contient aujourd'hui autre chose que du sérum; seulement, il nous paraît que le testicule est le siége d'un certain engorgement; et de plus, il est situé en avant de la tumeur.

Le no 28 est un grand garçon blond, blanc, maigre; il porte sa tumeur à gauche, et elle a tous les caractères de l'hydrocèle la plus simple. Cependant, chose assez singulière, il se plaint de souffrances vives, et l'on a été forcé de lui appliquer des sangsues pour modérer ses douleurs. Il serait possible qu'il y eût quelque chose dans le cordon testiculaire.

Le 38 est un vieillard gras, bien portant du reste; il a deux hydrocèles. Le côté gauche présente la plus volumineuse.

Cet homme prétend que ces tumeurs datent seulement de trois semaines, et qu'elles seraient survenues à la suite d'un effort. Il est évident, pour nous, qu'il se trompe. Il lui arrive de commettre cette erreur si commune aux malades dont l'affection est indolente et ne se développe que peu à peu. D'ordinaire, la maladie a commencé depuis long-temps et ils l'ignorent encore; c'est le plus souvent le hasard ou une gêne légère qui les porte à examiner le siége du mal; et c'est le plus fréquemment aussi de ce moment seul qu'ils font dater l'apparition de la maladie.

Ces trois malades ont été opérés par la ponction et l'injection iodée, ainsi que nous le faisons habituellement; et à propos de cette méthode de traiter l'hydrocèle, il est nécessaire que nous entrions dans quelques détails.

D'abord, établissons qu'il n'est guère d'opération plus simple, plus facile, et qui demande moins d'apprêts. Le tout se réduit à une piqûre et au dépôt d'une certaine quantité de liquide. Voilà l'opération; et en général on pourrait abandonner le malade à lui-même, il guérirait.

Nous pensons qu'on ne niera pas qu'une telle opération ne justifie en tous points les expressions de simple et de facile dont nous nous servions tout à l'heure; on ne peut guère, en chirurgie, se faire l'idée d'une opération qui se réduise à moins que celle-ci.

Aussi avions-nous fini par nous imaginer que tout le monde, aujourd'hui, était au courant de cette pratique, et pensions nous qu'ayant été publiée plusieurs fois déjà, personne n'ignorait les avantages de cette méthode.

Cependant, à l'heure qu'il est, nous entendons encore parler d'observations où sont relatées des médications nouvelles infiniment plus compliquées que celle proposée et expérimentée par nous. Dernièrement, on lisait encore dans une feuille médicale : « Il serait fort important que M. Velpeau fît connaître les résultats qu'il a obtenus par cette méthode. » Nous avouons que cela nous surprend; car ces résultats obtenus ne sont plus comptés; c'est pour nous une question jugée depuis long-temps déjà.

Nous avons opéré maintenant, tant à l'hôpital que dansl

FEUILLETON.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN PRUSSE ET DANS LES ÉTATS SECONDAIRES DE LA CONFÉDÉRATION GERMANIQUE;

Par M. le docteur HOEFER.

(Suite du numéro 61.)

ORGANISATION MÉDICALE EN BAVIÈRE.

L'organisation médicale en Bavière a subi depuis quelques années de nombreux et notables changements. Les ordonnances royales qui ont paru tout récemment semblent devoir régler définitivement les bases de cette organisation. L'une de ces ordonnances, qu'il faut considérer comme des lois organique, arrête la suppression des chirurgiens ou médecins de campagnes, analogue à nos officiers de santé; l'autre est relative aux études et aux examens de médecine. Cette dernière ordonnance est datée de Munich, le 30 mai 1843. Les dispositions que renferment ces deux ordonnances ont été mises en vigueur le 19 octobre 1843, époque à laquelle je me trouvais précisément en Bavière.

Etudes médicales. — Examens exigés pour l'obtention du droit de pratique.

Pour obtenir le grade de docteur et les prérogatives qui y sont attachées, il faut :

1o Suivre pendant deux ans les cours de physique, de chimie, de botanique, de minéralogie et de zoologie professés dans les facultés de philosophie;

2o Fréquenter pendant trois ans les cours des sciences médicales enseignées dans les facultés de médecine;

3o Acquérir des connaissances pratiques, soit par la fréquentation des hôpitaux, soit sous la direction et dans le service d'un praticien célèbre. C'est là ce qui s'appelle le *biennium practicum*.

Des fonds sont alloués au ministère de l'intérieur pour les élèves qui demandent à visiter les hôpitaux étrangers. (Paris, Vienne, Londres.)

Ainsi, les études exigées en Bavière pour le doctorat sont de sept ans. A ces études, divisées en trois catégories, correspondent autant d'examens.

Le premier examen, appelé *examen d'admission aux études médicales* (*medizinische Admissions-Prüfung*), roule sur les sciences accessoires, et équivaut à notre baccalauréat ès sciences.

Le deuxième examen, désigné sous le nom d'*examen théorique* (*theeretische Prüfung*), porte sur les connaissances médicales théoriques.

Enfin, le troisième examen, appelé *examen final* (*Schluss-Prüfung*), comprend les études pratiques.

Ces trois examens se passent devant deux comités permanents (*staendige Senate*), établis auprès de chacune des trois universités du royaume, Munich, Würzbourg, Erlangen (1). Au premier comité est confié l'examen d'admission aux études médicales. Il se compose d'un président et de cinq membres, choisis parmi les professeurs titulaires (*professores ordinarii*) et les professeurs agrégés (*professores extraordinarii*) de la faculté de philosophie. Le second comité, chargé de l'*examen théorique* et de l'*examen oral*, est composé d'un président, d'un vice-président et de huit membres pris parmi les professeurs titulaires et les professeurs agrégés de la faculté de médecine. Les présidents et les vice-présidents sont directement nommés par le ministre.

1o *Examen d'admission.* Cet examen a lieu à la fin de chaque semestre. Il est oral et public. Après avoir présenté des certificats d'as-

(1) Les universités de Munich et de Würzbourg se composent chacune de cinq facultés : la théologie, le droit, la philosophie, la médecine et l'économie politique (*Staaswirthschaftliche facultat*). L'université d'Erlangen comprend les mêmes facultés, moins celle d'économie politique.

1o Faculté de médecine de Munich. Elle a neuf chaires de professeurs titulaires (*ordentliche Professoren*) : Anatomie (prof. Schneyder). — Physiologie; séméiotique; histoire de la médecine (prof. Reubel). — Matière médicale; maladies des enfants (prof. de Breslau). — Chimie et pharmacie (prof. Buchner). — Chirurgie; maladies des yeux (prof. de Walther). — Clinique chirurgicale (prof. Forster). — Clinique médicale; pathologie générale et spéciale (prof. de Ringseis). — Clinique médicale (prof. Gietl). — Clinique obstétricale; médecine légale (prof. Weissbrod). — Il y a, en outre, deux professeurs honoraires, un professeur agrégé et trois répétiteurs (*Privat-docenten*), qui complètent le cadre de l'enseignement médical.

Dans le second semestre de 1843, l'université de Munich (les cinq facultés réunies) comptait 1,240 élèves inscrits, dont 77 élèves en médecine et 457 élèves en philosophie.

Les études pratiques laissent encore beaucoup à désirer. Comme la Charité à Berlin, l'hôpital de Munich ne reçoit pas de malades gratuitement. Ceux-ci, alors, se refusent ou se prêtent de mauvaise grâce à l'instruction des élèves. Ce sont, pour le répéter, les études qui souffrent d'une organisation vicieuse que l'on peut reprocher à presque tous les hôpitaux de l'Allemagne. — L'impôt au bénéfice des pauvres (qui est à Munich de 10 p. 0/0 sur tous les loyers) est cependant assez considérable pour qu'on puisse en affecter une partie à l'hôpital de la ville, édifice de belle apparence, qui, tant que les malades seront obligés de payer, n'est pas un *hospitium*, mais une simple maison de santé. Parmi les malades étrangers, il n'y a que les Hongrois, les Transylvains et les Danois qui, en vertu de traités spéciaux passés entre les gouvernements respectifs, sont soignés gratuitement. Tous les autres malades sont obligés de payer; s'ils sont eux-mêmes sans ressources, c'est la commune qui doit payer pour eux. Les domestiques sont obligés de mettre annuellement dans la caisse de l'hôpital 4 florins (environ 8 fr.) pris sur leurs gages, qui pourtant ne dépassent guère 35 à 40 florins.

ville, trois cents hydrocèles, et même plus, par l'injection iodée. A l hôpital, nous en recevons à peu près une moyenne de trente à quarante par année, et nous en voyons environ dix à douze en ville dans le même temps. *Nous n'avons pas vu une seule fois d'aceidents qui pussent être imputés à l'emploi de l'injection iodée.*

Un malade a succombé, nous l'avons dit déjà, nous le répétons; mais il est mort par suite d'une inflammation purulente dans le tissu cellulaire du bassin, *sans communication aucune avec le scrotum.* Nous n'avons pas pensé un seul instant que cet accident pût être en rien attribué à l'opération de l'hydrocèle.

Bien plus, chez un malade, l'injection ayant été faite entre les tuniques et non dans le kyste, il n'est pas survenu de gangrène. Ceci est très remarquable, surtout si l'on rapproche ce fait de certains autres du même genre observés dans des cas d'hydrocèles opérées par l'injection vineuse.

Les malades traités par l'injection guérissent, terme moyen, en quinze jours. Nous n'avons jamais observé un seul cas de gangrène ni de suppuration.

Pour nous, c'est donc une vérité démontrée, que tout en déterminant l'irritation suffisante pour la guérison de l'hydrocèle, l'injection iodée ne fait pas naître de phlegmasie tendant à la purulence. Du reste, cela résulte encore des expériences faites sur les animaux chez lesquels ce liquide est absorbé.

Nous avons besoin de répéter que nous avons encore appliqué l'injection iodée à la guérison de certains autres kystes; ainsi, nous avons injecté ce liquide, il y a trois semaines, dans une tumeur du col, et cette tumeur a diminué.

Si l'on nous faisait dire maintenant que l'injection iodée réussit toujours, on nous prêterait certainement une opinion que nous n'avons pas; il n'y a pas au monde de remède qui réussisse toujours; mais on peut hardiment avancer que l'injection iodée échoue très rarement; ce ne serait peut-être qu'une fois sur soixante, sur cent même, qu'on la verrait manquer le but à atteindre. Il est, certes, peu de remèdes, malheureusement, qui agissent dans de telles proportions.

Il faut noter, de plus, que cette médication échouera très rarement depuis que nous avons adopté des quantités sûres pour l'injection. Quel que soit d'ailleurs le nombre des succès que nous obtenions par cette méthode, nous affirmons qu'il est supérieur à celui qui résulte de l'emploi de l'injection vineuse.

En énumérant les avantages de l'injection iodée dans le traitement de l'hydrocèle, nous voyons donc : 1° que la guérison est presque constante; 2° qu'il ne survient pas de gangrène, même quand l'injection a fait fausse route; 3° que l'opération est plus simple que par l'injection vineuse, puisqu'il est inutile de faire chauffer ce liquide, de laisser l'injection dans la poche pendant un certain temps, etc.

Ainsi, dernièrement, dans ce même journal, on publiait une observation d'hydrocèle traitée par l'injection vineuse, et l'on disait ; « que l'on avait été obligé, pour provoquer la » douleur, de faire trois injections et d'ajouter un grand tiers » d'alcool » ; et plus loin ; « Qu'il fallait faire trois injections » de cinq minutes chacune, et que l'excès de la douleur ne » doit pas empêcher d'en faire deux et de les laisser séjour- » ner. » Que l'on compare ces opérations par l'injection au vin avec celle par l'injection iodée, et que l'on décide de quel côté se trouve la plus grande simplicité ; et, nous l'avons dit tout à l'heure, ce n'est pas son seul avantage.

Quand après l'opération on veut favoriser la résolution, il faut traiter l'hydrocèle opérée comme une orchite ; puisque les piqûres de lancette guérissent promptement l'inflammation du testicule, puisque ces piqûres en abrégent la durée, il doit en être de même pour la phlegmasie qui succède à l'injection. Cela est ainsi, en effet. Nous avons d'abord pratiqué ces piqûres, et le résultat nous a prouvé ce qu'indiquait la théorie ; nous n'avons pas continué cependant, parce que nous pensons que cela est inutile. La guérison tarde huit ou dix jours de plus, mais les malades n'en souffrent pas; cela est donc peu important.

Nous croyons avoir remarqué aussi que l'injection iodée est un résolutif assez actif de l'engorgement du testicule et de l'épididyme qui accompagne si souvent l'hydrocèle. P.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Fistules vaginales, et leurs variétés. — Traitement.

Passons maintenant à l'étude des fistules vaginales. Il en existe un assez grand nombre d'espèces différentes, que nous allons passer en revue rapidement.

Nous distinguerons d'abord les fistules cellulo vaginales, ou trajets incomplets communiquant du vagin dans le tissu cellulaire environnant. Ces fistules ont la plus grande analogie et la plus grande ressemblance avec les fistules borgnes internes vulvaires. Il faut remarquer que l'ouverture vulvaire est toujours plus élevée que le fond du trajet borgne de la fistule.

2° Une seconde espèce est constituée par les fistules ostéo-vaginales, c'est-à-dire celles qui reconnaissent pour point de départ une lésion quelconque du système osseux, le plus ordinairement une carie. Le trajet fistuleux, dans les cas de ce genre, s'étend du point malade du système osseux du bassin, du pubis, par exemple, de l'ischion, siége de la carie ou de la nécrose. Il en résulte une fistule symptomatique. Il y a un grand avantage à différencier les fistules ainsi d'après leur siége précis, et par un nom qui exprime tout d'abord la nature des lésions dont elles dépendent.

3° Les fistules ovarico-vaginales sont moins fréquentes que les précédentes. Cependant, il n'est point extrêmement rare de rencontrer des abcès formés dans les ovaires, qui viennent s'ouvrir dans le vagin. Elles peuvent encore se former par suite de grossesses extra-utérines, de grossesses ovariques.

4° Les fistules vésico vaginales sont de beaucoup les plus fréquentes, et se rencontrent très communément. Nous n'avons point à entrer ici dans le détail des causes qui peuvent les déterminer; nous rappellerons seulement qu'une des plus fréquentes est la compression de la cloison vésico-vaginale par le passage de l'enfant à travers le bassin, et le séjour un peu prolongé de la tête contre ce point. Cette compression a quelquefois déterminé la gangrène du point qui y a été soumis, et il s'est produit une perte de substance.

5° Les mêmes réflexions se rapportent à peu près aux fistules urétro-vaginales, tant sous le rapport de la fréquence que sous celui du mode de production.

6° Les fistules recto-vaginales ne sont pas rares, et nous devons vous dire en passant qu'elles sont des plus difficiles à guérir le plus souvent, l'ouverture étant continuellement entretenu par le passage des mucosités rectales mêlées de matières fécales à travers le trajet fistuleux.

7° Intestino-vaginales. Vous verrez dans certaines circonstances par suite d'inflammation de l'intestin grêle ou de l'S iliaque du côlon, ces organes contracter des adhérences avec le vagin. Bientôt, par ulcération, il se fait une perforation, et une fistule intestinale s'établit.

Enfin, devons-nous admettre des fistules périnéo-vaginales comme nous avons admis les fistules périnéo-vulvaires? Si elles ne sont pas communes, du moins nous ne pouvons pas dire qu'elles n'existent pas. Nous avons rencontré dans la Gazette médicale de Londres une observation de fistule intestino-vaginale. Dans ce fait, l'ouverture était assez considérable pour laisser sortir au dehors une partie assez étendue de l'intestin grêle. Nous devons avouer que nous avons tout lieu de craindre que le fait ne soit controuvé. Je ne conçois pas comment a pu s'établir une pareille fistule sans qu'une péritonite en soit résultée, et sans que le sujet ait succombé. Nous devons, sinon repousser complétement ce fait, du moins rester dans le doute; en effet, notre observation est extrêmement détaillée, et paraît, sauf son étrangeté, parfaitement digne de confiance.

De toutes les fistules, une des plus fréquentes et des plus sérieuses, c'est la fistule recto-vaginale. Nous ne parlerons que de cette espèce, parce que nous n'avons à vous montrer que des exemples de celle-là, et que le cours que nous faisons devant vous est un cours essentiellement clinique.

Les fistules recto-vaginales sont complètes, comme leur nom l'indique. Elles sont étendues du rectum au vagin.

Sous le rapport de leurs causes, on peut les diviser en trois sections : 1° elles peuvent être accidentelles; 2° elles peuvent avoir été déterminées par une opération destinée à remédier à une maladie quelconque de ces parties; 3° elles peuvent être le résultat d'un état pathologique quelconque.

1° *Fistules accidentelles.* — On possède plusieurs exemples de fistules recto-vaginales déterminées par des causes accidentelles. M. Amussat a cité un fait de ce genre dans la *Gazette des Hôpitaux.* Elles peuvent être produites par une chute sur un corps saillant, sur une souche, un tronc d'arbre, etc. Le corps étranger pénètre dans le rectum, traverse les parois du rectum et du vagin, et par suite de la blessure il s'établit une communication entre ces deux cavités. Je possède une observation de ce genre. Une dame de mes clientes prenait un lavement avec une de ces seringues anciennes doublement coudées et terminées par une canule verticale; le manche de la seringue était pourri, et lorsque la malade appuya dessus, il se rompit. La canule bascula, traversa la cloison recto-vaginale, et une fistule s'établit. Les causes de cette première espèce sont, nous devons le dire, les moins fréquentes.

2° Le plus souvent les causes qui déterminent la production de fistules recto-vaginales sont des opérations chirurgicales destinées à remédier à des affections, quelles qu'elles soient, développées dans ces parties. D'autres fois, c'est à la suite de déchirures du périnée survenues pendant l'accouchement. On pratique une opération pour guérir cette infirmité, et il reste, à la suite de cette réparation, une fistule recto-vaginale. L'opération n'a réussi qu'à moitié.

3° De toutes les causes, les plus fréquentes sont, sans contredit, les causes pathologiques, les affections morbides de la cloison recto-vaginale. C'est à tort, selon nous, que jusqu'à ce jour on a regardé les accouchements laborieux comme les causes les plus habituelles de ces fistules. Nous pensons, nous, que ce sont les états pathologiques de la cloison qui méritent le plus d'attention. Nous avons toujours dans nos salles, et nous en ferons passer des exemples sous vos yeux, des cas de fistules recto-vaginales causées par un abcès développé dans l'épaisseur de cette cloison, ou de communications qui se sont ouvertes à la suite de cautérisations graves et profondes du vagin.

Dans d'autres circonstances, ce sont des abcès dépendant du rectum; ce peuvent être des corps étrangers qui ont ulcéré peu à peu l'intestin. D'autres fois, ce sont des corps étrangers qui ont séjourné long-temps dans le vagin, qui ont déterminé cette ulcération.

Parmi les malades qui vont vous passer sous les yeux, la plupart ont présenté la fistule consécutivement à une maladie de l'intestin. Dans quelques cas, vous verrez la fistule succéder à des affections carcinomateuses. Enfin, pour nous résumer, nous répéterons encore que les nombreuses maladies qui peuvent se développer dans cette région sont bien plus souvent causes des fistules recto-vaginales que les dystocies.

Le mot fistule n'est pas applicable à toutes les affections que l'on croirait pouvoir rassembler sous ce nom. Que veut-il dire, en effet? Il suppose toujours un conduit plus ou moins allongé; toute fistule suppose un corps et deux extrémités, qu'elles soient toutes les deux ouvertes, ou qu'il n'y en ait qu'une seule. Les fistules recto-vaginales n'ont souvent pas de corps à proprement parler, pas de trajet d'une certaine étendue. D'autres fois, elles ont un véritable corps, qui traverse obliquement l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. D'autres fois, le trajet fistuleux consiste dans un renflement, une espèce d'ampoule.

Une variété de fistules que nous devons indiquer en passant, est celle qui consiste dans une ouverture double dans le vagin et sur la vulve.

Les signes auxquels on les reconnaît sont: un suintement habituel et anormal par les organes génitaux; il s'écoule par les parties génitales un liquide plus ou moins épais, muqueux, sanguinolent quelquefois, le plus souvent d'une couleur jaune-verdâtre; la coloration jaune-verdâtre de la matière de ce suintement tient à de la bile ou à des résidus de matières fécales. Ces caractères se rencontrent lorsque la fistule a son siège à la partie inférieure de l'intestin, comprise entre le

---

siduité aux cours des sciences naturelles de la faculté de philosophie, le candidat est interrogé, pendant deux heures, sur la physique, la chimie générale, l'analyse chimique, la botanique, la minéralogie et la zoologie. Les notes de l'examen, arrêtées à la majorité des voix, sont *apte* ou *non apte.* Le candidat qui a obtenu la dernière note est renvoyé à continuer les mêmes études pendant un nouveau semestre.

2° *Examen théorique.* Pour être autorisé à passer cet examen, le candidat doit justifier du certificat d'admission aux études médicales (diplôme de bachelier ès-sciences) et des certificats d'assiduité aux cours de la faculté de médecine. Cet examen a lieu, comme le précédent, à la fin de chaque semestre. Le candidat est d'abord examiné sur l'anatomie. Pour cela il doit se rendre dans la salle des dissections, et faire, en présence des examinateurs, une ouverture, décrire la forme, la position, les rapports des viscères contenus dans la cavité découverte par le scalpel; faire une préparation ostéologique, angiologique ou nevrologique, et la décrire également. L'examen dit *théorique* se compose, en outre, d'une épreuve orale et publique. Elle porte, dans l'ordre suivant, sur l'anatomie, la physiologie, la pharmacie, la pathologie spéciale, la matière médicale, la chirurgie, l'obstétrique, la médecine vétérinaire, la médecine légale et la police sanitaire. Chaque candidat est interrogé pendant deux heures. Celui qui a été refusé ne peut se présenter de nouveau qu'après un an revolu. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et sur une demande motivée de la majorité des examinateurs, que le candidat refusé peut, au bout de six mois, être de nouveau admis à subir cet examen.

3° *Examen final.* Cet examen a pour but d'apprécier les connaissances pratiques acquises par l'élève en fréquentant les cliniques de la faculté, et en s'initiant dans les spécialités des maladies des enfants, des maladies mentales, des maladies syphilitiques, etc. Il est permis au candidat de s'instruire dans la pratique particulière d'un médecin distingué; mais la durée de cette instruction privée ne doit pas être de plus d'un an. L'autre moitié du *biennium practicum* doit être nécessairement passée dans les cliniques de la faculté.

Pour être autorisé à subir l'*examen final*, le candidat doit, indépendamment des certificats d'assiduité aux leçons de clinique pendant deux ans, présenter un certificat attestant qu'il a traité sous la surveillance du chef de clinique, au moins trois malades de la section chirurgicale, et qu'il a assisté à trois accouchements. De plus, il est tenu de rédiger l'histoire détaillée de chacun des malades soumis à son observation.

L'*examen final* roule donc plus particulièrement sur les connaissances pratiques. On demande au candidat : trois opérations chirurgicales sur le cadavre; trois applications de bandages ou d'appareils sur le vivant; trois opérations obstétricales sur le mannequin. L'examen final se compose, en outre, d'une épreuve orale et d'une épreuve écrite. Cette dernière épreuve dure quatre jours, et huit heures par jour : quatre heures avant midi et quatre après midi. Les candidats sont enfermés dans une salle commune et reçoivent tous huit questions à traiter. Quatre heures sont accordées à l'élaboration de chacune de ces questions, qui ont pour sujet : 1° l'anatomie et la physiologie; 2° la pharmacie et la botanique médicale; 3° la pathologie générale et la thérapeutique médicale; 4° la pathologie générale et la matière médicale; 5° la chirurgie; 6° l'obstétrique; 7° l'art vétérinaire; 8° la médecine légale et la police sanitaire. Toutes les questions sont tirées au sort. Il est défendu aux candidats de se servir d'aucun secours étranger; ils travaillent sous la surveillance constante d'un des examinateurs.

(La suite à un prochain numéro.)

2° Faculté de médecine de Wurzbourg. — Cours des professeurs titulaires : Clinique médicale; pathologie et thérapeutique internes (prof. de Marcus). — Anatomie et physiologie (prof. Münz). — Pathologie spéciale; anatomie pathologique (prof. Mohr). — Médecine pratique; séméiotique (prof. Narr). — Encyclopédie et méthodologie; histoire de la médecine (prof. Hensler). — Micrographie; matière médicale (prof. Rinecker). — Chimie appliquée à la physiologie et à la pathologie (prof. Scherer). — Chirurgie; clinique chirurgicale (prof. Textor). — Accouchements; clinique obstétricale (prof. d'Outrepont). — Médecine légale (prof. Smidt). — Maladies des yeux; clinique oculistique (prof. Adelmann). — Maladies des femmes (prof. Hofmann). — Chaque professeur a au moins trois heures de leçon par jour.

Würzbourg est une des meilleures facultés de médecine de toute l'Allemagne. Les études pratiques y sont assez complètes, grâce au grand et bel hôpital de Würzbourg (Julius-Hospital). Bien que cet établissement possède des revenus considérables, tous les malades n'y sont pas admis gratuitement. Il reçoit annuellement un peu plus de 2,000 malades. D'après un relevé exact, que le médecin en chef, M. de Marcus, a eu l'obligeance de me communiquer, le Julius-Hospital a reçu, en 1342, 2,274 malades, dont 1,742 sont guéris, 139 améliorés, 42 incurables, 160 morts, et 191 restent encore.

Les sections de médecine, de chirurgie et des aliénés, toutes confiées aux soins de professeurs distingués, suffisent pour l'instruction des élèves; il faut, toutefois, excepter la section des syphilitiques, laquelle est absolument insuffisante.

Pour rendre les études pratiques encore plus fortes, il serait à souhaiter que la faculté de Würzbourg, ainsi que les autres facultés de l'Allemagne, adoptassent l'institution des externes et internes des hôpitaux, telle qu'elle existe en France. C'est cette institution qui donne aux études de médecine françaises une supériorité incontestable.

3° Faculté d'Erlangen. — C'est une des plus faibles facultés de l'Allemagne. Dans le semestre d'hiver de l'année 1843, le total des élèves en médecine était de 26. Les élèves en philosophie étaient au nombre de 11.

Cours des professeurs titulaires : Anatomie (prof. Fleischmann). — Clinique médicale; pathologie et thérapeutique spéciales (prof. Canstatt).—Psychiatrie; histoire de la médecine (prof. Leupoldt).—Physiologie; médecine vétérinaire (prof. Siebold). — Chirurgie; clinique chirurgicale (prof. Heyfelder). — Accouchements; maladies des femmes et des enfants (prof. Rosshirt). — Botanique médicale (prof. Koch).

Les cliniques de l'hôpital sont insuffisantes pour l'instruction des élèves. Les malades y sont en trop petit nombre. On cherche à remédier à ce grave inconvénient par la *policlinique*, c'est-à-dire par les consultations gratuites données aux malades traités en ville.

deux sphincters. Dans ce point du rectum, il ne séjourne point de matières fécales. Il n'y a que des mucosités ; les matières fécales séjournent plus haut, et le sphincter supérieur les empêche de descendre. D'autres fois, la membrane muqueuse forme un repli que les matières fécales poussent devant elles, et qui vient recouvrir, comme une soupape, l'ouverture supérieure du trajet fistuleux ; elles passent au-dessus de cette ouverture, comme les aliments au-dessus de la glotte dans le pharynx. Dans les cas de ce genre, il ne sort rien par l'ouverture vaginale.

Il est des cas où la fistule recto-vaginale consiste en une ouverture large, sans trajet sinueux, et siége à deux pouces au-dessus de la fin du rectum. Cette disposition constitue une infirmité des plus dégoûtantes et des plus désagréables. Si le trajet n'est pas sinueux, les matières fécales tombent dans le vagin directement, il se fait un écoulement continuel de *fèces*. Sans parler des maladies auxquelles peut donner lieu cet écoulement anormal, vous comprenez facilement combien est pénible cette maladie pour les malheureuses qui en sont atteintes, et quelle influence fâcheuse elle peut amener sur la santé générale.

Le diagnostic des fistules recto-vaginales est en général très facile. Il vous suffira d'introduire dans le trajet fistuleux, et par l'ouverture vaginale, un stylet qui tombera dans le rectum.

Quand l'ouverture est large ou le trajet fistuleux direct, on y parviendra très aisément. Il n'en sera pas de même quand l'ouverture inférieure sera étroite ou le trajet sinueux. Dans cette circonstance, l'exploration sera beaucoup plus difficile. Il faudra souvent beaucoup de tâtonnement pour arriver à l'extrémité rectale. Mais alors il est un moyen que vous ne devez pas négliger et qui facilitera singulièrement vos recherches. Vous donnerez un lavement et vous verrez bientôt le liquide poussé dans le rectum sortir par le vagin. Il est rare au reste que les malades ne soient pas les premières à vous signaler ce fait de la sortie des liquides des lavements par le vagin. Si cependant, à l'aide de tous ces moyens réunis, vous ne pouvez pas parvenir au diagnostic, vous appliquerez le spéculum, et il est presque impossible que la fistule vous échappe.

Le pronostic varie. La difficulté de l'opération est en raison directe de l'élévation de la fistule, et l'opération échoue également en raison directe de la hauteur des ouvertures fistuleuses, à cause du contact et de l'écoulement continuel des matières fécales. Sous le rapport opératoire, une fistule recto-vaginale, placée à la partie inférieure, est beaucoup plus facile à opérer et beaucoup moins grave que les fistules un peu élevées.

Traitement. — Les moyens thérapeutiques que l'on peut mettre en usage sont extrêmement nombreux. C'est à cette maladie plus qu'à toute autre que l'on peut appliquer cet axiome si vrai tant en chirurgie qu'en médecine que, en général, plus la thérapeutique est riche, plus c'est pour elle un signe de pauvreté. La médecine opératoire est surtout dans ce cas. Lorsque l'on voit un grand nombre de moyens chirurgicaux conseillés pour la cure d'une affection, quelle qu'elle soit, on peut *à priori* affirmer que l'art ne peut que bien peu de chose. C'est presque un signe d'impuissance que la trop grande richesse. Quoi qu'il en soit, nous allons passer en revue les principaux de ces moyens, en en examinant successivement la valeur.

Lorsque la fistule consiste dans un trajet oblique dont l'ouverture rectale est à deux ou trois pouces au-dessus de l'anus, que l'ouverture inférieure est à un pouce ou un pouce et demi de la vulve, de telle sorte que la longueur du trajet fistuleux à environ un pouce ou un pouce et demi de longueur, le mécanisme de cette fistule ressemble assez à un canal formé par deux soupapes, on peut employer avec succès la compression. Par ce moyen, en effet, on applique les deux parois l'une contre l'autre et on favorise leur adhésion. La compression échouerait contre une fistule directe qui consisterait en deux ouvertures se correspondant exactement sans trajet ou sans corps intermédiaire.

Ce mode opératoire a été employé par M. Cullerier oncle, et employé avec succès, mais dans des cas ou la fistule avait un trajet d'une certaine étendue. Il serait inutile de chercher à le mettre en usage dans des cas de fistules directes ; il faut absolument pour y recourir que la fistule ait un corps. Du reste, la compression ne se borne pas toujours à une action adhésive ; elle peut enflammer le vagin ; c'est là un accident auquel il faut prendre garde et dont il faut se défier. Cullerier se servait pour appliquer la compression de deux plaques solides fixées au bout de deux tiges rigides qui à l'aide de vis de rappel venaient s'appliquer l'une contre l'autre en comprimant les parties intermédiaires. L'une était introduite dans le vagin, l'autre dans le rectum. A cause de la difficulté de son application, de sa réussite toujours un peu incertaine, ce moyen a été abandonné pour faire place à la cautérisation.

Lorsque les fistules sont étroites, que le trajet est oblique, qu'elles ne sont pas très étendues, qu'elles ne forment enfin qu'une petite perforation, comme l'effet de toute brûlure quelle qu'elle soit, son mode d'action, son effet primitif est de serrer les tissus, de les *recroqueviller*, pour nous servir d'une expression triviale peut-être, mais parfaitement juste, on peut en espérer quelque succès. L'effet secondaire de la cautérisation est de développer un tissu inodulaire ainsi que Delpech l'a démontré ; la cicatrice des brûlures jouit de la propriété de resserrer les tissus de la circonférence au centre, et de les froncer.

Comment doit-on faire la cautérisation dans les cas de fistules recto-vaginales ? Je suppose que l'on ait affaire à une fistule de sept à huit lignes d'étendue, il ne faut pas essayer de pratiquer la cautérisation dans toute l'étendue de la circonférence à la fois. On commencera par l'angle inférieur et par l'angle supérieur en même temps. On aura pour premier résultat un léger rapprochement de ces deux angles l'un de l'autre. Si l'ouverture fistuleuse, par exemple, avait six lignes d'étendue, elle n'aura plus, je suppose, après la première cautérisation, que quatre lignes. Au bout de quinze ou vingt jours, vous répétez la même opération.

Si elle est suivie du même succès, vous n'avez plus que deux lignes d'étendue. Alors vous pouvez cautériser toute la circonférence de la plaie à la fois : la fistule est assez petite pour que les bords se mettent en contact et que tout soit cicatrisé. S'il n'y avait qu'une petite fistule d'une ligne de diamètre, on cautériserait d'emblée tout autour. Cette cautérisation pour les fistules directes manque souvent son effet ; la muqueuse soit vaginale, soit rectale, celle-ci plutôt que la première, fait hernie à travers la fistule et empêche les points cautérisés de se réunir. Il faut alors attirer la muqueuse à soi, en s'aidant du spéculum, et l'inciser.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mai 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. le secrétaire annuel annonce que M. Aubert-Roche avait, dans la dernière séance, envoyé une lettre qui ne s'était pas retrouvée dans les papiers de la correspondance. Il donne aujourd'hui communication des principaux faits qu'elle renferme. Ayant donné dans nos derniers compte-rendus une analyse étendue du rapport de M. Jolly, à l'occasion duquel cette lette est écrite, nous croyons devoir l'insérer aussi, car elle touche à des questions importantes et fort controversées.

Dans sa séance du 14 mai, dit M. Aubert, l'Académie, par un vote qui approuvait les conclusions du rapport de M. Jolly, a déclaré suspecte de peste une maladie avec tumeur à la cuisse et à l'avant-bras. Sachant que l'on s'efforcera de profiter de cette décision, je viens en signaler les conséquences, et demander si un nouvel examen ne doit pas être ordonné. J'avertis l'Académie que la lettre ministérielle a été inspirée par les partisans des abus des quarantaines dont ils profitent, dans l'intention de faire constater par un corps savant un cas de maladie suspecte de peste, ayant eu lieu dans un lazaret d'Europe vingt-cinq jours après celui du départ ; ils espèrent se servir de ce fait et d'un vote pour jeter le doute dans les esprits et entraver la réforme.

Quelle peut être l'utilité de demander à l'Académie son avis sur un fait examiné au lieu où il s'est passé, et appuyé de la déclaration de neuf médecins réunis ? Est-ce parce que le cas est suspect ? Mais ceux qui ont inspiré la missive officielle savent fort bien qu'il est d'usage dans les lazarets de déclarer suspecte toute maladie tuant rapidement ou se présentant avec des symptômes extraordinaires ; que le rapport du fait de Malte est signé par neuf médecins dont 5 ont vu la peste ; qu'ils ont inspecté le cadavre et pesé les circonstances de la maladie (termes du rapport). Or, on sait qu'il est très facile de reconnaître la peste, et les neuf médecins ont déclaré à l'unanimité qu'il n'y avait pas de motifs suffisants pour qualifier la maladie de peste, mais qu'ils la considéraient comme suspecte. Ce qui veut dire clairement pour qui connaît le langage, les us et coutumes des lazarets que ce n'est pas la peste.

Mais allons droit au fond de la question. Le rapport déclare que pendant la maladie il y eut des rémittences marquées et prolongées, que quelques heures avant sa mort le malade était levé et avait réglé ses comptes de quarantaine, puis qu'il avait été subitement saisi de l'accès qui l'a emporté. A l'inspection du cadavre, on trouva *plusieurs* tumeurs aux cuisses et à l'avant-bras. Voilà le fait résumé.

Est-ce la peste ? D'abord la peste ne s'est jamais montrée sous forme rémittente ; il n'en existe pas une seule observation que l'on pourrait citer et qui supporterait l'examen. Quelquefois il est arrivé, au milieu d'un foyer épidémique, que des cas de fièvre intermittente ou rémittente se sont transformés en peste après un ou plusieurs accès ; il en a été de même pour des gastrites, des gastro-entérites, des pneumonies et autres affections ; j'ai même vu une gonorrhée chronique subir cette transformation : du reste, plus d'un membre de l'Académie a pu constater des faits de semblable transformation lors du choléra.

Dans l'épidémie de peste que j'ai traversée à Alexandrie en 1835, toute espèce de maladie avait disparu ; il n'existait plus que la peste. Souvent il arrivait que la maladie régnante était précédée par une affection tout autre ; mais bientôt celle-ci cessait et se transformait en peste. Ainsi, j'ai recueilli l'observation d'une femme dont la maladie a commencé comme une fièvre intermittente ou rémittente, par un véritable accès ; il n'y en eut qu'un seul. Immédiatement après, la peste se déclara et suivit son cours ordinaire, sans rémittence. En trois jours la malade fut enlevée. L'autopsie du cadavre, et l'examen pendant la vie, ont démontré clairement que cette maladie ne pouvait être considérée comme une peste intermittente ou rémittente.

Quant aux tumeurs, ou plutôt aux engorgements des glandes lymphatiques de la cuisse (et d'ailleurs, l'expérience réduit à sa juste valeur ce signe dit suspect), les médecins qui ont observé et pratiqué en Orient, savent qu'à la suite des fièvres graves et des inflammations violentes il n'est pas rare de rencontrer ces espèces d'engorgements ; quelquefois même, ils se montrent sous l'influence de causes légères appréciables ou inconnues. Si ma mémoire est fidèle, je rappellerai que l'Académie de médecine ou des sciences a dû recevoir du docteur Boyer, médecin au Caire, un écrit sur ce sujet. Il donne des observations de diverses maladies avec engorgement des glandes lymphatiques ; elles ont été recueillies à l'hôpital de Lesbekié, au Caire, en 1833, lorsqu'il n'y avait pas de peste épidémique.

Si l'on veut consulter l'ouvrage du docteur Boyer, qui a séjourné neuf ans à Constantinople, on verra ce qu'il dit au sujet de la fréquence des engorgements lymphatiques (page 253 et 254, tom. II), on trouvera aussi dans le même volume une série d'observations de maladies simulant la peste. Parmi elles, je signalerai à l'attention de l'Académie : 1° (page 128) une observation de fièvre intermittente récidivant chaque année avec un bubon axillaire ; 2° (page 136) une métro-péritonite avec engorgement d'une glande lymphatique de l'aine où, quelques années auparavant, s'était montré un bubon pestilentiel ; 3° (pages 164, 177 et 185) trois observations de gastro-entérite, la première avec bubon axillaire, la seconde passant de l'état chronique à l'état aigu avec deux bubons inguinaux, la troisième subissant la même phase et présentant deux petits charbons.

Enfin je citerai ce qui m'est arrivé, et qui pourra servir de comparaison avec le fait de Malte. Dans l'épidémie de peste de 1835, et sous son influence, j'eus les ganglions lymphatiques des aines engorgés et saillants ; ils sont restés dans le même état pendant mon séjour en Orient, la fatigue les faisait augmenter de volume. A mon retour en France, après un séjour à la campagne, un des ganglions vint en suppuration, par suite d'une nourriture très abondante et très échauffante. Lors de ma quarantaine à Malte, si j'étais mort rapidement au lazaret d'une maladie aiguë ou d'une fièvre pernicieuse, et que par suite de l'irritation les ganglions de l'aine eussent tant soit peu augmenté, je suis convaincu que l'on aurait pour le moins déclaré le cas suspect peut-être de peste, par rapport aux lieux infectés d'où j'arrivais.

Par cet exposé, on peut voir 1° qu'il n'est pas rare de rencontrer des engorgements lymphatiques avec des maladies légères ou graves, sans que ce soit la peste et même une maladie suspecte ; 2° que le mot *suspect* signifie *que l'on ignore* ; or les caractères de la peste sont tellement tranchés, que l'Académie ne peut admettre cette expression ; 3° que la peste rémittente n'existe pas, ou du moins qu'il n'y en a pas d'exemples. On est donc en droit de regarder le cas de Malte, non comme un cas de maladie dite suspecte, mais comme une fièvre rémittente pernicieuse avec engorgement des glandes lymphatiques, ou plutôt avec tumeurs ; complication qui se rencontre quelquefois dans les maladies en Orient.

En terminant, je ferai remarquer à l'Académie que les partisans de l'état actuel des quarantaines n'ayant pu trouver des faits avérés pour soutenir leur système, après en avoir tronqué, arrangé, et s'être fait prendre en flagrant délit, cherchent aujourd'hui des cas dits suspects, obscurs et mal décrits, au moyen desquels ils puissent surprendre l'approbation de l'Académie. Cette approbation, ils ne manqueront pas de l'exploiter lorsque le déficit des pertes fera sentir à tous la position ridicule ou se trouve la France par rapport à ses quarantaines, et forcera le gouvernement et les corps savants à un examen sérieux.

— *M. Rochoux* voudrait que l'Académie prît des informations relativement au fait annoncé par les journaux sur la mort du médecin qui aurait succombé à la rage sans avoir été mordu par un chien enragé, et trois ans après avoir disséqué un chien mort de cette maladie.

M. le président répond que la commission pour la rage ne manquera pas, sans doute, de prendre ce fait en considération.

— Pour donner suite à la proposition de M. Cornac, relative au placement du buste de Dupuytren dans la salle des séances de l'Académie, on passe au scrutin pour la nomination d'une commission chargée d'examiner cette proposition.

Au moment où l'on va dépouiller le scrutin, M. Gerdy demande la parole. (*Voir* plus haut le compte-rendu de cet incident.)

Une discussion très longue et très confuse s'élève à ce sujet à laquelle prennent part MM. Adelon, Dubois (d'Amiens), Roux, Husson, Nacquart, Mérat, Dupuy, Blandin et Caventou. Après une heure et un quart de tumulte, l'Académie reprend son ordre du jour, le scrutin est validé et son dépouillement donne le résultat suivant pour la nomination des commissaires : MM. Husson, Cruveilhier et Bégin.

— *M. Pariset* est appelé à la tribune pour lire un rapport. L'honorable secrétaire perpétuel s'exprime en ces termes :

Le 10 mars dernier, M. le docteur Lachèse, ex-médecin principal des armées égyptiennes, a soumis à votre examen un mémoire de sa composition, intitulé : *Scorbut d'Arabie* dit improprement *plaie du Hedjat*. Vous avez remis à M. Roche et à moi le soin de vous faire un rapport sur ce travail. C'est un devoir que nous remplissons aujourd'hui.

Le scorbut est une maladie aussi ancienne que le genre humain. Les causes qui la font naître ont dû se rencontrer dans tous les lieux et dans tous les temps. Cependant elle avait été rarement observée et décrite. Vers la fin du quinzième siècle, et presqu'au moment où parurent la suette anglaise et la maladie vénérienne, la navigation ayant pris tout à coup en Europe un grand développement, le scorbut sembla se développer avec elle. Ses progrès dans les nations du nord furent si étendus et si rapides, qu'on le prit, comme les deux premières maladies pour une maladie nouvelle, et même pour une maladie contagieuse ; double erreur qu'ont partagée Wierus, Citois, Friend lui-même, et quelques autres ; mais qu'ont solidement réfutée Sennert, Forestus, Van Swieten, Richter, Lind, Curay, etc. ; Richter surtout a démontré que sous les noms de grande rate et d'*ileus hematites*, Hippocrate a décrit le véritable scorbut, affection qu'il avait vue sinon dans la Grèce, du moins dans les parties froides et humides de la Thrace, ou même en Béotie près des marais d'Ascra. Mais le scorbut était encore dans d'autres contrées, et précisément dans la région humide et chaude où l'a observé M. Lachèse. Du temps d'Auguste, en effet, parmi les peuples qui occupaient l'Arabie, les habitants de Saba et de Gerrha, possesseurs des pierres les plus précieuses et des parfums les plus exquis, étaient les hommes les plus riches de la terre. Comme ils ne laissaient sortir de chez eux rien de ce que les échanges y faisaient entrer, ainsi que le faisait Palmyre, ainsi que l'ont fait long-temps les Indes-Orientales, ils avaient, avec le temps, amassé des trésors infinis. Ils s'étaient bâti des maisons magnifiques, toutes du plus beau marbre ; les portes, les murs, les toits étaient ornés d'ivoire, d'or, d'argent, incrustés de béryl et d'émeraudes ; le même éclat brillait dans l'intérieur. On y voyait une immense quantité d'ouvrages en or et en argent ; des lits, des trépieds, des cratères, des vases à boire. Ils faisaient de leur or importé ce que faisaient de leur or natif les habitants de la Bétique, ils s'en servaient pour les usages les plus communs. Ces détails étonnants, vous les trouvez dans Strabon, qui les avait trouvés dans Artémidore, dans Agatharchide et dans Erathosthène. Or, vous savez ce qui arrive à un peuple opulent et paisible, lorsqu'il entre en communication avec un peuple avide et guerrier. Auguste voulut avoir les Arabes pour alliés ou pour sujets. Il fit passer Ælius Gallus d'Egypte en Arabie. Gallus assiégea des villes, gagna des batailles, et ne perdit par la guerre que sept soldats, presque tout le reste lui fut enlevé par les marches, le climat, la faim, la soif et surtout par les maladies. Or, entre ces maladies figure celle sur laquelle M. Lachèse a écrit son mémoire, et cette maladie est le scorbut : maladie qui nous est encore si familière. Ce sont, en effet, de part et d'autre, les mêmes causes, les mêmes symptômes, les mêmes progrès, les mêmes indications, le même traitement, le même succès. M. Lachèse en a obtenu d'inespérés et son mémoire offre sur tous ces points de vue des observations pleines d'intérêt et tout à fait décisives.

Les siècles ne font guère que se répéter. Les expéditions tentées de nos jours en Arabie par le vice-roi d'Egypte, ont été comme la contre-épreuve de l'expédition d'Ælius Gallus ; si elles n'ont pas eu le même motif, elles ont eu le même résultat. De plus de cent mille hommes jetés à plusieurs reprises en Arabie par le pacha, il n'en est revenu en Egypte qu'un très petit nombre. Employé dans une de ces guerres, et témoin de tant de désastres, M. Lachèze, autorisé par les heureuses guérisons qu'il avait opérées, transmit au gouvernement égyptien, pour la conservation de l'armée, des conseils qui eussent rendu le résultat moins funeste, et peut-être assuré le succès de l'entreprise. Mais dans l'entraînement des affaires, et lorsque les choses sont depuis long-temps sur un certain pied, la force de l'habitude prévaut, et il est très difficile, même aux gouvernements les plus appliqués, d'adopter ou même de comprendre ce qu'auraient de favorable les innovations les plus simples et les mieux entendues. Celles que proposait M. Lachèze, seulement pour améliorer la nourriture des soldats, ne furent point écoutées. Il se démit de ses fonctions et rentra en Egypte, donnant ainsi un grand exemple de probité médicale, après en avoir donné de savoir et d'habileté.

Il donne également dans son mémoire un exemple de bonne logique. Les anciens désignaient la même maladie sous les noms de grande rate, d'iléus sanglant, de stomacace et de scélotyrbé, c'est-à-dire, sous des noms tirés arbitrairement de tel ou tel symptôme essentiel ou accessoire ; sorte de synonymie très propre à jeter de la confusion dans les idées. Le nom de scorbut nous vient du Nord ; si dans le Nord ce terme a quelque signification, il n'en a point parmi nous, et, par cela même, je le trouve préférable à tous les autres, dans ce sens, que ne désignant aucun symptôme en particulier, il les rappelle tous à l'esprit. En Orient, le nom est tiré du lieu où le mal se forme ; on l'appelle plaie de l'Hedjat ; appellation qui dit où le mal vient, sans dire ce qu'il est, sans en indiquer la nature et les causes. Faute de recherches plus approfondies, on considérait cette plaie comme un produit inévitable du sol, et conséquemment comme un mal incurable. M. Lachèze fait voir que ce mal n'est qu'une cachexie qu'il serait aisé de prévenir par de bons aliments, et que l'on guérit par des moyens connus. Or, telle est la liaison des idées et des termes, que pour ouvrir les yeux des médecins sur la plaie de l'Hedjat, et leur apprendre à le traiter désormais, il aura suffi de lui donner son véritable nom ; service que j'ose égaler par les conséquences à une importante découverte

Il fait voir en outre quel pernicieux caractère cette cachexie imprime à toute maladie accidentelle qui s'y joint, qui n'a que trop souvent une issue funeste, et qui par elle-même serait sans danger ; remarque qui autoriserait à croire qu'aucune maladie n'est absolument simple, et que soit en bien, soit en mal elle emprunte toujours quelque chose de la diathèse actuelle, comme le dit Hippocrate.

Ce qui prouve ce que j'avance, c'est que la diathèse scorbutique une fois établie, une égratignure imperceptible faite à la jambe devient un ulcère affreux, et que d'anciennes cicatrices, jusque-là très solides, s'ouvrent spontanément. On a même vu le cal d'anciennes fractures se dissoudre, et les fractures reparaître. L'âme elle-même a ses plaies, pour ainsi dire ; le scorbutique languissant, abattu, désespéré, brisé par la fatigue, brûlé par la soif, et n'ayant pour l'étancher qu'une eau saumâtre, tiède et croupie, soupire avec douleur au souvenir de l'Egypte qu'il ne verra plus, et de la délicieuse fraîcheur de l'eau du Nil dont il ne sera plus abreuvé ; sorte de supplice que ce contraste rend intolérable, et qui fut si cruel pour l'équipage de l'amiral Anson dans l'île de Juan Fernandez, comme il l'était en Arabie pour les jeunes soldats que M. Lachèze avait sous les yeux.

Nous avons l'honneur de vous proposer de renvoyer au comité de publication le mémoire de M. Lachèze, d'adresser des remercîments à l'auteur, et d'inscrire son nom sur la liste des futurs correspondants.

M. Rochoux. On dit, dans ce rapport, qu'Hippocrate a connu et décrit le scorbut ; cela est au moins fort contestable. Déjà Lind avait, par la lecture attentive du médecin grec, soutenu le contraire, et moi-même, après avoir collationné tous les textes, je me range à l'avis de Lind. Les causes déterminantes du scorbut n'existaient pas du temps d'Hippocrate ; pas de longs voyages de circumnavigation ; les peuples qu'il connaissait habitaient en général des lieux salubres. Je regrette que le rapporteur n'ait pas approfondi ce sujet, et ne nous ait rien dit de ce que contenait le mémoire de M. Lachèze.

M. Pariset répond que le devoir du rapporteur ne consiste pas, selon lui, à reproduire le mémoire des auteurs, mais à en donner une idée générale satisfaisante.

Après quelques courtes observations de MM. Desportes et Virey, les conclusions sont adoptées.

— *M. Laugier* continue et termine la lecture de son mémoire.

— *M. Callias*, d'Andrinople, lit un mémoire sur l'iridectomie, avec un nouveau procédé, ou *iridectomie circulaire* — L'instrument se compose d'une érigne double de très petite dimension et d'un couteau qui, en tournant autour de l'érigne, circonscrit un cercle égal à peu près à celui de la pupille naturelle. L'érigne est supportée par un manche en ivoire ; au-devant du manche de l'érigne il y en a un autre également en ivoire, de la longueur de deux centimètres perforé dans son axe, pour laisser passer la tige de l'érigne, et de manière à laisser libres les mouvements d'un point d'arrêt que la tige de l'érigne porte dans cet endroit ; ce point d'arrêt sert à limiter les mouvements de va-et-vient du petit manche qui supporte une canule qui va se terminer en couteau-aiguille ayant les côtés tranchants et la base de la longueur de deux millimètres. La canule qui se termine en couteau offre un bec de flûte entre les lèvres duquel l'érigne doit pouvoir se cacher lorsqu'on la retire, et le couteau alors avance l'érigne de 3 millimètres à peu près ; lorsque au contraire on pousse l'érigne, elle avance le couteau de quatre millimètres.

Lorsqu'on veut opérer on saisit l'instrument comme une plume à écrire ; on applique le pouce et l'index sur l'extrémité du manche de l'érigne et le médius sur un anneau métallique qui reste fixé sur le manche du couteau. En tenant fixe l'érigne, on peut imprimer au couteau, avec le médius, deux mouvements, un circulaire et un autre de va-et-vient ; on tourne les griffes de l'érigne vers le plat du couteau en la retirant entre les deux lèvres du bec de flûte, et l'on fait le premier temps de l'opération en pénétrant obliquement dans la chambre antérieure par la ponction de la cornée. Deuxième temps. Puis on avance l'érigne en tenant ferme le couteau, et l'on cherche à saisir l'iris dans un endroit qui ne correspond pas à l'incision cornéenne. Troisième temps. On avance le couteau avec le médius, et l'on fait une incision à l'iris, et, par des mouvements circulaires et de va-et-vient, on excise un lambeau circulaire ; ensuite on tourne les griffes de l'érigne sur le plat du couteau, et l'on extrait facilement l'instrument.

Voici en résumé les avantages de cet instrument :

1° On peut faire tous les trois temps de l'iridectomie avec un seul instrument.

2° On peut agir toujours avec la main droite en ayant l'autre main libre pour fixer le globe de l'œil et pouvoir se passer d'un second aide.

3° On peut exciser l'iris dans un endroit qui ne correspond pas à l'incision cornéenne.

4° On évite l'écoulement de l'humeur aqueuse, autant qu'il est possible, pendant la manœuvre, afin que l'iris reste en place, ce qui est très important pour les instruments qui agissent dans la chambre antérieure.

5° On évite autant qu'il est possible de léser la capsule cristalline et le cristallin, le couteau étant dirigé obliquement à la face antérieure du cristallin.

6° Une partie des tractions qu'on exerce sur l'iris pour l'exciser, sont supportées par l'érigne qui tient fixe l'iris.

7° On peut agir par scléroticonyxis, lorsque le cas l'exige.

8° On peut tenter l'iridectomodialysis, ou le décollement de l'iris avec excision du lambeau, ce qui est très difficile avec les autres procédés ; et, pour cela, on avance l'érigne vers la grande circonférence de l'iris, on l'accroche et on la décolle, puis on avance le couteau avec le médius, et avec un mouvement semi-circulaire on excise le lambeau.

Les conditions de la réussite sont : 1° un couteau bien tranchant, et un iris pas trop mou ; 2° des érignes qui accrochent bien ; 3° un certain exercice dans la manœuvre.

La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 mai 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Magendie annonce à l'Académie qu'il vient de rencontrer le cow-pox sur une vache qui lui appartient. La femme qui traite cette vache s'étant plainte à lui qu'elle avait contracté des boutons aux mains en la trayant, M. Magendie visita les trayons de la vache, et y reconnut plusieurs boutons et quelques croûtes qui lui parurent appartenir au cow-pox. Pour en avoir la certitude, il pria M. le docteur Fiard, qui s'occupe spécialement de vaccinations, de s'assurer si l'éruption était bien le cow-pox, et dans le cas de l'affirmative, de recueillir le fluide des boutons et de le transmettre à des enfants dans le bureau de charité où il pratique hebdomadairement les vaccinations. En effet, il vaccina plusieurs enfants, et il se développa un véritable bouton vaccinal qui a servi lui-même à de nouvelles vaccinations qui ont très bien réussi, et aujourd'hui un vaccin nouveau est en pleine activité dans le 3e arrondissement, où chacun pourra se le procurer. M. Magendie met aussi sa vache, qui offre encore plusieurs pustules semblables aux précédentes, à la disposition des médecins. Les médecins qui regardent le renouvellement du vaccin comme indispensable à la vertu préservatrice, pourront se satisfaire et se procurer sans difficulté un vaccin dont l'origine ne peut laisser aucun doute.

M. Fiard rend compte à son tour des expériences qu'il a faites, et desquelles il résulte, en effet, que ce nouveau vaccin possède une grande énergie, et qu'il a très bien réussi sur les vaccinations nombreuses qu'il a opérées dans le 3e arrondissement.

— *M. Berthold*, professeur à Gottingue, adresse un travail sur la durée de la grossesse, dont voici les conclusions.

L'accouchement est en rapport avec le retour des menstrues, après qu'elles ont manqué neuf fois. L'accouchement a lieu quand l'ovaire se prépare à la dixième menstruation. Il a donc lieu avant le retour de la dixième période menstruelle. De même que les périodes menstruelles dans les divers individus en général, mais même dans les mêmes individus aux divers âges de la vie, suivant les autres conditions générales de leur organisation, sont soumis à des variations sensibles ; ainsi la durée de la grossesse, répondant aux mêmes conditions, peut aussi varier, mais toujours en se réglant sur le cycle menstruel. On peut donc, dans les cas particuliers, calculer la durée de la grossesse d'après celle du cycle menstruel. Mais pour cette supputation, la connaissance d'une simple période menstruelle ne suffit pas ; il faut encore connaître le cycle des dix menstruations qui ont précédé la grossesse, parce que même chez les femmes les plus régulièrement menstruées, il y a d'un mois à l'autre de fréquentes variations d'un jour ou même de plusieurs. Pour fixer d'avance avec la plus grande ressemblance, pour les femmes à menstrues régulières, l'époque normale de l'accouchement, il faut compter, pour la grossesse, autant de jours que pour le cycle connu des dix menstruations qui ont précédé la grossesse. En déduisant de ce nombre de jours, en moyenne douze jours, on trouve dans les cas réguliers le moment de l'accouchement, soit que ce moment reste de beaucoup en arrière des 280 jours de grossesse, soit qu'il les devance de beaucoup.

— *M. Bernard* lit un travail intitulé : De l'influence des nerfs de la huitième paire sur les phénomènes chimiques de la digestion.

Un très grand nombre d'expérimentateurs ont déjà remarqué les perturbations fonctionnelles qui surviennent dans l'estomac après la résection des nerfs pneumo-gastriques. Toutefois les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle précis qu'on doit attribuer à cette influence nerveuse dans l'acte de la chymification, et plusieurs points de cette importante question sont encore controversés. La cause en est dans la difficulté de percevoir les phénomènes qui se passent dans l'estomac. M. Bernard a facilité cette étude en expérimentant sur des chiens, auxquels il avait pratiqué une fistule de l'estomac. De la première expérience il résulte 1° que la résection des nerfs pneumo-gastriques a éteint non-seulement le sentiment et le mouvement de l'estomac, mais qu'elle a de plus arrêté instantanément la production du suc gastrique ; 2° qu'après cette résolution la digestion ne s'est plus opérée, puisque vingt-quatre heures après les morceaux de viande introduits dans l'estomac ont été trouvés entiers et inaltérés ; 3° en l'absence du suc gastrique il a pu survenir des décompositions spontanées au sein des matières contenues dans l'estomac, comme le démontre la transformation lactique qui s'est développée aux dépens des éléments de la soupe, au lait sucré. Ainsi, il peut donc se passer dans l'estomac deux séries de phénomènes chimiques de nature bien différente, suivant que cet organe reçoit l'influence des nerfs de la huitième paire, il se produit du suc gastrique qui opère la dissolution chymeuse des aliments. Par suite de cette action dissolvante du fluide gastrique, les substances contenues dans l'estomac sont soumises à des lois de décomposition spéciales qui leur font perdre la propriété de fermenter ou de réagir les unes sur les autres. Si, au contraire, l'estomac est privé de l'influx nerveux de la huitième paire, la digestion s'arrête, et les aliments non modifiés par le suc gastrique réagissent les uns sur les autres, suivant les lois ordinaires de la chimie. En un mot, l'estomac n'est plus qu'une cornue ou un vase inerte, et dès lors les matières qui y sont contenues se trouvent pour ainsi dire placées en dehors de l'organisme ; elles peuvent y éprouver toutes les transformations ou décompositions spontanées qui s'opéreraient dans un vase placé à la même température.

D'autres expériences pratiquées par M. Bernard, on arrive à cette conclusion générale : Dans la digestion stomacale, les aliments sont exclusivement soumis à l'action puissante du fluide gastrique. Leurs affinités naturelles semblent alors en quelque sorte détruites, et il ne peut s'opérer entre leurs éléments aucune décomposition spontanée. Quand après la résection des nerfs de la huitième paire ces réactions s'opèrent, cela tient à l'absence du suc gastrique dans l'estomac.

Guérison d'une hernie étranglée par l'administration de l'ipécacuanha à petites doses; par M. le docteur Schulze, de Spandau.

Un ouvrier potier, âgé de vingt-huit ans, était atteint d'une hernie étranglée depuis trois jours. Le taxis avait été mis plusieurs fois en usage, mais sans le moindre résultat avantageux. On avait aussi eu recours à l'emploi d'un grand nombre de moyens antispasmodiques et relâchants, ainsi qu'à l'usage des lavements et des cataplasmes ; mais toutes ces médications diverses avaient échoué complétement. Les vomissements commençaient déjà à se montrer.

En cette occurrence, M. Schulze crut devoir prescrire l'ipécacuanha à doses rafractées. Il en fit prendre toutes les demi-heures 25 milligrames. A peine le malade avait-il ingéré quelques-unes de ces doses, que la hernie rentra dès la première tentative de réduction que l'on essaya. Un bandage fut aussitôt appliqué, et la hernie ne se reproduisit plus. (*Medicinische Zeitung.*)

M. Emile Chevé a commencé l'étude de la myologie mardi, 28 mai, dans son amphithéâtre, rue de Laharpe, 90.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 64. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 31 MAI 1844.

Le corps médical est en souffrance; nul ne le conteste, excepté néanmoins ceux à qui le hasard, le bonheur ou le talent habilement mis en œuvre, ont fait une de ces positions dorées qui rendent si souvent indifférent aux douleurs de son prochain. Il faut remarquer cependant que ce n'est pas là d'où partent les cris de détresse les plus vifs et les plus continus que se trouvent les douleurs les plus réelles. Ce sont, en effet, les médecins des villes et des grandes cités qui se plaignent le plus vivement. Ce sont eux seuls qui, trouvant dans la presse un instrument toujours disposé à les servir, publient leurs doléances et leurs griefs. Mais, à notre avis, combien seraient plus légitimes les doléances des médecins ruraux! Leur position est certainement plus pénible que celle des médecins des villes. Ceux-ci y trouvent, et à Paris surtout, une infinité de ressources qui font complétement défaut dans les campagnes. Mille places y sont incessamment ouvertes au talent; mille moyens de se produire; concours, presse médicale, fonctions qui mettent en évidence, relations du monde, bureaux de bienfaisance, sociétés savantes, amis, protections, etc. Le médecin rural n'a aucune de ces ressources. Pour faire valoir son mérite, une seule occasion lui est offerte, c'est le client; mais pour que le client vienne à lui, il n'a à sa disposition aucun des moyens que possède son confrère des villes. Autre point sur lequel son infériorité est évidente : à Paris, une position qui se fait suit toujours une voie de progrès : le succès, à Paris, n'est pas stationnaire; il va toujours croissant; de là les fortunes possibles, dont quelques-unes même paraissent exorbitantes. Dans les campagnes, rien de semblable, à de très rares exceptions près. La réputation d'un médecin rural ne franchit pas une certaine limite; quand elle s'étend dans un canton, c'est déjà très beau; quand elle va jusqu'à l'arrondissement, c'est extraordinaire; et celle qui retentit dans tout un département est un véritable phénomène. Ainsi, d'une part, existence progressive pour le médecin des villes; d'autre part, existence stationnaire, dès qu'elle a atteint une certaine limite, pour le médecin des campagnes.

Comparera-t-on la vie douce, intellectuelle, les rapports sociaux avec un monde de choix du médecin des villes, à la vie pénible, passée sur les grands chemins, avec de pauvres paysans incultes ou des campagnards ignorants, que mène le médecin rural? Le médecin citadin peut choisir sa clientèle dans un monde riche ou aisé qui honorera ses soins d'une manière suffisante; car les malades pauvres trouvent dans les villes tant de secours hospitaliers et de bienfaisance que, sans manquer à ses devoirs, il peut les adresser là où la charité prévoyante les attend. Rien de pareil dans les campagnes; le médecin est indistinctement appelé par le pauvre comme par le riche, il doit ses soins à tous, et il se trouve fort heureux quand les honoraires qu'il reçoit suffisent à l'entretien de sa famille.

Sur bien d'autres points encore, le médecin des villes jouit d'avantages marqués et évidents sur le médecin de campagne. Nous ne voulons pas dire assurément que tout soit facile pour le premier, et qu'il ne rencontre dans sa route ni obstacles, ni embarras, ni difficultés. Trop bien nous savons le contraire, depuis surtout que le nombre des médecins s'est accru dans les villes hors de toute proportion. Mais nous soutenons que le médecin de campagne connaît toutes ces difficultés, tous ces embarras, tous ces obstacles, au moins au même degré que le médecin des villes, et que, moins heureux que ce dernier, aucune compensation ne lui est offerte.

Aussi, croyons-nous que quand il s'agira sérieusement d'un projet de réorganisation médicale, c'est par ce qui concerne le médecin rural que les réformes devront commencer. Celles-là nous paraissent, en effet, les plus urgentes. Déja, et sans attendre l'initiative d'un gouvernement qui paraît peu soucieux des intérêts du corps médical, dans quelques localités on a essayé, avec le plus grand succès, de l'institution des médecins cantonnaux, institution qu'il serait bien désirable de voir se généraliser. Le léger sacrifice que les communes devraient s'imposer pour arriver à ce résultat serait amplement dédommagé par les services qu'elles obtiendraient de ces institutions. Elles s'en imposent déjà qui, certainement, sont moins utiles. Un temps viendra, nous l'espérons, où le peuple des campagnes, mieux éclairé sur ses véritables intérêts, demandera, pour le médecin rural, les mêmes avantages que l'on accorde au curé de village, c'est-à-dire l'habitation gratuite, une indemnité pécuniaire pour les soins qu'il rend aux pauvres; la classe aisée devant rétribuer le médecin d'une manière analogue à leur position respective.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

Phlébite ombilicale.

Déjà j'ai essayé de vous faire voir la relation qui pouvait exister entre l'érysipèle des enfants nouveau-nés et l'inflammation des vaisseaux qui aboutissent au cordon ombilical du fœtus. Je tâcherai de vous faire comprendre comment, après la naissance, l'inflammation de l'ombilic était facile; comment cette inflammation pouvait se propager d'abord à la veine et aux artères ombilicales dans le ventre, et ensuite au péritoine et au tissu cellulaire sous-cutané qui avoisine le nombril.

C'est de cette manière que j'avais essayé d'expliquer le développement de l'érysipèle des enfants nouveau-nés, qui commence presque toujours par la peau qui recouvre les pubis, et qui, de là, s'étend au reste du corps, et est presque inévitablement mortel.

De cette manière aussi, se trouverait assez bien expliquée l'observation faite jadis par Underwood, savoir : que dans les cadavres des enfants nouveau-nés qui ont succombé à l'érysipèle, on trouve souvent une violente péritonite.

Depuis que j'ai appelé votre attention et fixé la mienne sur ce point de pathologie médicale, de nouveaux faits se sont présentés, qui me semblent rendre la question un peu claire, en ce sens qu'ils permettent de rapprocher l'érysipèle des enfants nouveau-nés de certains érysipèles graves que l'on observe assez souvent dans les services de chirurgie.

Vous vous rappelez sans doute l'histoire d'un jeune enfant qui était couché dans le berceau n° 9 bis de la salle Sainte-Julie. Il était né à la Maternité le 28 mars dernier, et sa mère, atteinte elle-même de pleurésie, entrait à l'hôpital le 16 avril. Il est assez remarquable qu'un assez grand nombre de femmes et d'enfants furent atteints d'accidents fort sérieux précisément à cette époque de l'année.

Toujours est-il que, chez l'enfant dont je vous entretiens ici, il était survenu une notable tuméfaction érysipélateuse des parties génitales externes le 14 avril. Le lendemain, l'érysipèle s'étendit aux membres abdominaux. Malgré la plus énergique médication, nous ne pûmes empêcher le mal d'envahir successivement le tronc, les bras, la tête, et l'enfant mourut sept jours après le début des accidents.

A l'autopsie, nous trouvâmes le péritoine rempli de sérosité puriforme et de flocons albumineux. La veine ombilicale, dans sa portion hépatique, et jusqu'à deux centimètres de l'ombilic, la veine porte et la plupart de ses principales divisions, étaient remplies d'un pus crémeux, et leurs parois étaient considérablement épaissies. En suivant, dans le foie, les divisions de la veine porte, on les trouvait entourées d'un tissu cellulaire épais et comme infiltré de sérosité blanchâtre.

Cette autopsie est identique à une autre que nous avons faite, il y a peu de mois, dans les mêmes circonstances.

Le mode de développement de la péritonite est ici assez facile à expliquer. Le cordon ombilical peut être considéré, après la naissance, comme un corps étranger qui, au niveau de l'anneau, devra se séparer des parties vivantes à la manière d'une eschare. Ce travail de séparation ne peut se faire qu'au prix d'une inflammation locale qui, pour être légère, n'en est pas moins réelle et nécessaire. On comprend alors aisément la possibilité de la propagation de l'inflammation au reste de la veine ombilicale et à la veine porte.

La nature providentielle a voulu que l'inflammation éliminatrice du cordon se fît à peu de frais, et fût presque nulle, de manière à rendre non périlleux un travail nécessaire. Mais dans des circonstances exceptionnelles, et notamment au milieu des épidémies de fièvre puerpérales, lorsque la mère et l'enfant sont également dans des conditions spéciales en vertu desquelles les moindres phlegmasies pourront prendre une gravité insolite et une funeste tendance à la suppuration, l'inflammation, si légère qu'elle soit, du bout de la veine ombilicale, pourra se propager au reste du vaisseau, au péritoine qui l'enveloppe, et de là au reste de la membrane séreuse, et enfin à la veine porte et à ses principales divisions.

Ce que je vous dis ici de l'influence des circonstances épidémiques, a été signalé par Underwood, dont tout à l'heure je vous parlais. Ce praticien avait cru d'abord que l'érysipèle des enfants nouveau-nés sévissait le plus souvent durant les épidémies de fièvre puerpérale, et il enregistrait ce fait capital, savoir : que l'on trouvait dans le péritoine des enfants les mêmes désordres que chez les femmes qui succombaient.

Dans ce cas, l'érysipèle semblerait être la manifestation d'un état général aussi peu appréciable, dans son intimité,

FEUILLETON.

Recherches de pathologie chimique sur les liquides vomis dans les cas de lésion organique de l'estomac ou des annexes de ce viscère; par M. le docteur GOLDING BIRD.

Dans les travaux qu'il a publiés jusqu'ici, M. Golding Bird a donné beaucoup d'attention aux qualités des liquides vomis dans les cas d'affection gastrique sans symptômes évidents de maladie organique. Il a établi, comme résultat bien positif de son expérience, que, tant qu'il n'existe pas de lésion bien prononcée de l'organe, les liquides vomis sont toujours incolores, et que l'on n'y rencontre jamais une grande quantité d'acide libre, si toutefois il y en a. Du reste, pour apprécier cette dernière qualité, l'auteur ne s'en est point rapporté aux dires des malades; mais il a toujours eu le soin de recourir à l'examen chimique.

Si, au contraire, un trouble des fonctions a déterminé un changement quelconque de structure, les liquides rejetés par le vomissement sont plus ou moins colorés, non par de la bile ou accidentellement par des matières contenues dans les intestins, mais constamment par une matière brunâtre, qui probablement n'est autre que le principe colorant du sang modifié dans sa nature.

Dans certains cas, la lésion organique n'a pas besoin d'avoir son siége dans l'estomac pour que cet effet soit produit; ainsi, des maladies bornées à l'orifice pylorique ou à d'autres organes voisins de l'estomac, tels par exemple que le foie, ont pour résultat la sécrétion de liquides de cette nature.

L'auteur rapporte ici une observation que nous donnerons en raccourci.

Squirrhe du pylore. — Hématémèse et mélæna. — Vomissement soutenu de matières brunes. — Mort.

J. G...., célibataire, bien conformé, âgé de quarante-quatre ans, avait fait, dans les douze dernières années, de fréquentes excursions pour se livrer à l'exercice de la chasse, pendant lesquelles il avait été souvent exposé à de grandes variations de température. Sa manière de vivre avait été des plus irrégulières, car il prenait au moins deux ou trois litres de bière et quelques verres de grog chaque jour.

En 1836, il commença à se plaindre d'un pyrosis, contre lequel M. le docteur Elliotson lui prescrivit l'usage de petites doses de nitrate d'argent. Il vomissait fréquemment des matières blanc-rougeâtre. Dans les dernières années, la cardialgie augmenta et ne laissa que peu de jours de répit.

Au mois d'août 1840, il survint de l'hématémèse. Ce fut l'époque à laquelle les soins de M. Golding Bird furent réclamés. Ce médecin constata dès l'abord l'existence d'un mélæna. Le malade évacua par les selles une quantité considérable d'une matière brun-noirâtre, qui consistait évidemment en sang décomposé.

Le malade fut mis à l'usage du nitrate d'argent, et, plus tard à celui de l'opium, du chlorhydrate de morphine, de l'extrait de ciguë. Aussitôt qu'il avait pris quelques aliments, même en très petite quantité, il vomissait de suite beaucoup de matière brune. Il succomba au mois de décembre 1840.

A l'autopsie, l'estomac fut trouvé excessivement étendu; la grande courbure s'étendait presque jusqu'au pubis; la membrane muqueuse était ramollie et rougie. L'orifice pylorique était si considérablement rétréci qu'on ne pouvait qu'à grand'peine y faire pénétrer l'extrémité d'une sonde; il était entouré d'une tumeur squirrheuse qui, avant le décès du sujet, pouvait déjà même être sentie à travers les téguments; la masse squirrheuse présentait quelques points ulcérés. La cavité abdominale n'offrait aucun autre point morbide.

Un point d'un grand intérêt, c'est cette particularité que le malade ne pouvait se coucher sur le côté droit sans vomir de suite. Cette circonstance, que M. Golding Bird a eu l'occasion d'observer depuis dans les affections du pylore, provient sans doute de l'irritation que le poids des aliments solides détermine dans l'organe malade.

Qualités physiques et chimiques des liquides vomis. — Pendant tout le cours de cette affection, et même à chaque changement de symptômes, le liquide vomi avait toujours montré les mêmes qualités générales. Il était d'une couleur brune tirant sur le jaunâtre-clair, ne filant que dans les cas où il contenait du mucus, et se distiguant par là du liquide qui est sécrété dans le cas de gastrorrhée; il était invariablement acide, et souvent à un haut degré; son odeur était souvent aussi acide et se rapprochait de celle du lait aigri. On voyait toujours flotter dans son intérieur un grand nombre de petits globules de graisse, de couleur jaunâtre, de forme lenticulaire et tout à fait indépendants des graisses diverses que le sujet pouvait avoir ingérées; ces globules étaient si constants dans les liquides examinés, que M. Golding Bird est porté à les compter parmi les produits de cette maladie.

Le liquide devenait limpide et clair par la filtration.

Une chose remarquable, c'est la rareté des parcelles d'aliment dans les liquides rejetés, même lorsque le vomissement était survenu pendant l'acte de la digestion.

Un autre fait non moins intéressant, c'est le peu de tendance qu'ont à la putridité les liquides vomis dans les cas de squirrhe du pylore; en effet, M. Golding Bird en a souvent exposé pendant des semaines entières à l'action des rayons solaires, sans qu'il en soit résulté aucun changement apparent.

Les recherches suivantes indiquent combien les liquides vomis avaient d'analogie entre eux, sous les rapports physique et chimique, aux différentes périodes de la maladie.

Le 28 octobre, vomissement spontané. Les matières vomies n'éprouvent pas de changement par l'ébullition, ni par l'acide azotique et l'alun. Elles fournissent un précipité dense par le chlore, le chlorure d'étain, l'azotate de plomb, l'azotate d'argent, la teinture de noix de galle; elles se troublent légèrement par le carbonate de potasse, prennent une coloration brune par le chloride de fer, une coloration demi-verte par l'acetate de cuivre, et mises en contact avec le papier de curcuma elles exercent sur la couleur de cette substance une réaction très acide. Leur poids spécifique est de 1,0132.

Le 12 novembre, vomissement spontané. Les matières vomies n'éprouvent pas de changement par l'ébullition, ni par l'acide azotique et l'alun. Elles se troublent par le chlorure d'étain, et fournissent un pré-

que celui d'une femme qui se trouve en ce moment dans la période d'opportunité de la fièvre puerpérale.

Chez l'enfant, cet état général se manifestera le plus souvent par des ophthalmies, par le muguet, et c'est là la forme la moins grave; quelquefois par la phlébite ombilicale, par la péritonite, par l'érysipèle, et ce sont là les formes les plus terribles.

Exactement comme chez la femme placée au milieu de circonstances épidémiques spéciales, la diathèse se traduira par des embarras gastriques, et même par des phlegmasies des ligaments larges ou des ovaires, expressions en général peu périlleuses; tandis que la phlebite utérine, la péritonite, expression de la même cause, seront si souvent mortelles.

Tous les jours, vous le savez, les chirurgiens ont à déplorer la mort de malades qui, après l'opération la plus simple, éprouvent des érysipèles ou des résorptions purulentes.

Ces accidents terribles s'observent en même temps dans presque tous les hôpitaux d'une grande ville, dans la pratique particulière; et presque toujours aussi, à la même époque, la fièvre puerpérale fait de grands ravages. C'est donc avec raison qu'il faut reconnaître alors une constitution médicale toute spéciale qui atteint également les enfants nouveau-nés, et devient chez eux l'occasion du développement d'affections locales multiples, dont quelques-unes deviennent souvent mortelles.

Et la démonstration de cette constitution médicale ne se tire pas seulement de l'existence simultanée d'un grand nombre de maladies qui ont entre elles une certaine affinité, mais encore de la gravité insolite que prennent des lésions locales en apparence fort simples. Voyez, en effet, ce qui est arrivé à l'enfant couché au n° 3 (bis) de la salle Sainte-Julie. On nous le montra un matin, avec une face pâle, anxieuse, de la fièvre et une apparence de grand malaise, bien qu'il n'y eût pas beaucoup de troubles fonctionnels. Cependant, nous voyions un petit érysipèle commencer sur l'aile gauche du nez. Si faible que fût cette manifestation de la diathèse épidémique, je vous annonçai que l'érysipèle allait envahir le reste du corps, et que l'enfant mourrait infailliblement. Dès le lendemain, l'enfant mourut en effet; mais l'érysipèle avait à peine envahi le quart de la joue gauche. A l'autopsie, nous ne trouvions aucune lésion qui pût rendre compte d'une mort aussi prompte; pas plus que dans certaines fièvres puerpérales épidémiques, les lésions cadavériques ne rendent compte des accidents qui ont si rapidement amené la mort.

On se demande alors si, dans de telles conditions épidémiques, la constitution individuelle n'est pas déjà préparée, par l'influence occulte de la cause septique, à une dissolution que produira la moindre cause occasionnelle. Le trouble préalable existe-t-il dans le système nerveux? dans le sang? dans les tissus élémentaires? Questions à tout jamais insolubles; car il nous est donné sans doute de constater des effets, de connaître quelques causes éloignées; mais les causes prochaines sont et seront éternellement le secret de celui qui a donné à la matière les conditions de la vie, et qui seul en connaît les ressorts intimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. TESSIER.

De la pneumonie avec parotides. Flux dysentérique, etc. Réflexions pratiques. (Suite.)

Ainsi qu'on l'a vu précédemment, le sujet dont nous étudions la maladie était une femme âgée de soixante-dix ans, robuste, à large poitrine. Or, entre le début des accidents (le 6 mars) et l'entrée de la malade à l'infirmerie (14 mars), huit jours entiers s'étaient écoulés sans que le mal eût été combattu, ni même connu; aucun médecin n'avait été appelé. Je dirai plus loin ce qui explique cette absence de soins; maintenant je vais en examiner les résultats.

La pneumonie est-elle du nombre de ces maladies dont le médecin peut attendre la solution naturelle, en se bornant aux précautions hygiéniques et diurétiques communes aux maladies aiguës inflammatoires? Bien que sous ce rapport il y ait quelques dissidences, on peut affirmer que les praticiens éclairés sont unanimes à proclamer la nécessité d'un traitement antiphlogistique énergique au début et dans le cours de la pneumonie franche, sans préjudice, bien entendu, des contre-indications et des indications spéciales que peuvent fournir la forme ou les complications de la maladie. D'un autre côté, il est facile de montrer que les répugnances de certains théoriciens pour la saignée tiennent, non pas aux mauvais résultats qu'ils ont observés à la suite du traitement antiphlogistique dans la pneumonie, mais à de petites préoccupations dont les meilleurs esprits ne sont pas toujours à l'abri. On dit, en effet: la pneumonie est une inflammation; or, toute inflammation consiste dans la stase du sang, dans le réseau capillaire oblitéré. Puis on se demande comment la saignée peut dissiper cet état, c'est-à-dire lever l'obstruction des capillaires oblitérés. Mécaniquement, cela est de toute impossibilité; on en conclut que la saignée est inutile. Bien plus, comme les animaux qu'on a saignés de manière à diminuer considérablement la fibrine de leur sang, en d'autres termes, que l'on a défibrinés, présentent souvent à l'autopsie des ecchymoses dans les poumons, on montre le danger de ces saignées imprudentes que la mécanique réprouve, et que l'expérimentation rigoureuse condamne.

Malheureusement pour cette ingénieuse théorie, on pourrait peut-être dire; 1° que l'inflammation ne consiste pas dans l'oblitération des vaisseaux capillaires de la partie affectée; 2° qu'il n'y a de commun entre la pneumonie et les ecchymoses des chiens défibrinés, que la couleur, ce qui est peu de chose, médicalement parlant. Mais comme tout cela est prouvé partout, nous renverrons, pour la première proposition, aux Eléments de physiologie de Haller; pour la seconde, aux Eléments d'anatomie pathologiques de Lobstein ou de M. Andral; puis nous continuerons à suivre le torrent, c'est-à-dire à écouter les leçons de l'expérience et à saigner les malades atteints de pneumonie franche, en dépit de la mécanique et de l'expérimentation.

Une autre objection que l'on fait à la saignée contre la pneumonie franche et essentielle, c'est qu'elle n'abrége pas sensiblement la durée de la maladie; du moins tel est le résultat d'une statistique faite par M. Louis. Or, je crois que notre honorable confrère, par suite des doctrines mécaniques, organiciennes, auxquelles il obéit peut-être plus qu'il ne le voudrait, s'est laissé entraîner à une appréciation inexacte des faits qui se présentèrent à son observation. En effet, ainsi que le disait Galien, et comme l'ont répété une foule de praticiens éminents depuis lui, on peut mourir tous les jours d'une maladie, mais on ne guérit qu'au bout d'un certain temps, et à certains jours déterminés. Or, ces jours critiques fixés d'avance n'ont rien de commun avec les moyens des statisticiens. La question n'est donc pas de savoir quelle sera la durée moyenne depuis leur début jusqu'à un autre moment fixé d'une manière arbitraire; mais si un grand nombre de pneumonies bien et convenablement traitées guérissent le septième ou le neuvième jour, c'est ce que tout le monde vérifie chaque jour, c'est ce qui a été constaté d'une manière très satisfaisante par M. Andral dans sa Clinique médicale. Donc, le blâme léger que notre confrère a jeté sur la saignée dans la pneumonie n'est pas justifié.

Ces deux objections levées, nous pouvons maintenant dire combien nous avons regretté que la malade qui nous occupe n'ait point été traitée méthodiquement jusqu'au neuvième jour de la maladie. En effet, en soumettant la malade à un traitement antiphlogistique énergique dès l'invasion de la pneumonie, nous aurions eu l'espoir légitime de voir la fièvre et l'inflammation tomber vers la fin du premier septenaire, et de n'avoir plus qu'à surveiller la résolution plus ou moins lente, plus ou moins rapide, de l'engorgement pulmonaire. Au lieu de cela, nous avons trouvé la maladie à une période avancée de ses évolutions, ayant déjà franchi le temps de la première époque critique, et à ce degré où d'ordinaire l'hépatisation rouge se transforme en hépatisation grise lorsque l'art n'est pas intervenu efficacement pour la prévenir.

Les forces de la malade étant bien conservées, nous l'avons soumise à des saignées peu copieuses, mais fréquemment réitérées, dans un court espace de temps, convaincu qu'en pareille circonstance la saignée méthodique est le meilleur moyen d'enrayer la terminaison par suppuration. Nous avons atteint notre but. Mais lorsqu'une inflammation a duré plus d'une semaine, que la pneumonie a pris droit de domicile dans un organisme et l'a modifié profondément suivant sa nature, on ne déjoue pas impunément les tendances de la maladie, et tout n'est pas gagné lorsque la partie primitivement affectée a subi une notable amélioration. C'est alors que les complications surgissent avec facilité, que les rémissions sont équivoques et les convalescences dangereuses. De là ces métastases qui substituent une affection nouvelle à celle que l'on a fait disparaître, et qui sont la source d'une seconde série d'accidents, comme il est arrivé chez notre malade. Le retard apporté au traitement, le droit de fixité acquis par la maladie, voilà, selon nous, la cause réelle des accidents que nous avons observés, et dont le kermès a paru d'ailleurs être l'agent provocateur.

Mais pourquoi cette malade, qui se trouvait déjà dans l'hôpital, n'est-elle entrée à l'infirmerie qu'après huit jours de la maladie? Je vais le dire; parce que cette raison n'est pas propre à une seule femme, mais est commune à la plupart des femmes indigentes de cet établissement. Or, voici ce que m'ont appris les renseignements que j'ai pris au sujet de l'entrée tardive de plusieurs malades à l'infirmerie.

1° Les indigentes, comme toutes les personnes âgées, tiennent beaucoup à leurs habitudes. Tout changement de lieu, de voisinage, de régime, leur répugne extrêmement. Aussi dissimulent-elles, soit le mal lui-même, soit la gravité du mal qu'elles éprouvent, afin de ne point quitter leur dortoir.

2° Parmi ces femmes, il règne une idée fort triste sur le sort qui les attend à l'infirmerie. Elles sont convaincues qu'elles y servent aux expérimentations médicales d'abord, ensuite aux dissections. De là, plus que de la répugnance à se confier aux soins des médecins.

Je ne perdrai pas mon temps à réfuter ce hideux présage devant mes confrères; je le signale afin que chacun y remédie de son côté autant qu'il le pourra, et cela me paraît nécessaire. En effet, dans l'espace de six semaines, j'ai vu au moins douze vieilles atteintes de pneumonie, n'entrer dans les salles de l'infirmerie que lorsqu'elles étaient à l'agonie. Or, un certain nombre, convenablement traitées, eussent certainement guéri, si nous en jugeons, d'une part, par le peu d'étendue et de gravité de l'affection locale, et, d'autre part, par l'issue des pneumonies que nous avons pu traiter dès le milieu du premier septenaire.

Nous trouvons d'ailleurs, dans ces faits, une réponse sans réplique à ceux qui prétendent qu'on peut abandonner la pneumonie à elle même. La plupart de ces pneumonies, négligées, se terminent par la mort; il est bien vrai que toutes ne suppurent pas, que plusieurs malades meurent dans la période de résolution, alors que le poumon est induré et carnifié, suivant l'expression de Laennec; mais enfin les malades meurent, ce qui prouve que la nature médicatrice est en défaut, et qu'il ne faut pas compter sur elle, comme le fit à son détriment notre illustre confrère Double.

Nous ne terminerons pas ces réflexions, ajoute M. Tessier, sans nous élever contre la tendance de certains médecins de nos jours à décrire des pneumonies des adultes, des enfants, des vieillards, ainsi que des pneumonies lobaires, lobulaires, etc. Ces divisions sont radicalement fausses sous tous les rapports, même sous le rapport physiologique et anatomique. On peut s'en convaincre par la lecture de l'article *Pneumonie chez les enfants*, que M. Trousseau a extrait d'un ouvrage qu'il prépare sur les maladies des enfants (*De morbis infantum epitome*), et qui a été publié par le Journal de Médecine (avril 1844).

A quoi tient cette disposition d'un grand nombre d'esprits distingués à classer les maladies d'après des bases physiologiques? Nous devons le dire en peu de mots: L'Ecole de Paris a poursuivi avec beaucoup d'ardeur ce qu'elle appelait le grand problème de la localisation des maladies; elle a cru découvrir une nouvelle méthode nosologique qui s'est appelée successivement méthode physiologique, méthode organique, méthode organo-pathologique. C'est là la grande découverte du dix-neuvième siècle; c'est ce que l'on appelle la médecine moderne, et chacun l'attache à son nom avec plus ou moins de succès.

Voilà, du reste, ce que Sauvages nous dit à ce sujet dans le discours préliminaire de sa Nosologie méthodique:

« On divise en particulier les maladies de plusieurs façons, mais, pour l'ordinaire, suivant quatre diverses méthodes, savoir: l'alphabétique, la temporaire, l'anatomique et l'étiologique; mais aucune ne vaut, selon moi, la symptomatique.....

» La méthode anatomique divise les maladies selon les parties du corps où elles établissent leur siége, et par conséquent en internes et externes, en générales et particulières, en maladies de l'âge, du sexe; et enfin, en maladies de la tête, de la poitrine, du bas-ventre et des membres. Elle décrit ensuite les maladies de chaque partie, et détaille leurs symptômes particuliers. Ceux qui suivent cette méthode, mettent au rang des maladies ce que tous les praticiens ne regardent que comme des vices, des principes ou des causes de maladies, et ils donnent le nom de symptômes à ce que les praticiens appellent des maladies. Voyez l'Idée universelle de la médecine de J. Jousson, imprimée à Amsterdam en 1644. On n'y regarde point l'apoplexie, la manie, la rage, etc., comme des maladies; on garde ce nom pour les verrues, les lentilles, une petite plaie, les jambes cagneuses, etc. Tous les praticiens condamnent cette nomenclature; il n'y a que le jargon des scolastiques qui puisse la supporter. »

Nos localisateurs devraient bien se dispenser de nous donner, comme constituant la médecine moderne, les vieilleries de Mercatus et ses successeurs. Nous aimons trop l'école de Paris, pour la voir de gaieté de cœur se parer avec fierté des rebuts de l'école de Montpellier et des débris de l'école espagnole.

---

cipité dense par le chlore, l'azotate de plomb, l'azotate d'argent, la teinture de noix de galle; elles précipitent aussi par le carbonate de potasse, mais seulement avec l'intervention de la chaleur. Elles prennent une coloration rougeâtre par le chloride de fer, une coloration demi-verte par l'acétate de cuivre, et elles exercent une réaction très acide sur le papier de curcuma. Leur poids spécifique est de 1,0194.

Le 17 novembre, vomissement provoqué par l'action d'un émetique. Les matières vomies n'éprouvent pas de changement par l'ébullition, ni par l'acide azotique et l'alun. Elles se troublent par le chlorure d'étain, et fournissent un précipité dense par le chlore, l'azotate de plomb, l'azotate d'argent, la teinture de noix de galle; elles présentent un nuage jaune par l'addition du chloride de fer, et prennent une coloration demi-verte par l'acétate de cuivre. Elles dégagent de l'ammoniaque par le carbonate de potasse, et exercent une réaction très acide sur le papier de curcuma. Leur poids spécifique est de 1,0192.

Le 23 novembre, vomissement spontané. Les matières vomies se troublent par l'ébullition; elles laissent dégager de l'ammoniaque par le carbonate de potasse; elles n'éprouvent pas de changement par l'acide acétique ni par l'alun; elles fournissent un précipité par le chlorure d'étain, et en donnent un très dense par le chlore, par l'azotate de plomb, par l'azotate d'argent, par la teinture de noix de galle; elles se colorent en jaune-foncé par le chloride de fer, et en vert vif par l'acétate de cuivre; elles exercent une réaction très acide sur le papier de curcuma. Leur poids spécifique est de 1,0201.

Le 24 novembre, vomissement provoqué par l'administration d'un émétique. Les matières vomies se troublent légèrement par l'ébullition; elles laissent dégager de l'ammoniaque par le carbonate de potasse; elles n'éprouvent pas de changement par l'acide azotique ni par l'alun; elles fournissent un précipité par le chlorure d'étain, et en donnent un très dense par le chlore, par l'azotate de plomb, par l'azotate d'argent, par la teinture de noix de galle; elles se colorent en jaune par le chloride de fer, et en vert-sale par l'acétate de cuivre; elles exercent une réaction acide sur le papier de curcuma. Leur poids spécifique est de 1,0182.

Le 10 décembre vomissement spontané. Les matières vomies n'éprouvent pas de changement par l'ébullition ni par l'acide azotique et l'alun; elles laissent dégager de l'ammoniaque par le carbonate de potasse; elles fournissent un précipité par le chlorure d'étain, et en donnent un très dense par le chlore, par l'azotate de plomb, par l'azotate d'argent par la teinture de noix de galle; elles présentent un nuage jaune par l'addition du chloride de fer, et se colorent en vert par l'acétate de cuivre; elles exercent une réaction acide sur le papier de curcuma. Leur poids spécifique est de 1 0155.

M. Golding Bird pense, d'après Prout, que l'acide libre contenu dans ces liquides est l'acide chlorhydrique. Dans chaque 30 grammes du liquide vomi le 12 novembre, il trouva, d'après son calcul, qu'il y existait 0,0711 de centigramme de cet acide.

Par distillation on pouvait aussi démontrer dans ces divers liquides la présence d'une grande proportion d'acide butyrique libre.

(*The Londons' medical Gazette.*)

Moyen de prévenir le danger des blessures faites en disséquant; par M. le professeur MACARTNEY, de Dublin.

M. le professeur Charles Lendrick, dans un travail sur l'inflammation diffuse du tissu cellulaire, indique, en parlant de cette maladie comme conséquence des piqûres faites dans les amphithéâtres d'anatomie, un moyen qu'il regarde comme sûrement préservatif de tous les accidents consécutifs. Ce moyen, qui coagule, dit-il, le fluide virulent à la surface des plaies, consiste en une solution aqueuse de sulfate acide d'alumine, de potasse et de nitrate de potasse, dans laquelle on baigne la blessure le plus promptement possible après qu'elle a été reçue.

Cette solution, que M. le professeur Macartney fait mettre en usage, depuis plusieurs années déjà, dans l'amphithéâtre d'anatomie et de chirurgie de l'école de Dublin, est toute préparée à l'avance et conservée dans des vases, afin que les élèves puissent y plonger les mains aussitôt qu'ils se sont fait quelques blessures.

A l'aide de ce moyen si simple, il ne s'est pas présenté un seul cas d'inflammation diffuse du tissu cellulaire parmi les élèves qui fréquentent cet amphithéâtre, bien que cette phlegmasie se rencontre assez communément dans la ville de Dublin.

(*Dublin Journal of medical and chimical sciences.*)

Enfin, nous nous demandons comment il peut se faire que M. Trousseau, après avoir poursuivi l'organicisme de ses dédains, ne s'aperçoive pas qu'il est lui-même organicien, lorsqu'il fait un livre intitulé *De morbis infantum*, comme s'il y avait des maladies des enfants; et notre confrère le sent si bien lui-même, qu'après avoir intitulé son livre *De morbis infantum epitome*, il décrit la pneumonie chez les enfants.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Suite du cancer du rectum, et des remarques cliniques faites à ce sujet.

Symptômes généraux. — Au début de la maladie ces symptômes sont à peu près nuls; tout se réduit à quelques symptômes locaux; mais plus tard quand la cachexie cancéreuse s'est déclarée, on voit la peau prendre une teinte jaunâtre, terreuse, tout à fait caractéristique; elle devient en même temps pulvérulente. Alors les malades commencent à avoir un sommeil agité et très pénible, avec des douleurs lancinantes qui se reproduisent avec plus ou moins de fréquence. Il se manifeste aussi des sueurs abondantes accompagnées de diarrhée, qui jettent les malades dans un état de faiblesse extrême et finissent par les emporter. Le pouls est rarement fébrile, excepté dans la période la plus avancée de la maladie. Quelquefois on voit survenir le vomissement.

Notre malade n'a pas encore présenté tous ces symptômes; il n'y a pas eu de ces débâcles de matières fécales dont nous avons parlé, il n'y a pas chez lui de conduits accidentels dans le rectum, pas de douleurs lancinantes; ce qui doit être noté, car c'est un symptôme qui manque rarement; mais sa maladie est assez avancée pour qu'il faille y porter quelque remède sans retard.

Diagnostic de la maladie qui nous occupe. — Quelquefois il présente d'assez grandes difficultés. Il y a beaucoup de malades affectés de cancer du rectum, qui nous sont envoyés de la province pour être opérés de fistules, de fissures à l'anus, de tumeurs hémorrhoïdales, etc. C'est que les médecins de la province en général n'aimant pas trop les opérations, examinent les malades affectés de ces maladies assez superficiellement, et même en diagnostiquant exactement la maladie, n'osent pas l'appeler de son vrai nom pour ne pas effrayer les malades qui sont envoyés dans les hôpitaux de Paris. Indépendamment de cela, on voit quelquefois des indurations d'apparence cancéreuse qui peuvent être de nature syphilitique ou autre. Dans le doute, il faut toujours commencer par un traitement antisyphilitique. Dans notre cas actuel, il n'y a pas de doute à cet égard. — Il faut aussi se demander quel est le siége précis et l'étendue du cancer avant d'entreprendre aucune opération, car il peut y avoir des organes importants intéressés, et qu'il faudra soigneusement éviter. Il arrive quelquefois que dans la détermination de ces limites du mal on se trompe; en voici une des raisons. Le rectum, à l'état normal, et distendu, envahi par le cancer, peut se plisser surtout sous les efforts de la défécation, et rester ensuite dans cet état de plissement, de manière qu'en l'examinant avec le doigt sur le vivant, on croirait que le cancer ne s'étend pas au delà de 2 ou 3 centimètres, et vu sur le cadavre en déplissant le rectum, on le trouve remonter jusque près du péritoine.

Pronostic du cancer. — En général le pronostic est variable suivant l'étendue, le siége et la durée de la maladie.

1° Suivant l'étendue. Ainsi le cancer borné à l'orifice externe de l'anus, ou le dépassant à peine de quelques lignes, est peu grave; mais quand il monte assez haut dans le rectum, quand il a une étendue de 3 pouces à 3 pouces et demi, que par conséquent il se rapproche beaucoup du cul-de-sac péritonéal, alors le pronostic est grave, et les chances de succès sont peu nombreuses.

2° Selon le siége. Supposez que le cancer occupe la partie supérieure du rectum, l'inférieure restant saine, il n'y aurait pas possibilité de l'opérer, et le malade serait voué à une mort inévitable.

3° Enfin le pronostic varie selon la période à laquelle la maladie est arrivée. Desault cite dans ses ouvrages un grand nombre d'observations, dites de cancer du rectum; cette maladie consistait dans un rétrécissement du rectum, ou de l'orifice anal, produit par des indurations. Parmi ces observations, il y en a certes beaucoup dont la nature cancéreuse peut être contestée. Il est bien important de distinguer la période de la maladie; car s'il est permis de guérir les malades dans la première période, quand le mal est encore local et peu avancé, la guérison est bien douteuse plus tard quand elle a fait des progrès tels, que toute opération est impossible. Il faut aussi prendre en considération dans le pronostic la forme du cancer à laquelle on a affaire; ainsi le squirrhe est beaucoup moins grave que l'encéphaloïde; car celui-ci se développe avec une grande facilité, et tend à se multiplier rapidement çà et là dans les organes, quoique le tissu squirrheux ait aussi une tendance à se ramifier et à jeter des branches dans les parties voisines du point où il se développe. L'encéphaloïde, plus limité en apparence, tend à se reproduire dans les organes éloignés de son siége primitif, et de plus, les observations microscopiques prouveraient que les tissus environnants sont imbibés de la même substance en embryon; toujours est-il, qu'après l'opération d'une tumeur encéphaloïde il y a toujours à craindre une récidive dans un point éloigné plutôt que dans le lieu même où on opère; tandis que le squirrhe, tendant à se propager de proche en proche dans les parties qui avoisinent son siége primitif, si on arrive à tout enlever dans ce point il y a toute probabilité qu'il ne récidivera pas, ou il récidivera dans le même endroit.

Il y a enfin des ulcères dits cancéreux, qui semblent moins graves que les cancers primitifs, et qu'on peut guérir radicalement sans crainte de récidive par un traitement approprié.

Dans le cas dont il s'agit nous avons à faire à un cancer ulcéré avec tendance à s'étendre de plus en plus et à produire une véritable cachexie cancéreuse. Le cas est très grave, mais il ne semble pas au-dessus des ressources de l'art. Il n'y a pas d'autres moyens à employer que l'ablation de la tumeur avec l'instrument tranchant. L'opération certes présente peu de chances de succès par les raisons que nous avons déjà exposées; mais c'est la seule ancre de salut; d'ailleurs jusqu'à présent il n'y a pas d'engorgement dans les ganglions au moins apparent: la maladie paraît limitée au rectum et au tissu cellulaire voisin.

Traitement de ce cancer. — Il est variable selon le degré auquel le malade est arrivé. Il est: 1° *palliatif*, si le cancer est arrivé à une période trop avancée, et si déjà la constitution du malade en est attaquée; 2° *curatif* dans les cas contraires, et alors les moyens à mettre en usage sont multiples.

On emploie: 1° la *compression*; elle convient, bien entendu dans les cancers à la première période et non encore ulcérés. Dans le cancer du rectum, cette compression ne peut être employée que de dedans en dehors à l'aide de corps cylindriques qu'on introduit dans le rectum même. Quels sont ces corps et comment les emploie-t-on? Les Anglais ont proposé les canules de gomme élastique, les chirurgiens français ont préféré les mèches d'un volume graduellement croissant. Les partisans des canules disent que ces corps non seulement servent à dilater l'orifice rectal en comprimant la tumeur qui tend à le boucher, mais étant creuses laissent en même temps passer les matières fécales, de sorte que les malades peuvent les garder continuellement, sauf à les extraire pour les nettoyer.

Les avantages des canules sont bien exagérés, et bien au-dessous des inconvénients qu'elles produisent. Et d'abord les malades les supportent très difficilement, au point que pour plusieurs leur emploi est impossible; cela s'explique à cause de la dureté de ces canules. En outre, pour peu que ce cathétérisme fût vraiment utile, il faudrait pouvoir employer des canules grosses au moins comme le pouce, et quel est le malade qui les supporterait? Enfin, il n'est pas vrai que la défécation puisse se faire par le canal de ces sondes, au contraire le plus souvent ce canal se bouche et augmente l'obstacle au passage des matières fécales. Pour ces raisons en France on a généralement repoussé ce moyen de compression qui est employé en Angleterre. — Au contraire les mèches, à cause de la substance molle et souple qui les compose, sont très facilement supportées, et ont surtout l'avantage de pouvoir être augmentées de volume selon l'indication, et en même temps enduites de substances médicamenteuses aptes à favoriser la résolution de la maladie. C'est pour cela qu'on s'est arrêté chez nous à ce second moyen, et les résultats qu'on en obtient ordinairement sont satisfaisants.

Si la tumeur cancéreuse est ulcérée, pourvu qu'elle ne soit pas trop étendue, on peut la cerner par des incisions faites sur les parties saines, et l'enlever entièrement avec probabilité de guérison radicale. M. Récamier a proposé pour ces cas la ligature de la tumeur; nous en parlerons tout à l'heure. Mais si la tumeur s'étend au loin, si elle remonte un peu haut (comme ce serait dans notre cas) tous les traités dogmatiques et dictionnaires mêmes, publiés depuis dix à quinze ans, disent que la maladie est incurable, car l'opération est impossible. Jusqu'en 1826 aucun chirurgien n'avait osé opérer des cancers de cette nature. Béclard l'avait proposé pourtant sans l'employer; ce ne fut que son successeur à la Pitié, M. Lisfranc, qui le pratiqua le premier en 1826 en donnant des préceptes pour le procédé opératoire. Pour opérer avec quelques chances de succès, il faut que la tumeur, quoique très élevée, ne dépasse pas le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal qui se trouve à la hauteur de 6 à 7 ou de 5 à 8 centimètres; cela varie entre ces limites; il ne faut pas ordinairement qu'elle dépasse les 7 centimètres; sans cela l'opération est hasardeuse, car le péritoine peut être facilement ouvert; elle sera de même très-grave si la tumeur a des adhérences avec les organes environnants, tels que le pubis, l'urètre, etc. Et comme cette maladie s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme, il n'est pas rare de la voir adhérer au vagin, etc.: c'est aussi une complication grave, mais elle ne constituerait pas pour cela une contre-indication, car on a déjà opéré des cas de cancer avec adhérences recto-vaginales, et la guérison a eu lieu sans récidive. Enfin, pour opérer d'une manière rationnelle, il faut que la maladie soit encore purement locale, que la cachexie cancéreuse n'existe pas déjà.

Le cancer que nous devons opérer remonte dans le rectum à la hauteur de cinq à six centimètres en avant, un peu plus en arrière; il est libre du reste de tous les côtés, s'il n'a quelques lâches adhérences avec la prostate. Le malade est bien portant et encore bien conservé; donc la tumeur est opérable. Mais nous ne cachons pas qu'il y a peu de chances de succès. Le cancer remonte très haut, de sorte que la lésion du péritoine, malgré toutes les précautions qu'on puisse prendre, est très possible.

Il résultera de l'opération une perte de substance considérable, une plaie suppurante qui fournira beaucoup de pus, et qui peut se compliquer de fusées purulentes plus ou moins fâcheuses. Pourquoi donc l'opérerons-nous? Parce que la maladie, marchant toujours, serait inévitablement mortelle; il y a une incontinence continuelle de matières fécales qui place le malade dans une condition excessivement pénible et dégoûtante, et si la cachexie cancéreuse se développe, comme cela arriverait plus tôt ou plus tard, la mort ne se ferait pas long-temps attendre. Il faut donc absolument essayer d'améliorer son état. Quelles sont les indications des graves opérations? Dans le monde, on en a une idée fausse, parce que les chirurgiens ne tiennent pas souvent le langage convenable. Ainsi, dans un cas opérable, on ne doit pas dire que si l'opération n'est pas faite le malade meurt, car il peut tout de même guérir; mais on doit dire que l'opération offre au malade plus de chances de guérison, qu'en abandonnant la maladie à elle-même.

(La fin à un prochain numéro.)

FORCEPS ASSEMBLÉ DU Dr CAMILLE BERNARD.

HUIT NOUVELLES APPLICATIONS.

Onzième application (1). — *Multipare, quarante-quatre ans, un jour de travail, implantation du placenta sur l'orifice. Position occipito postérieure droite. Application directe intra-pelvienne du forceps assemblé. Enfant mort; perte considérable. Suites heureuses.*

Le 2 avril 1842, à onze heures du soir, nous sommes demandé, en toute hâte, pour une femme en travail, qui, dit-on, est près de succomber à une hémorrhagie utérine.

Le toucher nous fait reconnaître l'implantation de l'arrière-faix sur l'orifice de la matrice. Le décollement répond à la lèvre antérieure du col. La tête repose sur le placenta.

La dilatation de l'orifice a acquis environ 5 centimètres de diamètre. Ses bords sont souples, amincis, facilement dilatables. Pendant que nous perforons le placenta à son centre, arrive un de nos confrères que nous avions fait prévenir de nous seconder; c'est M. Canne.

Nous convenons de faire engager la tête pour qu'elle forme un obstacle à l'hémorrhagie, puis de livrer le travail à la nature.

Les douleurs se déclarent et se succèdent à des intervalles assez rapprochés. Après demi-heure de douleurs, nous touchons et nous reconnaissons une position occipito-postérieure droite. L'hémorrhagie a cessé.

Cette position de la tête nous explique la lenteur de sa progression dans le bassin, et nous indique l'emploi du forceps.

Son application a lieu en sens direct et dans l'excavation pelvienne. L'érosection des cuillers est on ne peut plus facile, au dire de notre confrère; c'est dans l'espace d'une minute et demie que la tête a été saisie et l'instrument fixé. L'extraction n'offre rien de notable.

La tête, saisie régulièrement par ses parties latérales, est amenée en quelques instants, et n'offre point de trace des cuillers.

L'enfant, pâle, décoloré, est exsangue par suite de l'hémorrhagie que la sage-femme avait laissé continuer depuis le matin.

Nous détachons le placenta, et nous procédons au tamponnement avec beaucoup de soin; car l'orifice reste béant et largement ouvert.

La perte s'arrête. Le lendemain nous retirons le linge. Quelques caillots sont peu à peu expulsés. Les lochies coulent; la fièvre de lait se déclare, et au bout d'une semaine cette femme entre en convalescence. Trois mois lui sont nécessaires pour restaurer ses forces et perdre l'aspect anémique.

Une chose que nous devons noter, c'est l'apparition tardive de l'hémorrhagie utérine, malgré l'insertion du placenta sur toute la circonférence de l'orifice. Une petite quantité de sang parut quinze jours seulement avant le terme de la grossesse, et ce n'est réellement que pendant le travail que l'hémorrhagie s'est déclarée.

Douzième application. — *Primipare, de trente ans, quatre jours de travail. Epuisement des forces. Position occipito-postérieure droite. Application du forceps intra-pelvienne oblique. Hémorrhagie utérine. Etat gangréneux chez la mère. Mort le septième jour.*

Ursule Vial de S..., primipare, âgée de trente ans, était en travail depuis quatre jours complets, lorsque le 16 avril 1842 la sage-femme sans titre qui l'assistait se décida à nous faire demander. A la première vue, la femme nous paraît dans le plus fâcheux état. Les douleurs faibles, éloignées, ne font nullement avancer la tête, placée obliquement dans l'excavation pelvienne, dans la position occipito-postérieure droite.

La faiblesse du pouls répond à l'altération des traits de la face; le découragement, la prostration physique, tout annonce que la longueur du travail a amené un profond épuisement des forces.

Après quelques instants d'attente, nous procédons à l'application du forceps, doublement indiquée et par l'état de la mère, et par la position de la tête.

L'application du forceps a lieu avec la même facilité que dans les observations précédentes, la tête saisie obliquement par le pariétal gauche, et la bosse frontale droite est amenée au dehors après de courtes tractions.

L'enfant est vivant. Il porte à la joue droite et au cou un engorgement assez considérable occasionné par la pression que ces parties ont subie pendant au moins 40 heures, qui se sont écoulées depuis la rupture de la poche des eaux.

Immédiatement après la sortie du placenta, qui suit de très près celle de l'enfant, une hémorrhagie foudroyante se déclare, nous l'arrêtons à l'aide du tamponnement. Cependant en quelques secondes la perte du sang, qui probablement était amassé dans l'utérus, a été assez abondante pour amener une syncope complète, l'absence du pouls aux radiales et le refroidissement du corps.

Pendant un quart d'heure, nous avons craint que la mort ne suivît cet état. Au moyen des spiritueux, du calorique appliqué sur la région du cœur, et de la moutarde promenée sur les membres, nous parvenons à ranimer la malade.

Peu à peu la réaction s'opère; le pouls reparaît, mais il est d'une fréquence presque innumérable.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* des années précédentes, depuis 1836.

Le lendemain, le pouls s'est ralenti ; il donne encore 130 pulsations à la minute. Le linge a été retiré du vagin par la sage-femme. Les lochies coulent et laissent exhaler une odeur très fétide. Le ventre est souple et nullement douloureux.

Dans la soirée, la fièvre redouble ; il survient du délire, de l'assoupissement. Pendant six jours, la malade, laissée par nous aux soins de M. F..., son médecin, lutte contre la mort. Durant ce temps, le ventre est resté météorisé, et les lochies suspendues ; le pouls est devenu de plus en plus misérable.

La mort arrive le septième jour, après une évacuation sanieuse abondante par le vagin.

En rapprochant cette observation, dans laquelle l'ignorance de la femme qui assistait à l'accouchement a été cause que la tête est restée deux jours dans le vagin, et que les forces se sont inutilement épuisées; en la rapprochant, dis-je, de celles dans lesquelles l'accoucheur applique le forceps dès que les efforts infructueux de la matrice n'ont pu dans un temps convenable déplacer la tête dont l'occiput est arc-bouté dans le sacrum, on juge des funestes effets de la temporisation.

Pratiqué dans la condition de l'à-propos, cet accouchement ne pouvait qu'avoir des suites heureuses. Nous voyons, par contre, l'influence qu'ont eue sur l'état gangréneux des organes de la gestation et sur l'absorption putride l'irritation mécanique causée par la présence de la tête de l'enfant, et par l'épuisement du sang et des forces de la mère.

Treizième et quatorzième applications. — *Primipare, vingt-deux ans, deux jours de travail, rupture artificielle prématurée de la poche des eaux. Application supra-pelvienne du forceps assemblé, pendant la vie de l'enfant ; résistance de l'utérus. Temporisation; inertie de la matrice. Seconde application après la mort de l'enfant. Couches naturelles.*

La femme Agnès de S....., primipare, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament nerveux, sanguin, d'une bonne constitution, ressent les premières douleurs le 17 juin 1842, douze ou quinze jours avant le terme qu'elle assignait à sa grossesse. Les douleurs continuent durant la nuit et la journée du 17.

Dans la nuit du 17 au 18, la sage-femme trouvant la dilatation trop lente à s'opérer, crêve la poche des eaux. Cet expédient ne répondant pas à son attente, du grand matin nous sommes appelé.

La matrice est assez dilatée pour permettre à la tête de s'engager jusqu'aux bosses pariétales; mais le travail est nul. Après une attente d'une heure, craignant que la compression exercée sur le fœtus par suite de la vacuité de la matrice n'entraîne la mort, nous appliquons le forceps. La tête située encore très haut et saisie sans peine, et l'instrument régulièrement appliqué ; mais les premières tractions nous prouvent que nous nous sommes trop hâté d'appliquer l'instrument. Quoique la dilatation du col soit suffisante, la matrice fortement contractée retient le fœtus,

La prudence nous ordonne de temporiser, malgré le péril que court l'enfant. Nous retirons le forceps sans difficulté.

A cinq heures le travail se déclare avec énergie, et se soutient jusqu'à neuf. Durant ces quatre heures, la dilatation du col devient complète ; mais les signes qui indiquent la vie du fœtus vont en diminuant. Enfin le travail se suspend une seconde fois avant que la tête ait décrit son mouvement de rotation. L'occiput repose derrière la cavité cotyloïdienne gauche.

Croyant le moment venu d'appliquer le forceps, nous y procédons de la manière décrite précédemment; en quelques minutes nous amenons un enfant du sexe masculin. Ainsi que nous l'avions annoncé, il avait cessé de vivre.

Les suites sont parfaitement heureuses. Dans la huitaine la femme Agnès se charge d'un nourrisson.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Bulletin général de thérapeutique.

Coup d'œil sur la fièvre typhoïde et sur son traitement.

Paris a été depuis quelque temps le théâtre d'une multitude d'affections typhoïdes qui se sont présentées avec des formes et une gravité inaccoutumées. Cette espèce d'épidémie n'est pas encore entièrement éteinte, quoiqu'elle touche évidemment à son déclin. Elle a commencé vers le mois de janvier, à l'époque où se déclarent ici les maladies printanières et elle expire en ce moment à l'époque aussi où l'on voit se terminer ordinairement les affections du printemps. Les hôpitaux et la ville ont fourni également leur contingent de malades ; cependant la ville en a produit à proportion beaucoup moins que les hôpitaux.

Cette affection s'est offerte à peu près partout avec des symptômes uniformes ; ses complications, sa marche, sa solution ont été aussi à peu près les mêmes. Elle commençait en général par les symptômes d'une bronchite et d'un embarras gastro-intestinal, se traduisant par la toux, le mal de tête, courbature générale, frissonnements perpétuels, anorexie, empâtement de la bouche, embarras dans le ventre, constipation ou diarrhée, affaissement de la physionomie, prostration des forces. Ces symptômes intestinaux duraient plusieurs jours de suite. Là se bornaient tous les phénomènes dans quelques circonstances ; mais dans d'autres, ce premier pas de l'affection régnante conduisait aux symptômes les plus graves, mais très variés. Tantôt c'était inopinément un délire frénétique qui a pu être pris comme symptôme d'une méningite et traité comme tel. Mais les renseignements puisés dans les circonstances anatomiques révélaient bientôt la véritable nature de la maladie qui était toujours formidable, car beaucoup de malades ont succombé au bout de cinq à six jours aux progrès des symptômes cérébraux. Tantôt, après les préliminaires annoncés, les symptômes prenaient franchement le caractère de fièvre typhoïde avec toutes ses variétés et toutes ses formes.

L'auteur de cet article anonyme insiste avec raison sur deux circonstances remarquables des maladies régnantes, soient leur complication catarrhale et bilieuse. Il remarque aussi qu'elles ont eu une tendance vers la forme intermittente. Plusieurs cas ont été observés qui se rapportaient bien plus à une fièvre intermittente pernicieuse qu'à une fièvre typhoïde.

Contre ces affections, les praticiens n'ont pas opposé une méthode uniforme; les uns se sont servis d'émissions sanguines, les autres de purgatifs; ceux-ci ont fait de la médecine expectante, la plupart une médecine symptomatique; le plus petit nombre a mis en usage les éméto-cathartiques suivis de purgatifs et couronnés par des toniques. Le résultat du traitement des médecins a varié comme le traitement même. A l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Sandras, qui est fort nombreux, car il ne compte pas moins de deux cent cinquante lits, ce médecin a eu à traiter couramment de cinquante à soixante malades atteints de fièvres typhoïdes généralement graves; il n'a point employé de méthode générale exclusive : cependant, il n'a donné à presque tous les sujets, et d'une manière suivie, l'eau de Sedlitz à faible dose, à titre de laxatif. La mortalité de ce service a été de 1 sur 7. Les résultats obtenus par M. de Laroque à l'hôpital Necker sont beaucoup plus satisfaisants. Les décès n'ont été que de 1 sur 20 et même sur 30, en éliminant un malade arrivé dans un état désespéré. Le traitement suivi par ce médecin s'est composé uniquement de l'emploi des éméto-cathartiques au début, puis ensuite de purgatifs (généralement de l'eau de Sedlitz) répétés jusqu'à la fin de la maladie, et plus tard de l'administration de légers toniques.

Du catarrhe pulmonaire chez les vieillards, et de son traitement.

L'auteur anonyme de ce travail rejette les émissions sanguines dans le traitement du catarrhe pulmonaire des vieillards, soit dans la première période où il les considère au moins comme inutiles, soit dans la seconde où il les croit nuisibles. Dans cette seconde période il préconise les vomitifs, si l'état des voies digestive permet leur emploi.

De l'émétique à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ; par M. Legrand.

L'auteur se plaint de l'abandon presque général qui a été fait du tartre stibié dans le traitement du rhumatisme aigu. Sans négliger les émissions sanguines, et toutes les fois que le canal digestif est en bon état, il croit que le traitement rasorien a une grande efficacité. Il rapporte deux observations. Dans la première il s'agit d'une dame de quarante ans qui, après quelques symptômes de catarrhe pulmonaire, fut prise d'arthritis aiguë d'abord aux coudes, puis aux poignets et successivement aux genoux et aux articulations du coude-pied. Les calmants et une forte saignée de 500 grammes, n'avaient apporté aucune amélioration. M. Legrand prescrivit une potion stibiée (30 centigrammes dans une potion de 150 grammes), augmentée progressivement jusqu'à 60 centigrammes. Les symptômes allèrent en diminuant, et huit jours après le début de cette médication la malade entrait en convalescence.

Dans la seconde observation, c'est un homme de cinquante-huit ans, dont le rhumatisme aigu, commencé par le talon, se généralisa bientôt dans presque toutes les articulations. La potion stibiée est prescrite et dès le lendemain elle produit une amélioration marquée, on insiste, et, moins de cinq jours après, le malade est débarrassé de ses douleurs.

De la cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique ; par M. Vidal (de Cassis).

Nous avons déjà analysé ce travail dans nos compte-rendus de l'Académie de médecine.

Un mot sur le traitement des brûlures par l'associatian du liniment oléo-calcaire avec le coton cardé ; par M. Espezel.

L'auteur rapporte quatre cas de brûlures diverses et à différents degrés, qui parlent en faveur de l'emploi simultané du coton en rame et du liniment oléo-calcaire. Nous en citerons un exemple : « Je fus un jour appelé, dit l'auteur, pour voir un petit garçon de huit à neuf ans, qui, depuis quelques heures, s'était laissé tomber dans un chaudron à demi-rempli d'eau presque bouillante. Quoique secouru au plus tôt, l'enfant n'en eut pas moins les fesses, la partie interne et supérieure des cuisses, le bas-ventre et les parties génitales brûlés. La brûlure n'était pas au même degré sur tous les points : assez légère au bas-ventre, elle avait produit des phlyctènes sur les fesses, sur les cuisses, et la désorganisation du corps papillaire de la peau des parties génitales. En partant, j'avais pris de l'eau de chaux pour préparer le liniment oléo-calcaire. A mon arrivée, je trouvai le petit malade enveloppé dans du coton en rame et se plaignant beaucoup. La mère, qui avait grande confiance en ce moyen, ne me vit pas sans peine découvrir les parties brûlées, les oindre de liniment et replacer le coton. Les douleurs se calmèrent bientôt, et ce pansement, renouvelé plusieurs fois et aidé d'un régime convenable, procura une guérison complète en onze jours.

M. le docteur Furnari vient d'être nommé chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur. Ce chirurgien s'était créé des titres à cette distinction par ses travaux ophthalmologiques et par les utiles résultats de la mission qu'il avait reçue d'etudier les maladies des yeux si fréquentes dans nos possessions d'Afrique.

Désirant répandre parmi les indigènes, les principaux moyens hygiéniques et curatifs contenus dans le rapport de M. Furnari, M. le ministre de la guerre a ordonné qu'un résumé de ce travail fût traduit en arabe pour recevoir en Algérie la plus grande publicité.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 4 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 65. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

MALADIES DES YEUX.

Observations : 1° de cysticerque ; 2° de phlegmon de la gaîne du muscle droit externe ; 3° de cataracte compliquée de strabisme.

Parmi les cas nombreux et intéressants que nous observons dans les salles de la clinique ophthalmologique de la Pitié, il en est quelques-uns qui sortent, par leur originalité et leur rareté, de cette longue série de maladies oculaires que le praticien est appelé à traiter. Ces faits, quoique ne se rencontrant point dans la pratique habituelle, sont tels pourtant que lorsque l'attention est une fois fixée sur eux, on peut, avec assez de facilité, les reconnaître et arriver à un diagnostic et une thérapeutique assurée.

Déjà, dans un numéro précédent, on a rapporté l'observation des différentes dégénérescences dont la glande lacrymale pouvait être le siége ; on a énuméré les nombreuses considérations pratiques que M. A. Bérard en avait fait découler. Aujourd'hui, nous allons parler de deux affections de la conjonctive, dont l'une a été étudiée d'une manière particulière dans ces derniers temps. Bien que le fait que je vais relater laisse quelque chose à désirer, je crois que, tout incomplet qu'il est, il peut servir cependant à l'histoire de la maladie rare qui nous occupe ; je veux parler du cysticerque oculaire.

Première observation. — Le 23 août 1843, est entré dans la salle Saint-Gabriel, n° 1, le nommé Duport (Louis), âgé de trente-six ans, demeurant à Créviaux (Ain).

Cet homme, d'une taille élevée, bien musclé, se portant habituellement bien, d'un tempérament plutôt lymphatique que sanguin. Il raconte que, vers l'âge de seize ans, il vit un jour, à la partie interne de l'œil droit, une petite tache rouge placée un peu au-dessous du diamètre transversal de l'œil; tache très peu proéminente, plutôt étalée que saillante, ne causant aucune douleur. Cette lésion resta stationnaire jusqu'il y a environ six semaines. A cette époque, en travaillant à son métier, il lui tomba quelque chose dans l'œil. Quoique le corps étranger fût éliminé, que la rougeur fût peu vive, il lui vint cependant un petit bouton qui dura deux jours. La tache était toujours subsistante. Le malade ne peut pas préciser si le bouton disparut complétement. Ce dont il est sûr, c'est que du soir au lendemain, sans souffrir davantage, il vit à son lever, dans un lieu plus rapproché de la cornée que celui qu'occupait la tache, une petite tumeur de la grosseur d'un petit pois vert, ce qui l'étonna et lui fit examiner son œil avec attention. Il put constater que la petite tache en avait disparu, ou, en se développant, avait formé la tumeur qui, cependant, n'occupait pas le lieu primitif.

Pendant quinze jours, il ressentit seulement de la gêne dans les mouvements de l'œil, mais point de douleurs aiguës ; aussi ne fit-il, pendant ce temps, que des lotions avec du petit-lait. Voyant cependant que sa maladie ne diminuait pas, il alla consulter son médecin, qui le brûla faiblement avec le nitrate d'argent, et réitéra l'application du caustique au bout de trois jours. La tumeur ne fit point de progrès, mais elle ne diminua pas.

Il vint à Paris, entra à la clinique du professeur A. Bérard, où il fut reçu par le chef de clinique, Lhommeau.

Cet homme présente l'état suivant : les paupières, à l'état normal, laissent sortir entre leurs commissures internes une petite tumeur rouge arrondie, suivant les mouvements de l'œil. La paupière inférieure était échancrée au niveau de la tumeur et un peu renversée en dehors. Les fonctions visuelles sont normales. La conjonctive bulbaire présente à son côté interne plusieurs paquets de vaisseaux gros, tortueux, qui se dirigent en convergeant vers la tumeur et semblent former une spirale autour de sa base. Placée un peu au-dessous du diamètre transverse de l'œil, à la réunion de la cornée avec la sclérotique, elle ne semble point pédiculée. De sa partie adhérente, les deux tiers environ répondent à la sclérotique, l'autre tiers à la cornée, qui en est un peu recouverte, mais pas tellement que la vision ne soit gênée. Sa couleur est d'un rouge brun ; elle ressemble assez bien à ces bourgeons charnus que l'on voit s'élever des plaies qui ne marchent point vers une bonne voie; sa forme est sphéroïdale ; son diamètre, d'avant en arrière, est de huit à neuf millimètres ; son diamètre transverse est de sept à huit millimètres.

On peut sans causer de douleur au malade, la saisir avec les doigts et imprimer quelques mouvements au globe oculaire, auquel elle semble adhérer. En la pressant, le doigt ne percevait point d'autre sensation que celle que fait éprouver une masse charnue.

Du 24 au 25, la tumeur nous a semblé augmenter, et le malade, qui jusque-là n'avait éprouvé aucune douleur, a ressenti des élancements.

Le 26, on prescrivit un collyre au nitrate d'argent : 0,15 pour 30 grammes.

Le 27, les douleurs avaient sensiblement diminué. La tumeur n'avait point augmenté ; sa base s'était rétrécie ; elle était devenue plus mobile, plus molle ; son aspect extérieur n'avait point changé, si ce n'est qu'elle présentait à son sommet un point jaunâtre que je ne pus enlever avec un linge tordu sur lui même, et qui faisait corps manifestement avec la tumeur. Le traitement était l'extirpation : elle fut pratiquée de la manière suivante.

Le malade fut couché sur le dos. L'opérateur la saisit avec une petite pince à dents de rat ; mais elle s'écrasa sous son épreinte. Abandonnant ce dernier instrument on eut recours à une pince plus forte qui, la maintenant solidement, permit de disséquer d'abord la partie adhérente à la cornée, puis celle qui se trouvait sur la sclérotique : on enleva aussi une partie de la conjonctive placée autour de sa base. L'opération fut peu douloureuse, et la chose seule que l'on eut à remarquer fut une légère hémorrhagie fournie par quelques petites artères que le bistouri avait divisées.

Le pansement mis en usage fut celui que M. le professeur Bérard applique aux lésions traumatiques de l'œil : des compresses d'eau froide furent placées sur l'œil et renouvelées très fréquemment dans la journée.

Du 27, jour de l'opération, jusqu'au 4 septembre, jour de la sortie du malade, il n'y eut, si ce n'est un peu de chémosis, aucun accident. Point de réaction. Le malade ne cessa point de manger. A sa sortie, la partie scléroticale de la conjonctive est reproduite ; la cornée présente une petite tache opaque qui répond au lieu occupé par la tumeur.

La tumeur extraite est recouverte par la conjonctive sur sa face libre. Ses parois sont formées par une enveloppe d'une épaisseur assez grande. Cette poche semble de texture fibreuse ; elle contenait une matière jaunâtre, formée de globules brillants, ressemblant un peu à de la graisse. Cependant personne ne put dire ce que c'était : il y avait là quelque chose d'anormal ; de plus, la matière contenue était humide. Je crois qu'il ne serait pas étrange de penser que cette matière blanchâtre n'était rien autre chose que le cysticerque ratatiné sur lui-même, puisque le liquide qu'il contenait avait dû être évacué pendant l'opération.

Je regrette de ne pouvoir compléter cette observation par des détails plus étendus sur la nature de cette tumeur ; car ce que j'en dis n'est que le résultat d'un examen attentif, mais peu minutieux. J'avais l'intention de faire examiner la pièce par quelqu'un de plus habile ; malheureusement elle fut perdue. D'un autre côté, si je la compare aux faits qui déjà ont été publiés, je trouve que la tumeur occupait un des angles de l'œil, qu'elle était rapprochée du diamètre transversal, recouverte par la conjonctive, vascularisée surtout à sa base ; que sa couleur était d'un rouge foncé, élastique, peu dure, adhérant à la sclérotique, cependant présentant un peu de mobilité et offrant surtout au centre de sa surface externe un disque blanchâtre, circonscrit, tous signes qui ont été attribués au cysticerque contenu dans un kyste fibreux. Je pourrais de plus faire remarquer la rapidité d'accroissement de la tumeur, la concomitance d'une légère inflammation qui me semble avoir agi ici non comme cause productrice, mais bien comme ayant accéléré le développement du germe que l'on peut supposer existant dans la petite tache rouge vue par le malade si long-temps avant la production de la tumeur.

Deuxième observation. — L'autre tumeur nous a été présentée à la consultation ophthalmologique de M. Bérard, le 12 avril, par un jeune garçon âgé de douze ans, malade pour la première fois, n'ayant jamais eu aucune trace de maladie scrofuleuse. Sa mère raconte qu'il y a quatre à cinq jours il a eu comme un coup de sang dans l'œil qui fournit une tache rouge occupant l'angle externe de l'œil gauche, que cette tache a augmenté de jour en jour, que la sensation de gêne qu'elle causait a bientôt dégénéré en douleur. L'enfant, interrogé par M. Bérard, dit qu'il n'a reçu aucun coup, qu'il n'est entré aucun corps étranger dans la région oculaire, que d'abord il a peu souffert, mais que maintenant il éprouve des élancements dans la partie.

Comme signes objectifs, on voit dans l'angle externe de l'œil une tumeur d'une coloration rougeâtre, recouverte par le conjonctive épaissie, parcourue par de nombreux vaisseaux, ce qui lui donne un peu de l'aspect charnu. Sa position est

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Système de cosmogonie.

— Et l'âme des mauvais médecins que devient-elle ?

C'est en ces termes que je fus interrompu par mon ami Benoît dans l'exposition que je lui faisais de mon système de cosmogonie, jeudi soir, après les funérailles de Laffitte. Nous venions de voir ce peuple immense accouru pour regarder passer les dépouilles mortelles d'un homme célèbre ; ce cortége de quarante mille citoyens — moins les canons — accompagnant à sa dernière demeure les restes périssables de celui qui, un jour, jour immortel, fut plus grand, plus puissant qu'il n'a été donné de l'être à aucun roi de la terre. Ce spectacle imposant de tout un peuple ému à la mort d'un simple citoyen, nous avait profondément impressionnés, mon ami Benoît et moi. Ces mystérieuses questions éternellement jeunes d'intérêt et de doute se présentaient naturellement à notre esprit : Qu'est-ce que la mort ? qu'est-ce que l'intelligence ? survit-elle à la destruction de son enveloppe matérielle ? Y a-t-il pour elle une autre vie, et quelle est-elle ?

— Oui, disais-je à mon ami Benoît, tout cela est fort obscur, mais parce qu'on a pris plaisir à l'obscurcir. D'abord, faisons un moment abstraction de toute idée, de toute foi religieuse pour lesquelles ton respect est égal au mien. Supposons-nous privés des lumières de la révélation, et procédons comme ces malheureux et très condamnables philosophes qui cherchent la clarté dans les épaisses ténèbres de la raison humaine.

Je pars de ce principe : La matière est éternelle, impérissable, indestructible. Elle résulte d'éléments divers qui, réunis en plus ou moins grand nombre, et dans des proportions diverses, forment tous les corps de la nature. Seules, les proportions et les combinaisons des corps sont altérables et destructibles ; mais les éléments de ces combinaisons sont impérissables. Par le calorique, par l'étincelle électrique, tu peux faire que cette gouttelette ne soit plus de l'eau ; je te défie de faire que l'oxygène et l'hydrogène qui la composent ne soient pas éternellement de l'oxygène et de l'hydrogène.

Tu ne peux t'empêcher de m'accorder ce premier point, savoir : l'indestructibilité des éléments qui composent les corps.

— Accordé, me dit Benoît.

— Autre principe, auquel tu te soumettras de même ; c'est que ce qu'on appelle les phénomènes de la vie, ne sont que des phénomènes de composition et de décomposition perpétuels. Une plante naît, croît, fleurit et se dessèche, les éléments qui la composent rentrent dans le réservoir commun pour être absorbés plus tard par une plante nouvelle. Ainsi des animaux. La force d'agrégation qui constituait en eux la vie vient-elle à s'éteindre, les éléments de cette agrégation se disséminent rentrent dans le réservoir commun pour former d'autres corps, une autre vie. La transformation est incessante ; l'air, l'eau, la terre végétale, sont imprégnés de molécules organiques, dépouilles des générations passées, aliment inépuisable des générations présentes, qui deviendront à leur tour la matrice intarissable des générations à venir ; de sorte qu'en réalité rien ne meurt, mais seulement tout se transforme ; rien ne périt, mais seulement tout change de lieu, de forme, d'enveloppe, de structure, d'organisation médiate, si tu veux ; l'organisation immédiate restant continuellement la même.

Ces idées, me diras-tu, sont vieilles comme le monde, et tu ne vois pas trop de quelle utilité elles peuvent être à la solution des questions dont nous parlions tout à l'heure. Ecoute-moi bien, et tu vas voir quelles conséquences on peut tirer de ces principes incontestables.

Nous ne connaissons de l'âme que ses manifestations, et toutes ses manifestations peuvent se réduire en un seul mot, la sensibilité. La sensibilité est certainement un résultat de l'organisation, et toute organisation est matière, et toute matière est impérissable ; donc, la sensibilité est impérissable ; donc, encore, dans mon système, notre âme est éternelle et indestructible.

Qu'il y ait pour notre âme, comme pour notre corps, une autre vie, c'est ce qu'il est impossible de ne pas croire. Nous vivons, nous mourons, nous renaissons sans cesse. Nous avons vécu de toute éternité et nous vivrons éternellement. Ce que nous appelons la mort n'est qu'une dissociation, qu'une dispersion des éléments qui nous composent et qui vont former d'autres combinaisons ou plus élevées ou plus abjectes. Avant d'être ce que tu es, Benoît, tu as été mollusque, poisson, fenouil, Platon ou Mahomet, selon que tu t'étais bien ou mal conduit dans ta vie antérieure.

Benoît ouvrait de grands yeux, mais je repris aussitôt :

Car il y a quelque chose d'aussi vrai que la matière, c'est la morale ; d'aussi éternel, c'est la justice ; d'aussi nécessaire, c'est l'expiation. Tiens, vois-tu ce malheureux cheval de fiacre succombant à la fatigue et à la faim ? le vois-tu en proie aux mauvais traitements de son maître brutal ? Ne t'irrite pas trop, car sans doute, dans le corps de ce pauvre animal, se trouve l'âme de quelque féroce planteur américain qui inhumainement aura traité ses nègres et qui fait son expiation. Il me paraît incontestable que l'homme ne peut pas être impunément méchant, cruel, improbe, s'il ne fait pas expiation pendant sa vie ; si la maladie, les pertes de fortune, la mort d'une personne aimée, ou tout autre catastrophe, n'attristent pas sa vieillesse, sois sûr qu'il subira plus tard la peine qu'il mérite. Les éléments de son âme se recombineront d'une manière abjecte et dégradée. Il deviendra crapaud ou araignée hideuse. Je m'imagine que l'âme de Néron erre encore, tant l'expiation devait être longue, dans le corps de quelque animal immonde.

— Et l'âme des mauvais médecins, que devient-elle, me dit Benoît ?

C'est là que je fus interrompu et, je l'avoue même, interloqué. Les mauvais médecins sont aussi embarrassants dans l'autre monde que dans celui-ci, et, dans mon système de cosmogénie, je n'avais pas encore prévu la place que je donnerais à l'âme des médecins ignorants, charlatans, pipeurs et déhontés qui vivent en exploitant la crédulité des hommes.

exactement celle du muscle droit externe ; sa forme est celle d'une ellipse coupée obliquement selon son grand diamètre et dont la grosse extrémité serait tournée en dehors et cachée par la commissure externe ; l'autre extrémité de l'ellipse vient en mourant jusqu'à la réunion de la cornée avec la scléroti-que. Cette tumeur ne fait nullement saillie au dehors des paupières, elle est dure et présente, en même temps que peu de douleur, à la palpation une légère saillie qui semble ré-pondre au cul-de-sac oculo-palpébral externe.

Hormis l'injection de la tumeur, la conjonctive est nette, il n'y a point d'épiphora, point de photophobie, l'œil est un peu convergent, mais pas tellement que les axes visuels soient changés ; car il n'y a pas de diplopie.

Après cette inspection, M. Bérard déclara que la tumeur était rare, qu'elle siégeait dans le tissu cellulaire sous-con-jonctival et que l'on avait affaire à un phlegmon de ce tissu, non encore arrivé à la période de suppuration ; que l'indica-tion était de tâcher d'en amener la résolution, et il prescrivit un purgatif salin, dix sangsues à la tempe gauche, des fric-tions avec l'onguent napolitain autour de l'orbite surtout au côté externe.

Du 12 au 15 il n'y eut point de changement dans la tu-meur ; on continua le traitement.

Le 18, le diagnostic fut pleinement justifié. Le malade dit que ses douleurs avaient été plus vives, mais que depuis un jour il souffrait moins. On vit près de la cornée un léger tractus purulent ; la tumeur était un peu affaissée. Guidé par le tractus, M. Bérard put introduire un stylet sous la conjonctive. Ce stylet pénétra assez profondément, et, servant de garde à un bistouri, la conjonctive fut incisée de dedans en dehors ; il sortit un peu de pus et une assez grande quantité de sang com-parée à la petite quantité de liquide purulent. Cataplasme sur l'œil, fomentations émollientes.

Du 19 au 20, mieux très-sensible ; on prescrivit alors un collyre de sulfate de zinc, 0,15 pour une once ; le mieux a toujours été en augmentant, la tumeur diminue, et aujour-d'hui, 10 mai, elle a presque complétement disparu.

Cette affection est rare, et l'on pourrait se trouver embar-rassé pour savoir à quoi l'on a affaire ; mais parmi les tumeurs qui peuvent siéger dans la conjonctive, aucune ne présente ce caractère d'invasion brusque sans cause appréciable ; cepen-dant dans la première observation, le cysticerque s'était dé-veloppé en une nuit ; mais là il y avait des caractères particu-liers qui devaient empêcher de le confondre avec une produc-tion sarcomateuse, un polype, l'œdème sous-conjonctival, le ptérygion, etc., mais dans ces affections la douleur est plutôt gênante que lancinante, signe en quelque sorte patog-nomonique du phlegmon, et, de plus, leur marche est bien différente.

Sans doute l'expression de phlegmon ou d'abcès sous-con-jonctival est légitimée, dit M. Bérard, puisqu'il s'est écoulé du pus ; mais le siége, quel est-il ? Si le pus n'était pas limité, circonscrit, il aurait dû occuper toute la circonférence de l'œil à cause de la grande laxité du tissu cellulaire sous con-jonctival. Il y aurait donc là quelque chose de particulier. Eh bien ! il nous a semblé que l'on pouvait rapporter, avec M. Bérard, cet abcès à une inflammation de la gaîne du mus-cle droit externe. La tumeur, en occupait, en effet, toute l'é-tendue. Toutefois il faut faire observer que pus devait être nécessairement placé entre la face antérieure du muscle et la partie correspondante de la gaine aponévrotique ; car, s'il en était autrement, la présence du pus entre le muscle et le globe oculaire aurait eu forcément pour résultat de raccourcir ce muscle et de déterminer un strabisme divergent, ce qui n'a pas été observé.

Troisième observation. — Parmi les contre-indications de l'opération de la cataracte, les auteurs ont signalé l'excessive mobilité de l'œil (*nystagmus*), et surtout les différentes espè-ces de strabisme. De ces obstacles, le premier était guérissa-ble ; le second était alors au-dessus des ressources de l'art ; et pour arriver au but que l'on se proposait, il fallait modifier le procédé opératoire. Maintenant le second, comme le pre-mier de ces accidents, est toujours une chose fâcheuse ; mais la myotomie oculaire, si elle n'a pas satisfait à toutes les exi-gences auxquelles on a voulu la soumettre, s'est montrée, dans le cas qui nous occupe, toute-puissante en rendant au chirur-gien sa liberté dans le choix d'une méthode opératoire.

Quand j'ai dit mobilité de l'œil, je n'ai pas entendu parler de ce mouvement de va-et-vient, dans lequel il est alternati-vement porté en haut et en bas, mouvement que l'on ren-contre surtout chez les enfants atteints de cataracte congéni-tale, et que l'on a vue s'améliorer sous l'influence de l'opéra-tion ; mais il n'est que trop vrai que cette maladie subsiste en dépit d'elle et de tous les traitements possibles.

Je veux parler de cette sauvagerie de l'œil, si je puis m'ex-primer ainsi, dans laquelle le moindre contact détermine une série de mouvements impossibles à décrire. Le malade dont l'observation va suivre était dans ce cas. Aussi M. Bérard, avant de tenter l'opération pour laquelle le malade était venu à l'hôpital, commença-t-il par l'opérer du strabisme, opéra-tion qui eut un plein succès, et, chose digne de remarque, c'est que l'exophthalmie qui accompagne presque toujours la strabotomie, loin d'être un accident, ramena les globes ocu-laires dans une position presque normale ; fait, du reste, qui avait été prévu par M. Bérard.

Lorsque la myotomie oculaire fut pratiquée, il nous fut en-joint de faire, avant et après la visite, regarder le malade en avant, et de simuler, à l'aide d'un stylet mousse, l'opération de la cataracte. Eh bien, au bout de quinze jours, l'œil était tellement apprivoisé que l'on pouvait, le malade aidant de sa volonté, le toucher avec le doigt sans y exciter le moindre mouvement. Voici en détail cette observation.

Le 16 novembre 1843, entra dans la salle Saint-Gabriel, n° 5, le nommé Rouceret, journalier. Rien en lui ne dénote de cachexie ; il se porte habituellement bien. Jamais il n'a eu ni goutte, ni syphilis. Point de cataracte dans sa famille.

Ses yeux sont très enfoncés ; ses arcades sourcilières cou-vertes de poils durs et épais, font une saillie de deux centi-mètres et demi au-devant du globe oculaire. Il est affecté d'un double strabisme convergent très prononcé.

Le 29 novembre, il fut opéré du strabisme des deux yeux. L'opération, pratiquée par le procédé ordinaire, fut longue et pénible : les muscles droits internes, ainsi qu'une portion des droits supérieurs, furent coupés. Le résultat immédiat fut par-fait. Le pansement fut des compresses froides renouvelées sou-vent. Les suites ne présentèrent rien de particulier. C'est vers la fin de décembre que l'on commença l'exercice dont j'ai parlé.

Le 18 janvier, il fut préparé par un purgatif, une saignée, à l'opération, qui fut exécutée le 20.

Etat des cataractes. — Œil droit. Il y a douze ou quinze ans qu'il n'y voit plus de cet œil ; le globe oculaire est droit, l'iris est verdâtre, la pupille est mobile, mais sans exagération ; la cataracte jaunâtre au centre, transparente à la circonférence, présente des stries avec reflet ; il y a sensation de la lumière.

Œil gauche. La cataracte est plus blanche que la droite ; il voit encore un peu. Depuis quelques mois sa vue faiblissait lorsqu'un jour, étant à travailler aux champs, il vit comme un brouillard. Il alla consulter son médecin, qui lui dit qu'il avait une cataracte. Sur ce, il vint à Paris, seul et à pied. — L'iris et la pupille sont dans les mêmes conditions que celles de l'œil droit.

Il fut opéré le 20 février par abaissement (œil droit). La cataracte fut abaissée, seulement il resta quelques fragments de cristallin dans le champ pupillaire ; la pupille gauche fut parfaitement désobstruée.

Douleurs dans la journée et dans la nuit, surtout dans l'œil gauche.

Le 22 (côté droit), pupille dilatée, réascension du cristallin ; (côté gauche) pupille contractée, douleur dans la tempe ; la cataracte est remontée ; iritis de ce côté.

Du 22 au 5 février, l'œil droit fut dans le même état. Les douleurs, la contraction de l'iris de l'œil gauche cédèrent aux sangsues, au calomel.

Du 5 février au 7 mars, on a pu constater, pour l'œil droit, les phénomènes suivants : cessation des douleurs ; mobilité de l'iris ; adhérence à la partie interne avec le cristallin remonté, qui présente au côté externe un petit pertuis qui laisse passer quelques rayons lumineux. La cataracte s'absorbe, mais lente-ment, pour l'œil gauche ; dans le même laps de temps, la pu-pille, quoique déformée transversalement, était mobile ; l'ab-sorption est plus rapide, surtout par en haut.

Œil droit. Du 7 au 22, jour de sa sortie, même état. — Œil gauche. Le 7 au matin, l'opacité existait ; tout d'un coup le voile tomba, et le malade vit largement ; la pupille était désobstruée, excepté en dehors où l'on voit un peu de la cap-sule à laquelle se fixe l'iris. L'œil rougit un peu. Tous les jours la vue alla en s'améliorant, et il sortit le 22 mars, y voyant assez pour pouvoir, aidé de lunettes à cataracte, re-prendre ses travaux.

(*Observations recueillies* par M. Ch. Frestel.)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant père.

Fièvre typhoïde grave ; complication de parotides. Médication expectante.

(Suite du numéro 62.)

La médecine des enfants offre ceci de spécial, qu'il est sou-vent très difficile de constater l'existence de tel ou tel symp-tôme dont la présence fournirait un élément précieux de diagnostic. La difficulté que nous avons dit exister dans le diagnostic de la céphalalgie est la même lorsqu'il s'agit de reconnaître le délire. Chez les très jeunes enfants, le véritable délire consistant dans la perversion des facultés intellectuelles, est remplacé par d'autres signes qui dénotent le trouble des fonctions cérébrales. Ainsi, au lieu de calme, il y a de l'agi-tation sans causes appréciables, des cris aigus, de l'anxiété.

Ce n'est, du reste, que dans les fièvres typhoïdes très gra-ves que l'on observe ainsi du délire et de l'agitation. On a pu chez l'enfant dont nous avons rapporté l'observation, noter du délire véritable pendant cinq à six jours, mais non d'une ma-nière continuelle ; ce délire consistait dans une loquacité anor-male, plus forte pendant la nuit. Mais jamais il ne fut assez intense pour que l'on fût obligé de lui mettre le gilet de force, ou de l'attacher dans son lit. Le délire existe rarement dès le début, et ce n'est guère que du septième au quinzième jour qu'on le voit apparaître. Le fait qui nous occupe a offert une confirmation de la règle générale ; c'est le dixième jour seule-ment que les premiers phénomènes cérébraux se sont mon-trés, et il n'a duré que quatre à cinq jours.

Quelquefois le délire s'accompagne d'hébétude, et est de temps en temps remplacé par de la somnolence. Cette hébé-tude, que nous avons fait remarquer chez le jeune sujet dont nous parlons, outre l'influence bien certaine et principale de la maladie, reconnaissait peut-être également en partie pour cause la surdité, qui fut portée chez l'enfant à un assez haut degré. Notons, en passant, que les troubles des organes des sens sont assez fréquents dans l'enfance dans le cours de l'af-fection typhoïde : les bourdonnements et les tintements d'o-reilles, par exemple, qui existent dès le début de l'affection ; la surdité, qui survient, en général, du neuvième au vingt-cinquième jour. Souvent cette surdité coïncide avec une otite. D'autres fois elle en est indépendante ; on la rencontre presque toujours dans les cas de complication de parotides.

Les troubles de la vue, s'ils ne sont point faciles à recon-naître chez l'enfant, peuvent du moins être constatés chez ceux qui ont déjà un certain âge. Chez les autres, c'est un renseignement auquel il faut renoncer complétement. L'en-fant dont nous nous occupons avait l'intelligence assez déve-loppée pour rendre compte de ses sensations. Aussi accusa-t-il dès les premiers jours des étourdissements et des éblouisse-ments.

Un symptôme secondaire ; mais cependant fort important, et qui peut être de la plus haute valeur, c'est l'apparition fré-quente des taches rosées lenticulaires et papules sur la peau de l'abdomen et du thorax principalement. Ces taches, pres-que exclusives à la fièvre typhoïde et aux affections qui pré-sentent ce que l'on appelle le caractère typhoïde, commencent

---

Mais, dans un système vrai — et je tiens le mien pour incontesta-ble — avec un peu de réflexion tous les détails viennent se placer et s'harmoniser dans l'ensemble. Donc, après m'être frotté le front et gratté l'oreille, je trouvai cette réponse, qui stupéfia mon ami Benoît :

— Les âmes des mauvais médecins passent dans le corps des ani-maux que M. Magendie torture et vivisectionne dans ses expériences de physiologie. Cette expiation me paraît la seule légitime et logique. Tu peux être assuré que ce chien à qui le professeur du Collége de France pince ou tiraille un nerf sensible, que ce lapin dont on vient de mettre à nu la moelle épinière, que ce cabiais dont la poitrine ou-verte laisse voir les palpitations du cœur sont autant de mauvais mé-decins des siècles antérieurs qui expient leur barbarie, leur effronterie, leur cupidité ; et tous ces cris de souffrance sont des cris de détresse et de pardon poussés par leurs âmes en peine. Ah, messieurs les charla-tans ! parce que vous êtes matérialistes, sans foi, sans religion, sans morale et sans probité ; parce que vous aurez illégitimement acquis d'immenses richesses et que vous en aurez grossièrement joui, vous vous croyez à l'abri du châtiment ! Non, non ; un jour ou l'autre, gre-nouille ou salamandre, vos pattes clouées sur la planchette, un Ma-gendie futur vous tiendra sous son scalpel, irritera vos nerfs, cautéri-sera vos plexus, arrachera vos ganglions, taillera vos muscles, et ce sera justice. Et vous, gourmand effréné, qui de votre ventre faites un dieu auquel vous sacrifiez les plus nobles penchants, prenez garde, je vois dans l'avenir un Orfila quelconque ingérant dans votre estomac une abominable drogue empoisonnée, faisant la ligature de votre œso-phage et comptant la durée de vos tortures et de vos angoisses.

Tu t'étonnes, mon cher Benoît, de mon aversion pour l'embaume-ment. Tu vas voir comment toutes les idées s'enchaînent dans mon système. Oui, je soutiens que l'embaumement est un sacrilége, un at-tentat aux lois éternelles de la création et de la promiscuité nécessaire et fatale des idées. (Nous nous trouvions alors sur la place Louis XV, où tout en devisant nous nous étions arrêtés devant l'obélisque.)

Sais-tu, mon pauvre Benoît, repris-je, pourquoi tu ne peux pas lire dans les hyéroglyphes de ce monolithe ?

— Parce que, me répondit-il, la tradition s'en est perdue, et que les savants de l'Egypte n'ont laissé aucun alphabet de leur écriture sacrée.

— Motif vulgaire et usé qui ne me satisfait point, répondis-je. J'ai une autre raison bien plus savante, c'est de préparer les développe-ments pour l'Académie des inscriptions et belles-lettres, et dont je vais te donner les idées principales

Qu'est-ce que l'embaumement ? D'après mon système, c'est l'em-prisonnement plus ou moins prolongé des éléments nécessaires à la manifestation et à la migration des âmes. Sans les âmes point de sen-sibilité, sans sensibilité point d'intelligence, point d'idées. L'âme des savants égyptiens erre dans l'espace sans trouver les éléments néces-saires à la transformation. Pourquoi cela ? parce que ces éléments res-tent enfouis dans les vastes nécropoles, dans les immenses hypogées où l'orgueil et la jalousie de ces peuples voulurent enfouir leurs cada-vres. Dispersez-moi tous ces ossuaires, jetez au vent, rendez au réser-voir commun ces éléments retenus sous un récipient jaloux, et vous verrez l'esprit, la science, la civilisation de l'antique Egypte s'infiltrant dans l'air, dans les aliments, pour pénétrer dans notre propre subs-tance, se dévoiler, s'expliquer, être compris comme du temps des Pha-raons. Et c'est tout simple ; les éléments sont matériellement les mê-mes, l'organisation est identique ; pourquoi les manifestations ne se-raient-elles pas analogues ?

L'embaumement est donc, temporairement au moins, une borne placée sur le chemin de la civilisation, et tout homme de progrès doit le rejeter. M. Marchal (de Calvi) a eu conscience de cette grande, neuve et belle idée dans son mémoire à l'Institut contre M. Gannal ; mais c'est un simple aperçu qui ne se rattachait pas, comme chez moi, à tout un système de cosmogonie.

De plus, l'embaumement est un retard pour l'expiation des âmes coupables. Quand je songe que sous ces ruines de Thèbes et de Mem-phis, reposent tranquillement dans leurs bandelettes sacrées, et comme d'honnêtes gens, tant de rois exécrables par leurs forfaits et leurs cri-mes, ces âmes criminelles qui, sans leur précaution impie, auraient transmigré dans le corps de quelque malheureux fellah, ou bien, épui-sés de soif et de chaleur, transformés en chameaux, traverseraient, pliant sous le faix, les sables brûlants du désert, je me sens pris d'in-dignation et de colère ; car je vois là un déni de justice intolérable et immoral. A quoi donc nous servirait, toi et moi, mon bon Benoît, de rester honnêtes, de vivre dans une pauvreté laborieuse, de la préférer à une fortune mal acquise, si nous ne savions pas que tôt ou tard ceux qui agissent autrement subiront une juste et cruelle expiation ? Que deviendrait donc la morale si quelque Gannal futur rendait le corps indissoluble ? Mais heureusement que la chose est impossible.

— Et les âmes des justes et des bons, que deviendront-elles, me dit encore Benoît ?

— Un autre jour je terminerai ton initiation à ces graves et impo-sants mystères ; je te ferai voir quelle transformation magnifique éprou-vent les âmes honnêtes, et quelles récompenses attendent ceux qui ont été tolérants et vertueux. Je te dirai où se trouvent en ce moment Socrate, Vincent de Paule ou Fernel. Mais pour soutenir la vue de cet éblouissant tableau, tes yeux ont encore besoin de préparation.

— Quelle dommage, ajouta Benoît, qu'il soit défendu de croire à toutes ces belles choses ! Mais j'en reviens à ma foi religieuse, et je dis avec le divin législateur : Heureux les simples d'esprit !

Jean Raimond.

P. S. Que me servirait de vous dire, cher lecteur, que le monde médical ayant été stérile pour mes causeries de la semaine, je me suis échappé par la tangente afin d'arriver au but par un chemin ou par un autre ? Ce feuilleton excentrique ne vous le dit que trop. Pardon-nez-le comme on pardonne un caprice, un jeu, une fantaisie qu'on peut se permettre une fois par hasard, mais dont la répétition ne serait pas excusable.

à paraître chez l'enfant un peu plus tôt que chez l'adulte ; ce qui tient peut-être à la finesse et à la délicatesse du tissu cutané ; tandis que chez l'adulte on ne les observe guère avant le milieu du second septenaire ; on les voit se développer chez l'enfant dès le quatrième jour. Une chose à laquelle on doit faire grande attention, est celle-ci : que les taches étant en général fort peu abondantes chez l'enfant, puisqu'on ne les rençontre presque jamais au-dessus du nombre de cinq à six, il est par cela même assez difficile souvent de les apercevoir. Aussi faut-il, dans l'examen de la peau des enfants typhoïdes, apporter la plus grande attention.

Le jeune sujet dont nous avons raconté l'histoire ne présenta ni taches, ni papules, ni sudamina. Relativement à l'absence des sudamina, nous ferons observer qu'elle n'a rien d'étonnant, la peau du malade étant toujours restée chaude et sèche. Or, on sait maintenant, à n'en pas douter, que les sudamina se développent en raison directe des sueurs auxquelles est exposé le sujet. Nous terminerons ce que nous voulions dire des symptômes généraux et secondaires, par quelques mots sur l'épistaxis. L'épistaxis est un indice de congestion sanguine sur la membrane pituitaire. Ce phénomène est assez fréquent, mais dure habituellement fort peu de temps ; on ne l'observe guère que pendant deux ou trois jours. Habituellement encore elle est peu intense, et nous ne l'avons point vue constituer un accident grave.

Le pouls, fréquent, n'a jamais dépassé 96-100. Chez les jeunes sujets on le voit fréquemment monter à 140, 160 et même plus. Il est alors presque impossible de le compter. Dans le cas actuel il a toujours été peu développé ; ce qui a forcé M. Guersant de modifier le traitement usité d'ordinaire contre l'affection typhoïde, joint à la faiblesse extrême du malade au moment de son entrée, et à son tempérament lymphatique.

Un grand nombre de médecins regardent comme un des éléments constitutifs de la maladie typhoïde, le râle sibilant et muqueux que l'on entend souvent dans cette maladie. Nous pensons que, bien que sa fréquence puisse jusqu'à un certain point autoriser une pareille idée, c'est plutôt une complication qu'un des symptômes de la maladie primitive, et que la fièvre typhoïde peut exister sans bronchite. Le cas actuel nous en a fourni un exemple bien remarquable ; en effet, le jeune sujet n'a pas eu la moindre toux, et n'a pas offert à l'auscultation la moindre bulle de râle bronchique.

Sans nous étendre longuement sur cette complication, nous nous contenterons de dire qu'elle paraît être à peu près aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, et que les seuls cas à peu près, sauf les exceptions dont on doit faire la part, dans lesquels on ne la constate pas, sont ceux qui sont très légers, ou ceux qui sont excessivement graves et se terminent très rapidement. Telle est, au moins, quant à ces derniers, l'opinion de MM. Rilliet et Barthez, qui disent avoir, dans un septième des cas, observé une absence complète des râles bronchiques.

Il est assez rare que la bronchite, à moins qu'elle ne se transforme en pneumonie, devienne assez grave pour déterminer la mort du malade. Ce n'est point ici le lieu d'examiner plus longuement ces phénomènes accessoires, et nous arrivons immédiatement à une complication beaucoup plus rare, en même temps qu'exempte d'une gravité très considérable le plus ordinairement ; nous voulons parler des parotides que nous avons eu l'occasion d'observer dans le fait dont nous nous occupons ici.

La parotide est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, chez lequel elle n'est cependant pas commune. Sur plus de cent malades, les auteurs que nous avons cités plus haut ne l'ont observée qu'une seule fois, et encore fut-ce chez un garçon de neuf ans qui mourut le vingtième jour de sa maladie. Une chose à remarquer, c'est que l'inflammation de la parotide est plus fréquente dans les fièvres adynamiques, lorsqu'elles revêtent la forme épidémique. Quoi qu'il en soit, et quelles que soient les conditions dans lesquelles elles se développent, ce n'est guère que du troisième au huitième jour que cette complication apparaît, et leur apparition est toujours l'indice d'un grand danger. On a prétendu, mais bien à tort, que les parotides étaient la cause du degré de gravité de l'affection. Il nous semble beaucoup plus raisonnable de dire que la parotide est le résultat de la gravité même de la maladie. En général, plus la complication que nous signalons se développe tard, plus il y a de chances de guérison. La période dangereuse du mal, en effet, est franchie ou près de l'être. Il est assez rare de voir survenir deux parotides à la fois chez le même individu, et quand on observe cet accident, la maladie est presque toujours mortelle ; mais assez souvent, quand surtout la première ne s'est pas terminée par suppuration, celle du côté opposé prend de l'accroissement, à mesure que la résolution de la première s'effectue.

Sans vouloir entrer dans la discussion de la nature même de cette complication, nous ajouterons quelques mots relativement au traitement. Lorsque la tumeur est très volumineuse, douloureuse, et qu'elle gêne la déglutition, il faut se borner à combattre isolément les symptômes locaux. Les émissions sanguines locales, les émollients, puis les résolutifs, les frictions mercurielles sont à peu près les seuls moyens que l'on puisse mettre en usage. Si la suppuration venait, malgré tout ce que l'on pourrait faire, à s'établir, il faudrait sans retard procéder à l'ouverture de l'abcès, de peur d'avoir affaire plus tard à des décollements, à des dénudations étendues, toujours très graves. On a vu que chez notre jeune malade la suppuration ne s'était point établie, et que les deux tumeurs survenues successivement, avaient fini par se résoudre.

Le traitement dirigé dans le cas actuel contre l'affection principale, la fièvre typhoïde, a été presque nul ; il a consisté en une thérapeutique expectante, en boissons émollientes, en cataplasmes sur l'abdomen, etc. Il arrive souvent, l'expérience est là pour le prouver, que des moyens aussi simples peuvent très fréquemment amener la guérison. Sous l'influence de cette expectation, la maladie parcourt souvent très régulièrement ses périodes, n'est entravée par aucun accident, et les sujets recouvrent la santé. Chez dix-huit enfants chez lesquels ils ont employé ce mode de traitement, les auteurs que nous avons cités n'en ont pas perdu un seul ; il est vrai, ajoutent-ils, que chez presque tous, la maladie était bénigne ; cependant, chez trois d'entre eux elle était grave ; chez deux très grave, avec tendance marquée à l'adynamie.

Bien que rarement indiquée chez l'adulte, à moins que le médecin ne soit appelé à une époque de la maladie où il ne reste rien absolument à faire qu'à rester spectateur impuissant de la marche de l'affection, la médication expectante est souvent la seule que l'on puisse, que l'on doive conseiller chez l'enfant. La faiblesse de la constitution de la plupart des sujets, l'impossibilité où l'on est de leur pratiquer des émissions sanguines suffisantes pour enrayer la maladie, ou de leur faire prendre les purgatifs salins préférables dans le traitement de la fièvre typhoïde, obligent souvent le médecin à s'en tenir à l'expectation. M. Stæber, auquel on doit un excellent travail sur la fièvre typhoïde, dit avoir vu retirer de si bons effets de la médication expectante qu'il résume sa pensée dans la phrase suivante : « Je crois que chez l'enfant, plus encore que chez » l'adulte, la méthode expectante est celle qui est le plus sou- » vent indiquée. »

On conçoit que sous l'influence de cette thérapeutique, la guérison ne survienne pas avec une grande rapidité. En effet, elle se fait souvent assez long-temps attendre. Cependant nous voyons que chez le malade dont nous avons raconté l'histoire, la guérison, malgré la gravité de l'affection, a été assez prompte, et l'enfant n'est pas resté plus d'un mois dans les salles de M. Guersant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 5 mars 1844. — Présidence de M. Belhomme.

La Société reçoit :

1° L'hommage d'un mémoire ayant pour titre : *Réflexions sur l'éclampsie puerpérale considérée au point de vue pratique.*

M. Géry, rapporteur.

2° Une demande d'admission de M. le docteur Beaugrand, appuyée de l'envoi de plusieurs opuscules médicaux.

Commissaires : MM. Baraduc, Géry, et Félix Legros.

3° Une demande semblable de M. le docteur Favre, avec envoi de deux mémoires, l'un sur l'*équivalent du zinc*, l'autre sur les *carbonates de cuivre*.

Commissaires : MM. Vée, Lesage et Collomb.

— *M. Bonnafont* rend compte d'un mémoire adressé par M. le docteur Boudet à l'appui de sa candidature, et ayant pour titre : *Études sur le sommeil et les songes*. Tout en donnant des éloges à l'ensemble de ce travail et aux recherches qu'il renferme, le rapporteur ne partage pas en tout point les opinions qui y sont énoncées. Il trouve inexacte, par exemple, cette définition du sommeil, *un repos que la fatigue détermine*. La fatigue suppose que les organes ont été soumis à un exercice long et exagéré. Or, le sommeil ne vient-il jamais qu'avec le concours de ces circonstances, et n'observe-t-on pas souvent le contraire ? Ainsi, plus l'homme est soumis à une vie douce et tranquille, à des habitudes calmes, régulières, exemptes de toute secousse physique et de toute émotion morale, plus cet homme quand l'heure sera venue, et elle vient toujours, se trouvera entraîné par l'influence d'un doux sommeil provoqué moins par la fatigue des organes que par cette loi générale en vertu de laquelle tout ce qui vit est soumis à des intermittences dont la cause échappe à toute définition. M. Bonnafont n'admet pas non plus la comparaison faite par plusieurs philosophes, Montaigne et Cicéron entre autres) du sommeil avec la mort. Jamais, dit-il, une personne à l'état physiologique ne songera à la mort au moment où elle se sentira entraînée à un sommeil normal. Au contraire son imagination dégagée des travaux sérieux, aimera à se rappeler les principaux incidents de la journée, jusqu'à ce que les sens extérieurs ou de relation soient anéantis sous le poids du sommeil.

Le rapporteur reconnaît, avec M. Boudet, et les bienfaits du sommeil, et les atteintes que peut recevoir la santé des efforts que font certaines personnes pour se soustraire, en partie du moins, à ce joug. Toutefois, il pense que les accidents qui suivent ordinairement les veilles forcées, peuvent être aussi la conséquence des moyens factices qu'emploient trop généralement les personnes qui veulent lutter contre les besoins du sommeil.

Relativement à la question de savoir si, comme le veulent quelques physiologistes, l'absorption est augmentée pendant le sommeil, M. Bonnafont rapporte quelques observations qu'il a été à même de faire pendant son séjour en Algérie, et desquelles il croit pouvoir conclure :

1° Que l'absorption n'est pas plus active pendant le sommeil que pendant la veille, et que, s'il paraît en être autrement, cela tient uniquement à l'état de repos du corps.

2° Que le degré et la gravité de l'infection miasmatique sont toujours en raison de l'immobilité qu'on a gardée et du temps pendant lequel on est resté au milieu d'une atmosphère infecte, circonstances qui permettent, dans un temps donné, l'absorption d'un plus grand nombre de molécules que si la même personne avait séjourné dans les mêmes lieux en faisant de l'exercice.

Le rapporteur termine en déclarant que, malgré quelques divergences d'opinions, le mémoire de M. Bourdet lui a paru un travail consciencieux, fruit d'intéressantes recherches, et il conclut à l'admission du candidat, laquelle est mise aux voix et prononcée.

— *M. Baraduc* fait un rapport également favorable sur un autre candidat, M. le docteur Forget, et soumet à une discussion analytique que nous tâcherons de résumer, plusieurs mémoires adressés par ce médecin.

1° *Considérations pratiques sur le traitement du phlegmon et des abcès.* L'auteur, tout en reprochant aux chirurgiens de s'occuper exclusivement du traitement local et de négliger les considérations thérapeutiques qui se rattachent à l'étiologie du phlegmon symptomatique, insiste lui-même uniquement sur les moyens locaux. Conformément aux idées de M. Lisfranc, il préconise l'emploi des sangsues appliquées autour de la base de la tumeur phlegmoneuse, ainsi que les frictions mercurielles d'après la méthode de M. Serre d'Uzès. Les vésicatoires qu'il conseille, ne paraissent au rapporteur devoir être employés que dans les cas de phlegmon indolent ou d'érysipèle cutané. Dans l'érysipèle phlegmoneux, ils favorisent la formation d'abcès dans le tissu cellulaire. M. Baraduc cite une observation prise à la Salpêtrière, dans laquelle l'application d'un vésicatoire sur chaque joue, destiné à combattre un érysipèle phlegmoneux de la face chez une aliénée, fut suivie au bout de deux jours de formation de pus au niveau des fosses canines, puis dans les cavités orbitaires, puis de l'extension de l'inflammation aux méninges et enfin de la mort.

M. Forget considère les irrigations comme très utiles au début du phlegmon idiopathique, et les proscrit avec raison comme pernicieuses dans le traitement du phlegmon consécutif à une affection des organes digestifs. Il admet l'usage de la compression, seulement lorsque la résolution est très avancée. Le rapporteur eût désiré que M. Forget parlât de son efficacité dans ce mode de terminaison ou mieux de transformation du phlegmon désigné sous le nom d'induration. MM. Velpeau et Ricord doivent à ce moyen de nombreuses guérisons d'engorgements chroniques des glandes mammaires et des ganglions inguinaux. Il regrette également que l'auteur ait omis de parler de l'influence si puissante des incisions étendues dans le traitement du phlegmon circonscrit et surtout dans le furoncle et dans l'anthrax, qui ne sont que des modifications du premier.

A propos de la symptomatologie des abcès phlegmoneux, M. Forget est entré dans des détails intéressants sur la fluctuation. Selon lui cette sensation diffère suivant qu'un foyer est plein de liquide ou qu'il contient une certaine quantité de gaz. Dans ce dernier cas, on sent de la crépitation. Mais, fait observer le rapporteur, abstraction faite de l'érysipèle gangréneux, il n'est pas fréquent, si même cela a lieu, de trouver des gaz dans un abcès phlegmoneux avant l'ouverture du foyer ; et, d'un autre côté, lorsque le pus s'est fait jour à l'extérieur la fluctuation perd de sa haute importance symptomatologique.

La fausse sensation de fluctuation qu'on perçoit si souvent au niveau des régions articulaires, fournit à l'auteur quelques considérations intéressantes. Mais nous pensons que cette sensation, au lieu d'être produite comme il l'avance par tous les tissus ramollis, est uniquement le résultat d'une production nouvelle, d'un tissu accidentel anormal dont ne parle pas M. Forget, et qu'il aurait dû désigner sous le nom de *fongosités*.

« Il est difficile, dit M. Forget, pour ne pas dire impossible, de reconnaître la présence du pus dans l'orbite par les moyens ordinaires d'exploration, à moins d'attendre qu'il ne forme un foyer très étendu. Il faut, pour y parvenir, faire fermer les paupières et exercer sur le globe de l'œil une pression qui forcera le pus à glisser entre la paroi orbitaire et l'œil, et à venir former une tumeur derrière et sous la paupière, où le toucher constatera facilement la fluctuation. » Il est cependant un caractère essentiel et qui rend très possible le diagnostic de ces abcès. Je veux parler de l'exophthalmie que produisent toujours l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire de l'orbite. C'est ainsi, ajoute M. Baraduc, qu'à la seule proéminence du globe de l'œil, il m'a été possible de prévoir la formation dans la cavité orbitaire d'un abcès qui s'est ouvert spontanément au-dessus de la paupière trois jours après que j'ai eu annoncé son existence à l'un de nos honorables confrères, membre de cette société.

2° *Considérations pratiques sur le bubon.* L'auteur pense, avec M. Ricord, que les bubons d'emblée syphilitiques sont toujours le résultat d'une infection locale des organes génitaux, ou de l'existence d'ulcérations ou d'excoriations virulentes sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui se rendent aux glandes inguinales, et qu'ainsi l'infection locale étant indispensable à la formation d'un bubon vénérien, le bubon véritablement dit d'emblée syphilitique n'existe pas. Il rappelle ensuite les différents résultats qu'on obtient de l'inoculation du pus des bubons, suivant qu'on l'a puisé dans l'intérieur même de la glande malade ou dans le tissu cellulaire environnant. Puis il examine les bubons non syphilitiques consécutifs à une irritation simple des organes génitaux. Dans l'histoire du traitement, il nous semble avoir accordé trop de valeur à la méthode abortive appliquée aux chancres. Si cette méthode est quelquefois suivie de succès, le plus souvent elle échoue, et dans un assez grand nombre de cas elle favorise l'engorgement glandulaire, qu'il soit ou non vénérien. »

3° *Considérations pratiques sur le traitement des tumeurs blanches.* Après avoir rappelé les différentes divisions des tumeurs blanches admises par les chirurgiens, et notamment celles de MM. Brodie et Lisfranc, l'auteur insiste sur la nécessité de subordonner le traitement de l'affection locale à celui que réclame l'état général du malade. Il passe ensuite en revue la plupart des moyens mis en usage, et décrit avec soin le traitement de M. O'Beirn, de Dublin, dont il apprécie la méthode avec une sagacité remarquable. Puis il donne des détails intéressants sur l'efficacité du muriate de baryte employé d'après la méthode rasorienne. Les résultats qu'il rapporte avoir été obtenus par M. Lisfranc à l'aide de ce médicament, sont trop satisfaisants pour qu'il ne soit pas permis d'élever quelques doutes sur les caractères réels des prétendues tumeurs blanches ainsi traitées. — La compression appliquée à cinq degrés successivement croissants et désignés sous le nom de *dose*, nous paraît plus facile à décrire qu'à mettre rigoureusement en pratique. C'est avec raison, d'ailleurs, que l'auteur n'admet l'emploi de ce moyen que dans les tumeurs blanches chroniques. — Les douches, le vésicatoire, le moxa, le séton sont successivement passés en revue ; mais nous regrettons la proscription dont l'auteur frappe le cautère transcurrent qui a valu de si nombreux succès à Pouteau, et dont il m'a été permis d'apprécier quelquefois l'efficacité entre les mains de Fleury père, de Clermont.

4° *Considérations thérapeutiques sur l'emploi des émissions sanguines générales et locales, principalement dans les cas chirurgicaux.* Aperçus judicieux sur l'emploi des saignées locales dans les affections des tissus membraneux, et des saignées générales dans les maladies des viscères. M. Forget vante beaucoup le mode d'évacuations sanguines employé par M. Lisfranc dans un certain nombre d'affections, mais plus spécialement dans les maladies de l'utérus. Sans nier la valeur de cette méthode, nous ne pouvons lui accorder la presque infaillibilité qu'on lui attribue, et croyons devoir restreindre son efficacité à certaines formes des affections utérines. Sauf quelques passages soumis à la discussion, dit en terminant le rapporteur, tout est bon dans ces opuscules, car tout y est de choix ; ils sont richement pourvus d'excellents préceptes. Aussi, malgré la dissidence d'opinions dans laquelle nous nous trouvons quelquefois avec l'auteur, nous nous plaisons à reconnaître le mérite des travaux qu'il vous a présentés, et nous vous proposons avec empressement son admission.

M. Bonnafont pense, d'après ses propres observations, et contrairement à l'opinion émise dans l'un des mémoires ci-dessus analysés, que les engorgements des glandes inguinales surviennent généralement sans qu'il y ait de lésion au pénis. Il ajoute que la méthode abortive ne lui a jamais réussi, d'où il est porté à croire que lorsque cela arrive l'affection n'était pas vénérienne.

M. Deleau appuie du fait suivant l'opinion de M. Bonnafont sur le développement des engorgements inguinaux. Un homme de quarante-huit ans, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, fut atteint, après avoir cohabité avec une jeune fille, de deux bubons, sans qu'aucune lésion se montrât aux parties génitales. Il vit sa femme une seule fois, et, chez elle aussi, deux bubons se développèrent. Ces quatre tumeurs se terminèrent par résolution à l'aide de la pommade mercurielle. M. Deleau ajoute qu'il ne trouva non plus chez la femme aucune irritation des organes génitaux.

M. Ségalas ne comprend pas comment le malade dont il s'agit a pu communiquer quelque chose à sa femme s'il n'était atteint lui-même d'aucun écoulement ou chancre.

Après cette courte discussion, et le vote qui la suit, M. Forget est proclamé membre de la Société médicale du Temple.

M. Desrivières rend compte de deux mémoires de M. Deleau, l'un intitulé : *Nouvelles recherches physiologiques sur les éléments de la parole qui composent la langue française* ; et l'autre, *Nouvelle dactylologie alphabétique et syllabique pour l'éducation des sourds-muets.* Le rapporteur se livre d'abord à des considérations philosophiques pour se demander si la parole a été révélée, ou si elle est d'invention humaine, en tant que l'homme, quand il naît, apporte en lui les organes de la pensée et de la parole. Il résout cette dernière question affirmativement, et trouve les éléments de la phrase primitive dans l'imitation, de la part de l'homme, des bruits et des cris des

êtres, et des accidents de la nature, pour les noms; et dans le cri, l'exclamation qui en signale ou le danger ou la présence, pour le verbe. Il appuie ces considérations de l'exemple et de la comparaison de diverses langues, soit anciennes, soit modernes, lesquelles, dit-il, reflètent toujours les accidents des bruits et du terrain, ainsi que les conditions de la vie et des mœurs. Il examine ensuite les organes de la parole en eux-mêmes, et leur mode de fonctionner; puis analysant les mémoires de M. Deleau, il arrive aux conclusions suivantes :

1° Que la priorité de la méthode syllabique est acquise à M. Deleau.

2° Qu'en effet, de toutes les méthodes, elle était la plus facile à inculquer à des élèves ordinaires, et qu'en cela Port-Royal avait rendu un véritable service en ôtant aux consonnes leur prononciation routinière, et en obligeant à lire par syllabes.

3° Que chacun peut se convaincre, en se livrant à quelques exercices de prononciation, que plusieurs consonnes n'ont pas besoin d'être accolées à une voyelle pour avoir un son, et que par conséquent la définition qu'on en donne est défectueuse.

4° Que, comparaison faite des diverses méthodes dactylologiques, celle de M. Deleau est plus simple, plus rapide qu'aucune autre; que c'est presque une véritable tachygraphie, et qu'il suffit d'un gant instructeur pour en acquérir la connaissance.

5° Que M. Deleau compte des résultats incontestables, et qu'il est bien à lui d'avoir, non-seulement cherché, comme praticien, à traiter spécialement les affections de l'oreille, mais encore d'avoir accepté le rôle d'instituteur, pour achever, par la patience et la sagacité, l'œuvre que l'art avait si habilement commencée.

M. Desrivières termine en formant le vœu que ceux qui s'occupent de l'éducation des sourds-muets puissent, à l'alphabet des syllabes et des mots, faire succéder celui des idées; mais il craint bien que ce ne soit là proposer de tenter l'impossible, attendu que l'alphabet des idées, dit-il, aura toujours et trop de vague et trop de difficultés.

Le secrétaire-général, Edouard Louis.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité des balsamiques dans le traitement de l'incontinence d'urine; par M. le docteur Chabrely, de Bordeaux.

Ainsi que nous l'avons fait connaître l'an dernier dans notre journal, M. le docteur Chabrely a recommandé l'emploi des préparations balsamiques comme le mode de traitement le plus puissant que l'on puisse mettre en usage contre l'incontinence d'urine essentielle. Ce praticien publie aujourd'hui de nouvelles observations de succès, plus brillantes encore que les premières, et qui paraissent ne plus laisser aucun doute sur l'efficacité plus ou moins complète de cette médication, quelle que soit, d'ailleurs, la cause de la maladie, quels que soient le tempérament et la constitution des sujets. Il est bien entendu, toutefois, que cette efficacité ne doit se rapporter qu'aux moyens spécifiques ou communs; ils doivent varier suivant l'état des reins, de la vessie et de l'urètre, et encore suivant la nature de l'urine excrétée.

Parmi les quatre nouvelles observations que publie M. Chabrely, l'une est relative à un enfant âgé de onze ans, maigre, chétif, rabougri, sujet à une incontinence nocturne et involontaire d'urine, à peu près toutes les nuits, et dans le plus fort de son sommeil. Il fut mis à l'usage de l'eau de goudron pour tisane, et en même temps on lui prescrivit l'emploi de l'électuaire suivant :

Pr. Baume de styrax purifié,	6 grammes.
Baume du Pérou,	6 id.
Miel fin,	90 id.
Poudre de gomme arabique,	Q. S.

M. et F. S. A. un électuaire de consistance moyenne.

Cet électuaire fut administré à la dose d'une pleine cuillerée à café, le matin et le soir.

Après trois semaines seulement de l'usage de ces divers moyens, y compris un régime alimentaire tonique et fortifiant, le jeune malade se trouva tout à fait débarrassé de sa dégoûtante maladie, et, depuis plus d'un an, la guérison s'est maintenue sans la moindre apparence de récidive.

Les trois autres observations sont analogues à celle-ci; seulement, dans deux d'entre elles, l'électuaire balsamique a été remplacé par les pilules ci-après :

Pr. Baume de styrax purifié,	6 grammes.
Baume de Tolu,	8 id.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de 30 centigrammes, argentées et roulées dans la poudre de lycopode.

On fait prendre de quatre à huit de ces pilules par jour.

L'eau de goudron peut être remplacée par une infusion de camomille édulcoré avec le sirop de baume de Tolu.

On peut aussi associer aux baumes qui ont été indiqués le copahu et même le goudron, et même les remplacer par l'une ou l'autre de ces deux dernières substances pour ceux dont les moyens pécuniaires ne permettraient pas l'emploi des deux premiers baumes.

D'ailleurs, ces médicaments divers peuvent être administrés à l'état de suspension dans une émulsion, ou encore dans un demi-lavement qu'on donne le soir au moment où le malade se met au lit.

On peut aussi, lorsque l'incontinence est rebelle et tenace, faire faire des frictions avec l'huile volatile de térébenthine amenée à la consistance de pommade par la trituration avec une suffisante quantité de jaune d'œuf. Ces frictions doivent être pratiquées sur l'hypogastre, les reins et les lombes. (*Bulletin médical de Bordeaux.*)

Efficacité de la teinture d'iode en application topique contre la leucorrhée; par M. Van-Steenkiste, de Bruges.

M. Van-Steenkiste a employé avec un succès tout à fait remarquable la teinture d'iode en application topique contre des écoulements leucorrhéiques qui dataient de plusieurs années, et qui avaient déterminé une pâleur et une maigreur excessives avec inappétence, tiraillements de l'estomac, sentiment de pesanteur dans le petit bassin et suppression du flux menstruel. Dans deux cas de ce genre, la vulve n'était le siége d'aucune inflammation; la membrane muqueuse vaginale était d'une teinte très pâle, mais le col utérin offrait une couleur plus vive, était plus ou moins tuméfié et se montrait très sensible au moindre contact avec un corps étranger.

Voici la formule à laquelle ce médecin a eu recours dans les deux cas dont il s'agit.

Pr. Iode,	4 grammes.
Alcool à 25 degrés,	60

M. et F. dissoudre S. A., puis ajouter au soluté :

Eau commune,	125 grammes.

M. par agitation.

Chez l'une des deux malades, M. Van-Steekiste injecta dans le vagin à peu près 30 grammes de ce liquide. Immédiatement après, la malade éprouva une forte chaleur et une irritation dans les parties génito-urinaires, qui augmentèrent pendant un quart d'heure pour bientôt diminuer insensiblement. L'écoulement cessa complètement durant trois heures, au bout desquelles il reparut en plus grande abondance que jamais; en même temps il survint, pendant dix minutes environ, des douleurs très prononcées aux parties génitales, accompagnées d'une vive céphalalgie et de spasmes généraux; mais toutes ces souffrances cessèrent après un peu de repos, et l'écoulement ne reparut plus que le lendemain matin. Une seconde injection fut pratiquée, en tout semblable à la première, et qui donna lieu aux mêmes sensations que celle-ci, toutefois avec une moindre intensité. Mais les menstrues, qui étaient supprimées depuis sept mois, reparurent dans la soirée et persistèrent pendant trois jours consécutifs, sans mélange d'aucune autre matière.

L'écoulement muqueux étant reparu le surlendemain de la cessation des règles, le médecin crut devoir recourir à une autre méthode pour mettre les parois du vagin, pendant un temps plus long, en contact avec la teinture d'iode. Il introduisit, et cela sans difficulté, un spéculum à l'aide duquel il remplit le vagin de boulettes de charpie, au nombre de cinq, imbibées du liquide médicamenteux, et il les y laissa à demeure. La malade en éprouva un resserrement considérable des organes génitaux-urinaires, et, deux heures après l'introduction de la charpie, elle eut de véritables douleurs expultrices, car quatre des boulettes furent poussées avec force au-dehors. Elle eut, en outre, du ténesme vésical, et ce ne fut que plus tard qu'elle put évacuer une grande quantité d'urine.

Comme, après l'expulsion des quatre boulettes dont il vient d'être question, il était nécessaire de retirer la dernière, M. Van-Steenkiste voulut introduire de nouveau le spéculum, mais il reconnut avec surprise que le vagin était tellement resserré qu'on aurait eu de la peine à y faire pénétrer l'extrémité du doigt; aussi, ce fut seulement après des efforts réitérés qu'il put, à l'aide d'un spéculum brisé, parvenir à extraire le reste de la charpie.

Depuis ce moment la leucorrhée n'a plus reparu, et la santé s'est complètement rétablie.

Chez la seconde malade les phénomènes observés et les résultats thérapeutiques n'ont différé en rien de ceux qui ont été indiqués dans la première observation. (*Annales d'obstétrique.*)

Emploi de l'hyosciamine pour opérer la dilatation des pupilles, par M. le docteur Gulz.

D'après les expériences de M. Gulz, l'effet désagréable et perturbateur qui est produit secondairement par les agents employés jusqu'ici lorsqu'il s'agit d'obtenir la dilatation de la pupille, tient moins au choix de ces mêmes agents qu'à la forme sous laquelle on les met en usage.

Ainsi, d'une part, les solutions concentrées des extraits narcotiques font parfois attendre long-temps, souvent même ne produisent pas l'effet qu'un en attend, ou ne peuvent atteindre le but qu'on se propose en raison de l'irritation mécanique de l'œil qui résulte de leur contact. D'autre part, l'emploi des infusions n'est peut-être pas sans exercer une influence nuisible sur l'organisme en général.

On peut dire aussi que les formes d'onguent et d'emplâtre sont trop incertaines dans leurs résultats, exigent trop de temps pour agir et trop de précautions pour leur application, et offrent en un mot trop de difficultés dans leur emploi pour qu'il possible à l'avance de calculer quels en pourront être les effets.

Tous ces désagréments disparaissent lorsqu'on a recours à l'hyoscyamine; en effet, cette substance a le triple avantage d'agir promptement, sûrement, et sans donner lieu à aucun effet consécutif.

M. Gulz l'emploie de la manière suivante

Pr. Hyoscyamine,	10 à 15 centigrammes;
Eau distillée,	4 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Il suffit d'instiller entre les paupières quelque gouttes de cette solution.

Ce médicament est moins exposé à s'altérer que ne l'est l'extrait, et il peut être conservé long-temps sans rien perdre de sa force.

(*Oesterr. med. Wochenschrift.*)

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE MARSEILLE.

Programme des questions mises au Concours pour les prix à décerner en 1844 *et* 1845.

La Société royale de médecine n'a pas cru devoir décerner le grand prix du docteur P. M. Roux; mais elle a accordé à l'auteur du mémoire n°. 2, portant pour épigraphe *si desint vires tamen est laudanda voluntas*, l'une des deux médailles d'argent qui avaient été promises, et cela, à titre de récompense et d'encouragement.

Le nom de l'auteur demeurera inconnu jusqu'à pareille solennité de l'année prochaine, la même question étant remise au concours.

« Déterminer : 1° Les avantages attachés à l'esprit de corps parmi » les gens de l'art; 2° les moyens d'établir cet esprit de corps de la » manière la plus désirable. »

La Société désire que les concurrents envisagent l'esprit de corps parmi les gens de l'art, autant dans l'intérêt du corps médical lui-même, qu'en vue des progrès de la science et du bien de l'humanité souffrante; qu'ils tracent, indépendamment des moyens propres à établir l'esprit de corps, une marche facile à suivre pour la réalisation des mesures par eux proposées; enfin qu'ils indiquent les moyens les plus faciles et les plus compatibles avec l'état actuel de la société, qui pourraient être mis en exécution, soit par le corps médical lui-même, soit par le concours du gouvernement.

Le prix qui consiste en une médaille d'or de 200 francs, sera décerné dans la séance publique de 1844.

— La Société royale de médecine a arrêté pour sujet du prix à décerner en 1845, la question suivante :

« Déterminer, d'après l'expérience et l'observation, quel est le pou» voir de la nature dans la guérison des maladies aiguës, et quel est » celui de l'art dans la guérison des maladies chroniques. »

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 400 francs.

Les mémoires pour l'un et l'autre concours seront envoyés, dans les formes académiques, avant le 1er octobre de chaque année respective, à M. le secrétaire-général de la Société.

— La Société, sur le rapport d'une commission spéciale, décernera en outre, en séance publique, des médailles d'honneur aux personnes qui lui auront adressé les travaux les plus remarquables, dans le courant de l'année.

Chargé, président. Dor, secrétaire-général.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 6 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 66. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 5 JUIN 1844.

En vérité, ceux qui aiment l'imprévu sont, de temps à autre, merveilleusement servis par l'Académie de médecine. Qui aurait dit hier, par exemple, aux paisibles assistants de ses séances, que la question irritante de la ténotomie, assoupie depuis quelque temps, allait revenir avec toute son animation, les passions qu'elle suscite, les intérêts qu'elle émeut, les animosités qu'elle réveille? Personne, assurément, ne s'attendait à cette séance dramatique et animée dont nous présentons à nos lecteurs un compte-rendu impartial et fidèle. A l'abri de toute préoccupation haineuse ou intéressée, cherchons à apprécier en quelques mots les événements de cette discussion.

Une chose d'abord nous étonne; c'est l'importance extrême et exorbitante qu'on accorde à un seul homme. Quoi! il sera permis à un médecin, et à l'occasion de quelques résultats thérapeutiques, de tenir en échec les académies, les tribunaux, les hôpitaux, la presse et le public? Et pourquoi cela? Parce que ce médecin ne voudra pas permettre la vérification des faits qu'il annonce. Mais, en vérité, voilà un phénomène rare et même sans exemple. L'histoire de la science nous apprend bien que de longues et irritantes discussions se sont élevées à l'occasion de doctrines, de théories, d'applications; mais au moins les adversaires s'appuyaient-ils de part et d'autre sur des faits vérifiables, tangibles et visibles. Ici, au contraire, l'aliment de la discussion échappe sans cesse; le malade semble être passé à l'état de mythe; on le cherche, il n'y est plus; où est-il? Nul ne le sait. La modestie du thérapeutiste est si grande qu'il dérobe ses succès à tous les yeux, et qu'il regarde même comme un attentat à sa dignité d'homme et de savant qu'on veuille arracher au mystère dont il les enveloppe les triomphes qu'il remporte sur les déviations de la nature. Mais alors, pourquoi ne pas prendre au mot un homme aussi commode? Pourquoi le troubler dans le silence qu'il désire? Pourquoi ne pas l'envelopper aussi dans le mystère et le voile épais dont il couvre ses malades? Tel serait notre avis, à nous. Une fois pour toutes, nous dirions à ce thérapeutiste modeste et exemplaire : Vous craignez le grand jour, la lumière offusque vos yeux délicats; eh bien! fermoms les portes et les fenêtres; faisons autour de vous le plus profond silence, reposez en paix dans votre gloire *incognito*, et laissez-nous naviguer tranquillement sur des mers moins agitées, moins inconnues.

Ainsi n'a pas pensé l'Académie de médecine. Placée par M. Malgaigne sur une mer pleine d'écueils, elle a cherché à les éviter ou à se prémunir; mais, nous le craignons, infructueusement.

On se souvient qu'une commission a été nommée, et non sans peine, pour l'examen du mémoire de M. Malgaigne relatif à la valeur de la ténotomie dans les déviations du rachis. Cette commission, après s'être constituée, a fait venir M. Malgaigne et lui a dit : montrez-nous les malades dont il s'agit; là était la difficulté. Je ferai bien tous mes efforts, a dit M. Malgaigne; mais je crains des obstacles. Il avait bien raison! Les malades ont été appelés, invités, pressés; il n'en venait pas, ou deux à peine. La commission s'est fatiguée de se réunir à vide, comme a dit M. Cloquet, et elle s'est demandé ce qu'il fallait faire. La majorité a décidé que, puisque les malades ne voulaient pas venir dans le sein de la commission, la commission devait aller auprès des malades. Mais alors la minorité a parlé de scrupules, a fait valoir des considérations de dignité, et la majorité n'osant rien prendre sur elle et aller en avant, est venue consulter l'Académie.

Cette communication, faite avec un ton parfait de convenances par M. Roux, a soulevé cependant le plus violent orage. On devait le prévoir. D'abord, cette démarche de la commission était parfaitement inutile. Avec un très grand sens, M. Adelon a démontré que, puisqu'il y avait une majorité dans le sein de la commission, cette majorité devait aller en avant sans se préoccuper des scrupules de la minorité. Toute commission serait impossible si les objections de la minorité empêchaient les travaux de la majorité. Ce principe incontestable a été développé avec un grand talent et un plein succès par M. Adelon, et sur sa proposition, l'Académie a enjoint à la commission de passer outre.

Entrerons-nous maintenant dans le cœur de la question délicate et ardue soulevée par M. Cloquet? Dirons-nous, avec lui, que l'Académie sera blessée dane sa dignité par cette sorte d'investigation qu'on lui impose sur les résultats thérapeutiques obtenus par un de ses collègues? Non, cette question n'est abordable qu'à la condition de soulever d'autres questions intentionnelles dont nous voulons nous éloigner. Ici cependant une distinction capitale se présente. Une commission académique investie d'une mission telle que celle qui soulève les scrupules de M. Cloquet, peut et doit agir sans crainte d'indignité, et les scrupules de l'honorable académicien nous paraissent excessifs. Mettant à part toute question de conscience, la minorité a eu tort de s'éloigner d'une commission dans laquelle elle ne pouvait faire prévaloir son opinion. Tel a été l'avis de l'Académie, dont la décision, sur ce point, a été unanime.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Affection douteuse du cerveau. Diagnostic différentiel.

Au n° 5 de la salle Sainte-Agnès a été couché, le 23 de ce mois, un homme que ses parents ont fait transporter, sans laisser aucun renseignement sur son état antérieur et sur les accidents qui sont survenus. Nous avons donc été réduit à l'examen des circonstances actuelles, et nous allons vous donner aussi le peu de documents qu'il nous a été possible de rassembler.

Cet homme est âgé de soixante-onze ans; il a été militaire autrefois, mais il a exercé jusques à il y a dexx mois la profession de terrassier. A cette époque il s'aperçut que ses forces diminuaient; il n'était plus capable de travailler. Il était alors employé aux terrassements du fort d'Ivry, et il était si faible qu'il lui arriva plusieurs fois de se laisser tomber en route en se rendant à son travail. Bientôt il se vit dans l'impossibilité de travailler, et il était dans cet état depuis deux mois quand il tomba malade. Il nous a dit qu'alors il n'avait pas d'étourdissements; seulement il n'avait pas d'appétit. Ses réponses, nous devons le dire, sont assez obscures.

Samedi dernier, à une heure que nous n'avons pu connaître, le malade est tout à coup tombé sur le côté gauche, qui présente des éraillures de la peau. Ces éraillures sont importantes à noter, en ce sens qu'elles prouvent que c'est sur ce côté que la chute a eu lieu. Or, les malades tombent d'ordinaire sur le côté de la paralysie.

Morgagni raconte qu'à côté de l'hôpital Saint-Marc, se trouvait un mendiant qui fut un jour apporté à l'hôpital. Cet homme était mort avant que Morgagni eût pu le voir. Au moment où il se disposait à faire l'autopsie, il crut pouvoir présumer, d'après l'inspection du cadavre, qu'un des côtés du corps avait été paralysé, parce que cet homme était tombé sur le côté, et il pensa que l'on trouverait la preuve de l'opinion qu'il émettait. L'ouverture du corps, conformément à ses prévisions, fit reconnaître une hémorrhagie cérébrale dans le côté du cerveau opposé à celui sur lequel était tombé le malade. Ce diagnostic, porté sur un cadavre, présentait, il faut l'avouer, quelque chose de merveilleux.

Notre malade présente sur le côté gauche des traces de contusions probablement déterminées par une chute. On l'a apporté hier à l'Hôtel-Dieu; et, comme nous l'avons dit, on n'a donné aucun renseignement à son égard. Il était en proie au délire. Dans la soirée du jour même de son entrée, une saignée assez large fut pratiquée.

Les deux membres supérieurs présentaient une contracture très manifeste, et l'on a eu même de la peine à les étendre pour pratiquer la saignée. Une fois étendus, ils ont gardé pendant quelque temps la position qu'on leur avait donnée; mais une heure après ils étaient déjà revenus à leur première direc-

FEUILLETON.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN PRUSSE ET DANS LES ÉTATS SECONDAIRES DE LA CONFÉDÉRATION GERMANIQUE;

Par M. le docteur HOEFFER.

(Suite du n° 63.)

Les compositions sont lues avec soin par le jury d'examen, qui les marque des notes :

I = extrêmement satisfait.
II = très satisfait.
III = satisfait.
IV = non satisfait.

La dernière note force le candidat à se présenter de nouveau au bout de six mois. Cet intervalle doit être mis à profit pour fréquenter assidument les cliniques des hôpitaux.

L'*examen final* équivaut à ce qui s'appelle en Prusse et dans les autres états germaniques, le *Staatsexomen*.

Les frais de chaque examen s'élèvent à 22 florins (environ 45 fr.), qui sont versés dans la caisse de l'université.

A la fin du semestre, le président de chaque comité adresse au ministre de l'intérieur un rapport sur les résultats généraux des examens qu'il a dirigés, en y joignant les procès-verbaux des examinateurs, et un tableau indiquant les noms des candidats reçus ou refusés. Le ministre envoie une copie de ces tableaux aux gouverneurs des provinces.

Telles sont les dispositions nouvelles de l'ordonnance royale du 30 mai 1843.

Ce n'est qu'après avoir satisfait à tous les examens ci-dessus désignés que le candidat peut se présenter pour l'examen de docteur (*Doctor-Promotion*). Cet examen consiste en une thèse et en une argumentation (*disputatio*) qui dure près de deux heures. Le choix de la thèse et des propositions de l'argumentation est laissé au candidat. Celui-ci peut aussi choisir le président de la thèse et les opposants (*Opponenten*), au nombre desquels doit se trouver un professeur de faculté, un docteur en médecine et un candidat. Des affiches apposées aux portes de l'université annoncent le jour de la thèse et de l'argumentation.

La *promotion doctorale* est un acte solennel qui a lieu en présence du sénat académique et de tous les professeurs de la faculté de médecine.

Le président prononce d'abord succinctement l'éloge du candidat (*doctorandus*). Après une argumentation de plus d'une heure sur des propositions choisies, le candidat est proclamé licencié en médecine et récite la formule du serment d'Hippocrate. Enfin, le président le proclame docteur, en lisant la formule du diplôme, auquel est joint un certificat général (*absolutorium*) constatant la capacité de l'impétrant et le degré de connaissances qu'il possède.

Les frais de la *promotion doctorale* s'élèvent à 190 florins (environ 400 fr.).

Exercice de la médecine en Bavière. — Limitation du nombre des praticiens.

Le candidat qui a fourni toutes les garanties exigées par l'Etat, et qui a été solennellement reçu docteur, n'a pas encore le droit d'exercer la médecine. Il a pourtant passé le *Staatsexamen*, puisque l'examen final en tient lieu. Quelle condition lui reste-t-il encore à remplir? D'attendre qu'une place de médecin vienne à vaquer.

Je touche ici à un point très grave de l'organisation médicale en Bavière : ce point a été partout l'objet de discussions vives et nombreuses. Les opinions qui ont été émises en France sur la nécessité de proportionner le nombre des médecins aux besoins des localités, n'ont reçu jusqu'à présent aucune application. Depuis quelques années le gouvernement bavarois adoptant ce principe, l'a déjà mis en pratique.

L'ordonnance qui limite le nombre des médecins en Bavière est du 22 juillet 1835. Conformément à cette ordonnance, le médecin inspecteur de district (*Kreis-physicus*), tient une liste exacte de tous les médecins de son ressort. Le nombre des médecins est fixé d'avance par le gouvernement.

Dès qu'un médecin vient à mourir, le *Kreis-physicus* doit en avertir le gouvernement, qui pourvoit lui-même à la vacance. Lorsque le cadre est complet et qu'il n'y a pas de place vacante, il arrive de deux choses l'une : ou le gouvernement crée une nouvelle place, si les opinions politiques et religieuses du médecin postulant lui paraissent convenables; ou, si le solliciteur ne présente pas, sous ce rapport, des garanties suffisantes, il doit se résigner à attendre. Cette attente peut se prolonger quelquefois indéfiniment.

La *licentia practiciandi*, comme on appelle le droit de pratique, est donc souvent arbitrairement accordée ou refusé aux docteurs.

Eh bien, ce système a produit, en Bavière, les plus fâcheux effets. Un mécontentement profond s'est manifesté parmi les jeunes docteurs qui réclament avec instance le doit d'exercer librement leur profession.

Ce mécontentement a d'abord éclaté contre les praticiens anciens, accusés d'avoir provoqué et d'entretenir une mesure taxée d'inique et d'humiliante pour leurs confrères en expectative. Mais c'est surtout contre le gouvernement, qui tend à faire d'une pareille mesure un instrument politique que les murmures se font entendre, non pas hautement, ce qui est défendu, mais tout bas.

Les docteurs, une fois légalement entrés dans l'ordre des praticiens, ont le droit d'exercer en même temps la médecine, la chirurgie et l'obstétrique; car ces trois branches de l'art de guérir ne sont séparées entre elles ni dans l'enseignement ni dans les examens prescrits par les règlements.

Quant aux médecins étrangers qui voudraient s'établir en Bavière, la loi ne parle que des médecins wurtembergeois, auxquels la *licentia practiciandi* est accordée en Bavière, s'ils ont rempli, dans leur pays, toutes les conditions exigées par l'Etat.

Suppression des médecins ou chirurgiens de campagne. — Les médecins ou chirurgiens de campagne, ou, comme on les appelle, les *baigneurs* (*Baader*), viennent d'être supprimés en Bavière, par une ordonnance royale, datée d'Aschaffenbourg le 21 juin 1843. L'art. 1er de cette ordonnance porte : « L'exercice de la médecine, y compris la chirurgie et les accouchements, ne sera désormais confié qu'aux docteurs ayant fait des études complètes, et telles qu'elles sont prescrites par l'ordonnance du 30 mai 1843. »

Les écoles des baigneurs (*Baader*) à Landshut et à Bamberg sont dissoutes.

Cependant, il importe de faire remarquer que cette ordonnance ne supprime pas encore d'une manière absolue les médecins de campagne. Elle les soumet seulement à des restrictions qu'il sera toujours facile d'éluder.

L'exercice de la médecine leur est interdit.

Leurs fonctions doivent se borner à celles de barbier, à pratiquer la saignée, à appliquer des sangsues, des sinapismes, des moxas, etc.; au métier de dentiste, de pédicure et de garde-malade. Cependant, il leur est permis de pratiquer les moyens ordinaires employés dans des cas d'asphyxie, de strangulation, d'apoplexie. Il ne leur est pas non plus défendu de porter les premiers soins aux malades qui les réclament, pourvu que ces soins soient purement diététiques. Enfin, ils sont autorisés à tenir une petite pharmacie; mais elle ne doit renfermer que les substances suivantes : sparadrap, eau de Goulard, poudre styptique, pierre infernale et esprit de sel ammoniac.

Par toutes ces concessions, ainsi que par beaucoup d'autres qu'il serait inutile d'énumérer, les médecins de campagne (*Baader*) trouveront toujours le moyen d'empiéter sur le domaine de la médecine, d'ailleurs impossible à circonscrire.

Hiérarchie médicale.

Tout ce que j'ai dit des médecins fonctionnaires publics en Prusse

tion, et étaient contractés de nouveau. Le matin, la tête est inclinée vers l'épaule droite. Nous avons essayé, au moment de la visite, de lui imprimer les mouvements nécessaires pour la faire revenir sur la ligne médiane; mais bientôt les muscles l'entraînèrent de nouveau à droite. Les yeux regardent également à droite; la bouche est déviée du même côté. Nous avons successivement levé le bras droit et le bras gauche, et voici ce que nous avons observé : le bras gauche retombe comme un corps inerte, tandis que le bras droit retombait lentement, et même le malade l'a reporté vers sa poitrine. L'un est donc presque privé de mouvement, tandis que l'autre conserve encore quelque mobilité. Pour les membres inférieurs, nous avons fait la même expérience, mais d'une autre façon : nous avons alternativement pincé la peau assez vivement. La jambe droite s'est relevée; la jambe gauche a fait à peine un mouvement. Les membres supérieurs, comme cela arrive presque toujours, sont plus fortement pris que les membres inférieurs. Rarement il arrive que les membres thoraciques et pelviens soient aussi fortement paralysés les uns que les autres.

Les deux pupilles sont également dilatées; mais le malade, l'œil droit étant fermé, n'a rien pu voir de l'œil gauche, tandis qu'il reconnaît de l'œil droit les objets qu'on lui présente. Sous le rapport de l'intelligence, le malade répond assez mal aux questions qu'on lui adresse; sa voix est à peine articulée; il n'a qu'une idée obtuse de l'endroit où il se trouve. Il sait bien être à l'hôpital, mais il ne peut dire dans quel hôpital on l'a amené. On pourrait croire, d'après ses réponses, qu'il souffre un peu de la tête. Il n'a point été à la selle depuis hier.

Les signes tirés de l'examen du pouls méritent une attention particulière. Le pouls est d'une dureté remarquable et assez volumineux. Le nombre des pulsations est de 108 par minute; il a présenté la même fréquence hier soir et ce matin. La peau est chaude; il y a un état fébrile bien manifeste.

Quelles sont les maladies qui peuvent avoir donné lieu à cet ensemble de phénomènes? Tout nous porte à croire qu'une hémorrhagie a eu lieu dès le commencement de la maladie. Il n'y a guère que deux maladies qui puissent donner lieu ainsi à l'hémiplégie soudaine, accompagnée de quelques troubles de l'intelligence; ce sont l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement. On avait pensé d'abord, et d'après les premiers travaux qui ont été faits sur ce sujet, que le diagnostic de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral était en général facile, l'une de ces affections ayant des préludes, l'autre n'en ayant point. Mais dans des cas analogues à celui qui nous occupe, il est difficile de savoir s'il y a eu des préludes ou s'il n'y en a pas eu; et puis, en supposant que nous eussions pu parvenir à le savoir, cela ne nous eût pas servi à grand'chose. Il y a souvent des préludes avant l'hémorrhagie comme il y en a avant le ramollissement. Dans le cas actuel, les phénomènes ont été instantanés, soudains.

Il peut arriver quelquefois que les phénomènes du ramollissement soient brusques, immédiats. Il y a quelques années, un homme venait de Troyes à Paris à pied. Arrivé à Gros-Bois, il sortit dans la cour de l'auberge pour uriner, et il tomba aussitôt à terre, sans connaissance. On le transporta à Paris, et on le mit à l'Hôtel-Dieu dans nos salles, où il succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie, nous trouvâmes un ramollissement blanc du cerveau. Ce fait m'en rappelle un autre à peu près du même genre. Un enfant se promenait sur la place de l'Hôtel-de-Ville, lorsqu'il fut pris insensiblement d'un engourdissement dans le bras et la jambe gauches, accident qui devint de plus en plus intense; l'enfant succomba également. L'invasion semblait bien être celle d'un ramollissement; néanmoins on trouva un caillot assez considérable dans l'hémisphère droit, sans aucune trace de ramollissement.

Vous voyez, d'après ces deux faits, que le mode d'invasion est loin d'être toujours un signe positif.

Il est d'autres signes qui ont été donnés comme pouvant suffire pour différencier l'hémorrhagie et le ramollissement l'un de l'autre, mais qui ne sont guère plus certains. Le malade dont nous vous entretenons présente une contracture des membres supérieurs. Cette contracture a été considérée par M. Lallemand, comme le signe du ramollissement cérébral. Mais des recherches récentes de M. Durand-Fardel ont prouvé positivement que la contracture appartient au moins autant à l'hémorrhagie cérébrale qu'au ramollissement. Nous examinerons plus tard la pensée d'une hémorrhagie cérébrale. Mais ici, le diagnostic nous parait incertain.

Qu'il y ait hémorrhagie cérébrale ou ramollissement, il existe un mouvement fébrile violent qui est de la plus haute importance pour déterminer la gravité du pronostic. S'il existe un ramollissement, il est inflammatoire. Si nous avons affaire à une hémorrhagie, à un épanchement de sang, il existe un caillot qui a déterminé la production d'une inflammation locale. Dans les cas de cette espèce, la mort est presque toujours la conséquence inévitable de la maladie.

Nous avons dit qu'une saignée avait été faite Le caillot était recouvert d'une couenne épaisse. Une seconde émission sanguine générale sera pratiquée aujourd'hui, et une application de vingt-quatre sangsues a été prescrite du côté droit, de telle sorte que quatre sangsues seulement soient posées à la fois, de deux heures en deux heures, pour donner lieu à un écoulement continuel de sang. Cette saignée, peu abondante et continuelle, est un des moyens les plus propres à arrêter le mouvement inflammatoire qui existe dans les organes encéphaliques. En même temps, une potion fortement purgative, contenant deux grammes de scammonée, sera administrée dans la journée. Des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs, des compresses froides sur la tête, compléteront les moyens thérapeutiques que nous croyons pouvoir employer. Quelque énergiques qu'ils soient, tous ces moyens ne nous laissent que peu d'espoir, et tout nous porte à craindre que le malade ne succombe prochainement.

Le surlendemain une amélioration bien marquée est survenue dans l'état du malade sous l'influence de la médication puissante qui a été employée. La tête, qui était, le jour de l'entrée et le lendemain, forcément entraînée vers le côté droit, est droite aujourd'hui et dans la direction normale. Le malade regarde autour de lui et tourne les yeux du côté où se trouve celui qui lui adresse la parole. La bouche est à peine déviée. Le bras gauche, quand on le soulève, retombe avec lenteur, et non plus d'une manière inerte comme le premier jour; le malade peut même le soulever un peu. La jambe gauche exécute quelques mouvements. La sensibilité, qui existait à peine, est en partie revenue du côté droit. Le côté gauche est encore insensible, ou du moins ne perçoit que très confusément les impressions extérieures. L'intelligence est bien conservée. Le malade a demandé ce matin à plusieurs reprises s'il guérirait de l'affection dont il est atteint.

La perte ou la conservation de la sensibilité est un caractère qui n'a été à peine mis en ligne de compte dans l'examen des individus qui ont un ramollissement ou une hémorrhagie cérébrale. Les résultats que l'on en pourrait tirer n'ont pas, il faut l'avouer, une très grande valeur. Dans un certain nombre de cas, il existe encore un caractère dont nous n'avons pas parlé, et qui est exclusivement propre au ramollissement, c'est la douleur dans le côté paralysé. La douleur n'existe jamais dans les membres paralysés quand l'hémiplégie est la suite d'une hémorrhagie. Nous ferons remarquer en passant, et comme élément confirmatif de plus de notre diagnostic, que le malade qui nous occupe n'a jamais accusé de douleur dans le côté gauche. Nouvelle application de sangsues à l'apophyse mastoïde droite; vésicatoire aux cuisses.

Le 27, une amélioration sensible s'était manifestée chez le malade qui fait le sujet de notre observation. Le pouls était moins dur, bien qu'il eût conservé sa fréquence, et qu'il donnât toujours 108 par minute. Les yeux avaient repris leur direction normale; l'intelligence était un peu moins obtuse, et nous avions repris quelque espoir, bien que sachant que presque tous les malades qui ont les signes d'un travail inflammatoire succombent. L'amendement que nous avions signalé a été très court. Hier, affaiblissement extrême, faiblesse du pouls, tendance de la peau à se refroidir. Il nous a été évident que la maladie marchait vers une terminaison funeste. Un vésicatoire à la nuque, des frictions mercurielles sur la tête, un lavement purgatif, des sinapismes aux membres inférieurs, tels sont les moyens que nous avons cru devoir mettre en usage.

Bien qu'il soit dans un état très grave, le malade n'a point cette respiration stertoreuse, signe précurseur de l'agonie. Quant au diagnostic, c'est toujours entre l'hémorrhagie cérébrale suivie d'un travail inflammatoire autour du caillot, et un ramollissement inflammatoire, qu'il flotte incertain. Cette amélioration, que nous avons signalée avant-hier, pourrait peut-être donner quelque espoir. Mais souvent il arrive dans l'hémorrhagie que les phénomènes d'une paralysie complète diminuent un peu avant l'établissement de l'état inflammatoire; et, faute de détails antérieurs, nous ne pouvons nous prononcer sur la nature de la lésion qui produit les accidents que nous signalons ici.

(La suite au prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

De la pneumonie. — De son diagnostic et de son traitement.

Première observation. — Au n° 11 de la salle Sainte-Anne, est entrée une femme, Eléonore Prouchady, âgée de trente-deux ans, tailleuse, malade depuis six jours, entrée à l'hôpital le 14 avril.

D'une constitution faible, délicate, au-dessous de la moyenne, à Paris depuis neuf ans, cette femme a présenté, il y a six ans, tous les symptômes d'une fluxion de poitrine. Peu de temps après, elle fut prise d'une variole intense qui la rendit gravement malade. Elle fut prise vers le 8 du mois d'avril d'une douleur de côté, non précédée de frisson. Le frisson, disons-le en passant, est un des phénomènes les plus importants et les plus caractéristiques de l'invasion d'une maladie aiguë; ceci est tellement vrai, que, lorsque le frisson manque, il est très difficile, souvent même impossible de savoir à quelle époque précise remonte le commencement de la maladie. Le frisson est le plus régulier des symptômes qui se montrent ordinairement au début des maladies aiguës.

Notre malade a donc éprouvé une douleur vive et profonde dans un des côtés de la poitrine. Il s'y est joint de la toux. La douleur de côté et la toux sont survenues après un enrouement déterminé par un refroidissement subit pendant que la malade était en sueur. La toux était accompagnée de l'expectoration de crachats sanglants, rouillés. La malade fut obligée de suspendre ses occupations, et ne fit chez elle aucun traitement. Nous ne savons point d'une manière certaine ce qui se passa depuis cette époque; aussi arrivons-nous de suite aux phénomènes que présentait cette femme au moment de son entrée.

A ce moment elle ressentait une douleur vive, profonde dans le côté droit; douleur n'augmentant pas par la pression, ni par les mouvements exécutés par la malade, mais par les mouvements inspiratoires seulement, et surtout par la toux. Toux fréquente, suivie d'une expectoration de matières semi-transparente, filantes plutôt que très adhérentes, un peu écumeuses et sanguinolentes en partie. Elle présentait, en outre, un caractère distinctif des phlegmasies pulmonaires. Nous voulons parler des signes tirés de l'auscultation et de la percussion. Il y avait un son un peu plus obscur vers la partie moyenne latérale droite du thorax, sans matité complète. Pour qu'elle ait une grande valeur, il faut que la modification dans la résonnance offre une grande différence entre le côté malade et le côté sain. A l'auscultation, on entendait un murmure vésiculaire un peu faible, séparé de temps en temps par quelques bulles de râle crépitant très rares.

Nous n'avons eu pour établir d'une manière certaine notre diagnostic, que la douleur de côté, la toux, la dyspnée, les crachats sanglants. Les quelques râles que nous avons observés ne suffisaient point pour former la base d'un diagnostic positif. Comme phénomènes concomitants, la malade avait de la soif, de l'inappétence. Pas de douleurs dans la région épigastrique, aucun trouble des fonctions digestives. Mais la peau était chaude, le pouls fréquent, développé; il y avait des phénomènes généraux très prononcés. Toutes les autres fonctions étaient parfaitement normales, ainsi que la menstruation.

D'après ce que nous venons de dire, le jugement que nous portâmes fut celui-ci. Il existait une phlegmasie du parenchyme pulmonaire. On dut en conséquence procéder, le jour même de l'entrée, à une émission sanguine. Nous reviendrons plus tard sur les émissions sanguines employées comme traitement de la pneumonie, et je vous exposerai mes opinions à ce sujet. Bien que la maladie eût déjà sept jours d'existence, on fit donc une saignée; le caillot était riche, recouvert d'une couenne inflammatoire très dense et épaisse. Peu de sérosité.

La douleur thoracique fut peu vive, et sous l'influence d'une seconde saignée tous les phénomènes inflammatoires allèrent rapidement en s'amendant. Aujourd'hui, la malade est

---

est également vrai pour la Bavière, sauf quelques légères modifications que j'aurai à signaler.

1° *Comité médical supérieur* (*Ober-medicinal-Ausschuss*. (1). Ce comité est composé d'un président et de quatre membres. Le président porte le titre de *conseiller médical supérieur* (*Ober-medicinal-Rath*) (2); les membres s'appellent *assesseurs* (3).

Le comité ou conseil médical supérieur tient ses séances dans le palais du ministère de l'intérieur, auquel il est adjoint. Les attributions de ce conseil sont multiples. En cas de litige, il décide en dernier ressort des questions de médecine légale. Il exerce la haute surveillance sur la police sanitaire et l'hygiène publique. Il a la direction suprême des comités d'examen; car c'est lui qui désigne, au choix du ministre, les présidents et les vice-présidents de ces comités.

Toutes les ordonnances relatives aux affaires médicales du royaume émanent virtuellement du conseil médical supérieur. Ce conseil n'a pas de pouvoir exécutif; il n'agit que sous la responsabilité du ministre. Toutes les décisions ne sont émises que sous le sceau du ministère de l'intérieur. Ces décisions sont prises d'après la majorité des suffrages. Le président met les questions en délibération, et recueille les voix. Le plus ancien assesseur vote le premier et le président le dernier. Les arrêts ne sont valables qu'autant que tous les membres du conseil y ont pris part. Un membre absent peut être remplacé par un professeur de faculté.

L'*Ober-medicinal-Ausschuss* ne correspond avec les autorités médicales subalternes que par l'intermédiaire du ministère de l'intérieur.

2° *Comité* ou *conseil médical de district* (*Kreismedicinal-Ausschuss*). Ce conseil se compose d'un président qui porte le titre de *conseiller médical de district* (*Kreismedicinal-Rath*), de quatre praticiens docteurs, d'un chimiste et d'un vétérinaire (4). De même que le conseil médical supérieur est adjoint au ministère de l'intérieur pour la direction des affaires médicales dans tout le royaume, de même aussi le conseil médical de district est adjoint à l'autorité locale pour la direction des affaires médicales du district. Ce conseil a dans ses attributions, non-seulement la police sanitaire et l'hygiène publique, mais encore il est spécialement chargé de dresser, à la fin de chaque année, un tableau exact des médecins dont le nombre est déterminé, et de le remettre au chef de district, qui lui-même l'envoie au ministre. La forme dans laquelle ce tableau doit être rédigé, est indiquée dans l'ordonnance royale datée de Munich le 15 mars 1835.

Voici le cadre de ce tableau :

Noms du médecin.	Domicile.	Lieu et date de naissance.	Marié ou célibataire.	Nombre des enfants.	Religion.	Note des examens.	Revenus.	Dispositions naturelles.	Savoir et talent pratique.	Degré d'activité.	Attachement au monarque, à son auguste famille et à la constitution actuelle.	Conduite morale.	Conduite envers les malades.	Etat des services particuliers.	Marques particulières.

3° *Médecins des cercles judiciaires* (*Gerichtsaerzte*). Ils occupent le premier degré de la hiérarchie médicale et sont particulièrement chargés de veiller à l'exécution des ordonnances et règlements relatifs à l'exercice de la médecine, de la pharmacie et à la police sanitaire; ils sont aussi chargés de l'inspection des maisons de santé, de la vaccination et de la visite médicale des conscrits. Ce sont les organes auxiliaires des tribunaux et des cours de justice.

Médecine militaire en Bavière.

Les médecins militaires sont pris parmi les docteurs et les praticiens civils. Ils débutent d'abord comme sous-aides ou chefs de clinique à l'hôpital militaire de Munich, avec un traitement de 800 à 1,000 fr.; il avancent dans l'ordre suivant : 1° aide-major (*Unterarzt*); 2° médecin de bataillon (*Bataillonsarzt*); 3° médecin de regiment (*Regimentsarzt*); 4° médecin de division (*Divisionsarzt*); 5° médecin en chef de l'état-major (*Oberstabsarzt*).

En général, dans les Etats secondaires de la confédération germanique, la médecine militaire ne présente pas une constitution aussi spéciale que dans les Etats qui disposent d'armées considérables. Aussi n'aurai-je guère l'occasion de m'arrêter sur la médecine militaire, en parlant des autres états d'Allemagne.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) La dernière ordonnance relative à ce comité est du 24 juillet 1830.

(2) Actuellement M. le professeur Ringseis.

(3) Le traitement d'un assesseur est très modique; il ne dépasse pas 1,000 fr.

(4) La dernière ordonnance relative à l'organisation des conseils médicaux de district est du 10 janvier 1833.

en convalescence. Il y a encore une légère teinte jaune-verdâtre des crachats, preuve qu'ils renferment encore un peu de sang. Précisons ce que doit avoir eu cette malade. Sans contredit, c'est une pneumonie; mais cette pneumonie ne s'est pas traduite à notre observation par de la crépitation, de la matité, comme on en observe habituellement. De plus, il n'y a point eu de frisson initial. Elle doit avoir varié dans son espèce. Voici les modifications que nous avons supposées. Nous pensons que, dans ce cas, la pneumonie a été centrale, occupant à la fois la partie centrale de bas en haut, et siégeant même au milieu du parenchyme pulmonaire. L'intensité des symptômes généraux comparée avec la sonoréité, et les phénomènes donnés par l'auscultation et la percussion, nous semblent l'avoir prouvé suffisamment. Les râles échappaient à l'oreille à cause de leur profondeur. Les pneumonies de ce genre, qui ne ressemblent point aux pneumonies élémentaires, échappent souvent à l'observation, quand on ne se livre pas à l'examen le plus minutieux.

Deuxième observation.—Au n° 29 de la salle Sainte-Agnès, a été couché un homme âgé de quarante-deux ans, écrivain public, entré le 19 avril. D'une constitution un peu au-dessous de la moyenne, d'une assez bonne santé habituelle, cet homme fut pris, il y a six jours, à la suite d'un refroidissement subit, de frissons et d'une douleur dans le côté. Ces faits nous ont été racontés par le médecin qui l'a soigné; car au moment où il est entré dans notre service il était tout à fait hors d'état de donner lui-même aucun renseignement. Une première saignée a été faite en ville, saignée à la suite de laquelle au lieu de voir le pouls se relever on a remarqué qu'il conservait sa petitesse; en même temps est survenue une altération du faciès.

Le jeune médecin qui l'a traité, n'osant le saigner de nouveau, d'après cet ensemble de phénomènes, et redoutant l'adynamie, lui fit une application de vingt sangsues, après laquelle il crut devoir recourir au traitement rasorien.

Le surlendemain la tendance à l'adynamie faisait encore des progrès. Le malade éprouvait, au moment de son entrée, une prostration très manifeste. La constitution du sujet, nous l'avons déjà dit, n'était pas très développée. L'examen de la poitrine a fait reconnaître une douleur de côté comme chez la malade dont nous vous avons plus haut rapporté l'observation. Toux, expectoration de crachats verdâtres, gris, transparents; résonnance un peu obscure, râle à grosses bulles, humides, assez rapprochées; peau chaude; pouls fréquent, peu développé. Il n'y avait rien vers le cerveau; pas de délire; les autres fonctions n'ont rien présenté d'anormal.

Il était clair que dans ce cas on avait affaire à une pneumonie, mais quelles étaient les modifications qu'avait subies la maladie, et avait-on affaire à une pneumonie bien franche? Un phénomène important était la dépression subite du pouls, phénomène qui devait fournir des données de la plus grande valeur pour le traitement. Pour les modifications locales, voici ce que l'on avait remarqué: pas de crépitation fine, partant, pas de premier degré; pour tout râle, quelques bulles grosses, humides. Remarquez en passant que la détermination de la nature du râle n'est pas tout, le râle à grosses bulles caractérise deux périodes bien différentes de la maladie: 1° la période de résolution, dans ce cas on le désigne sous le nom de râle crépitant de retour; il prouve que le poumon commence à revenir à son état normal, que l'air commence à rentrer dans les cellules aériennes; le poumon est mou, pénétré de fluides, presque œdémateux; Laennec lui avait donné le nom de *ronchus crepitans redux*: 2° dans le second cas, il annonce que la maladie passe du deuxième au troisième degré. C'est le passage de l'hépatisation grise à la suppuration; à ce moment, il y a infiltration du pus dans tout le tissu interlobulaire et intervésiculaire du poumon.

On sent que dans ces deux circonstances, les indications sont bien différentes. Lorsque le râle à grosses bulles indique la période de retour, tous les autres phénomènes s'amendent, et par conséquent le cortége des symptômes généraux disparaît. Tout rentre peu à peu dans l'ordre physiologique. On s'aperçoit assez facilement de cet état. Quand au contraire il indique le passage du second au troisième degré, le souffle qui se montre bientôt et la nature des crachats indiquent assez clairement la suppuration. C'est, en effet, ce qui existe chez notre malade qui sous peu de temps, va probablement succomber.

Le poumon qui est le moins entrepris est le siége d'un engouement presque général.

Quel est le traitement qui a été suivi? On pouvait croire qu'il y avait concentration des forces; mais la première saignée qui a été faite en ville n'a pas été suivie d'amendement. En général, lorsque dans des cas de ce genre après deux ou trois émissions sanguines on ne sent point le pouls se relever, c'est une preuve qu'il n'y a point concentration des forces, et il faut y renoncer. Nous avons employé pendant quelques jours l'émétique, que nous avons abandonné hier. Hier encore les crachats étaient d'un gris verdâtre, mais transparents; aujourd'hui ils sont opaques; il y a hépatisation grise bien manifeste et état suppuratoire du parenchyme pulmonaire.

Si le malade eût été saigné davantage tout à fait au début de la maladie, eût-on pu empêcher cet état adynamique? C'est là une grande difficulté de la thérapeutique, de saisir la distinction qui existe entre la faiblesse du pouls indiquant la prostration et celle qui est un signe de concentration des forces. Lorsque l'on a saisi la vérité, il est possible qu'une saignée hardiment faite relève le malade. Dans le cas de concentration des forces, c'est ce qui arrive; une émission sanguine relève le pouls, et la résolution finit par s'opérer. Si vous jugez mal la circonstance, si vous prenez cette concentration pour de l'adynamie, vous agissez dans le sens de la maladie, vous donnez des toniques et le malade succombe. Nous vous exercerons souvent à reconnaître ces deux états si différents. Mais, en règle générale, et réservant les exceptions, quand vous avez affaire à un sujet jeune, vigoureux, robuste, sanguin, ne craignez pas de tirer du sang: c'est ordinairement dans des cas de ce genre qu'il y a concentration des forces; cela vous arrivera cinq fois sur six, et lors même que l'on craindrait de se tromper, l'on doit se rappeler cet aphorisme, si ancien et si vrai: *Melius remedium anceps quam nullum.*

Diagnostic différentiel de la pneumonie.

Il ne faut pas croire que le diagnostic de l'inflammation du parenchyme pulmonaire soit toujours aussi facile et aussi simple qu'il paraît devoir l'être au premier abord. La maladie est, dans un assez grand nombre de cas, assez difficile à reconnaître. Nous allons rapporter d'abord les cas les plus simples et vous indiquer rapidement, en exposant leurs symptômes, les principales affections avec lesquelles elle pourrait être confondue. Les affections thoraciques sont au nombre de trois; ce sont la pleurodynie, la pleurésie et la bronchite. Nous éloignons la péricardite et l'endocardite, que l'auscultation met le plus souvent à même de reconnaître facilement. Il n'est point indifférent de poser le diagnostic, même pour les affections qui envahissent un organe, lors même que leur nature est la même; l'inflammation, lorsqu'elle attaque les diverses parties constituantes de l'appareil pulmonaire, ne réclame pas toujours le même traitement; puis le pronostic doit varier aussi, et le pronostic est toujours une chose grave. Jamais les phénomènes généraux ne suffisent pour établir le traitement.

Un des premiers phénomènes communs à ces affections, c'est la douleur. Elle est extrêmement intéressante à étudier sous le point de vue du diagnostic différentiel; dans la pleurodynie, la douleur occupe les parois de la poitrine; elle doit augmenter par les mouvements, en vertu même de son siége, et c'est en effet ce qui arrive. L'exercice des muscles augmente la douleur; la pression des parois du thorax s'augmente également. Dans la pleurésie, la douleur existe aussi, mais à un beaucoup plus haut degré; c'est dans cette affection que la douleur est la plus vive et la plus intense. Mais là, elle n'augmente point par la pression pariétale; elle ne devient plus forte que pendant et par les aspirations, et par les efforts de la toux; la raison en est simple: le poumon, en se dilatant, comprime les côtes et la plèvre qui les recouvre; ou bien c'est la plèvre pulmonaire qui est comprimée. Ainsi, que ce soit la plèvre pulmonaire ou la plèvre costale qui soit le siége de la maladie, et quelquefois ce sont les deux en même temps, l'inspiration augmente la douleur. Lorsque c'est la plèvre costale, on augmente quelquefois la sensation douloureuse par une pression ou par une percussion un peu forte.

Généralement la douleur de la pleurésie est vive, lancinante, pongitive, surtout pendant les inspirations et la toux; si c'est le parenchyme pulmonaire seul qui est pris, la douleur change de caractère: elle est gravative, plus profonde. On a dit dans ces derniers temps que la pneumonie simple n'était point accompagnée de douleur, et qu'il n'y en avait que dans la pleuripneumonie. Selon nous, c'est une erreur, et nous ne partageons nullement l'opinion de ceux qui ont avancé cette assertion; mais nous admettons que la douleur ne soit point la même, que celle de la pneumonie est plus profonde, moins intense, plus obscure: c'est celle que les anciens désignaient sous le nom de *dolor obscurus* et *gravativus*. Le plus ordinairement, la douleur n'occupe qu'un seul des côtés de la poitrine; cependant, lorsque l'affection inflammatoire est double et très-intense, il peut se faire que les malades la ressentent des deux côtés à la fois.

Dans la bronchite la douleur est moins commune; cependant, dans les bronchites très-graves, elle se fait encore sentir; elle occupe alors soit le milieu de la poitrine, le dessous du sternum, soit l'entre-deux des épaules, ce qui n'est point étonnant du reste, ces parties correspondant au trajet des grosses bronches; mais quand elle est capillaire, qu'elle occupe principalement les plus fines divisions des canaux aérifères, il n'y a qu'une douleur obscure des deux côtés de la poitrine. Vous ne pouvez constater, dans les cas de ce genre, d'après le rapport des malades, qu'une douleur centrale et générale, assez mal définie, et assez difficile à définir. L'on voit que tout d'abord, dans la différence des caractères que peut présenter la douleur dans les affections thoraciques, il y a quelques éléments dont on peut se servir pour établir le diagnostic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juin 1844. — Présidence de M. Ferrus.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse à l'Académie un mémoire de M. Fiard, relatif aux résultats des vaccinations pratiquées avec le nouveau cow-pox par lui trouvé sur la vache appartenant à M. Magendie.

Ce mémoire est renvoyé à la commission de vaccine, à laquelle on adjoint MM. Hamel et Barthélemy.

M. Bousquet annonce qu'il s'est procuré de ce cow-pox, et qu'il s'en est déja servi samedi dernier pour des vaccinations. Il rendra compte des résultats obtenus.

— *M. Cornac*. Je n'assistais pas à la dernière séance, où il s'est agi de ma proposition relative au buste de Dupuytren. Je ne veux pas revenir sur ce sujet; mais j'ai entendu dire que l'architecte de la salle s'opposait à ce que les bustes des membres qui ont illustré l'Académie fussent placés dans le lieu de ses séances. Comme neveu de Portal, et m'appuyant surtout sur les décisions antérieures et même sur les actes de l'Académie, je viens revendiquer cet honneur pour le buste de Portal.

Ici M. Cornac lit un passage du rapport fait à l'occasion de l'érection de ce buste, et il termine en faisant voir combien la reconnaissance et les convenances seraient blessées par une mesure telle que celle qui est réclamée par l'architecte.

M. le président. J'ai hâte de dire à M. Cornac qu'il a été on ne peut pas plus mal informé. Rien de semblable à ce qu'il vient d'annoncer n'a été appris par le conseil d'administration, et si quelque mesure de cette nature lui était proposée, le Conseil, l'Académie, n'en doutez pas, s'empresserait de la rejeter.

— *M. Roux* demande la parole au nom de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Malgaigne, relatif à la valeur de la myotomie rachidienne pour les déviations de la taille.

M. Roux expose que cette commission s'est déjà réunie plusieurs fois; qu'elle l'a nommé président, et M. Velpeau, secrétaire; qu'après avoir inutilement appelé dans son sein les malades indiqués par M. Malgaigne, appel auquel deux seulement se sont rendus jusqu'ici, la commission a agité la question de savoir quels moyens elle emploierait pour arriver à la vérification des faits annoncés par M. Malgaigne; que la majorité a décidé que la commission se transporterait au domicile des malades indiqués; que deux membres, composant la minorité, ont refusé de s'associer à cette décision, par plusieurs motifs que la commission croit inutile d'indiquer; que dans cette position, la majorité de la commission n'a pas osé passer outre sans en avoir référé à l'Académie; qu'elle vient lui demander conseil à cet égard, et la prier de lui adjoindre deux nouveaux membres.

Cette communication excite dans l'assemblée un vif mouvement d'intérêt et de curiosité.

M. Adelon. Les scrupules de la commission sont sans doute respectables; mais je ne crois pas que l'on doive leur accorder une grande importance. L'Académie ne peut lui répondre qu'une chose, c'est qu'elle agisse comme toutes les commissions ont toujours agi; s'il y a une majorité, la majorité doit poursuivre son œuvre sans s'inquiéter de la minorité qui, elle, doit se soumettre.

M. Gerdy. C'est cela même. Dans toutes les commissions possibles il y a une majorité et une minorité, et celle-ci doit subir la loi de la première. Si dans la commission dont M. Roux est l'organe, la minorité ne veut pas agir, qu'elle ferme les yeux, qu'elle bouche ses oreilles, mais qu'elle laisse faire la majorité. Non-seulement l'Académie ne doit pas se préoccuper des répugnances de la minorité, mais je trouve qu'elle devrait lui infliger un blâme... (Oh! oh!), oui, un blâme pour les entraves qu'elle porte à la solution de la question, et pour son refus de faire son devoir. Il semble qu'on imagine tous les jours de nouvelles difficultés pour retarder le jugement de l'Académie. Il est temps que tout cela finisse.

M. Cloquet. C'est au nom de cette minorité blâmée par M. Gerdy, que je demande à répondre. Chaque homme a sa conscience et lui subordonne ses actes. J'ai cru, dans ma conscience, qu'il était contraire à ma dignité propre et à celle de l'Académie, que j'allasse, comme un agent de police, m'introduire dans le domicile des malades. J'ai cru qu'il était indigne d'une commission académique de s'exposer à se faire fermer la porte au nez, et ces motifs m'ont paru suffisants pour me faire refuser toute participation à la décision prise par la majorité.

M. Velpeau. Je demande aussi à justifier en partie les membres de la minorité. Ce n'est pas un refus de devoir qu'on doit leur reprocher, mais un excès de délicatesse qui, je dois le dire, n'a été ni compris, ni partagé par la majorité. Il se peut qu'il y ait dans cette question d'autres intérêts que des intérêts scientifiques; mais ceux-ci sont tellement graves et tellement importants que la majorité s'en est seulement préoccupée et qu'ils ont été le seul motif de sa décision.

M. Roux. Que l'Académie croie bien que la commission ne se retire pas; elle est venue seulement vous exposer ses doutes, son embarras, et vous demander conseil.

M. Nacquart. Il est très fâcheux que l'Académie soit investie d'une pareille question, qui ne me paraît être qu'un duel à mort entre deux hommes.

M. Gerdy. La question me paraît très simple, et je ne conçois pas les difficultés qu'elle soulève. Voulez-vous, nous dit-on, que l'Académie s'expose à se faire fermer la porte au nez? Personne ne dit cela. La commission ne se présentera pas ainsi inopinément et sans avertissement chez les malades. Elle dira à M. Malgaigne: Allez les voir; assurez-vous qu'ils recevront la commission, et ce n'est que sur cette assurance que la commission se mettra en marche. Qu'y a-t-il là qui soit indigne de l'Académie? Je ne conçois pas que la dignité d'un académicien soit compromise pour aller voir des malades, pour constater leur état. Messieurs, la question est très grave; elle intéresse les familles; le public médical attend de vous une solution que l'on cherche à retarder par tous les moyens possibles, et vous dites qu'il y aurait indignité à rechercher la vérité! En vérité, je ne comprends pas ce langage; l'indignité serait à ne rien faire et à tenir la lumière sous le boisseau. (Très bien! L'agitation commence.) D'ailleurs, c'est dès le commencement que les membres dissidents auraient dû se retirer et ne pas attendre que la commission fût engagée dans ses travaux.

M. Castel. Si j'eusse assisté à la séance où M. Malgaigne a lu son mémoire et a demandé l'intervention de l'Académie, je me serais opposé à ce qu'il fût donné suite à cette demande. (Sur quelques bancs: Allons donc! D'autres voix: Oui, oui, M. Castel a raison.) J'aurais dit: l'Académie est instituée pour veiller aux intérêts de la science, et non pour servir les passions plus ou moins évidentes. (C'est cela.) Les convenances ont été oubliées, et je crains bien que l'Académie n'ait à s'en repentir. Il est, à mon avis, fort mal séant de mettre en suspicion les lumières et la bonne foi d'un de nos collègues. Où en serions-nous si à chaque communication qu'un de nous viendrait faire dans cette enceinte il fallait avoir recours à une enquête? D'ailleurs, je le prédis, cette enquête ne peut mener à rien; l'Académie est engagée dans une démarche inconvenante et inutile. Il serait encore temps pour elle de revenir sur sa détermination; je n'ose pas le proposer, mais ce serait honorable. On veut engager l'Académie dans une démarche très inconsidérée. (Non, non. Oui, oui.) Je suis fort embarrassé pour conclure. (Hilarité.) J'espère qu'un autre aura plus de courage que moi, et qu'il osera proposer l'annulation de tout ce qui a été fait jusqu'ici. (L'agitation augmente.)

M. Cloquet. M. Gerdy s'est mépris peut être sur les paroles que j'ai prononcées. Il paraît s'étonner que dans une question qu'il trouve très ordinaire, et que je trouve moi très délicate, très difficile par le retentissement qu'elle a eu devant les tribunaux, par les passions qu'elle a soulevées, très extraordinaire en tous points, M. Gerdy s'étonne que les membres de la minorité ne se soient pas retirés dès le début. Mais la difficulté qui nous occupe ne s'est pas présentée dès le début; ce n'est qu'après la troisième séance, qu'attendant toujours vainement les malades, et nous réunissant toujours à vide, l'avis a été ouvert d'aller au domicile des malades. C'est alors que les scrupules de la minorité se sont élevés, scrupules dans lesquels elle persiste. Ne nous le dissimulons pas, messieurs, il y a là-dessous d'autres intérêts que des intérêts scientifiques, il y a des questions personnelles dont, pour mon compte, je ne veux pas me mêler. (Interruption. Une voix: Vous manquez de courage.) Je persiste à dire que je trouve indigne de l'Académie de s'exposer à se faire fermer la porte au nez; car enfin le domicile est inviolable, et si les malades ne veulent pas recevoir la commission, la commission ne pourra pas forcer les portes.

M. Husson. En vérité, je ne peux m'expliquer les scrupules de M. Cloquet. Ce qui l'offusque et ce qui blesse sa délicatesse n'est pas sans antécédents. Il y a quarante ans passés, lorsque la commission de la vaccine fut instituée, il fallut bien qu'elle fît de nombreuses démarches, qu'elle s'exposât à se faire mettre à la porte; car aussitôt qu'elle apprenait par la rumeur publique ou par les journaux qu'on accusait la vaccine de quelque accident grave, elle accourait sur les lieux, allait au domicile des malades, ne négligeait aucun moyen d'enquête, et c'est ainsi qu'elle parvint à faire son rapport qui fixa l'opinion. Et les hommes qui composaient cette commission, étaient-ils donc moins scrupuleux que vous ne pouvez l'être? C'étaient Thouret, Leroux, Sédillot père, Pinel et moi-même. Nous n'avons jamais cru déroger en

agissant ainsi, et faire quelque chose d'indigne pour le caractère dont nous étions revêtus et pour notre profession. (Approbation sur plusieurs bancs.)

M. Adelon. Il faut bien le reconnaître, Messieurs, toute question se rattache à des intérêts personnels; il est impossible surtout d'agiter la moindre question thérapeutique sans qu'elle retombe d'à-plomb sur une personnalité quelconque. Aussi, s'abstenir sous le prétexte que des questions personnelles sont en cause, c'est à tout jamais se vouer à l'inaction. (C'est très juste.) — Ici, de quoi s'agit-il? De vérifier des faits annoncés par M. Malgaigne. L'Académie a accepté cette mission; peut-être eût-il été plus prudent qu'elle ne le fît pas; mais enfin c'est un fait accompli, et l'Académie, sans s'exposer à de plus graves inconvénients, ne peut plus reculer. Que peut faire la commission? D'abord appeler les malades dans son sein. Les malades ne viennent pas? Il faut alors que la commission se transporte auprès d'eux, c'est son devoir. Mais ce n'est point avec brusquerie, sans préparation, comme une commission judiciaire qu'elle entend procéder. Non; je propose qu'on dise à M. Malgaigne : La commission veut aller chez les malades indiqués par vous; mais à une condition, c'est qu'ils seront prévenus par vous; c'est que vous lui faciliterez l'entrée, c'est que vous leur ferez promettre de la recevoir volontairement, et en leur disant que la commission aura pour eux tous les égards qu'ils méritent. En un mot, ce n'est pas une violation de domicile que l'on propose à la commission, qui n'aurait d'ailleurs ni le droit, ni le pouvoir de l'exécuter; mais une enquête faite gravement et volontairement consentie. Si les malades refusent, si la commission n'en peut voir qu'un petit nombre, eh bien! elle aura fait son devoir, elle dira ce qu'elle a pu faire; l'Académie et l'opinion publique ne lui en demanderont pas davantage. (Approbation. — M. Gerdy : Je n'ai pas proposé autre chose.)

On vous a cité l'exemple de la commission de vaccine; mais l'Académie a trois ou quatre antécédents qu'il est bon de rappeler. Lorsqu'il s'est agi de l'efficacité des eaux de Vichy, la commission a fait une véritable enquête, et soixante-dix malades furent visités par elle soit chez eux, soit dans le sein de la commission. Lorsque M. Voisin vint nous dire qu'il reconnaissait les penchants vicieux et criminels sur la tête des jeunes détenus, la commission se transporta à la prison de la Roquette, et visita quatre cents prisonniers. Pour vérifier les faits de magnétisme, les commissions ne se sont-elles pas toujours rendues chez les personnes indiquées?

Ainsi donc l'enquête est légitime; elle est dans les droits de la commission; cette commission possède une majorité; l'Académie ne peut répondre qu'une chose à cette majorité : Passez outre. (Approbation générale. Ce discours est suivi d'une grande agitation.)

Plusieurs membres demandent la parole au milieu du bruit.

Plusieurs autres demandent l'ordre du jour.

M. le président. L'ordre du jour est-il appuyé?

Oui, oui! Non, non!

M. le président. Si l'ordre du jour est appuyé, je vais le mettre aux voix.

M. Roux (avec vivacité). Je m'oppose à l'ordre du jour. La commission ne peut pas rester en suspens. Il faut que l'Académie prononce ce que nous avons à faire. Ces trois membres de la majorité ne veulent pas prendre cette décision sur leur responsabilité. Devons-nous, oui ou non, nous séparer de nos collègues de la minorité? (Oui, oui!) Eh bien, alors je demande que deux nouveaux membres nous soient adjoints.

M. Guérin. Je demande la parole. (Vive agitation.)

M. Gerdy. Plusieurs membres ont demandé la parole avant M. Guérin; je suis inscrit avant lui, je demande à parler avant lui. (Oui, non, l'ordre du jour, la clôture, tels sont les cris confus que nous pouvons saisir au milieu du tumulte de l'assemblée.)

M. Desportes. Laissez donc parler M. Guérin; sans doute qu'il va vous proposer de mener ses malades à la commission. (Hilarité générale et prolongée.) — Puis, M. Guérin se trouve dans une position difficile..... (Les paroles de M. Desportes se perdent dans le tumulte et ne parviennent pas jusqu'à nous.)

Malgré l'opposition de M. Gerdy, l'Académie consultée décide qu'elle entendra M. Guérin, exceptionnellement dit M. le président.

Non pas exceptionnellement, se récrie-t-on de toutes parts. Enfin le bruit s'apaise, et M. Guérin prononce les paroles suivantes avec une émotion marquée.

M. Guérin. Je n'abuserai pas des moments de l'Académie, je désire seulement lui donner quelques explications sur la partie scientifique de la question. Il y a huit mois, à la suite d'une discussion sur la ténotomie, je proposai à l'Académie de nommer une commission chargée d'examiner les résultats de mes opérations. Cette proposition ne fut pas agréée. Alors quelques médecins s'avisèrent de procéder eux-mêmes à une enquête, allèrent voir des malades sans ma permission, sans ma participation, et publièrent des résultats que je crus contraires à la vérité. Je dus demander satisfaction de cette conduite, et le résultat a prouvé que je ne m'étais pas trompé dans mon attente. (Agitation et rires.) Je m'adressai alors au conseil des hôpitaux; je demandai la nomination d'une commission, elle me fut accordée. Cette commission n'a pas voulu s'occuper, comme je l'avais demandé, de la vérification des faits passés, parce que ces faits étaient alors soumis aux tribunaux; elle n'a voulu porter son examen que sur les faits actuels. Cette commission agit avec le plus grand zèle, et sous la garantie des lumières des hommes éminents qui la composent. J'attendrai patiemment sa décision. Mais il m'importe de faire remarquer, dans les circonstances actuelles, que, si on invoque les besoins de la science pour demander une enquête, ces besoins sont largement satisfaits par la commission des hôpitaux. Quant à la commission académique, je déclare que je n'y ai pas porté des entraves; seulement je ne m'y suis pas prêté, parce que cette enquête me paraît vexatoire. (Murmures et récriminations.) Elle est dirigée contre ma dignité d'homme, de savant et d'académicien.

De toutes parts : La clôture! la clôture!

M. Velpeau. Je demande à parler contre la clôture. En venant vous soumettre ses doutes, la commission avait un peu prévu et craint ce qui arrive, c'est-à-dire, que la question ne s'embrouillât. Il faut cependant que je réponde un seul mot à ce que vient de dire M. Guérin. La commission n'a qu'un seul but, c'est de vérifier l'exactitude des faits avancés par M. Malgaigne. La commission ne cherche ni les intérêts de M. Pierre, ni ceux de M. Paul; elle ne court qu'après les intérêts de la vérité. Or, il est évident que la commission éprouve des obstacles à remplir sa tâche. D'où viennent ces obstacles? Le bon sens répond qu'il ne peuvent venir que de celui qui a intérêt à ce que la vérité ne soit pas connue. (C'est évident.)

Après une discussion fort tumultueuse sur la position de la question, on met aux voix la proposition de M. Adelon, qui consiste à enjoindre à la majorité de la commission de passer outre, sans s'inquiéter de la minorité.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Cloquet. Je donne ma démission, et je demande à être remplacé.

M. Roux. L'Académie n'a pas voté sur ma proposition, qui consiste à nous adjoindre deux membres nouveaux.

M. Adelon. L'Académie ne peut pas accepter la démission de M. Cloquet. Il dépendrait ainsi de la minorité d'entraver les opérations de la majorité; cela ne peut être toléré, et cet antécédent entraînerait l'Académie dans le plus grand embarras. Quant à la proposition de M. Roux, il n'y a pas lieu à lui donner suite; il y a une majorité, cette majorité doit agir.

M. Amussat. Je fais partie de la minorité de la commission, et je ne crois pas que l'Académie puisse nous forcer à faire ce que nous ne voulons pas faire. Je donne aussi ma démission. (Exclamations.)

On met aux voix la proposition de M. Roux; elle est adoptée.

M. Gerdy. Il est bien entendu que c'est l'Académie entière qui doit nommer ces deux membres.

M. le président. Sans doute : l'Académie procédera à cette nomination dans la prochaine séance.

— *M. Gerdy.* M. Nacquart se plaint de la longueur des procès-verbaux, et a une proposition à faire à ce sujet.

M. Dubois (d'Amiens). Est-ce bien M. Nacquart qui se plaint?

M. Gerdy. Oui.

M. Dubois (d'Amiens). J'en suis étonné, car M. Nacquart exige que j'insère au procès-verbal absolument tout ce qu'il dit. (Hilarité générale.)

M. Nacquart répond quelques mots que nous ne pouvons entendre.

— *M. Bricheteau* lit un rapport sur un travail de MM. Parisot et Brossard, relatif à une épidémie de méningite céphalo-rachidienne qui a régné en 1841 à l'hôpital de Poitiers. L'inattention de l'assemblée et le bruit des conversations nous empêchent de rien entendre de ce rapport.

L'insertion de ce travail dans le Bulletin est adoptée après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Nacquart, Rochoux et Martin-Solon.

— *M. Ségalas* présente une femme qui était affectée d'un calcul vésical et d'une fistule vésico-vaginale, et qui est parfaitement guérie de l'une et de l'autre de ces maladies.

Tout le monde sait, dit M. Ségalas, que les fistules vésico-vaginales sont très difficiles à guérir, et l'Académie se rappelle qu'il y a peu de temps, un de ses membres les plus distingués, le chef d'un grand service chirurgical, est venu annoncer dans cette enceinte que la guérison des fistules vésico-vaginales avec perte de substance est presque toujours impossible. Cette thèse, M. Blandin l'a soutenue une pièce d'anatomie pathologique à la main, pièce prise sur une femme chez laquelle il avait opéré la suture dans le but de remédier à un désordre de cette nature. Notre honorable collègue se défendait sur la position des uretères, qui sont presque nécessairement intéressés dans la fistule dont il s'agit.

D'un autre côté, personne n'ignore que les calculs vésicaux sont assez rares chez les femmes. J'ai donc lieu d'espérer que l'Académie verra avec quelque intérêt une femme qui était affectée tout à la fois d'un calcul vésical et d'une fistule vésico-vaginale, et que j'ai eu le bonheur de rendre à un état parfait de santé.

Cette femme est venue me trouver, il y a quatre ans, après avoir reçu les soins de plusieurs chirurgiens de Paris, notamment ceux de deux de nos collègues.

L'exploration me fit reconnaître une fistule vésico-vaginale, qui était la conséquence d'un accouchement laborieux, et une pierre vésicale, qui me parut être l'effet de cette première maladie, ou plutôt du catarrhe vésical dont elle était accompagnée.

Je détruisis la pierre sans peine, ce fut l'affaire de deux séances de lithotritie; puis je m'occupai de la fistule. J'avais remarqué, en l'étudiant au spéculum, que pendant l'application de cet instrument, l'urine, qui d'ordinaire coulait sans cesse, ne sortait plus par l'ouverture accidentelle, et je résolus de tirer parti de cette observation pour le traitement. Je plaçai une petite sonde de gomme élastique dans la voie naturelle des urines, puis je posai le spéculum dont je m'étais servi pour l'exploration, et qui n'était autre que mon spéculum conique à quatre valves et à développement, lequel est disposé de manière à rester en place quand une fois il a été ouvert dans le vagin; ensuite, je procédai à la cautérisation des bords de la fistule avec le nitrate d'argent. Le spéculum fut conservé pendant deux jours, au bout de ce temps, son séjour devint douloureux, et je le retirai, tout en laissant dans l'urètre la sonde que j'y avais établie, et qui formait siphon.

Cette première opération fut suivie d'un résultat avantageux; la fistule perdit plusieurs lignes de son diamètre. Je répétai à plusieurs reprises la cautérisation avec les précautions indiquées, et toujours avec une amélioration notable. Plus tard, je me bornai à de simples cautérisations, avec le soin de faire vider la vessie par la malade à des intervalles rapprochés. Après trois mois de ces pratiques successives, la fistule était fermée, et depuis elle ne s'est pas rouverte. Je crois être en droit d'affirmer que la guérison est consolidée.

M. Amussat. La fistule était-elle réellement vésicale? N'était-elle pas plutôt urétrale? Je n'ai jamais obtenu la guérison d'une fistule vésicale, et j'ai guéri plusieurs fistules urétrales.

M. Ségalas. La preuve que la fistule était vésicale et non urétrale, c'est que l'urine coulait par elle d'une manière continue. D'ailleurs, à l'aide du spéculum, on la voyait ouverte largement et transversalement au-devant et au-dessus du col de l'utérus.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 juin 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Malgaigne communique un nouvel exemple d'une opération qui n'a compté jusqu'à ce jour que quatre succès à Paris, la ligature de l'artère iliaque externe. Il a lié cette artère le 11 février dernier, sur un jeune avocat de Paris pour un anévrisme très volumineux qui occupait l'aine gauche et remontait jusqu'au niveau de l'épine iliaque. Une seule ligature fut appliquée; elle est tombée le matin du seizième jour. Au bout de cinq semaines, la plaie était en grande partie fermée, lorsque le trente-septième jour la poche anévrismale se creva du côté de la plaie, et détruisit tout le travail de cicatrisation. Cet accident n'a pas eu toutefois des conséquences graves; et le 11 mai, juste après trois mois révolus, cet avocat a recommencé à plaider. Il restait encore alors une très petite surface suppurante qui n'a pas tardé à se cicatriser complétement. Aujourd'hui la santé générale est parfaite; le membre gauche est à peu près aussi gros, aussi chaud et aussi fort que l'autre, bien que l'on n'y sente de pulsation dans aucun artère. L'incision avait été faite presque verticale, inclinant un peu vers l'ombilic; il n'y a pas d'indice de hernie jusqu'à présent.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 8 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 67. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Des préparations, de la position et des soins consécutifs dans les opérations de cataracte.

Il nous reste quelques mots à ajouter pour compléter ce que nous avons à dire des cataractes; car il est bien entendu que nous ne voulons ni établir, ni discuter le manuel opératoire. On trouve dans les traités généraux d'opérations tout ce qui est relatif à ce point, et nous ne devons ici nous occuper que des faits qui gouvernent la pratique sous le point de vue clinique seul.

Nous avons dernièrement examiné les résultats donnés par les deux méthodes d'opération, l'extraction et le déplacement. Aujourd'hui nous allons parler des préparatifs nécessaires, de la position qu'il convient de donner au malade, et des soins consécutifs.

Il est des préparatifs communs à toutes les opérations; mais pour la cataracte, les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ceux qu'il convient de mettre en usage. Quelques-uns préparent les sujets pendant huit, dix ou quinze jours; ils leur administrent des boissons dépuratives, des purgatifs, emploient même des topiques et les soumettent à un régime affaiblissant. Il semble qu'ils accoutument à être malades les personnes qu'ils doivent opérer. D'autres ne veulent aucune espèce de préparatifs; ils opèrent les malades et les renvoient chez eux. Certains chirurgiens et certains oculistes font ainsi. Wenzel fils pratiquait de la sorte. On cite un fait de ce genre assez singulier.

Une célébrité chirurgicale, en traversant la cour d'un hôpital, aperçoit un individu qui avait une cataracte; il se fait donner une aiguille, l'opère et le renvoie dans sa salle.

Il est enfin des praticiens qui préparent à cette opération comme on le ferait pour l'amputation d'un membre.

Nous ne pensons pas, quant à nous, qu'il y ait grande utilité à préparer long-temps les personnes qui doivent être soumises à cette opération; nous n'avons pas vu que les accidents fussent plus nombreux chez celles qui avaient été l'objet de soins antérieurs prolongés, que chez d'autres qui n'en avaient reçu aucun.

Ce qu'il y a d'important, c'est de se garder des extrêmes, des imprudences.

A propos des soins prolongés antérieurs à l'opération, il est bon de faire remarquer qu'il y a quelque chose de tout à fait contradictoire dans la conduite de ceux qui recommandent le plus d'y insister. Ainsi, ils font prendre au sujet des purgatifs, mais ces médicaments irritent plus ou moins, rendent malades; et quand, par hasard, ceux qui doivent être opérés se trouvent dans les conditions où les met cette médication, on se garde de faire l'opération; on attend que toutes les fonctions s'exercent avec régularité.

S'il est un bon moyen de préparer les malades, et les malades vigoureux, robustes, pléthoriques surtout, ce sont les émissions sanguines; leur emploi est raisonnable, il se conçoit parfaitement.

Ainsi donc, la conduite, comme nous le disions, est de se garder des extrêmes; préparer pendant long temps, à l'aide des moyens dont nous parlions tout à l'heure, ne nous paraît pas utile. Opérer dans une cour ou chez soi, et renvoyer les malades, nous semble une imprudence. Une apparente contradiction peut avoir l'air d'exister entre la règle que nous formulons et la conduite que nous suivons ici, à l'hôpital; elle n'est qu'apparente en effet. Il est bien vrai que nous n'opérons pas les malades sitôt leur entrée; mais ce n'est pas, comme on pourrait le penser, pour les soumettre à des préparatifs avant l'opération. Nous avons remarqué, et tout le monde a fait cette même observation, qu'il est bon nombre d'individus auxquels la vie des hôpitaux est nuisible; ils en sont influencés d'une manière fâcheuse, et peuvent devenir malades quelques jours après leur arrivée par le fait seul de leur séjour dans les salles. Si nous ne nous hâtons pas d'opérer les cataractes à leur entrée, c'est que nous voulons donner à ces individus le temps de s'acclimater aux hôpitaux; car on ne niera pas que s'ils doivent tomber malades, il est préférable que cela arrive plutôt avant qu'après l'opération. Voilà le motif de nos retards à l'hôpital; mais dans la ville, où ces circonstances n'existent point, nous ne prenons que fort peu de précautions préparatoires, et nous n'avons pas vu, comme nous l'avons dit, que le nombre des suites fâcheuses en fût augmenté.

Du reste, ces préceptes ne sont point absolus, et un bain, une saignée, un purgatif même doivent être prescrits, s'ils semblent nécessaires.

On a conseillé l'emploi du vésicatoire avant l'opération de la cataracte. Scarpa le faisait appliquer au bras, M. Roux le met au col; quelques praticiens le veulent douze à quinze jours avant d'opérer, d'autres la veille seulement de l'opération, quelques-uns le lendemain. En théorie, cette conduite paraît extrêmement logique, puisqu'en développant par ce moyen une irritation sur un point de l'économie, il semble qu'on doive s'opposer à l'irritation sur un autre point; mais ne voit-on pas aussi une région irritée retentir sur tout le reste de l'organisme? La question est donc encore indécise, et la pratique ne l'a pas beaucoup éclaircie, puisqu'on voit des accidents survenir même aux malades auxquels on a fait appliquer des vésicatoires.

Selon nous, la position à donner aux malades n'est pas celle que l'on indique habituellement. Un assez grand nombre d'opérateurs placent le malade assis pour opérer par déplacement; puis ils s'asseyent devant lui sur un siége élevé, le pied droit sur un escabeau, et le coude appuyé sur le genou revêtu d'un coussin, etc. Nous préférons le sujet assis devant nous pour l'opération par déplacement, et nous restons debout; pour l'extraction, nous faisons coucher le malade. Dupuytren, au contraire, opérait le malade couché pour l'abaissement, et assis par extraction. Voici la raison de cette différence. Dans l'opération par abaissement, si le malade est couché, il est rare qu'on n'éprouve pas une certaine difficulté à abaisser le cristallin; car, dans cette position, le bas de l'œil, sa partie la plus déclive, l'individu étant debout, se trouve alors en avant, disposition qui ne facilite pas si elle ne s'oppose plus ou moins à l'abaissement qu'on veut pratiquer; de plus, quand le malade est droit, l'aiguille se porte naturellement en bas. Pour l'extraction, au contraire, le malade étant debout, on a de la tendance à ramener le tranchant de l'instrument en avant, et si la capsule postérieure se déchire, la position de l'œil expose alors davantage à la sortie des humeurs; tandis que quand le malade est couché, le fond de l'œil en étant le point le plus inférieur, cet accident est moins à redouter. Ces explications suffisent, selon nous, pour motiver la préférence que nous donnons à la position horizontale pour l'extraction, et à la position verticale pour le déplacement.

Les soins consécutifs varient aussi, selon qu'on a pratiqué l'abaissement ou l'extraction. Le malade opéré, le pansement doit varier avec l'opération qu'on a mise en usage.

Après l'abaissement, un simple bandeau suffit; après l'extraction, il est besoin d'un pansement plus compliqué. Les paupières doivent être doucement fermées, et de manière qu'elles ne passent pas l'une sur l'autre; l'œil doit être gardé immobile. Pour cela, on applique un gâteau bien mollet qui puisse se mouler sur l'orbite, puis un bandeau qui comprime légèrement le tout; ce bandeau porte au centre de sa partie inférieure une fente en T où se place le nez; on le fixe en haut, après le bonnet du malade, au moyen d'épingles: les

FEUILLETON.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN PRUSSE ET DANS LES ÉTATS SECONDAIRES DE LA CONFÉDÉRATION GERMANIQUE;

Par M. le professeur HOEFFER.

(Suite du numéro précédent.)

ORGANISATION MÉDICALE DANS LE ROYAUME DE WURTEMBERG.

Je n'insisterai point ici sur les points par lesquels l'organisation médicale du Wurtemberg paraît s'éloigner le plus de l'organisation médicale des Etats dont il vient d'être parlé.

Au lieu d'un *Staatsexamen*, il y en a deux. Le premier a lieu deux fois par an, devant un comité formé des professeurs de la faculté de Tubingue, auxquels se joint un membre du conseil médical supérieur de Stuttgard, remplissant les fonctions de commissaire du gouvernement. Les candidats sont appelés à se faire inscrire avant le 15 mars et avant le 15 septembre; en même temps ils doivent déclarer s'ils se présentent ou pour la médecine proprement dite, ou pour la chirurgie, ou pour ces deux branches médicales à la fois.

Pour être admis à subir le premier *Staatsexamen*, il faut, 1° avoir vingt et un ans révolus; 2° jouir des droits civils; 3° avoir suivi, pendant trois ou quatre ans, les cours universitaires; 4° avoir fréquenté, au moins pendant un an, l'université nationale de Tubingue; 5° présenter un certificat de bonne conduite, indiquant expressément que, pendant son séjour à l'université, le candidat n'a fait partie d'aucune société secrète (1).

Ces divers certificats sont envoyés au ministre de l'intérieur, qui désigne lui-même les candidats admissibles au premier *Staatsexamen* (ordonnance du 13 février 1839).

Cet examen se divise en deux catégories:

1° Ceux qui prétendent seulement à la pratique de la médecine proprement dite, sont interrogés sur les objets suivants: Anatomie générale et descriptive, anatomie comparée, chimie, botanique, physiologie végétale, minéralogie, géologie, pathologie générale et spéciale, thérapeutique et matière médicales, art de formuler, médecine vétérinaire; 2° ceux qui se présentent exclusivement pour la chirurgie, sont examinés en anatomie chirurgicale, en pathologie et thérapeutique chirurgicales, et en médecine opératoire. On leur demande aussi des connaissances élémentaires en botanique, en chimie et en médecine interne.

(1) Art. 12 de l'ordonnance royale du 26 décembre 1834.

Il va sans dire, que ceux qui se destinent tout à la fois à la pratique de la médecine et de la chirurgie, sont tenus de subir l'examen complet.

Les candidats qui ont répondu d'une manière satisfaisante reçoivent un certificat signé du président du comité d'examen et de deux examinateurs, et légalisé par l'apposition du sceau ministériel. Les notes I, II, III, signifie *très bien*, *bien*, *passable*. I–A est la note de la plus grande distinction.

Le second *Staatsexamen* a lieu à Stuttgard, en présence d'un des membres du collége médical supérieur (*Ober-medicinal-Collegium*). Il roule à peu près sur les mêmes matières que le premier *Staatsexamen*. La seule différence consiste en ce que l'un a plutôt pour objet les connaissances théoriques, tandis que l'autre porte plus spécialement sur les connaissances pratiques.

L'intervalle d'une année qui s'écoule entre ces deux examens est employé par le candidat à fréquenter les hôpitaux nationaux et étrangers, ou à s'instruire dans la pratique particulière d'un médecin distingué.

Après avoir satisfait à ces deux *Staatsexamens* et prêté le serment en usage, les candidats ont acquis le droit d'exercer leur profession et de fixer leur résidence partout où ils voudront.

Le grade de docteur est un titre purement honorifique, auquel ne s'attache aucune prérogative particulière. Pour l'obtenir, il suffit d'un examen oral, subi devant la faculté de Tubingue sur les différents objets de l'enseignement médical (1).

(1) L'université de Tubingue se compose de six facultés (théologie protestante, théologie catholique, droit, philosophie, économie politique, médecine).

Cours des professeurs titulaires de la faculté de médecine:

Zoologie; anatomie comparée (prof. de Rapp). — Anatomie descriptive (prof. Baur). — Pathologie et thérapeutique générales (prof. Fr. de Gmelin). — Pharmacologie et matière médicale (prof. Autenrieth). — Médecine opératoire (prof. Bruns). — Accouchements (prof. de Rierke). — Chimie pharmaceutique (prof. Ch. Gmelin). — Analyse chimique; chimie animale (prof. Sigwart). — Botanique (prof. Mohl).

Outre les professeurs titulaires, il y a sept répétiteurs (*Privat-docenten*) qui donnent des leçons particulières sur les différentes branches de l'enseignement médical. — La *polyclinique*, composée des malades traités en ville, supplée à la clinique (stationnaire) de l'hôpital.

Dans le semestre d'été de l'année 1843, le total des élèves de l'université de Tubingue était de 843. Le nombre des élèves en médecine était de 138, dont 49 pour la chirurgie exclusivement, et 15 pour la pharmacie.

Classification du personnel médical. — En Würtemberg, comme dans la plupart des états secondaires de la Confédération germanique, la distinction des praticiens en plusieurs classes ne porte en général que sur les chirurgiens.

On appelle *chirurgiens de première classe* ceux qui, après avoir fréquenté les cours de la faculté et satisfait aux deux *Staatsexamens*, peuvent exercer leur état sans aucune restriction.

Les *chirurgiens de deuxième classe* ont fait des études moins complètes. Les opérations estimées difficiles ou dangereuses leur sont interdites; de même qu'il leur est défendu de faire des prescriptions internes, sans avoir préalablement pris l'avis d'un médecin.

Les *chirurgiens de troisième classe* sont examinés par les médecins inspecteurs de districts. On ne leur demande que la connaissance de la petite chirurgie. — Il est inutile de répéter ce qui a déjà été dit sur l'institution de ces praticiens subalternes qui trouvent tant d'occasions d'envahir un domaine auquel il est scientifiquement impossible d'assigner des limites certaines.

En dehors de la faculté de Tubingue, il existe quatre écoles préparatoires (Stuttgard, Ludwigsbourg, Heilbronn, Ulm), où les médecins de régiments enseignent l'anatomie, la médecine et la chirurgie aux élèves qui se destinent à la médecine militaire, ou qui aspirent au grade de chirurgien de 2e ou de 3e classe.

La hiérarchie des médecins d'Etat est organisée en Würtemberg comme dans le reste de l'Allemagne. Il existe à Stuttgard un conseil médical supérieur qui a pour organes immédiats les conseillers médicaux de districts (*Kreismedicinalraethe*). Le traitement de ces derniers est de 900 florins.

ORGANISATION MÉDICALE DANS LE GRAND-DUCHÉ DE BADE.

L'enseignement et la pratique de la médecine reposent, dans le grand-duché de Bade, sur les mêmes bases que dans le royaume de Würtemberg.

Le diplôme de docteur n'est pas une condition indispensable pour quiconque se destine à la pratique de la médecine. Le *Staatsexamen* suffit. La commission de santé (*Sanitaets-Commission*), — c'est ainsi qu'on appelle le comité du *Staatsexamen*, — demande aux candidats des connaissances médicales pratiques.

Ce jury se divise en trois sections, suivant que les candidats déclarent vouloir suivre la carrière de la *médecine*, de la *chirurgie* ou des *accouchements*; car la loi admet encore la distinction de ces trois

yeux sont ainsi dans une immobilité parfaite. On recommande au malade de ne point pencher la tête, et de garder le repos le plus complet. Puis ensuite, viennent d'autres soins. Pour les topiques, quelques chirurgiens les appliquent immédiatement; d'autres, et nous sommes de ces derniers, attendent qu'il se manifeste quelque accident. Si le malade se plaint de chaleur, de douleur, alors nous mettons en usage des topiques appropriés.

Comme soins consécutifs, la saignée a une grande importance; aussi, toutes les fois que le malade n'est pas trop débile, on le saigne le jour même de l'opération. S'il se manifeste de la douleur chez les sujets faibles, il ne faut pas hésiter encore à faire pratiquer une saignée, ou à appliquer des sangsues.

Quant aux autres soins, ils dépendent de la maladie qui survient alors.

Nous bornerons à ceci ce que nous voulions dire des cataractes, et nous reprendrons incessamment l'histoire des inflammations de l'œil que nous avons interrompue.

PAJOT.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.—M. VIDAL (de Cassis).

Orchite à droite. — Apparition de la blennorrhagie après celle de l'orchite.

C..., âgé de vingt ans, cordonnier, couché au n° 7 de la salle 11, est entré le 25 avril pour une orchite. Il est maigre. Il paraît épuisé par des excès; dans son enfance, il n'a jamais eu d'engorgement glandulaire. Le 7 avril, il eut des rapports avec une femme; le 19, il fit une marche un peu plus longue que d'habitude, et le 21, il commença à ressentir des douleurs dans l'aine droite. Depuis, il a examiné très souvent son canal, jusqu'au jour de son entrée, 25 avril, et il n'a constaté ni écoulement, ni douleur en aucun point du canal. La douleur de l'aine marcha vers les bourses. Dès le 22, il y avait épididymite à droite; la tuméfaction augmenta; les douleurs furent plus vives, et il y eut de la fièvre les jours suivants. Le 25, la tumeur avait le volume du poing, la peau était lisse, tendue; l'on ne distinguait point le testicule de l'épididyme; point de liquide dans la tunique vaginale, ou du moins en très faible quantité. A l'examen de l'urètre, l'on ne trouve pas de trace de blennorrhagie. Cataplasmes; repos au lit.

Le 26, ce jeune homme affirme avoir fait sortir le matin, en pressant le canal depuis sa racine, une goutte de pus épais et verdâtre. Depuis, rien n'a plus reparu; l'épididyme a diminué de volume, et le malade est sorti malgré l'avis contraire de M. Vidal, et sans qu'on ait pu constater encore l'existence du pus dans le canal.

Ce fait est extrêmement curieux; on peut le rapprocher des faits de blennorrhagie sèche; cependant, dans celle-ci, il y a le plus souvent une douleur en un point profond du canal, et ce malade n'en a pas accusé. La blennorrhagie sèche place le malade dans les conditions de celui qui a une blennorrhagie qui touche à sa fin; comme dans celle-ci, le principe morbide ne trouvant point à épuiser son action sur l'urètre, peut se porter par sympathie sur le testicule. Dans le fait en question, ce n'est pas l'explication la plus satisfaisante. Peut-être n'avons-nous eu affaire qu'à une épididymite simple, causée par le froissement des bottines que cet ouvrier cordonnier tient continuellement entre les cuisses et appuyées sur les parties génitales; peut-être aussi que de même que l'urètre communique ses inflammations au testicule, celui-ci peut les lui envoyer.

Inflammation du cordon testiculaire précédant l'inflammation de l'épididyme.

Le nommé M..., âgé de vingt-cinq ans, tapissier, est entré à l'hôpital le 7 mars. Tempérament lymphatico-sanguin; bonne santé habituelle. Il y a sept mois il eut une blennorrhagie qui coula abondamment pendant un mois; le malade affirme qu'elle avait été complètement guérie; mais, à force de questions, nous eûmes la pensée que de temps en temps l'écoulement reparaissait. Il y avait plus d'un mois que le malade ne s'était livré au coït, et au moins autant de temps qu'aucun suintement ne s'était montré, quand, le 5 mars au matin, il ressentit une douleur à l'aine du côté gauche; elle devint très vive, et s'accompagna du gonflement de tout le cordon testiculaire.

Aucune cause extérieure ne pouvait être considérée comme cause de cette inflammation du cordon; point de marche forcée, point de froissement, point de coups. La douleur très vive s'irradiait dans la région lombaire; il y avait des coliques, de la fièvre.

A l'entrée du malade, le cordon était gros, volumineux, au niveau de l'anneau inguinal, et, en ce point, le malade ressentait un pincement très douloureux. Le testicule et l'épididyme à gauche sont à l'état normal; seulement l'épididyme est un peu sensible. Vingt sangsues sur le trajet du cordon, puis des cataplasmes émollients.

Le 8 mars, douleurs moins vives dans le cordon; mais l'épididyme est gonflé et entoure presque tout à fait le testicule. Repos au lit; cataplasmes; petit lait; un grain d'opium. Diète.

Le 9 mars, le cordon n'est plus douloureux, mais l'épididyme est dans le même état.

Le 12, les douleurs sont moindres; mais en examinant attentivement, on trouve du liquide dans la tunique vaginale. M. Vidal fait une ponction avec la lancette, et il s'écoule environ 50 grammes de sérosité. Depuis, la résolution s'est faite assez rapidement.

C'est là un fait très intéressant, en ce qu'il met tout à fait en défaut la théorie de la métastase, qui veut qu'il y ait transport de l'humeur blennorrhagique de l'urètre au testicule; or, dans ce fait, il n'y avait point d'écoulement. Toutefois, il faut avouer que les explications, quand elles sont basées sur les renseignements fournis par des malades, souvent fort peu intelligents, perdent beaucoup de leur valeur. D'ailleurs, cet homme prétend après sa guérison qu'il portait un varicocèle avant sa maladie. Y aurait-il eu d'abord inflammation des veines variqueuses du cordon, puis orchite?

Tels sont les faits les plus remarquables d'inflammation aiguë du testicule et de ses annexes que j'aie observés dans ces derniers temps. Il me reste à rapporter une observation de tumeur maligne du testicule contre laquelle l'iodure de potassium a produit des effets véritablement admirables. Voici le fait:

Squirrhe du testicule droit guéri par l'iodure de potassium. Amputation déjà opérée du testicule gauche par un chirurgien militaire qui dit avoir enlevé un hydro-sarcocèle.

Le nommé B....., âgé de vingt-neuf ans, est entré à l'hôpital le 11 mars. Il est d'une constitution peu robuste, paraît lymphatique. Dans l'enfance, il n'a point eu d'engorgement glandulaire; ce n'est que plus tard, après l'époque de la puberté même que le vice scrofuleux s'est montré chez ce malade. A l'âge de vingt ans, avant tout accident vénérien, il eut au cou et au-devant des oreilles des engorgements glandulaires qui finirent par s'abcéder et dont il porte maintenant des traces ineffaçables.

Il y a six ans, il eut une blennorrhagie qui parut huit à dix jours après des rapports avec une femme publique; elle fut traitée d'une manière irrégulière, et coula pendant dix-huit mois. Six mois après la guérison définitive de cette blennorrhagie, survinrent des ulcérations au prépuce et au gland, certainement consécutives. Il y avait quatre mois que cet homme n'avait vu de femme. Il subit à cette époque un traitement mercuriel.

Depuis lors il a eu une éruption à la peau, un bubon à l'aisselle et une ulcération de la bouche, accidents que son médecin n'a point regardés comme syphilitiques.

Enfin, le testicule gauche vint à s'engorger au mois d'avril 1841, il devint très volumineux en quatre mois; il fut le siége de douleurs très vives, d'élancements insupportables qui s'étendaient jusqu'à la région lombaire. Un chirurgien militaire de Perpignan lui enleva le testicule. Six semaines après la cicatrisation achevée, cet homme reprit sa profession d'armurier. Il conserva une santé assez bonne, malgré de fréquents excès, jusqu'au mois d'août 1843, époque à laquelle le testicule droit devint malade à son tour. Il fut d'emblée le siége de douleurs extrêmement vives et lancinantes. On fit appliquer sur la tumeur un très grand nombre de sangsues d'abord, puis des frictions avec l'onguent napolitain; emplâtre de Vigo. Il y eut une amélioration notable; mais de nouveaux excès ramenèrent de nouvelles douleurs plus intolérables que les premières.

Le malade vint à Paris, et entra le 11 mars dans les salles de M. Vidal. Il fut soumis, dès son entrée, à l'iodure de potassium et au repos; il y avait deux jours depuis son entrée, et il avait à peine pris 5 grammes d'iodure de potassium que les douleurs étaient déjà considérablement moindres. Quant à la tumeur, elle a beaucoup diminué. De volumineuse comme les deux poings réunis, elle n'a plus qu'un volume quatre fois moindre.

Au commencement d'avril, un point plus mou que le reste, pouvait faire croire que cette tumeur si dure, siége d'élancements si caractéristiques, allait se ramollir et que la maladie, malgré la diminution dans le volume de la tumeur, marchait à sa dernière période. Ce point où l'on sentait une fluctuation obscure et qui avait environ un pouce carré, a diminué d'étendue, l'on n'y sent plus qu'un peu de matière presque liquide; le ramollissement paraît s'être limité, circonscrit dans un très petit espace. La santé générale est bonne. Quant aux douleurs, elles n'ont plus reparu et le malade demande à sortir, tant sa guérison lui paraît assurée.

Voilà donc un engorgement testiculaire qui, par plusieurs antécédents et par une foule de symptômes observés par nous, paraît être de la classe des affections les plus malignes, et qui, sous l'influence de l'iodure de potassium a presque complétement disparu.

Ce n'est pas la première fois que sous un topique, sous la compression, par le changement de régime et souvent par le repos seul, on diminue la sphère d'engorgement d'un squirrhe; mais le squirrhe lui-même reste, tandis qu'ici il a presque entièrement disparu.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui se passera ultérieurement chez ce malade.

---

branches de l'art de guérir. Ceux qui ont fait des études complètes subissent toutes les catégories du *Staatsexamen*, et réunissent dans leurs fonctions, tout ensemble, la médecine, la chirurgie, et les accouchements.

Les frais du *Staatsexamen* sont d'environ 250 fr.

Ceux du doctorat d'environ 620 fr.

Comme le diplôme de docteur n'est pas aussi impérieusement exigé que le *Staatsexamen*, on s'en dispense assez généralement.

Classification du personnel médical. — Les médecins qui ont été examinés par la commission de santé siégeant à Carlsruhe, sur toutes les branches de l'enseignement médical, portent le titre de *médecins praticiens* par excellence.

Après les *médecins praticiens* viennent:

1° Les *chirurgiens supérieurs* (*Hoehere Chirurgen*);

2° Les *accoucheurs*.

Ces praticiens ont fait des études régulières dans une université quelconque; mais ils n'ont été examinés par la commission de santé que sur les parties de l'enseignement médicale en rapport avec leur profession respective.

Les *aides de chirurgie*, qui constituent une troisième classe de praticiens subalternes, s'instruisent ordinairement au service d'un chirurgien supérieur qu'ils assistent dans ses fonctions. Ils ne sont point tenus aux cours universitaires (1). L'examen qu'ils passent devant le *physicus* leur donne le droit de remplir les offices de petite chirurgie. Les *aides de chirurgie* tiennent, en général, des boutiques de barbier.

ORGANISATION MÉDICALE DANS LE ROYAUME DE SAXE.

Il existe en Saxe deux écoles où se donne l'enseignement médical: la Faculté de Leipzig et l'Académie médico-chirurgicale de Dresde. Dans la première, l'enseignement est complet; dans la dernière, il a plus particulièrement pour objet la partie pratique de l'art de guérir. Les médecins qui sortent de l'Académie médico-chirurgicale de Dresde ne portent pas le titre de docteurs; ils ont beaucoup de rapport avec nos officiers de santé et les médico-chirurgiens de la Prusse. Le droit d'exercer la médecine ne leur est accordé que dans les localités où il n'existe pas de docteur. Conformément à l'ordonnance du 1er juin 1824, ces médecins de second ordre ne peuvent exercer leur profession que sous la surveillance d'un médecin-inspecteur, auquel ils doivent transmettre des tableaux trimestriels ainsi conçus:

Noms et domicile du médecin.	Noms des malades.	Nombre de maladies.	Guéris.	Morts.	Non guéris.	Observations particulières.

Les conditions exigées pour être admis à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde, sont d'avoir seize ans révolus, de savoir lire et écrire correctement et expliquer un auteur latin. La durée des études est de trois ans pour les chirurgiens, et de quatre ans pour les médecins. Ces études ont une direction essentiellement pratique (1).

La fondation de l'Académie médico-chirurgicale remonte à l'année 1748. Cette école avait été instituée « en faveur des étudiants en médecine et en chirurgie qui n'avaient pas les moyens de fortune pour achever leurs études aux facultés de Leipzig et de Wittemberg. » Son organisation actuelle date de 1815.

En Saxe, comme en Prusse et ailleurs, les médecins de second ordre sont une véritable pierre d'achoppement. Plus d'une fois la faculté de Leipzig a sollicité du gouvernement saxon la suppression de l'Académie médico-chirurgicale de Dresde, pépinière de praticiens subalternes.

En Saxe, il n'y a pas de *Staatsexamen*. Les médecins gradués à la faculté de Leipzig (1), ont, sans être soumis à aucun examen préalable, le droit de pratique dans tout le royaume. On admet encore une distinction rigoureuse entre les chirurgiens et les médecins proprement dits. L'ordonnance royale du 1er juin 1824 contient même un article portant que « tout médecin qui permet à un chirurgien la pratique interne sera, selon les circonstances, passible soit d'une amende de 20 à 50 thalers, soit de l'emprisonnement, ou d'une suspension temporaire de l'exercice de sa profession. »

Je ne m'arrêterai pas davantage sur l'organisation médicale en Saxe. Elle réclame, tout le monde en convient, des réformes indispensables qui probablement ne se feront pas long-temps attendre.

(La fin à un prochain numéro.)

---

(1) Le grand-duché de Bade a deux universités, Fribourg et Heidelberg. La faculté de médecine de Heidelberg jouit, à juste titre, d'une grande renommée. Les études pratiques y sont dans un état plus prospère que dans la plupart des autres facultés de l'Allemagne.

Cours des professeurs titulaires de la faculté de Heidelberg.

Anatomie et physiologie (prof. Tiedemann). — Chimie médicale (prof. L. Gmelin). — Accouchements (prof. Naegele). — Chirurgie; clinique chirurgicale (prof. Chelius). — Pathologie et thérapeutique médicales; clinique interne (prof. Puchelt). — Outre les professeurs titulaires, il y a un professeur agrégé (M. Dierbach) et cinq répétiteurs, qui complètent l'enseignement médical.

(1) Programme des cours faits à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde: Pathologie spéciale et thérapeutique médicale (prof. M. Choulant). — Pathologie générale et thérapeutique médicale (prof. Richter). — Chirurgie; clinique chirurgicale (prof. Pech). — Bandages et instruments chirurgicaux (prof. Pohland). — Encyclopédie médico-chirurgicale (prof. Reichenbach). — Accouchements, clinique obstétricale (prof. Haase). — Physique expérimentale (prof. Ficinus). — Sciences préliminaires (prof. Loewe). — Zoologie et minéralogie (prof. Reichenbach. — Art vétérinaire (prof. Prinz).

Ce n'est qu'à partir de la seconde ou de la troisième année que les élèves peuvent fréquenter l'*Institut de clinique*. Cet établissement contient environ 80 malades: 40 dans la section de chirurgie et 40 dans la section de médecine. Les malades pauvres y sont traités gratuitement; les autres payent environ 70 centimes par jour. Tout élève qui fréquente les cliniques doit, dans le cours d'un semestre, avoir observé de 2 à 9 cas de maladie, et en avoir rédigé une relation détaillée. L'examen qui a lieu à la fin des études consiste en une épreuve écrite et en une épreuve orale sur toutes les matières de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie pratiques.

Les élèves de l'Académie médico-chirurgicale sont au nombre d'environ 80.

(1) L'université de Leipzig comprend les facultés de médecine, de droit, de théologie et de philosophie. — Cours des professeurs titulaires de la faculté de médecine: Anatomie et physiologie (prof., H. Weber). — Clinique médicale (prof., Clarus). — Accouchements (prof., Joerg). — Pharmacie et chimie médicale (prof., Heinroth). — Médecine légale (prof., Wendler). — Pharmacie et chimie médicale (prof., Kühn). — Pathologie et thérapeutique spéciale (prof., Cerutti). — Pathologie générale; matière médicale (prof., Braune). — Pathologie spéciale (prof., Radius). — Chirurgie; clinique chirurgicale (prof., Güənther). — Histoire de la médecine (prof., Kneschke).

Outre ces professeurs, il y a 11 professeurs agrégés et 6 répétiteurs. Les études pratiques ne sont pas dans un état très satisfaisant, ce qu'il faut en grande partie attribuer à l'insuffisance des cliniques de l'hôpital.

Dans le semestre d'hiver de l'année 1843, la faculté de médecine de Leipzig comptait 223 élèves inscrits, dont 162 pour la médecine, 49 pour la chirurgie, et 12 pour la pharmacie.

HOPITAL MILITAIRE DE BORDEAUX.

De l'Emploi extérieur de l'extrait de belladone, comme fondant, dans les ganglionites, les adénites, et surtout dans l'épididymite; par M. PHILIPPE, D.-M.-P., chirurgien aide-major de première classe.

L'extrait de belladone donné en pommade comme topique est d'un grand secours particulièrement dans les orchites aiguës, lorsque les premiers accidents inflammatoires ont cédé à l'action des antiphlogistiques, ou bien dans les cas où la phlogose n'étant pas poussée très loin, on peut employer les fondants dès le début de la maladie. Lorsque la douleur est très violente, que la phlegmasie est intense, les frictions de belladone sont plutôt nuisibles qu'utiles. Dans ces cas, ce n'est qu'au bout de quatre à huit jours, le plus ordinairement, qu'on peut avoir recours à ce moyen. Sur vingt orchites, cinq ont été guéries par l'administration d'emblée.

C'est surtout l'induration de l'épididyme que la belladone combat efficacement, bien qu'elle soit toute-puissante pour dissiper la sérosité qui accompagne presque toujours l'orchite. L'action est fort prompte; cependant il est des cas où cette promptitude, très marquée dans les premiers jours, se ralentit un peu vers la fin de la cure. Souvent il est arrivé que le lendemain ou le surlendemain de l'opération, les malades qui étaient retenus au lit, se mettaient à marcher et n'éprouvaient plus de douleur.

Quelques malades sont restés avec un très petit noyau d'induration de l'épididyme. Ce symptôme ne gêne en rien les fonctions de l'organe, et se dissipe facilement avec le temps. Jamais on n'a observé de récidive qu'on pût lui attribuer.

Sur vingt cas d'orchite, le chiffre moyen de la durée de séjour à l'hôpital est de quinze jours. On a pu voir des guérisons opérées en cinq, six, neuf jours, soit par l'usage exclusif du narcotique, soit par son association aux antiphlogistiques. On avait surtout affaire à des épididymites syphilitiques. Celles dues à des causes traumatiques étaient dans la proportion d'un cinquième.

Quant au mode d'application de l'extrait de belladone, la dose est d'une partie pour trois parties d'axonge. Ordinairement on fait des frictions de deux grammes sur l'organe malade, deux fois par jour, une le matin, l'autre le soir. La durée de la friction est de cinq minutes environ. Lorsque, dans les premiers jours, la douleur est encore assez intense, on peut l'allier au cataplasme, pour l'employer ensuite seul.

Si, à cette dose, l'effet est un peu lent, on l'augmente; on met parties égales d'extrait et d'axonge; on pourrait même aller plus loin; mais cette dose n'a jamais été dépassée à l'hôpital militaire de Bordeaux, par M. Philippe: la première a toujours suffi.

Si la douleur et l'inflammation s'exaspéraient par ce topique, on le suspendrait et l'on reviendrait aux émollients, ou même aux antiphlogistiques plus énergiques, s'il était nécessaire.

Jamais ce médicament n'a produit d'accidents, soit localement comme excitant, soit par son action générale comme narcotique.

Les épididymites ne sont pas les seuls engorgements qui ont cédé à l'usage de l'extrait de belladone. Dans plusieurs cas des bubons syphilitiques ont été promptement dissipés, après avoir préalablement usé des modificateurs des premiers symptômes de l'inflammation. Les préceptes pratiques donnés pour les orchites sont entièrement applicables aux ganglionites inguinales vénériennes.

Une application beaucoup plus générale de l'emploi de ce narcotique a été faite. Dans les adénites, les ganglionites aiguës, dans certains engorgements même œdémateux accompagnés de douleur, il a été mis en usage avec succès; il en est de même de parotidites récentes, de phlegmons de l'aisselle, dans leur période d'induration inflammatoire, de fluxions dentaires. Un gonflement œdémateux du genou, qui rendait la marche très difficile, a été fondu en quatre ou cinq jours.

On voit donc que l'auteur a mis à profit la propriété fondante de l'extrait de belladone, d'une manière beaucoup plus étendue qu'on ne l'avait fait jusqu'alors.

Aucun accident général de narcotisme n'a été l'effet de l'absortion de ce médicament: la pupille même, dans aucun cas, n'a paru dilatée.

M. Philippe fait ressortir les avantages de cette médication: la possibilité de l'employer immédiatement après les débilitants, met ce topique au-dessus des autres fondants dont l'application n'est praticable que lorsque les accidents phlegmasiques sont tout à fait calmés. L'onguent mercuriel rentre dans cette catégorie: donné trop tôt, il pourrait irriter; d'ailleurs, il a l'inconvénient de porter à la salivation chez beaucoup de personnes, surtout lorsque son administration est trop prolongée. D'un autre côté, il répugne à un grand nombre d'individus de se servir de cet antiphlogistique.

Quant à l'iodure de potassium, son application extérieure ne peut être faite que long-temps après l'extinction des premiers accidents inflammatoires.

La compression par les bandelettes agglutinatives, bien qu'efficace, et donnant de bons résultats, n'est pas plus active que la belladone; elle n'est d'ailleurs pas sans danger. L'auteur cite un cas de gangrène qui a eu lieu à l'hôpital militaire de Bordeaux, à la suite de son emploi. C'est une opération d'ailleurs douloureuse pendant qu'on applique les bandelettes, et qui n'est pas moins pénible lorsqu'on lève l'appareil.

Quant aux médications internes qui ont été préconisées contre l'orchite, on sait que leur effet est, en général, très long si on ne les allie pas aux topiques locaux.

Voici donc les résultats thérapeutiques favorables que M. Philippe accorde à l'extrait de belladone, particulièrement dans les épididymites. Il apaise la douleur, est d'une application facile, contrairement aux cataplasmes, qui sont souvent d'un poids incommode. Il peut être administré dans les premiers jours de l'invasion de la maladie, de préférence aux autres fondants, qui ne sont applicables que plus tard. Enfin, en portant ses effets sur les agents plastiques de la tuméfaction (système sanguin et nerveux), il arrête la tendance des tissus à la désorganisation, prévient le sarcocèle, l'hydrocèle, qui sont la suite des épididymites prolongées.

L'effet a été analogue dans des bubons, dans les engorgements aigus en général; mais le nombre des faits n'étant pas aussi considérable que pour les orchites, l'auteur ne se prononce pas d'une manière aussi assurée sur l'efficacité du remède, bien qu'il en ait quelques-uns de très concluants.

Suivent quelques observations.

Orchite syphilitique.

Première observation. Le nommé Kerviel, fusilier au 72e de ligne, entré à l'hôpital militaire de Bordeaux le 15 novembre 1842, présente une épididymite consécutive à une gonorrhée. Celle-ci, qu'il avait depuis trois mois, a cessé pour faire place à l'engorgement testiculaire, qui a deux jours d'invasion. Le testicule est très gonflé et extrêmement sensible; il est de la grosseur du poing et offre de l'hydrorchite.

Le 16, la pommade de belladone a été administrée sans être précédée des antiphlogistiques.

Le 24, toute tuméfaction est dissipée, et l'emploi de l'extrait est abandonné.

Orchite traumatique.

Deuxième observation. Le sieur Demestre, fusilier au 72e de ligne, entré à l'hôpital militaire le 7 septembre 1842, étant affecté d'une orchite traumatique gauche depuis quelques jours. Le gonflement du testicule est assez considérable, sa sensibilité notablement augmentée; il y a induration de l'épididyme. La marche est pénible. La pommade de belladone est appliquée immédiatement deux fois pas jour, comme à l'ordinaire, sans en faire précéder l'usage de l'emploi des antiphlogistiques.

Le 11 septembre, on donne la sortie à ce militaire; il est très bien guéri.

Bubons vénériens.

Première observation. Le nommé Casteran, fusilier au 72e de ligne, entré à l'hôpital le 21 septembre 1842, étant atteint d'ulcères à la verge, ainsi que d'un bubon du côté droit.

Le volume de la tumeur était d'un médiocre développement; elle était peu douloureuse.

La pommade de belladone est appliquée seule le 22, à la même dose, ainsi que de la même manière que pour les orchites. La résolution se fait aussitôt, et le malade peut sortir le 28 entièrement guéri.

Deuxième observation. Sallambien, fusilier au 72e de ligne, est affecté d'urétrite, d'un ulcère à la verge et de bubon. Il est entré à l'hôpital le 2 novembre 1842.

On couvre le bubon de cataplasmes émollients. Comme il reste encore du gonflement et de l'induration d'une manière assez marquée, on applique la belladone le 13 novembre.

Le 14, la douleur est diminuée, ainsi que le gonflement. Les symptômes s'amendent en peu de jours, et ce militaire sort le 4 décembre de l'hôpital sans conserver aucune trace de sa maladie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND. Avril 1844.

Observation de plaie par arme à feu traversant les parties centrales du cerveau, suivie de guérison; par MM. les docteurs LIEVEN et CH. DEMOOR.

Une femme âgée de cinquante-quatre ans, reçut le 25 janvier 1842, à sept heures du soir, un coup de pistolet dans le crâne. Un quart d'heure après l'accident un des médecins vit la blessée et la trouva plongée dans un profond sommeil léthargique; une quantité de sang, pouvant être évaluée à quatre ou cinq onces, s'était écoulée de deux solutions de continuité. L'une de ces plaies se trouvait à la partie postérieure et inférieure droite du crâne, vers la ligne courbe de l'occipital, au point d'insertion du muscle trapèze droit et à douze lignes de la ligne médiane; elle était d'une forme circulaire, présentant quatre lignes de diamètre; ses bords étaient inégaux, frangés et déprimés. L'autre plaie, à bords nettement découpés, était située à la partie supérieure droite du front, à un tiers de pouce de la ligne médiane; elle présentait une forme allongée et avait une longueur d'environ quatre lignes. Le cuir chevelu environnant était comme détaché de l'os dans une petite étendue; les bords en étaient déjetés en dehors. Ces plaies présentent au toucher une dépression circulaire, due à une perte de substance dans la partie correspondante de l'occipital et du frontal.

On put s'assurer que le projectile (un gros plomb, nommé chevrotine) qui fut trouvé dans le bois de la porte d'entrée de la maison, avait pénétré par l'occiput et qu'il était sorti par le front. Un stylet boutonné, engagé avec précaution dans les plaies, n'y fit rencontrer aucun corps étranger, et n'occasionna chez la blessée aucune sensation anormale; mais il prouva suffisamment que le crâne avait été traversé de part en part, dans une direction d'arrière en avant, de bas en haut et un peu de droite à gauche.

Les symptômes observés furent une abolition complète de toutes les fonctions sensoriales et locomotrices, diminution considérable de la température du corps; décubitus sur le dos, aspect de mort apparente, pâleur de la face, émission involontaire des urines et des matières fécales, flaccidité extrême de tous les membres. Un membre qu'on éleva tomba comme une masse inerte. Pouls presque imperceptible; respiration plus ou moins stertoreuse.

A la troisième heure qui suivit l'accident, le cerveau commença à être apte à recevoir les impressions venues du dehors; les facultés intellectuelles se réveillèrent; la blessée répondit lentement, mais avec lucidité, aux questions qui lui furent adressées, sans néanmoins pouvoir rendre compte de son accident, ne sachant pas qu'elle était blessée, ne se plaignant d'aucune douleur. Le mouvement du côté gauche revint en dernier lieu, mais l'empire de la volonté avait cessé de s'exercer sur les membres du côté droit; le pouls était lent, et les fonctions respiratoires et digestives n'étaient le siége d'aucun désordre.

Les jours suivants, persistance de tous ces symptômes. Paralysie des muscles de l'œil et de ceux de la joue du côté droit; pupilles contractiles; vue affaiblie surtout dans l'œil droit, odorat diminué, ouïe intacte. Pas de déviation dans la bouche ou dans la langue.

Le 27, afin de pouvoir répondre avec plus de précision à la justice, un stylet boutonné fut introduit de nouveau, avec la plus grande précaution, dans la plaie postérieure, dans une étendue d'au moins deux pouces, et en ce moment la patiente fit un léger mouvement d'expiration, comme dans l'acte de soupirer, puis elle s'étendit et la face se décomposa; aussitôt le stylet fut retiré, et les symptômes de défaillance disparurent. La malade n'en resta pas moins sans douleur, et soutint même qu'elle n'était pas blessée.

Le 28, aux symptômes précédents, se joint la fièvre traumatique; de fortes douleurs se font sentir dans la nuque, surtout vers l'endroit de la plaie; gémissements continuels, plaintes non interrompues; douleurs intolérables dans les membres, surtout du côté paralysé; contracture des doigts de la main droite; tous les objets qu'elle voit lui apparaissent en mouvement; douleurs pulsatives, analogues à des secousses électriques, dans le côté droit de la face; mouvements spasmodiques dans cette partie; contraction de l'orbiculaire des paupières et rétrécissement de la pupille; vue confuse, obscurcie; photophobie; langue sèche, blanchâtre; soif inextinguible; pouls accéléré. — Régime sévère; eau froide pour boisson; linges trempés dans une infusion froide d'arnica appliqués sur la tête, et renouvelés de quart d'heure en quart d'heure. A l'intérieur, 2 grains d'aconit napel dans 6 onces d'eau distillée, par cuillerées toutes les deux heures.

Deux jours après, roideur tétanique du dos et de la région cervicale, avec douleurs lancinantes dans cette dernière; la plaie du front est fermée. On prescrit l'extrait de belladone.

Cet état dure jusqu'au 3 janvier, où une diminution de la fièvre et de tous les symptômes s'observe et arrive progressivement. Le 28 février, la malade demande des aliments; on lui donne une soupe au lait et ensuite un léger bouillon.

Du 1er mars au 9 juin, on constate une amélioration progressive dans l'état des fonctions sensoriales et locomotives. D'abord c'est l'intégrité des facultés intellectuelles, ce sont les souvenirs qui reviennent; puis c'est l'odorat, c'est la vue qui reprennent leur état normal. On constate une amélioration dans l'état de la sensibilité du membre inférieur droit, qui précède celle de l'extrémité supérieure droite; puis on voit revenir le mouvement dans l'extrémité inférieure droite, au point que la malade peut, à l'aide d'un bâton, marcher en fauchant.

Au mois de septembre 1842, la malade n'avait conservé de son accident qu'une paralysie du mouvement du bras droit avec sentiment obtus et contracture des doigts, et dans les mouvements du membre inférieur du même côté, une légère gêne qui ne l'a plus quittée jusqu'à ce jour. Au reste, sa santé ne laisse rien à désirer, quoiqu'elle vive toujours dans l'oubli le plus complet de son accident.

Observations de Febris diaphoretica perniciosa; *par* M. DE MUYACK.

Une femme âgée de soixante-quinze ans, d'une constitution forte, se plaint d'un point douloureux au côté droit du thorax, accompagné de fièvre, de soif intense, de céphalalgie et de difficulté de la respiration. Appelé à son secours, M. de Muyack ordonne l'application de quinze sangsues sur la partie souffrante et prescrit un régime antiphlogistique sévère. Le lendemain, amélioration, mais persistance de la fièvre, langue couverte d'un enduit jaunâtre, lassitude; un purgatif salin fut administré. Le jour suivant, même état de la langue, lassitude, même réaction fébrile, sentiment de bien-être que la malade et le médecin attribuent à une sueur abondante qui s'était déclarée. La fièvre persiste toujours. Le cinquième jour de la maladie, on appela le médecin à la hâte, vers le soir. Il constate l'état suivant: délire, disparition de la sueur, chaleur âcre, mordicante, couleur plombée de la peau, face décomposée, pouls petit, enfin tous les symptômes d'une fièvre ataxique cérébrale qui se termina par la mort cette nuit même. — Au dire de la garde-malade, la sueur avait diminué tous les soirs, et un léger délire s'était montré périodiquement.

— Un jeune négociant, dont l'habitation se trouve dans le voisinage d'une petite rivière, se plaint de lassitude, de nausées, d'anorexie; il a la langue couverte d'un enduit jaunâtre; il se soumet à la diète et prend de son chef un fort purgatif. Le lendemain il éprouve, à la partie postérieure de la tête, une douleur violente qui le force de garder le lit. L'auteur est appelé, et il constate les phénomènes suivants: douleur à la partie postérieure de la tête, qui s'étend jusqu'à la nuque; fièvre intense; soif ardente; nausées, langue couverte d'un enduit jaunâtre; anxiétés, pressentiment de la mort; urines rares. L'état du pouls ne permettait point de recourir à la saignée; il prescrivit une décoction de tamarin, la diète et l'application de sinapismes aux pieds. Le tendemain, le malade était mieux, il avait eu plusieurs évacuations alvines qui, selon son dire, l'avaient beaucoup soulagé; la douleur de tête avait cessé, la réaction fébrile et la soif étaient moins intenses, une transpiration générale et copieuse s'était déclarée; la langue resta couverte d'un enduit jaunâtre; le régime antiphlogistique fut continué. Le jour suivant pas de changement; grande lassitude, transpiration, pas la moindre rémission dans l'état fébrile. Le quatrième jour de la maladie, on appela M. de Muyack à dix heures du soir, qui trouva le malade à l'agonie. La sueur avait disparu, la chaleur de la peau était âcre, mordicante, la face était décomposée. Comme dans la précédente observation, un écoulement d'un sang noirâtre par les urines, termina une heure après l'existence de ce jeune homme.

Effrayé de la marche insidieuse et rapide de cette maladie, M. de Muyack se rendit cette nuit même, chez un autre malade qui présentait les symptômes relatés dans les précédentes observations; il remarqua une diminution notable de la transpiration, un léger délire. Il prescrivit à l'instant, malgré la nature continue de la fièvre, des préparations kinacées, et aujourd'hui cet homme est en pleine convalescence.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des abcès de l'excavation du bassin chez les femmes en couches; par M. le docteur F.-L. MEISSNER, de Leipzig.

M. Meissner, à la suite d'un travail fort intéressant sur les abcès de l'excavation du bassin chez les femmes en couches, établit que le traitement de cette redoutable affection se trouve déterminé par quatre indications:

1° On cherche à prévenir le mal par les moyens suivans; on vide l'intestin rectum avant l'accouchement. Si la tête de l'enfant continue à s'enfoncer dans le petit bassin, on termine le travail au moyen du forceps; on favorise l'écoulement des lochies par des injections antispasmodiques tièdes, lorsqu'elles sont retenues par de violentes contractions spasmodiques de la matrice; on se sert d'injections styptiques et froides, s'il survient un état congestif du vagin et des parties voisines.

2° Lorsqu'après l'accouchement une douleur inflammatoire continue se maintient dans la région d'un ovaire ou d'un côté du bassin, on doit appliquer des sinapismes d'une grande étendue sur la région de l'abdomen, latéralement à la matrice, et les laisser en place jusqu'à ce que la peau soit fortement rougie. Si ce moyen est insuffisant pour dissiper la douleur, il faut procéder d'une manière plus énergique; alors on applique des sangsues à l'endroit douloureux; on prescrit des boissons émulsives, de la tisane de graine de lin, et on fait pratiquer des frictions avec l'onguent mercuriel, en recommandant avec soin que cet onguent ne soit pas mis en contact avec les plaies faites par les sangsues.

3° Quand la suppuration est déjà commencée, le traitement dépend, d'un côté, de l'état général de la malade; de l'autre, des efforts que la nature peut avoir faits pour évacuer le pus. Lorsque la fièvre hectique est violente, on doit chercher à la calmer par une infusion de digitale pourprée avec addition d'une petite quantité d'acide cyanhydrique. Pour favoriser la digestion, qui semble souffrir de l'emploi prolongé de la digitale, il convient d'associer à cette dernière des extraits légèrement amers. Si la faiblesse est grande et les sueurs affaiblissantes, on emploie aussi le sulfate de quinine. Quand la nature a indiqué le point par lequel l'évacuation du pus doit s'opérer, il est nécessaire de la favoriser de toutes les manières possibles; mais s'il en est autrement, il faut alors pénétrer dans l'abcès par un autre moyen, et surtout en ouvrant le vagin lorsqu'il s'y manifeste une fluctuation évidente. Pendant toute la durée de la maladie, il est nécessaire de donner des aliments de facile digestion et fortement réparateurs, et si l'appétit vient à manquer, il est indispensable de remplacer les aliments par ces boissons toniques.

4° Enfin, pendant toute la durée de la convalescence, qui commence généralement aussitôt après l'évacuation du pus, il faut encore continuer ce régime. Après la cessation de la fièvre, on doit employer les amers et favoriser la guérison de la plaie par des bains, par des pansements réitérés et par des applisations répétées de plumasseaux de charpie. La cure doit être terminée par l'emploi des agents de la médication tonique. (*Annal. de la Soc. de méd. de Gand.*)

Emploi de l'acide azotique comme escharotique dans certaines formes d'affections hémorrhoïdales; par M. le docteur Houston.

L'espèce d'affection hémorrhoïdale contre laquelle M. Houston signale spécialement l'efficacité de l'acide azotique, consiste dans cet état particulier de la membrane muqueuse du rectum que l'on peut désigner par la dénomination de tumeur vasculaire. Or, cette affection est susceptible de se présenter sous deux formes bien différentes, qui, bien que distinctes par leur origine et par leur nature, n'en réclament pas moins l'une et l'autre un même mode de traitement.

La première de ces formes est le tissu érectile, sorte d'anévrisme par anostomose des petits vaisseaux des tissus muqueux et sous-muqueux, indépendant parfois de toute dilatation veineuse. La seconde tient, par sa nature, à l'inflammation chronique, et peut, sous le rapport de l'aspect, être comparée à la surface rouge que présente la conjonctive dans les ophthalmies anciennes.

Dans l'une et dans l'autre, l'unique moyen de guérison est la destruction des tissus envahis; et, comme la surface de l'intestin est seule affectée, c'est à l'ablation des parties superficielles qu'il faut recourir, sans qu'il soit nécessaire d'aller jusqu'à l'extirpation si douloureuse et si dangereuse à la fois des tissus profonds. L'acide azotique remplit exactement cette indication et offre le triple avantage, dans ce cas, d'occasionner peu de douleur, d'atteindre sûrement le but qu'on se propose et d'être prompt dans ses effets. Voici de quelle manière il convient de l'appliquer.

Au moyen d'efforts faits par le malade comme pour aller à la selle, les tumeurs sont poussées au dehors, et aussitôt on les frotte, dans une étendue convenable, avec une spatule de bois qui vient d'être plongée dans l'acide azotique et à laquelle on n'a pas laissé le temps de s'égoutter. L'acide agit immédiatement, ce qu'on reconnaît à la couleur gris-blanc que prennent les surfaces avec lesquelles il a été mis en contact. On se borne à une première application, ou on la réitère une ou deux fois, suivant qu'on désire produire une cautérisation plus ou moins profonde. Lorsque l'opération est terminée, on étend sur les parties cautérisées une couche d'huile d'olives, puis on les fait rentrer dans le rectum; le malade est ensuite placé dans son lit, et mis à l'usage d'une préparation opiacée.

Les suites de cette cautérisation se bornent à une sensation de brûlure d'abord, puis à une douleur accompagnée de chaleur vers l'anus et d'une fièvre légère; mais, d'ailleurs, M. Houston n'a jamais observé, ni même entendu parler d'accidents qui aient présenté quelque gravité: aussi, le séjour au lit n'a-t-il besoin d'être continué que durant quelques heures seulement. Dès le troisième ou le quatrième jour après l'opération, un cathartique peut être donné, sans qu'on ait à craindre, par suite de son action, un développement de douleurs ou un prolapsus du rectum.

Dans les cas où il existerait deux ou plusieurs tumeurs vasculaires chez le même individu, M. Houston pense que, le plus souvent, il convient de les cautériser toutes du même coup, à moins que des circonstances particulières au sujet ne viennent contre-indiquer cette manière d'agir. (*The Dublin Journal.*)

Nouvelle formule de solution arsenicale; par M. le docteur A. Devergie.

La solution arsénicale de Fowler est sans contredit l'une des préparations pharmaceutiques les plus énergiques, et l'on ne peut contester sa haute efficacité dans le traitement de certaines maladies cutanées chroniques, spécialement de celles qui affectent la forme squameuse et impétigineuse. Malheureusement, ce médicament présente plusieurs graves inconvénients inhérents à son emploi. Ainsi,

1° Il ne peut être prescrit que par gouttes;

2° Une transition un peu brusque d'une dose à une autre pour mettre en danger les jours du malade;

3° La dénomination de solution *arsénicale* est un véritable épouvantail pour les malades; aussi n'est-il pas rare d'en trouver qui reculent devant son usage, et beaucoup de médecins sont-ils empêchés de le prescrire soit par ce motif, soit par crainte d'une administration peu soigneuse.

C'est dans le but d'obvier à ces inconvénients que M. Devergie propose la formule suivante qui, en permettant de prescrire les doses les plus fractionnées, par *grammes*, ne conduit qu'à une pesée ou à une simple mensuration dans un tube gradué, et met ainsi les praticiens et les malades à l'abri des augmentations notables de la dose du médicament prescrit par suite d'une erreur ou d'une négligence.

Pr.	
Acide arsénieux,	10 centigrammes;
Carbonate de potasse,	10 id.
Eau distillée,	500 grammes;
Alcoolat de mélisse composé,	50 centigrammes;
Alcoolé de cochenille,	Q. S. pour colorer assez fortement.

M. et F. dissoudre S. A.

Celle solution, dont la confection a été autorisée pour le service des hôpitaux, a reçu la dénomination de *Solution minérale de Devergie.*

Elle est prescrite par grammes, et chaque gramme représente une goutte de la solution arsénicale de Fowler.

L'alcoolé de cochenille y est ajouté, afin que la coloration qui en résulte puisse, à la simple vue, faire juger de la présence de cette solution dans un julep ou une potion.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Sur l'emploi de l'ammoniaque contre le delirium tremens.

Nous avons donné, il y a quelque temps, dans notre journal, l'annonce des succès obtenus par M. le docteur Schorn, de Katscher, en prescrivant l'ammoniaque pour combattre le *delirium à potu*, succès que nous avions trouvés consignés dans le *Cosper's Wochenschrift*; mais l'idée du praticien allemand n'était pas neuve, et déjà des médecins français avaient mis en usage cette médication avec un succès complet.

Ainsi, nous voyons dans le *Journal de médecine de Lyon*, n° de décembre 1843, qu'en 1729, M. le docteur Brachet, appelé pour donner ses soins à une dame qui, dans un moment de désespoir, avait avalé une chopine d'eau-de-vie pour s'empoisonner, et chez laquelle, après la cessation de l'ivresse, il était survenu un délire vigil, avait eu l'idée de traiter cette conséquence de l'ivresse comme l'ivresse elle-même. L'ammoniaque liquide fut donc prescrite par lui à la dose de vingt gouttes dans un julep administré par cuillerées, d'heure en heure, et la malade se trouva rendue à son état normal avant l'ingestion de la totalité de ce médicament.

Depuis cette époque, ce même médecin a employé quatre autres fois, avec un plein succès, l'ammoniaque dans des cas de *delirium tremens*, et il conclut, des résultats qu'il a obtenus, que cet agent, donné à la dose de quinze à vingt gouttes par jour, doit être regardé comme un très bon et peut-être même comme le meilleur moyen que nous possédions contre cette affection. Il paraît agir, dit-il, d'autant plus sûrement et plus promptement que le délire est en quelque sorte plus aigu, et qu'il dépend d'un usage moins prolongé de boissons spiritueuses.

Aujourd'hui, voici venir M. le docteur Chabrely, qui, dans le *Bulletin médical de Bordeaux*, numéro d'avril 1844, consigne à son tour deux observations analogues qui lui sont propres.

La première, datant du mois de mars 1842, est relative à un tonnelier âgé de quarante-deux ans, homme fort et sanguin, abusant journellement des spiritueux, et qui présentait un délire vigil bien caractérisé. Une saignée du pied et du bras étant restée sans aucun résultat, le malade fut mis, le troisième jour, à l'usage d'un julep calmant du poids de 120 grammes, avec addition de 8 grammes d'acétate d'ammoniaque, à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures. Ce julep achevé, on en donna un autre semblable, et, dès lors, le malade put s'endormir à plusieurs reprises; la peau présenta un peu de moiteur; il y eut une réaction centrifuge favorable; le délire cessa; le tremblement nerveux persista seul, mais pour céder enfin le dixième jour de la maladie, à l'usage des grands bains pris matin et soir.

La seconde observation, qui a pour sujet un capitaine caboteur, n'offre rien autre chose que ce qui a été dit dans la précédente.

M. Chabrely ajoute, en terminant, que le *delirium tremens* laisse quelquefois après lui des attaques d'éclampsie épileptiforme, que l'on combat avec avantage par le julep ammoniacal ci-dessus. Ainsi, le tonnelier dont il vient d'être question présenta cette fâcheuse complication, et on recourut chez lui à l'usage de ce moyen qui agit comme prophylactique dans l'intermission, et comme calmant pendant l'attaque.

Emploi du thé du Paraguay (Ilex mate) *contre la dyspepsie*; par M. le docteur Chabrely, de Bordeaux.

Les Espagnols de l'Amérique du sud considèrent l'*Ilex mate* comme un préservatif contre toutes les maladies. M. Chabrely, mettant de côté cette ridicule exagération, a examiné cette plante sous le point de vue de ses propriétés thérapeutiques, et a reconnu en elle un excellent tonique, susceptible de rendre des services signalés dans les dyspepsies et dans les convalescences des maladies longues.

Ce médecin cite, entre autres, l'observation d'une de ses clientes, atteinte de dyspepsie habituelle par suite de chagrins incessants, chez laquelle, après avoir inutilement tenté l'emploi de l'ayapana, du thé du Mexique (*Chenopodium ambrosioïdes*), de la menthe, du quinquina, de la rhubarbe, de l'eau gazeuse, il vit les accidents céder complétement à l'usage du mate. Pendant tout le temps que cette plante put être employée, les digestions furent faciles et indolores; mais la provision de cette plante étant venue à s'épuiser, et la médication ayant dû être suspendue pendant plusieurs mois, le malaise primitif reparut jusqu'à ce qu'il fût possible de reprendre le traitement.

La manière habituelle de préparer et de boire l'infusion de mate est la suivante: on remplit à moitié un vase cucurbitiforme de la plante séchée et grossièrement pulvérisée; on y ajoute du sucre, puis on verse de l'eau bouillante par-dessus. On aspire l'infusion au moyen d'une espèce de chalumeau d'argent nommé *bombille*, que l'on introduit par des pertuis pratiqués à dessein dans la partie supérieure du vase à infusion. On peut ajouter deux ou trois fois sur le même mate de l'eau bouillante et du sucre, puis on hume de nouveau le liquide. Quand on veut recidiver, on nettoie soigneusement le vase infusoire et on le charge de nouveau. (*Bulletin médical de Bordeaux.*)

NOUVELLES PUBLICATIONS.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 11 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 68. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur la plessimétrie. (Quatrième leçon.)

Percussion du foie. — La percussion plessimétrique du foie est, sans contredit, la méthode la plus sûre pour guider le clinicien dans l'appréciation des modifications pathologiques de cet organe. Pendant long-temps, on s'est borné à constater que la percussion sur l'hypochondre droit donnait lieu à un son mat; tant que l'on s'en est tenu à cette simple notion, la science clinique n'en a tiré aucun parti, les données thérapeutiques sont restées, comme auparavant, inaperçues. Mais depuis que l'on a apporté à la pratique de la percussion toute la rigueur dont cette méthode est susceptible; du moment où l'on a cherché à mesurer avec précision l'organe que l'on veut examiner, à étudier à l'extérieur sa forme et ses dimensions, à circonscrire exactement ses limites par des lignes, le diagnostic a acquis un degré d'exactitude inconnu jusqu'alors, et il est devenu possible d'éviter des erreurs et des méprises jusque-là inévitables. Ainsi il n'est plus possible maintenant, pour le praticien qui sait se servir convenablement du plessimètre, de prendre pour un épanchement pleurétique une hypertrophie du foie, ou d'attribuer au poumon une série de symptômes qui sont le résultat du refoulement de l'organe biliaire dans la cavité thoracique. Le premier point qui doit nous occuper est la détermination de la position qu'occupe cet organe, et des rapports qu'il entretient avec les parties voisines.

Le foie occupe tout l'hypochondre droit. Il s'étend transversalement, vers la région épigastrique et jusque dans l'hypochondre gauche. Il répond, en haut, au diaphragme qui le sépare de la base du poumon droit et du cœur. En bas, il repose sur l'estomac, les intestins et le rein droit. En arrière, il est protégé par la colonne vertébrale; en avant, par les sept ou huit dernières côtes droites. Tout à fait profondément, il affecte quelques rapports avec le pancréas.

Telle est la disposition normale que présente généralement le foie; mais cette disposition n'est jamais identiquement la même, et elle varie en quelque sorte autant que les sujets chez lesquels on l'examine. MM. Cruveilhier et Glisson ont comparé sa forme à un segment d'ovoïde coupé suivant sa longueur; le vague de cette comparaison indique assez combien il est difficile d'assigner au foie une forme nettement déterminée et des dimensions précises, car les plus grandes différences existent à cet égard entre les différents sujets. Ainsi, par exemple, si nous cherchons quelles seront les modifications de position que peut offrir le bord supérieur du foie par rapport au mamelon, nous verrons que sur trois sujets que M. Mailliot et moi examinâmes dans nos expériences publiques au grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, chez le premier le bord supérieur du foie était éloigné de 26 millimètres du mamelon, chez le deuxième il s'élevait de 26 millimètres au-dessus; enfin, chez le troisième, le bord supérieur du foie correspondait au mamelon lui-même. Nous venons de démontrer que le foie peut varier quant à la hauteur de son bord supérieur; il en sera de même, ainsi que nous étudierons son bord inférieur. Les exigences de la mode ont suffi, chez certaines femmes, pour mettre en rapport le bord inférieur du foie avec la fosse iliaque droite, et même quelquefois avec le détroit supérieur du bassin.

Le foie, avons-nous dit, s'étend quelquefois jusqu'au côté gauche; les dimensions du foie dans ce sens sont encore loin d'être toujours les mêmes. Dans certains cas, il ne dépasse pas la ligne médiane; d'autres fois, au contraire, il viendra se confondre avec la rate. Dans ce dernier cas, lorsqu'il y aura une véritable hypertrophie de l'organe, les sons que donnera le plessimètre auront un caractère particulier que nous devrons indiquer plus tard.

De ces données anatomiques, nous tirerons immédiatement cette conclusion, que le foie donnera des sons différents selon les points sur lesquels on fera porter le plessimètre, en haut, en avant, sur les côtés ou en arrière. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler, en parlant du poumon, la combinaison du bruit particulier à ces deux organes; si la percussion superficielle a été indispensable pour reconnaître et suivre jusqu'à sa terminaison la lame pulmonaire, la percussion forte, profonde et énergique sera nécessaire pour aller trouver au-dessous d'une couche de poumon de plusieurs pouces, le son particulier du foie. En avant, si nous avons affaire à un foie dont le lobe gauche s'avance dans l'hypochondre gauche, nous aurons bien soin de chercher à faire la part qu'il convient du bruit propre des cavités et de la masse musculaire du cœur; et si le péricarde ou les plèvres sont dans des conditions pathologiques, il faudra, dans l'appréciation des sons plessimétriques, tenir le plus grand compte de ces états. Si les bruits particuliers du poumon au cœur, au péricarde et aux plèvres réagissent sur le bruit hépatique, et s'il est indispensable d'en tenir compte, il sera d'autant plus nécessaire de faire la part des bruits abdominaux, lorsque nous aurons à étudier la face et le bord inférieur du foie.

Dans ce cas, en effet, les rapports immédiats du foie avec l'estomac, le colon ascendant transverse, descendant même, le duodénum et ses courbures, donneront naissance, selon les divers endroits que l'on percutera, à une série de sons différents.

Si les rapports qui existent ordinairement entre ces organes sont changés par l'état pathologique de l'un d'eux ou de plusieurs, si l'estomac ou les intestins sont remplis par des matières ou des gaz, si le péritoine renferme des épanchements, les sons particuliers et communs de ces divers organes devront être en quelque sorte écartés par la pensée, pour ne saisir que le bruit propre de la glande hépatique.

La rate et le foie peuvent affecter des rapports intimes; mais avec l'habitude des sons et des sensations plessimétriques, on pourra toujours établir les points où commence l'un et où finit l'autre. La colonne vertébrale et le rein, en arrière, se trouveront encore en rapport avec le foie. Nous indiquerons bientôt comment on devra tenir compte des sons particuliers au rein, et de ceux que l'on doit assigner au foie.

Enfin la vésicule biliaire, placée, dans l'état physiologique, à la face inférieure du foie, pourra, lorsqu'elle aura été distendue par la bile ou par des calculs, faire saillie au-dessous de son bord inférieur, pour lequel cas nous présenterons, comme pour les autres, certaines règles qui nous guideront dans l'examen de cet organe.

Procédé plessimétrique. — La percussion du foie devra être faite, le malade étant à jeun, la présence d'aliments rendant difficile ou même tout à fait impossible la délimitation du foie du côté gauche. — Le malade sera couché sur le dos légèrement incliné à gauche; peut-être serait-il convenable de le faire asseoir; de cette manière on éviterait une partie des inconvénients que nous venons de signaler, surtout lorsque l'estomac ou les intestins sont remplis par des liquides ou des solides. Mais dans ce cas on ne pourrait plus limiter aussi bien le bord inférieur. Quoi qu'il en soit, il sera toujours nécessaire de percuter, en suivant certaines lignes que nous allons indiquer.

Une première ligne partira du milieu de la clavicule, passera par le mamelon, et descendra sur le bassin.

Une deuxième ira, parallèlement à la première; du bord antérieur de l'aisselle jusqu'au bassin.

Une troisième ira du milieu du sternum au pubis.

Une quatrième partagera le corps de l'homme perpendiculairement au sternum.

Une cinquième limitera le bord supérieur.

Un sixième le bord inférieur, toutes les deux étant conduites parallèlement à la quatrième, et perpendiculairement aux trois premières. Cette sixième ligne pourra subir une modification, que nous nous empressons de signaler. On peut la conduire du sternum au rebord inférieur des cartilages costaux, de manière à rencontrer en la suivant le bord inférieur du foie.

On commencera par percuter à partir de l'aisselle en suivant la première ligne que nous venons d'indiquer. En haut la percussion profonde et superficielle n'indiquera que le son pulmonal; mais à mesure que l'on approchera du mamelon, le son pulmonal se modifiera, le sentiment d'élasticité disparaîtra, et fera peu à peu place à la résistance et à la matité hépatique.

En percutant profondément, on obtiendra le son propre à la glande; en percutant légèrement, le son particulier au poumon sera conservé. Il sera donc nécessaire de tenir compte ici du changement de son obtenu; puis en avançant vers le rebord costal, la percussion deviendra de plus en plus superficielle, à mesure que la lame de poumon interceptée deviendra moins considérable. Il sera surtout indispensable de percuter légèrement et superficiellement, lorsque le foie ne sera plus séparé des côtes que par le diaphragme, autrement on obtiendrait le son des intestins et de l'estomac. Lorsqu'on a trouvé la limite inférieure, il est nécessaire de revenir encore sur ces premiers résultats obtenus; on devra varier la percussion, obtenir le son abdominal, afin d'être bien fixé à l'aide de ces nouvelles sensations sur le point où finit le son hépatique. C'est surtout pour cette ligne qu'il est nécessaire de mettre en usage toutes les ressources de la plessimétrie; de ne pas craindre de revenir plusieurs fois sur les résultats obtenus; varier les procédés, parce que très souvent le bord inférieur est si peu épais, tellement entouré d'intestins si intimement en rapport avec le duodénum, qu'il échappe au doigt qui percute,

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une préface supprimée. — L'orthopédie à l'Académie. — La secte des mystérieux. — Conseils. — Les Sociétés médicales et les prix. — Un fauteuil devenu célèbre. — Une maladie de religieuse. — Mystification d'un jeune confrère. — Statistique des journaux de médecine. — Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres.

A propos d'ouvrages adoptés par l'Université, et il n'en manque pas, que l'on vienne maintenant me disputer l'influence et la puissance du feuilleton! J'avoue que j'ai beau jeu; mais je serai modeste. Vous rappelez-vous une certaine préface fort excentrique dont je parlais un jour et publiée en tête d'un volume auquel depuis on a d'ailleurs ici rendu justice? La chose était fort curieuse, j'osai en rire et vous avec moi. Or, qu'est-il arrivé? Le livre était bon, l'Université l'a adopté; mais la préface, de par le feuilleton, était ridicule, et l'Université a exigé sa suppression, sacrifice pénible, amputation douloureuse qu'il a fallu faire à la bosse où les phrénologistes placent l'approbativité. Si le feuilleton se fût fâché, qu'il eût crié et tempêté, il n'aurait rien produit. Un petit grain de sel, une pointe légèrement aigrelette et tout a été dit, et le Conseil royal de l'instruction publique s'est soumis au jugement du feuilleton. On ne lui donnera pas la croix pour cela. J'en connais qui n'en ont pas tant fait. Mais, chut!.... On croirait que c'est la jalousie et l'envie à l'œil louche qui fait parler le feuilleton, et, Dieu merci, cela n'est pas.

L'orthopédie est destinée à donner des tribulations à tous ceux qui y touchent. L'Académie veut s'en mêler, gare à elle. A peine a-t-elle touché le seuil de cet antre redoutable, que les vapeurs qui s'en exhalent ont déjà brouillé sa vue et légèrement son esprit. Que sera-ce quand elle aura parcouru les mystérieuses profondeurs de la caverne? Il est certain que ce que la commission, par l'organe de M. Roux, est venue raconter mardi dernier, était parfaitement inutile. Cela ne s'est jamais vu que, parce qu'il y aura une minorité dans une commission, la majorité vienne dire: Nous n'osons pas aller plus loin. Mais enfin, à quelque chose malheur est bon; voilà l'Académie engagée par un vote à peu près unanime, à chercher à voir clair dans cette obscurité profonde. Y réussira-t-elle? Qui vivra verra. Toujours est-il que la séance de mardi dernier a été fort amusante, et que toutes ces colères, toutes ces passions faisant effort pour ne pas éclater et pour se contenir dans un langage académique, formaient un spectacle plein d'intérêt et d'instruction. Il est clair que la secte, que j'appellerai *secte des mystérieux*, ne fait pas de nombreux prosélytes à l'Académie, et cela devait être. Qui a jamais entendu parler d'un médecin ou d'un chirurgien qui cache soigneusement ses succès, qui les dérobe à tous les regards, qui considère comme un crime punissable par les lois humaines et divines de vouloir les produire au grand jour de la publicité? Ce mauvais et détestable exemple devait être réprimé et censuré, et c'est ce que l'Académie a eu le bon esprit de faire. Entraînée par l'éloquence du bon sens et par la logique inflexible de M. Adelon, la compagnie a dit à la commission trop timide: Allez donc; le vin est tiré, il faut le boire; impossible de reculer; dites ce que vous entendrez, ce que vous toucherez, ce que vous verrez; l'Académie, la science et le public ne vous en demanderont pas davantage.

Malgré tout le temps et le soin que l'Académie a consacrés à cet incident, le vote qui s'en est suivi ne me paraît pas extrêmement clair. D'un côté, les deux membres de la minorité ont formellement donné leur démission, et si je voulais dire toute ma pensée, avec mon franc-parler ordinaire, je dirais qu'ils ont eu grand tort. D'un autre côté, l'Académie a décidé que deux nouveaux membres seraient adjoints à la commission, sans prendre aucun parti sur la démission donnée. Je sais bien que ce n'est pas là tout à fait ce qu'on lit dans le compte-rendu de la *Gazette médicale*; mais je crois que ce journal se trompe, et qu'il n'a rien été spécifié à cet égard. Cette observation n'est pas inutile, et voici pourquoi. Je suppose, ce qui ne me paraît pas probable, que le vote de l'Académie tombe demain sur deux membres de la secte des mystérieux; les deux membres de la minorité qui se sont retirés s'empresseraient sans doute de vouloir rentrer dans la commission, car alors ils se trouveraient en majorité, et il arriverait, ce qui ne s'est jamais vu, que les membres d'une minorité auraient imposé la loi à une majorité; il arriverait enfin que la minorité deviendrait majorité. De deux choses l'une, l'Académie veut ou non être édifiée sur la vérité des faits allégués par M. Malgaigne; si elle le veut, elle doit vouloir aussi, dans la commission, des membres qui soient pour l'enquête et qui n'éprouvent pas les scrupules qui ont éloigné MM. Amussat et Cloquet; si elle ne se soucie pas de cette édification, il est parfaitement inutile d'aller plus loin; elle doit déclarer sur-le-champ qu'elle ne veut plus entendre parler du mémoire de M. Malgaigne, et annuler tout ce qui a été fait jusque-là. Je ne vois pas de moyen terme. Dans tous les cas, il est fort important qu'on s'entende avant le vote, si l'on veut s'éviter les mêmes embarras dont il a été déjà question et des inconvénients plus grands encore. Ainsi donc, avant tout vote, première question à poser: La minorité a-t-elle, oui ou non, donné sa démission? Si vous n'obtenez pas une réponse nette et péremptoire, vous allez vous enfoncer dans des difficultés inextricables.

J'ai un petit conseil à donner aux sociétés de médecine en général, et à celles des départements en particulier. Presque toutes ont institué des prix, c'est fort bien; elles ne sont pas riches, ce n'est pas leur faute, et les prix qu'elles peuvent donner sont moins une récompense qu'une distinction honorifique toujours fort flatteuse. Mais alors, pourquoi ne pas proportionner le sujet à traiter à la petite somme qui doit être le prix du vainqueur? Pourquoi chercher de ces vastes questions dont la solution exigerait toute une vie d'études, et mériterait une bien autre récompense? Ainsi je lisais ces jours passés le programme d'une de ces sociétés. On y propose un prix de 400 fr. à celui qui résoudra ce problème: Indiquer le rôle que joue la nature dans la guérison des maladies aiguës, et le rôle de l'art dans la guérison des maladies chroniques. Mais, Messieurs, y pensez-vous? C'est là toute la médecine, dans sa philosophie comme dans sa pratique, dans la science comme dans l'art! Mais celui qui résoudrait ce problème cherché depuis 3000 ans, serait.... serait Dieu lui-même; car on peu

et que l'on néglige une portion importante de l'organe hépatique.

La deuxième ligne donnera les rapports latéraux du poumon et du foie. Il sera nécessaire, pour étudier cette ligne, d'employer des procédés opératoires analogues à ceux qui ont été mis en usage pour la première ligne.

La ligne interne (la troisième) indiquera les rapports qui existent entre le cœur et le foie, et comme le sentiment de matité et de résistance au doigt sont plus considérables pour ce dernier organe que pour le premier, il sera toujours possible de reconnaître lorsqu'on aura affaire à la glande hépatique ou au cœur. Du reste, la percussion devra être assez profonde, mais cependant on ne devra point l'exagérer dans la crainte de déterminer la production du son abdominal.

Quant à la quatrième ligne, ou ligne passant par le sternum perpendiculairement aux trois premières, nous aurons, en suivant son trajet de dehors en dedans, de la matité, par une percussion médiocrement profonde; de la sonoréité pulmonale par une percussion excessivement légère, et souvent encore de la sonoréité abdominale par une percussion très profonde. A mesure que l'on s'approchera de l'hypochondre gauche, si le lobe gauche du foie y est logé, la percussion indiquera le point de jonction de la rate et du foie : dans ce cas, pour tenir compte de la part que l'on doit faire à l'un et à l'autre de ces deux organes, il sera nécessaire de les limiter l'un après l'autre et de dessiner sur le corps du malade les formes qu'indiquera le procédé opératoire : de cette manière on reconnaîtra les parties qui appartiennent à la rate et celles qui appartiennent au foie ; la connaissance des formes anatomiques de ces organes ne permettant point de se méprendre à cet égard. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, nous avons précédemment indiqué la différence que la sensation tactile offre pour ces deux cas.

Pour la ligne supérieure, on aura déjà été singulièment guidé par l'étude que l'on aura faite des trois lignes perpendiculaires, et comme nous avons déjà trois de ses points connus, il ne s'agira en quelque sorte plus que de rechercher ces points à l'aide de la percussion profonde pour limiter le bord supérieur de l'organe.

C'est sur la dernière ligne que se réunissent en quelque sorte toutes les difficultés de la plessimétrie hépatique. Pour bien l'étudier et pour arriver plus rapidement aux conclusions plessimétriques qui s'en peuvent tirer, nous la supposerons obliquement dirigée du sternum et suivant les cartilages costaux. Quelques petites précautions devront être prises pour percuter avec soin cette ligne : on fera rapprocher les genoux et on les élevera, on tâchera de tenir les muscles abdominaux dans un certain relâchement. On procédera à la percussion de dehors en dedans.

Il sera nécessaire d'appliquer légèrement et exactement le plessimètre, et de ne pratiquer que la percussion superficielle; on aura alors un sentiment de résistance au doigt. A mesure que l'on avancera, on pourra éprouver une légère modification du son, on obtiendra bien toujours la matité superficielle, mais en même temps on sentira une légère absorption de son. A quoi devra-t-on l'attribuer? Sera-ce aux intersections du grand droit de l'abdomen ou à la vésicule biliaire? Une expérience comparative des deux côtés en fera juger en dernier ressort.

A mesure que l'on se rapprochera de l'appendice xiphoïde, la percussion devra être plus superficielle et plus légère. On conçoit, comme nous avons déjà eu si souvent l'occasion de le répéter, tout ce qu'il faudra d'habileté pour bien distinguer le son hépathique des sons si divers que présentent les organes abdominaux.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Affection douteuse du cerveau. Mort. Autopsie. (Suite.)

Nous avons donné, dans le précédent article, l'état du malade jusqu'au sixième jour de son entrée à l'hôpital. Voici l'état qu'il présente le septième jour, la veille de sa mort.

Abattement considérable, prostration, voix éteinte, intelligence conservée; pas de céphalalgie; pupilles contractées, nez et bouche légèrement déviés à droite; résolution complète du membre supérieur gauche. Le membre inférieur gauche, encore un peu mobile; sensibilité complétement abolie à gauche, extrêmement obtuse à droite. Pouls à 126, petit, régulier; peau froide. Respiration à 30 par minute. Le thorax se soulève également des deux côtés. Râle trachéal, cessant après l'expectoration de crachats énormes, purulents, chassés avec difficulté. Râles sibilants, ronflants et muqueux, à grosses bulles dans toute la partie antérieure de la poitrine. Langue sèche; ventre affaissé, souple. Trois selles peu abondantes, involontaires. Urines toujours involontaires. Vésicatoire à la nuque; frictions sur la tête avec l'onguent mercuriel.

Le soir, prostration, respiration stertoreuse, embarrassée, fréquente, résolution des membres. Pas de réponses.

Mort le 27 à neuf heures du matin, huit jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Autopsie, 25 heures après la mort.

Crâne. Le crâne est généralement mince, d'une épaisseur variable dans ses différents points, peu adhérent à la dure-mère, présentant à sa surface interne deux excavations, une de chaque côté de la suture sagittale, qui correspondaient à des glandes de Pacchioni.

Méninges. La dure-mère, un peu injectée, laissant écouler de sa surface, après l'ablation de la voûte du crâne, quelques gouttes de sang noir. Soulevée sur les côtés du sinus longitudinal supérieur par deux glandes de Pacchioni, du volume d'un pois environ, dont la droite l'a perforée, et était en contact immédiat avec les os. Un grand nombre de petites granulations de Pacchioni sont disséminées à la face externe de la dure-mère des deux côtés. Sinus longitudinal supérieur contenant un caillot en partie fibrineux, en partie noir, peu volumineux. La grande cavité de l'arachnoïde contient de chaque côté une demi-cuillerée à café de sérosité jaunâtre.

Le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de l'arachnoïde adhèrent fortement, l'un et l'autre, au niveau des glandes de Pacchioni. L'arachnoïde opaline, surtout en arrière, des deux côtés, et soulevée au niveau des deux fosses pariétales, mais surtout à droite, par une certaine quantité de sérosité limpide, jaunâtre, qui s'écoule tout d'un trait par une petite ponction.

Pie-mère médiocrement injectée partout, se détachant facilement et dans toute son étendue, sans entraîner la moindre portion de substance cérébrale.

Cerveau. Les circonvolutions cérébrales, vues après l'enlèvement de la pie-mère, et considérées extérieurement, présentent une forme, une couleur et une consistance normales.

Hémisphère droit. En faisant des sections successives de haut en bas, on trouve la substance grise de cet hémisphère à l'état normal. Sa substance blanche légèrement piquetée. Le ventricule latéral droit, assez considérablement dilaté dans toute ses parties, contient cinquante à soixante grammes d'un liquide transparent, rose, légèrement sanguinolent; vers la cavité digitale, on rencontre un petit caillot mou, noir, du volume d'un gros pois. En dehors de ce caillot, la paroi externe du ventricule présente, au niveau de la base de la cavité digitale, une tache noire de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, percée à sa partie inférieure et postérieure d'une très petite ouverture qui fait communiquer le ventricule avec le foyer d'un épanchement sanguin. Ce foyer est situé en dehors et en arrière du corps strié et de la couche optique. Il offre une étendue de quatre centimètres dans le sens antéro-postérieur, et de deux centimètres dans le sens transversal. Le foyer est rempli dans toute ton étendue d'un sang noir, moitié liquide, moitié en caillots mous, ressemblant assez, pour l'aspect extérieur et la consistance, à de la gelée de groseille. La face interne de ses parois est inégale, légèrement ramollie dans l'épaisseur d'un millimètre environ. Ferme au delà; dans un grand nombre de points, piqueté noir; dans d'autres, piqueté rose dans l'étendue de deux, trois et même quatre millimètres.

Hémisphère gauche. La substance est ferme, normale, légèrement piquetée; le ventricule latéral de ce côté est aussi dilaté que le droit, et contient, comme lui, de soixante à soixante-dix grammes d'une sérosité limpide, transparente, rosée, légèrement sanguinolente; les parois du ventricule ne présentent aucune altération dans leur couleur ou leur consistance; elles sont fermes, normales. La couche optique gauche contient vers son centre une petite cavité aplatie d'avant en arrière, d'un centimètre de diamètre environ, transversalement, renfermant une goutte de sérosité transparente légèrement jaunâtre. Ce petit kyste a des parois vasculaires unies entre elles à la partie externe par quelques petites brides celluleuses.

La voûte a trois piliers, le septum lucidum, le troisième et le quatrième ventricule, le cervelet, la protubérance annulaire, le bulbe rachidien n'offrent rien de particulier.

Organes circulatoires. — Cœur sensiblement hypertrophié; l'hypertrophie porte presque exclusivement sur le ventricule gauche. La base des ventricules offre une circonférence de vingt-sept centimètres. Leur face antérieure présente une étendue de douze centimètres de la base à la pointe. La paroi antérieure du ventricule gauche offre une épaisseur de deux centimètres vers son milieu. La cavité de ce ventricule paraît être d'une capacité normale. Les colonnes charnues en sont très développées.

La circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est de douze centimètres. La valvule mitrale est fibro-cartilagineuse; quelques nodosités à son bord libre.

La circonférence de l'orifice aortique est de neuf centimètres et demi. Les valvules sigmoïdes de cet orifice sont saines, excepté une qui présente une petite concrétion calcaire vers son bord adhérent.

Le ventricule gauche contient un caillot fibrineux d'un rouge-foncé analogue pour la couleur et la consistance à de la gelée de groseilles. Ce caillot se prolonge dans l'aorte et même dans les carotides et les sous-clavières.

Le ventricule et l'oreillette droits paraisssent tout à fait sains et normaux. L'aorte semble un peu hypertrophiée et dilatée ; elle ne présente aucune concrétion calcaire.

Organes respiratoires. — Le poumon gauche est flasque, d'une couleur gris-noirâtre en avant, d'un rouge violacé en arrière; quelques adhérences fibrineuses solides unissent les deux feuillets de la plèvre dans différents points. Emphysème vésiculaire et interyésiculaire formant des lobules saillants du volume d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule siégeant à la base et en avant, s'affaissant subitement par une seule piqûre. Le tissu du parenchyme pulmonaire est peu crépitant, aéré, résistant et contient peu de liquide. Poumon droit également emphysémateux à sa base; de plus, œdème très prononcé de la partie postérieure de son lobe inférieur, dont le tissu est résistant et crépite peu sous la pression du doigt.

Les grosses bronches contiennent un mucus puriforme peu aéré, médiocrement abondant. Les petites bronches sont évidemment dilatées; celles des lobes inférieurs sont d'un rouge violacé; celles des lobes supérieurs d'une coloration normale.

Organes digestifs et annexes. — L'estomac d'une capacité ordinaire; membrane muqueuse peu plissée, peu consistante, d'un rouge violet dans sa moitié cardiaque; d'un gris ardoisé dans le reste de son étendue; elle est enduite sur presque toute sa surface d'un mucus assez abondant, peu tenace. Le reste du tube digestif ne présente rien de remarquable.

Le foie, d'un volume normal, d'un rouge un peu foncé; consistance assez faible. Vésicule biliaire très distendue par une bile d'un jaune-brun très foncé, boueuse.

La rate de volume ordinaire, de bonne consistance, de couleur normale.

Le rein droit contient dans son épaisseur quatre kystes, dont l'un a le volume d'une grosse noix, et les trois autres celui d'une noisette. Les deux reins ont une surface mamelonnée, arborisée, un peu tachetée de jaune. Tous deux présentent une consistance normale.

— Cette autopsie dont nous devons les détails à l'obligeance de M. Leblond, nous a paru, vu son importance, devoir être rapportée en entier, malgré sa longueur. D'abord, l'incerti-

---

mettre au défi toutes les sociétés savantes du monde réunies en congrès, de donner une solution tant soit peu satisfaisante de cette énorme et insoluble question. On ferait un gros volume pour exposer seulement les motifs de cette impossibilité. Je recommande à un candidat, homme d'esprit, de savoir et de style, de se souvenir de J.-J. Rousseau au concours de l'Académie de Dijon.

— Un grand ministre est allé, vers la fin du dernier concours de l'agrégation, rendre visite à un professeur, juge de ce concours. Ce grand ministre s'est assis sur un fauteuil, la chose est toute naturelle. Mais ce fauteuil a acquis par ce fait même une valeur et une célébrité auxquelles il était loin de prétendre. Chaque consultant qui entre dans le cabinet du professeur est aussitôt instruit de ce fait mémorable. Il s'est assis là, lui dit-on en montrant le meuble précieux. Ce fauteuil aura certainement les mêmes destinées que le célèbre fauteuil de Molière à Pézénas; il deviendra un souvenir de famille ineffaçable, et les petits enfants répéteront le refrain bien connu :

Il s'est assis là, grand'mère,
Il s'est assis là.

— Voici qui guérirait de la bonne opinion qu'un homme bien appris est porté à avoir des dames; voici qui peut corriger d'une trop grande précipitation pour certain diagnostic. Un jeune confrère de Paris, fort instruit du reste et d'une éducation charmante, est appelé auprès d'une jeune veuve de vingt-cinq ans. Elle se plaint de malaise, de spasmes, d'accidents nerveux, d'une foule de petites incommodités qui n'offrent rien de grave. Il s'informe de la position civile; on lui apprend qu'on est dans la troisième année du veuvage. Du reste la réputation de la dame, ses rapports dans le monde et même sa piété, jetèrent notre confrère dans une série d'idées fort naturelles dans cette position. Il diagnostiqua des accidents hystériques déterminés par la continence. Vous avez, Madame, dit-il à la malade, une maladie de religieuse, et à la famille inquiète, aux amis, il tint le même langage, hélas! trop affirmatif. Cette maladie de religieuse s'est terminée le mois dernier par un bel et bon accouchement, auquel, on le présume bien, notre jeune confrère n'a pas été appelé. On conçoit aussi les louanges que la famille et les amis chantent en l'honneur du docteur, qui en vérité ne pouvait pas se tromper plus malheureusement. Parler d'hystérie de religieuse à une femme enceinte, c'est avoir du malheur. Du reste, les jeunes médecins sont généralement assez disposés à trouver chez les demoiselles cette hystérie de continence que les praticiens plus rassis considèrent comme très rare et exceptionnelle sous notre climat et avec nos mœurs. Soyez très réservés sur ce chapitre, autant dans l'intérêt des malades que dans celui de votre propre réputation. J'ai vu déjà plusieurs fois des demoiselles dont les médecins disaient : Mariez-les, et qui ne devaient leurs accidents qu'à des excitations érotiques dont on comprend la nature. Georget a écrit un beau chapitre sur ce sujet.

— Savez-vous combien il existe en France de journaux de médecine? Quarante-trois; c'est M. J.-B. Baillière qui nous l'apprend dans son dernier numéro du *Bulletin bibliographique*. N'est-ce pas tant soit peu effrayant, pour nous surtout journalistes qui sommes condamnés à les lire et à vous en rendre compte? En Allemagne il y en a à peu près le double; l'Angleterre est aussi fort productive de cette denrée; l'Italie un peu moins; mais la terre la plus féconde, toutes proportions gardées, est sans contredit la Belgique, qui nous ruine en frais de poste.

J'ai reçu la première feuille de l'ouvrage déjà annoncé sous ce titre : *Les Médecins de Paris jugés par leurs œuvres*. Cette première feuille contient, entre autres, les notices sur MM. Adelon, Amussat et Andral. Il n'y a dans tout cela ni scandale ni flagornerie, mais une simple appréciation indépendante faite en termes honnêtes, où l'éloge ne monte pas jusqu'au dithyrambe et où la critique ne descend pas jusqu'à l'injure. Continué sur ces errements, ce livre sera véritablement curieux et utile; mais je prédis à son auteur qu'il amasse sur sa tête un bien gros et noir nuage d'inimitiés et de rancunes. L'esprit humain, et l'esprit médical surtout, est ainsi fait qu'il n'est impressionné que par la critique. Faites l'éloge d'un homme, il est rare, très rare — je connais des exceptions — qu'il vous en témoigne sa reconnaissance; vous lui avez rendu la justice qu'il méritait, et rien de plus. Mais touchez-le seulement de la pointe la plus fine de votre plume alors que, sans injustice, vous pouviez vous servir de votre lame la plus large, oh! vous êtes un monstre d'infamie, un méchant esprit, une langue de vipère, et vous avez là un ennemi cruel, acharné, implacable qui saura bien vous trouver à l'occasion.

Pauvre monsieur Sachaile de La Barre, je vous plains!

Jean Raimond.

NOUVELLES.

Le concours pour l'agrégation, section de chirurgie, touche à son terme. Les épreuves sont terminées, moins la thèse, dont les sujets ont été tirés au sort vendredi dernier. En voici l'indication :

M. De Voillemier : De la claudication.
M. Marchal (de Calvi) : Des abcès phlegmoneux intra-pelviens.
M. Boinnet : De l'inamovibilité dans le traitement des maladies chirurgicales.
M. Lacroix : De l'antéversion et de la rétroversion de l'utérus.
M. Morel-Lavallée : Des rétractions accidentelles des membres.
M. D'Arcet : Des ophthalmies purulentes.
M. Gosselin : De l'étranglement dans les hernies.
M. Giraldès : De la luxation de la mâchoire.
M. Desprès : Des hémorrhagies traumatiques consécutives.
M. Jacquemin : De la fracture de la clavicule.
M. Cazeau : Des tumeurs de l'ovaire.
M. Maisonneuve : De la coxalgie.
M. Depaul : Du torticolis.
M. Dufresse : Des plaies de la région axillaire.
M. Tavignot : De l'anévrysme de l'artère sous-clavière.
M. Sardaillon : Des maladies du sinus maxillaire.

M. Lenoir, juge, atteint d'une maladie grave dont il entre heureusement en convalescence, a été remplacé par M. Larrey, suppléant.

tude du diagnostic, incertitude sur laquelle M. le professeur Chomel a longuement insisté, n'a pu être dissipée que par l'examen anatomique des organes encéphaliques, qui ont démontré l'existence d'une hémorrhagie cérébrale considérable, vers laquelle, malgré ses doutes, penchait le professeur. Puis, l'hypertrophie du cœur et principalement du ventricule donne lieu à quelques rapprochements intéressants sur la fréquence relative des hémorrhagies cérébrales dans les cas d'hypertrophie de l'appareil circulatoire. Dr A. F.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

De la localisation des maladies de l'œil. De la conjonctivite oculaire.

Nous avons à reprendre la question des inflammations des yeux; on se rappelle que nous en sommes resté aux phlegmasies qui attaquent l'œil lui-même.

Les inflammations aiguës de l'œil peuvent être entendues à peu près de la même manière que celles des paupières; on retrouve, en effet, certains tissus qui faisaient partie de la composition de ces dernières; cependant il en est quelques-uns qu'on ne rencontre plus, tels que les glandes de Meïbomius, les follicules de la racine des cils: aussi, toute cette série de maladies décrites sous le nom de blépharites ciliaires, n'a-t-elle pas d'analogue dans les inflammations de l'œil lui-même. Nous verrons, d'un autre côté, que la cornée, la sclérotique, l'iris, toutes les parties constituantes de l'œil en un mot, peuvent devenir le siége de maladies diverses.

Les phlegmasies de l'œil lui-même ont été tour à tour singulièrement augmentées ou diminuées, selon les pathologistes qui en ont fait l'objet de leur étude. Ainsi, il y a trente ans, par exemple, on ne distinguait que deux espèces d'ophthalmies, l'ophthalmie interne et l'externe; on ne connaissait rien autre chose. Aujourd'hui on différencie l'inflammation de la cornée de celle de la conjonctive, celle de la conjonctive de celle de l'iris, de celle de la rétine; enfin, on distingue les unes des autres les inflammations de toutes les parties qui constituent l'œil dans son ensemble.

Avant d'étudier les inflammations de ces différentes parties, examinons d'abord cette question importante: est-il raisonnable d'admettre que l'inflammation puisse débuter dans l'œil par un seul de ses tissus?

Si l'on faisait cette demande à propos des organes contenus dans les cavités splanchniques, on serait tenté de n'y point répondre, tant elle semblerait oiseuse. On dirait assurément que cela ne fait pas question, qu'il est indubitable que certains organes peuvent être le siége de phénomènes inflammatoires, sans que leurs voisins participent en rien à cet état. Pourtant, cela n'a pas toujours paru évident comme aujourd'hui; il n'y a pas un siècle qu'on regardait comme une chimère l'inflammation des membranes sans phlegmasie de l'organe qu'elles enveloppent. Des praticiens, et des praticiens distingués, ont soutenu que cela ne pouvait pas être. Portal est mort en niant que la phlegmasie des membranes pût exister seule, sans la participation de l'organe lui-même à l'état phlegmasique; que l'inflammation des méninges pût exister sans phlegmasie du cerveau; que la phlegmasie de la plèvre et du péritoine pût se développer sans inflammation des organes qu'ils tapissent. Et pourtant, aujourd'hui, qui n'admet cette vérité?

Cependant, aujourd'hui même des pathologistes se refusent à penser que les tissus de l'œil soient le siége d'inflammations distinctes; ils allèguent le rapprochement, la confusion de ces divers éléments, et ils se révoltent contre cette idée, que chacun de ces tissus peut être le siége d'une inflammation. Puisque ces opinions existent, il est nécessaire d'examiner ce point avec attention, et d'insister particulièrement sur les preuves de ce que nous avançons.

Quand on a long-temps examiné, dans les hôpitaux, les maladies des yeux, et qu'on en a vu un grand nombre, on est frappé de ce fait, que le mal commence tantôt par une couche organique, tantôt par une autre. Ainsi, l'on voit la maladie débuter quelquefois par la conjonctive, quelquefois par la cornée, d'autres fois par l'iris, etc. Pour ces parties, cela est évident; pour les autres, c'est plus difficile; l'inflammation primitive de la membrane hyaloïde, de Jacob, se reconnaît moins manifestement; mais en raisonnant par analogie, en appliquant aux organes profonds ce qui est vrai pour l'extérieur, on en vient à se demander pourquoi toutes les membranes internes ne pourraient être le siége primitif d'une phlegmasie, puisque l'observation démontre la vérité de cette proposition pour les membranes externes.

Une raison qui au premier abord semble d'un grand poids, semble s'élever contre cette manière d'envisager l'inflammation dans l'œil. Tous ces tissus, dit-on, étant très rapprochés les uns des autres, recevant les mêmes vaisseaux et les mêmes nerfs, il est au moins impossible qu'une de ces trames organiques reste long-temps malade sans que les autres tendent à le devenir.

Cette raison est plus spécieuse que solide, le péritoine n'est-il pas très près de la membrane charnue de l'intestin et le péritoine ne peut il rester seul malade et pendant long-temps; n'observe-t-on pas l'inflammation de la plèvre et du poumon séparément, l'inflammation du péricarde sans celle du cœur, celle des méninges sans que le cerveau y participe et pourtant ces organes aussi sont très rapprochés? Aujourd'hui donc il est démontré qu'une membrane peut être envahie par une phlegmasie sans que l'organe qu'elle revêt le soit nécessairement. Et d'ailleurs, la théorie que nous soutenons, l'observation vient la confirmer.

Tous les praticiens ont observé des conjonctivites datant de huit, quinze jours, sans que la cornée ait été prise le moins du monde. Chez les enfants, l'ophthalmie purulente dure le même temps, sans occuper autre chose que la conjonctive. Nous avons en ce moment dans les salles un homme, au n° 40, qui fournit une preuve manifeste de ce que nous avançons. Cet homme avait un chémosis; c'est-à-dire que la conjonctive violemment enflammée formait un bourrelet saillant encadrant la cornée, et pourtant cette dernière membrane n'a pas eu la moindre atteinte de l'inflammation; elle est demeurée parfaitement intacte.

Ce sont là des faits à l'abri de toutes contestations, et fertiles en considérations à l'appui de notre théorie, quand on les étudie sans idées préconçues.

Oui, l'inflammation peut s'établir dans une couche organique de l'œil et s'y limiter, n'en point sortir. Cela veut-il dire qu'elle doive y demeurer toujours, ne pas s'étendre, ne pas s'associer à l'inflammation d'autres tissus, ne pas la produire, nous sommes loin de le penser; pourquoi ne verrait-on pas dans l'œil des phénomènes semblables à ceux qui se passent en d'autres organes, dans la plèvre et le poumon par exemple? Et nous ajoutons ceci, que ces combinaisons dans l'œil se font plus facilement encore en raison de ce rapprochement de cette sorte de confusion des parties qu'on nous objectait, circonstances qui aident à la propagation de la phlegmasie, mais qui n'empêchent d'aucune manière la localisation primitive de l'inflammation dans tel ou tel tissu, localisation qui peut persister pendant toute la durée de la maladie.

Cette question traitée, passons aux inflammations de l'œil, et étudions particulièrement la conjonctivite, la kératite et l'iritis.

Conjonctivite oculaire. — La conjonctivite oculaire présente plusieurs nuances qui peuvent se réduire à trois principales.

1° La conjonctivite simple;
2° La conjonctivite granuleuse;
3° La conjonctivite purulente.

La conjonctivite simple est facile à reconnaître; elle est caractérisée par une rougeur foncée, violacée, légèrement vineuse, d'autant plus manifeste qu'on examine l'œil plus près de la rainure oculo-palpébrale, et qui diminue, au contraire, de plus en plus à mesure qu'elle s'avance vers la cornée. Cette rougeur n'est pas uniforme; on distingue des vaisseaux arborescents, un réseau de filaments vasculaires intriqués, et il est manifeste qu'elle occupe une membrane qui est mobile, qui se meut sur l'œil. C'est sous cet aspect que se présente la conjonctivite simple naissante. Quelquefois, la membrane présente un certain degré d'épaississement; alors, indépendamment de la rougeur que nous venons de décrire, il se forme un bourrelet assez saillant dont le boursouflement encadre la cornée d'un anneau rouge.

Dans cette inflammation, la cornée reste saine, conserve sa transparence; le malade voit ordinairement bien, et si quelquefois la vue est un peu troublée, c'est toujours d'une manière extrêmement peu sensible.

La conjonctivite simple amène quelques symptômes spéciaux qu'il est utile de connaître. Ainsi, dès le commencement de la maladie, le sujet éprouve un prurit dans l'œil; il croit avoir du sable sous la paupière, il sent dans cette région une chaleur inaccoutumée; puis sur les bords palpébraux se dépose une matière onctueuse qui se concrète avec facilité. Au début, cette matière est plus claire, plus limpide; bientôt elle se change en mucus et se transforme ensuite en véritable pus muqueux qui, par sa concrétion, colle complétement les paupières quand elles ont été rapprochées.

Il est très important de remarquer que dans la conjonctivite les malades n'ont pas grande horreur de la lumière, qu'ils ne la fuient pas, qu'ils la supportent au contraire avec assez de facilité, et ouvrent les yeux sans hésitation; ils viennent au médecin la tête droite et les yeux ouverts; en un mot, il n'y a pas de photophobie, il n'y a pas non plus de larmoiement bien marqué.

Dans quelques cas, les malades accusent de la céphalalgie; hâtons-nous de dire que le plus souvent le mal est tout à fait local, et ne s'accompagne pas de ce symptôme.

En résumé, l'on voit que les caractères de la conjonctivite simple sont très nombreux et faciles à reconnaître. Nous y insisterons pour mieux faire distinguer cette affection d'une autre dont le siége est la cornée, de la kératite. PAJOT.

FORCEPS ASSEMBLÉ DU Dr CAMILLE BERNARD.

HUIT NOUVELLES APPLICATIONS.

(Suite du numéro 64.)

Seixième et dix-septième applications. — *Multipare; 42 ans; 48 heures de travail; épuisement des forces. Premier enfant; application intra-pelvienne. Deuxième enfant; application supra-pelvienne. Enfants vigoureux; suites heureuses.*

Le 10 juin 1843, notre confrère, M. Boussot, médecin à Lauris, nous écrit pour que nous allions l'aider dans la délivrance d'une femme dont le travail se prolonge en vain.

Cette femme, arrivée au terme de sa septième grossesse, a commencé de souffrir il y a trois jours. Dans cet espace de temps les eaux se sont écoulées, la dilatation de l'orifice est devenue complète; mais la tête du fœtus, arcboutée derrière la cavité cotyloïde droite, n'a nullement cheminé depuis douze heures. Les contractions utérines ont décru jusqu'à ne plus se faire sentir que de loin en loin et très faiblement.

L'application du forceps étant jugée indispensable par notre confrère et par nous, nous l'opérons dans l'excavation pelvienne, en donnant à l'instrument la direction oblique de droite à gauche, et en nous servant de la main droite pour conducteur; nous amenons un enfant bien portant.

Le volume que le ventre conserve nous faisant soupçonner que l'utérus renferme un second enfant, nous allons à sa recherche, et nous constatons la présence de la tête au détroit supérieur, occiput en avant et à gauche.

Faut-il attendre, ou faut-il opérer immédiatement? La femme est on ne peut plus fatiguée. Les contractions seront peut-être lentes à se réveiller; et d'ailleurs, rien de nous assure que le travail confié à la nature puisse être terminé par elle. Aussitôt nous nous décidons à profiter du relâchement de l'utérus pour extraire le second enfant. Nous avons la confiance que malgré l'élévation de la tête, nous l'atteindrons avec autant de facilité que nous avons atteint celle qui reposait dans l'excavation pelvienne.

Nos prévisions se réalisent; dans quelques minutes nous amenons un second enfant encore plus fort que le premier. Les suites sont très heureuses; cette femme allaite ses deux enfants.

Dix-septième application. — *Multipare; inertie de la matrice; hémorrhagie; application infructueuse du forceps simple; version. Enfant mort depuis plusieurs jours; suites heureuses.*

En 1841, nous sommes consulté par une femme d'un hameau de Caseneuve, au sujet d'une crevasse vésico-vaginale provenant d'un accouchement laborieux, dans lequel de nombreuses applications de forceps tentées inutilement pendant quatre heures avaient été remplacées par la version.

Cette lésion nous paraît au-dessus des ressources de l'art; peu de temps après, à Montpellier, notre confrère et ami, M. le docteur Chrestien, et d'autres chirurgiens, en jugent ainsi.

Le 23 juin 1843, on nous appelle pour délivrer cette femme, redevenue enceinte malgré son incommodité.

Le travail a commencé il y a douze heures; mais les contractions utérines se sont peu à peu éteintes. L'enfant ne donne aucun signe de vie depuis quelques jours. L'utérus, mou, relâché, ne paraît jouir d'aucune contractilité. Le fœtus chute du côté sur lequel a lieu le décubitus. Il y a six heures que la poche des eaux est vidée. Depuis lors il s'écoule par le vagin un sang noirâtre et fluide qui arrive avec abondance au moment où nous soulevons la tête pour reconnaître sa position dans l'utérus.

L'enfant étant mort, nous avons le choix entre la version et l'application du forceps.

Convaincu d'avance de la facilité de cette application dans une région du bassin où l'instrument jouit de toute sa latitude, et dans un cas où l'utérus n'offre aucune résistance, nous introduisons le forceps sur la main gauche, puis, nous étant assuré que la tête repose sur l'instrument, nous fermons celui-ci en nous apprêtant à extraire; mais nous n'avons saisi que le vide: la tête s'est échappée. Aussitôt nous réappliquons le forceps avec toute la promptitude que réclame la perte, qui coule à fil. Nouvel insuccès... Chaque seconde nous semblant un pas de plus vers une terminaison funeste, nous ne renouvelons pas nos tentatives, bien qu'elles ne nous aient pas fait perdre deux minutes. En quelques instants nous opérons la délivrance à l'aide de la version.

C'est ainsi que nous sommes privé de compter au nombre des applications fructueuses du forceps assemblé, celle dont le succès est certain, et qui ne peut manquer qu'autant que l'opérateur oublie, comme nous l'avons fait, la chose la plus simple, la fixation de la tête par la compression à travers la paroi abdominale.

La perte énorme qui a failli nous enlever la malade, nous a fait apporter cette extrême précipitation dans la manœuvre, et négliger le moyen d'en assurer le succès.

Dix-huitième application. — *Primipare rachitique; bassin déformé; diamètre sacro-pubien sept centimètres (deux pouces et demi); position occipito-postérieure; application intra-pelvienne du forceps assemblé.*

Madame A... de Roussillon, âgée de trente ans, primipare, est assistée par madame Bounaud, sage-femme à Bonnieux. Au toucher, madame Bounaud reconnaît un vice de conformation considérable du bassin. Jugeant que l'accouchement serait des plus laborieux, la sage-femme nous fait appeler dès que la dilatation est complète.

A notre arrivée nous trouvons la poche des eaux vide depuis douze heures. Des contractions assez énergiques ont fait engager l'occiput entre le pubis et l'angle sacro-vertébral. Le doigt atteint celui-ci avec la plus grande facilité; nous calculons qu'il n'est séparé de la symphyse du pubis que par deux pouces et demi.

La tête, fortement déprimée par l'angle sacro-vertébral, offre à sa partie la plus déclive une tumeur sanguine considérable. La femme n'a plus senti les mouvements de l'enfant depuis la veille. Voici un cas où notre forceps à l'état assemblé pourrait être contre-indiqué par la forte pression que la tête éprouve d'avant en arrière et sur d'autres points de la paroi osseuse. Nous pouvons donc nous attendre à désassembler les deux branches et à nous en servir séparément; cependant des manœuvres théoriques nous ont démontré que des cuillers, en se fuyant au moment où elles se déploient, peuvent être introduites latéralement, et éviter la saillie osseuse. Avant de les séparer, nous allons tenter l'application des deux branches réunies.

Dans quelques secondes notre application est parfaite. Nous avons évité l'angle sacro-vertébral.

La tête résiste à nos tractions énergiques, et prolongées pendant sept à huit minutes. Jugeant la perforation du crâne indispensable pour l'opérer, nous retirons le forceps en le reployant en sens contraire à celui de son évolution.

Quoiqu'il soit considéré comme privé de vie, l'enfant est ondoyé par injection. Puis nous perforons le crâne, et réappliquons le forceps avec le même succès que la première fois. Les tractions opérées de haut en bas, amènent au bout de

quelques minutes, et après le déploiement de toutes nos forces, un enfant, dont la mort paraît remonter à bien des heures.

La face est venue en haut; la tête, de dimension moyenne, a été saisie obliquement; l'occiput répondait en arrière en bas et à gauche.

Au moment où nous achevons l'extraction de la tête, il s'opère à la vulve un déchirement de quelques centimètres. Nous pouvions l'éviter en retirant l'instrument, mais nous avons craint de n'avoir pas assez de prise sur la tête, si les épaules venaient à passer avec peine à travers le rétrécissement.

La longue compression exercée par la tête nous a fait redouter une fistule vésico-vaginale, surtout lorsque, pendant vingt-cinq jours, l'urine qui d'abord avait été expulsée volontairement s'est échappée d'elle-même. A la fin, les eschares superficielles qui recouvraient l'entrée du vagin et les grandes lèvres se sont détachées et la vessie a repris ses fonctions. Aujourd'hui tout est renré dans l'état normal. L'urine est gardée la moitié de la nuit et expulsée à volonté. Madame A..... est complétement rétablie.

— Jusqu'ici nous avons renfermé dans notre pratique le forceps dont l'application repose sur un nouveau principe, l'*introduction simultanée des deux branches réunies*. Un nombre suffisant d'observations nous permettra bientôt de publier en détail les règles de construction et d'application de notre instrument.

Nos observations, nous continuerons de les rédiger, en nous pénétrant et de cette impartialité dont les amis de la science et de la vérité doivent user à l'égard de leurs propres travaux et de la crainte de nous en exagérer l'utilité.

Cette crainte nous a été inspirée dans le temps, à l'Académie de médecine, par l'une des sentinelles scientifiques les plus vigilantes, par l'honorable M. Villeneuve. C'est à lui peut-être que nous devons de n'avoir conçu que des espérances réalisées aujourd'hui. Un de nos confrères de Marseille en appelait un jour à notre conscience pour que nous lui donnassions notre opinion intime sur le principe du forceps assemblé. Cette opinion, nous ne craignons pas de la formuler tout haut.

L'avantage d'appliquer simultanément les deux branches, de pouvoir saisir d'un seul coup la tête à une grande hauteur, d'être dispensé de l'aide intelligent, de séparer la force de traction de celle de compression, donne au forceps à branches réunies une incontestable supériorité sur le forceps ordinaire; mais cette supériorité lui doit être assurée par la connaissance exacte du mécanisme de l'instrument, et par une habitude théorique plus rigoureusement exigée que dans l'emploi du forceps disjoint.

En d'autres termes, pour qu'il déploie tous ses avantages, le forceps assemblé devra être appliqué par une main et plus circonspecte, et plus exercée. Plus circonspecte, en ce que le principe de la jonction fait poser certaines règles qui exigent, que d'avance on modifie le régulateur selon les cas; plus exercée, en ce qu'elle fait une application d'ensemble équivalant à une double opération, et qu'elle ne reçoit aucun secours étranger.

Mais n'est-ce pas là convenir que plus de danger peut résulter de l'emploi du forceps assemblé? Oui; mais ce danger, pourquoi le lui imputerions-nous, alors qu'il appartient à la main qui s'en servirait en aveugle! S'il n'en était ainsi, rien ne serait plus meurtrier que le bistouri: et cependant, quoi de moins compliqué?

Aussi, quoique le forceps assemblé soit marqué du cachet de la simplicité, et que les règles de son application soient peu nombreuses, c'est à ceux de nos confrères qui ne repoussent pas les choses nouvelles sans examen, et qui les étudient avant de les expérimenter, que nous tenons à confier la défense du nouveau principe et de l'instrument qui le représente.

Docteur Camille BERNARD.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'inflammation du tissu cellulaire par la potasse caustique; par M. le docteur CHABRELY, de Bordeaux.

Comme tous les praticiens le savent, les antiphlogistiques sont seuls conseillés pour combattre le phlegmon. M. Chabrely suit, dans ce cas, une marche toute différente, et, même dans la période la plus aiguë du mal, avant que la suppuration soit formée, il prescrit l'emploi de la potasse caustique. Il fait placer un petit fragment de cette substance sur le sommet de la tumeur, puis, lorsque le caustique est entièrement fondu et qu'il a dessiné l'eschare, il fait recouvrir la surface malade avec un cataplasme de riz crevé à l'eau de pavot. Ce même topique humide est continué jusqu'à la chute de la portion mortifiée; après quoi, on panse la plaie avec le baume d'Arcéus ou l'onguent basilicum.

A l'aide de ce mode de traitement, l'auteur est parvenu à diminuer de moitié le temps ordinaire qu'emploient les tumeurs phlegmoneuses à se résoudre. La douleur vive et instantanée due au caustique cesse entièrement dès qu'il a désorganisé la partie sur laquelle on l'a appliquée.

Dans ce qu'on appelle bubons, le tissu cellulaire, dit M. Chabrely, n'est peut-être enflammé que consécutivement aux ganglions voisins; cependant ce n'est point une adénite exclusive, et souvent même les ganglions semblent étrangers à l'inflammation du réseau fibreux: c'est pour cette dernière raison qu'il classe les bubons parmi les tumeurs développées dans le tissu cellulaire, et qu'il ne craint pas de tenter le traitement par la potasse caustique à toutes les périodes de cette sorte de tumeur.

C'est surtout dans les bubons d'emblée, dans les bubons naissants, qu'il a vu la cautérisation réussir à merveille. Le cautère agit alors comme dans la pustule maligne, comme dans le cas de morsure d'un animal venimeux; il use localement tout le principe septique avant que celui-ci ait été absorbé, avant qu'il ait été charrié dans le torrent circulatoire et qu'il ait contaminé l'économie entière. Ceci n'est point une hypothèse, ajoute l'auteur, car l'expérience est venue le confirmer pleinement. Qu'on ne croie pas, d'ailleurs, que l'application de la potasse sur un bubon commençant soit dangereuse, douloureuse ou *dégradante*; la douleur ne dure que deux heures environ, et est très supportable; la cicatrice de la plaie qui a suivi la chute de l'eschare est à peine visible, parce qu'on ne doit pas se servir d'un gros morceau de potasse; un décigramme au plus suffit pour atteindre le but que l'on se propose.

Quant aux dangers, il n'y en a aucun à redouter lorsque le chirurgien applique le caustique avec les précautions nécessaires en pareil cas: l'inflammation ne s'est jamais étendue au delà de cinq millimètres de la circonférence de l'eschare. (*Bull. méd. de Bordeaux.*)

Sortie d'un ver lombric par l'anneau inguinal droit; observation recueillie par M. le docteur VANDENBERGH, de Veghel.

Un cultivateur, âgé de quarante ans, vint, le 2 mai 1843, consulter M. Vandenberg pour de violentes douleurs intestinales dont il était atteint. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, le ventre peu sensible à la pression; il y avait absence d'appétit, bien que les selles fussent normales et que le pouls eût peu de fréquence. Le médecin, attribuant cet état à un arrêt de la transpiration, recourut aux antispasmodiques associés aux diaphorétiques, et, sous l'influence de cette simple médication, les souffrances ne tardèrent pas à se calmer.

Mais le 13 du même mois, une douleur circonscrite se fit sentir dans la région inguinale droite. A l'exploration de cette partie, M. Vandenbergh constata l'existence d'une tuméfaction qu'il rapporta au gonflement des glandes inguinales, et, en conséquence, il prescrivit l'application de cataplasmes de farine de lin. Au bout de quatre jours de ce traitement topique, la tumeur s'abcéda et s'ouvrit. En examinant le foyer purulent, le médecin y trouva un ver rond et long d'environ une palme, encore vivant; du reste, une pression exercée sur la tumeur n'en fit sortir que du pus de bonne nature sans la moindre trace de matière stercorale ni de chyle. Dans l'espace de quelques jours, la tumeur s'affaissa, et bientôt la plaie fut cicatrisée.

Des médicaments anthelmintiques furent ensuite administrés pendant quelques jours, mais sans provoquer l'expulsion d'aucun ver intestinal, et le malade ne tarda pas à se rétablir entièrement.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion émise par le docteur Mondière, d'après laquelle les vers lombricoïdes pourraient sortir du tube digestif et pénétrer dans la cavité péritonéale en écartant simplement les tissus, et par conséquent sans occasionner une véritable perforation. En effet, il n'est pas possible d'admettre, dans le cas dont il s'agit ici, que les intestins aient été perforés, puisqu'aucun indice de matière stercorale n'a pu être reconnu dans le pus fourni par le foyer inguinal.

(*Annales de la Soc. méd. d'Anvers.*)

Mode de traitement des ulcères des jambss; par M. le docteur POPPER, de Winterberg.

M. Popper se sert exclusivement de la solution suivante pour le traitement des ulcères des jambes.

Pr.	Pierre divine,	2 grammes.
	Eau commune,	125
F. dissoudre S. A., puis ajouter au soluté:		
	Laudanum de Sydenham,	4 grammes.
	Extrait de saturne,	50 centigrammes.
Mêler par agitation.		

On humecte avec cette solution les compresses qui servent à envelopper les surfaces ulcérées, et on réitère l'application matin et soir.

Si les ulcères sont frappés d'une grande atonie, il convient de remplacer par une égale quantité d'hydrolat de menthe crêpue l'eau commune qui figure dans la formule ci-dessus.

Il est d'ailleurs essentiel de noter ici que cette solution n'est indiquée que dans les cas d'ulcères qui ne reconnaissent pas pour cause l'existence d'une maladie organique spécifique, et que, tout en l'employant, on ne doit pas négliger l'usage d'un traitement interne approprié à l'état des sujets.

M. Popper a été conduit à prescrire les applications de cette solution dans les cas d'ulcères des membres inférieurs, par les bons effets qu'il en a obtenus contre les ulcères de la cornée transparente.

(*Oester med. Wochenschrift.*)

— Le concours pour l'agrégation, section des sciences accessoires, commencera le 1er juillet prochain.

La CINQUIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle commence le *Traité des Maladies de l'Appareil urinaire*, et contient la plus grande partie des maladies des reins, Cette partie est traitée avec les plus grands développements, et offre un intérêt pratique des plus positifs.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 13 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 69. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 12 JUIN 1844.

Encore une séance fort orageuse à l'Académie de médecine, et toujours à la même occasion!

On se souvient qu'après un débat fort animé, l'Académie avait décidé, dans sa dernière séance, que deux nouveaux membres seraient adjoints à la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Malgaigne. On devait donc considérer cette décision comme définitivement adoptée, et il ne restait plus, pour clore ce débat, qu'à nommer au scrutin les deux membres dont la commission avait demandé l'adjonction. Mais les choses se sont passées fort différemment, et surtout d'une manière fort inattendue.

Pour bien comprendre le but, la nature et l'intention du débat qui s'est engagé hier, il est nécessaire de connaître quelques circonstances étrangères à l'Académie, et qui ont eu néanmoins une grande influence sur la discussion animée dont elle a été le théâtre.

Dans un article inséré dans le dernier numéro de la *Gazette médicale*, le rédacteur appréciait à sa manière, et de son point de vue, les débats de la dernière séance. C'était son droit, et nous ne trouvons rien à redire à cela. Mais dans cet article, l'auteur, cédant trop facilement à l'impression désagréable que le résultat de cette séance avait eue pour lui, s'est laissé aller à des personnalités offensantes, à des allégations fort injurieuses contre les académiciens qui avaient parlé en faveur de l'enquête. Cela peut paraître fort singulier de la part d'un homme qui a la prétention de vouloir ramener la critique scientifique à la décence, et qui traduit devant les tribunaux des confrères dont le langage a été assurément bien moins âpre que le sien. Mais nous ne sommes pas chargé de trouver un sens à des actes qui dépassent notre faible intelligence; nous constatons seulement. Donc, MM. Roux, Velpeau et Gerdy ont été fort durement traités par le rédacteur de l'article. Qu'on nous permette de citer une seule phrase à leur adresse: « Que diraient MM. Roux, Velpeau et Gerdy, par exemple, si quelqu'un venait soumettre » à une enquête académique les résultats de la pratique si » proverbialement malheureuse du premier, les ablations de » tumeurs cancéreuses si facilement répétées du second, et les » essais si désastreux de cure radicale de la hernie du troi- » sième? » Tout l'article est écrit dans ce goût. Quant à M. Malgaigne, c'est un homme « qui avait calomnié hardiment un » de ses confrères, et qui avait audacieusement outragé la » science et la vérité. » Voilà les modèles de critique décente et polie proposée par M. Guérin à l'admiration du public médical.

C'est donc sous l'impression toute fraîche encore de cet article que la discussion a été engagée par l'honorable M. Roux; il a parlé avec dignité, mesure et convenance de l'outrage fait à sa vieille réputation chirurgicale; et, sans en tenir plus de compte qu'il ne fallait, il a sommé M. Guérin de s'expliquer sur son opposition aux travaux de la commision; travaux qu'il rend impossibles par son refus de laisser voir ses malades. M. Guérin a demandé lui-même une commission à l'Académie, il y a huit mois; aujourd'hui, et par des circonstances auxquelles il est resté étranger, cette commission est instituée, et M. Guérin refuse de l'aider dans ses recherches? Cela paraît inexplicable à M. Roux, qui emploie toujours un langage très parlementaire.

Alors la discussion s'est engagée avec une animation extrême. M. Louis a voulu, par un discours écrit, prêter l'autorité et la gravité de sa parole à la cause de M. Guérin. M. Pariset a cherché aussi à lui venir en aide. M. Orfila même, qu'on ne voit plus à l'Académie, lui a prêté son assistance. M. Castel, M. Barthélemy, ont épuisé leurs arguments en sa faveur. Il n'est pas jusqu'à M. Royer-Collard, qui, du haut de son importance scientifique, a jeté le dédain sur la presse médicale, qui a parlé du journalisme avec ce ton aristocrate et ces airs de talon-rouge qui siéent si bien au professeur d'hygiène. Mais, vains efforts, éloquence stérile! Ces messieurs proposaient tout simplement l'annulation de tout ce qui a été fait jusqu'ici; ils voulaient que la commission fût dissoute et que le mémoire de M. Malgaigne fût regardé comme non avenu. MM. Roux, Velpeau et Gerdy ont bravement résisté à l'orage. Plusieurs fois chacun ils ont pris la parole avec un plein succès. M. Gerdy surtout, à qui revient en grande partie l'honneur du résultat, a excité une explosion d'applaudissements par une improvisation éloquente et chaleureuse. M. Desportes, qui s'est donné la mission souvent courageuse de dire ce que d'autres n'osent pas, a soulevé un incident fort vif au sujet de la commission nommée par l'administration des hôpitaux, incident qui a forcé M. Blandin, membre de cette commission, à s'engager dans le débat.

Enfin, il était plus de cinq heures et l'Académie se trouvait en présence de trois propositions: la première consistait à voter l'ordre du jour de la séance dernière, c'est-à-dire à adjoindre deux nouveaux membre à la commission déjà nommée.

Par un retour fort singulier et fort inexplicable du reste, l'Académie a cru devoir défaire ce qu'elle avait fait mardi dernier, elle a rejeté cette proposition. Les partisans de la cause de M. Guérin ont voté ce rejet, et la joie se répandait déjà dans leurs rangs. Mais voici bientôt le revers de la médaille.

La seconde proposition, formulée par M. Pariset, était l'annulation complète de tout ce qui a été fait et la dissolution de la commission Malgaigne. Les partisans de M. Guérin votent pour, le reste de l'Académie vote contre, et la proposition Pariset est rejetée à une forte majorité.

Restait enfin une troisième proposition qui a été adoptée par le rejet même de la seconde, savoir: que la commission telle qu'elle a été instituée primitivement continuerait ses travaux.

Ainsi s'est terminé ce débat après deux séances tumultueuses et qui ont abouti en dernier résultat au maintien de la première décision de l'Académie. Ce vote fait honneur au bon sens et à la clairvoyance de la compagnie; c'est une protestation contre les allégations dénuées de fondement qui ont été produites envers les membres qui ont voté l'enquête. Il devrait être pour tous un enseignement grave et solennel; mais nous craignons bien qu'il ne soit pas entendu.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Abcès à l'anus récemment ouvert. Guérison de la fistule par la compression. Indication et contre-indication de ce mode de traitement. Observation recueillie par P. DAMOISEAU, interne du service.

Au n° 5 de la salle Saint-Louis, est couché un malade atteint d'abcès à l'anus.

Le temps ne me permet pas d'exposer en détail les origines diverses de ces abcès, le mécanisme de leur formation et de leur conversion en fistules. Je ne veux indiquer aujourd'hui que les points de cette grande question qui se rapportent plus spécialement au malade dont j'ai à vous entretenir.

Dans les diverses régions du corps, les parois des abcès se réappliquent habituellement sans donner naissance à un trajet fistuleux; d'où vient donc qu'il en est autrement à la marge de l'anus? La dénudation du rectum affaiblirait-elle beaucoup sa vitalité? Cela n'est pas probable, car le rectum ne ressemble pas à la peau, il ne puise pas ses vaisseaux dans le tissu cellulaire sous-jacent, il possède un réseau vasculaire riche et indépendant, et trois tuniques séparées par du tissu cellulaire entrent dans sa composition; d'où vient donc qu'après avoir été dénudé, il ne se cicatrise pas? La raison en est bien simple, la condition essentielle de toute réunion n'est-elle pas le rapprochement des surfaces que l'on veut réunir? Or l'enceinte osseuse du bassin maintenant à distance les parois des foyers purulents, rend leur cicatrisation d'autant plus difficile,

---

FEUILLETON.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN PRUSSE ET DANS LES ÉTATS SECONDAIRES DE LA CONFÉDÉRATION GERMANIQUE;

Par M. le professeur HOEFFER.

(Suite du n° 67, fin.)

ORGANISATION MÉDICALE DANS LE ROYAUME DE HANOVRE.

Dans ce pays, les médecins ne peuvent s'établir en nombre indéterminé que dans les grandes villes. Le nombre en est limité dans les villes de 4,000 âmes et au-dessous.

« Aucun médecin ne peut s'établir dans un endroit sans avoir préalablement instruit de son intention l'autorité locale, et en avoir obtenu le droit de résidence. » (Ordonnance du 18 décembre 1818.)

« Sont reconnus médecins ceux qui ont achevé le *quadriennium academicum* (1), et qui ont été jugés capable par la commission du *Staatsexamen* siégeant à Hanovre. » (Ordonnance du 12 octobre 1829.)

D'après les règlements existants, la médecine et la chirurgie forment deux branches distinctes de l'art de guérir. La loi admet deux classes de chirurgiens: 1° les chirurgiens non restreints dans l'exercice de leur profession (*Wundaerzte in unbeschraenktem Maases*); et 2° les chirurgiens restreints dans l'exercice de leur profession (*Wundaerzte in beschraenktem Maase*).

(1) La faculté de médecine de l'université de Gottingue, seule université du royaume de Hanovre, possède neuf chaires de professeurs titulaires: Anatomie; chirurgie; clinique externe (prof., Langenbeck). — Pathologie et thérapeutique spéciales; clinique interne (prof., Conradi). — Pathologie et thérapeutique générales; matière médicale; histoire de la médecine (prof., Marx). — Clinique obstétricale; médecine légale (prof., de Siebold). — Accouchements; maladies des femmes (prof., Osiander). — Anatomie comparée; zoologie médicale (prof., Berthold). — Clinique médicale; maladies syphilitiques (prof., Fuchs). — Physiologie; embryologie (prof., R. Wagner).

Outre les professeurs titulaires, il y a six professeurs agrégés et six répétiteurs qui se chargent de différents cours spéciaux. L'enseignement pratique paraît insuffisant, malgré la célébrité des professeurs. Ainsi, la clinique médicale de l'hôpital académique ne contient que trente-deux lits. La section de clinique chirurgicale n'en contient pas davantage. On cherche à remédier à ce défaut par les consultations gratuites données aux malades traités en ville (*Polyclinique*).

Les premiers ont parcouru tout le cercle des études universitaires, ce sont les docteurs en médecine et en chirurgie. Quant aux chirurgiens du second ordre, on n'exige d'eux que trois années d'études dans une université ou dans une école chirurgicale. Il ne leur est permis que de traiter certaines maladies chirurgicales dont la liste officielle se trouve dans l'ordonnance du 6 février 1835. La pratique de la médecine leur est absolument interdite.

Tous les hommes sensés et d'une autorité incontestable en pareille matière inclinent pour la suppression immédiate de cet ordre de praticiens subalternes, dont l'établissement repose sur une distinction au moins exagérée de la médecine et de la chirurgie.

HESSE ÉLECTORALE ET HESSE GRAND-DUCALE.

L'organisation médicale dans la Hesse électorale et le grand-duché de Hesse-Darmstadt, diffère trop peu de celle des autres états de l'Allemagne pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

L'enseignement des sciences accessoires (physique, chimie, etc.) ne laisse rien à désirer dans les deux universités de Giessen et de Marbourg. Mais il n'en est pas de même des études pratiques, pour lesquelles de grands hôpitaux sont indispensables.

DUCHÉS DE SAXE.

L'organisation médicale dans les duchés de Saxe ne présente rien de particulier.

L'université d'Iéna est entretenue à frais communs par les différents duchés qui se cotisent entre eux.

Le grand-duc de Weimar y contribue pour 36,000 thalers; les ducs de Saxe-Cobourg, de Saxe-Meiningen et de Saxe-Altenbourg donnent, pour leur part, chacun 4,000 à 5,000 thalers.

L'état est pauvre, il ne peut faire pour l'université tout ce qui serait nécessaire, tel est le cri général dans presque toutes les universités allemandes; mais cela est surtout vrai pour les petits Etats.

La faculté de médecine d'Iéna, dont les professeurs sont sans doute des savants du plus grand mérite (1), est une de ces facultés où les études pratiques, surtout celles de chirurgie, sont le plus en souffrance.

(1) Cours des professeurs titulaires, au nombre de cinq: Anatomie (prof., Huschke). — Pathologie et thérapeutique générales; clinique médicale (prof., Kieser). — Pathologie et thérapeutique spéciales; exercices de cliniques (prof., Succow). — Accouchements; cliniques médicale et chirurgicale (prof., Stark). — Sciences naturelles (prof., Voigt). — Il y a en outre quatre professeurs agrégés (MM. Haeser, Schoeman, Martin, Renner). — Nombre des élèves en médecine, dans le semestre d'hiver de l'année 1843: 52.

Il faut attribuer ce grave inconvénient à l'insuffisance de l'hôpital destiné aux cliniques. Dans cet hôpital, les deux divisions de médecine et de chirurgie réunies ne contiennent pas plus de 42 lits qui, d'ordinaire, ne sont pas tous occupés.

En présence de pareils faits, il faut reconnaître que l'on ne devrait établir des écoles de médecine que dans les villes qui fournissent un grand nombre de malades à l'instruction des élèves. C'est pourquoi les facultés de médecine de Paris, de Londres et de Vienne attirent tant d'élèves, et sont si supérieures aux autres facultés, sous le rapport des études pratiques.

CONCLUSIONS.

L'organisation médicale en Allemagne diffère de l'organisation médicale en France:

1° Par l'institution d'une hiérarchie complétement distincte du corps enseignant, et formée des médecins fonctionnaires publics salariés par l'Etat;

2° Par l'institution d'un comité d'examen (Staatsexamen, *examen d'Etat*) qui seul accorde le droit de pratiquer l'art de guérir, et réduit le grade de docteur, conféré par les facultés à une valeur purement honorifique;

3° Par la limitation du nombre des praticiens selon les besoins des localités;

4° Par l'organisation de l'enseignement universitaire;

5° Par l'établissement de différents ordres de praticiens.

Hiérarchie médicale. Il ne m'appartient pas de discuter jusqu'à quel point il serait opportun de créer en France des conseils médicaux de différents degrés hiérarchiques. Je me borne à constater que les médecins fonctionnaires publics sont une institution fort ancienne, qui existe et se maintient intacte dans tous les Etats de l'Allemagne, même dans ceux dont les ressources financières sont très exiguës.

Comité du Staatsexamen. L'examen d'Etat serait superflu en France. En Allemagne, il est nécessaire: l'Etat y doit contrôler sévèrement les études universitaires, en général assez négligées. Les divers examens que les élèves subissent auprès des facultés françaises peuvent remplacer les épreuves du *Staatsexamen*.

Limitation des médecins. La limitation du nombre des praticiens selon les besoins des localités n'est point universellement adoptée en

(1) La Bavière et le Hanovre.

que les alternatives de distension et de resserrement du rectum viennent encore s'opposer aux efforts salutaires de la nature.

Cela posé, ne semlbe-t-il pas que l'idée d'aider le rapprochement des surfaces à l'aide d'une mèche introduite dans le rectum, devait venir aux premiers observateurs ? C'est en effet ce qui a eu lieu, et dès les temps les plus reculés on a vanté la compression contre la fistule à l'anus. De nos jours, on n'en parle plus que pour mémoire. C'est à tort, selon nous ; car employée avec discernement, elle peut dans la majorité des cas prévenir la fistule. Si elle est tombée en désuétude, c'est qu'on a voulu en faire une méthode générale applicable à tous les cas, sans tenir compte des indications et des contre-indications.

On ne saurait assez s'élever contre cette tendance des esprits à ne voir partout que des règles sans exception, quand dans la nature, et surtout dans la nature vivante, les phénomènes offrent une variété presque infinie.

Il faut étudier individuellement et avec attention les cas que la nature nous présente, et fonder sur cette étude les indications et les contre indications.

Ainsi la compression ne sera pas applicable dans tous les cas ni à toutes les périodes de la maladie, si l'abcès, par exemple, n'est ouvert que depuis peu de temps, vingt-quatre heures, par exemple, elle pourrait augmenter l'inflammation ; s'il y avait des hémorrhoïdes très irritables, elle ne serait pas tolérée ; s'il existait des indurations, il faudrait avant tout songer à les résoudre; si l'anus était naturellement très irritable, il faudrait combattre cette sensibilité excessive. Ces complications diverses seraient attaquées par des moyens appropriés, les indurations par les antiphlogistiques d'abord et ensuite par les fondants ; les hémorrhoïdes très irritables, par le régime, les boissons émollientes, les lavements laudanisés, et par une saignée dérivative même au besoin, etc.

Si l'on a tenu compte de ces contre-indications, et que la compression ait été bien faite, les malades sont très souvent préservés de la fistule. Il serait inutile de faire remarquer que c'est là un bien grand avantage ; car personne n'ignore que l'opération de la fistule à l'anus est douloureuse, qu'elle exige en général vingt-cinq ou trente jours de repos, qu'elle peut même être suivie d'accidents funestes.

Le malade, à l'occasion duquel je suis entré dans ces détails, a été traité par la compression avec les précautions indiquées plus haut, et depuis cinq jours il est entièrement guéri; il sort aujourd'hui de l'hospice. Quand le foyer purulent a été ouvert depuis assez long-temps et que déjà la fistule existe, d'autres indications se montrent. Nous nous en occuperons plus tard.

Hydrocèle très volumineuse réduite de moitié au moyen d'une ponction préparatoire. Application de cette méthode aux kystes du sein. Avantage qu'elle présente. Précautions qu'elle réclame quand on l'applique aux hydrocèles.

Au n° 22 de la salle Saint-Louis est couché un malade affecté d'hydrocèle très volumineuse.

C'est en général une circonstance fâcheuse que d'opérer sur une très grande étendue de tissus ; et s'il était possible avant les opérations, de réduire la surface sur laquelle devront agir les instruments, nul doute qu'il ne fallût profiter de cet avantage. Si l'on a affaire à une tumeur solide en voie d'accroissement, on est réduit à la voir s'emparer de la peau sans qu'on puisse en aucune manière la lui disputer ; mais s'il s'agit d'une tumeur liquide, on peut, à l'aide d'une ponction préparatoire faite avant l'opération, réduire son volume de la moitié ou des deux tiers. Nous avons appliqué cette méthode à des kystes du sein et à des hydrocèles, et nous sommes parvenu, en diminuant ainsi l'étendue de ces tumeurs, à rendre aux régions environnantes une partie de la peau qu'elles leur avaient empruntée ; nous disons une partie, car la distension faisant perdre à la peau de sa contractilité de tissu, ne revient pas complétement à ses dimensions primitives. Rien n'est plus facile, au reste, que de constater la quantité de peau que l'on soustrait ainsi à l'action des instruments ; il suffit de circonscrire avec de l'encre la base de la tumeur avant et après la ponction préparatoire : on obtient ainsi une zone de plusieurs centimètres de largeur, qui exprime exactement l'étendue de peau restituée aux régions voisines.

Si c'est une hydrocèle que l'on a à traiter, il faut attendre, pour faire l'opération, que la plaie résultant de la ponction préparatoire soit cicatrisée ; car, avant cette époque, la distension produite par le liquide injecté pourrait amener son infiltration entre les tuniques des bourses. Six ou huit jours suffisent en général pour mettre complétement à l'abri de ce danger, et permettre en outre aux tissus de revenir sur eux-mêmes. Mais, dira-t-on, en huit jours le liquide sera reproduit, et la ponction aura été faite en pure perte. Il n'en est rien, au moins ordinairement ; nous avons pratiqué un très grand nombre de fois cette ponction préparatoire, et nous n'avons point encore observé la reproduction du liquide.

Chez le malade dont je viens de parler, la ponction préparatoire a réduit des deux tiers le volume de la tumeur. Il est resté à cet état jusqu'au huitième jour, époque à laquelle une seconde ponction a été faite. Faisons remarquer que celle-ci a été immédiatement suivie de l'injection, et que cette injection n'a pas fait disparaître la diminution de volume dont nous venons de parler. Vers le dix ou onzième jour, et par conséquent plus tard qu'à l'ordinaire, une assez grande quantité de liquide s'était accumulée dans la tunique vaginale ; nous avons fait une nouvelle ponction, et il est sorti un verre d'un liquide séreux, en tout semblable à celui qui fut extrait au moment de l'opération. Il faut ordinairement à la nature vingt-cinq ou trente jours pour qu'une semblable quantité de liquide soit absorbée ; on gagne donc beaucoup de temps en l'évacuant à l'aide du trocart, car il est d'observation pour nous qu'il ne se reproduit pas.

C'est en général au sixième jour que nous pratiquons cette nouvelle ponction, et la guérison a lieu vers le quatorzième ou le quinzième jour.

Chez notre malade le liquide ne s'est pas reproduit, et la maladie marche franchement vers la guérison.

Tumeur énorme siégeant à la partie postérieure de la cuisse. Diminution du volume et des adhérences de cette tumeur sous l'influence de la compression, des frictions faites avec la pommade d'iodure de plomb, et de l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur. Fièvre typhoïde. Perforation du canal intestinal. Mort. Opération sur le cadavre : il a été facile d'enlever la masse morbide sans léser aucun organe important.

Le nommé Valentin (Amant-Pierre), âgé de cinquante-deux ans, est entré à la Pitié le 14 novembre 1843.

Il portait à la partie postérieure de la cuisse une tumeur énorme dont il faisait remonter l'origine à quinze mois environ, et qui présentait les dimensions suivantes :

1° A la partie inférieure, sa circonférence avait 53 centimètres de longueur (1 pied 7 pouces).

2° A la partie moyenne, 57 centimètres (1 pied 8 pouces 4 lignes).

3° A la partie supérieure, 53 centimètres et demi (1 pied 7 pouces 2 lignes).

Voilà pour son diamètre transversal. Son diamètre longitudinal avait 28 centimètres de longueur (10 pouces 4 lignes).

Elle occupait toute la partie postérieure de la cuisse, depuis la partie moyenne du creux poplité jusqu'aux environs de la tubérosité ischiatique. Elle était immobile, très dure; ne présentait aucune espèce de battements ; le malade n'y ressentait aucune douleur. Il nous a raconté que dans le principe cette tumeur était petite, et que, placée sous la peau, elle avait le volume d'une noix. Quand elle eut pris le développement énorme qu'elle offre aujourd'hui, un chirurgien du pays, croyant avoir affaire à un kyste, plongea un trocart dans son intérieur, il n'en sortit rien, si ce n'est un peu de sang.

Arrivé à Paris, ce malade consulta plusieurs chirurgiens ; les uns voulaient qu'on pratiquât l'amputation de la cuisse, les autres étaient d'avis qu'il ne fallait avoir recours à ce moyen extrême que si une tentative d'extirpation de la masse morbide échouait : c'était là l'opinion de M. Lisfranc ; mais il pensa qu'il ne fallait pas procéder immédiatement à cette opération, et, se fondant sur un grand nombre de faits où il est parvenu à réduire considérablement le volume de tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses dans toute leur épaisseur, il ne désespéra pas de diminuer celle-ci d'une certaine quantité, de rendre ses adhérences moins intimes et de faciliter beaucoup les manœuvres opératoires.

Pour atteindre ce but on fit le traitement suivant :

Iodure de potassium à l'intérieur, compression méthodique exercée à l'aide de circulaires de bandes avec l'intermédiaire de plaques d'agaric ; frictions avec l'iodure de plomb.

Sous l'influence de ces moyens, la tumeur diminua d'une manière on ne peut plus manifeste. Pour connaître exactement cette diminution, on pratiqua tous les huit jours la mensuration à la partie supérieure, à la partie moyenne et à la partie inférieure de la tumeur, sur des lignes invariables tracées au nitrate d'argent, et le 10 du mois de mars on avait obtenu le résultat suivant :

La circonférence supérieure de la tumeur avait diminué de 7 centimètres (2 pouces 9 lignes) ; la circonférence moyenne de 4 centimètres et demi (1 pouce 7 lignes); la circonférence inférieure de 7 centimètres (2 pouces 7 lignes) : voilà pour le diamètre transversal.

Le diamètre longitudinal avait diminué en dedans de 3 centimètres et demi (1 pouce 3 lignes) ; en dehors de 7 centimètres et demi (2 pouces 9 lignes).

La tumeur était devenue très mobile, les muscles, ce qui n'avait pas lieu antérieurement, se dessinaient à sa surface en dedans et en dehors ; l'extirpation paraissait devoir être praticable. On attendait pour la pratiquer que la diminution de volume fût épuisée.

Du 10 mars au 23, aucune diminution n'ayant été constatée, M. Lisfranc fixa le mardi 26 pour le jour de l'opération.

La veille de ce jour le malade accusa du malaise, de la courbature ; l'appétit était nul, il y avait un peu de fièvre : l'opération fut ajournée.

Les accidents généraux s'aggravèrent rapidement, et il fut impossible de méconnaître une fièvre typhoïde. Langue sèche, dévoiement, stupeur très marquée, taches pourprées nombreuses aux jambes. Les purgatifs et les toniques employés successivement n'empêchaient pas la maladie de revêtir un caractère grave.

Toutefois le malade était arrivé au vingt-sixième jour de sa fièvre typhoïde et tout espoir de le sauver n'était pas perdu, lorsqu'il fut pris d'une douleur vive dans l'abdomen ; des vomissements survinrent, la face s'altéra profondément et la mort arriva peu d'heures après.

A l'autopsie nous trouvâmes des liquides évidemment bilieux dans le péritoine, celui-ci vivement enflammé, une quinzaine d'ulcérations profondes siégeant sur les plaques de Peyer. Une de ces ulcérations a détruit les trois tuniques intestinales, et l'iléon présente, à quelques pouces de la valvule iléo-sœcale, une perforation presque circulaire de deux lignes de diamètre.

Les viscères de la poitrine et l'encéphale sont à l'état sain.

Il restait à faire l'examen de la tumeur. M. Lisfranc procède à son extirpation avec les mêmes précautions que s'il eût opéré sur le vivant. Deux incisions semi-lunaires, réunies par leurs extrémités et parallèles à l'axe de la tumeur, sont pratiquées sur elle. Les muscles couturier, demi-tendineux et demi-membraneux, sont épanouis à sa surface interne; on les en détache assez facilement. Cela fait, on attaque la tumeur à son côté externe, où l'on trouve le biceps en grande partie étalé à sa surface, l'énucléation se fait plus facilement encore qu'en dedans, et en quelques minutes l'opération est terminée. On constate que les vaisseaux et les nerfs poplités sont indépendants de la tumeur, l'uretère et la vessie sont refoulés en dedans et les nerfs en dehors.

La surface extérieure de la tumeur est inégale et bosselée. Des coupes pratiquées dans son épaisseur font voir une composition des plus hétérogènes. Ici l'on trouve des tissus évidemment squirrheux criant sous le scalpel, là une sorte de gélatine ; plus loin, de véritable encéphaloïde. Des cloisons fibreuses traversent la tumeur en différents sens et semblent établir une ligne de démarcation entre les diverses espèces de tissus.

Il serait inutile maintenant de dire combien à l'aide de la thérapeutique ordinaire l'opération eût été simplifiée et combien on avait d'espérance d'obtenir la guérison de ce malade, si une fâcheuse complication n'était pas venue enlever toutes les espérances du chirurgien.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Pleuro-pneumonie. — Diagnostic différentiel. (Suite.)

La toux n'existe pas dans la pleurodynie, de sorte que si

Allemagne. Elle n'existe que dans quelques Etats (1). Et là, il faut l'avouer, elle cause un mécontentement profond.

Organisation de l'enseignement universitaire. Les sciences accessoires sont enseignées, en Allemagne, par les professeurs de la faculté de philosophie, dont l'aspirant au doctorat en médecine doit se constituer l'élève pendant un ou deux ans.

Pendant tout le cours des études médicales, l'élève n'est soumis à aucun examen officiel; il jouit, pendant quatre ans, d'une liberté illimitée dans le choix des leçons et dans l'emploi de son temps ; enfin, l'examen de docteur, qu'il subit devant la faculté de médecine, n'est souvent qu'une pure formalité. Le *Staatsexamen* comble cette lacune.

Les études théoriques qui forment le médecin *savant* sont plus fortes, le cadre en est plus complet dans les facultés de médecine allemandes que dans les facultés de médecine françaises, qui sont encore dépourvues de chaires d'histoire de la médecine, de micrographie, d'anatomie et de physiologie comparées. Mais, en retour, les études de clinique, qui font le médecin *praticien*, y sont plus faibles, ce qui tient, en grande partie, à l'organisation vicieuse des hôpitaux de l'Allemagne.

Etablissement de différents ordres de praticiens. Le premier ordre de praticiens comprend les docteurs en médecine et en chirurgie. La classification des ordres inférieurs porte, en Allemagne, sur les chirurgiens plutôt que sur les médecins proprement dits.

Dans quelques Etats, cependant, les chirurgiens ont aussi le droit d'exercer la médecine, mais avec certaines restrictions qui les placent alors dans une condition analogue à celle des officiers de santé en France. Cette analogie est surtout vraie pour les *médico-chirurgiens non gradués*, ou, comme on les appelle encore, les *chirurgiens de 1re classe* en Prusse.

Ici se présente une des questions les plus controversées de toute l'organisation médicale.

« Faut-il maintenir ou supprimer les médico-chirurgiens non gradués ? »

Cette question est aujourd'hui vivement agitée en Prusse.

Je demanderai à Votre Excellence la permission de m'arrêter un moment sur ce point important.

J'ai dit plus haut que le célèbre chirurgien Rust fut le principal promoteur de l'ordonnance qui institua en Prusse la catégorie des *médico-chirurgiens non gradués*. Les objections et les critiques que souleva cette institution avaient quelque chose de personnel pour Rust, qui se chargea lui-même d'y répondre.

Voici, en résumé, ces objections et ces réponses :

Première objection. Les médico-chirurgiens non gradués sont des demi-savants qui augmentent sans nécessité le personnel médical, et font plus de mal que de bien.

Réponse. Il y a partout, sinon de droit, du moins de fait, deux catégories de médecins : les médecins savants et les médecins praticiens. Les premiers travaillent aux progrès de la science pure, n'aiment pas, en général, à descendre dans les détails de la pratique. Les derniers prodiguent des secours à l'humanité souffrante; pour eux la science est un art. Le praticien peut donc rendre d'aussi grands services que le savant.

Deuxième objection. Puisqu'on reconnaît aux médico-chirurgiens non gradués la capacité d'exercer la médecine, n'est-il pas injuste de leur imposer des restrictions en ne leur permettant la pratique médicale que dans un rayon déterminé? Il est inique et inhumain de donner de plus mauvais médecins aux habitans de la campagne qu'aux habitans des villes.

Réponse. Il ne s'agit pas ici d'un appréciation de capacité ; il s'agit d'une mesure purement administrative, nécessitée par les circonstances. D'ailleurs, on exige des médico-chirurgiens non gradués les mêmes connaissances pratiques que des médecins gradués.

Troisième objection. Les médicoechirurgiens non gradués nuisent aux droits des medecins gradués. Demandant moins d'honoraires, ils agrandissent leur clientèle aux dépens de celle des docteurs.

Quatrième objection. La médecine est *une et indivisible;* elle n'admet point de distinction de praticiens. Celui qui est médecin doit pouvoir l'être partout, et dans toute l'acception du mot. Dans tout autre système, il n'y aura que des *demi-médecins* ou des *demi-chirurgiens*, système dangereux pour la santé et la vie des citoyens.

Les réponses aux deux dernières objections sont fort vagues, et laissent tout l'avantage aux adversaires de l'institution des médico-chirurgiens non-gradués.

Dans ce grave débat, quelle est l'opinion du conseil médical supérieur, adjoint, en Prusse, au ministère de l'instruction publique et des cultes ? Quelle décision prendra-t-il ?

Je crois être assez bien informé, pour pouvoir affirmer que l'institution des médico-chirurgiens non gradués ne tardera pas à être révoquée en Prusse. C'est là, je le sais, l'avis formel des membres les plus considérables du conseil médical supérieur de Berlin.

Ces membres pensent que le nombre toujours croissant des docteurs suffira à tous les besoins du service médical, tant dans l'ordre civil que dans l'ordre militaire; de plus, que toute catégorie de praticiens subalternes est en quelque sorte une prime d'encouragement donnée au charlatanisme et à l'ignorance.

l'on a à observer une violente douleur de côté, et qu'en même temps la toux manque complétement, on peut être sûr que l'on n'a affaire qu'à une pleurodynie. La pleurésie, au contraire, s'accompagne d'une toux souvent fatigante, mais toujours sèche, et cela se comprend facilement. Que pourrait, en effet, cracher un malade affecté de pleurésie?

Lorsque Pinel a écrit que la pleurésie se termine par une expectoration abondante, cela peut être vrai dans quelques cas, parce qu'alors il y a véritable bronchite consécutive; mais dans la pleurésie pure et simple, la toux est toujours sèche, très douloureuse; aussi les malades cherchent-ils le plus possible à se retenir. Dans la pneumonie, la toux est moins douloureuse; elle est pénible, suivie d'expectoration sanglante caractéristique. Dans le catarrhe bronchique, la toux est aussi suivie d'expectoration, mais les matières expectorées sont d'une nature différente.

La nature et l'aspect des crachats sont toujours caractéristiques. Jamais, dans aucune autre maladie, vous ne rencontrerez des crachats absolument semblables à ceux de la pneumonie. Voici, du reste, les caractères de ces crachats: ils sont médiocrement abondants, aérés, transparents, écumeux, d'une viscosité telle que l'on ne peut les détacher du vase, même en renversant le crachoir sens dessus dessous; ils présentent une couleur rouillée, d'un jaune plus ou moins foncé, tirant même sur le rouge-safran. Voilà les caractères que présente l'expectoration de la pneumonie.

Lorsque les crachats offrent ces caractères, il est impossible que la pneumonie n'existe pas. Mais le diagnostic n'est pas toujours aussi facile, et pendant les premiers jours, la toux est sèche, sans aucune expectoration. A cette période de la maladie, on peut assez facilement confondre la pleurésie avec la pneumonie. C'est à un observateur distingué, M. Marandel, que l'on doit d'avoir découvert et le premier signalé ce fait, qu'au début d'une phlegmasie les sécrétions étaient suspendues.

Dans le catarrhe bronchique, les crachats présentent toujours des caractères différentiels de ceux de la pneumonie. D'abord filants, transparents, ils ne présentent jamais aucune trace de sang; ou s'ils en présentent quelques filets, c'est du sang strié et nullement combiné avec le mucus bronchique, comme dans l'inflammation du parenchyme. Plus tard, à une période plus avancée de la maladie, les crachats deviennent opaques, d'un jaune-verdâtre; ce sont les crachats de coction. Lorsque la bronchite se termine par résolution, les crachats ne tardent pas à redevenir transparents comme ceux de la première période.

Je ne parlerai point de la dyspnée, qui ne peut guère fournir d'éléments de diagnostic. Elle existe, en effet, dans toutes ces maladies. Par ce que nous venons de dire ici, l'on voit que, même sans le secours de l'auscultation et de la percussion, on peut venir à bout de reconnaître et de différencier ces affections; ce que l'on faisait, mais d'une manière beaucoup moins certaine, avant la découverte de ces deux moyens. Passons maintenant à l'examen des signes que l'on peut tirer de l'auscultation et de la percussion.

Un malade vous étant présenté, vous le percutez. Je suppose que vous savez ce que l'on peut reconnaître par la percussion, et toutes les conditions qui peuvent modifier la résonnance. Je suppose que vous savez que dans certaines régions de la poitrine le son est toujours moins clair que dans d'autres points, par suite du développement des muscles pectoraux, ou des mamelles par exemple, ou de la présence de l'omoplate, à la partie supérieure et postérieure.

S'il n'existe qu'une pleurodynie, la percussion ne vous donnera que des renseignements négatifs. La résonnance sera aussi bonne dans la région de la douleur que dans tout le reste de l'étendue de la poitrine. Ce sera la résonnance physiologique.

Dans le cas de pleurésie, la résonnance peut singulièrement varier, ainsi que la nature de l'altération locale. Dans la première période, il n'y a pas de suffusion séreuse. La pleurésie, dans les premiers jours, ne donne lieu à aucun épanchement; ce n'est guère qu'au bout de vingt-quatre heures que l'on voit apparaître les premiers signes qui l'indiquent. Dans le cas où il y a pleurésie sèche, la percussion fait constater une résonnance à peu près normale. Mais sitôt qu'il y a épanchement de sérosité, il y a matité. Après quelques jours de durée, on constate un son mat dans la partie la plus déclive de la cavité thoracique. Laennec pensait que l'épanchement commençait à se faire au bout de quelques heures seulement; mais il s'était évidemment trompé. Il aura probablement recueilli les faits sur lesquels il appuie son opinion, chez des sujets qui lui auront donné des renseignements inexacts, qui lui auront dit n'être malade que depuis quelques heures, mais qui l'auront évidemment induit en erreur. Au début d'une phlegmasie, comme nous l'avons déjà dit plus haut, il y a plutôt diminution qu'augmentation de sécrétion.

Lorsque la suffusion séreuse devient sensible, la percussion donne un son obscur. Avant d'aller plus loin, quel est le moyen de reconnaître que c'est par un épanchement de liquide qu'est produite la matité, plutôt que par toute autre cause? Un sujet qui est atteint d'une fièvre intermittente vous est présenté. Vous percutez les hypochondres, et l'hypochondre droit est mat. Nous vous dirons plus loin comment ici l'auscultation vient à votre aide.

Le point que je traite ici a singulièrement occupé Laennec. Il est curieux de voir avec quelle satisfaction il cherche à établir la supériorité de l'auscultation sur la percussion: « La percussion de la poitrine, dit-il, est sans contredit l'une des découvertes les plus précieuses dont la médecine se soit enrichie. On ne peut nier cependant qu'elle ne laisse encore beaucoup à désirer. Elle n'indique souvent rien dans la phthisie pulmonaire, et dans aucun cas elle ne peut faire distinguer cette maladie de la péripneumonie chronique. Dans la péripneumonie, elle est d'un faible secours quand l'engorgement inflammatoire occupe seulement le centre du poumon, ou quand les deux poumons sont affectés à la fois d'une manière légère ou à peu près égale. Elle ne donne aucun signe pour faire distinguer cette maladie de la pleurésie, de l'hydrothorax ou de tout autre épanchement dans la plèvre. Elle ne fournit aucun moyen de reconnaître le pneumothorax, ou plutôt elle devient une cause presque nécessaire d'erreur dans ce cas, etc... L'auscultation médiate, au contraire, donne à cette méthode une importance toute nouvelle, et en étend l'usage à beaucoup de maladies dans lesquelles la percussion seule n'indique rien, ou peut même devenir une source d'erreurs..... Par le moyen de l'auscultation, dit-il encore, j'ai obtenu des signes nouveaux, sûrs, saillants pour la plupart, faciles à saisir et propres à rendre le diagnostic de presque toutes les maladies des poumons, du cœur et des plèvres plus certain et plus circonstancié peut-être, que les diagnostics chirurgicaux établis à l'aide de la sonde ou de l'introduction du doigt. »

(Laennec, *Introd.*)

Cependant il est des cas où la percussion peut suffire à faire reconnaître s'il y a épanchement ou si la matité est déterminée par toute autre cause. Dans la pneumonie, par exemple, il y a aussi matité, mais il y a cette différence que dans la pleurésie la matité occupe la partie la plus déclive, tandis que dans la pneumonie il n'en est pas de même, à moins que la pneumonie ne soit située tout à fait en bas. Nous avons dit que dans la pleurésie, presque toujours le liquide est situé à la partie la plus déclive. On a cru pouvoir changer la matité de place en faisant alternativement coucher le malade sur le dos, sur le ventre et sur le côté. Cela, nous devons le dire, est très joli dans les livres et semble très facile; mais il n'en est pas de même dans la pratique; cela ne se fait pas aussi bien chez le vivant, et toutes ces manœuvres ont en outre l'inconvénient de fatiguer le malade.

On a dit qu'il y avait des épanchements qui pouvaient être circonscrits par des fausses membranes: cela n'est pas impossible, mais c'est au moins excessivement rare, et peut être en pourrait-on citer à peine deux ou trois exemples. C'est plutôt de la théorie que le résultat de l'expérience. Nous n'insisterons pas plus sur les détails, ils viendront au lit du malade.

Ainsi dans la pleurodynie, pas de matité; matité au contraire dans la pleurésie avec épanchement et la pneumonie.

Dans la bronchite on observe un son normal partout. Lorsque l'air ne peut plus, même par les fortes inspirations, pénétrer dans les dernières cellules pulmonaires, cela donne lieu seulement à la suspension du murmure vésiculaire; mais la percussion donne toujours une résonnance parfaite. Voilà où en était la science, lorsque Laënnec vint enseigner à distinguer ces différents états, et faire toucher du doigt, pour ainsi dire, toutes ces différentes lésions.

Dans la pleurodynie, vous appliquez l'oreille sur le point douloureux de la poitrine: la respiration est pure dans toute l'étendue du thorax. Nous voilà par cela seul suffisamment édifié sur l'état du poumon. Ici une réflexion pratique me vient à l'esprit, que je dois vous soumettre, et qui vous sera peut être plus d'une fois utile. Vous êtes appelé près d'un sujet qui se plaint d'une douleur de côté très vive, superficielle, augmentant par la pression. Il n'y a ni toux ni expectoration; la résonnance et la respiration sont parfaitement normales. Vous examinez attentivement le malade, et vous vous retirez convaincu de n'avoir affaire à rien autre chose qu'à une pleurodynie. Mais le lendemain ou le surlendemain vous trouvez des signes de pleurésie avec épanchement manifeste, la pleurodynie s'est transformée en pleurésie. La pleurodynie, qui est peut-être un rhumatisme, est peut-être capable de passer des parois de la poitrine à la plèvre elle-même. Ainsi donc, dans la pleurodynie, pas de phénomène anormal du côté de la respiration; dans la pleurésie, quand elle est sèche et qu'elle débute, on n'entend qu'un peu de frottement. Un épanchement se fait il, la percussion indique un son obscur; en appliquant l'oreille, pas de murmure vésiculaire; s'il arrive jusqu'à l'oreille, il est très obscur, éloigné. Au niveau du sommet du liquide un souffle bronchique remplace le bruit respiratoire. Dans le point où vous entendez ce souffle, vous entendez, si vous faites parler le malade, un chevrottement circonscrit qui vient frapper désagréablement l'oreille, chevrotement qui ressemble au bêlement d'une chèvre; c'est l'*égophonie*.

Laënnec avait pensé avec raison que ce phénomène, dû au retentissement de la voix, devait s'entendre constamment à la partie supérieure du liquide; il pensait également qu'il était produit par une vibration produite par le frémissement de la voix à la surface de la sérosité épanchée, et qu'il constituait un symptôme pathognomonique spécial. Quoique très précieux, ce signe n'est pas absolument et constamment pathognomonique de l'épanchement. Chez quelques sujets, la résonnance naturelle de la voix à la racine du poumon, présente ce caractère aigre et chevrotant, mais ceci constitue une exception assez rare dont on doit seulement faire la part lorsque la percussion et les autres symptômes soit généraux, soit locaux ne donnent aucun renseignement. Dans l'immense majorité des cas l'égophonie est un signe auquel on reconnaît l'épanchement d'un liquide dans la cavité pleurale.

Ainsi donc, si un sujet vous accuse une douleur de côté vive, augmentant par les inspirations surtout, si la percussion vous fait constater de la matité dans la partie inférieure de la poitrine, si le niveau de la matité change suivant la position que vous faites prendre au malade, s'il y a absence du murmure vésiculaire, souffle bronchique et égophonie lorsque le malade parle à haute voix, vous ne pouvez pas demander davantage, il y a pleurésie.

Maintenant que nous vous avons indiqué les signes des affections qui peuvent être confondues avec la pneumonie, examinons ceux qui sont propres à l'inflammation du parenchyme pulmonaire lui-même. La pneumonie reconnaît plusieurs degrés. Dans le premier degré, l'air pénètre encore dans les cellules pulmonaires. Lorsqu'on fend le parenchyme pulmonaire, il s'en échappe une mucosité filante, visqueuse, peu abondante, adhérente au doigt qui les touche. A un degré plus avancé, l'air ne pénètre plus dans les dernières cellules pulmonaires; une tranche de l'organe jetée sur l'au ne surnage plus, et le tissu ressemble plus ou moins à celui du foie. C'est cette ressemblance qui a fait dire que le poumon était *hépatisé*. Le tissu reste rouge, plus dense en apparence qu'à l'état normal; il a perdu en densité réelle et gagné en pesanteur. Nous voulons dire que la résistance que le tissu faisait sentir à la pression n'est pas si considérable qu'à l'état normal, mais que le poids spécifique en est augmenté.

Dans un troisième et dernier degré, le tissu parenchymateux a la même densité qu'au second, mais l'aspect extérieur que présentent les tranches à la section n'est plus le même; de rouge, il est devenu jaune, livide, quelquefois même d'un blanc jaunâtre. Le doigt, appuyé sur cette surface, y pénètre facilement; et lorsqu'on le retire, la cavité qu'il a déterminée se remplit bientôt d'un liquide séro-purulent abondant.

Il est un autre état du poumon bien intéressant à connaître et à étudier, c'est l'état de résolution, la période de retour. Alors l'air recommence à pénétrer peu à peu dans le poumon, les cellules redeviennent peu à peu perméables, le tissu reprend graduellement sa couleur et sa consistance normales. Vous voyez comme, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, le praticien arrive à préciser l'étendue et la nature des lésions que présente le parenchyme pulmonaire. C'est certainement, après la guérison du malade, un des points les plus satisfaisants de la pathologie.

Dans un prochain article, nous terminerons ce qui est relatif au diagnostic, et nous établirons le traitement.

D[r] A. F.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juin. — Présidence de M. Ferrus.

M. C. Broussais annonce à l'Académie que l'exhumation du corps de son père du tombeau provisoire où il repose au Père-Lachaise pour être transporté au Val-de-Grâce, aura lieu jeudi prochain à une heure. M. le président nomme une commission pour assister à cette cérémonie; elle se composera de MM. Ferrus, Nacquart, Devilliers, Roche, Bouillaud et Gaultier de Claubry.

— *M. Villermé* réclame l'échange des Mémoires et du Bulletin de l'Académie avec ceux de l'Académie des sciences de Bruxelles.

M. Mérat dit que la chose sera difficile à cause du petit nombre d'exemplaires dont l'Académie peut disposer.

— *M. Roux.* Avant d'aller plus loin dans l'ordre du jour que nous avons fixé mardi dernier, je crois important de demander à M. Guérin ce qu'il entend faire relativement à la commission nommée, et s'il persiste dans son intention de lui susciter des obstacles. Si telle est son intention, il est évident que les efforts de la commission seront inutiles et qu'il est impossible qu'elle agisse. S'il continue à mettre des obstacles à ce que la commission voie les malades, il est inutile d'aller plus loin. M. Guérin a rappelé qu'il avait lui-même demandé une commission à l'Académie, et il s'est plaint qu'elle lui ait été refusée. Eh bien! voilà que cette commission est instituée, et il met des entraves à ses travaux? Cela me paraît inexplicable. Non seulement M. Guérin ne veut pas de cette commission, mais encore, en dehors de l'Académie, il se livre à des attaques, à des accusations, à des injures contre les membres qui manifestent le désir de connaître la vérité. J'ai reçu exceptionnellement, comme beaucoup d'entre vous sans doute, le dernier numéro de la *Gazette médicale*, à laquelle je ne suis pas abonné, et où j'ai eu l'honneur, de compagnie avec MM. Velpeau et Gerdy, d'être gravement insulté. (Rumeur.) Je dis honneur, car dans les circonstances actuelles, je me trouve honoré des facéties et des injures de M. Guérin. (Interruption.)

M. Barthélemy. Tout ceci est étranger à l'Académie. Monsieur le président, vous devriez rappeler M. Roux à la question.

M. Roux. Je crois ne rien dire qui puisse blesser la susceptibilité de l'Académie, et je peux, sans inconvenance assurément, rappeler comment M. Guérin traite ses collègues qui veulent procéder à une enquête. Du reste, je finis en interpellant formellement M. Guérin sur ses intentions.

M. Louis déroule un manuscrit qu'il veut lire de sa place. On l'invite à monter à la tribune, ce qu'il fait.

Je n'assistais pas, dit-il, à la dernière séance de l'Académie, et je n'ai pu me mêler à la discussion qui a eu lieu. Je viens aujourd'hui, avant que l'Académie aille au scrutin, lui dire mon opinion sur la question qui l'occupe. L'Académie désire, sans doute, être éclairée sur la valeur des faits invoqués par M. Guérin; mais les moyens qu'on lui propose pour arriver à ce résultat sont-ils efficaces? Je ne puis le croire. Une commission a été nommée dans le sein des hôpitaux, qui s'occupe de ce sujet avec le plus grand zèle et avec tous les matériaux convenables. Pourquoi ne pas attendre son rapport? Ici, que vous propose-t-on? d'aller examiner les malades d'un de vos collègues sans son assentiment et malgré lui; c'est une chose inouïe et probablement sans exemple. Que diriez-vous si, pour chacun de vous et à l'occasion de votre pratique on venait proposer une enquête? Et d'ailleurs les faits que l'on vous propose d'examiner, saurez-vous à quelle catégorie ils appartiennent dans le relevé de M. Guérin? Juger sur des documents semblables, messieurs, ce n'est pas de la justice. Et encore qui nommez-vous dans cette commission? l'adversaire le plus acharné de M. Guérin (violents murmures et réclamations), celui qui a le plus d'intérêt à le voir succomber. (Allons donc!) Mais le public attend, et tôt ou tard il est juste!

Je me résume en disant: le travail de la commission ne peut mener à rien; il n'est pas permis à l'Académie de scruter la pratique d'un médecin et surtout celle d'un de ses membres. (Ce discours est suivi d'une vive agitation.)

M. Guérin. M. Roux m'a positivement démandé si je continuerais à m'opposer aux recherches de la commission. Je suis fort étonné de cette interpellation, après ma déclaration explicite dans la dernière séance. J'ai dit et je répète que je n'ai apporté aucun obstacle à la commission, mais que je ne l'avais pas secondée (rires). J'ai supposé que l'on ne pouvait me demander autre chose chose que la neutralité. Il y a dix mois, j'ai demandé une commission à l'Académie, parce qu'alors je pouvais croire que la question resterait dans le domaine scientifique. Depuis, un médecin est venu lire un mémoire dans un tout autre but. J'ai dû alors refuser de participer à une enquête et je persiste. On a insinué que je m'opposais à la vérification des malades et que je les empêchais de se rendre dans le sein de la commission. Plusieurs causes s'opposent à ce que la commission ne voie pas ces malades; les uns ne sont plus à Paris, les autres ne veulent pas; d'autres enfin n'ont pas reçu de lettres de convocation, ou du moins n'en ont que d'une main dont je connais bien l'écriture. Je persiste à ne pas favoriser une enquête qui porte atteinte à ma dignité d'homme, de savant et d'académicien.

M. Gerdy. Je partage l'opinion de M. Louis et de M. Cloquet. Oui,

il n'entre pas dans ma pensée qu'on puisse aller scruter dans la pratique privée d'un collègue; il ne serait ni noble, ni généreux, ni convenable d'agir ainsi; et si c'était de cela qu'il s'agit en ce moment, je m'y refuserais énergiquement. Mais, Messieurs, les circonstances ne sont pas telles qu'on les indique. (Ecoutez, écoutez!) Si un jour un médecin venait dire et publier : J'ai fait des cures miraculeuses; ce que vous ne savez pas guérir, je le guéris; là où votre art est impuissant et stérile, le mien est efficace et bienfaisant; j'ai reculé les limites de la science; je fais ce que personne n'a fait avant moi, ce que la chirurgie de tous les temps et de tous les hommes regarde comme impossible; oh! alors, Messieurs, je dis que tout cela mérite attention, examen, enquête, et que ce serait une grande faute de laisser passer sans y prendre garde des assertions semblables, émises d'ailleurs par un homme de valeur. (Très bien.) Et si celui qui émet ces assertions extraordinaires, au lieu de se prêter à l'examen, cache soigneusement ses succès et les dérobe à tous les yeux, je dis alors que c'est le devoir de la presse médicale, de la presse sentinelle vigilante et attentive de l'honneur, de la dignité, de la vérité de la science, de s'informer, de s'enquérir; et si elle arrive à des convictions opposées, je dis qu'elle fait bien de les exprimer, et qu'en agissant ainsi elle fait acte de bon citoyen. (Bravo.) Et si l'homme dont la presse contrarie les assertions vient ensuite dans son journal verser l'injure et le mépris sur ses collègues, attaquer sans aucune espèce de preuves leur pratique chirurgicale, je dis que celui-là seul est un calomniateur. (Vive sensation.)

Messieurs, dans les faits dont nous nous occupons, faits extraordinaires et surnaturels, je vois dissidence profonde. Quand les uns disent oui, quand les autres disent non, l'Académie ne peut pas ne rien dire. Evidemment, il faut voir. Je ne comprends pas qu'on élève des scrupules à cet égard. Il est temps, enfin, de réduire à sa juste valeur cette opinion que le malade est la propriété du médecin, sa chose, son bien, dont il peut disposer à son gré. C'est là une idée monstrueuse de le considérer en quelque sorte comme une bête de somme. L'Académie ne peut pas consacrer de tels principes. On dit encore que des passions s'agitent au-dessous de la question scientifique, cela peut être; mais comment le saurez-vous, si vous restez dans l'inaction? Au nom de l'humanité, au nom de la science, je supplie M. Guérin de faire voir ses malades; s'ils sont guéris, je m'engage à le proclamer. Mais s'il s'obstine à les cacher, je serai le premier à croire que tout cela est louche. Ce serait une insigne faiblesse de l'Académie de s'arrêter maintenant. Elle est dans son droit en poursuivant l'enquête, je dis même que son honneur y est intéressé, car elle aurait l'air de reculer devant les injures que la *Gazette médicale* a déversées sur MM. Roux et Velpeau, et sur moi-même. Vous dites que les convenances s'y opposent; Messieurs, je ne connais pas de convenances en dehors du devoir; le devoir avant tout; les convenances pour certaines gens sont la faiblesse, la pusillanimité; c'est le fruit d'une civilisation immorale et de mœurs corrompues. (Explosion d'applaudissements et de trépignements.)

M. Guérin (pour un fait personnel). Deux membres viennent de faire allusion à des faits étrangers à l'Académie; je me borne à le faire remarquer.

M. Royer-Collard. Je me trouve embarrassé pour dire ma pensée, et je ne sais trop comment je vais conclure. Tout ce que j'entends me blesse et m'indigne... (Violents murmures.) Oui, et je ne suis pas le seul dans cette enceinte. (C'est vrai, c'est vrai) Que dit-on au dehors de l'Académie? Qu'au lieu de s'occuper de travaux scientifiques, elle perd son temps dans de vaines querelles personnelles; qu'on y crie, qu'on s'y prend aux cheveux, qu'elle donne tous les jours l'exemple du scandale. N'est-il pas temps de faire taire ces accusations? On parle d'attaques de journaux; mais qui de nous peut être atteint par une attaque de journal? J'ai moi-même, m'a-t-on dit, souvent été injurié; j'ai toujours dédaigné de lire ces injures, et je n'en ai jamais fait aucun cas. L'Académie ne peut pas résoudre la question qui lui est soumise. Je propose donc qu'on retranche toute discussion, et qu'on annule tout ce qui a été fait. (Appuyé, appuyé.)

M. Pariset. On aura beau faire et prendre toutes les précautions possibles, on ne persuadera jamais au public que l'Académie ait jugé avec impartialité. On croira toujours qu'il y a des animosités en cause. Je ne suis ni pour M. Guérin ni contre M. Malgaigne, je ne vois que l'Académie, que sa dignité. Je propose de tout annuler. (Agitation croissante.)

M. Londe. M. Guérin n'a rien présenté à l'Académie sur cette question. Il n'y a donc pas lieu de faire un rapport pour ce qui le concerne. Reste, il est vrai, le mémoire de M. Malgaigne; mais ce mémoire attaque M. Guérin, et l'Académie ne peut pas se constituer juge d'un de ses membres. J'appuie donc l'annulation.

Sur plusieurs bancs. La clôture! la clôture!

M. Barthélemy Je propose que la commission reste ce qu'elle est.

La clôture est de nouveau demandée par plusieurs membres.

M. le président cherche à expliquer les propositions diverses qui ont été émises, et annonce qu'il va d'abord mettre aux voix la clôture de la discussion.

Un violent tumulte s'élève à cette occasion. La plupart des membres se lèvent et parlent au milieu du bruit et tous à la fois. Nous distinguons la voix de M. Gerdy, qui s'élève avec force contre la clôture. Enfin, après une interruption de plusieurs minutes, la clôture est mise aux voix et rejetée.

M. Velpeau. On vient d'articuler le mot scandale, on doit voir d'où le scandale vient, et quelle en est la source. Plusieurs assertions ont été émises dans cette discussion qu'il importe de ramener à leur valeur véritable. On nous a dit : les besoins de la science seront largement et suffisamment satisfaits par la commission des hôpitaux; elle a été instituée précisément pour juger la valeur et les résultats de la méthode que vous voulez juger par voie de commission académique qui, celle-ci, ne pourra rien faire et rien produire. Tout cela est inexact. La commission des hôpitaux a été instituée pour juger la ténotomie en général; elle s'occupera de voir la section des muscles dans le pied-bot, dans le strabisme, etc., toutes choses sur lesquelles le monde chirurgical est à peu près édifié. Mais la grande question, la question spéciale, celle dont l'examen nous a été déféré par M. Malgaigne, c'est la question de la ténotomie appliquée aux déviations du rachis. Voilà le point spécial que la commission académique aura à examiner. D'ailleurs, s'il faut en croire ce qui a été dit et écrit, la commission des hôpitaux aurait été instituée pour savoir s'il y avait lieu ou non à conserver à M. Guérin le service provisoire d'orthopédie à l'hôpital des Enfants.

M. Orfila. Je demande la parole.

M. Velpeau. Ainsi donc la commission des hôpitaux et la commission académique n'ont rien de commun; elles ne sont pas parallèles; elles ne s'occuperont pas des mêmes questions. Nous ne voulons juger, nous, que les merveilles de la ténotomie à l'endroit des déviations rachidiennes, et cela d'après les éléments contenus dans le mémoire de M. Malgaigne.

M. Louis nous a dit que l'Académie avait nommé précisément des commissaires hostiles à M. Guérin. Je me doute bien à qui cela s'adresse. (Rires.) Mais je lui demanderai où il a trouvé, autrement et ailleurs que dans les injures que m'adresse quotidiennement M. Guérin, que j'étais son ennemi? Que l'on consulte tous mes écrits, on y trouvera souvent une opposition scientifique à M. Guérin, mais rien qui ressemble à cette haine, à cette inimitié profonde dont on a parlé. M. Guérin est sans doute mon ennemi, et il le prouve tous les jours; je ne suis pas le sien, mais seulement je suis l'ennemi de l'erreur et de l'imposture. A l'égard de la ténotomie rachidienne, je suis de ceux qui doutent, qui doutent fortement, et quoique je sache où M. Guérin conduit ceux qui se permettent ce doute, je n'hésite pas à l'exprimer publiquement.

Ce que je crois, c'est que, rétorquant contre la commission des hôpitaux ce qu'on a dit de la commission académique, la première ne mènera à rien. On s'élève contre l'idée d'aller visiter des malades. Si c'étaient des malades de la pratique particulière, je le concevrais; mais ici, ce sont des malades traités dans les hôpitaux et qui sont dans le domaine public, pour ainsi dire. Dans le monde rien n'est facile comme de trouver des guérisons. Les familles sont intéressées à ce que cette idée s'établisse; les jeunes personnes bien plus encore, et l'on sait combien, avec l'artifice de toilette, il est facile de cacher une proéminence ou une déviation.

Pour mon compte, rien ne m'empêchera de voir des malades, et je croirai le faire sans indignité. Remarquez, Messieurs, que la question a eu un grand retentissement, que le public médical attend votre décision, et que vous ne pouvez pas faillir à vos devoirs. (Approbation.)

M. Castel. Il n'y a pas de tyrannie plus difficile à supporter que la tyrannie de l'amour-propre; l'Académie se trouve en ce moment sous cette tyrannie. Que de sophismes ont été invoqués pour engager l'Académie à persister dans la voie fausse qu'on suit! On a invoqué la morale; mais la morale ne prescrit-elle pas de s'aimer les uns les autres? (Hilarité générale et prolongée. — Une voix : Embrassez-vous, et que cela finisse. L'hilarité redouble.) M. Gerdy fait bon marché des convenances, et les regarde comme le fruit de la civilisation; mais les sauvages eux-mêmes..... (Explosion de rires. — La suite du discours de l'orateur se perd dans l'hilarité de l'assistance.)

M. Cornac. Ne disputons plus. (Bravo.) L'Académie a un moyen très simple de sortir d'embarras. Si elle ne veut pas de l'enquête, qu'elle nomme deux membres qui lui sont favorables, et la commission n'aura plus qu'à aller en avant.

M. Orfila. (Attention.) Je voulais rester étranger à ce débat; mais une assertion émise par M. Velpeau m'engage à prendre la parole. M. Velpeau a dit que la commission des hospices avait été nommée pour décider si on conserverait ou non à M. Guérin le service temporaire de l'hôpital des Enfants. Cela est inexact. Elle n'a pas cette mission, mais seulement de juger les faits produits par M. Guérin. Ces faits embrassent la ténotomie dans toutes ses applications. La commission n'a pas voulu des faits passés, parce qu'elle a cru qu'une excurvation tuberculeuse de 1840, par exemple, serait pareille en 1844.

M. Rochoux. L'ordre du jour est bien tel que l'a indiqué M. Cornac; il faut maintenir la commission.

M. Desportes. La commission des hôpitaux a été nommée sous des influences telles, que sa décision est frappée d'avance de nullité. L'Académie est investie régulièrement de la question et doit aller en avant; l'autre commission est frappée de discrédit. (Mouvement. MM. Orfila et Louis s'agitent.)

M. Velpeau revient sur son argumentation, et soutient contre M. Orfila que le but de la commission des hôpitaux est bien tel qu'il l'a indiqué. (1)

M. Roux dit quelques mots qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

M. Blandin. Je me suis abstenu dans ce débat comme faisant partie de la commission des hôpitaux; mais M. Desportes m'excite à répondre à ce qu'il vient de dire. La commission, dites-vous, est frappée de discrédit? Pourquoi cela? Parce qu'elle examine avec un soin scrupuleux, parce qu'elle a la facilité que l'Académie n'aura pas, de voir les malades avant, pendant et après le traitement, immenses avantages qui, à mes yeux, frappent de nullité tout ce que l'Académie pourra faire, précisément parce qu'elle ne les a pas? Parce que les hommes qui la composent sont dignes de toute confiance, soit par leurs lumières, soit par leur caractère, soit par leur probité? Quant à moi, je t'assure, je ne quitterai la partie qu'après avoir vu et bien vu, et lorsque ma conviction scientifique sera formée, j'aurai le courage de l'exposer ici, quelle qu'elle soit.

M. Barthélemy fait l'historique de cette discussion, cherche à démontrer que la commission ne produira rien, et conclut néanmoins au maintien de cette commission, telle qu'elle est.

M. Adelon. Je viens terminer cette longue et pénible discussion. Trois propositions sont en présence : 1° Celle de maintenir l'ordre du jour de la séance dernière, et de nommer deux nouveaux membres à la commission déjà nommée; 2° celle de tout annuler, et de regarder comme non avenu tout ce qui a été fait; 3° enfin de laisser les choses dans l'état où elles sont, et de laisser agir la commission nommée. L'Académie n'a plus à se décider que sur ces trois propositions.

Une discussion très orageuse s'engage sur la position et la priorité que l'on doit donner à ces questions. On décide enfin que l'ordre du jour de la précédente séance aura la priorité.

Cet ordre du jour est rejeté à une faible majorité.

On vote sur la question de l'annulation; elle est rejetée à une forte majorité. La troisième proposition, c'est-à-dire le maintien de la commission, est par conséquent adoptée.

La séance est levée après cinq heures, au milieu de la plus vive agitation.

(1) Voici ce qu'on lit dans le mémoire que M. Orfila a publié en réponse à la *Gazette des Hôpitaux:* « Pour moi, je complète la pensée » de l'administration en ajoutant qu'il est aussi de son devoir de con» tribuer, autant qu'il dépend d'elle, aux progrès de la science, et de » faire cesser les fonctions temporaires confiées aux médecins étran» gers, à dater du jour où il est reconnu que les médecins et les chi» rurgiens des hôpitaux peuvent lui rendre les mêmes services que ces » étrangers. » — C'est ce passage auquel M. Velpeau a fait allusion, et qui vient à l'appui de ses assertions.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juin 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. de Gasparin lit un rapport sur un mémoire de M. Fuster, intitulé : Recherches sur le climat de la France. Le rapporteur, après avoir contesté la plupart des faits émis par M. Fuster, et puisés dans les historiens, qui prouveraient d'après lui que le climat de la France a subi de grandes modifications depuis Jules César, par exemple, le rapporteur propose de remercier M. Fuster de sa communication, et de l'engager à poursuivre ses recherches et l'exécution de la tâche qu'il s'était imposée : celle de présenter les faits météorologiques que renferment les historiens depuis les premiers temps historiques de la France.

— *MM. Thilorier et Lafontaine* écrivent pour annoncer qu'ils viennent de se livrer à une suite d'expériences dont le résultat est de démontrer l'existence d'un nouveau fluide impondérable, qui prend sa place entre l'électricité et le magnétisme. Ce fluide, qui comme le fluide magnétique n'est point arrêté par l'interposition d'une lame de verre, et qui comme le fluide galvanique jouit de la propriété d'être conduit à toute distance par un fil de cuivre ou de tout autre métal, serait le *fluide nerveux*.

Selon les partisans d'une méthode que la science n'a point définitivement jugée, selon les magnétiseurs, le fluide nerveux, après avoir rempli sa fonction vitale, se répandrait sous forme d'atmosphère ou de rayonnement autour du corps dont il émane; et de plus, sa production serait beaucoup augmentée dans l'état de contraction et d'orgasme qui accompagne l'acte d'une volonté énergique.

Il nous a paru intéressant de vérifier si cet effluve d'un fluide dans lequel quelques physiciens et physiologistes ont cru reconnaître quelque analogie avec l'électricité, était imaginaire ou réel, et s'il était de nature à produire un effet apparent sur l'aiguille du galvanomètre; en un mot, si cette aiguille pouvait ou non obéir à l'action du magnétisme :

Cette question leur paraît avoir été résolue d'une manière affirmative par un grand nombre d'expériences, dont ils citent les suivantes :

Première expérience. — Si l'aiguille du galvanomètre étant sur le zéro on touche avec les deux mains les deux extrémités du fil multiplicateur, l'aiguille restera stationnaire, ou marchera de quelques degrés selon l'état d'orgasme magnétique, ou selon l'état de repos ou de passivité de l'expérimentateur. Si l'aiguille est mise en mouvement, sa direction sera constamment de gauche à droite.

Seconde expérience. — L'aiguille du galvanomètre étant sur le zéro, si l'on approche magnétiquement les deux mains de la cage de verre qui recouvre le galvanomètre, et sans toucher le multiplicateur, à l'instant l'aiguille est d'abord déviée de droite à gauche, d'un certain nombre de degrés; mais si l'on retire les mains, elle se porte rapidement de gauche à droite, et se fixe au delà du zéro à une distance beaucoup plus grande, c'est-à-dire, au lieu même où elle s'est arrêtée dans l'expérience, ou l'action se fait en enlevant les deux extrémités du multiplicateur.

— *M. Pierquin* (d'Issoudun) communique un cas de monstruosité humaine dont aucun auteur n'a parlé jusqu'ici. Il s'agit d'un fœtus femelle, à terme, quoique de petite taille (cinq pouces) et de médiocre développement. La mère, d'une bonne santé ordinaire, accoucha sans aucun accident; mais comme le placenta était carcinomateux, son fruit était peu développé et comme flétri. Du bord supérieur des pariétaux part un double repli cutané qui va s'élargissant d'abord considérablement, comme la moitié d'un cerf-volant, pour aller en diminuant ensuite se terminer à la région lombaire. Les oreilles et les bras sont placés en avant de ces ailes cutanées, que l'on peut distendre comme un ballon par l'insufflation. Ces ailes donnent à ce fœtus humain l'apparence d'un cheiroptère. Les villosités de la peau du crâne ne sont perceptibles qu'à la loupe, ainsi que celles qui garnissent les doubles replis de la peau formant ces ailes. M. Pierquin croit pouvoir donner à cette structure anormale la dénomination de lumbocéphaloptère. Le même sujet présentait le vice de conformation que M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire nomme polyopte humain.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 15 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 70. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Quelques considérations sur la ténotomie.

Tout le monde parle aujourd'hui de la ténotomie. C'est une question tout à fait à l'ordre du jour; aussi ne croyons-nous point pouvoir nous dispenser de vous en dire quelques mots, nous surtout qui, placé à la tête du seul service de chirurgie consacré aux enfants, voyons chaque jour passer sous nos yeux un grand nombre de malades placés dans des conditions qui réclament souvent des opérations de cette nature. Nous serons cependant aussi bref que possible, et sans entrer dans des discussions stériles, nous nous contenterons de vous exposer ce que l'expérience et la pratique nous ont appris.

Il est inutile de vous dire que la ténotomie, cette opération qui consiste à couper les tendons des muscles dans certaines circonstances, et selon certaines règles, est une opération qui remonte à une époque éloignée déjà, et que l'on en a parlé bien anciennement, et fort au long. Mais c'est surtout aux chirurgiens modernes, particulièrement à Delpech et à Dupuytren, que revient l'honneur de l'avoir tirée de l'oubli et d'avoir pratiqué les premières opérations de ce genre. Cependant, nous devons le dire, ces deux illustres maîtres n'ont point fait de la ténotomie toutes les applications dont elle est susceptible. Ils se sont contentés de la pratiquer dans un petit nombre de cas, dans des circonstances pour ainsi dire exceptionnelles, et ils n'en ont pas tiré tous les avantages que l'expérience a démontré depuis que l'on pouvait en obtenir. Ils n'ont point osé faire la section des tendons dans toutes les difformités, soit acquises, soit congéniales, qui la nécessitaient, et, sous ce rapport, c'est aux praticiens qui s'occupent de la spécialité connue sous le nom d'orthopédie qu'appartient l'honneur d'avoir étendu son domaine, et d'avoir développé les ressources qu'elle est capable de fournir.

La ténotomie est arrivée, je le crois du moins, au point le plus élevé qu'elle puisse jamais atteindre. Vous parler de cette opération maintenant, vous dire les progrès qu'elle a faits, et vous exposer l'état de la science à cet égard, ce sera vous faire l'histoire à peu près complète de la ténotomie, et vous donner les règles, les principes suivant lesquels vous devrez agir dans votre pratique; car il est de bonne et saine chirurgie de n'agir que dans les cas qui réclament impérieusement ce mode de traitement, et dans lesquels il y a grande espérance, sinon certitude de succès. Encore une fois, je ne veux point préjuger l'avenir, je veux me borner à une exposition succincte de l'état de la science à notre époque. Des essais faits récemment, dans d'autres circonstances et selon d'autres principes que ceux que je vais vous exposer, n'ont pas été suivis de succès assez nombreux ou assez évidents pour qu'on puisse en faire des règles de conduite, ou même, sans imprudence, se risquer à les imiter.

Nous pensons que la ténotomie peut être appliquée dans les cas suivants: d'abord, quand il y a rétraction du muscle sterno-cléido mastoïdien. C'est pour remédier à la rétraction de ce muscle que l'opération de la ténotomie a été appliquée d'abord, et généralement elle réussit assez bien. Pour citer ici les résultats de ma pratique, je dois dire que je m'en suis presque toujours bien trouvé dans les cas où je l'ai pratiquée. Les succès que comptent les autres chirurgiens et qui sont journellement publiés, viennent à l'appui de l'opinion que j'énonce devant vous. La section du muscle sterno-mastoïdien est à peu près la seule section musculaire ou tendineuse que l'on puisse faire au cou ou sur le tronc. Excepté cette région, et à moins que la science, ce dont je doute fort, ne fasse de grands progrès, on ne peut pratiquer la ténotomie que sur les muscles et les tendons des membres, comme nous allons le voir plus bas. Je ne vous parle point ici des sections tendineuses que l'on a essayé de faire sur le tronc pour remédier aux déviations du rachis; il n'y a rien à en dire. Nous pensons qu'elles sont complètement inutiles et inefficaces, et que la science a dit son dernier mot à ce sujet. Bien que l'on ait voulu, dernièrement encore, soulever cette question et la mettre en litige, nous la croyons à peu près jugée; aussi n'en parlerons-nous pas davantage.

La ténotomie est souvent utile sur les membres. Pour le membre supérieur, nous vous signalerons d'abord la section du brachial extérieur, du biceps brachial, dans les cas de flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. Cette opération est assez délicate, à cause du voisinage des vaisseaux artériels et veineux du pli du bras. Mais avec des connaissances anatomiques suffisantes, et en prenant quelques précautions, on parvient à la faire presque sans aucun danger et avec succès. Ce n'est point la seule que l'on pratique au membre supérieur. Il y a encore la section des tendons du fléchisseur des doigts, qui, quoique plus rare, est encore assez commune. Nous avons eu, pour notre part, à pratiquer deux fois, dans la paume de la main, la section des tendons du fléchisseur superficiel des doigts, et nous avons pu non seulement redresser les doigts, mais encore faire exécuter aux malades quelques mouvements qui, pour être moins étendus qu'à l'état normal, n'en ont pas été moins avantageux pour ces individus. N'eussent-ils eu que cette amélioration, ils y auraient au moins gagné de n'avoir point les doigts forcément repliés et immobiles dans la paume de la main. Un des malades sur lesquels j'ai fait cette ténotomie était un ancien militaire, qui par suite d'une blessure était devenu infirme, et m'était venu consulter pour se faire couper un doigt qui, plus rétracté que les autres, le gênait au point de l'empêcher de travailler. Je ne voulus point faire l'amputation sans essayer d'abord d'autres moyens, et je fus assez heureux pour obtenir un résultat satisfaisant, par la section du tendon du fléchisseur superficiel, dans la paume de la main. Depuis lors, cet homme ne ferme peut-être pas aussi bien et aussi complètement la main de ce côté que du côté sain; mais du moins il peut exécuter quelques mouvements, et son membre ne lui est plus inutile.

Bien qu'elle ne soit pas toujours heureuse, cette opération est souvent indiquée. Dans certains cas de rétraction forcée et permanente de la main, soit en avant, soit en arrière, cas analogues à ceux que l'on observe au membre inférieur dans le pied-bot, on se trouvera quelquefois assez bien de la section de quelques tendons; on ne devra point avoir d'autre règle de conduite que l'exigence du cas particulier.

On a souvent de l'avantage à pratiquer des sections tendineuses aux membres inférieurs, dans les circonstances que nous allons indiquer. Nous avons actuellement dans nos salles plusieurs malades qui ont subi des opérations de ce genre, principalement pour remédier au pied-bot. On peut avec succès couper le tendon d'Achille, le péronier, le jambier antérieur, etc. Lorsqu'il existe une flexion forcée et permanente de la jambe sur la cuisse, on a pu avantageusement faire la section des fléchisseurs de la jambe. Nous avons dans nos salles une fille de cinq ans, qui avait une affection de ce genre, et chez laquelle la jambe formait avec la cuisse un véritable angle droit. A la suite de la section des fléchisseurs, des demi-tendineux, demi-membraneux et biceps, nous sommes parvenu à rendre à ce membre sa rectitude naturelle. L'opération n'a été suivie d'aucun phénomène inflammatoire.

Au n° 11 de la salle Saint-Côme, est couché un garçon affecté d'une tumeur blanche du genou, et qui présentait une flexion semblable de la jambe sur la cuisse. Il y a quinze jours que nous avons pratiqué sur lui la section des fléchisseurs de la jambe. Au moment qui a suivi immédiatement l'opération, nous n'avons pas obtenu de suite un succès complet; mais aujourd'hui vous avez pu voir que nonobstant la maladie articulaire, la jambe est complètement étendue sur la cuisse. Enfin au n° 12 de la même salle, nous avons un jeune garçon affecté d'un double pied-bot et auquel nous avons fait la section des deux tendons d'Achille. Vous avez pu constater une amélioration sensible dans son état.

D'après les faits qui nous sont propres, et ceux dont nous avons été témoin, nous pouvons dire sûrement aujourd'hui que la ténotomie est possible et praticable, et surtout indiquée pour tous les muscles que nous venons d'énumérer. Voici l'état où en est arrivée la science en ce moment; mais ce n'est pas tout; il faut choisir les cas où l'on doit opérer. Il ne faut faire la ténotomie que dans les cas où elle est nécessaire et dans les régions où l'expérience a montré qu'elle devait ou pouvait réussir. Mentionnons encore la section du tendon du muscle psoas, qui a été pratiquée dans un cas de flexion de la cuisse sur le bassin. Bien que plus rare, c'est encore là une opération que l'on pourrait faire si des circonstances analogues se présentaient.

Quelles sont les lésions qui déterminent la rétraction de ces différents tendons et quels sont les cas dans lesquels on peut ténotomiser avec avantage? Commençons par le sterno-mastoïdien. Les causes les plus fréquentes de la rétraction de ce muscle sont, sans contredit, les mouvements convulsifs que l'on observe chez les enfants, principalement à l'époque de la dentition. Par suite de ces mouvements convulsifs une rétraction anormale et permanente du muscle sterno mastoïdien s'est déclarée, qui a déterminé une inclinaison plus ou moins marquée de la tête dans un sens ou dans l'autre, selon que la portion antérieure seule du muscle ou la portion postérieure, ou que les deux portions simultanément se sont contractées. Dans ces circonstances, le chirurgien ne doit agir qu'autant que les convulsions ont cessé et que la rétraction persiste. Ce serait une grande faute que d'agir de suite. En effet, de nouvelles convulsions peuvent survenir et agir, soit dans le même sens, cas auquel l'opération est inutile et doit être recommencée, soit dans un sens opposé, et l'équilibre de la tête est rétabli sans que l'on ait besoin de recourir aux moyens chirurgicaux. Il faut alors attendre que les convulsions aient cessé depuis un certain temps et n'aient pas reparu. Le premier devoir du médecin est de combattre la cause des convulsions. Une fois que l'on est sûr de leur disparition, on doit essayer les bandages médiocrement résistants. Si, malgré la guérison des attaques convulsives, la cause du mal n'existant plus, la rétraction n'en persiste pas moins, on devra mettre en usage d'abord les moyens locaux, des appareils convenables d'une force suffisante, des exercices peu prolongés mais souvent réitérés de la tête sur le cou dans tous les sens. On est ainsi quelquefois parvenu à faire céder la rétraction de quelques muscles.

Mais lorsque l'on a employé en vain les ressources mécaniques et gymnastiques, que les frictions stimulantes, les douches ont échoué, alors seulement arrive l'indication d'opérer. Ce n'est, jamais, du reste, que plusieurs mois après, non-seulement la disparition de la cause productrice de la rétraction, mais l'emploi inefficace des moyens que nous venons d'indiquer, que l'opération doit être pratiquée; et avant d'y procéder le chirurgien doit se poser quelques questions préliminaires qu'il est indispensable de résoudre. Est-ce bien à une simple rétraction du muscle sterno mastoïdien que l'on a affaire? D'autres muscles sont-ils aussi intéressés dans la maladie? Enfin, la cause de la déviation de la tête est-elle bien une contraction musculaire et pas autre chose?

S'il n'y a qu'une rétraction pure et simple du sterno-mastoïdien, l'opération est indiquée sans aucun doute; mais si la déviation de la tête est due à une autre cause, il faut se garder d'opérer. Le chirurgien commettrait une grave erreur et ferait souffrir inutilement les malades, qui pratiquerait la section d'un muscle dont la rétraction n'est que secondaire et symptomatique. Il faut recourir à d'autres moyens, combattre l'affection primitive. Peut-être, pour venir en aide aux autres moyens, sera-t-on obligé de couper aussi le muscle. C'est là une question encore en litige, et qui n'a point été résolue complètement.

Il est possible qu'une déviation pareille de la tête soit déterminée par d'autres causes que celles que nous avons indiquées. Il est une affection assez commune chez les enfants, c'est une inflammation de l'articulation atloïdo-occipitale. Par suite de cette inflammation et de la douleur qu'elle détermine, une inclinaison de la tête peut survenir, qui dans le principe n'a été que l'effet de la douleur, mais qui, lorsque l'inflammation a cédé, persiste encore avec roideur du cou et gêne considérable des mouvements; tous ces accidents ne dépendant nullement de rétraction musculaire, il est donc nécessaire d'examiner les malades avec beaucoup de soin, afin d'être édifiés sur la cause de la déviation de la tête. Des sections musculaires, on le conçoit facilement, dans un cas de cette nature, ne seraient d'aucune utilité, l'inclinaison étant déterminée par une tout autre cause que par une rétraction musculaire. Le chirurgien doit donc toujours avoir présentes à l'esprit toutes les circonstances, pour ne point pratiquer hors de propos une opération qui, peu grave en elle-même, pourrait cependant, par son inopportunité, avoir des suites graves.

Mon intention n'est point de décrire ici plutôt l'opération du sterno-mastoïdien que celle de tout autre muscle. Nous y reviendrons spécialement lorsque des cas se présenteront à nous et que nous aurons occasion de faire cette section devant vous.

La plupart des indications des cas de ténotomie que l'on pratique sur les membres sont dus à des convulsions qui ont déterminé des paralysies, ou bien des blessures, ou enfin des vices de conformation. Voilà les trois causes auxquelles on peut rapporter les rétractions musculaires.

Dans les cas de paralysie, presque jamais la ténotomie n'offre d'aussi grands avantages que dans les cas où la difformité a été produite par des blessures ou est due à un vice de conformation congénial. Dans la paralysie, la rétraction, quand elle existe, a lieu parce que les antagonistes n'agissant plus, les muscles d'une certaine direction entraînent le membre sans que leur action soit contrebalancée. Faite dans des conditions semblables à celles-ci, la ténotomie n'aura aucun résultat, ou n'aura que des résultats incomplets. Le bras reprendra sa direction normale, mais il aura perdu aussi ses mouvements dans le sens de la rétraction primitive. Il en serait de même pour les rétractions des doigts, qui perdraient la faculté de se replier dans la paume de la main. Vous comprenez, sans que j'aie besoin de vous le répéter, que dans ces circonstances le chirurgien ne doit point opérer, car toute section serait inutile.

Dans les rétractions produites par suite de blessures, s'il n'y a point paralysie des muscles extenseurs (nous supposons que l'on ait affaire à une rétraction dans le sens de la flexion), si seulement le membre fonctionne moins facilement, l'opération sera suivie d'avantages beaucoup plus marqués et plus

certains. Ne pourrait-on pas, dans certains cas de luxations difficiles à réduire, faire la section du biceps, par exemple, pour une luxation du coude, comme dernièrement a fait M. Bérard, qui a pratiqué, dans une circonstance analogue, la section du tendon d'Achille? Ce que nous venons de dire du bras doit également s'appliquer aux doigts et aux mains.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Carie de l'articulation tibio-tarsienne, suite d'entorse. Amputation de la jambe au-dessous du genou, par le procédé de M. Baudens. Nouveau mode de pansement. Réunion par première intention. Observation recueillie par M. MARTURÉ, aide de clinique.

Au n° 51 de la salle 31, est couché le nommé Bouvier, caporal au 17e léger, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique. Il fut atteint, le 11 février 1842, d'une entorse à l'articulation tibio-tarsienne droite, en faisant les manœuvres au Champ-de-Mars avec son régiment. Malgré cet accident, il revint à pied du Champ-de-Mars à Courbevoie, où il était alors caserné. Il ne fit point attention à son mal, et continua son service. Lorsqu'il gardait le repos il ne souffrait pas; mais quand il fatiguait un peu, le pied enflait et devenait le siége de vives douleurs; aussi était-il dispensé des promenades militaires. A lieu de s'améliorer, le mal alla en empirant, et au mois d'avril 1843 (quatorze mois après l'accident), Bouvier ne pouvant plus faire son service, fut envoyé à l'hôpital de Versailles. Là on lui appliqua successivement deux vésicatoires sur la région tibio-tarsienne; on lui fit des frictions avec de la pommade d'iodure de potassium, avec de l'alcool camphré, etc. Tous ces agents thérapeutiques échouèrent, et le malade sortit de l'hôpital après quarante-cinq jours de traitement, dans le même état que lors de son entrée. Il rejoignit son corps à Paris, et dix jours après il entra au Val-de-Grâce, le 21 juin 1843.

A cette époque, l'articulation tibio-tarsienne était tuméfiée, douloureuse, surtout la nuit; les mouvements de cette partie ne s'exécutaient qu'avec une grande difficulté, à cause des souffrances qu'ils déterminaient. Il n'y avait point d'ulcération à la peau, point de trajet fistuleux.

Le traitement dirigé contre cette affection, au Val-de-Grâce, a consisté en trois ou quatre applications de sangsues sur le siége du mal; une application de cataplasmes émollients, de cataplasmes arrosés avec de l'extrait de saturne; fomentations avec le vin aromatique; frictions avec la pommade d'iodure de potassium, d'iodure de plomb, liniments camphrés, etc. Ces divers moyens, abandonnés et repris tour à tour, ont bien amené momentanément quelques bons résultats; mais l'amélioration n'a jamais été que passagère et ne s'est pas soutenue.

Vers la fin d'août, après deux mois de séjour à l'hôpital, des phénomènes d'une vive inflammation se développèrent vers la partie externe de l'articulation; la tuméfaction augmenta vers ce point, ainsi que la chaleur; il survint de la rougeur, un abcès se déclara, et une plaie fistuleuse fut la conséquence de l'ouverture de cet abcès.

Nul doute que cette plaie ne fût entretenue par l'altération des surfaces articulaires, et pourtant le stylet introduit n'a jamais rencontré de surface osseuse cariée ou altérée de toute autre manière. Malgré cet état de choses, on avait quelque espoir de conserver le membre, et l'on reculait devant l'idée d'amputer pour une lésion qui ne paraissait ni très profonde, ni très étendue; aussi revint-on à l'emploi des toniques indiqués plus haut, mais encore sans succès. Le mal continua de faire des progrès; les douleurs allèrent en augmentant; les mouvements de l'articulation furent rendus presque impossibles; la tuméfaction des parties s'accrut de plus en plus; la fièvre s'alluma; il survint de l'insomnie, de l'inappétence; le facies s'altéra, et l'état général du malade devint assez grave pour ne plus permettre de temporiser. Il n'y avait que l'amputation qui pût sauver Bouvier. Cette opération lui fut proposée, et c'est pour ainsi dire avec joie qu'il y consentit. Il faut dire, du reste, que depuis long-temps il y était préparé.

Le 21 décembre, M. Baudens a pratiqué, d'après son procédé, l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection. Voici en quoi consiste ce procédé :

Le malade et les aides étant convenablement disposés, la compression de l'artère étant faite à la fois sur la branche horizontale du pubis et dans le creux du jarret, l'opérateur trace préalablement sur les téguments, avec de l'encre, la direction à faire suivre au couteau; puis, dans un premier temps, il incise la peau en demi-lune sur les limites marquées par la plume, en commençant à neuf ou dix centimètres au dessous de l'épine du tibia, pour terminer en arrière à sept ou huit centimètres environ au dessus du point de départ. Il taille de cette manière un lambeau semi lunaire antérieur à la base supérieure, dont les bords latéraux viennent se réunir en haut et en arrière de la jambe, où ils forment une incision demi-circulaire limitée à la moitié postérieure du membre. Il dissèque ensuite la demi-lune formée par les téguments dans l'étendue de huit à dix centimètres, en respectant la portion horizontale ou postérieure de la section cutanée, jusqu'au niveau de laquelle il relève le lambeau semi-lunaire en le repliant sur sa base en guise de manchette.

Dans un second temps, le chirurgien plonge le couteau sur les faces latérales du tibia et du péroné, le fait glisser entre ces os et les muscles, et taille ainsi au niveau, et même en arrière de la rétraction de la peau deux lambeaux latéraux charnus, longs de onze centimètres, qu'un aide tient relevés sur leur base. Sans changer d'instrument, il coupe alors circulairement les chairs restantes, en ayant le soin d'incliner le tranchant du couteau vers la partie supérieure du membre et de décrire sans désemparer un 8 de chiffre autour du tibia et du péroné.

Enfin, dans un troisième temps, il procède à la section des os sans employer la compresse fendue à trois chefs. M. Baudens pense que cette compresse est inutile et souvent embarrassante, aussi il ne s'en sert pas. Il scie d'abord en totalité le péroné, solidement fixé entre le pouce et l'index, pour ne pas l'ébranler dans son articulation supérieure, puis il attaque le tibia. Contrairement à la règle posée par les auteurs, il recommande de ne pas ralentir les mouvements de la scie au moment où la division de l'os va être achevée. Ce qui fait que l'os éclate, ce n'est pas le plus ou le moins de vitesse imprimée à la scie, mais bien la force plus ou moins grande avec laquelle on appuie la scie sur l'os. C'est pourquoi, vers la fin de la section, le chirurgien en chef du Val-de-Grâce fait marcher la scie aussi vite qu'au début; seulement il a la précaution de la soutenir pour ne pas appuyer fortement sur l'os. Comme il a l'habitude de scier le tibia très haut, là où le bord antérieur ne fait plus de saillie, il ne pas besoin de réséquer l'angle antérieur de l'os. Pour diminuer la saillie formée par le contour de la section osseuse, il est bon de l'adoucir au moyen de la lime. L'action de la lime ne provoque pas la moindre douleur chez les malades.

M. Baudens donne le précepte de conserver des lambeaux de peau beaucoup plus étendus qu'on ne le fait d'habitude, et il l'applique à toutes les amputations en général. Il croit qu'on ne peut obtenir de réunion immédiate si l'on ne taille pas de grands lambeaux, et il attribue à la conservation de lambeaux trop courts l'insuccès si commun dans les tentatives de réunion par première intention.

Le plus souvent, en effet, l'on opère de manière à avoir assez de téguments pour les affronter, et les tenir rapprochés à l'aide de bandelettes de sparadrap; il en résulte que la moindre tuméfaction du moignon suffit pour écarter les lèvres de la solution de continuité, pour déchirer une cicatrice tendre commençant à se former. Rien de pareil n'est à craindre, quand au contraire on a laissé beaucoup de téguments; le membre dans ce cas peut devenir le siége d'un gonflement plus ou moins considérable sans occasionner le moindre tiraillement, la moindre rupture de la cicatrice naissante.

L'exagération de ce précepte pourrait faire tomber une partie des téguments en gangrène. Cet accident n'est pas à redouter par la formation d'un lambeau semi-lunaire, attendu que les adhérences des téguments aux tissus sous-jacents ne sont pas détruites dans la portion de peau qui a été coupée horizontalement.

Les principaux avantages du procédé opératoire dont il vient d'être question, sont les suivants :

1° On a un lambeau semi-lunaire antérieur qui, lorsque le malade est couché dans son lit, retombe par son propre poids et vient de lui-même recouvrir sans effort la solution de continuité. Ce lambeau, qui ne s'oppose en aucune façon à l'écoulement des humidités de la plaie, se retrouve d'une manière générale dans toutes les amputations faites par M. Baudens sur le membre pelvien et même sur le pied.

2° La cicatrice, fortement tirée en arrière, n'est pas en contact avec le tissu osseux. Elle est souple, et non susceptible de se déchirer.

3° Les deux petits lambeaux latéraux, taillés dans les muscles et réunis au-devant des saillies osseuses, fournissent un coussinet charnu qui protége le moignon contre les violences extérieures, et prévient, en permettant au renflement des extrémités nerveuses de se dilater sans être pincé entre la cicatrice et les os, les douleurs que bon nombre d'amputés ressentent dans les changements de temps.

L'amputation terminée, on s'est occupé de lier les vaisseaux. Outre les trois artères principales de la jambe, il a fallu encore placer un fil sur 2 ou 3 artérioles qui fournissaient un écoulement sanguin assez abondant.

Les bords de la solution de continuité ont été ensuite réunis vers le milieu de leur longueur par un point de suture entrecoupée. Un seul point placé vers le centre, suffit d'ordinaire pour assujettir les lèvres de la plaie. La suture ne doit pas être mise tout à fait sur le bord libre, mais bien à un bon travers de doigt de distance de ce bord; les parties molles se trouvent ainsi affrontées dans toute leur épaisseur, circonstance presque indispensable pour obtenir une prompte réunion immédiate.

Le pansement généralement mis en usage par M. Baudens dans ses amputations des membres, se compose d'un appareil définitif et d'un appareil provisoire; c'est à un pansement de cette nature que l'on a eu recours chez Bouvier.

L'appareil définitif est celui qu'on applique le premier; on n'y touche plus dans les pansements subséquents, et il reste en place jusqu'à complète guérison. Il consiste en coussinets de ouate placés au pourtour du moignon, mais plus épais en avant et en arrière que sur les côtés. La ouate est préférée à la charpie, parce qu'elle ne se laisse pas imbiber par les liquides qui s'écoulent de la plaie. Ces coussinets, allant jusqu'à quatre travers de doigt en arrière du moignon et s'avançant jusqu'à 3 centimètres de la surface saignante, sont soutenus par une bande qui ramène en même temps les parties molles en avant. Ils exercent une pression douce, élastique, et jamais assez forte pour déterminer de l'étranglement; phénomène qui arrive assez fréquemment aux moignons entourés d'une simple bande, alors que par une cause quelconque ils deviennent le siége d'une tuméfaction plus ou moins intense. Cet appareil définitif forme une sorte de coiffe, une espèce de calotte qui a l'avantage d'assujettir les parties molles, de fournir au moignon un appui, un soutien permanent, et qui permet de procéder aux pansements successifs sans produire le moindre ébranlement, la moindre tiraillement dans les tissus; ainsi point de rupture de cicatrice, point d'obstacle au travail de cicatrisation. Quelques bandelettes de sparadrap devront être placées circulairement au dessus de la bande afin de donner plus de solidité à la calotte, dont on aura le soin d'ébarber avec des ciseaux la partie antérieure, toutes les fois qu'elle sera salie par les liquides qui s'écoulent de la plaie.

L'appareil provisoire ou secondaire se compose de plusieurs pièces qu'on dispose de la manière suivante : De nouveaux coussinets de ouate sont mis au pourtour de la solution de continuité; ils servent, par une pression douce et modérée, à chasser les humidités de l'intérieur de la plaie; ils empêchent le sang de s'amasser entre les téguments et les parties profondes du moignon; de plus, ils s'opposent au contact immédiat des bandelettes agglutinatives avec la plaie, par le relief qu'ils forment alentour de cette dernière. On applique ensuite par dessus la ouate un certain nombre de bandelettes pour rapprocher les tissus, là où le point de la suture n'agit pas. Comme la ouate se trouve interposée entre elles et les téguments, on n'a pas à craindre la disposition érysipélateuse qu'amène assez souvent à la peau le contact prolongé du sparadrap. Un linge fenêtré enduit de cérat, un peu de charpie pour absorber les humidités, dont le coton non cardé n'a pas la propriété de s'imbiber, une large compresse de ouate, et enfin quelques circulaires de bandes pour fixer le tout, complètent cet appareil secondaire qu'on peut renouveler en entier à chaque pansement.

Le malade porté dans son lit, on a mis le membre sur un coussin en crin placé au-dessous du jarret, en sorte que la cuisse se trouve fléchie sur le bassin, et le moignon légèrement sur la cuisse. Ce dernier a été maintenu en place à l'aide d'une bande et d'un drap d'alèze plié en cravate, afin d'éviter les secousses et les mouvements spasmodiques.

Des fragments de glace ont été appliqués sur l'appareil. La glace, placée en permanence sur le moignon, a pour but de modérer l'inflammation, quelquefois même elle la prévient. On ne saurait trop se louer des bons effets qu'on retire chaque jour de ce moyen dans les salles de la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce.

On sait qu'au lieu de glace, quelques praticiens emploient le calorique élevé et soutenu à l'aide de l'appareil Guyot. M. Baudens ne repousse pas cet appareil d'une manière absolue, il l'admet pour les vieillards et les amputés, chez lesquels les forces vitales ont besoin d'être excitées. Quand il faut en combattre l'excès, c'est à la glace qu'il s'adresse, concurremment parfois avec les saignées. Cette opinion conciliatrice nous paraît être dans le vrai.

L'articulation tibio-tarsienne affectée a été ouverte. On y a rencontré les diverses altérations que l'on trouve d'ordinaire dans les articulations atteintes de tumeur blanche, telles que carie, ramollissement des surfaces articulaires, érosion des cartilages, état fongueux de la membrane synoviale, engorgement des parties molles infiltrées et remplies d'un fluide séreux, etc. Dans le cas qui nous occupe, une partie des deux malléoles avait été détruite par la carie, surtout la malléole externe; l'astragale participait aussi à l'altération d'une manière notable,

Le 22 décembre, le malade n'a pas dormi de la nuit. Le moignon a été le siége de quelques secousses occasionnant un peu de douleur. Pas de mouvement fébrile. Bouillon; potion gommeuse; potion opiacée; limonade.

Le 23, Bouvier a eu quelques heures de sommeil cette nuit; il n'a plus éprouvé de secousses dans le moignon; il n'accuse aucune douleur; il a un moral excellent. Le pouls est à 100 pulsations. Peau fraîche, langue bonne, point de soif ni de céphalalgie. On renouvelle ce matin la compresse de ouate, le linge fenêtré et la charpie. Ce qui engage M. Baudens à en agir ainsi, c'est que ces pièces de l'appareil sont souillées par un peu de sang qui a suinté après l'opération, et qui en se desséchant les a notablement durcies.

Relativement à l'époque de la levée du premier appareil, M. Baudens n'a point de terme fixé, de jour indiqué à l'avance. Pour lui, rien d'absolu à cet égard; les indications chirurgicales servent seuls de guide à sa conduite. Ainsi, si l'opéré se plaint, s'il souffre du moignon, s'il y a eu un suintement sanguin assez considérable pour mouiller et durcir ensuite les linges de pansement, etc., etc., il n'hésite pas à lever l'appareil, sans prendre en considération le plus ou moins de temps qui s'est écoulé depuis l'opération. Si au contraire tout marche bien, il ne fait la première levée de l'appareil que vers le quatrième ou le cinquième jour, alors que la suppuration a détaché les pièces qui recouvrent la plaie. Quant aux pansements subséquents, c'est encore aux indications fournies par l'état du moignon, la crainte de la résorption purulente, l'état général de l'opéré qu'il se fonde pour les rapprocher ou les éloigner.

Le 25, la suppuration commence à paraître; on change de nouveau les premières pièces d'appareil qui sont salies par le pus.

Le 26, la suppuration est bien établie; les bandelettes de sparadrap sont enlevées pour la première fois, et l'on constate que la cicatrisation de la plaie s'effectue par première intention. Le pus qui s'écoule au dehors s'échappe par le point qui livre passage au fil des ligatures, espèce de pertuis où la réunion ne se fait pas d'une manière immédiate. Les bords de la solution de continuité sont le siége d'un léger gonflement. Le pouls est descendu à 70 pulsations. On applique de nouvelles bandelettes, qui, de même que les précédentes, et grâce aux coussinets de ouate, n'ont aucun contact avec la plaie. Soupe, bouillon, et pommes cuites; limonade; potion gommeuse; potion opiacée.

Le 28, le malade n'est maintenant pansé que tous les deux jours. Ce matin on renouvelle les bandelettes; la cicatrisation s'effectue d'une manière presque linéaire; le gonflement des bords de la plaie a disparu en partie. La suppuration est modérément abondante et de bonne nature. Bon état général; pas de mouvement fébrile. Même prescription.

Le 2 janvier, il n'existe plus la moindre tuméfaction dans les lèvres de la plaie ; celle-ci a un bel aspect ; la suppuration diminue de jour en jour; la cicatrisation marche à grands pas. Le malade mange le quart. On enlève le point de suture devenu inutile. Les pansements ne se font plus qu'à de longs intervalles.

Le 9, chute des ligatures, à l'exception d'une seule qui tient encore assez solidement. La cicatrisation est très avancée.

Le 13, vingt-quatrième jour depuis l'opération, le malade peut être considéré comme guéri. La plaie, en effet, est réunie dans toute son étendue, sauf un tout petit point qui fournit un léger suintement. Bouvier mange la demi portion.

Le 20, chute de la dernière ligature ; de temps en temps on touche avec le nitrate d'argent le petit point non encore cicatrisé; l'on prescrit les trois-quarts pour régime alimentaire.

Le 30. Hier l'appareil primitif, auquel on n'a jamais touché que pour en ébarber la partie antérieure souillée par le pus, est tombé de lui-même. La plaie est entièrement cicatrisée. Il y a plus de dix jours que Bouvier a quitté son lit, et qu'il marche avec des béquilles.

Le moignon est bien nourri ; la cicatrice se trouve tout à fait à la partie postérieure protégée par un petit coussinet musculaire.

Le 29 février, Bouvier sort de l'hôpital, commençant à bien marcher avec une jambe de bois.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Des abcès de la cornée.

(Leçon clinique recueillie par le Dr J.-C. LOUREIRO, de Lisbonne.)

Les abcès de la cornée sont un des résultats les plus ordinaires des inflammations de cette membrane. Leur siége est différent non seulement quant au point qu'ils occupent dans la surface de la membrane, mais encore quant à la profondeur à laquelle ils sont parvenus vers la chambre antérieure.

De là trois divisions principales : Epanchements ou abcès *superficiels*, *moyens* et *profonds*.

Les abcès ont encore été divisés en *primitifs* et *secondaires*, selon qu'ils ont apparu dans la cornée à la suite d'une inflammation propre de cette membrane ; ou, au contraire, après une ophthalmie qui aurait débuté par la conjonctive ou une autre partie de l'œil. On reconnaît encore des abcès *aigus* et *chroniques*.

Les abcès ont une couleur et des formes toutes particulières. Ils sont en général d'un blanc tirant légèrement sur le bleu, et d'autant plus opaques qu'on se rapproche davantage de leur centre. Leur circonférence est nuageuse, et se fond en quelque sorte d'une manière insensible avec la coloration normale de la cornée. Quelques-uns, surtout ceux qui contiennent une matière très abondante, prennent une couleur jaune en tout point semblable à celle du pus des autres parties du corps. Leur forme est en général très peu variée, elle se rapproche presque toujours de la circulaire. Les uns, en effet, ont la forme de cercles entiers ; les autres, celle d'un demi-cercle ou d'un quart de cercle. Les premiers, ceux qui sont complétement circulaires, sont d'ordinaire très petits en surface, et toujours entourés d'une portion transparente ; les seconds sont assis sur la circonférence de la cornée ; et de telle sorte que, si on essayait de compléter le cercle dont ils ne représentent qu'une partie, le centre en serait placé presque toujours sur la conjonctive sclérotical.

Quelques-uns, comme dans l'ophthalmie purulente, prennent la forme d'un anneau opaque entouré de parties saines, dont le diamètre serait dans tous les sens de deux à trois millimètres moins grand que celui de la membrane. En dehors et en dedans de cet anneau opaque, dont le diamètre est tout au plus de trois millimètres, la cornée demeure transparente pendant un temps en général fort court, après lequel elle tombe mortifiée dans une très grande étendue, et quelquefois même dans toute la surface comprise dans l'épanchement annulaire. Il n'est pas très rare qu'à la suite d'un épanchement de cette nature, la cornée soit lancée à quelque distance avec un certain bruit, au moment où le médecin entr'ouvre les paupières pour examiner l'œil. Cette forme d'abcès n'est point, au reste, la seule que l'on observe dans l'ophthalmie purulente. La division des abcès en superficiels, moyens et profonds, bien qu'arbitraire, satisfaisant à certaines exigences importantes au point de vue du pronostic et du traitement, nous croyons devoir la conserver.

Abcès superficiels. — Ils se présentent comme les autres, pendant la durée d'une ophthalmie aiguë ou chronique, et s'accompagnent dans ce cas d'une photophobie plus ou moins vive. Leur couleur, d'un blanc bleuâtre, est nuageuse vers leur pourtour ; ils succèdent le plus ordinairement à une conjonctivite catarrhale ou à une kératite vasculaire, ou encore aux pustules qu'on voit apparaître si souvent sur la cornée pendant la durée de certaines ophthalmies.

Lorsqu'on examine la cornée obliquement, on reconnaît que les lamelles profondes et médianes de cette membrane ont conservé toute leur transparence. On constate en même temps que la cornée présente une saillie externe légère dans l'endroit correspondant à l'opacité.

Nous reviendrons plus loin sur l'état des autres membranes de l'œil, et sur celui de la vision.

Abcès moyens. — Ceux-ci apparaissent plus souvent d'emblée pendant la durée de la kératite primitive; cependant il est loin d'être rare de les observer dans la kératite secondaire. Le plus communément les abcès moyens sont multiples, assez larges, grisâtres tirant sur le jaune, franchement dessinés à leur circonférence; isolés pendant quelque temps, ils ne tardent point à se réunir en un seul. Si les lamelles de la cornée en avant et en arrière de l'épanchement ont conservé une résistance suffisante, le tissu cellulaire qui les unit s'infiltre de pus, et la matière épanchée, comprimée de toutes parts, s'étend largement en surface, le plus ordinairement de haut en bas. Dans ce cas, le centre de l'abcès descend peu à peu jusqu'au moment où celui-ci, réuni à la partie inférieure de la cornée, ne présente plus qu'un segment de cercle (*onyx*). Alors la cornée s'éclaircit de plus en plus dans l'endroit correspondant au centre de l'opacité primitive. Lorsqu'on regarde la cornée obliquement, on reconnaît que sa surface externe et sa surface interne ont conservé leur forme normale. Il serait presque inutile d'ajouter ici, que si la cornée présentait une résistance moins grande en avant ou en arrière de l'abcès, la matière épanchée se ferait jour au dehors ou dans la chambre antérieure, après avoir peu à peu détruit les lamelles cornéennes dans l'une ou l'autre de ces directions.

Abcès profonds. — Ils se distinguent très bien des deux variétés qui précèdent, et la plus légère attention suffit pour les faire reconnaître immédiatement. Beaucoup plus volumineux que les autres, ils occupent presque constamment la partie centrale et un peu inférieure de la cornée. Celle-ci, examinée obliquement, présente une saillie plus ou moins marquée dans sa surface concave. La matière contenue semble être d'une densité très grande, particulièrement à son centre où elle a une couleur jaune très prononcée. Ces abcès, de même que les abcès moyens, se terminent rarement par un épanchement dans la chambre antérieure, et se font le plus ordinairement route au dehors ; cela tient sans doute à cette double circonstance que la cornée présente d'arrière en avant une résistance beaucoup moins grande qu'en sens contraire, probablement parce qu'elle est soutenue en arrière par les milieux de l'œil et l'action des muscles, et surtout par sa dispotion en forme de voûte.

Dans ces trois variétés d'abcès, il peut exister comme symptôme concomitant une photophobie très aiguë ou un état de calme parfait. Le malade que voici, atteint d'un abcès superficiel très limité, est photophobe au plus haut degré ; cependant les lamelles les plus superficielles sont ramollies dans une très petite étendue. Au contraire cette femme, âgée de soixante-quatre ans, atteinte d'une ophthalmie à la suite d'une fièvre typhoïde, porte un abcès profond très large faisant à la fois une saillie au dedans et au dehors, et cependant est dans un état de calme parfait. La partie supérieure de la cornée, la conjonctive ; l'iris, toutes les autres membranes de l'œil ne présentent aucune trace d'inflammation. Chez cette autre malade, jeune fille de vingt-deux ans, des abcès se sont montrés d'emblée dans le centre de la cornée, se sont fondus l'un dans l'autre pour n'en plus former qu'un seul, et alors sont venus, en décollant les lamelles médianes, se réunir sous forme d'onyx à la partie inférieure de la cornée, sans qu'une inflammation aiguë se soit réellement jamais développée.

Terminaison. — Les abcès se terminent de différentes manières, ou la matière qu'ils contiennent disparaît par voie de résolution, ou elle se fait jour au dedans, ou au dehors, ou bien elle s'organise dans le lieu même où elle s'est formée.

Dans le premier cas il n'y a aucune trace d'abcès ; dans le second, il y a un ulcère ; et dans le troisième une opacité. L'ulcération et la tache qui succèdent aux abcès devant faire de notre part le sujet d'une leçon particulière, nous ne nous en occuperons point ici ; nous nous bornerons seulement à quelques mots sur la terminaison des abcès profonds.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces abcès, le plus ordinairement, se font route au dehors à travers des lamelles médianes et superficielles ; cependant il est assez commun de constater que la rupture s'est faite au dedans. Alors la matière purulente passe peu à peu de l'abcès dans la chambre antérieure et vient y former hypopion (hipopion faux). L'abcès pourtant ne disparaît point en entier, surtout lorsque la rupture s'est faite à sa partie supérieure ou au moins à son milieu. Ce n'est que peu à peu et souvent que très lentement, que le pus est entraîné par la résorption, à moins qu'on ne fasse coucher le malade de manière à faire sortir le pus en donnant à la tête une position déclive. Comment se fait-il que la rupture en dedans des lamelles internes et médianes ne soit jamais suivie d'une cicatrisation avec opacité ; tandis que le contraire a lieu lorsque le pus se fait route au dehors ? Serait-ce l'action incessante de l'humeur aqueuse sur la matière épanchée et sur l'ulcération elle-même ? La réunion se ferait-elle donc sans opacité, comme dans certaines plaies ou dans certains ulcères superficiels de la cornée ? En soumettant les épanchements ulcérés au dehors à l'action d'un jet d'eau très fin et souvent répété au moyen d'une seringue d'Anel, au moment où une matière fibro-albumineuse très opaque et très abondante baigne toute leur surface, ne pourrait-on pas obtenir une cicatrisation plus transparente ? C'est un point de thérapeutique oculaire sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. Quoi qu'il en soit, hâtons-nous d'ajouter que, dans un cas d'ophthalmie purulente qui a été traité devant vous, les injections ont été employées au moment où une cicatrice opaque s'organisait, et que ce moyen a été suivi de très heureux résultats. Le malade qui fait le sujet de cette observation voit aujourd'hui assez bien pour distinguer les aiguilles d'une montre à la distance d'environ 4 pouces.

Le *traitement* des abcès de la cornée est en général le même que celui des ophthalmies qui les produisent, du moins tant qu'ils ne se sont pas encore ulcérés. Arrêter l'inflammation à son début par une médication antiphlogistique énergique, combattre la photophobie par des frictions belladonées répétées autour de l'orbite plusieurs fois pendant la journée, prescrire quelques révulsifs sur le canal intestinal, tels sont les moyens auxquels on doit songer d'abord ; tel est aussi le traitement que nous avons mis en pratique avec succès sur l'adulte dont nous avons parlé. Une autre voie est encore ouverte au médecin dans le cas d'abcès aigu commençant et superficiel. Nous voulons parler de la méthode abortive ou cicatritique au moyen de l'azotate d'argent. Sans aucun doute ce moyen peut rendre de signalés services, surtout lorsqu'on l'emploie hardiment et dans les cas qui le réclament. Il faut pourtant ne pas oublier que les instillations dans l'œil enflammé d'une forte solution du caustique lunaire produisent chez certains sujets nerveux des douleurs véritablement intolérables et des accidents sérieux du côté de l'organe malade. Dans ces cas il n'est pas rare que le moyen bon en principe ne devienne en réalité mauvais par suite de circonstances entièrement individuelles.

Que de fois ne voit-on pas des ophthalmiques revenir avec une inflammation beaucoup plus forte qu'avant l'instillation du collyre, et se refuser absolument d'y recourir de nouveau ! Hâtons-nous donc de le redire, l'azotate d'argent n'est point un topique applicable au traitement de la même maladie chez tous les individus indistinctement ; nous n'en citerons pour exemple que la jeune femme présente aujourd'hui à la consultation, chez laquelle, indépendamment d'accidents nerveux assez graves, l'azotate d'argent a produit après trois instillations un commencement de chémosis, bien qu'il n'existât d'abord qu'une simple kératite partielle datant de deux à trois jours avec un petit épanchement, large tout au plus de deux à trois centimètres. Le chémosis aurait cédé sans nul doute à des instillations régulières et continuées long-temps, ce qui ne put avoir lieu à cause de la vive douleur des accidents nerveux que le médicament produisait : ce collyre était au vingt-quatrième.

Ces deux méthodes, applicables seulement aux épanchements accompagnés d'un état aigu, doivent faire place nécessairement à une médication révulsive dans le cas d'abcès à l'état chronique. Les saignées locales et générales ne sont plus nécessaires ici, du moins dans beaucoup de cas ; les purgatifs, les préparations mercurielles à dose altérante, les vésicatoires volants derrière les oreilles et autour des orbites forment alors la base du traitement. Aucun collyre dans ces cas ne doit être conseillé.

En pratiquant autour de l'orbite, soit pendant l'état aigu, soit pendant l'état chronique des frictions mercurielles, diminuera-t-on la plasticité du sang et empêchera-t-on ainsi l'organisation de la matière épanchée ? Cela est un point encore fort obscur, du moins à notre avis. Il n'est pas, au reste, toujours sans danger d'employer l'onguent napolitain chez certains sujets et en particulier chez les enfants lymphatiques. Nous en avons vu un assez grand nombre à la suite d'un traitement long et dans lequel ce moyen figurait en première ligne, pâlir, devenir languissants, tomber dans un état cachectique et ne se relever souvent qu'après un temps bien long, sous l'influence d'une médication tonique persévérante bien dirigée. Nous publierons dans un autre temps des expériences faites sur les animaux dans le but de prouver combien les préparations mercurielles données à petites doses et pendant long-temps peuvent devenir funestes.

Malgré le traitement employé, lorsque les épanchements, au lieu de s'arrêter et disparaître, acquièrent un volume de plus en plus grand, et proéminent soit dans la chambre antérieure, soit au dehors, convient-il de les ouvrir avec la lancette ? Pour notre compte, nous n'avons jamais vu ce moyen réussir ni chez nos malades ; ni chez ceux d'autres praticiens. Nous avons ouvert la cornée chez la vielle femme atteinte de l'abcès profond dont nous avons déjà parlé, et vous avez vu que le pus ne s'est point écoulé au dehors, parce que sa densité était devenue trop grande. L'inflammation n'en a suivi qu'une marche plus rapide et plus fâcheuse, la plaie est restée béante et la lamelle profonde a été détruite plus tard par une ulcération ; terminaison fréquente et très importante des abcès, que nous nous proposons d'étudier bientôt.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. (Juin 1844.)

Des vésicatoires dans une épidémie de grippe; par M. DE NOLHAC.

L'auteur a employé avec succès les vésicatoires à large surface dans une épidémie de grippe qui a régné dans le canton où il exerce ; il les appliquait en général entre les épaules ; sous leur influence, les accidents bronchiques et la réaction générale s'amendaient et disparaissaient beaucoup plus vite que par tout autre traitement.

Observations sur l'hygroma ou tumeur des bourses synoviales sous-cutanées ; par M. CABARET.

Après avoir rappelé les opinions diverses qui ont régné sur la nature et sur le traitement de cette affection, l'auteur rapporte cinq observations de guérison obtenues par la ponction et l'injection iodée, suivant la méthode de M. Velpeau.

Quelques notes relatives à l'excision des tumeurs ovariques ; par M. Achille CHEREAU.

Condamnée par les uns, défendue par les autres, cette opération a fait le sujet d'un grand nombre de publications. M. Chereau, dans ce travail, n'a voulu en faire ni la critique, ni l'apologie ; il se borne à présenter le résultat des opérations pratiquées jusqu'ici. Les tentatives qui ont été faites jusqu'à ce jour, pour enlever une tumeur siégeant dans les ovaires, sont au nombre de 65. Il y a eu 42 cas de succès complet ou de simple rétablissement, et 23 cas de mort répartis de la manière suivante :

La tumeur ovarique ayant été enlevée,	16 cas.
Le péritoine ayant été seul ouvert,	6
L'utérus ayant été extirpé,	1
Total :	23 cas.

La comparaison des cas où l'extirpation de la tumeur a été pratiquée avec ceux dans lesquels on ne trouva point de tumeur, ou dans lesquels on ne put l'enlever, donne, pour les premiers, 28 succès complets et 16 morts; pour les seconds, 15 cas de rétablissement (sans guérison de la maladie) et 7 morts; ce qui fait, des deux côtés, à peu près 1 mort sur 3 opérées.

Il est curieux de comparer ces résultats avec ceux que fournissent d'autres opérations chirurgicales du premier ordre, telles que les amputations des membres, l'opération de la hernie étranglée. M. Malgaigne a démontré que sur 201 amputations de la cuisse pratiquées dans tous les hôpitaux de Paris de 1836 à 1840 inclusivement, l'on a à déplorer la mort de 126 malades, et que, relativement aux amputations de toutes sortes, la mortalité est, pour les cas pathologiques, de 38 sur 100, et pour les cas traumatiques, de 49 pour 100. D'un autre côté, nous devons à M. Textor la relation statistique des cas de hernie étranglée opérée à Wurtzbourg depuis 1836 jusqu'à 1842 inclusivement. Il résulte de cette statistique que 32 malades guérirent et 24 succombèrent, c'est-à-dire, 3 sur 7.

Ce rapprochement, cette comparaison, sembleraient donc démontrer que la section abdominale dans les cas d'hydropisie des ovaires est une opération aussi légitime qu'une amputation d'un membre ou que le débridement d'une hernie étranglée. Mais, ainsi que le fait justement remarquer un médecin anglais, il y a entre ces deux cas cette grande différence que dans une hernie étranglée l'opération sauve 3 malades sur 7, qui, autrement, n'auraient pas survécu même quelques jours, tandis que la section abdominale sacrifie sans nécessité la vie d'une malade pour en sauver deux autres qui, après tout, auraient pu vivre aussi long-temps que si elles n'avaient point subi l'opération.

Sur la cause principale de la morve dans les régiments de cavalerie.

Exposé, qui ne présente rien de nouveau, des opinions diverses qui divisent les esprits sur ce sujet.

Observation de pneumonie traitée par la saignée et par l'acide cyanhydrique; par M. De Larue.

Un homme de vingt-neuf ans, après un travail forcé à la suite duquel il se lava à l'eau froide, fut pris de pneumonie très-bien caractérisée. Il fut saigné trois fois dans la journée, et, de plus, il subit une application de quinze sangsues. On lui prescrivit aussi la potion suivante :

Eau distillée,	92 grammes.
Acide cyanhydrique médicinal,	4 gouttes.
Sirop de sucre,	31 grammes.

A prendre par petites cuillerées toutes les deux heures.

Dans la nuit le malade se trouve très bien ; il dort. Le lendemain matin il est sans fièvre. Le jour suivant, la potion ayant été continuée, la convalescence est établie.

Certes, il n'existe pas dans la science un seul fait de pneumonie jugulée en vingt-quatre heures et par quelque méthode que ce soit. Ce fait mérite d'être remarqué et retenu.

Luxation sous-glénoïdale de l'humérus; par M. Gueprатte.

Cette luxation est fort rare, elle est même niée par plusieurs chirurgiens. M. Gueprattе, non-seulement ne la croit pas impossible, mais encore en cite un exemple que nous laissons au lecteur le soin d'apprécier.

En 1841, sur l'*Africaine*, roulant beaucoup par la mer houleuse, nous recevons, dans le golfe de Gascogne, un coup de vent assez violent pour prendre la cape et nous tenir sous la plus courte voilure. La lame, bientôt grossie, nous secoue violemment; pour ne point faire de chute, conserver son équilibre, il faut constamment une gymnastique habile. Dans un moment où le bâtiment se couche sur babord (côté gauche), A. M., quartier-maître, homme fort, vigoureux, se tient à tribord (côté droit), les jambes écartées, l'une demi-fléchie, l'autre oblique, étendue, reposant sur le bord interne du pied, et le bras droit dans l'extension, arc-boutant solidement contre la drôme; ainsi il résistait heureusement à la force impulsive qui le sollicitait vers la partie la plus déclive, lorsque deux camarades inhabiles à se retenir culbutent et tombent avec violence sur le membre thoracique tendu ; A. M. pousse un cri et s'étend sur le pont; le roulis apaisé, on le porte au poste des blessés dans la batterie.

Le bras a une élongation manifeste; à peine fléchi au coude, il est dans une semi-pronation, et fait avec la parallèle de l'axe du corps un angle de 35 à 40°; l'extension complète de l'avant-bras, son rapprochement du thorax, causent une douleur vive. Le moignon est aplati ; le deltoïde est tiraillé, résistant, forme planche ; l'acromion et l'apophyse coracoïde se découvrent à l'œil ; de ces éminences à la tête humérale existe une distance anormale, et cette tête, en rapport en dedans avec les vaisseaux et les nerfs de l'aisselle, est fixée solidement sur le bord antérieur de l'omoplate; à droite et à gauche de lui elle fait un relief égal. Je m'explique cet équilibre de l'humérus au-dessous de la cavité glénoïde, dans la petite dépression triangulaire qu'on y remarque; la partie la plus inférieure du bourrelet articulaire répondait au col anatomique, ou mieux il était saisi entre lui et la terminaison du sus-épineux qui s'était allongé sans se rompre. (Ce qui est peut-être difficile à croire, à cause de la brièveté de sa fibre.) Sans cette intégrité musculaire, la luxation, j'en suis convaincu, serait devenu en bas et en dedans, axillaire ou sous-épineuse. La longue portion du biceps était intacte, son tendon offrait au doigt l'impression d'une corde qui se tendait, lorsqu'au moindre mouvement de flexion succédait une très légère extension.

Ce diagnostic me prescrivait de la prudence dans les manœuvres. Les premières tentatives m'annoncèrent des difficultés; je supposai qu'il serait peu rationnel, fort dangereux même, de déployer une grande force, et la crainte de rompre des muscles qui, par un effet merveilleux, n'avaient point cédé à une extension exagérée, me détermina à plonger les pieds de mon blessé dans l'eau chaude, à le saigner au bras, en le faisant tenir par des aides dans la position verticale, afin d'inactiver l'action débilitante. 100 à 120 grammes de sang suffirent pour amener une faiblesse syncopale. Je profitai du relâchement de tous les tissus contractiles pour ramener l'humérus à sa position normale; ce qui eut lieu promptement, sûrement et sans douleur.

Le bras rapproché du corps, fléchi et conduit sur le thorax, fut soutenu à l'aide d'une écharpe. Il survint un peu de gonflement et de chaleur, que les fomentations de guimauve dissipèrent bientôt. Le repos et des frictions toniques camphrées terminèrent le traitement. A. M., après vingt jours d'hôpital, reprit son service sans inconvénient.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments d'hygiène militaire; par D.-Ph. Mutel, D.-M., chirurgien-major au 52e de ligne, etc. — Un vol in 8°. Paris, Fortin, Masson et comp.

Il n'existait pas d'ouvrage spécialement consacré à la conservation de la santé du soldat. Cette lacune a décidé M. Mutel à entreprendre celui qu'il vient de publier, et dont la lecture sera fort utile aux généraux et chefs de corps ; aux officiers de génie chargés de la construction des lieux où séjourne le soldat ; aux officiers qui ont à fixer sa manière de vivre ; au soldat lui-même, qui apprendra à éviter les choses nuisibles ; aux médecins militaires surtout à qui l'étude de l'hygiène est indispensable. L'auteur s'est appliqué à recueillir toutes les acquisitions modernes de l'hygiène militaire, afin de les joindre aux richesses des temps anciens. Il a divisé son livre en cinq chapitres, dans lesquels il examine successivement toutes les influences auxquelles le soldat est soumis depuis son entrée au corps jusqu'à sa libération, en campagne comme en garnison, en temps de paix comme en temps de guerre. Peut-être aurions-nous préféré une autre division que celle qu'il a adoptée, qui nous paraît un peu confuse; mais nous reconnaissons que sous un petit volume il a fait entrer le plus de choses possible, et que rien d'essentiel n'a été omis. C'est un livre utile, consciencieusement fait, et dans lequel l'administration de la guerre pourra puiser d'utiles renseignements et des applications importantes.

Manuel de diagnostic des maladies du cœur; précédé de recherches cliniques pour servir à l'étude de ces affections; par le docteur F. Andry, ancien chef de clinique à l'hôpital de la Charité. — Un vol. in-12. Paris, Germer Baillière.

En publiant cet ouvrage, l'auteur a eu pour but de dissiper le scepticisme et l'incrédulité de quelques médecins relativement à la possibilité d'un diagnostic rigoureux des affections du cœur, de bannir le doute et l'hésitation de quelques autres en face des systèmes divers qui ont cours dans la science ; de faciliter à tous une étude aussi importante que difficultueuse. Cet ouvrage s'adresse donc aux praticiens, qui y trouveront un recueil de faits cliniques dont l'analyse, contrôlée par les autopsies, leur montrera à quel degré de précision peut s'élever aujourd'hui le diagnostic des maladies du cœur ; il s'adresse aux élèves, qui apprendront par lui comment on arrive à ces résultats pratiques, véritable conquête de la clinique contemporaine.

Ce but nous paraît avoir été atteint. Les descriptions sont claires, quoique succinctes ; les observations toujours bien choisies ; les préceptes judicieusement exposés, et l'interprétation des faits nous a paru toujours sage et rationnelle. C'est dans le service et presque toujours sous les yeux de M. le professeur Bouillaud que les documents de ce livre ont été puisés, garantie précieuse de précision et d'exactitude.

Un de nos abonnés nous prie de répondre aux questions suivantes.

« Un officier de santé peut-il être médecin d'un hospice lorsqu'il y » a un docteur habitant le même endroit ?

« Quand un officier de santé, médecin d'un hospice depuis vingt ans, » demande qu'il lui soit adjoint un autre médecin, peut-il désigner un » officier de santé de préférence au docteur? Ce dernier n'a-t-il aucun » droit à faire valoir? »

Nous fondant sur le texte de la loi du 19 ventose an XI, nous répondons négativement à ces questions. L'article 27 de cette loi est ainsi conçu :

« A compter de la publication de la présente loi, les fonctions de médecins et chirurgiens jurés appelés par les tribunaux, celles des *médecins et chirurgiens en chef* dans les hospices civils, ou chargés par des autorités administratives des divers objets de salubrité publique, ne pourront être remplies que par des médecins et des chirurgiens reçus suivant les formes anciennes, ou par des docteurs reçus suivant celles de la présente loi. »

Ainsi donc, sur la première question, la loi est formelle, le titre de docteur est indispensable pour être médecin d'hospice.

Sur la seconde question, la loi n'est pas moins positive. Voici ce que dit l'article 29 :

« Ils ne pourront (les officiers de santé) pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi. »

Le docteur en médecine d'une localité où les choses seraient telles qu'elles sont indiquées dans les questions qui nous sont soumises, aurait donc des droits à faire valoir, car il y a contravention formelle à la loi.

Mais à qui pourra-t-il s'adresser pour faire valoir ses droits? Là est la difficulté ; car la question est complexe, et la solution peut dépendre de plusieurs juridictions.

En effet, l'administration d'un hospice, en tant qu'administration, n'est pas justiciable des tribunaux ordinaires ; elle est, selon les circonstances, sous la dépendance ou du préfet, ou du ministre de l'intérieur, ou du Conseil-d'Etat. Dans l'espèce, après avoir fait connaître au conseil de l'hospice les dispositions de la loi, nous croyons que c'est au préfet d'abord qu'il faut s'adresser, car sa ratification est nécessaire pour toute nomination.

— M. le docteur Souberbielle, parent et élève du frère Côme, membre de l'ancienne Académie de médecine de Paris, etc., reprendra ses conférences orales et gratuites sur les maladies des voies urinaires, où il fera le parallèle entre la lithotomie et la lithotritie, le 20 juin, d'une heure à deux, et les continuera tous les jours à la même heure, le dimanche excepté, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole-Pratique de la Faculté.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 71. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

De la conjonctivite oculaire et de ses différentes espèces.

Nous avons commencé l'étude de la conjonctivite oculaire ; nous allons la continuer aujourd'hui, et décrire quelques-unes de ses variétés.

Il est à remarquer que depuis quelques jours, quatre exemples parfaitement tranchés de cette maladie se sont offerts à notre observation. D'abord cet homme, dont nous avons parlé la dernière fois au n° 40, un élève, une femme qui s'en va aujourd'hui, et un autre encore à l'hôpital, au n° 6. Ces exemples suffisent amplement pour démontrer sans réplique que ces sortes d'ophthalmies peuvent exister seules pendant un certain temps.

Les caractères servant à distinguer la maladie de toute autre affection de l'œil, ont été décrits la dernière fois. On se souvient sans doute que nous avons particulièrement insisté sur le sentiment de gravier qu'éprouvent les malades, sur la rougeur arborescente plus prononcée vers la ramure oculo-palpébrale ; enfin, sur l'absence de photophobie et d'épiphora, et sur l'intégrité de la vue. Tous ces signes sont, en effet, très sensibles chez la femme du n° 6. Le mal a débuté il y a huit jours à peu près ; il s'est montré d'abord à l'œil gauche, puis l'autre s'est pris également, et tous deux sont devenus le siége de cette rougeur vineuse que nous avons signalée. Chez cette malade, elle est, comme nous l'avons dit, plus intense vers le fond de la rainure que vers la cornée ; cependant on la voit s'avancer du côté de cette dernière ; la vision est, du reste, parfaitement nette, les yeux s'ouvrent librement ; la lumière ne produit pas de sensation douloureuse ; il n'y a pas larmoiement abondant, et cette femme se plaint d'avoir de la poussière dans les yeux. Enfin, les paupières sont encroûtées ; en un mot, c'est un exemple complet de la maladie que nous décrivons.

Il est vrai que chez cette malade, la conjonctivite oculaire est compliquée de deux autres affections des paupières, il y a combinaison de conjonctivite palpébrale et de blépharite ciliaire ; mais, et c'est précisément là ce qu'il y a de remarquable, on peut parfaitement distinguer sur le même œil chacune de ces affections.

Comme toutes les inflammations, la conjonctivite oculaire présente dans sa marche des variations qui ont été mentionnées dans tous les temps. Les anciennes expressions qui les représentaient n'ont point été conservées, mais les faits n'en sont pas moins restés les mêmes. Ainsi, autrefois, on appelait le début de la maladie *taraxis* ; la seconde période portait le nom de *lippitude*, et la troisième de *chemosis* qu'on a gardé.

Le taraxis correspondait à cette période des inflammations dans lesquelles les tissus muqueux deviennent secs. Personne n'ignore, en effet, que dans le coryza, la bronchite, lors du début, l'inflammation s'accompagne d'une sécheresse qui empêche la sécrétion du mucus nasal, et qui suspend complétement l'expectoration. Il en est de même de l'inflammation de la conjonctive, et c'est à cet état que fut appliqué ce nom de taraxis.

La lippitude indiquait la période inflammatoire dans laquelle, au contraire, les liquides étaient sécrétés en plus grande abondance.

Le chémosis enfin, ainsi qu'on l'entend encore aujourd'hui, signifiait l'infiltration des liquides dans le tissu malade, et, par suite, un gonflement, un boursouflement plus ou moins considérable.

Tout ce que nous venons d'exposer s'applique à la conjonctivite oculaire franche ; mais il y a quelques espèces de la même maladie qui semblent appartenir à des causes spéciales, mal déterminées.

Il est extrêmement important de bien connaître ces variétés qui ont, en général, un degré de gravité beaucoup plus grand que la conjonctivite oculaire simple.

Parmi ces dernières, il faut placer en première ligne la conjonctivite purulente.

Les conjonctivites purulentes doivent être séparées dans l'histoire de la conjonctivite oculaire, parce qu'elles forment une des catégories la plus redoutable des inflammations qui peuvent envahir l'œil. La rapidité de leur marche, et le danger qui les accompagne, défendent de les confondre avec les conjonctivites simples.

Les causes qui produisent les conjonctivites avec purulence sont loin d'être toujours évidentes ; à part l'ophthalmie blennorrhagique, les autres sont d'une étiologie le plus souvent fort obscure. Ces ophthalmies sont caractérisées par les signes matériels de la conjonctivite ; mais ce qui les en distingue surtout, c'est la vitesse avec laquelle les différentes phases de l'inflammation se succèdent. D'ordinaire, la conjonctive devient rouge, les malades continuent à voir ; le rouge de cette variété tire un peu sur le jaune dans le commencement ; mais dans l'espace de vingt quatre heures, un liquide franchement purulent, d'une couleur verdâtre, suinte incessamment ; la conjonctive se boursoufle au point de faire croire à un phlegmon, la cornée paraît cachée sous une couche jaune-verdâtre ; l'œil ne tarde pas à être perdu.

La conjonctivite purulente se présente avec ces caractères communs ; mais elle se divise en plusieurs variétés qui ont aussi des caractères spéciaux.

La plus anciennement connue, est celle qu'on désigne sous le nom d'ophthalmie d'Egypte.

Ce n'est guère cependant que depuis la campagne d'Egypte qu'on a bien étudié cette maladie, et qu'elle a été convenablement décrite. C'est elle qu'on appelle encore ophthalmie asiatique, ophthalmie des Orientaux.

Une autre non moins importante à connaître, est celle qu'on nomme improprement, comme nous le dirons, ophthalmie des nouveau-nés.

Enfin, une troisième espèce non moins grave que les précédentes, est la conjonctivite blennorrhagique.

Il existe deux espèces de conjonctivite qui appartiennent à l'ophthalmie d'Egypte ; ce sont les conjonctivites purulentes épidémiques, et la conjonctivite purulente des armées.

La première que nous avons vue à Paris en 1832, où on la désignait sous le nom de *cocotte*, a véritablement les caractères de l'ophthalmie d'Egypte, si ce n'est cependant que cette dernière est évidemment contagieuse, tandis que celle-là semblait épidémique. L'ophthalmie d'Egypte ne parcourait pas les pays, les villes, comme le faisait l'ophthalmie de Paris ; mais elles avaient beaucoup de points de ressemblance sous le rapport des caractères matériels.

L'ophthalmie des armées, qu'on observe chez les troupes belges, britanniques aux Indes, paraît également une nuance de l'ophthalmie d'Egypte. Quelques personnes croient que c'est elle-même qui a été importée, et qui continue à se propager ; mais il reste beaucoup de points qui ne sont pas éclaircis à ce sujet. Ainsi, pourquoi certaines troupes communiquant avec les armées sur lesquelles sévit cette maladie dangereuse, paraissaient-elles en être exemptes ? C'est ce qui faisait dire, en commençant, que l'étiologie de ces conjonctivites était loin d'être exactement connue.

Quant à l'ophthalmie blennorrhagique, on sait parfaitement que ce n'est pas l'ophthalmie d'Egypte, et que sa cause est tout autre.

Chacune de ces conjonctivites purulentes se distingue l'une de l'autre par quelques caractères spéciaux qu'il n'est pas sans intérêt d'examiner.

L'ophthalmie des nouveau-nés débute ordinairement par la conjonctivite palpébrale, et elle peut même persister longtemps sans envahir la conjonctive oculaire. Dans l'ophthalmie blennorrhagique, au contraire, la conjonctive oculaire est prise d'abord, et envahie à un tel degré qu'il peut arriver que la cornée participe à l'inflammation et se fonde sans phlegmasie de la conjonctive palpébrale. Dans l'ophthalmie d'Egypte et celle de Belgique, les deux conjonctives se prennent à la fois,

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Un discours non prononcé. — Hauts faits du magnétisme. — Une question bouteuse.

Il a été dit beaucoup de choses à l'Académie de médecine, mardi dernier ; cependant, la matière n'a pas été épuisée, et l'on me communique à l'instant un petit discours qui n'a pu être prononcé, où le sujet me semble avoir été envisagé sous une face nouvelle. L'auteur, trop modeste à mon sens, m'a prié de garder l'anonyme ; je me conforme à ses désirs.

Messieurs,

Je ne dirai pas comme M. Royer-Collard que tout ce que j'entends m'irrite et m'indigne ; je dis au contraire que j'y trouve un exemple et un enseignement. C'est ce que j'espère démontrer en répondant à quelques orateurs que nous venons d'entendre.

A M. Guerin, je dirai d'abord que c'est une fort mauvaise habitude qu'il a contractée de considérer comme ennemi personnel quiconque fait opposition à ses manières de voir. Comment donc et sous quel point de vue envisagez-vous la presse périodique, la critique écrite ou parlée, les académies, et tout ce mouvement nécessaire des idées, des opinions et des faits, de leur examen et de leur appréciation, si, à l'occasion de tout cela et d'une simple divergence, vous voyez partout des ennemis disposés, comme vous le répétez à tout propos, à porter atteinte à votre honneur, à votre moralité, à votre dignité d'homme et de savant ? Dernièrement, à l'Académie des sciences, M. Arago ne voulait pas qu'on se servît même du terme d'adversaire dans une discussion scientifique. Ce mot lui semblait présumer une animosité et des intentions hostiles qui, en fait de science, doivent toujours rester dans l'ombre, quand malheureusement ces sentiments existent. Voyez combien vous êtes loin des habitudes et des mœurs scientifiques du savant secrétaire perpétuel ! Vous n'apercevez partout que des complots, machinations, allégations fausses, calomnies atroces ; le monde chirurgical s'est coalisé contre vous et veut vous perdre moralement et scientifiquement ; on vous poursuit dans la presse et dans les académies ; vous êtes enfin victime d'une trame odieuse ourdie contre votre pratique et votre probité. Tout cela est bien effrayant ; mais tout cela est-il bien exact ? J'en doute fort. Mon premier motif, c'est qu'il est complétement impossible d'organiser aujourd'hui une coalition quelconque contre une vérité scientifique. Toute vérité sans doute a un temps d'épreuve et de lutte ; elle rencontre des indifférents, des incrédules, des opposants de diverse nature ; mais de coalition, mais une réunion d'hommes assez puissante et assez insensée pour dire à la vérité : Tu n'es qu'un mensonge, et tu ne passeras pas ; voilà certainement ce qui ne se rencontre plus, parce qu'aujourd'hui avec notre liberté de penser et d'écrire, avec nos mœurs et nos habitudes de libre examen, la chose est tout simplement impossible. Second motif : Cette coalition, si elle existait, supposerait un intérêt. Le *Cui prodest* de la loi romaine est d'une éternelle justesse et d'une universelle application. On conçoit très bien que les routiers et les maîtres de postes s'insurgent contre les chemins de fer, que les ouvriers brisent une mécanique qui les réduit à la misère, que les marchands d'alcool jettent des pierres au père Mathieu, l'apôtre de la tolérance ; mais que la chirurgie presque tout entière ait intérêt à se révolutionner contre la myotomie rachidienne, j'entends un intérêt matériel et tangible, voilà ce qu'il est impossible de comprendre, et ce qui est d'ailleurs bien loin d'être démontré.

Mon Dieu ! tout ce qui se passe est fort simple, et je serais bien aise que mon petit discours ramenât tout le monde au calme, à la raison et à la vérité. De quoi s'agit-il ? De savoir si la myotomie rachidienne a réalisé en effet toutes les merveilles dont elle a parlé. C'est là, nul ne peut le contester, un sujet de recherches utile, intéressant, important. Un chirurgien, M. Malgaigne, l'a abordé. Dans quel but, dans quelle intention, sous l'influence de quelles passions ? Je dis que cela ne peut, ne doit se demander, et que le monde scientifique n'a à s'enquérir que d'une chose, savoir si les travaux de M. Malgaigne portent un caractère scientifique, et si les faits qu'il annonce sont exacts et fidèles ? Quels moyens M. Malgaigne avait-il de faire juger le caractère et la vérité de son œuvre ? Evidemment il n'avait que la voie académique ; aussi l'a-t-il employée. Il lut donc son mémoire, et l'Académie en renvoya l'examen à une commission.

L'Académie fit-elle bien, fit-elle mal ? Ceux qui soutiennent qu'elle fit mal, ont eu des remords fort tardifs, il faut en convenir, et l'on ne comprend pas bien comment les énormités de la chose n'ont pas frappé plutôt et en temps opportun les yeux des honorables dissidents. Toujours est-il que nulle opposition ne se manifesta dès le principe, que cette commission fut instituée régulièrement, lentement, après des nominations nombreuses nécessitées par de nombreuses démissions, sans que personne ne dît mot et soulevât la plus petite objection. Je soutiens que l'Académie agit alors dans toutes les limites de son droit, de ses devoirs et des convenances. Quel scandale une simple proposition de refus n'eût-elle pas suscité ? De quel droit auriez-vous pu frapper de suspicion et d'indignité un confrère, un candidat qui vient vous apporter le fruit de ses recherches ? La chose était impossible, et ceux qui s'excusent le plus sur leur absence de la séance où cette détermination fut prise, n'auraient eu ni le courage ni la possibilité d'en proposer une autre.

Que s'est-il donc passé depuis pour que la proposition d'annulation rencontre quelque faveur sur certains bancs ? Rien que de fort naturel ; la commission instituée est venue vous exposer les embarras, les obstacles qu'elle rencontre ; elle vous a demandé conseil et même encouragement pour aller en avant, et à cette démarche honorable et délicate jusqu'au scrupule, nous voudrions répondre par un refus formel, par une annulation complète ? Et sur quels motifs ?

M. Louis invoque la dignité, et dit qu'il n'est pas digne d'aller visiter des malades d'un collègue ; mais l'honorable statisticien n'a oublié qu'une chose, c'est que ce ne sont pas des *malades* qu'il s'agit d'aller voir, mais bien des gens *guéris* d'après M. Guerin lui-même. Or, qu'y a-t-il d'indigne d'aller rendre visite à des gens pour leur demander honnêtement si leur santé se soutient ?

M. Louis invoque la répugnance qu'ont des bossus à se laisser voir ; mais l'honorable hygiéniste ne sait donc pas qu'il n'y a plus de bossus parmi les gens qui ont été soumis au traitement de M. Guerin ?

M. Castel s'irrite contre la sortie de M. Gerdy sur les convenances, qui ne sont d'après lui que des faiblesses et le résultat de mœurs corrompues ? Mais M. Castel ignore donc que le plus austère et le plus religieux des moralistes, Bossuet, a tenu à peu près le même langage en appelant les convenances du monde des *vices colorés* ?

M. Louis prétexte que la commission est composée d'adversaires de M. Guerin, qui ont tout intérêt à ce qu'il succombe. Comment un homme aussi grave et dont la réserve prudente est si bien connue, a-t-il pu se laisser entraîner à soulever des questions intentionnelles si délicates, si ardues, si difficiles à manier ? Où en seriez-vous, Messieurs, si chaque parti se jetait à la face les mille propos qui circulent, les accusations diverses qu'on colporte, les intérêts supposés dont on parle ? Dans des conflits semblables à ceux qui nous occupent, les hommes plus austères ne sont pas à l'abri du soupçon ; et que dirait M. Louis, si M. Velpeau lui répondait : « Je n'ai pas voulu relever de l'infimité de son origine une opinion qui vous concerne. Vous m'accusez d'un intérêt à la chute de M. Guerin ; on vous rend la pareille, et on vous accuse d'un intérêt à le soutenir. Mon intérêt serait la haine ou l'amour-propre ; le vôtre serait moins sentimental, » etc. Voyez, Messieurs, où nous conduirait ce système de la question intentionnelle ? Bannissez-le au plus vite de vos discussions, au nom même de cette dignité et des convenances que l'on invoque ici.

Du reste, et sur quelques autres points, cette discussion présente un singulier spectacle. Je me souviens que quand la question de l'arsenic s'agitait dans cette enceinte, M. Orfila trouvait étrange et quelque peu plaisant d'entendre M. Gerdy parler toxicologie. Le phénomène était-il plus grand que d'entendre M. Orfila parler d'excurvations tubercu-

leur rapidité et leur danger sont extrêmes ; l'organe peut être fondu en vingt-quatre heures ; on a même cité des cas dans lesquels douze heures ont suffi pour amener la perte complète de l'œil.

On le voit, c'est avec raison que nous reconnaissons à ces différentes phlegmasies des caractères communs et des caractères spéciaux.

Dans les hôpitaux, on observe l'ophthalmie des nouveau-nés, les ophthalmies épidémiques et blennorrhagiques ; mais l'on n'a pas occasion, comme on le comprend, d'étudier l'ophthalmie des armées ni celle d'Égypte : mais il est facile, d'après les relations qui ont été données de ces dernières, de voir qu'elles se rapprochent beaucoup des ophthalmies épidémiques observées à Paris en 1832 et en 1833.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés, nom impropre, puisque les nouveaux-nés n'en sont pas les seuls affectés, qu'on l'observe jusqu'à l'âge de quinze ans, et même que quelques adultes en sont atteints (nous avons reçu, à la Charité, des gens de service à l'hôpital des Enfants, qui l'avaient contractée quand elle y régnait), cette ophthalmie, disons-nous, débute un peu moins vite que les autres espèces. Pendant quelques jours, elle se borne à la conjonctive palpébrale, et c'est pour cela même qu'il serait mieux de la nommer blépharite purulente, ou mieux, blépharo-conjonctivite purulente ; bientôt la paupière se gonfle ; jusque-là rien de particulier ; mais au bout de quelque temps une matière épaisse, verdâtre est secrétée ; les paupières se collent, se boursoufflent énormément, et se renversent même, par l'effet du gonflement, tantôt en dedans, tantôt en dehors. On a alors l'aspect d'un vaste champignon charnu qui suppure ; mais ce qu'il y a de tout à fait remarquable, c'est que, tant que cette seconde période dure, toutes les fois qu'on peut parvenir à examiner la cornée, on la trouve parfaitement intacte, il est certain que la vision est conservée.

La troisième et dernière période de la maladie est caractérisée par l'extension de l'inflammation à la conjonctive oculaire. Alors l'affection devient très grave ; elle acquiert la rapidité de l'ophthalmie d'Égypte, la cornée se prend en très peu de temps ; l'œil est perdu.

Ainsi, trois périodes dans l'ophthalmie des nouveau-nés : la première, qui dure jusqu'à l'apparition de la matière purulente ; la seconde, jusqu'à l'extension de l'inflammation à la conjonctive oculaire ; la troisième, rapide, redoutable, depuis le moment de cette extension jusqu'à la fonte de l'œil, ou aux taches indélébiles de la cornée.

Dans la première et la seconde, on guérit ; dans la troisième, en un, deux, trois ou quatre jours, la vision est abolie.

La première période de cette maladie est embarrassante, non qu'on ne la reconnaisse facilement, mais parce qu'on ignore si l'on aura affaire à une conjonctivite simple ou à une conjonctivite qui deviendra purulente.

Aussi doit-on se pénétrer de ce précepte, qu'il faut surveiller avec grand soin les ophthalmies des enfants, et voir les petits malades tous les jours, pendant les trois ou quatre premiers de la maladie, pour s'éclairer sur la nature de la conjonctivite.

D[r] PAJOT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur la plessimétrie. (Quatrième leçon.)

Percussion du foie.

La percussion du foie en arrière n'a peut-être pas été encore assez étudiée. Cette étude est cependant d'une assez grande importance. Supposez, par exemple, qu'il existe des hydatides dans le foie ; il est extrêmement probable qu'elles seraient restées inconnues avec les moyens ordinaires de diagnostic, tandis qu'une percussion méthodique nous fournira des signes certains de leur existence.

Pour percuter cette région du foie, le malade étant placé sur le ventre, le médecin devra percuter suivant les signes que nous allons indiquer.

Première ligne, passant par les apophyses transverses de la colonne vertébrale, et descendant jusqu'au sacrum.

Deuxième ligne, parallèle à la première, partant du bord postérieur de l'aisselle et se dirigeant vers le bassin.

Troisième ligne, toujours parallèle aux deux précédentes, et à égale distance de l'une et de l'autre.

Quatrième ligne, perpendiculaire à celles qui précèdent, et passant par le bord supérieur du foie.

Cinquième ligne, parallèle à la quatrième, et limitant le bord inférieur.

Enfin, une sixième ligne sera menée à égale distance de l'une et de l'autre de ces deux dernières lignes, en suivant une direction parallèle.

En suivant les lignes parallèles à la colonne vertébrale, on conçoit immédiatement ce qui va arriver. En haut, le plessimètre donnera un son clair et sonore tant que l'organe pulmonaire sera interposé entre le foie et les côtes. A mesure que l'on s'approchera du point où se termine le poumon, le son se modifiera. La percussion devra alors être pratiquée avec force et avec légèreté. Il sera toujours facile, en se rappelant les préceptes déjà cités, d'obtenir le véritable son de l'organe hépatique.

Plus bas le rein, que recouvre le foie, donnera, en suivant les lignes indiquées, une sensation particulière dont il sera nécessaire de tenir compte. C'est ici surtout que l'habitude des sons plessimétriques sera indispensable. De prime abord, la distinction entre ces deux organes serait impossible à faire ; ce n'est qu'en revenant à plusieurs reprises sur cette percussion qu'on et pourra saisir toutes les nuances. La dernière ligne externe nous indiquera les rapports du foie avec le colon lombaire droit, et au delà du bruit abdominal qu'il produit, il sera possible de reconnaître le bruit hépatique.

Quant aux lignes transversales, en suivant la première, nous obtiendrons d'abord le bruit ostéique de la colonne vertébrale, puis le bruit pulmonaire, et par la percussion profonde en se rapprochant toujours du sternum, la sensation hépatique.

La troisième ligne nous indiquera le bord supérieur du rein, le son hépatique qui se trouve immédiatement au-dessous ; enfin le son propre du foie.

La deuxième ligne nous fera retrouver les bruits différents du rein, du foie et de l'intestin *vésiculo-biliaire*. Jusqu'à présent, les organes que nous venons d'examiner au point de vue de la percussion plessimétrique, ont été supposés dans leur état physiologique. Nous allons être forcé ici de supposer la vésicule biliaire à l'état pathologique, pour qu'elle puisse être l'objet d'une exploration ; car, ainsi que tout le monde le sait, cet organe, dans l'état sain, dépasse d'une si petite quantité le rebord inférieur du foie, que la percussion ne saurait faire constater sa présence. Mais on sait aussi que la vésicule biliaire est susceptible de présenter des augmentations de volume tellement considérables, que ses rapports en sont changés, qu'elle peut aller jusqu'à dépasser de beaucoup le bord inférieur du foie.

Voici quel est le procédé qu'il faudra employer pour percuter cet organe. Il faudra, avant tout, songer à limiter inférieurement le bord du foie ; après en avoir indiqué les limites avec de l'encre, on devra conduire transversalement le plessimètre de droite à gauche et de gauche à droite, sur tout le bord inférieur de la glande hépatique. Si la vésicule ne déborde point, on n'entendra que le son intestinal ; si la vésicule déborde, on entendra sur un espace plus ou moins considérable un son particulier qui se différenciera d'autant plus du son tympanique, que la vésicule sera plus distendue. Il sera nécessaire ici de percuter très légèrement et très superficiellement ; le point où ce son hydraérique cessera pour faire place au son tympanique, indiquera la terminaison du bord inférieur de la vésicule et le commencement de l'intestin.

Percussion de la rate.

Quelques considérations anatomiques nous paraissent nécessaires à établir avant de passer à l'étude plessimétrique de cet organe. Tous les anatomistes qui se sont occupés de la rate, l'ont étudiée sur le cadavre, et dès lors il a été difficile de tenir compte des changements que la mort avait pu y apporter. L'ouverture de la poitrine, la section du diaphragme impriment encore aux viscères abdominaux des changements qui modifient considérablement ses rapports.

Quoi qu'il en soit, nous disons que la rate est profondément située dans l'hypochondre gauche, au-dessous du diaphragme, au-dessus du colon descendant, entre le grand cul-de-sac de l'estomac et les cartilages des fausses côtes, au-devant de la capsule sus-rénale gauche et de la partie supérieure du rein du même côté. Sa pesanteur varie considérablement (60 à 240 gr.), ce que l'on conçoit facilement en tenant compte des divers états pathologiques qui ont pu, en amenant la mort, modifier la texture de cet organe. Quant à ses dimensions, elles peuvent, dans l'état physiologique, être évaluées à environ 4 pouces de long sur 3 de large et un peu moins d'épaisseur. Mais combien ces diverses données vont-elles varier lorsque nous aurons affaire à des rates hypertrophiées par d'anciennes fièvres intermittentes !

La face externe de la rate répond d'ordinaire aux neuvième, dixième et onzième côtes ; elle est séparée supérieurement par le diaphragme d'une lame mince de poumon. Nous avons encore eu occasion de signaler qu'elle pouvait présenter des rapports immédiats avec le lobe gauche du foie prolongé en languette ; et si l'on trouve dans les ouvertures cadavériques la rate faisant saillie au rebord des côtes, c'est, comme nous l'avons indiqué précédemment, l'effet des changements de rapports des organes abdominaux. La rate peut être très hypertrophiée et cependant ne pas dépasser le rebord costal. On conçoit donc que la palpation resterait ici impuissante, tandis que la percussion sera une source féconde d'applications thérapeutiques.

La face interne de la rate, divisée par la scissure, répond par sa partie antérieure au grand cul-de-sac de l'estomac et par sa partie postérieure à la colonne vertébrale sur laquelle elle est appliquée.

Sa circonférence répond en haut à l'aponévrose du diaphragme, en bas à l'angle des colons transverse et descendant, en arrière au rein qu'elle recouvre quelquefois, en avant à l'estomac. Ici se passe un phénomène particulier que nous allons indiquer. Lorsque l'estomac est plein, la rate devient horizontale de verticale qu'elle est dans toute autre circonstance. Alors son extrémité supérieure regarde en arrière et l'extrémité inférieure regarde en avant et un peu en bas.

Le procédé plessimétrique pour la rate est le suivant : on fera placer le malade sur le côté droit ; les jambes un peu fléchies et le bras relevé de manière que la main vienne s'appuyer sur la tête ; on pourrait encore le laisser coucher horizontalement sur le dos, en ayant soin de lui faire dépasser

---

leuses et de voir M. Louis juge d'une question chirurgicale ? Ce n'est pas que l'instruction de ces messieurs et leur aptitude ne suffisent pour compenser ce qui leur manque en études spéciales du sujet, mais j'insiste particulièrement pour que M. Orfila tienne exactement note des excurvations tuberculeuses que M. Guérin fera passer sous ses yeux et qu'il guérira, cela va sans dire. Je recommande aussi à M. Louis les abcès par congestion.

Le plus en peine de nous tous, dans ce moment, c'est M. Adelon. L'Académie se souvient que c'est sur son argumentation logique et pressante qu'elle a voté mardi dernier le maintien de la commission. Aujourd'hui, les choses ont pour lui changé de face ; il cherche, sans trop dire pourquoi, à entraîner l'Académie dans un vote entièrement opposé, et il se réunit aux partisans de l'annulation. Mais, mon cher collègue, si vous aviez raison mardi vous avez tort aujourd'hui, si vous avez tort mardi, vous avez raison aujourd'hui ; mais dans tous les cas vous devez être peu sensible au flatteur compliment que vous adresse la *Gazette médicale* : « Cet homme d'une raison si droite, d'un jugement si sûr, » etc., etc.

M. Cornac, à mon sens, a parlé comme un livre. Voulez-vous de l'enquête ? nommez deux commissaires dans le sens de la majorité. N'en voulez-vous pas ? que votre vote tombe sur deux membres qui lui sont opposés. Mais au moins, et dans tous les cas, l'Académie ne présentera pas l'affligeant spectacle de se déjuger, de vouloir aujourd'hui ce qu'elle ne voulait pas hier, de rejeter ce qu'elle a déjà solennellement voté. On dira peut-être, pour employer une expression populaire, que cette proposition a l'air de vouloir ménager la chèvre et le chou ; non, messieurs, car elle laisse l'Académie entière libre de manifester ses intentions véritables, et lui permet surtout d'arriver à une conclusion.

En définitive, messieurs, qu'est-ce qui nous arrête ? Et de quoi, de qui donc avez-vous peur ? Partisans de M. Guérin, si vous croyez à sa sincérité, si vous n'élevez aucun doute sur la véracité de ses assertions et sur l'authenticité de ses cures, je vous somme, au nom de vos propres convictions, de laisser faire une enquête qui, d'après vous, ne doit conduire qu'à la confusion de ses adversaires. Si M. Guérin a dit vrai, votre opposition n'a aucun sens ; elle est immorale et maladroite. Immorale, car elle retarde pour M. Guérin le jour de la justice et de la réparation ; maladroite, car elle laisse supposer que vous redoutez ce que vous voulez empêcher.

Pour mon compte, messieurs, moi qui voudrais de tout mon cœur que M. Guérin ait raison, mais qui n'ai aucun motif de suspecter les lumières et la bonne foi de M. Malgaigne, moi, qui suis dans le doute comme peut être la plupart d'entre vous ; moi, praticien obligé de répondre souvent aux conseils qui me sont demandés par les familles, moi, enfin qui comme vous tous voudrais m'éclairer sur la question, je vote pour l'enquête, seul moyen qui nous soit offert jusqu'ici d'acquérir quelques lumières.

— J'ai idée que ce discours aurait pu produire quelque effet ; mais pas n'en a eu besoin la cause des principes et de la raison. L'Académie a résisté aux influences les plus puissantes, aux suggestions les plus habiles, au complot le mieux tramé. Je sais bien, et je viens de le lire, que la *Gazette médicale* chante victoire du résultat de la dernière séance. Mais ce journal, on le sait, est d'un naturel parfait ; il fait des procès qu'il perd, victoire ! Pendant deux séances il s'oppose à la commission Malgaigne que l'Académie nomme, soutient et maintient, victoire ! Que dire et que faire à des chanteurs de cette espèce ? les laisser chanter et se souvenir du dicton de Mazarin.

— Il y a long-temps que nous n'avons entendu parler de magnétisme; les grands-prêtres et prêtresses du culte seraient-ils tous et toutes endormis du sommeil magnétique ? A part MM. Thilorier et Lafontaine, qui ont enfin trouvé le troisième fluide impondérable si vainement cherché par d'autres et qui ont prouvé son existence en faisant des passes sur le galvanomètre, rien plus ne m'arrive des Prudence, des Virginie, des Colette et de toute cette cohorte gracieuse et mignonne de charmantes dormeuses que j'aimais tant à voir. Voici cependant un fait qui m'a été très sérieusement raconté par un croyant ; je n'ai pas vu le fait, mais j'en connais l'héroïne, charmante et adorable femme, à qui, si j'étais magnétiste, je confierais certainement les destinées du magnétisme, tant je serais sûr que sa beauté remarquable entraînerait des prosélytes.

Cette jeune dame est devenue somnambule lucide sans le vouloir et sans le savoir, dit-elle. Elle souffrait d'une légère indisposition; un croyant lui dit : Je vais vous guérir, et il lui fit des passes qui la plongèrent immédiatement dans le sommeil magnétique. On recommença l'expérience, et la lucidité se manifesta à un degré extrême. Qu'on en juge par le seul fait que je vais raconter. Cette somnambule, qui du reste est dans une position de fortune à ne permettre aucun soupçon d'intérêt vulgaire, a été magnétisée il y a quelques jours par la veuve d'un ancien agent diplomatique étranger, mort en Amérique depuis plusieurs années, et que la somnambule n'a jamais vu. Entre autres talents, la somnambule possède celui de la peinture, et c'est surtout pendant le sommeil magnétique qu'elle aime à se livrer à la composition. Donc, un de ces jours, la veuve du diplomate lui demanda : — Pourriez-vous faire le portrait de mon mari ? — Pourquoi pas ? répondit-elle. Ma toile, mes pinceaux, ma palette, ajouta-t-elle avec exaltation, et aussitôt elle se mit à l'œuvre. Quelques séances ont suffi pour faire le portrait, et la stupéfaction de la veuve a été complète en retrouvant les traits de son mari, et jusqu'à de petits détails de costume qu'elle-même avait oubliés. Je vous donne ce fait tel qu'il m'a été raconté pour mon édification, résultat qui n'a pas été douleux comme bien vous pouvez le croire.

— On s'est beaucoup égayé au sujet des questions de thèse proposées par le concours des chirurgiens à l'agrégation. Une de ces questions surtout a mis en veine les beaux esprits du monde chirurgical, — et l'on sait combien ils y abondent, — c'est celle qui a pour titre : *De la Claudication.* Quel sujet boiteux ! disait l'un ; voilà une question qui cloche, disait l'autre. Prenez garde à un faux-pas, disait un troisième au pauvre candidat qui véritablement dans les premiers moments ne savait trop de quel pied partir. Un malin voulait lui envoyer une paire de béquilles. Il en aurait fait, n'en doutez pas, ce que fit des siennes certain pape ; car dans ce sujet dont on se moque, il est homme à marcher d'un pas ferme et sûr.

JEAN RAIMOND.

De la médecine conjecturale soi-disant rationnelle, et de la médecine positive, coup-d'œil d'un homœopathe ; par J.-M. DESSAIX, D.-M., ancien médecin des armées. — Brochure in-8°. Paris, J.-B. Baillère.

Cette brochure renferme une critique et une exposition. La critique est quelquefois juste, souvent amère et incisive, plus souvent mal fondée, de l'état actuel de la science et de la pratique médicales. L'exposition est un plaidoyer brûlant en faveur de l'homœopathie.

L'auteur est certainement de bonne foi, et paraît convaincu de la vertu des infinitésimaux. Que dirait-il s'il savait qu'à Paris, les plus célèbres homœopathes restant seulement fidèles au grand principe d'Hahnemann, *similia similibus*, ont renoncé à sa posologie, et administrent l'aconit, la bryone, l'arnica, etc., comme nous tous pouvons le faire ? Il n'est que trop vrai qu'une hérésie s'est déclarée dans l'église homœopatique ; M. Dessaix en est encore aux vieux principes, à l'orthodoxie si l'on veut, mais il risque d'être renié par ceux-là mêmes en faveur de qui il a publié une brochure vive, piquante et semée de traits fort spirituels.

Vendredi a eu lieu au Val-de-Grâce la translation des cendres de Broussais. Des députations de l'Institut, de la Faculté et de l'Académie de médecine, le corps des officiers de santé militaires, assistaient à cette cérémonie.

On remarquait, parmi les assistants, MM. Villemain, Mignet, Naudet, Damiron, Evrard, Pasquier, Marie, Orfila, Baudens, Bouillaud, Richond des Brus, etc. MM. Orfila et Naudet ont prononcé chacun un discours ; le premier au nom de la Faculté, le deuxième au nom de l'Institut.

un peu le bord du lit. C'est alors qu'il faudra, d'après les règles que nous avons précédemment établies, limiter : 1° la base du poumon gauche ; 2° le lobe gauche du foie et même le bord inférieur du cœur. Une fois ces diverses mesures trouvées, on percutera la rate en suivant les lignes qu'il nous reste à indiquer.

Une première ligne partira du creux de l'aisselle et se dirigera vers le bassin en rencontrant l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Une deuxième coupera celle-ci à angle droit à partir de l'appendice xyphoïde ; deux autres lignes partiront du sternum et de la colonne vertébrale dans une direction telle qu'elles feront avec les deux premières des angles de 45 degrés. De sorte qu'en obtenant sur ces quatre lignes huit points différents, il nous sera toujours possible de limiter très exactement la forme ovalaire de l'organe splénique.

En percutant sur la première ligne et en haut, nous aurons le son pulmonal ; à mesure que nous approcherons du point où nous aurons indiqué la cessation de l'organe de l'hématose, la percussion devra être très profonde et très forte, de sorte que l'on saisisse au-dessous du bruit pulmonal le bruit particulier à la rate. Le bord supérieur de cet organe sera situé plus ou moins loin de la neuvième côte, et on le reconnaîtra facilement si l'on sait tenir compte de l'altération successive que présente le son pulmonal à mesure que l'on s'approche de la rate, — une fois trouvé, on continuera à percuter en descendant selon la ligne que nous avons tracée. La plessimétrie superficielle indiquera le son splénique ; la percussion profonde rendra le son tympanique de l'estomac et de l'intestin. On pourra donc apprécier l'épaisseur de la rate, sa résistance au doigt et sa matité selon le plus ou moins de force qu'il sera nécessaire d'imprimer au plessimètre pour obtenir ces divers phénomènes. A mesure que l'on descendra vers le bord inférieur de la rate, si le colon est plein de matières, il sera difficile de limiter le point de terminaison de l'organe splénique. Ce sera là une indication de prévenir cette accumulation stercorale par les moyens appropriés.

La deuxième ligne ne sera pas très difficile à percuter si les rapports de la rate et du foie ne sont pas immédiats ; la lame pulmonaire interposée sera reconnue par le procédé indiqué ci-dessus. Si le foie, au contraire, est en rapport avec la rate, on n'aura qu'un à peu près, mais un à peu près qui ressemblera singulièrement à une certitude. A mesure que l'on s'avancera en arrière, la percussion changera de caractère, car le rein, la colonne vertébrale, la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, seront là pour empêcher un peu la percussion plessimétrique ; mais il y a une différence entre le son particulier du rein, celui de la colonne vertébrale, et l'absorption du son particulière aux muscles ; ces derniers ne ressemblent pas au son splénique ; ces nuances seront, je ne dis pas facilement distinguées, mais on peut cependant avec une certaine habitude arriver à ce résultat.

La ligne que nous avons indiquée comme devant couper les deux précédentes de manière à former avec elles un angle de 45 degrés, nous fera trouver le cœur par une percussion profonde ; puis l'organe splénique, les reins et souvent le son clair du colon.

La quatrième ligne nous indiquera, en haut, le son clair du poumon par une percussion profonde ; plus bas la rate par une percussion superficielle ; en bas le son abdominal.

De ce qui précède, on voit que huit points seront indiqués, et en réunissant ces huit points par des lignes on obtiendra la forme de la rate, son volume, et en se souvenant de la résistance au doigt que l'on aura pu percevoir durant le manuel opératoire, on aura l'épaisseur de l'organe.

Disons encore ici en terminant qu'il faut revenir plusieurs fois sur ces résultats, percuter alternativement et superficiellement et profondément, avoir toujours présente à l'esprit la disposition anatomique des parties voisines, parce qu'ici le nombre infini d'organes avoisinants est une source perpétuelle d'erreurs ou de tâtonnements.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Suite et fin du cancer du rectum, et des remarques pratiques.

Quelle est l'opération qu'il convient de pratiquer sur notre malade? Il y aurait la ligature proposée par M. Récamier ; ou la pratique en plaçant plusieurs fils à travers la tumeur, de manière à l'embrasser avec des anses, sans pourtant boucher le conduit du rectum ; c'est là le but de cette ligature. On a imaginé plusieurs instruments après à conduire les fils à travers les parties malades. Nous ne nous y arrêterons pas davantage, parce que nous ne pensons pas l'employer dans le cas qui nous occupe, préférant l'ablation de la partie malade par l'instrument tranchant.

Voici comment nous procédons :

La région périnéale comprend toutes les parties comprises dans la losange qui constitue cette région ; on peut la partager en deux portions, *antérieure*, ou génitale ; *postérieure*, ou rectale. C'est dans la partie postérieure que nous devons agir. Des deux côtés de cette partie il y a un plan vertical formé par le muscle obturateur et son aponévrose, et qui limite comme deux espèces de murailles cette région ; au centre il y a le rectum suspendu et maintenu à sa place par les muscles releveurs de l'anus et son aponévrose ; enfin de chaque côté du rectum on voit un aspect triangulaire rempli de graisse et de vaisseaux, *espace ischio-rectal*. Il s'agit d'enlever l'anus avec une portion du rectum jusqu'au delà des limites du mal. S'il s'agissait d'enlever simplement l'anus, la chose serait facile ; mais une partie du rectum ! il faut commencer par couper les releveurs de l'anus, de cette manière on met le rectum en liberté ; pour ainsi dire. Alors on placera le malade couché sur le ventre appuyé à des coussins, les genoux fléchis de manière à faire saillir la partie sur laquelle on doit opérer.

J'oubliais de dire qu'il faut avant tout vider le malade, et donner la sonde à tenir à un élève, pour qu'elle serve de guide dans le temps de l'opération. Les choses ainsi disposées, nous ferons deux incisions circulaires sur les limites externes du mal, qui embrasseront l'anus ; puis en disséquant on isolera le rectum ; on l'attaquera alors d'abord par sa partie postérieure ; le doigt indicateur introduit dans l'intestin, et le pouce en dehors, embrasseront la tumeur, et serviront de guide aux instruments tranchants ; à mesure qu'on la coupera, on liera les vaisseaux qui seront ouverts, pour prévenir toute difficulté plus tard ; on procédera ainsi des deux côtés. Enfin quand la tumeur ou le rectum malade ne tiendra plus à l'organisme que par sa partie antérieure, on l'embrassera avec un fil, et on le coupera ensuite en procédant à la ligature des artères ouvertes, comme dans les portions précédentes. Ce sera ici le point le plus délicat de l'opération, et qui exige le plus de lenteur et de précaution, à cause des adhérences que le rectum peut avoir avec les parties génitales.

Autrefois on ne faisait pas ainsi. M. Lisfranc même, suivant les idées de Dupuytren, avait commencé cette opération par couper le rectum en masse, et lier les vaisseaux ensuite ; mais que de difficultés ne rencontrait-on pas souvent pour exécuter cette ligature? On était alors forcé de recourir à la cicatrisation et au tamponnement ; moyens qui renferment beaucoup d'inconvénients ; car le rectum se contractait, et remontait de manière qu'on ne savait pas trop ce qu'on faisait. Le tamponnement surtout est un très mauvais moyen, et pour cela Dupuytren lui avait substitué la cautérisation, qui pourtant n'est pas non plus exempte de graves inconvénients. Enfin M. Lisfranc modifia le procédé opératoire, en procédant, comme nous nous proposons de faire, et alors tous ces inconvénients disparurent ; malgré cela, il arrive quelquefois qu'on ne peut pas lier certains petits vaisseaux, qui conséquemment donnent lieu à des hémorrhagies.

Quelles sont les suites de cette opération ? On dirait d'abord que les opérés devraient être voués nécessairement à une incontinence de matières fécales, parce qu'ils n'ont plus de sphincter anal, et même une portion de rectum de moins. Pourtant il n'en est rien, parce que tout l'intestin rectum étant doué d'une contractilité semblable à celle du sphincter, peu à peu et à mesure que la cicatrisation se fait, l'orifice externe se forme comme si c'était un anus véritable, et les fèces sont très bien retenues. Néanmoins, il y a des accidents graves qui peuvent survenir après cette opération, ou pendant l'opération même ; ainsi il peut arriver :

1° Une hémorrhagie plus ou moins abondante ;

2° L'ouverture du sac périnéal ; ce qui constitue un des accidents les plus graves.

L'hémorrhagie peut survenir aussi après l'opération ; elle s'annonce par un refroidissement général de la surface cutanée, par une tendance invincible au sommeil, et particulièrement par une sensation agréable de chaleur dans le ventre produite par l'accumulation du sang dans l'intestin. Dans ce cas, il faut 1° d'abord débarrasser l'intestin du sang qu'il contient, et ensuite éviter par les moyens convenables l'hémorrhagie ; 2° il survient aussi des envies de vomir et des vomissements ; 3° des phlegmons diffus se développent dans le bassin, qui peuvent amener une terminaison funeste par le développement consécutif d'une phlébite ou d'une infection purulente ; 4° la rétention du pus dans le vaste foyer qui existe ; on le prévient en faisant changer de position au malade, de manière que le pus ne stationne pas dans le fond de la plaie.

L'opération faite, il y a des chirurgiens qui ont pour habitude d'introduire tout de suite une mèche dans le rectum, comme on le pratique dans l'opération de la fistule à l'anus. Nous n'approuvons pas cette conduite, parce que l'introduction de la mèche immédiatement après l'opération, non seulement est douloureuse, mais assez difficile ; on peut se fourvoyer dans le tissu cellulaire qui entoure le rectum, au lieu de l'introduire dans le rectum lui-même, et donner occasion ainsi à des phlegmons plus ou moins graves. Quant, au contraire, l'inflammation a endurci un peu ce tissu cellulaire, alors on peut sans crainte et plus facilement introduire la mèche. Ainsi, pendant quelque temps, quinze à seize jours, nous panserons notre malade à plat.

Après ces remarques, M. Denonvilliers procède à l'opération de la manière qu'il avait indiquée.

24 juillet. L'opération n'a rien présenté d'extraordinaire. M. Denonvilliers dit que c'est la connaissance parfaite de l'aponévrose prostato-péritonéale qui l'a enhardi et décidé à pratiquer cette hasardeuse opération ; car elle lui a servi de guide pour ne pas se fourvoyer. Le temps le plus difficile et délicat de l'opération a été celui pendant lequel on a séparé la tumeur de la prostate. Elle avait positivement des adhérences avec cet organe, et voici comment on a procédé pour les séparer. Après avoir isolé la tumeur de toutes les autres parties, on a passé un fil entre elle et la prostate, au-dessus des limites du mal ; alors on était sûr de ne pas aller léser d'organes importants ; on a fait soulever la tumeur par des érignes, et on l'a disséquée et séparée de la prostate de haut en bas ou d'avant en arrière ; enfin, arrivé près de la ligature, on l'a coupée devant celle-ci. Tout s'est passé sans le moindre accident. On ne pansa pas tout de suite le malade ; on attendit une heure environ pour voir si quelque hémorrhagie aurait lieu, quoiqu'on se fût bien assuré d'avoir lié tous les vaisseaux artériels ouverts. Aujourd'hui seulement, le malade a eu une selle sans aucun écoulement de sang. La plaie est belle autant qu'il est possible, et tout fait espérer que les choses iront bien.

Le 26, l'opéré est toujours dans un état satisfaisant ; pourtant il y a eu cette nuit un accident qu'il ne faut pas ignorer. Le malade a été pansé hier sur les six heures du soir ; vers la nuit il s'endormit, et s'étant réveillé plus tard avec envie d'aller à la garde-robe il se leva et alla tout seul pour satisfaire à ce besoin ; pour cela, il ôta son bandage, tirailla peut-être un peu les fils des ligatures, et une légère hémorrhagie eut lieu, qui s'arrêta bientôt après la défécation. Cet accident est léger en lui-même ; mais il s'agit de bien connaître la cause qui a poussé le malade à aller cette nuit tout seul à la garde-robe. Était-ce cette espèce d'incertitude dans laquelle se trouve tout individu qui vient de se réveiller comme en sursaut, poussé par un besoin naturel, et pour lequel il se jette hors du lit presque instinctivement sans savoir ce qu'il va faire ? Ou y aurait-il eu un état de délire véritable ? Ce matin, le malade nous rend compte assez clairement de ce qui s'est passé, en attribuant cette espèce de précipitation qu'il a mis à descendre à l'état de demi-sommeil dans lequel il était. Il est, du reste, dans l'état où nous l'avons vu hier ; la plaie continue à être d'un aspect satisfaisant, et nous croyons qu'aucune conséquence fâcheuse ne résultera de ce petit accident.

Le 2 août, notre malade va aussi bien que possible. Depuis le dernier petit accident, il n'a plus eu de douleur ni dans l'intestin, ni dans le ventre, ni dans la plaie ; rien par conséquent qui pût faire soupçonner le développement d'une entérite, ou d'une péritonite, ou de quelques foyers purulents.

La plaie commence à se couvrir de bourgeons charnus. Le malade va à la garde-robe régulièrement ; il sent même le besoin, et il a la force de retenir les matières fécales assez de temps pour descendre de son lit et aller aux lieux. C'est une chose bien remarquable ! Il est hors de doute maintenant, que dans toute l'étendue du rectum il existe des fibres musculaires décrites dernièrement avec beaucoup de soin par M. Nélaton, et qui font l'office d'un véritable sphincter ; O'Beirn aussi les admettait dans tout le rectum. C'est une circonstance très avantageuse ; car, de cette manière, les matières fécales étant retenues, ne viennent pas baigner la plaie et les pièces du pansement, et la cicatrisation peut se faire sans accidents.

Au fond de la plaie, on voit un bourrelet boursouflé et rouge ; c'est la muqueuse de l'intestin qui tend à se cicatriser. Jusqu'ici on n'a pas mis de mèches dans l'intestin, et nous en avons donné la raison en temps et lieu ; nous commencerons à les employer après-demain, pour régulariser le canal artificiel qui va se former dans la vaste plaie.

Le malade a bon appétit ; il mange une portion, et la digère très bien ; son moral est excellent, et tout fait espérer une guérison parfaite.

Le 23 août. L'état de notre malade est de plus en plus satisfaisant. Depuis quinze jours la plaie s'est rétrécie d'une manière extraordinaire, surtout dans sa partie postérieure ; c'est presque effrayant de voir avec quelle rapidité cette vaste cavité va se remplissant. C'est pour cela qu'on place toujours des mèches de plus en plus grosses dans le rectum pour prévenir un trop grand rétrécissement. Il y a cinq à six jours l'orifice de l'intestin s'était considérablement rétréci parce que les mèches introduites étaient trop petites : on en a substitué de grosses. On se demande si on ne pouvait pas employer à la place des mèches une canule en gomme élastique de très gros calibre, munie d'un bouchon à son extrémité inférieure. Le malade a souvent des gaz qui, ne pouvant pas sortir quand il y a la mèche, produisent un ballonnement, des coliques, qui incommodent le malade ; ladite canule remédierait à cet inconvénient, car, en ôtant au besoin le bouchon à la canule, les gaz, et peut-être quelques matières liquides, auraient une issue libre.

Depuis quinze jours le malade avait un peu de dévoiement, ce qui entravait un peu la marche de la cicatrisation. On y remédie à l'aide du diascordium à hautes doses par la bouche et un peu de diète. Tout marche maintenant vers une prochaine guérison.

Qu'arrivera-t-il lorsque la plaie sera parfaitement guérie ? En résultera-t-il un rétrécissement tel que les fonctions de l'intestin soient plus ou moins empêchées, ou le malade aura-t-il une incontinence de matières fécales ? Quant au premier inconvénient, les auteurs qui ont écrit sur la matière n'ont pas, que je sache, cité de faits qui viennent à l'appui de cette hypothèse, et on espère que cela ne se réalisera pas chez notre malade. Quant à l'inconvénient de la seconde espèce, nous le craignons peu aussi, et d'autant moins depuis que les travaux de quelques anatomistes modernes ont démontré l'existence de fibres musculaires dans toute l'étendue du rectum, de sorte que cet intestin jouit d'une force contractile à peu près comme l'orifice anal et peut retenir à volonté les matières fécales. Du reste, il y aurait déjà quelque circonstance qui nous ferait croire que les choses doivent être ainsi, car notre malade retient déjà assez bien les matières quand il n'a pas de dévoiement.

Le malade alla de mieux en mieux, la cicatrisation fut bientôt complète, et cette énorme plaie qui était restée de l'opération avait disparu entièrement. Le rectum fonctionnait assez bien malgré la perte de substance considérable qu'il avait soufferte, et rien ne faisait craindre que le sujet pût être exposé plus tard à une incontinence de matières fécales. C'est dans cet état qu'on lui accorda sa sortie.

Nous avons revu plus tard M. Denonvilliers, avec lequel nous avons causé de ce fait intéressant ; il nous dit que quoiqu'il n'eût plus eu de nouvelles de l'opéré, il pensait qu'il se portait bien. Il allait, du reste, en demander pour savoir précisément à quoi s'en tenir, car il se proposait de faire de cette intéressante histoire le fond d'un mémoire spécial.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 4 mai. — Présidence de M. Michon.

Etiologie et contagion de la fièvre typhoïde. — M. Brierre de Boismont, à l'occasion d'un fait récent de fièvre typhoïde terminé par la mort, chez un adulte né à Paris et placé dans de bonnes conditions hygiéniques, communique quelques remarques sur l'étiologie et le caractère contagieux de cette grave maladie. Il y a vingt ans, lorsque nous commençâmes l'étude de la médecine, la fièvre typhoïde fixa surtout notre attention. Tous les malades que nous examinions étaient dans

individus, arrivés plus ou moins récemment à Paris, appartenant à la classe ouvrière, se réunissant plusieurs dans la même chambre, souvent se nourrissant mal, et présentant, par conséquent, deux causes toujours les mêmes, l'acclimatement et l'encombrement. La même remarque s'appliquait aux jeunes gens, et surtout aux élèves en médecine. C'était une opinion également reçue, que les enfants en étaient exempts. En réunissant les observations de M. Chomel à celles de M. Louis, on trouve que 78 individus avaient de 15 à 20 ans, 95 de 20 à 25 ans, 54 de 25 à 30 ans, 22 de 30 à 40 ans, 5 de 40 à 50 ans, 1 de 52 ans. — De ce tableau, il résulte que le plus communément la fièvre typhoïde attaque depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 30 ; que rarement on l'observe au-dessus de 40 ans, et qu'il n'y en a peut-être pas un seul cas au-dessus de 55 ans.

Tel était encore, il y a quelques années, l'état de la science ; mais l'expérience vint modifier ces opinions. Ainsi, l'on reconnut que les enfants n'étaient point à l'abri de cette fièvre ; les exemples s'en sont tellement multipliés que ce fait est maintenant incontestable. Quant à la limite de 40 ans, si rarement dépassée, le cas de M. Preschez, mort à cinquante ans ; celui que nous a rapporté notre confrère Descuret ; les observations de M. Devilliers, et d'autres que nous pourrions également citer, prouvent qu'elle souffre plus d'une exception.

Mais il y a une circonstance sur laquelle je crois devoir appeler votre attention ; la fièvre typhoïde, presque exclusivement attribuée à l'encombrement et à l'acclimatement, se présente maintenant dans des conditions qui ne s'expliquent plus par l'influence de ces deux causes : ainsi, nous l'avons vue frapper la fille d'un médecin célèbre, née à Paris ; le membre du conseil-général qui vient de succomber, était également né à Paris. Un grand nombre de familles riches ont eu leurs membres atteints par la fièvre typhoïde. Sa fréquence ne saurait être mise en doute ; aussi est-elle aujourd'hui aussi bien connue dans le monde que la fluxion de poitrine.

Comment cette maladie, qu'on disait l'apanage des classes pauvres, et déterminée par l'influence de l'encombrement et de l'acclimatement, s'est-elle répandue dans les classes aisées, et chez les personnes originaires de Paris ? Faudrait-il attribuer ce fait à la contagion ? Dans cette manière de voir, la maladie aurait passé des hôpitaux dans la ville. Ce qu'il y a de certain, c'est que les médecins de campagne, la plupart de ceux qui pratiquent dans des localités où l'on peut remonter à la source des maladies, sont unanimes pour regarder la fièvre typhoïde comme contagieuse. En 1837, notre honorable confrère M. Letalenet déposa à l'Académie de médecine un mémoire qui mettait hors de doute la contagion de la fièvre typhoïde dans les localités où il l'avait étudiée. Il y a, d'ailleurs, une remarque importante à faire sur la fréquence de la fièvre typhoïde. Cette maladie est-elle réellement plus commune qu'autrefois ? Nous serions assez portés à en douter, et à ne voir de nouveau que la dénomination actuelle. Nous nous rappelons parfaitement qu'il y a environ trente-cinq à trente-six ans, plusieurs quartiers de la ville de Rouen furent ravagés par des fièvres putrides, malignes qui se déclaraient chez des habitants de la ville, originaires du lieu, commerçants ou exerçant des professions libérales, et tous placés dans des conditions hygiéniques favorables. Tous les anciens praticiens ont eu occasion d'observer un grand nombre de ces fièvres. Ainsi, pour nous résumer, nous croyons que l'acclimatement et l'encombrement doivent être pris en considération, mais que ce ne sont pas les seules conditions de la fièvre typhoïde.

M. Michon ne croit pas que l'acclimatement soit une cause qui doive toujours être invoquée ; il rapporte qu'on a observé dans une localité qu'il désigne, une épidémie de fièvre typhoïde qui a enlevé un quinzième des habitants. Cette maladie, qui dure depuis un an, s'est déclarée chez des individus nés dans l'endroit, dont les conditions hygiéniques n'ont rien de particulier, et qui jusqu'alors n'en avaient point été frappés d'une manière spéciale. Sous le rapport symptomatologique, M. Michon fait observer qu'on a constaté dans le service de M. Jadioux à l'Hôtel-Dieu, que la plupart des individus atteints cette année de la fièvre typhoïde et qui ont succombé, avaient eu des contractures des membres supérieurs.

M. Lagasquie objecte qu'il est douteux que l'acclimatement soit restreint à l'espace d'un an à un an et demi, comme l'ont prétendu plusieurs écrivains distingués. Quant à l'opinion de ceux qui ont considéré cette fièvre comme une maladie particulière à la jeunesse et à l'âge mûr, il établit qu'ils faisaient leurs relevés dans des hôpitaux d'adultes. Les éléments de ces statistiques, ajoute ce médecin, ne sont pas d'ailleurs complets ; les habitants de Paris ne se résolvent que très difficilement à venir dans les hôpitaux ; les tableaux ne représentent que la population flottante, et il est certain que la fièvre typhoïde sévit également parmi les habitants de la capitale.

— *Ténesme des colonies.* — Un membre dit que lorsqu'il habitait la province, il observa à différentes reprises la dysenterie dans un régiment de cavalerie. Cette maladie était fort grave ; beaucoup de soldats mouraient. A l'autopsie, on trouvait des ulcérations, un épaississement du tissu cellulaire, et une hypertrophie des plans musculeux, caractères qui offrent la plus grande ressemblance avec la dysenterie chronique des colonies, ainsi que le montre le fait suivant.

Au mois de mars 1829, on reçut à la Charité, dans le service de M. Lherminier, un tailleur qui avait une maladie intestinale. Cet individu, dont la santé était auparavant très bonne, s'était rendu à l'île de Saint-Thomas pour exercer sa profession. A peine fut-il arrivé dans cette colonie, qu'il fut pris de la dysenterie à laquelle on a donné le nom de ténesme des colonies. Bientôt réduit à un état de faiblesse et de maigreur extrêmes, il s'embarqua pour revenir en Europe. Sa maladie le força d'entrer à l'hôpital. Il était alors excessivement maigre, sa figure avait une teinte jaune-paille ; le dévoiement persistait, mais à un moindre degré ; le malade se plaignait d'une douleur qui avait son siége dans la direction du colon. Dans les derniers jours de mars, cet homme contracta une pneumonie qui, jointe à l'état de faiblesse dans lequel il se trouvait, l'emporta dans les premiers jours d'avril 1829. — A l'autopsie, on trouva le poumon droit engoué et hépatisé. L'estomac était d'un rouge-brun dans presque toute son étendue, et assez ramolli pour qu'on pût assez facilement enlever la muqueuse. Mais l'altération principale existait dans l'intestin grêle qui, dans un trajet d'environ dix pieds, était rempli d'ulcérations, d'abord éparses, rares, légères, puis devenant excessivement multipliées ; la muqueuse était détruite, le tissu cellulaire sous-jacent et le musculeux étaient hypertrophiés. Ces ulcérations étaient de formes diverses, la plupart rondes, quelques-unes elliptiques et formant une saillie marquée, les bords étaient plus élevés que le centre ; l'intestin grêle avait une teinte générale rouge. Le cœcum et le colon présentaient une coloration rouge-grisâtre, avec ramollissement de la muqueuse et augmentation du tissu cellulaire. — Lorsque je vins à Paris, continue notre confrère, j'avais des idées arrêtées sur la dysenterie ; mais elles durent beaucoup se modifier en observant cette maladie dans les hôpitaux. Il est donc hors de doute qu'il existe des influences locales, des constitutions médicales qui impriment un cachet particulier aux maladies ; mais il n'en est pas moins constant que si les lois générales peuvent varier, se modifier, les symptômes pathognomoniques restent inattaquables.

— *Evolution spontanée.* — M. Danyau communique à la Société le fait suivant : Je fus appelé hier à onze heures du soir à la Maternité pour donner mes soins à une femme chez laquelle l'enfant se présentait par le bras. On avait voulu faire en ville la version, mais on n'avait pu y réussir, parce que les parties engagées étaient trop descendues ; un des bras pendait hors de la vulve ; une anse du cordon ombilical était sortie depuis long-temps ; l'enfant était mort. Madame Charrier, sage-femme en chef, m'avait fait dire qu'elle croyait que c'était un cas d'embryotomie. Lorsque j'arrivai, on sortait la femme du bain, elle avait été saignée et on lui avait donné un lavement. En examinant la malade, je m'aperçus que l'évolution spontanée allait se faire ; elle s'accomplit, en effet, sous mes yeux. La partie moyenne de la clavicule vint correspondre au-dessous de la symphyse des pubis, et l'épaule se trouvant alors complètement au-dehors, le côté de la poitrine, le flanc et la hanche se dirigèrent successivement au-devant de la commissure antérieure du périnée ; bientôt les extrémités inférieures furent expulsées ; il ne resta plus que la tête et le bras droit qui furent entraînés par une légère traction. Ce qui donne quelque intérêt à ce fait, c'est que l'enfant était à terme et pesait sept livres et quelque chose.

Deux jours auparavant cette femme avait été prise de douleurs qu'elle ne crut pas être celles de l'accouchement. Hier, ces douleurs étant plus vives, elle se rendit chez sa sage-femme. Au bas de l'escalier, la poche des eaux se rompit, le bras se présenta. La sage-femme en voyant cette présentation ne voulut pas terminer l'accouchement. Un médecin appelé essaya de faire la version, il ne put y parvenir ; il prescrivit le seigle ergoté en cinq ou six doses, mais en continuant les manœuvres, ce qui ne peut s'expliquer d'une manière rationnelle.

Le secrétaire, A. BRIERRE DE BOISMONT.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai de Géographie médicale, ou Études sur les lois qui président à la distribution géographique des maladies, ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre elles, lois de coïncidence et d'antagonisme; par J.-Ch. BOUDIN, médecin en chef des armées, etc. Broch. in-8°. Paris; G. Baillière.

L'étude des modifications imprimées à l'organisme par l'influence des climats, celle des lois qui président à la répartition des maladies sur les diverses parties du globe ainsi qu'à leurs rapports topographiques entre elles, tel est le vaste champ de la géographie médicale. Cette étude a été jusqu'ici négligé en France, tandis qu'en Allemagne des ouvrages importants ont été publiés ou sont encore en voie de publication sur ce sujet. Nous ne pouvons guère revendiquer parmi nous que cet *Essai*, que M. Boudin vient de faire paraître, et qui même, d'après son auteur, ne doit être considéré que comme un programme à remplir par des recherches postérieures. Après avoir indiqué le but et l'importance de cette étude, M. Boudin, dans autant de chapitres, indique les divers sujets sur lesquels elle doit s'exercer, et expose les connaissances déjà acquises sur ce point. Ainsi il trace successivement de l'influence, de la latitude et de la longitude géographiques sur les manifestations pathologiques, de l'influence de l'élévation du sol, de sa structure géologique, de l'influence des eaux, de l'influence du séjour antérieur, de l'influence des vents, considérés comme agents de transmission des miasmes ; et dans les deux derniers chapitres, l'auteur expose ce qu'il appelle les lois de coïncidence et d'antagonisme géographiques ; lois qu'il applique surtout à la phthisie pulmonaire et à l'affection typhoïde. On sait que c'est M. Boudin qui a jeté dans le monde médical cette neuve et grande idée de l'antagonisme de la phthisie pulmonaire et de l'infection paludéenne. On trouvera dans cet opuscule, les opinions de l'auteur développées avec soin, ainsi que ses idées particulières sur la nature et le mode de développement de la peste.

Cette brochure se lit avec le plus vif intérêt et témoigne d'un esprit élevé, habitué à manier les grands problèmes de la science, d'un observateur qui a beaucoup vu et bien vu, et qui a su mettre à profit les circonstances où il s'est trouvé placé comme médecin des armées, qui a parcouru diverses parties du globe.

Erratum. Dans le dernier numéro, clinique de M. Baudens, page 278, 1re colonne, dernier alinéa *au lieu de* taille... deux lambeaux latéraux charnus, longs de 11 centimètres, *lisez* longs de 4 centimètres.

A CÉDER *par le ministère de M. A. CRENET, directeur-gérant de la caisse centrale des médecins et pharmaciens, rue Neuve-Saint-Denis,* 25.

CLIENTELLES MÉDICALES.

Chef-lieu de canton, département de Seine-et-Marne. Produit justifié, 6 000 fr., terme moyen, susceptible d'augmentation ; conditions très avantageuses.

Chef-lieu de canton, département de l'Ain. Produit, année moyenne, 10,000 f., avec place de médecin d'hôpital. Beau pays ; société agréables. Toutes facilités pour le paiement.

Chef-lieu de canton, département de la Nièvre. Produit, 5,000 fr., qui peut être augmenté ; on vendrait la maison. Le tout à des prix et conditions très avantageux.

Gros village, département de Seine-et-Oise. Produit, 4 à 5,000 fr., très susceptible d'augmentation. Le cédant, officier de santé, y exerce depuis quinze ans d'une manière très honorable.

Chef-lieu de canton, département du Loiret. Produit, 6 à 7,000 fr. Le titulaire propose d'exercer en commun pendant un temps plus ou moins long, après lequel il cédera en entier.

Chef-lieu de canton, département de la Marne. Produit certain, 6,000 fr. Le cédant est un officier de santé très honorable. Conditions tout avantageuses.

Chef-lieu de canton, département de l'Eure. Produit, 4 à 5,000 fr. On donnera toutes facilités.

Chef-lieu de canton, département d'Eure-et-Loir. Produit, 5,000 fr. On donnera toutes facilités.

Quartier central à Paris. Produit, 6 à 7,000 fr. On donnera des facilités.

PHARMACIES.

Département de Seine-et-Oise (Versailles). Produit, 12 à 13,000 fr. On permuterait avec un pharmacien d'une localité moins importante, moyennant soulte.

Département de Seine-et-Oise (Saint-Germain). Produit, 14,000 fr. On donnera toutes facilités.

Département de la Gironde ; l'un des plus beaux établissements de France. Les avantages sont incalculables pour le jeune pharmacien qui s'en rendra acquéreur. Belles conditions.

Autres établissements situés dans les départements du Loiret, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Orne, Indre-et-Loire, Eure, Puy-de-Dôme, etc.

(Affranchir.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 20 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 72. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 19 JUIN 1844.

L'Académie de médecine est rentrée dans le calme et dans les voies purement scientifiques, au moins pour quelque temps; car, quelle que soit la solution que l'on donne à la question de la myotomie rachidienne, toutes les fois qu'elle se présentera elle donnera lieu à la même agitation et aux mêmes embarras. Nous sommes las nous-même d'en parler; nous persistons plus que jamais à dire que l'on a donné à cette question une importance exagérée. L'incident qui, pendant deux séances, a agité l'Academie, aurait été plus tôt terminé s'il avait été vu partout de la hauteur des principes, et ce sont ceux-là même qui ont le plus récriminé contre les personnalités, qui ont été le plus impressionnés par la question de personnes. C'est à leurs efforts, aussi maladroits qu'infructueux, que l'Académie doit d'être instituée comme juge, non-seulement d'une question de thérapeutique, mais encore de la véracité d'un de ses membres. En mettant sans cesse en avant un nom et un homme, ses partisans l'ont placé comme un point de mire; ils ont voulu le couvrir, et ils l'ont découvert. Ajoutons que les efforts du principal intéressé pour entraver les opérations de la commission, que sa résistance et son opposition n'ont pas peu contribué à amener ce résultat. Il y a dans toutes les réunions d'hommes un instinct de justice que tous les efforts du monde ne peuvent obscurcir; quand deux hommes sont en présence dont l'un dit : j'ai dit vrai, et voila mes preuves; cherchez, examinez, jugez; et dont l'autre superbement s'écrie : j'ai dit vrai, mais je ne veux pas donner mes preuves, je ne veux pas que vous cherchiez, je ne veux pas être jugé par vous; le bon sens général n'a pas de peine à se décider entre ces deux affirmations.

Laissons donc reposer cette question jusqu'à ce qu'elle revienne devant l'Académie avec toute son animation. Hier, la séance a été consacrée à un commencement de discussion sur l'ophthalmologie, retardée depuis plusieurs séances. On sait qu'à propos d'un rapport fait par M. Velpeau sur un mémoire de M. le docteur Morand (1), de Tours, relatif à l'ophthalmie scrofuleuse observée dans la colonie de Mettray, M. Gerdy commença une attaque contre les opinions régnantes en ophthalmologie. Hier, cet académicien est venu reprendre son attaque; et quoique son discours ait duré plus d'une heure, il n'a pas eu le temps de le finir. Pour reproduire et pour apprécier ce discours, nous attendrons qu'il soit fini. Disons d'avance que l'étrangeté de certaines opinions de M. Gerdy a plusieurs fois excité les récriminations et l'hilarité de l'assemblée. Dans son ardeur contre les localisations exagérées des maladies des yeux, l'orateur s'est laissé entraîner à une comparaison fort malheureuse et même inexplicable de la part d'un pathologiste et d'un professeur de la Faculté de médecine de Paris. Que dirait-on, s'est-il écrié, d'un médecin qui, considérant les inflammations du canal intestinal, en ferait autant d'espèces que nous avons admis de divisions de ce canal? s'il admettait une inflammation particulière du duodénum, du jéjunum, de l'ileum, du cœcum, du colon, du rectum? Ne rirait-on pas de ses efforts de localisation? Evidemment, cet argument de M. Gerdy ne peut être considéré que comme une distraction de son esprit; car, quelque chirurgien qu'on soit, il n'est pas permis de supposer qu'on ignore des choses aussi vulgaires et aussi évidentes en médecine que la différence des phénomènes symptomatiques à laquelle donne lieu l'inflammation du tube intestinal, selon son siége.

Dans une improvisation fort lucide, M. A. Bérard a soutenu, mais dans de justes limites, la légitimité de la localisation. Il a pris deux exemples qui lui paraissent concluants, la conjonctivite et l'iritis. Il a fait voir que ces deux inflammations, différentes de siége, diffèrent encore par leurs symptômes, par leur marche, par leur pronostic, par leur terminaison, par leur traitement enfin. De même il en est pour les maladies de la cornée, de la sclérotique et des autres éléments de l'œil. Quant aux différences de nature, ou la spécificité de la maladie, la chose est plus difficile sans doute, mais n'est pas impossible, et M. Bérard a donné de bons préceptes à cet égard.

La discussion doit être continuée à la prochaine séance; MM. Velpeau, Roux, Blandin et quelques autres membres doivent y prendre part. Nous attendrons son développement plus complet pour présenter quelques réflexions à ce sujet.

(1) M. Morand nous écrit pour nous prier de rectifier le titre de son mémoire, mal présenté à l'Académie.
« *Mémoire sur la coïncidence des inflammations de la pituitaire et de la conjonctive dans l'ophthalmie scrofuleuse, et sur la nécessité du traitement de la première de ces inflammations pour arriver à la guérison de la seconde.* »

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

Iritis syphilitique.

Au n° 15 de la salle Saint-Bruno est couchée la nommée Bonet, âgée de cinquante-huit ans, entrée le 3 avril dernier pour un ulcère qui siége sur l'amygdale droite. Cette femme est veuve. Elle a eu onze enfants, et en a perdu dix dans la même journée à l'époque du choléra de 1832. Depuis cette époque, elle a toujours vécu dans la gêne et dans la misère.

Examinée avec soin au moment de son entrée, elle présente aux parties externes de la génération de nombreuses cicatrices dont elle fait remonter l'existence à quelques années seulement, et qu'elle attribue, dit-elle, à une dartre vive qui se serait déclarée dans cette région vers son âge critique. A toutes les questions qui lui ont été faites pour obtenir d'elle l'aveu d'une maladie vénérienne antérieure, elle a opposé constamment les dénégations les plus formelles. Quoi qu'il en soit, et d'après l'aspect des cicatrices, M. Cullerier fut porté à penser que ces cicatrices étaient la suite de plaques muqueuses qui auraient couvert les grandes lèvres il y a quelques années, et qui auraient, en disparaissant, laissé des traces évidentes de leur existence.

L'ulcère qui occupe l'amygdale droite, et qui a déterminé, avons-nous dit, l'entrée de la malade à l'hôpital, occupe la plus grande partie de l'organe, qui a été assez profondément entamé et creusé. Les bords de cet ulcère sont taillés à pic, un peu déchiquetés, décollés; le fond en est grisâtre, couvert d'un enduit comme pultacé. Mais là ne s'arrête pas l'état de la gorge. Tout l'isthme du gosier présente un degré assez marqué d'inflammation qui gêne les mouvements de la déglutition et détermine une vive douleur quand la malade veut avaler quelque chose. Cet ulcère, au dire de la malade, s'est développé à la même époque que les boutons des parties génitales, et depuis ce temps il n'a cessé de faire des progrès. Cette femme accuse en outre des douleurs de tête nocturnes assez vives pour l'empêcher souvent de dormir.

Elle est soumise à un traitement mercuriel dont les résultats ne sont pas très évidents tout de suite; et pendant tout le courant du mois d'avril elle resta à peu près dans le même état. Mais dans les premiers jours du mois de mai, et sans cause occasionnelle connue, elle commence à ressentir des douleurs assez vives dans l'œil droit. Elle ne sait à quoi rapporter ces douleurs, et ne s'est point exposée au froid.

Le 4 mai, elle est obligée de cesser le travail d'aiguille auquel elle se livrait habituellement, et qu'elle avait pu continuer jusqu'à présent, L'œil paraît plus volumineux et plus saillant que l'autre, mais on n'y aperçoit encore aucun signe manifeste et bien tranché d'inflammation. Pédiluves sinapisés tous les jours.

Le surlendemain, 6 mai, la conjonctive présente une injection considérable qui s'arrête à un millimètre environ de l'insertion de la cornée à la sclérotique; les vaisseaux de la conjonctive sont dilatés, forment un réseau à mailles très fines. Cette injection persiste seule pendant quelques jours.

Le 10, on prescrit un collyre au sulfate de zinc; 10 sangsues à la tempe droite; on suspend le traitement mercuriel.

Le 11 mai, l'état de la malade est encore plus grave que la veille. Voici les symptômes que l'on observe :

Saillie plus considérable de la cornée dans la moitié supérieure que dans l'inférieure; vascularité toujours très grande de la conjonctive, et qui s'arrête, comme nous l'avons dit plus haut, à un millimètre de la circonférence extérieure de la cornée, autour de laquelle elle forme un cercle rouge et vasculaire, d'où s'échappent un grand nombre de filets vasculaires très déliés qui se dirigent en dedans et pénètrent la zône blanche qui règne dans les yeux au point de jonction de l'iris, de la cornée et de la sclérotique, mais qui est un peu plus large du côté affecté que du côté sain. Enfin, contraction de la pupille, qui, en même temps qu'elle a diminué d'étendue, a perdu un peu de sa régularité habituelle sans que sa déformation soit cependant encore très marquée. 15 sangsues sur la tempe droite; pédiluves; lavement purgatif.

Le 13 mai, outre les signes que nous venons d'exposer, il existe à la circonférence interne de l'iris, dans sa moitié inférieure, une petite saillie triangulaire dont le sommet est libre dans la cavité pupillaire; la déformation de la pupille consiste dans une sorte d'aplatissement du cercle pupillaire de dehors en dedans. Frictions autour de l'œil et à la base de l'orbite avec onguent napolitain, 16 grammes; extrait de belladone, 2 grammes : eau de Sedlitz; pédiluves sinapisés.

Le 15 mai, sous l'influence des frictions avec la pommade indiquée, la pupille a acquis une dilatation considérable, qui rend plus évidente la déformation que nous avons signalée, et dont la disposition, du reste, a changé à mesure que la maladie a fait des progrès. Ainsi, le grand diamètre, qui primitivement était vertical, l'ouverture pupillaire étant elliptique, est maintenant oblique de haut en bas et de dehors en dedans. L'iris participe de cette déformation, et comme la pupille il est plus étendu de dehors en dedans que de haut en bas.

Le 17 mai, persistance des mêmes symptômes. On prescrit quinze sangsues sur la tempe; eau de Sedlitz; un vésicatoire sur le sourcil droit.

L'état de la malade persiste sans changements bien notables jusqu'au 19. A ce moment, l'intérieur de l'œil, vu à travers de la pupille, présente au lieu de la couleur noire normale, une teinte grisâtre bien sensible, analogue à celle que détermine chez certains animaux la présence de cette portion brillante et blanche de la choroïde désignée sous le nom de *tapis*. Cette teinte grise persistera jusqu'au 24.

Le 23, on continue l'eau de Sedlitz; nouveau vésicatoire à côté et en dehors du premier que l'on a fait sécher.

Le 24. Depuis le début de la maladie, le globe de l'œil était le siége de douleurs vives, continuelles, plus intenses pendant la nuit que pendant le jour, et qui empêchaient la malade de dormir. Aujourd'hui les douleurs ont diminué d'intensité. La malade dit se trouver beaucoup mieux. L'injection de la conjonctive est moins considérable; la déformation de la pupille est moins marquée, et l'ouverture pupillaire a repris à peu de choses près les dimensions que présente celle du côté sain. Cependant elle est encore plus étendue verticalement que transversalement.

Le 25, bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 26, disparition presque complète de tous les signes observés et décrits pendant le cours de la maladie. Il ne reste plus qu'un peu d'irrégularité dans la forme de l'ouverture pupillaire; mais les douleurs et le trouble que présentait le fond de l'œil ont complétement disparu.

Le 28 mai, l'œil a repris sa forme et son apparence normales. L'injection, la déformation et les douleurs ont entièrement cessé. Guérison.

Pendant le cours de la maladie, il est survenu une première fois un léger érysipèle œdémateux de la tempe et de la joue après l'application des sangsues à la tempe. Dans les derniers jours de l'affection, il s'en est déclaré un second occupant principalement les deux paupières et qui semble avoir hâté ou du moins annoncé la terminaison de l'inflammation.

Quant aux phénomènes de réaction générale, ils ont toujours été peu marqués. Ce n'est guère que le soir et pendant les huit ou dix premiers jours de la maladie que la femme Bonet a présenté un peu d'accélération du pouls et de chaleur à la peau.

Le 30 mai, la pupille, restée pendant quarante-huit heures parfaitement circulaire, présente de nouveau aujourd'hui cette légère déformation que nous avions déjà signalée quelques jours avant le développement complet de l'inflammation critique, et qui consistait en un aplatissement de la circonférence interne de l'iris à sa partie inférieure.

(Nouvelles frictions avec la pommade d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone.)

Le 3 juin, la guérison est complète. Depuis ce jour, elle s'est bien maintenue. Aussitôt après la cessation des phénomènes inflammatoires, le traitement mercuriel a été repris, malgré l'état de faiblesse occasionné par le traitement de l'iritis.

Nous avons cru devoir rapporter dans toute son étendue et malgré sa longueur cette observation dont les détails ont été chaque jour notés avec le plus grand soin par M. Bernard, interne distingué des hôpitaux, parce qu'elle nous a semblé pouvoir être l'occasion de quelques réflexions intéressantes sur l'affection dont était atteinte la malade, sur ses diverses formes et sur le traitement que M. Cullerier a jugé à propos de mettre en usage.

Et d'abord, la nature syphilitique de cette iritis ne nous semble pas pouvoir être mise en doute, malgré les dénégations obstinées de la malade qui n'a jamais voulu avouer qu'elle eût jamais eu la moindre affection primitive de cette espèce. Il n'est pas besoin de faire remarquer combien il est souvent difficile de faire avouer aux malades, soit en ville, soit dans les hôpitaux, les affections syphilitiques qu'ils ont éprouvées. Les dénégations doivent donc être tout à fait mises de côté, et l'on ne doit en tenir aucun compte, les malades ayant souvent intérêt à tromper le médecin. D'ailleurs, il serait à la rigueur possible, et la chose n'est pas sans exemple, que cette femme eût été infectée et eût présenté des phénomènes syphilitiques primitifs sans s'en être aperçue. Il arrive quelquefois que des hommes, chez lesquels l'examen des parties génitales est beaucoup plus facile, et non pas seulement des hommes de la

classe inférieure de la société, ne s'aperçoivent point de la présence de chancres bien caractéristiques, ou les prennent pour des écorchures sans conséquence dont ils ne s'occupent point, et qui guérissent sans traitement. Chez les femmes, chez lesquelles l'examen de ces mêmes organes est beaucoup moins aisé et quelquefois même assez difficile pour que des symptômes bien tranchés échappent à l'observateur le plus attentif, si par exemple un chancre existe entre les replis de la muqueuse vaginale, chez les femmes, disons-nous, il est encore plus fréquent, à cause de cette difficulté même, de voir les symptômes primitifs de l'affection syphilitique passer inaperçus, et les malades vous soutenir opiniâtrément et de la meilleure foi du monde que jamais elles n'ont eu la moindre atteinte de maladie de ce genre.

Quoi qu'il en soit, et qu'elle fût ou non de bonne foi, dans les renseignements qu'elle nous donna, la femme qui fait le sujet de notre observation présentait sur les grandes lèvres, à leur face externe, des cicatrices qui parurent à M. Cullerier appartenir évidemment à d'anciens tubercules muqueux, et puis la malade offrait d'autres symptômes secondaires, des ulcérations de la muqueuse pharyngienne, pour lesquelles elle était entrée à l'hôpital, et quelques taches de roséole syphilitique. Or, l'iritis syphilitique appartient aux accidents secondaires ; il est rare qu'elle apparaisse seule, à la suite des accidents primitifs, et, nous dirons plus, jamais M. Cullerier ne l'a rencontrée comme unique symptôme syphilitique. C'est le plus ordinairement pendant le cours des éruptions syphilitiques de la peau et peut-être plus fréquemment en même temps que les éruptions lichénoïdes ou squameuses. Il y en avait assez là pour édifier M. Cullerier sur la nature spécifique de l'affection. Un mot cependant avant de quitter ce sujet, sur les données que peut fournir l'examen des formes de la pupille, sur la nature de l'iritis et sur la valeur que l'on doit accorder à cette déformation comme moyen de diagnostic.

Quelques auteurs, et c'est principalement des Allemands que nous viennent ces distinctions un peu subtiles, prétendent pouvoir reconnaître à la forme qu'affecte l'ouverture pupillaire, la nature de l'affection à laquelle on peut rapporter l'inflammation de l'iris. Suivant eux, dans l'iritis arthritique, par exemple, la pupille devient angulaire, se rétrécit et conserve, comme dans l'iritis simple, sa position naturelle derrière la cornée ; ceci a lieu chez les sujets nerveux, maigres et irritables. Chez ceux, au contraire, qui sont d'une constitution un peu lymphatique, d'un tempérament peu irritable, la pupille, au lieu de se rétrécir s'agrandit de plus en plus ; sa forme devient ovale et se rapproche de celle des animaux ruminants, en ce que les fibres rayonnées de cette membrane se contractent plus fortement vers les angles de l'œil et surtout vers l'angle externe. En même temps, le bord pupillaire de l'iris se renverse vers le cristallin, en sorte que le petit cercle de cette membrane disparaît complètement.

Dans l'iritis syphilitique, la pupille deviendrait ovoïde, le grand diamètre étant dirigé de haut en bas et de dedans en dehors. Dans une autre espèce que l'on a nommée rhumatismo-syphilitique, la forme que l'iritis syphilitique imprime à la cornée serait modifiée, et une nouvelle forme intermédiaire aux deux autres serait le résultat de la complication.

Ces distinctions, trop minutieuses, ce nous semble, et difficilement appréciables, ne doivent point être prises comme signes caractéristiques dans toute leur rigueur, et les ophthalmologistes modernes sont un peu revenus sur l'importance que l'on avait voulu leur attribuer. Ainsi, l'un des auteurs les plus distingués de ce temps, M. le docteur Sichel, après avoir décrit longuement la forme le plus souvent ovoïde que prend la pupille dans l'iritis syphilitique, ajoute ce passage remarquable, et que nous citons textuellement parce qu'il fait, pour nous, autorité : « Nous n'attribuons pas une valeur absolue aux différences de forme que la pupille affecte dans telle ou telle espèce d'iritis. Nous sommes loin de considérer ce phénomène comme un signe pathognomonique qui seul puisse faire déterminer la nature de la cause qui a donné naissance à la phlogose ; les faits que l'on a recueillis jusqu'à ce jour ne nous paraissent nullement concluants. C'est donc avec une grande réserve que nous adoptons ce symptôme comme un signe différentiel de l'iritis syphilitique ; mais comme dans un grand nombre de circonstances il ne nous a point trompé sur la nature de l'affection, nous devions signaler à l'attention du lecteur ce caractère qui, *s'il existait constamment*, serait d'une haute importance pour le diagnostic. »

Telle est également l'opinion de M. Ricord, qui, après avoir décrit ce phénomène, ajoute : « forme *assez commune pour qu'on ait voulu en faire un signe pathognomonique.* »

Il serait donc imprudent, après toutes ces autorités, de voir un caractère constant et un élément certain de diagnostic dans telle ou telle forme de la pupille dans les cas d'iritis, sans que cependant nous nous refusions à la considérer comme un renseignement probable. C'est plutôt, nous le répétons, appuyé sur les renseignements tirés de l'état antérieur de la malade, et sur les autres symptômes qu'elle a présentés, tels que les symptômes concomitants, les douleurs dans la profondeur du globe oculaire, plus fortes la nuit que le jour, etc., que M. Cullerier s'est cru fondé à considérer la phlegmasie oculaire comme spécifique.

Un des principaux caractères de l'iritis syphilitique, mais qui n'a point été observé dans le cas actuel, c'est le développement fréquent de petits prolongements de végétations dites condylomateuses, soit à la petite, soit à la grande circonférence de l'iris, quelquefois dans ces deux points à la fois.

Un phénomène sur lequel nous appellerons l'attention avant de terminer ce que nous voulions dire relativement au diagnostic, c'est la teinte blanc-pâle que contractent les tissus de l'œil que l'on aperçoit à travers l'ouverture de la pupille, coloration blanche sur laquelle nous nous sommes longuement étendu dans l'observation et qui est extrêmement fréquente dans l'iritis syphilitique. Lorsque l'affection devient plus intense, cette teinte blanche augmente d'intensité, et l'inflammation finit quelquefois par envahir la membrane cristalline et par déterminer une véritable cataracte. Il y a maintenant dans les salles de M. Cullerier, salle Saint-Bruno, une femme qui présente un cas de ce genre assez bien marqué.

Si nous examinons maintenant le traitement qui a été suivi dans ce cas particulier, il ne donne pas lieu à des réflexions moins intéressantes. Quelques jours après son entrée, M. Cullerier avait soumis la malade à un traitement général, duquel, nous devons le dire, les résultats n'avaient pas encore été bien tranchés lorsque s'est déclaré l'iritis. Dès la première apparition de cette phlegmasie aiguë du globe oculaire, M. Cullerier fit immédiatement suspendre le traitement mercuriel, et dirigea contre la nouvelle phlegmasie un traitement antiphlogistique énergique. Des émissions sanguines locales consistant en applications de sangsues aux tempes, des dérivatifs puissants sur le tube digestif, puis, plus tard, deux vésicatoires au-dessus de l'arcade sourcilière et sur la tempe, constituèrent la partie active du traitement.

A ces moyens, et au bout de quelques jours, furent jointes les frictions autour de l'orbite avec un mélange d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone, mélange qu'emploie souvent M. Sichel, et duquel notre savant confrère retire de grands avantages. Ces frictions, de même que les vésicatoires, n'ont été employées qu'après la cessation des plus violents phénomènes inflammatoires, auxquels M. Cullerier croit toujours devoir s'opposer tout d'abord au moyen des antiphlogistiques, sans avoir aucun égard à la nature spécifique de la maladie.

Lorsque la maladie se prolonge, ce qui arrive fréquemment, l'iritis syphilitique étant une affection souvent excessivement tenace et rebelle, on se trouve bien de l'emploi du calomel à dose altérante ; et, s'il nous est permis sans témérité de parler de nous après les maîtres que nous venons de citer, nous dirons que dans un cas d'iritis syphilitique que nous avons tout dernièrement soigné dans la ville chez une femme affectée de roséole syphilitique, nous n'avons pu, après l'emploi des moyens indiqués ci-dessus, obtenir une guérison complète qu'après avoir fait prendre à la malade, pendant une huitaine de jours, dix centigrammes de proto-chlorure de mercure qui n'ont été suspendus qu'au moment où un léger gonflement des gencives m'a fait craindre un commencement de salivation.

D[r] A. Foucart.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. Bérard.

Anus anormal s'ouvrant dans la commissure postérieure de la vulve, chez une jeune fille. Etablissement d'un anus artificiel dans la région anale.

Au n° 7 de la salle des femmes, est couchée une jeune fille de dix ans environ. Cette enfant, d'une santé habituellement parfaite, est venue au monde avec la difformité suivante : Le rectum au lieu de se terminer au-devant du coccyx après s'être séparé du vagin sous un angle aigu, à plusieurs pouces au-dessus du plancher périnéal, ainsi que cela a lieu à l'état normal, le rectum, chez cette jeune fille, suit le vagin dans tout son trajet, et vient s'ouvrir derrière lui dans la commissure postérieure de la vulve.

Il est deux sortes de difformités de l'anus, dit M Bérard, qui sont assez fréquentes ; ce sont l'imperforation du rectum, soit par cloisonnement, soit par absence totale du rectum, et l'ouverture anormale de cet intestin en tout autre point que la région coccygienne. Cette dernière anomalie offre un grand nombre de variétés ; quelques unes d'entre elles sont incompatibles avec la conservation de la vie. La plus commune de ces anomalies est celle qui consiste dans l'ouverture du rectum dans le vagin chez les jeunes filles. Celle-là ne constitue point un obstacle à la vie. Ce n'est à aucun de ces vices de conformation que nous avons affaire chez cette enfant. Il s'agit ici d'un vice beaucoup plus rare. Ce n'est point dans le vagin qu'est l'orifice du rectum, mais à la vulve même, dans la commissure postérieure des grandes lèvres. Le rectum se termine là dans une ouverture commune à cet intestin, à la vessie et au vagin. Cette jeune fille offre donc une disposition qui a son analogie à l'état normal dans certaines espèces animales ; elle a, en un mot, un véritable cloaque. Ce cas n'est pas plus incompatible avec l'exercice de la vie, que les précédents que nous avons cités : mais il constitue comme eux une infirmité des plus gênantes par suite de l'absence du sphincter, et par l'impossibilité de retenir les matières fécales, qui s'écoulent sans obstacle à mesure qu'elles gagnent la portion inférieure de l'intestin, et qui baignent incessamment les parties. Que peut-on faire dans un pareil cas ? Existe-t-il dans l'art des moyens de remédier à une pareille infirmité ? L'expérience ne nous a appris à cet égard que peu de chose. C'est là une question de pratique difficile, d'autant plus qu'aucune des méthodes usitées pour les anus artificiels n'est applicable ici. Dans les cas d'imperforation il y a deux méthodes principales qui ont été préconisées et mises en usage, la méthode de Littre, qui consiste à pratiquer une ouverture aux parois abdominales, et celle de Callisen, dans laquelle on fait l'ouverture dans la région lombaire. Il est évident que ces méthodes, parfaitement indiquées lorsqu'il n'existe aucun indice de l'existence du rectum, ne sauraient, ni l'une ni l'autre, être appliquées dans ce cas-ci. Il nous reste donc à voir s'il serait possible de pratiquer une ouverture artificielle au rectum dans le siége anal même.

Examinons si une opération de ce genre serait réalisable ici. Il y a un procédé très ingénieux de M. Amussat, qui consiste à faire en avant du coccyx, dans le point qui correspond au siége normal de l'anus, une incision en T ou en X, à aller chercher à travers cette incision le cul-de-sac du rectum, l'amener au niveau de la plaie, et le souder tout du long aux parties voisines à l'aide de points de suture, après l'avoir perforé dans son point le plus déclive. Cette opération a, entre autres avantages, celui de conserver dans toute l'étendue du trajet artificiel des tissus dont l'organisation est parfaitement en rapport avec les fonctions qu'ils devront accomplir, et de suppléer jusqu'à un certain point, par la présence des fibres musculaires du rectum, à l'absence du constricteur de l'anus, dans le cas où ce muscle manquerait ; ce qui a le plus ordinairement lieu dans cette circonstance. Mais cette opération, qui nous paraît réaliser toutes les conditions de succès, n'est malheureusement pas praticable, non plus, dans le cas présent, et nous devons le regretter vivement. Rappelons en effet quelles sont les dispositions des parties chez ce sujet, et l'on verra bientôt qu'une semblable opération n'était pas possible. Tout le monde sait que dans l'état normal le rectum et le vagin, d'abord accolés l'un à l'autre dans leur portion supérieure, se séparent bientôt sous un angle aigu, le vagin se recourbant en avant, tandis que le rectum va gagner la concavité du sacrum, de manière à laisser entre eux un espace triangulaire dont le sommet est au point de séparation des deux conduits et la base représentée par le périnée. Au lieu de cette disposition, voici ce qui existe chez ce sujet. Le rectum continue dans tout son trajet à rester accolé au vagin, dont il suit la courbure, et vient ainsi se terminer par un orifice dont l'axe est parallèle à celui du vagin. Il faudrait donc, pour réaliser l'opération en question, décoller tout du long le rectum d'avec le vagin ; cela ne serait peut-être pas impossible à la rigueur, si ces deux organes n'étaient liés l'un à l'autre que par une simple adhérence celluleuse ; mais loin de là, l'union a lieu ici d'une manière tellement intime qu'il serait tout à fait impossible et imprudent de chercher à les séparer. Il faut donc de toute nécessité renoncer d'avance à une pareille entreprise. On a préconisé, pour des cas de ce genre, l'opération suivante : Fendre d'avant en arrière tout le périnée, depuis l'ouverture anale anormale jusqu'aux coccyx, entretenir la partie postérieure de cette large ouverture à l'aide d'un tampon, et obtenir la réunion de toute la partie antérieure. Cette méthode pourrait être applicable dans ce cas-ci ; mais il n'existe pas assez de faits dans la science pour nous autoriser à l'employer ; nous manquons de la sanction de l'expérience à cet égard. On peut d'ailleurs objecter à ce procédé la difficulté de son exécution, soit que l'on recoure ou non à la suture pour réunir la partie antérieure de la plaie.

Il est enfin un autre procédé auquel nous donnerons la préférence, sans nous dissimuler toutefois qu'il n'est pas non plus entièrement à l'abri de toute objection. Ce procédé devra consister à faire une ponction en avant du coccyx, à diriger un bistouri en ligne droite et verticalement, de manière à aller gagner le rectum au-dessus du point où il se dévie pour suivre le vagin et à maintenir tout ce trajet béant à l'aide d'un corps étranger sans toucher du tout à la portion antérieure, de manière à donner momentanément au rectum la forme d'un Y renversé, dont l'une des branches, la supérieure, serait formée par la partie supérieure du rectum, et les deux autres, l'une antérieure, par la portion inférieure qui va s'ouvrir dans la vulve, et l'autre, postérieure, par le trajet artificiel, sauf plus tard à ne laisser subsister que ce dernier quand le cours des matières y sera bien établi, et à détruire la branche antérieure ou le véritable rectum. Cette opération n'est pas sans offrir quelques difficultés d'exécution ; ces difficultés, toutefois, ne sont pas de nature à nous devoir arrêter. Il y a une objection plus sérieuse au-devant de laquelle nous devons aller. Quand l'opération sera terminée, il restera, ainsi que nous venons de le dire, une division du rectum en deux branches, une sorte de rectum bifide ; il faudra nécessairement détruire la branche antérieure, sans quoi le résultat de l'opération ne serait point atteint, et chercher à maintenir la branche postérieure. Or, la branche antérieure est pourvue de fibres musculaires et d'une membrane muqueuse ; tandis que rien de semblable n'existe dans la branche postérieure. De là une double difficulté : difficulté d'obtenir l'oblitération du canal actuel, difficulté de maintenir l'ouverture artificielle. La première de ces difficultés n'est pas toutefois insurmontable ; il sera sans doute possible de détruire le conduit antérieur, soit à l'aide d'escharotiques, soit par le cautère actuel. Mais il reste le point le plus délicat, la difficulté la plus réelle et la plus sérieuse, celle de maintenir l'ouverture artificielle béante et d'empêcher le retrait de la cicatrice dans toute l'étendue du trajet. L'expérience nous apprend que la plupart des sujets qui se sont trouvés dans ce cas ont succombé à la rétention des matières fécales, par suite du retrait des tissus dans toute l'étendue de la portion artificielle de l'intestin. Ce danger est d'autant plus grand ici, que nous aurons affaire à un long trajet. Telles sont les difficultés réelles qui se présentent ici, difficultés très graves et que nous ne devons pas nous dissimuler. Nous y avons mûrement réfléchi. Aussi n'est-ce qu'après nous être bien convaincu qu'il était absolument impossible de songer à amener le rectum jusqu'au périnée, que nous nous sommes définitivement arrêté à ce parti.

Nous avons dû, avant de nous déterminer à une opération dont les chances, comme on le voit, demandaient à être calculées, débattre cette autre question. L'opération que nous allons faire est-elle utile, est elle indispensable ? Sans aucun doute, pour l'exercice ultérieur des organes génitaux, il devenait utile d'ouvrir une autre voie aux matières fécales. Mais s'il n'y eût eu, en réalité, que cet avantage à attendre, nous n'aurions pas entrepris une semblable opération ; car cet avantage, si grand qu'il soit, ne nous eut pas paru suffisant pour contrebalancer les chances fatales possibles de l'opération. Le principal avantage, celui que nous devons surtout avoir en vue ici, c'est de prévenir l'incontinence des matières fécales, l'une des infirmités sans contredit les plus pénibles, et qu'il importe le plus de combattre.

Il était enfin important, avant de procéder à l'opération, de s'assurer si ce nouvel anus que l'on se proposait de substituer

à l'anus anormal, n'aurait pas, sous ce dernier rapport, les mêmes inconvénients. Il était évident, en effet, que l'on ne devait point compter sur l'existence d'un sphincter interne, puisque le rectum ne devait point arriver jusqu'au périnée. Il ne restait donc de chances à cet égard que dans l'existence du sphincter externe. M. Bérard a cherché à s'assurer de son existence en pressant fortement avec le doigt sur la région anale, de manière à provoquer des contractions musculaires, s'il existait un muscle; il a cru, à plusieurs reprises, sentir des contractions assez énergiques repousser son doigt. Il y avait donc, à défaut de certitude, de fortes présomptions de croire à l'existence d'un sphincter anal, circonstance du plus haut intérêt pour les suites de l'opération.

M. Bérard a procédé à l'opération de la manière suivante: L'enfant couchée sur le dos, les cuisses et les jambes fortement fléchies et portées dans l'abduction, comme pour toutes les opérations qui se pratiquent sur cette région, un gorgeret fut introduit dans l'anus anormal jusqu'à une hauteur de deux pouces et demi à trois pouces, c'est-à-dire jusqu'à l'espèce de cul-de-sac que formait le rectum au point où il commençait à se dévier de sa direction normale pour suivre le vagin; la cannelure de l'instrument regardait en arrière. On déprima fortement cette portion mobile du rectum avec l'extrémité du gorgeret; en imprimant à la poignée de cet instrument un mouvement de bascule, de manière à rapprocher le plus possible l'intestin du périnée et à appliquer la cannelure du gorgeret contre la paroi postérieure, devenue la plus déclive, de ce même intestin. Cela fait, et pendant que le gorgeret était confié à un aide, une incision cruciale fut pratiquée aux téguments, dans le siége ordinaire de l'anus, à quelques lignes en avant de l'extrémité du coccyx; puis un bistouri à lame étroite fut plongé directement en haut, de manière à aller gagner l'intestin abaissé et à venir s'arc bouter contre la cannelure du gorgeret. Arrivé à ce point, l'intestin fut incisé sur cette cannelure et l'instrument retiré, en ayant soin toutefois d'agrandir le trajet dans toute sa longueur.

L'opération terminée, avant de procéder au pansement, on voulut s'assurer si l'intestin avait bien réellement été ouvert, et si le trajet était disposé de manière à pouvoir donner librement issue aux matières; à cet effet, on injecta un lavement par l'anus anormal, puis on appliqua aussitôt le doigt sur cet orifice, afin d'empêcher que le liquide injecté ne prît le cours habituel. Au bout de quelques instants, ce lavement fut rejeté avec force par l'ouverture artificielle que l'on venait de pratiquer, et entraîna avec lui une grande quantité de matière fécale, quoique l'on eût pris la précaution d'administrer des purgatifs les jours précédents. Un nouveau lavement fut injecté pour vider entièrement le rectum et nettoyer la plaie; il fut rendu tout entier par l'orifice artificiel avec la même facilité que le premier. On introduisit alors dans cet orifice une forte mèche dont l'extrémité supérieure fut portée jusque dans le rectum, dans le double but d'empêcher la réunion de la plaie et de maintenir tout le trajet dilaté. Le pansement fait, l'enfant fut reportée dans son lit. Il fut recommandé aux personnes chargées de la surveiller, de retirer le tampon toutes les fois qu'elle sentirait le besoin d'aller à la garde-robe, afin de faciliter le plus possible la sortie des matières par la nouvelle ouverture.

Le lendemain de l'opération et les jours suivants, il ne survint aucun accident; point de réaction inflammatoire, ni locale, ni générale: les matières sortaient par les deux ouvertures.

Le quinzième jour, les choses étaient dans le même état; le nouvel anus ne s'était pas du tout rétréci; mais l'opération était encore trop récente, et la cicatrisation pas assez consolidée, pour qu'on ne dût pas se prémunir encore contre la possibilité de ce rétrécissement. Aussi continuait-on toujours l'application des mèches. Ce mode de pansement, qui a été pratiqué jusqu'à présent sans interruption, n'a pas permis d'acquérir encore la certitude de l'existence d'un sphincter externe.

On comprend d'ailleurs que l'opération n'est pas terminée; il restera, après que le nouvel anus sera définitivement établi, et que les parois du trajet seront cicatrisées dans toute leur étendue, à procéder à l'oblitération de l'anus anormal, ce que M. Bérard se propose de faire, soit à l'aide d'un caustique promené sur tout le pourtour de l'orifice, soit avec le cautère actuel. Nous devrons donc revenir nécessairement sur cette malade; mais nous avons cru qu'il pouvait être intéressant de faire connaître la première partie de cette opération, et ses résultats les plus immédiats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juin. — Présidence de M. FERRUS.

Après la lecture du procès-verbal, MM Velpeau, Barthélemy et Ferrus demandent la parole pour quelques rectifications qui sont accordées.

— *M. Genest*, rédacteur de la *Gazette médicale* écrit pour dire à l'Académie qu'il est étranger aux articles injurieux contre trois de ses membres qui ont paru dans ce journal.

— *M. le président* annonce que la commission désignée pour assister à la translation au Val-de-Grâce des dépouilles mortelles de Broussais, s'est acquittée de sa mission avec empressement.

— *M. Blandin* obtient la parole au sujet de la communication faite par M. Ségalas dans l'avant-dernière séance et relative à un cas de guérison de fistule vésico-vaginale. M. Ségalas, dit-il, a commis une légère erreur en disant que la femme dont je montrais à l'Académie les pièces anatomiques, était morte des suites d'une opération que j'aurais tentée sur elle. Cette femme n'a pas été opérée, et elle est morte des suites d'une péritonite. J'ai dit, en effet, que les fistules vésico-vaginales et surtout les grandes fistules du bas-fond de la vessie sont très difficiles à guérir et je maintiens cette assertion, qui est universellement acceptée. Cependant je ne dis pas que la guérison soit impossible: il y en a quelques exemples. Ce que j'ai voulu démontrer, c'est que le siége même de ces fistules au bas-fond de la vessie, intéressant les uretères, rende la guérison extrêmement difficile. Dans le cas présenté par M. Ségalas, on pourrait objecter que la fistule fût vésico-vaginale, elle était peut-être urétro-vaginale. Pour prouver le contraire, M. Ségalas dit que l'urine coulait toujours; cette preuve n'est pas péremptoire, car les fistules du col de la vessie donnent lieu aussi à ce phénomène.

M. Velpeau. Le fait présenté par M. Ségalas offre de l'intérêt; mais il y a une circonstance qu'il faut remarquer, c'est que la femme atteinte de cette fistule portait aussi un calcul dans la vessie; c'est de cette double maladie que M. Ségalas l'a débarrassée. Il y a dans la science plusieurs exemples analogues de femmes dont la fistule vésico-vaginale a guéri après qu'on les a eu débarrassées de leur pierre.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer que M. Ségalas a positivement déclaré que cette femme avait été atteinte de sa fistule après un accouchement laborieux.

— *M. Ségalas* adresse la lettre suivante:

« Dans ma communication du 4 de ce mois, j'ai commis une erreur qu'il est de mon devoir de rectifier.

» Afin de légitimer la présentation que je faisais d'une femme guérie d'une pierre vésicale et d'une fistule vésico-vaginale, j'avais cru nécessaire de rappeler que la première de ces maladies est rare chez les femmes, et que la seconde est considérée par les chirurgiens comme très difficile à guérir; et, à l'appui de cette dernière partie de ma proposition, j'avais dit qu'un des membres les plus distingués de la compagnie avait, il y a peu de temps, soutenu cette thèse, une pièce d'anatomie pathologique à la main. Jusque-là, j'étais dans le vrai; mais j'ai cessé de l'être quand, trompé par des renseignements inexacts, j'ai ajouté que cette pièce, qui montrait une fistule vésico-vaginale intéressant les deux uretères, avait été prise sur une femme opérée par M. Blandin: j'ai confondu la femme qui a succombé avec une autre femme affectée également d'une fistule vésico-vaginale, et traitée par notre honorable collègue. »

— *M. Jobert* (de Lamballe) est appelé à la tribune pour lire un rapport.

MM. Gerdy et *Bérard* réclament l'exécution de l'ordre du jour qui ramène la discussion sur l'ophthalmologie. *M. Mérat* invoque le règlement, qui donne la priorité aux rapports. L'Académie consultée, décide que la discussion sur l'ophthalmologie aura la priorité.

En conséquence, cette discussion est ouverte.

L'Académie entend d'abord M. Bérard, et ensuite M. Gerdy à qui l'heure avancée ne permet pas de terminer son discours. Cette discussion devant être continuée à la prochaine séance, nous présenterons l'analyse de ces deux discours dans notre prochain compte-rendu.

— *M. Bricheteau* présente le cœur d'une femme de cinquante-cinq ans morte dans son service, dans lequel on a trouvé, ainsi que dans tous les gros vaisseaux, qui ne présentaient pas une seule goutte de sang, une matière blanchâtre, caséeuse, semblable à du pus concret ou à de la fibrine altérée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 juin 1844. — Présidence de M. DUPIN.

— *M. Szokalski* écrit qu'il a pratiqué l'opération de la cataracte sur un vieillard de 104 ans, avec succès.

— *M. Thilorier* adresse la lettre suivante sur l'aimantation animale: « Dans la lettre que nous avons adressée en commun et qui a été lue dans la dernière séance, nous avons dit que le fluide nerveux formait une atmosphère autour du corps vivant, et, de plus, qu'il paraissait soumis à l'influence de la volonté qui modifiait la direction et l'intensité de ses courants.

Un fait qui s'est offert à moi dans mes recherches, justifie pleinement cette assertion, tout étrange qu'elle ait pu paraître au premier aperçu.

Ce fait est l'aimantation du fer doux, à distance, sans qu'il soit nécessaire d'employer aucun des moyens usuels ou connus, et, ce qui est beaucoup plus remarquable, par un acte exprès de la volonté de l'expérimentateur.

Dans le grand nombre d'expériences que j'ai faites à ce sujet, je me bornerai à citer les principales, que tous les physiciens pourront répéter, s'ils veulent bien se placer momentanément dans cet état d'orgasme déterminé par l'action d'une volonté énergique, s'ils veulent, en un mot, condescendre aux pratiques du magnétisme animal.

Si l'on place à quelque distance d'une aiguille aimantée suspendue à un fil, un barreau en fer doux et non aimanté, l'aiguille, comme on le sait, ne sera pas déviée sensiblement, mais si le barreau est aimanté, il attirera ou repoussera l'aiguille, suivant le pôle qui sera présenté et la force de l'aimantation sera mesurée par la force de la déviation.

Cette aiguille et ce barreau sont les instruments à l'aide desquels j'ai reconnu et mesuré les courants du fluide qui entoure les corps vivants.

Première série d'expériences. — 1° Soit un barreau de fer doux non aimanté, ou mieux encore une petite clef de 5 à 6 centimètres de longueur:

Si, la pensée restant calme et passive, on place verticalement cette clef sur l'épigastre, l'anneau de la clef tourné vers le bas, elle n'offrira aucune trace de magnétisation, quel que soit le temps pendant lequel elle occupe cette position;

Si, maintenant, on détermine dans son cerveau le mouvement d'une volonté énergique, à l'instant, en quelques secondes, la clef sera aimantée, et la déviation de l'aiguille aimantée accusera 10, 20 ou 30 degrés selon que l'on aura *voulu* plus ou moins fortement.

2° Soit la clef aimantée ainsi qu'il vient d'être dit, si ayant placé verticalement cette clef sur l'épigastre, l'anneau tourné vers le haut, on *veut* fortement, il suffira de quelques secondes pour qu'elle soit ramenée au zéro d'aimantation.

3° Dans cette position de la clef, si l'on fait avec une *intention magnétique*, pour employer l'expression des magnétiseurs, quelques passes rapides avec la main droite de bas en haut, les pôles seront instantanément transposés, et la clef présentée à l'aiguille la repoussera par le côté qui l'attirait précédemment.

Deuxième série d'expériences. — 1° Soit la clef non aimantée suspendue par un fil quelconque à la hauteur du front de l'expérimentateur, et à 20 ou 30 centimètres de distance, l'anneau de la clef étant tourné vers le bas, si l'on regarde l'aiguille avec une intention magnétique pendant huit à dix secondes, la clef sera assez fortement aimantée pour faire dévier l'aiguille de 20 à 30 degrés.

2° Si sans changer la distance et la hauteur de la clef ainsi aimantée, on dirige l'anneau vers le haut, il suffit de la *regarder* magnétiquement pendant quelques secondes pour réduire la déviation à zéro, ou du moins pour la diminuer très sensiblement.

3° Dans ces deux positions de la clef, et l'expérimentateur restant à la même distance, on n'obtient aucune action, si en même temps que l'on regarde la clef on maintient sa pensée dans un état passif.

4° Les mêmes phénomènes s'observeront si l'on place la clef derrière une vitre, sous une cloche de verre ou derrière un corps opaque, autre que le fer.

Par l'épreuve du barreau aimanté par le contact, il m'a été facile de reconnaître, non seulement la force, mais encore la direction des courants du fluide nouveau.

Il existe trois points principaux par lesquels s'échappe le fluide: les mains, l'épigastre et le front

M. Arago annonce qu'il vérifiera ces expériences avec M. Thilorier, et qu'il les exécutera lui-même.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 mai 1844. — Présidence de M. FOUQUIER.

A quatre heures, M. Tanchou, vice-président, occupe le fauteuil. La séance s'ouvre tardivement, et la réunion est peu nombreuse, parce que la plupart des membres de la Société n'ont point eu connaissance d'un nouveau local mis à notre disposition par M. le préfet de la Seine.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — Les savants italiens tiennent à Padoue leur réunion annuelle. Leur secrétaire en fait part à la Société, afin que ceux de nos confrères qui pourraient se joindre à eux puissent le faire.

— *M. Réau* demande à faire voir à la Société un appareil de son invention pour le redressement de l'épine et celui des membres. M. Pozin lit un certificat de M. Sorlin, où on vante l'habileté de ce mécanicien, et dans lequel il est dit que le corset d'Hossard n'est qu'une modification de celui de M. Réau.

Un membre s'oppose à ce qu'on nomme un commission; il pense que cet appareil n'est qu'un mélange de tout ce qui a été fait, et qu'il est d'ailleurs défectueux.

M. Foucart. Les débats qui ont eu lieu dans ces derniers temps, soit devant l'Académie, soit devant les tribunaux, ont prouvé de la manière la plus incontestable que l'orthopédie est dans la plupart des cas une *mystification*. Je demande que M. Réau ne soit point admis devant la Société, ou que du moins on prenne l'engagement de ne point nommer de commission et de ne point faire de rapport; enfin, que l'on ne nous expose pas à voir dans quelques jours, à la quatrième page des journaux politiques: *Appareil approuvé par la Société de médecine pratique.*

M. Puzin C'est une question qui n'est point encore jugée. Mais je dois dire que ce n'est point M. Réau qui a pillé les autres. Son appareil a été imité, au contraire; c'est un fait qu'il est en mesure de prouver.

M. Duhamel s'oppose à ce qu'une commission soit nommée; il motive cet avis sur ce qu'on a fait une expérience malheureuse, et qu'on doit se tenir pour avertis.

M. Perthus connaît quelques faits favorables à l'orthopédie, et il ne voit pas pourquoi la Société refuserait de s'éclairer sur ce sujet.

M. Belhomme s'oppose à l'ordre du jour. Il désire que M. Réau vienne montrer son appareil, fait avec soin et intelligence; qu'il explique la manière de l'appliquer, et les résultats qu'il se propose d'obtenir; mais il s'oppose à ce qu'il soit fait aucun rapport.

— *M. Terrier*, rapporteur d'un mémoire de M. Carrier, sur l'opium, inséré dans le Bulletin des travaux de la Société médico pratique, janvier 1844 fait une lecture qui captive long-temps et utilement l'attention de la Société. Notre confrère suit pas à pas l'auteur, et tout en exposant sa doctrine, se livre à une discussion scientifique qui vient à l'appui de certaines opinions émises dans l'ouvrage, et qui en combat quelques autres.

L'auteur avait suivi une marche simple et lucide dans l'exposé de sa doctrine; dans la première partie de son travail il avait établi les phénomènes que produit l'injection de l'opium dans l'état sain, ses influences sur la circulation, la respiration, la digestion, les facultés intellectuelles, etc. Dans la seconde, il examine ce qu'on peut espérer ou craindre de son administration dans les maladies aiguës ou chroniques.

Il nous est impossible de donner, sans l'affaiblir, l'analyse du rapport de notre confrère sur un travail remarquable digne d'être conservé dans nos archives. Nous indiquerons seulement quelques points sur lesquels il s'accorde avec l'auteur, et quelques autres sur lesquels au contraire il diffère d'opinion.

Ainsi que M. Carrier, M. Terrier vante l'union de l'opium et des mercuriaux dans le traitement des affections syphilitiques. Mais il ne pense pas qu'il puisse remplacer le mercure, ainsi que l'ont avancé certains auteurs.

M. Carrier croit que dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, l'administration des sels de morphine par la méthode endermique, fixe le rhumatisme, le localise loin de le guérir. Notre confrère a observé le contraire chez ses malades et sur lui-même, et s'étonne qu'après avoir expérimenté on puisse avancer une telle doctrine.

Dans les affections cérébrales, l'auteur du mémoire paraît craindre l'administration de l'opium; et cette crainte est celle de beaucoup de praticiens qui redoutent d'augmenter une congestion déjà trop redoutable. Notre confrère fait observer que certaines épidémies de fièvres cérébrales ont donné comme un démenti à cette théorie, et il cite, entre autres, l'épidémie de Strasbourg, dans laquelle M. Forget a retiré de si grands avantages de l'administration de l'opium. C'est que dans ces cas l'irritation nerveuse précède l'inflammation, et que ce phénomène destructeur, mais secondaire, n'a point lieu si on détruit l'irritation nerveuse dans le principe.

— *M. Corbelle Lagneaux* montre à la Société un monstre fort curieux reçu par M. Ducros, de Sixt. C'est un fœtus monocéphale à deux corps. La face est régulière; une troisième oreille est placée en travers sur la région occipitale; il n'y a qu'une poitrine, mais il y a deux bassins, quatre membres thoraciques et quatre membres pelviens. L'ouverture doit en être faite, et les détails de l'autopsie nous sont promis. Ce monstre a été moulé en carton-pierre et déposé au Musée Dupuytren.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, Charles MASSON.

BIBLIOGRAPHIE.

Hippocrate. Le Serment; la Loi; de l'Art; du Médecin; Prorrhétiques; le Pronostic; Prénotions de Cos; des Airs, des Eaux et des Lieux; Epidémies, liv. Ier et IIIe; *du Régime dans les maladies aiguës; fragments de plusieurs autres traités*; traduits du grec sur les textes manuscrits et imprimés, accompagnés d'Introductions et de notes; par le docteur CH.-V. DAREMBERG. — Un vol. in-12. Paris, Lefèvre.

C'est une idée heureuse d'avoir réuni en un seul volume la traduction des principaux et des plus incontestés ouvrages d'Hippocrate. L'exécution a répondu à l'idée. Cette traduction est généralement élégante et claire. Aujourd'hui qu'il n'est plus de mode de ridiculiser les anciens; aujourd'hui que le goût de l'ancienne littérature médicale a repris faveur, cet ouvrage en un volume sera apprécié par les médecins qui ne sont pas assez riches, ni assez hommes de loisir pour faire l'acquisition du magnifique monument que M. Littré élève à la collection hippocratique. Sans honte et même sans s'exposer au ridicule on ne peut avouer aujourd'hui n'avoir pas lu Hippocrate. M. Daremberg a rendu la faute tout à fait impardonnable, car son petit volume est accessible aux plus modestes bibliothèques.

Traité des phénomènes électro-physiologiques des animaux; par C. MATTEUCCI. Suivi d'*Etudes anatomiques sur le système nerveux et sur l'organe électrique de la torpille*; par Paul SAVI. — Un vol. in-8° avec planches. Paris; Fortin, Masson et comp.

Dans ce volume, M. Matteucci a réuni les divers mémoires et les communications diverses faites par lui à l'Académie des sciences de Paris, et dont nous avons déjà donné l'extrait ou l'analyse. Dans la

première partie, l'auteur s'occupe de l'existence de l'électricité dans les animaux. La seconde partie contient l'étude des phénomènes que le courant électrique produit dans son passage à travers les animaux vivants ou récemment tués. Tout résulte d'expériences fort délicates faites avec tout le soin que l'on connaît au professeur de Pise, mais dont les détails échappent à l'analyse. Il faut nécessairement lire cet ouvrage en entier pour bien comprendre les résultats de l'auteur, et les applications qu'il croit possibles à la thérapeutique. Quant au travail anatomique de M. Savi, nous craignons qu'il n'ait été entrepris avec une idée préconçue. Le travail plus récent de M. Jobert (de Lamballe) est en opposition sur plusieurs points avec celui de l'anatomiste italien.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de la strychnine contre la chorée; par M. le Dr Rougier.

Bien que la strychnine eût été déjà conseillée par plusieurs auteurs dans le traitement de la chorée, on ne possédait point encore des faits d'application en aussi grand nombre que ceux qui ont été publiés par M. Rougier, et qui ont permis à ce praticien de formuler, avec plus de précision et d'exactitude qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, l'emploi de ce médicament si énergique dans les cas dont il s'agit.

M. Rougier a recueilli dix observations, presque toutes relatives à de jeunes garçons de six à seize ans; il n'y en a qu'une seule qui ait pour sujet un homme âgé de vingt-huit ans. La durée de la maladie variait entre les limites d'un mois à quatre ans. La plus longue durée du traitement a été de deux mois, la plus courte de six jours. Dans les dix cas il y a eu guérison, et une seule fois récidive, qui a cédé à un traitement répété.

La plus grande partie de ces malades, huit sur dix, ont été traités par la strychnine seule; les deux autres ont pris en même temps des potions calmantes et du camphre. La strychnine a toujours été administrée en pilules, et à une dose qui a varié entre deux et douze milligrammes par jour : la dose la plus ordinaire a été de trois milligrammes dans les vingt-quatre heures.

Chez tous les malades un phénomène remarquable a été observé; c'est la marche ascendante d'abord de la maladie, sous l'influence des premières doses de strychnine : le plus grand nombre a éprouvé des accidents tétaniques, parfois très alarmants, mais que l'ingestion d'un verre d'eau froide a toujours suffi pour dissiper promptement. Après ces premiers accidents, les mouvements se sont régularisés, et la maladie a disparu.

« Cette observation, dit l'auteur, qui m'a frappé dans presque tous les malades chez lesquels j'ai employé la strychnine contre la chorée, m'a conduit à croire que, pour que ce médicament exerce sur cette maladie une action en quelque sorte spécifique, il faut qu'il soit porté au point de produire une espèce de tétanos, ou du moins d'augmenter d'une manière sensible l'énergie des mouvements involontaires. A ce trouble momentané ne tarde pas à succéder une amélioration notable, qui conduit progressivement à la guérison, laquelle devient exempte de récidive à condition de ne cesser que pendant quelques jours le médicament, que l'on continue ensuite pendant un certain à dose décroissante. »

Les succès obtenus par M. Rougier sont sans doute de nature à encourager les praticiens dans l'essai de ce nouveau mode de traitement; mais on ne devra jamais perdre de vue qu'un médicament doué d'une aussi violente énergie que l'est la strychnine réclame de toute nécessité, dans son administration quotidienne, une excessive surveillance de la part du médecin qui le prescrit. (*Journ. de méd. de Lyon.*)

Sur l'emploi des semences de ricin comme purgatif;
par M. le docteur Mialhe.

« L'huile de ricin, dit M. Soubeiran, est moins purgative que les semences qui l'ont fournie. C'est que l'huile qui s'écoule sous la presse entraîne comparativement moins de résine qu'il n'en reste dans le marc. »

M. Mialhe rapporte divers résultats thérapeutiques obtenus à l'aide d'une émulsion préparée avec les semences de ricin fraîches, qui viennent tout à fait à l'appui de cette opinion; car, avec 10 grammes de semences dépouillées de leurs coques, il y eut un effet émétho-cathartique qui persista pendant près de trois jours, sans que les opiacés, les boissons gazeuses froides, les cataplasmes, pussent parvenir à la maîtriser. Une émulsion préparée avec une dose moitié moindre, c'est-à-dire avec 5 grammes, détermina vingt-huit vomissements et dix-huit évacuations alvines.

Enfin, avec une troisième émulsion, contenant seulement 1 gramme de semences de ricin, l'effet éméto-cathartique fut encore des plus marqués.

M. Mialhe conclut de ces faits :

1° Que le principe oléo-résineux trouvé par M. Soubeiran dans la semence de ricin n'existe qu'en proportion très faible dans l'huile de ces semences, tandis qu'il se retrouve en totalité dans leur émulsion;

1° Que les ricins de France renferment en grande proportion le principe âcre éméto-cathartique qui est propre à un grand nombre de plantes de la famille des euphorbiacées;

3° Que l'émulsion de semences de ricin, préparée avec seulement 20, 30 ou 50 centigrammes de ces semences, constitue peut-être le purgatif le plus agréable au goût de tous ceux usités jusqu'à ce jour (si toutefois l'effet vomitif de cette émulsion cesse complétement alors qu'on diminue convenablement la dose de semence).

Bien que cette dernière particularité n'ait pas encore été prouvée par l'observation clinique, il est probable qu'elle est réelle; car il est à peu près sûr que le principe actif du ricin est analogue, sinon identique, avec celui de l'huile de croton-tiglium. Or, on sait que cette dernière huile, simplement purgative à la dose d'une goutte, devient éméto-cathartique quand on dépasse cette faible dose.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Sur l'emploi de l'extrait éthérée de fougère contre le tœnia; par M. le Dr Albers, professeur à l'université de Bonn.

Suivant M. Albers, comme il existe toujours, chez les individus affectés de tænia, une certaine atonie de la membrane muqueuse gastro-intestinale, un relâchement plus ou moins marqué de tout le corps, et, pour ainsi dire, une certaine diathèse, une dyscrasie qui favorise la production et le développement des entozoaires, il faut de toute nécessité soumettre les malades à l'action d'un traitement dirigé à la fois contre l'affection locale et l'état général, et cela tant avant que pendant et après l'expulsion du ver.

Dans ce but, ce praticien distingué prescrit l'abstinence aux malades; ce qui est d'autant mieux indiqué, qu'ils ont généralement une grande disposition à manger beaucoup. Par la privation d'une partie de la nourriture dont il a besoin, l'intestin acquiert une action vitale plus prononcée, il devient parfois le siége d'un mouvement congestionnaire qui peut suffire pour provoquer l'expulsion du tænia.

Après un régime animal continué pendant un à trois jours, le malade prend, le matin à jeun, 15 décigrammes d'extrait éthéré de fougère mâle, dose qui doit être répétée au bout de trois heures; enfin, une heure après la seconde dose, il avale 30 grammes d'huile de ricin.

Une ou deux heures sont à peine écoulées depuis l'ingestion de l'huile purgative, que le ver est ordinairement rendu au milieu d'abondantes mucosités.

Le malade peut prendre alors quelques tasses de bouillon gras; pendant les six ou huit jours suivants, il doit se nourrir surtout de bouillon gras et de viandes, et ne prendre que peu de légumes et de racines.

Les promenades faites au grand air sont un puissant auxiliaire du traitement, et contribuent beaucoup à rendre la guérison radicale.

Ce mode de traitement, employé par M. Albers depuis 1827, a pour lui l'avantage de compter maintenant un grand nombre de succès.

(*Medicinische Correspondenz Blatt.*)

Autopsie d'un individu tué par la foudre; par M. Phayre, de Newcastle.

Le sujet de cette observation était un homme très âgé, qui avait été frappé, dans la campagne, par le fluide électrique.

Le corps ne présentait, à l'extérieur, que des traces de violence très superficielles; seulement, l'oreille gauche, qui était déchirée en plusieurs sens, ne conservait plus que de faibles adhérences.

M. Phayre, supposant que le fluide électrique avait pénétré par le conduit auditif de ce côté, ouvrit le crâne, et, après avoir divisé les membranes, il reconnut que l'hémisphère gauche du cerveau était entièrement désorganisé, qu'il formait une masse homogène, presque liquide, d'une couleur grisâtre, sans vestige de la structure normale, à l'exception d'une petite partie du corps strié qui avait conservé son apparence et sa situation physiologiques. D'ailleurs, point d'extravasation de sang, point d'altération des vaisseaux ou des membranes, aucune lésion des parois osseuses : le fluide électrique semblait avoir borné son action à la masse cérébrale.

Le poumon droit paraissait sain; quant à celui du côté gauche, le bord antérieur de son lobe supérieur présentait, dans une étendue de trois travers de doigt, une couleur noir-foncé. Une incision, pratiquée dans ce point, donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang noir et fluide; on ne trouva de l'air ni dans les bronches, ni dans les cellules pulmonaires; il n'y avait aucune crépitation. c'était, dit M. Phayre, un exemple pur et parfait d'apoplexie pulmonaire au second degré.

La cavité abdominale ne semblait pas avoir éprouvé la moindre atteinte du fluide électrique, qui, après s'être échappé de la poitrine, avait continué sa marche extérieurement, de sorte qu'au niveau du muscle costo-abdominal gauche, la peau était marquée de trois ou quatre sillons superficiels de couleur de suie, marchant en lignes parallèles et longitudinales depuis le bord de la neuvième côte jusqu'à un travers de main du pubis, et ne pénétrant pas au delà de l'épiderme.

Il n'existait aucune trace du passage du fluide sur les membres pelviens jusqu'au coude-pied gauche, où l'on voyait une tache livide de la peau au niveau de l'astragale et dans le milieu de la plante du même pied. se trouvait une plaie béante en étoile, et dans laquelle l'extrémité du petit doigt aurait pu entrer; c'était le point par lequel le courant avait passé pour se rendre au réservoir commun.

D'ailleurs, les vêtements n'avaient éprouvé aucune altération, à l'exception du chapeau et du soulier gauche, qui, l'un et l'autre, avaient été mis en pièces. Mais il faut remarquer ici que l'individu dont il s'agit était colporteur d'épingles et d'aiguilles, et qu'au moment où il fut foudroyé, il portait dans son chapeau un rouleau de ces petits objets.

(*Dublin Med. press.*)

ALMANACH POPULAIRE DE LA SANTÉ.

Le médecin de soi-même, hygiène de la famille à la ville et à la campagne, par le chanoine Clavel, médecin reçu à la Faculté de Paris. Chez l'auteur, rue Saint-George, n° 31.

On ne saurait contester qu'il serait d'une grande importance que chacun sût assez d'hygiène et de médecine pour s'administrer à soi-même les soins convenables et pour faire partager aux autres le bienfait de cette instruction. Le médecin est fréquemment bien long à venir, et les accidents marchent vite; le premier soin est souvent le seul qui puisse sauver.

Dans les voyages de long cours, lorsqu'il y a moins de vingt hommes à bord, le capitaine est investi du devoir d'exercer l'hygiène, la médecine et la chirurgie. A la campagne, on ne peut souvent obtenir qu'après bien du temps la visite du médecin, dans nombre de cas trop tardive pour être utile. A la ville et surtout à la campagne, le pauvre, dont la santé est tout le bien, est réduit à se passer de conseils et de soins trop dispendieux. Qu'un individu perde connaissance par suite de la submersion, de la strangulation, de la respiration de l'air que dégagent les fosses d'aisances, les égouts, les caves, un brasier en combustion; par l'inaction des voies respiratoires (comme chez les enfants nouveau-nés), par le froid, la chaleur, la perte de sang, l'apoplexie, la commotion et dans nombre d'autres cas, il faut des secours immédiats qui n'attendent pas les loisirs du médecin, car un délai peut être mortel. Que d'individus n'eussent point péri si eux-mêmes ou les personnes que les circonstances placent les premières près d'eux, eussent connu les simples notions que chacun peut et devrait avoir sur les soins à donner lors d'un grand nombre de ces accidents dont le danger est actuel!

M. Clavel, revêtu du double sacerdoce de la religion et de la médecine, reçu *in utraque facultate*, chanoine et médecin, comprenant sa double mission sous le rapport de la charité, a résumé dans un bien petit livre, intitulé l'*Almanach populaire de la Santé*, bon nombre de préceptes pris à bonnes sources, exprimés en termes qui les mettent à la portée de tous, pour enseigner à chacun le moyen d'être utile dans les cas qui réclament les secours instantanés et aussi dans beaucoup de circonstances morbides moins pressantes, lors de l'absence du médecin.

C'est à ce double titre que nous croyons devoir recommander ce livre.

Le *Sirop de pointes d'asperges*, fait par Johnson, pharmacien à Paris, rue Caumartin, employé pour calmer les irritations du cœur. M. le docteur Serres, membre de l'Institut, le prescrit à madame Dumont, qui éprouve les symptômes d'hypertrophie du cœur, accompagnée de maux de tête, de toux opiniâtre, de dyspnée et d'engorgement œdémateux du membre abdominal droit.

La malade s'en trouve soulagée : lorsqu'on vient à discontinuer, les symptômes de surexcitation au cœur se manifestent de nouveau; alors on revient au Sirop, et madame Dumont ne tarde pas à être guerie d'un affection spasmodique qui aurait pu devenir grave.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères*.

M. Béchard, breveté (médaille d'honneur 1843). mérite l'attention pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégants et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont renfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 73. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 20 JUIN 1844.

Translation des restes de Broussais au Val-de-Grâce.

Nous publions avec d'autant plus d'empressement les détails suivants, qui nous sont communiqués sur cette cérémonie, qu'ils complètent l'annonce que nous en avons déjà faite, et qu'il s'agit d'honneurs rendus à une de nos plus grandes gloires médicales modernes. Les deux discours qui ont été prononcés en cette occasion sont simples et dignes. Il serait à désirer que l'occasion se présentât plus souvent de relever la valeur des membres du corps médical, et d'honorer la mémoire de nos célébrités; chacun y gagnerait en considération; la presse elle-même serait heureuse de pouvoir tempérer plus souvent la critique par l'éloge.

« Jeudi 13 juin a eu lieu, au Val de-Grâce, une cérémonie pieuse et honorable pour la médecine. Les restes mortels de Broussais ont été déposés dans un caveau construit sous le monument qui s'élève en l'honneur de cet illustre médecin; digne sépulture du professeur dont les travaux et l'enseignement ont rendu si célèbre cet établissement.

» Des députations de l'Institut, de la Faculté et de l'Académie royale de médecin, plusieurs députés médecins et le corps entier des officiers de santé militaires des hôpitaux de Paris et de la garnison, assistaient à cette cérémonie.

» Le cercueil est arrivé à une heure du cimetière de l'Est, où étaient allé le chercher M. Casimir Broussais, représentant la Faculté, et MM. Orfila et Roche, président et secrétaire de la commission du monument. Il a été immédiatement déposé dans le caveau préparé pour le recevoir. Sur la pierre qui recouvre la tombe, se lit l'inscription suivante :

Restes mortels
de
F.-J.-V. BROUSSAIS,
déposés
ici
le 13 *juin* 1844.

» Aussitôt la cérémonie religieuse terminée, M. Naudet, président de l'Académie des sciences morales et politiques, a pris la parole au nom de l'Institut; puis M. Orfila a prononcé une allocution comme président de la commission.»

Voici ces deux discours :

Discours de M. Naudet.

Messieurs,

Quoique la cérémonie qui nous rassemble ne soit pas exempte de toute impression de souvenirs funèbres, cependant il y domine un sentiment de joie pieuse, tel que celui qui accompagne la consécration des grandes renommées ou le retour d'un des chefs de la famille dans ses foyers après une longue absence. Les restes de M. Broussais viennent, conformément aux vœux de tous les siens et par l'ordre du gouvernement, arbitre d'une haute convenance, prendre possession de leur légitime demeure; car le domicile véritable des morts illustres est aux lieux qu'ils ont adoptés par leurs affections pendant la vie, et qu'ils ont marqués de leur gloire impérissable. L'Académie des sciences morales et politiques, qui avait tenu à grand prix de s'associer M. Broussais aussitôt qu'elle fut reconstituée, plus tard ne lui a pas fait défaut, soit pour l'expression de la première douleur et des regrets les plus vifs sur la tombe qui venait de s'ouvrir, et ne devait être pour lui qu'un asile passager, soit pour l'appréciation réfléchie et le digne éloge de son savoir, de ses œuvres, de sa puissante influence.

Et aujourd'hui encore, afin de ne manquer à aucune occasion de lui donner un témoignage public de ses sentiments, elle veut être présente à cette rénovation de funérailles, et saluer une dernière fois, dans ses pénates éternels, celui qu'elle ne cessera jamais d'honorer.

Allocution de M. Orfila, président de la commission du monument.

Les restes de Broussais, inhumés naguère avec tant de pompe au cimetière de l'Est, viennent d'être déposés dans ce caveau, à côté du monument élevé à ce grand homme par ses confrères reconnaissants. La commission dont je suis l'organe n'aurait pas cru remplir convenablement sa tâche, si elle n'avait pas sollicité et obtenu l'autorisation de transférer les dépouilles mortelles de mon ancien collègue près de ce marbre que nous devons à un ciseau célèbre, et qui représente si fidèlement les traits de ce savant illustre. Grâces soient rendues à S. M. Louis-Philippe, qui ne laisse échapper aucune occasion d'honorer les gloires nationales, ainsi qu'à MM les ministres de la guerre et de l'intérieur, qui ont accueilli nos demandes avec un si noble empressement.

Cet hommage de la commission à Broussais en présence de ceux qui furent ses disciples, ses amis et les admirateurs de son génie, dit suffisamment quelle a été l'importance de ses travaux, et me dispense de reproduire les actes d'une vie si riche, déjà justement appréciée dans d'autres solennités par des voix éloquentes.

Pour la dernière fois, adieu Broussais! En nous séparant de toi, reçois de nouveau l'expression des vifs regrets que ta perte nous a inspirés, et qui ne sont adoucis que par la pensée que l'un des professeurs de cet établissement porte dignement le beau nom que tu lui as légué.

Repose en paix!

HOPITAL COCHIN. — M. MONNERET.

Variole confluente. Mort survenue dans la période de suppuration. Carnification pulmonaire.

Au n° 11 de la salle Saint-Augustin, est couché un homme âgé de quarante-deux ans, serrurier. Il jouit habituellement d'une bonne santé, et se dit malade depuis le 30 décembre. Au début, il éprouva une courbature générale et une douleur dons la région du dos seulement. Il ne paraît pas s'être exposé à la contagion de la variole.

Le 2 janvier, le malade a des nausées et plusieurs vomissements de matières bilieuses. Ce jour-là est marqué par l'apparition de l'éruption.

Le 3 janvier, à la visite, le malade présente l'état suivant : aucune cicatrice appréciable de vaccine; céphalalgie frontale; 88, 20; il accuse dans la région dorsale et dans le ventre une douleur qu'il compare à la sensation que lui ferait éprouver une très lourde barre, douleur qui l'empêche de dormir. Sur le visage, qui est généralement rouge, se dessinent de petites vésicules de la grosseur d'une pointe d'épingle. La rougeur est presque uniforme sur les mains, et l'éruption semble devoir être confluente. La langue est blanchâtre, la voûte palatine rouge, et présente un aspect chagriné. Déglutition difficile, constipation depuis quatre jours. Infusion de fleurs de bourrache; frictions mercurielles sur le visage; quatre sinapismes aux membres inférieurs.

Le 4, le visage est rouge et se tuméfie d'une manière notable; cependant les vésicules y sont peu saillantes. Céphalalgie frontale, insomnie. 76, 16. Battements du cœur sourds, le premier est un peu avorté. Déglutition difficile et douloureuse. Eruption de vésicules miliaires blanchâtres sur les lèvres et la voute palatine. Pas de gonflement de l'isthme du gosier, qui est seulement rouge et couvert de mêmes vésicules blanches. Langue fortement chargée, nausées sans vomissement. Ventre souple indolent; pas de selles. Infusion de fleurs de bourrache avec addition de huit gouttes d'acétate d'ammoniaque; sinapismes, frictions avec onguent napolitain.

Le 5, le pouls est toujours à 76; 16 respiration. La peau des membres prend une teinte rouge-livide assez uniforme; la tuméfaction du visage augmente; elle est considérable aux pavillons de l'oreille ainsi qu'aux paupières, qui sont fermées; la conjonctive est rouge, injectée; mais les vésicules ne se développent pas, elles restent affaissées et leur auréole rouge n'est pas distincte. Le malade dit se trouver bien. Même céphalalgie, pas de délire, respiration pure, voix naturelle. Langue blanchâtre, gêne plus grande de la déglutition, un peu de tuméfaction à l'isthme du gosier. Même état du ventre, pas de selles; infusion chaude de fleurs de sureau. Potion avec acétate d'ammoniaque, 15 gouttes; vin de quinquina, 40 grammes; eau de menthe 30; eau de tilleul, 90. Sinapismes aux membres inférieurs.

Le 6, pouls à 104, plus développé: 16. L'éruption ne sort pas. Les vésicules restent confondues aux mains et au visage, où paraissent de petits points blanchâtres résultant du soulèvement de l'épiderme par le pus. Sommeil agité. Pas de délire; intelligence nette. Voix altérée; pas de toux. Langue humide, sans rougeur. Déglutition très douloureuse. Soif vive. Ventre souple, indolent. Six selles, dont une formée par des matières sanglantes. Même prescription. Un bain entier, chaud.

Le 7, le malade n'a pas conscience de son état; il a déliré toute la nuit; il conserve assez de forces pour se mettre lui-même à son séant. 84, 16. L'éruption conserve le même caractère. Les petites pustules, remplies d'un liquide blanc opaque, font à peine relief, et sont entourées d'une auréole bleuâtre. Le visage est toujours considérablement tuméfié; les paupières sont fermées, et présentent une teinte rouge érysipélateuse. Poitrine toujours nette; voix un peu rauque. La rougeur et la tuméfaction de l'isthme du gosier ont disparu, ainsi que les vésicules. Même état de la langue; régurgitation des boissons. Ventre indolent, non tendu. Trois selles contenant du sang. Infusion de violettes; potion avec vin de Malaga 30 grammes, eau de menthe 40, de tilleul 90.

Le 8, cessation du délire; 88, plus développé, 16. Un grand nombre de vésicules avortées se présente au tronc sous forme de papules rouges, très saillantes. Langue couverte d'un enduit brunâtre; l'intérieur de la bouche est rempli de mucosités brunes desséchées. Mêmes signes que les jours précédents. Pas de selles. Infusion de violettes avec 40 grammes de vin de quinquina; même potion.

Le 9, pouls à 96, prend du développement. Sommeil la nuit. Un certain nombre de pustules des membres, qui étaient affaissées hier, sont aujourd'hui plus saillantes et plus distendues. Le visage est toujours très tuméfié; la matière purulente sortie des pustules qui le couvrent, se concrète. Même état de la langue et de l'intérieur de la bouche. Dysphagie au même degré. Pas de selles. Deux pots de tisane de quinquina; eau gommeuse avec 30 grammes de vin de quinquina; potion avec vin de Malaga 50 grammes, eau de menthe 40, de tilleul 90; un lavement.

Le 10, intelligence toujours présente; pas de délire; 92, fort, développé; 28 respirations. La plupart des pustules qui couvrent la partie antérieure du thorax sont constituées par de véritables papules rougeâtres; plusieurs d'entre elles sont surmontées d'un point opaque formé par du pus. Les pustules des membres prennent, au contraire, chaque jour plus de développement. Le visage est couvert d'une couche épaisse, jaunâtre, semblable à du miel. Langue sèche, lisse. Même dysphagie. Ventre indolent. Pas de selles. Même prescription; deux lavements.

Le 11, 100, 32; agitation et délire la nuit précédente; le malade a cherché à sortir de son lit; toute la peau des membres est soulevée par du pus, et les pustules sont confondues entre elles. La déglutition est presque impossible. Urines rendues volontairement; pas de selles. Même prescription. Le malade s'éteint sans souffrances à quatre heures du soir.

Autopsie, le 13. — *Poitrine.* Aucun épanchement de liquide dans les plèvres. Le lobe supérieur et le lobe moyen du poumon droit sont engoués et crépitants; l'inférieur est d'une couleur violacée; il offre une densité assez grande et un engouement assez marqué. Chaque incision qu'on y pratique laisse couler une grande quantité de sang noir, épais. Le lobe supérieur du poumon gauche est engoué, crépitant; on voit s'y dessiner des marbrures noirâtres formées par le sang retenu dans les vaisseaux. Une portion du lobe inférieur est d'une assez grande densité et crépite légèrement. Elle gagne le fond de l'eau, et cette altération paraît constituée par une congestion intense du parenchyme, imitant assez bien la carnification de la fièvre typhoïde. L'épiglotte est d'un rouge livide et couverte de fausses membranes blanchâtres. Toute la face interne du larynx est couverte d'une fausse membrane molle et jaunâtre; la membrane muqueuse est livide, un peu ramollie. Toute la trachée est d'un rouge intense, ainsi que les bronches, qui sont le siége d'une forte congestion. Le cœur est hypertrophié et la paroi des ventricules épaissie. Les cavités gauches contiennent du sang fluide; les droites du sang noirâtre en grande partie coagulé. Les valvules sont à l'état sain. L'aorte, dans sa portion ascendante, offre des granulations jaunâtres déposées dans la tunique moyenne.

Abdomen. Tube digestif. La surface de la langue est couverte d'une fausse membrane continue, très adhérente et d'une couleur blanchâtre. La tunique interne de l'œsophage, dans sa portion inférieure, est très blanche, de consistance normale, et parsemée de petites granulations blanches faisant un très léger relief à la surface de la membrane muqueuse, qui n'est nullement ulcérée. Trois à quatre de ces corpuscules, plus gros que les autres, paraissent finement granulés à leur surface, et sont semblables à de petites végétations (variole interne). La membrane muqueuse de l'œsophage est parsemée de ces mêmes granulations; elle est ramollie, blanchâtre, et s'enlève par le moindre grattage. La membrane interne de l'estomac présente, tout le long de sa grande courbure et sur ses deux faces, des taches vermeilles formées par l'hypérémie des capillaires de la membrane villeuse (état inflammatoire); elle est verdâtre, ramollie dans les autres points. Vers la fin de l'intestin grêle, les plaques de Peyer sont un peu hypertrophiées sous forme d'un pointillé noirâtre; trois à quatre paraissent notablement hypertrophiées, mais non ramollies; quelques-unes sont entourées d'une tache violacée. Les glandes de Brunner font saillie sur la valvule iléo-cœcale. Le colon est un peu brunâtre. Le foie congestionné, ses deux substances sont distinctes. La rate est hypertrophiée, mais dure et de bonne consistance. Les deux substances des reins sont très hypérémiées et colorées en rouge-livide.

Cerveau. Beaucoup de sang s'écoule par l'incision des membranes. Toute la surface cérébrale est d'un rouge uniforme causé par l'hypérémie générale de la pie-mère. Cette

membrane se détache aisément de la substance corticale, qui est fortement injectée et présente en petit l'état sablé qu'on retrouve à un haut degré dans la substance blanche. La consistance du cerveau est notablement augmentée, et laisse des arêtes vives à la section.

Ce malade a succombé dans la période de suppuration, comme cela a lieu chez un grand nombre de sujets dont les lésions cadavériques ne peuvent pas toujours expliquer la mort rapide. Aussi n'est-ce qu'avec une grande réserve qu'il faut annoncer l'issue probable d'une semblable maladie. Il importe, au point de vue de la pratique, de se rappeler que plusieurs sujets varioleux succombent inopinément sans que le médecin ait prévenu la famille de la terminaison possible de la maladie par la mort. Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, on a trouvé à la partie inférieure du poumon gauche une de ces carnifications qui sont si fréquentes dans les grandes pyrexies, et qui diffèrent de la lésion analogue consécutive à la pneumonie. On désigne ces lésions et beaucoup d'autres sous le nom de pneumonie des fièvres, pneumonie typhoïde : mais il viendra un temps où il sera enfin permis de distinguer les unes des autres des altérations sur lesquelles il est indispensable que de nouvelles recherches portent le jour, afin de dissiper les ténèbres qui couvrent encore les lésions pulmonaires, si communes dans les maladies générales. La carnification pulmonaire présentée par le malade a pu contribuer à accélérer la terminaison fatale, mais n'a pu seule la déterminer. Il faut en chercher la cause dans la perturbation profonde qui suit les grandes suppurations.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Tumeur de la voûte palatine.

Louise Lambert, âgée de cinquante-un ans, ouvrière, née aux environs de Paris, femme forte et bien constituée. Elle fut réglée à dix-huit ans, mariée à vingt-cinq; elle a eu quatre enfants, et n'a jamais éprouvé de maladies graves, point d'écoulements vaginaux; rien, en un mot, qui puisse faire croire qu'elle ait jamais eu de maladies vénériennes.

Suivant la malade, la tumeur pour laquelle elle venait réclamer les soins de la chirurgie ne datait que de six semaines; mais il était bien évident que la malade se trompait, et qu'elle faisait remonter l'origine de sa tumeur au jour où elle en avait éprouvé de la gêne. Cette tumeur occupait la voûte palatine à droite de la ligne médiane, qu'elle débordait un peu. Son point de départ était au centre de la voûte palatine; et de là, elle allait jusqu'au bord inférieur du voile du palais; elle pouvait avoir cinq à six centimètres de long sur deux à trois de large en avant; mais en arrière elle pouvait en avoir quatre au moins. Dans ce point, en effet, elle refoulait l'amygdale droite. Quant à sa hauteur, elle était telle qu'elle ne dépassait pas le rebord des dents supérieures. Elle était d'ailleurs bosselée, légèrement élastique; la muqueuse palatine qui la recouvrait était lisse, polie, un peu plus blanche que celle du côté opposé; les dents ni les arcades dentaires n'étaient déformées; cette tumeur n'était le siége d'aucune douleur; elle gênait seulement la parole et la déglutition.

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur? Elle présentait tous les caractères assignés récemment aux tumeurs fibreuses; mais elle avait fait en peu de temps assez de progrès pour qu'elle devînt suspecte et pour être enlevée. Une incision cruciale fut faite sur la voûte palatine, et la tumeur fut facilement et promptement enlevée. La tumeur, en effet, était enkystée, et son ablation ne donna lieu à aucune hémorrhagie.

Cette tumeur, qui fut ensuite examinée au microscope, présenta néanmoins des globules cancéreux très marqués. La plaie faite par suite de l'ablation de la tumeur se cicatrisa promptement, et la malade put sortir parfaitement guérie.

Calculs nombreux occupant la fosse nasale gauche.

Bardou, âgée de trente-cinq ans, femme grande, bien constituée, quoique d'un tempérament lymphatique, vint consulter M. Blandin, il y a six semaines environ, pour une gêne considérable qu'elle éprouvait en respirant, et dont le siége était dans la fosse nasale gauche. Elle rendait depuis quelque temps une suppuration fétide par le nez. Elle avait de plus un calcul du volume d'une lentille qui lui avait été extrait peu de jours avant par un médecin du Bureau central.

Cette malade resta quelques jours dans le service, salle St-Paul, n° 26. A chaque jour M. Blandin lui retira des fragments de calculs, et même des calculs entiers assez volumineux. Un de ces calculs a le volume d'une noisette ordinaire. Cette extraction de calcul rendit à la malade le libre exercice de ses narines. Il fit cesser cet écoulement purulent fort désagréable pour la malade.

La présence des calculs dans les fosses nasales est un fait assez rare; néanmoins M. Blandin eut occasion d'observer un fait de ce genre où on trouva un calcul volumineux occupant la partie postérieure des fosses nasales.

M. Velpeau a rapporté différents faits du même genre dans le Dictionnaire en vingt-cinq volumes. Mais quel peut être l'origine de ces calculs? Seraient-ils dus à la réunion de certains principes du mucus, ou bien à la partie saline des larmes, dont l'écoulement a incessamment lieu dans les fosses nasales? C'était là l'opinion que M. Demarquay émettait lorsqu'il présenta quelques-uns de ces calculs à la Société anatomique. Mais M. Barth, qui avait vu la malade, et à laquelle il avait extrait un certain nombre de calculs, fit remarquer qu'il fallait une autre circonstance, c'est-à-dire la présence d'un corps étranger dans les fosses nasales pour expliquer la présence de ces calculs dans le fait actuellement en question. Ce qui portait à admettre cette manière de voir, c'est que dans un de ces calculs extraits par M. Blandin, et présentés par M. Demarquay, on pouvait, jusqu'à un certain point, penser qu'un noyau de cerise avait été l'origine première de sa formation.

D. F.

MALADIES DES YEUX. — M. Desmarres.

Des ulcères de la cornée. Leçon clinique recueillie par le Dr J.-C. Loureiro, de Lisbonne.

Les ulcères de la cornée sont une des terminaisons des abcès. On en admet en général deux espèces; ceux qui s'ouvrent en dedans ou dans la chambre antérieure; ceux qui se font route au dehors. Ceux-ci, de même que les abcès, sont subdivisés en superficiels, moyens et profonds. Cette dernière subdivision est, jusqu'à un certain point classique, puisqu'elle n'influe guère sur le traitement, du moins pour les deux premières variétés. Les ulcères, de même que les abcès, varient quant à la place qu'ils occupent, quant à leur forme, leur disposition, et selon les causes qui les ont produits. Ainsi, dans certaines ophthalmies, ils sont au commencement très superficiels, et deviennent lentement un peu plus profonds; leur forme est ici régulière, tandis que dans certaines autres ophthalmies, comme l'ophthalmie purulente, ils sont d'emblée très profonds, du moins le plus souvent, et ont les formes irrégulières.

Ulcères superficiels aigus. — Ils sont très souvent de la grandeur d'un grain de millet, circulaires, isolés complétement dans des parties saines, et présentent une ouverture externe, beaucoup plus large que leur fond. Au fur et à mesure qu'ils marchent, ils deviennent infundibuliformes. Au fond de l'ulcération on voit une lamelle transparente et saine de couleur un peu blanchâtre. Pendant tout le temps que cette lamelle, placée au fond de l'ulcère, demeure brillante, on remarque que le malade est atteint d'une violente photophobie, que l'ulcération marche sans cesse d'avant en arrière. Au contraire, lorsque le fond de l'ulcération se couvre d'un léger nuage blanchâtre, la difficulté de supporter le jour diminue, les autres membranes de l'œil se décolorent. L'ulcération marche vers la cicatrisation ou vers l'état chronique.

Les ulcères ont d'autres fois la forme d'un quart de cercle ou d'un demi-cercle qui varie pour le diamètre de 2 à 8 millimètres, placé sur la circonférence de la cornée; leur fond aussi large que leur surface externe, situé très superficiellement, laisse voir des parties irrégulières de lamelles détruites. Ces ulcérations sont ordinairement plus larges que les précédentes, à moins pourtant qu'elles ne soient consécutives aux pustules qu'on voit apparaître dans quelques ophthalmies, et qui sont placées moitié sur la cornée, moitié sur la conjonctive bulbaire. Ordinairement le centre de ces ulcérations considérées à l'état aigu, est plus transparent que leur circonférence; comme les précédentes, elles s'accompagnent d'une photophobie en rapport avec la transparence de leur fond. Ces ulcères sont toujours la conséquence de la rupture au dehors d'un abcès superficiel de la cornée.

Ulcères moyens aigus. — Ceux-ci intéressent non-seulement les lamelles externes, mais encore les lamelles moyennes de la cornée; ils sont très souvent la conséquence des ulcères superficiels, et plus souvent le résultat de la rupture au dehors des abcès moyens. Il est assez commun d'observer que l'œil atteint d'un abcès dont la rupture est imminente, demeure dans un état de calme plus ou moins grand jusqu'au moment où la matière contenue se fait route au dehors. Alors les lamelles détruites se trouvant en contact direct avec les larmes et l'air atmosphérique, une photophobie qui n'est que la conséquence de l'irritation apportée par cet état de choses, se déclare et persiste jusqu'au moment où la lamelle qui forme le fond de l'ulcération se recouvre d'une exsudation plastique. Malheureusement la terminaison de l'ulcération moyenne de la cornée n'en demeure pas toujours là; elle gagne peu à peu la partie profonde qui se ramollit, puis s'ulcère, et se transforme enfin en ulcération profonde.

Ulcères profonds aigus. — Ils sont le résultat le plus ordinaire de la destruction des lamelles superficielles et moyennes à la suite d'un abcès, ou la conséquence d'un ulcère moyen qui aurait gagné en profondeur. Leur largeur varie, de même que celle des précédentes; les uns n'ont que 3 à 4 millimètres à leur ouverture externe, tandis que d'autres peuvent envelopper dans leur base une très grande partie de la cornée. Le sommet, bien qu'arrivant à une égale profondeur dans les deux cas, présente cependant de notables différences, en ce sens qu'offrant plus de résistance dans les ulcères étroits que dans les ulcères étendus, les lamelles profondes se comportent d'une manière différente. En effet, s'il est assez rare qu'au fond de l'ulcère étroit on remarque une saillie convexe d'une opacité variable, il est au contraire très commun d'en constater bientôt l'existence dans les ulcérations très larges. Cette tumeur, convexe en avant, peut être formée soit par une hernie de la membrane de l'humeur aqueuse, soit par les lamelles profondes de la cornée, et a reçu le nom particulier de kératocèle. La hernie de la membrane de l'humeur aqueuse se présente sous la forme d'une petite vésicule transparente, au fond de laquelle on reconnaît souvent une fistule de la cornée communiquant de la tumeur dans la chambre antérieure; la hernie des lamelles profondes de la cornée, au contraire, est une tumeur plus large que la précédente, d'une couleur blanc-jaunâtre, plus saillante au centre de l'ulcération qu'ailleurs, et présentant un segment de sphère en rapport quant au diamètre, avec le fond de l'ulcération. Cette tumeur, formée, ainsi que nous l'avons dit, aux dépens des lamelles profondes de la cornée, remplie d'humeur aqueuse, demeure quelquefois cachée dans l'ulcération; tandis qu'assez fréquemment elle s'élève au delà du niveau normal de la cornée, phénomène qui est le résultat tout à la fois du ramollissement inflammatoire de la membrane et de l'action simultanée des muscles sur l'ensemble de l'organe. C'est ainsi que se forment si souvent les kératocèles après l'abrasion de la cornée dans les taches opaques de cette membrane.

Nous ne pensons pas, malgré l'opinion contraire de M. Malgaigne, que l'amincissement de la cornée, soit au moyen de l'instrument tranchant, soit à la suite d'une ulcération, ne prédispose point au kératocèle.

L'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, comparant cette tumeur à l'anévrisme des artères, soutient cette thèse qu'en amincissant une artère par dehors on ne produira pas d'anévrisme, et qu'il en est de même pour la cornée. Rien n'est plus vrai que ce fait, si on se rapproche du moment de l'opération; mais il est loin d'en être de même lorsqu'on s'en éloigne, parce que le fond de la plaie, formé d'abord par des parties saines, ne tarde pas à offrir des conditions toutes différentes, celle-ci étant soumise bientôt, du moins en ce qui touche la cornée, à une inflammation produite à la fois par les larmes et l'air atmosphérique. Quoi qu'il en soit, il est du plus haut intérêt pratique de constater la présence d'un kératocèle au fond d'une ulcération, parce que celle-ci étant sur le point de devenir perforante, le praticien doit, avant tout, songer à protéger, s'il y a lieu, l'iris contre une procidence imminente. Il arrive assez souvent que pendant la durée d'un kératocèle une abondante exsudation plastique paraisse à la surface de la lamelle profonde, et qu'en marchant la cicatrisation réduise la tumeur. C'est une terminaison que l'on constate assez souvent dans les ulcérations étroites. Hâtons-nous de le dire, cependant, la perforation complète est de beaucoup plus fréquente lorsque le kératocèle s'est montré une fois.

Les ulcères marchent de différentes manières, selon qu'ils sont à l'état aigu ou chronique, selon aussi qu'ils sont superficiels ou profonds. En général, les superficiels s'accompagnent d'une réaction beaucoup plus vive que les profonds, toutes choses égales d'ailleurs; phénomène qui tient sans doute à cette circonstance, qu'en marchant d'avant en arrière, l'ulcère met successivement à nu, et dans une étendue variable, les lamelles de la cornée. Les uns mettent un temps assez long à parcourir leurs périodes; d'autres, au contraire, marchent avec une certaine rapidité. On voit souvent des vaisseaux se diriger vers l'excavation. D'autres ulcères marchent avec une rapidité telle que la cornée, souvent en quelques heures est dépouillée, dans une grande étendue, de ses lamelles superficielles par une variété d'ulcération que Ware indique sous le nom d'abrasion. Enfin, c'est dans l'ophthalmie purulente qu'on rencontre le plus souvent cette variété; on voit une excavation sur la cornée ayant la forme d'un anneau succédant à un abcès, qui marche de telle sorte que la cornée, ainsi que nous l'avons dit à propos des abcès, est lancée à quelque distance au moment où l'on examine l'œil. Cet ulcère s'accompagne le plus souvent d'une très grande photophobie.

Les ulcères passant très fréquemment à l'état chronique, quelques uns, après avoir marché avec une certaine activité, s'arrêtent tout à coup dans leur marche; la photophobie qui les accompagne tombe, l'injection des membranes voisines disparaît, et on reconnaît que l'ulcération existe toujours, et qu'une facette plus ou moins profonde, ou même une excavation est restée sur la cornée. Le calme qui succède au passage de l'ulcère à l'état chronique peut durer pendant un temps fort long toujours indéterminé, jusqu'au moment où l'ulcération se réveillant passera de nouveau à l'état aigu. Il est de ces ulcérations qui sont le point de départ d'ophthalmies qui se répètent avec une fréquence désespérante pour le malade et pour le médecin, jusqu'au moment où l'excavation se remplisse d'une matière opaque qui rétablira complétement le niveau de la cornée. Il est assez commun de voir sur la même cornée plusieurs facettes ulcéreuses.

Terminaison. — Les ulcères se terminent de deux manières, par cicatrisation et par perforation de la cornée. La cicatrisation peut être considérée sous deux aspects différents, selon qu'elle se forme avec ou sans opacité. Lorsque cette terminaison doit avoir lieu, on aperçoit au fond de l'ulcère une exsudation de couleur blanc-jaunâtre disséminée par petites plaques de grandeur variable qui finissent par se confondre les unes dans les autres. Peu à peu le fond de l'ulcère diminue, s'élève jusqu'au niveau de la surface de la cornée, et une tache plus ou moins large est la conséquence de ce travail. Lorsque l'ulcération est très superficielle et très petite, la matière exsudée ne tarde pas à être résorbée et la cornée reprend toute sa transparence; au contraire, lorsque les ulcères sont profonds les taches persistent toujours, et ne diminuent que peu à peu dans tous leurs diamètres, conséquence de la contraction incessante du tissu inodulaire. C'est au reste un sujet dont nous nous occuperons lorsque nous parlerons des taches de la cornée.

La *perforation* est souvent la terminaison la plus funeste. Sa gravité tient à la double circonstance que l'ulcère qui l'amène a sa suite serait très large et placé dans le centre de la cornée. Les accidents consécutifs à la perforation seraient au contraire fort simples dans beaucoup de cas si l'ulcération était petite et placée vers la circonférence. Cette distinction est très importante au point de vue thérapeutique. En effet, la pupille tout entière peut traverser une perforation centrale; circonstance qui amène une cécité immédiate, tandis que la perforation vers la circonférence ne peut entraîner qu'une hernie partielle du corps de l'iris avec une déformation variable de la pupille. L'adhérence qui s'établira entre ces deux membranes, l'iris et la cornée, gênera d'autant plus la vision, que la synéchie aura lieu dans un point plus rapproché du bord inférieur de la pupille.

Le *traitement* des ulcères à l'état aigu est presque toujours le même que celui de la kératite. Il est pourtant quelques distinctions à établir. La médication antiphlogistique est très fréquemment insuffisante pour arrêter dans sa marche une ulcé-

ration active, et des topiques deviendront presque toujours indispensables. L'ulcération superficielle d'un petit diamètre se guérira au moyen d'un traitement antiphlogistique, par des saignées au voisinage de l'orbite, des purgatifs, des bains de pieds, des frictions belladonées répétées sept à huit fois par jour sur le front, les tempes, etc. Et quand la période surr-aiguë est tombée, quelques collyres légèrement astringents, tels que ceux de ratanhia, de tanin, de sulfate d'alumine, etc., pourront être prescrits avec grand avantage. On évitera avec soin les préparations de plomb, qui peuvent produire des opacités blanches, nacrées, mates, toutes particulières, indélébiles. Le collyre d'azotate d'argent pourra, dans beaucoup de cas, s'il est convenablement chargé, rendre de très bons services.

Les ulcères moyens étroits seront traités de la même manière que les précédents. Il arrivera dans quelques cas que malgré le traitement employé l'ulcère gagnera en largeur et en profondeur; alors il faudra se hâter de modifier l'inflammation par les moyens suivants : si la sensibilité de l'œil le permet, et si le malade a suffisamment de volonté, on essaiera de toucher le pourtour de l'ulcère au moyen d'un crayon de nitrate d'argent convenablement taillé. On se gardera bien avant tout de toucher trop fortement le fond de l'excavation, lequel, dans beaucoup de cas, commence à être ramolli à un degré variable. Si au contraire la sensibilité du malade est telle, que l'œil se cache avec rapidité sous la paupière supérieure au moment où on veut l'examiner; et si une grande quantité de larmes s'échappe au même instant, on ne devra plus songer au crayon. Nous touchons alors la surface ulcérée en plaçant le patient préalablement dans un lieu un peu obscur, puis au moyen d'un pinceau chargé d'une solution à poids égal d'azotate d'argent cristallisé et d'eau distillée. La douleur occasionnée par cette application, très vive d'ordinaire, s'exaspère souvent pendant une heure, puis tombe peu à peu pour faire place à un état de calme assez satisfaisant. Hâtons-nous de le dire, chez certains sujets nerveux ce moyen peut provoquer des accidents qui ne permettent point une seconde application. Il n'est pas rare que le lendemain de la cautérisation au moyen du pinceau, la photophobie reparaisse, et que l'ulcération reprenne une nouvelle activité. On devra alors, sans plus tarder, pratiquer une seconde cautérisation qui ne tardera pas à amener des modifications convenables dans la vitalité de l'ulcère.

Dans les ulcères profonds on peut se borner à toucher le pourtour de l'ulcération au moyen du pinceau chargé de l'azotate d'argent. Il faudra bien éviter de former une eschare à leur fond dans la crainte de hâter l'apparition du kératocèle. Si cette tumeur existe, ou s'il y a lieu de craindre d'ailleurs une perforation, on devra aussitôt s'assurer de l'état des parties malades, car la pupille pourrait disparaître en traversant la perforation si on ne dilatait immédiatement cette ouverture au moyen d'instillations et même de fomentations de belladone. L'iris sera ainsi maintenu retiré vers le corps ciliaire jusqu'au moment où une cicatrisation solidement organisée la préserve d'une procidence. On devrait, au contraire, laisser l'iris faire hernie si l'ulcération était placée vers la circonférence de la cornée; la cicatrisation marcherait beaucoup plus vite, et il n'en résulterait, en définitive, qu'une déformation de la pupille qui ne gênerait qu'autant qu'elle serait placée en bas et en dedans, ou bien encore s'il arrivait qu'elle fût très considérable.

Les ulcères annulaires aigus, comme ceux de l'ophthalmie purulente, doivent être surtout attaqués par un traitement antiphlogistique très énergique.

Quant aux ulcères chroniques on ne pourra en débarrasser les malades qu'en les enflammant soit au moyen du crayon ou de la solution d'azotate d'argent, soit par l'application sur les paupières de différentes pommades irritantes, comme celles de Lyon, de Desault, de Régent, de Dupuytren, de Janin, etc. En les faisant ainsi passer à l'état aigu, on finira par obtenir une exsudation fibro albumineuse, puis l'organisation d'une cicatrice solide. On pourrait préalablement employer les révulsifs cutanés, les dérivatifs de toutes sortes, moyens qui, au reste, dans les ulcères chroniques, nous ont paru pour le moins inutiles.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. Juin 1844.

Recherches cliniques sur la surlorrhée, ou flux salivaire; par M. TANQUEREL DES PLANCHES.

Nous analyserons ce travail, dont une partie seulement a été publiée, quand il sera terminé.

Considérations sur quelques points particuliers de la diathèse tuberculeuse; par M. H. THIRIAL.

Ce travail, fort étendu et fort intéressant, n'est pas susceptible d'analyse.

De la microscopie dans ses rapports avec la médecine pratique; par M. MONNERET.

Le but de ce travail est de donner une idée générale de la microscopie, en s'attachant particulièrement aux applications que l'on en a faites à la séméiologie et à la thérapeutique.

Jusqu'à présent, l'étude microscopique des tissus altérés, dans les affections internes, n'a conduit qu'à un petit nombre de découvertes importantes, ce qui peut tenir à ce que ce genre d'examen est nouveau, et que l'on a beaucoup de peine jusqu'à ce jour, à observer les corps opaques avec le microscope. Cependant ce qui a été fait pour l'étude des tissus cancéreux, du tubercule et du favus, doit encourager à faire des recherches nouvelles.

C'est surtout à la pathologie humorale que la microscopie a rendu les plus grands services; aidée de l'analyse chimique elle a jeté les bases de cette nouvelle pathologie, à la connaissance de laquelle les médecin, ne peuvent plus désormais rester étrangers.

Pour l'urine, par exemple : un malade rend une urine dont le dépôt blanchâtre et épais a été pris pour du pus; vous en placez une gouttelette sur le champ du microscope, et vous découvrez une poudre amorphe bien distincte du pus; si vous conservez quelques doutes, vous ajoutez une goutte d'acide affaibli, et aussitôt il se forme sous vos yeux des lames rhomboïdales d'acide urique. Vous connaissez dès-lors la nature du sédiment, et vous avez la certitude qu'il n'est formé ni par du pus, ni par du sang, ni par du mucus.

C'est à l'aide du microscope que l'on reconnaît la présence, dans les urines, du phosphate ammoniaco-magnésien, à qui elles doivent leur alcalinité. Il fait reconnaître à l'instant même la gravelle rouge ou d'acide urique, connaissance indispensable au médecin pour pouvoir instituer le traitement et prescrire l'eau de Vichy et les boissons alcalines. C'est encore avec son aide que l'on peut reconnaître la présence du pus et du mucus dans l'urine. Si l'on avait quelque doute sur la véritable nature d'une maladie qui offrirait tous les symptômes des pertes séminales, la microscopie la dissiperait promptement. En effet, l'urine ne contient jamais de sperme, excepté dans les pertes séminales involontaires ou après le coït, ou la masturbation. On peut dès lors asseoir le diagnostic et le traitement de la maladie lorsqu'on s'est assuré que l'urine contient des zoospermes. La justice a intérêt, dans plusieurs circonstances criminelles, à faire rechercher par le médecin légiste si certaines parties du corps, le vagin, le rectum, par exemple, renferme du sperme, si les taches observées sur le linge sont dues à la présence de la liqueur spermatique, et c'est encore le microscope qui peut lever les doutes.

L'examen microscopique n'a pas encore rendu de grands services à la connaissance des altérations du sang. On ne connaît pas encore aujourd'hui, quoi qu'en aient dit certaines personnes, une seule lésion des globules que l'on soit en droit de rapporter à une maladie déterminée du cadre nosologique.

On peut rechercher, avec le microscope, les globules sanguins dans le mucus, dans l'urine, dans les matières rendues par hématémèse, et dans les autres liquides de l'économie; la forme si reconnaissable du globule le fait aisément reconnaître.

Après cet exposé des services rendus par le microscope, M. Monneret indique les conditions où doit se placer le micrographe pour arriver à des résultats positifs. Il faut d'abord qu'il soit pathologiste, et que ce mode d'exploration, comme la percussion et l'auscultation, soit manié par des médecins, et pas seulement par des micrographes. Avant d'étudier microscopiquement les altérations des tissus et des solides, il faut parfaitement connaître leur composition normale microscopique, ce qui n'est pas encore. Il faut avant tout rassembler beaucoup de faits sans chercher encore à les coordonner ni à en tirer des déductions générales; car un pareil travail serait prématuré; décrire exactement ce qu'on voit, sans se hâter de conclure et d'élever des hypothèses.

FAITS DIVERS.

Observation de catalepsie chez une femme en travail; par M. le docteur SCHMIDT, de Paderborn.

Une femme bien conformée, et chez laquelle l'enfant se présentait dans une position convenable, éprouva, au troisième temps du travail, des faiblesses d'abord, puis des mouvements convulsifs qui firent aussitôt prévoir l'invasion d'accidents éclamptiques, et cette prévision détermina l'accoucheur, M. Schmidt, à appliquer sans retard le forceps.

L'enfant avait à peine été extrait que les convulsions prirent tout à fait le caractère tonique; elles restèrent telles pendant tout le temps de la délivrance, et persistèrent même durant un espace de deux heures après la sortie du placenta. L'accouchée était positivement cataleptique, et ressemblait complétement à un cadavre dont les membres auraient été étendus et immobiles. Enfin, le spasme tonique céda pour ne plus se reproduire.

Le lendemain, dans la soirée, le nouveau-né présenta des phénomènes exactement semblables à ceux qui, la veille, avaient été observés chez la mère. Cet enfant, bien que né en excellent état, était devenu cataleptique, et, chose remarquable, l'extension perpendiculaire de son bras droit et l'extension horizontale de son bras gauche étaient les mêmes qu'avait offertes l'accouchée pendant la durée de sa catalepsie.

On recourut vainement à l'emploi des antispasmodiques et des bains; le petit malade succomba au bout de deux heures.

Cette observation offre surtout de l'intérêt, parce que la catalepsie est, sans contredit, la forme la plus rare que puissent revêtir les convulsions puerpérales; elle en offre encore parce que l'apparition de cette maladie chez le nouveau-né et l'identité des symptômes chez les deux sujets viennent appuyer l'opinion des auteurs qui pensent que l'éclampsie n'est pas seulement funeste au fœtus par le défaut d'oxygénation du sang maternel, mais aussi par la transmission du principe morbifique de la mère à l'enfant. (*Casper's Wochenschrift.*)

Cas de boursouflement énorme du canal de l'urètre chez une femme, simulant un prolapsus du col utérin; observation recueillie par M. le docteur CHABRELY, de Bordeaux.

Une femme, âgée de trente-trois ans environ, forte, très sanguine et livrée à des travaux pénibles, vint, au mois de novembre 1843, consulter M. Chabrely et lui apprit que, depuis plusieurs mois, elle souffrait d'un poids énorme à la vulve, avec de fortes cuissons, particulièrement après l'émission de l'urine.

Le toucher fut pratiqué et fit reconnaître que l'orifice externe du vagin était oblitéré en partie par un corps qui ne put d'abord être aperçu; toutefois, en forçant un peu, l'obstacle fut franchi; le doigt, parvenu dans la gaîne vaginale, trouva le restant de ce canal parfaitement libre et put arriver jusqu'au museau de tanche, qui était situé à une assez grande hauteur.

M. Chabrely, voyant qu'il n'avait pas affaire à un prolapsus du col utérin, voulut examiner par ses yeux, et, sans l'exploration préalable à laquelle il venait de se livrer, il aurait, de prime-abord, cru reconnaître le col de la matrice; en effet, c'était la même conformation, et il existait un orifice sur le milieu du corps.

L'aspect fongiforme de la tumeur et la configuration arrondie et plissée de l'ouverture ne le laissèrent pas long-temps dans le doute sur la nature du mal; il reconnut qu'il avait affaire seulement à un boursoufflement énorme de la membrane muqueuse urétrale avec prolapsus, ananalogue au chémosis dans la conjonctivite.

Il eut d'abord l'idée de cautériser avec le nitrate d'argent; mais auparavant il voulut essayer les balsamiques, quitte à brûler plus tard, s'il n'en obtenait aucun résultat avantageux. En conséquence il prescrivit quatre-vingt-seize pilules du poids de trente centigrammes, contenant chacune vingt centigrammes de baume de Tolu, et dix centigrammes de baume de styrax purifié. Ces pilules furent prises à la dose de huit par jour, et la prescription fut réitérée une seconde fois.

Sous l'influence de ce seul traitement, la tumeur disparut complétement dans l'espace d'un mois.

M. Chabrely se demande ce qui serait arrivé s'il avait excisé ou lié le col de la tumeur, et il paraît disposé à croire que de pareils *quiproquos* ont pu être commis quelquefois.

(*Bulletin médical de Bordeaux.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Restauration de la lèvre inférieure; par M. le docteur CHISHOLM.

Un homme âgé de soixante ans était affecté d'un cancer de la lèvre inférieure, qu'un chirurgien lui enleva à l'aide d'une incision en V; après quoi une suture fut pratiquée, mais la grande perte de substance qui avait été éprouvée ne permit pas à la réunion de se faire. Une seconde tentative fut également suivie d'insuccès.

M. Chisholm, auquel on eut alors recours, conçut l'espoir de remédier à la perte de substance, et il y parvint de la manière suivante.

Du sommet de l'angle de cette perte, il fit partir deux incisions qui descendaient obliquement à droite et à gauche, de manière à représenter pareillement un V, mais renversé (Λ). De l'extrémité inférieure de chacune de ces incisions, il en fit partir une autre qui remonta, en décrivant une courbe, jusqu'au voisinage et un peu en dehors de la commissure correspondante des lèvres. Il en résulta deux lambeaux presque triangulaires, qui, après avoir été convenablement disséqués, furent élevés à la hauteur de la lèvre inférieure qu'ils devaient remplacer, et furent réunis par leur bord correspondant.

Alors, l'occlusion de la bouche se trouva parfaite. Quant à la surface triangulaire dénudée, qui restait au-dessous de chacun des lambeaux, à la place qu'ils occupaient primitivement, elle se cicatrisa peu à peu, et le succès de l'opération fut complet.

(*The Monthly Journal of Medical sciences.*)

Accidents déterminés par l'introduction d'une paille dans le tube digestif; par M. le docteur JAQUES, d'Anvers.

Un enfant âgé de trois mois éprouva, sans aucune cause bien appréciable, une irritation gastro-intestinale qui se termina, au bout de huit jours, par une tuméfaction de la région hépatique. Il s'y forma un point de suppuration, et à l'ouverture de l'abcès (qui s'opéra spontanément), on en vit sortir un brin de paille. La mère de l'enfant voulut arracher ce corps étranger; mais lorsqu'elle en eut tiré une longueur de trois centimètres environ, elle fut effrayée par la résistance qu'elle éprouvait et qu'elle remarquait aller en augmentant, et elle cessa de continuer les tractions. Le père s'en chargea, et il en tira un brin de paille entier, semblable à ceux qu'ils employaient pour préparer la litière de leurs animaux. Cette extraction fut suivie de l'écoulement d'un flot de matière purulente. Quarante-huit heures plus tard, l'ouverture de l'abcès était déjà fermée, et l'enfant parut se porter parfaitement bien pendant une huitaine de jours; mais, à cette époque, il commença tout à coup à maigrir beaucoup et à être affecté de lientérie, et aujourd'hui, huit semaines après l'extraction du corps étranger, le marasme et la lientérie persistent, le petit sujet ne peut être rassasié, et tout porte à penser qu'il existe une perforation qui fait communiquer directement la cavité de l'estomac avec celle du colon.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

NOUVELLES.

Aujourd'hui à quatre heures, la commission nommée par l'Académie royale de médecine (section de médecine opératoire) a arrêté la liste des candidats qui seront présentés à l'Académie, et dans laquelle doit être le choix pour la prochaine nomination.

Sur onze candidats, la section en présentera six par lettre alphabétique; ce sont MM. Denonvilliers, Huguier, Laugier, Malgaigne, Robert et Vidal (de Cassis).

— La science vient de faire une grande perte : M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, membre de l'Académie des sciences, professeur-administrateur honoraire au Jardin-du-Roi, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Académie royale de médecine, membre de l'Institut d'Égypte, est mort avant-hier, 19 juin, à l'âge de 72 ans.

Ses obsèques auront lieu *samedi 22, à midi précis*. On se réunira à la maison mortuaire, au Muséum d'histoire naturelle, rue Cuvier.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 25 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 74. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Pleurésie avec épanchement. Diagnostic. Traitement.

Au n° 2 de la salle Sainte-Agnès, a été couché un homme de vingt-huit ans, d'une assez bonne constitution, qui fut pris il y a six semaines environ, et sans cause connue, d'une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine. Bien qu'elle fût assez violente, cette douleur ne l'empêcha point cependant de vaquer à ses occupations pendant les premiers moments. Le troisième jour, elle acquit une plus grande intensité; le malade continuait encore à se livrer à son travail, mangeait un peu, mais moins que d'habitude, et sans appétit. Sommeil moins profond qu'à l'ordinaire; toux sèche, pas de crachats; oppression et dyspnée en montant les escaliers, etc. Il a lutté contre tous ces phénomènes pendant quinze jours à peu près, sans consulter personne. Enfin, ses souffrances sont devenues tellement fortes, qu'il a été obligé de suspendre son travail et de garder la chambre.

Malgré cet état de maladie bien évident, il put se rendre chez un médecin, qui ne reconnut point d'abord la maladie. Il y retourna quelques jours après, et ce ne fut qu'alors qu'il constata l'existence d'une pleurésie avec épanchement. Il entra dans notre service il y a trois semaines.

La manière dont a débuté cette affection doit fixer notre attention. La douleur que ressentit notre malade ressembla d'abord assez bien à celle de la pleurodynie, à la douleur rhumatismale. Cependant trois semaines après la première apparition de cette douleur, il consulta un médecin, qui lui trouva un épanchement de sérosité dans un des côtés de la poitrine. En général, ou du moins cela se voit fréquemment, une maladie qui commence par une douleur rhumatismale à laquelle on n'attache pas une grande importance, est suivie facilement d'accidents sérieux.

La douleur rhumatismale qui occupe les parois de la poitrine doit toujours être regardée comme suspecte; la pleurodynie intense doit toujours être traitée comme la pleurésie; car c'est presque toujours une pleurésie commençante. Même lorsqu'il n'y aurait aucun symptôme donné par la percussion et l'auscultation, on doit chercher tout d'abord et rapidement, à enlever la maladie, quelle qu'elle soit. S'il y a une fièvre forte, on pratiquera une ou deux saignées générales. Des ventouses scarifiées seront employées ensuite. On ne doit jamais laisser une douleur rhumatismale ou non, élire domicile sur les parois de la poitrine, car elle pourrait facilement devenir symptomatique d'un affection inflammatoire de la plèvre.

Voici l'état que présentait notre malade au moment de son entrée :

Pouls à 96, assez développé; la physionomie n'est point altérée. Son mat dans les quatre-cinquièmes inférieurs du côté gauche, en avant et sur les côtés. Il y en avait assez là pour établir mûrement le diagnostic. La fréquence du pouls, la matité, et l'état normal de la physionomie ne laissaient au médecin aucun doute sur l'existence d'une pleurésie. Souvent il suffit de deux ou trois circonstances pour établir un diagnostic, non pas que nous voulions prétendre par là qu'il faut négliger les autres symptômes, une fois ce diagnostic établi; mais souvent ils ne font que confirmer une opinion que l'on s'était formée à l'aide de deux ou trois symptômes seulement. En général, lorsque vous avez tout un côté de la poitrine mat, et qu'avec cela l'expression de la physionomie n'est pas altérée, vous pourrez dire avec certitude : Il y a épanchement pleurétique, et il ne peut y avoir que cela. Serait-ce un épanchement de sang? Mais alors vous auriez affaire à une lésion traumatique, et il n'y en a point ici. Serait-ce une induration du tissu pulmonaire? Mais la physionomie du malade ne serait point aussi calme; il y aurait dyspnée, oppression très forte, fièvre violente, etc.

Ce n'est pas que quelquefois il ne se présente des cas où une altération des traits accompagne la pleurésie, aussi forte et aussi bien marquée que celle que l'on remarque dans la pneumonie. Mais quand la disposition inverse se présente, quand avec une matité occupant un côté tout entier de la poitrine, il y a peu de fièvre, apparence de santé presque complète, dyspnée médiocre ou même nulle; il y a alors épanchement pleurétique, nécessairement et sans le moindre doute. Avembruyger avait signalé le fait, mais sans lui donner l'importance qu'il mérite, et sans en donner l'interprétation. L'auscultation lui manquait; ressource précieuse qui nous permet de donner l'explication de cette matité, et de signaler l'épanchement pleurétique avec la dernière certitude.

L'auscultation chez notre malade donnait les résultats suivants : En avant, respiration faible, là où le son se trouvait clair à la percussion. Cette faiblesse du murmure respiratoire a toujours lieu dans les parties du poumon qui ne sont pas recouvertes par le liquide. La respiration n'est pas généralement puérile, comme l'ont avancé certains médecins, et la raison en est bien simple. Le poumon est comprimé et réduit à une ampleur beaucoup moindre que celle qu'il offre à l'état normal. Partant, il ne peut se dilater. C'est le poumon, dans la cavité pleurale duquel il n'y a point de liquide qui peut donner lieu à la respiration puérile; mais dans le poumon malade, en raison même de la compression exercée par le liquide, le bruit respiratoire est plutôt diminué qu'augmenté.

En arrière, nous avons constaté de l'égophonie, surtout vers la pointe de l'omoplate; en même temps un peu de bronchophonie, principalement lorsque nous faisions prendre au malade une position semblable à celle des animaux quadrupèdes, c'est-à-dire que nous le faisions s'appuyer sur les genoux et sur les mains. Lorsque l'égophonie et la bronchophonie n'existent point ensemble, et selon nous, il arrive souvent qu'elles existent simultanément, dans les cas de pleurésie avec épanchement, c'est l'égophonie qui est conservée. Quelle en est la raison, je l'ignore. Peut-être est-ce parce que l'égophonie est le bruit le plus éclatant; nous n'en pouvons pas trouver d'autre motif, et il nous semble, du reste, assez vraisemblable que le bruit le plus intense persiste seul et masque le plus faible. Chez notre malade, il y avait égophonie seulement, sans aucune trace de bronchophonie dans la position assise. Ce n'est que lorsque nous le faisions placer *à quatre pattes*, pour nous servir d'une expression un peu vulgaire. Dans cette situation, le poumon surmontant le liquide par sa légèreté spécifique, venait s'appliquer contre les parois thoraciques, et l'on pouvait seulement alors constater le retentissement de la voix.

Notre malade présentait une toux sèche, cette toux que l'on a désignée sous le nom de toux nerveuse, parce qu'il n'est besoin de rien expulser des tuyaux bronchiques. L'intelligence était parfaitement conservée; les mouvements étaient libres; la voix naturelle. Tout enfin semblait annoncer l'existence d'une maladie peu grave, malgré la matité de tout un côté de la poitrine.

Les seuls moyens que nous ayons jugé à propos d'employer ont été les vésicatoires volants, des boissons légèrement diaphorétiques, des purgatifs doux. Nous n'avons point employé de saignées parce que la maladie datait déjà de trois semaines, que le sujet était un peu lymphatique, à peau blanche, fine et pâle; tous nos efforts devaient tendre à favoriser la résorption du liquide épanché dans la poitrine. Lorsque la pleurésie a passé sa première période, les évacuations sanguines ne sont plus indiquées, comme elles le sont au début. Depuis trois semaines, des changements assez notables sont survenus chez le sujet dont nous parlons. L'égophonie en arrière a disparu. Le bruit respiratoire est toujours nul dans les deux tiers inférieurs et postérieurs; mais il est revenu plus haut, et s'entend assez distinctement. Il n'en serait pas de même, si l'épanchement avait duré plusieurs mois. Alors, ce ne serait plus en trois semaines, mais au bout de plusieurs mois seulement que le murmure vésiculaire se ferait entendre de nouveau.

Nous n'avons pas, dans le cas particulier qui nous occupe, entendu l'égophonie de retour, bien que nous ayons pratiqué chaque jour l'auscultation, et la chose ne doit point vous étonner. Dans la résorption des épanchements pleurétiques, l'égophonie de retour ne se présente guère que dans les cas où l'épanchement est extrêmement aigu, et lorsque cinq ou six jours ont suffi pour que l'épanchement ait rempli toute la cavité de la plèvre. Au maximum d'intensité de la maladie, l'égophonie n'existe pas; elle reparaît lorsque la quantité de liquide diminue. Mais s'il s'est passé quinze jours ou trois semaines entre le moment où la pleurésie a atteint son summum d'intensité et celui où la résorption commence à s'effectuer, il n'y a plus d'égophonie de retour. La cause en est que le poumon qui a été comprimé pendant trois semaines, ne se trouve plus dans les mêmes conditions que s'il avait été comprimé pendant cinq à six jours seulement; il a perdu de sa perméabilité, de son ressort. Les conditions anatomiques et matérielles ont changé. Si nous n'avons pas observé chez notre malade l'égophonie de retour, la chose, nous le répétons, n'a rien qui doive vous surprendre. Nous ne pouvions pas en trouver.

A la partie inférieure du poumon, là où il y avait absence de respiration bronchique, nous avons trouvé le bruit respiratoire beaucoup plus faible que du côté opposé. Ce n'est que depuis quelques jours qu'il a reparu à peu près aussi fort qu'à l'état normal. Il existe encore un point où nous trouvons aujourd'hui quelques traces d'égophonie : c'est vers l'attache du muscle grand dorsal. Nous nous sommes livré à une exploration minutieuse pour savoir s'il y avait quelque bruit de frottement dans la poitrine; nous n'en avons constaté aucune trace dans le tiers supérieur. Entre le sternum et le mame-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le portrait de Vésale à l'Académie de médecine. — Le Tokai Princesse. — Le médecin chaudronnier. — La Société Œnophile. — Usage nouveau de la boussole. — Le chemin de fer de Lyon. — Nouvelle Iconographie. — Appel à la bienfaisance. — Broussais et Chervin

L'Académie de médecine possède un portrait précieux de Vésale, bien précieux, en effet, car il est du Titien. C'est un legs de Portal qui ne borna pas là, comme on le sait, les témoignages du vif intérêt qu'il portait à cette compagnie. Or, ce portrait vient d'être le héros d'une aventure qui a mis en émoi les paisibles habitants de l'hôtel de Poitiers. Dans cette salle souvent si tumultueuse les mardis, se réunit aussi, un autre jour de la semaine, une société philosophico-politique, où de jeunes hommes, dans la prévision des honneurs de la députation — c'est leur but avoué — viennent s'exercer aux discussions et aux orages de la vie parlementaire. Je dois faire remarquer, en passant, que le conseil de l'Académie a été plus libéral envers la politique qu'envers la science, car la *Société de chirurgie* ayant demandé de se réunir aussi dans le local de l'Académie, a éprouvé un refus formel. Il arriva donc qu'à la dernière séance des apprentis députés, l'ordre du jour avait amené la discussion sur la réforme du système pénitentiaire et sur le projet de loi relatif à l'emprisonnement cellulaire. La discussion fut vive là comme ailleurs. Un orateur venait de soutenir qu'à la science médicale seule il appartenait de résoudre ce grand problème d'hygiène, lorsqu'un Mirabeau en herbe se leva indigné et commença une vive sortie contre la médecine et les médecins. Assurément, avec raison, on pouvait lui crier que *non erat hic locus*. Il en était au plus bel endroit de sa véhémente apostrophe quand, tout à coup, un grand bruit se fait entendre, comme un bruit de mur qui s'écroule ou de plafond qui s'effondre. Jugez de la terreur de l'assistance! Cependant elle en fut pour la peur. On regarde, on examine, et l'on découvre enfin que le portrait de Vesale s'était décroché et venait de tomber avec fracas sur le parquet académique. Ç'a été l'occasion d'une prosopopée brillante de la part de l'orateur, qui invoquait l'intervention de la science. Il a fait paraître l'ombre de Vésale indignée de ce qu'on venait d'entendre, et l'on assure que le Mirabeau s'est enfin épouvanté. Toujours est-il que nous cherchions vainement, mardi dernier, à sa place ordinaire, le Vésale du Titien, et que c'est à cette occasion que nous apprîmes l'aventure. Il paraît que la toile n'a souffert heureusement aucun dommage, mais le riche cadre qui l'entourait a reçu de la chute de graves atteintes.

— Je fais des vœux bien sincères pour que la découverte de M. Thilorier se confirme. Vous savez en quoi elle consiste. Chacun de nous est entouré d'une atmosphère magnétique que la colère, l'amour, une volonté forte ou toute passion énergique mettent en vibration, et qui imprime non-seulement à nos semblables et aux animaux une modification puissante, mais encore à la matière inerte, aux métaux, par exemple. Ainsi, vous êtes violemment agité par la colère, qu'on approche un morceau de fer doux de votre atmosphère, ce fer doux va s'aimanter. Par la puissance de votre volonté, vous pouvez arriver au même résultat, toutefois, en conservant les distances nécessaires. J'entrevois dans cette découverte des applications sociales de la plus haute portée, et aussi ai-je immédiatement fait emplète d'une petite boussole de poche dont je vais vous révéler l'usage. Je suppose que vous ayez à vous méfier d'un homme quelconque. Vous allez droit à lui, vous vous placez dans son atmosphère et vous lui dites : Monsieur, vous êtes un fripon. Il se fâchera, c'est sûr, en tout état de cause. S'il est honnête, sa colère sera de bon aloi, sincère et réelle. Si c'est un coquin, sa colère ne sera que simulée. Alors, tirez vite votre boussole, regardez-en l'aiguille; si elle s'agite, si elle est déviée, faites vos excuses, vous avez affaire à un galant homme; si, au contraire, l'aiguille reste immobile, fuyez cet homme, il a mérité votre apostrophe. De même en amour : voulez-vous savoir si vous êtes véritablement aimé? Dans un moment d'épanchement, regardez la boussole; ses déviations vous donneront la mesure graduée de la sincérité de l'affection. En mille autres circonstances, la boussole pourra rendre d'immenses services, et nous guider encore dans cette mer orageuse et semée d'écueils qu'on appelle la vie.

— Un de nos confrères du midi cultive avec un égal succès la pathologie et l'œnologie. Dans cette dernière branche même il vient de remporter sur la nature un de ces triomphes qui immortalisent un nom. Vous connaissez sans doute, car tout médecin doit être plus ou moins gourmet, cet adorable vin de Tokai si fin, si délicat, si parfumé, qui se récolte seulement dans un tout petit coin de la Hongrie. Les petites bouches de nos Parisiennes en raffolent. J'ai connu la femme d'un confrère qui, sous prétexte de gastralgie, n'en pouvait boire d'autre, à un louis la bouteille, s'il vous plaît. Cette gastralgie a conduit notre pauvre confrère beaucoup plus loin qu'il ne voulait aller. Le malheur a voulu que le docteur Baume ne fît sa découverte que plus tard. Cette découverte est fort simple; le docteur Baume a fait venir du plant de Tokai, il l'a cultivé dans un terrain aux environs de Nîmes et le vin qui en est résulté s'est trouvé égal, d'autres disent supérieur au vin si recherché de la Hongrie. Il est certain que le *Tokai-princesse*, c'est ainsi qu'on le nomme, a pris droit de domicile sur les cartes des restaurateurs de premier ordre et que le nom du docteur Baume court à une popularité incontestable. Si l'occasion m'en est offerte, je promets de le boire à sa santé, car, après tout, et entre nous, j'aimerais mieux avoir inventé le Tokai-princesse que quelque abominable drogue pharmaceutique dont quelques personnes ont la faiblesse de tirer vanité.

Ainsi ne pense pas, j'en suis sûr, un brave homme qui a eu déjà quelques malheurs à la correctionnelle, ce qui ne le décourage pas, car je trouve parmi mes paperasses de la semaine un prospectus ainsi intitulé : *Belle découverte médicale, assurant la guérison de la plupart des maladies*, par Jean François Bultent, *ancien chaudronnier*. Sa drogue, à lui, est un elixir qu'il appelle *Panchymagogue*, nom formé de trois mots grecs, assure le chaudronnier, et qui signifient : je chasse toutes les humeurs. La consommation ne va pas mal, dit-il, car en consultant ses livres il a vu, qu'en vendant à raison de six francs

lon, nous avons constaté une sorte de craquement un peu humide, assez analogue à celui qui serait produit par des fausses membranes. Ces craquements ne sauraient être attribués à la présence du mucus dans les bronches. Lorsqu'il existe du râle muqueux bronchique limité, ce n'est jamais en avant, mais seulement en arrière qu'il existe. Ce n'est qu'à la réunion de la moitié postérieure avec la moitié antérieure du thorax, que nous avons constaté l'égophonie chez notre malade. Nous l'avons successivement fait mettre dans des positions différentes, à plat ventre, ou la tête inclinée en bas, pendant que le bassin était élevé, le résultat de l'examen a été de nous faire reconnaître un bruit de frottement très évident en arrière. Dans des circonstances pareilles à celles qui existaient ici, le liquide n'obéit pas entièrement aux lois de la pesanteur. C'est par suite de cette oscillation du liquide dans les points de la poitrine où il est circonscrit par des fausses membranes qu'est produit le bruit de frottement que nous avons observé. Nous avons souvent constaté que le liquide obéit dans une certaine mesure aux lois de la pesanteur, et que la diminution de la couche de liquide opérée par le déplacement du malade permet d'entendre le bruit de frottement dû aux fausses membranes. Tels sont les changements qui sont survenus dans l'état de notre malade depuis qu'il est dans nos salles.

Nous avons eu le désir de constater quels étaient les renseignements que pouvait nous donner la mensuration de la poitrine, et la comparaison des diverses dimensions de la cage thoracique, tant sous le rapport des diamètres que sous celui de la circonférence, points importants à connaître quand il existe des épanchements d'une certaine abondance. Dans un certain nombre de circonstances, en même temps qu'il y a présence dans la plèvre d'un liquide qui n'y est pas contenu à l'état normal, et par le fait même de la présence de ce liquide, le poumon se trouve aplati et comprimé, ce qui établit une sorte de compensation. Aussi, quand il n'y a qu'un épanchement partiel, n'y a-t-il aucun changement dans les dimensions du thorax ; mais lorsque l'épanchement est abondant, malgré la compression du parenchyme pulmonaire, la cavité de la poitrine s'agrandit, comme on peut s'en convaincre par la mensuration.

J'ai souvent appelé l'attention des médecins sur la nécessité de mesurer le diamètre antéro-postérieur de la cage thoracique. Plus la forme de la poitrine se rapprochera de la forme globuleuse, plus sa capacité sera augmentée, sa surface extérieure et sa circonférence restant la même. Il serait possible, si elle prenait tout à fait la forme cylindrique, que la capacité fût énormément augmentée, et dans une circonstance de ce genre, la mensuration extérieure ne donnerait pas ce résultat. Ce n'est donc point à l'une simplement de ces méthodes de mensuration que l'on doit avoir recours, mais aux deux à la fois.

La mensuration de la poitrine est une opération toujours délicate à pratiquer, souvent difficile, et sujette à de nombreuses erreurs. Elle n'est pas dans la pratique, surtout dans la pratique civile, d'un usage général : elle n'est pas essentiellement nécessaire à l'art de guérir. Elle est plus importante sous le rapport de la science que sous le rapport de l'art. Il faut, pour mesurer la poitrine, des points de comparaison, de *vipère*, comme disent les artistes, des espèces de jalons. Ces points de comparaison ne sont pas faciles à déterminer. Chez les femmes, il faut éluder la mamelle, et pour cela vous mesurez sous le pli que forme cet organe chez les vieilles femmes, au-dessous de l'élévation qu'elle forme chez les jeunes sujets où les tissus ont moins de flaccidité. La position que vous donnerez aux malades sera la position verticale. Il faudra faire mettre au sujet les bras élevés, les mains croisées sur la tête. Le lien dont vous vous servirez devra partir soit en avant, soit en arrière du même point. En avant ce sera de l'échancrure sternale ou de l'appendice xiphoïde; en arrière vous vous guiderez sur les apophyses épineuses des vertèbres

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur la plessimétrie. (Cinquième leçon.)

Appliquée à un organe aussi important que le cœur, la plessimétrie devait jeter un jour nouveau sur le diagnostic différentiel des états pathologiques dont il peut être le siége. En vain prétendrait-on dire que les modifications survenues dans le volume du cœur, l'hypertrophie ou l'atrophie de cet organe, peuvent être reconnues et appréciées par la constatation du point des parois thoraciques sur lesquelles vient frapper sa pointe à chaque pulsation; ce signe ne sera jamais qu'un signe incomplet et sujet à erreur.

Dans maintes circonstances, en effet, les rapports de la pointe du cœur avec les parois du thorax sont changés. Ces rapports n'ont rien de constant d'ailleurs, même dans l'état normal. Les auteurs qui se sont spécialement occupés de l'étude des maladies du cœur, eux-mêmes ne sont pas d'accord entre eux sur le point précis auquel correspond la pointe du cœur chez l'homme sain et dans les conditions normales ; les uns placent ce point entre la cinquième et la sixième côte, d'autres entre la sixième et le septième. Il y a, comme on voit, entre ces deux données, une assez grande latitude. De plus, les modifications que les organes voisins peuvent présenter, sont là pour rendre plus variables encore les rapports dont il s'agit.

Qu'une maladie de l'un des viscères de l'abdomen vienne à distendre cette cavité, le diaphragme refoulé en haut refoulera le cœur dans ce sens et le repoussera vers les parties supérieures de la poitrine. Qu'il s'agisse, au contraire, d'une maladie des organes pulmonaires, le cœur pourra être repoussé en bas, et dans un cas comme dans l'autre, la détermination du volume du cœur, fondée sur la connaissance de ses rapports anatomiques habituels, sera non-seulement insuffisante, mais, dans le plus grand nombre des cas, même fautive. Loin de nous en tenir au signe déduit de la situation de la pointe du cœur, nous chercherons, au contraire, toutes les fois que nous voudrons diagnostiquer un état pathologique de cet organe, à déterminer d'avance sa situation exacte et ses rapports avec les organes voisins. Examinons d'abord quelle est sa situation dans les conditions normales.

Le cœur est situé sur la ligne médiane de la cavité thoracique, empiétant un peu plus à gauche qu'à droite. L'oreillette droite déborde ordinairement le bord droit du sternum de quelques centimètres; l'oreillette gauche est en rapport avec la colonne vertébrale. Situé dans le médiastin antérieur, entre les deux poumons, au-dessus du diaphragme, le cœur est en quelque sorte couronné par les artères aorte et pulmonaire qui prennent naissance à sa base. Son bord gauche est reçu dans une rainure profonde du poumon correspondant. Son bord droit repose sur le diaphragme. Sa base, légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, est séparée de la première vertèbre dorsale par l'aorte et par l'œsophage. Sa face antérieure répond aux parois thoraciques dans une étendue qui varie selon l'étendue de la portion du poumon qui s'étend sur elle. Enfin, n'oublions pas que le cœur peut présenter, dans certaines circonstances, des rapports médiats importants avec la rate, le foie et l'estomac.

La plessimétrie du cœur a pour objet de limiter non-seulement la partie de cet organe qui est immédiatement en rapport avec les parois thoraciques, mais même toute la partie qui est recouverte par le poumon. C'est parce que l'on ne tient, en général, aucun compte de cette dernière circonstance, que les praticiens arrivent si souvent à des appréciations si différentes de l'état du cœur dans les cas de maladie.

L'exploration plessimétrique du cœur, dont il nous reste à exposer les règles, nous fournira, à cet égard, des données certaines sur l'exactitude desquelles il nous sera toujours possible de limiter non-seulement la partie du cœur qui est immédiatement en rapport avec la paroi thoracique, mais aussi les parties de cet organes qui sont profondément situées et plus ou moins complétement cachées derrière le poumon.

Procédé opératoire de la plessimétrie du cœur. — Avant de chercher à limiter le cœur, nous recommandons, comme nous l'avons déjà fait pour d'autres organes, de limiter préalablement le bord supérieur du foie et la rate supérieurement et en avant, afin d'avoir des points fixes et d'établir de suite les rapports qui peuvent exister entre ces organes et le cœur. Quant au manuel opératoire, voici en quoi il consiste :

Le médecin devra se placer alternativement à droite et à gauche du malade, de manière à s'assurer des modifications que le son peut présenter sur le même point dans les deux positions. Le malade sera couché sur le dos. Ces précautions prises, on conduira le plessimètre de droite à gauche, en suivant d'abord le bord supérieur du foie. Il sera nécessaire de percuter profondément et avec énergie, parce qu'une partie du cœur est recouverte, dans cette région, par une lame assez épaisse de poumon. Bientôt, en suivant cette direction et à mesure que l'on se rapprochera de l'extrémité sternale, une modification se fera sentir dans le son qui deviendra obscur et mat. Une certaine difficulté se présente ici : on est quelquefois obligé de revenir à plusieurs reprises sur les parties que l'on a déjà percutées pour rencontrer ce point de la circonférence cardiaque. La situation profonde de l'oreillette droite, le peu d'épaisseur de cette cavité et la moins grande résonnance du sternum sont les causes principales de l'incertitude et des tâtonnements auxquels on est un instant réduit. Si l'on n'a pas une certaine habitude de la plessimétrie, on pourrait être tenté de rapporter le commencement des cavités droites à l'endroit où répond le bord droit du sternum. Plus on percutera profondément et fortement, moins l'erreur sera à craindre. Le bord droit de la circonférence du cœur étant trouvé, on reconnaîtra le bord gauche à l'apparition du son pulmonal franc, c'est-à-dire d'un son résonnant et sonore, par les deux espèces de percussions : la percussion profonde et la percussion superficielle. Ces deux points serviront à déterminer le trajet d'une ligne factice qui sera oblique à l'axe du corps. Maintenant, si nous menons parallèlement à cette ligne, en haut et en bas, deux nouvelles lignes parallèles, en passant successivement en revue les différents points qui les composent, nous aurons d'abord le son pulmonal, puis le son du cœur et du poumon, celui du cœur seul, celui du cœur et du poumon, enfin celui du poumon seul. L'appréciation de ces différents sons exige une attention soutenue. Le plessimètre devra être appliqué exactement sur les parois thoraciques, et l'on devra mettre tour à tour et successivement en usage tous les modes divers de la percussion, percussion profonde, très profonde, légère, très superficielle, etc.

Une cause d'erreur qui pourrait se présenter ici serait celle qui ne permettrait point de limiter les cavités auriculaires et de les distinguer des cavités ventriculaires. En effet, la différence de densité des parois peut quelquefois entraîner dans des méprises ; mais si l'on se guide sur les connaissances pratiques que la plessimétrie du poumon nous a déjà données, il ne sera pas possible de faire une semblable erreur. De plus, il sera toujours possible de limiter la cloison interventriculaire si l'on tient compte des différences que nous venons de signaler.

Relativement à la pointe du cœur et à son bord inférieur, dit M. Piorry, je m'étais peut-être exagéré les difficultés qu'il pouvait y avoir à les limiter d'une manière exacte. Les rapports médiats du foie, surtout lorsqu'il s'avance dans l'hypochondre gauche, me faisaient présager des difficultés véritables; mais ces difficultés ne sont pas sérieuses. On parviendra toujours au résultat désiré, si, après avoir limité le foie avec le plus grand soin, on percute en suivant trois nouvelles lignes verticales dirigées parallèlement vers le bassin, en partant la première de l'articulation sterno-claviculaire droite, la deuxième de la partie médiane de la clavicule, la troisième du tiers interne de cet os.

En pratiquant le long de ces lignes la percussion superficielle et profonde alternativement, la première indiquera la place occupée par le cœur, la seconde permettra de reconnaître les organes qui sont placés derrière le cœur ; la matité profonde avec grande résistance au doigt indiquera que le foie est situé derrière le cœur. Si l'on entend au contraire à la percussion profonde un bruit hydraérique, on pourra avec

---

le flacon de son élixir, il s'en était consommé, dans Paris, pour plus de huit mille francs en une année. « On l'appliquait dans tous les cas, et dans tous les cas il réussissait. » O Béotiens de Paris ! peuple le plus spirituel de la terre, qui deviens la proie d'un chaudronnier !

— Voici un petit conte à l'usage des étudiants en médecine. La mère d'un jeune étudiant, bonne et faible comme la plupart des mères, payait tous les mois à son fils un supplément de pension de 25 francs, pour, disait-il, des frais de cotisation à une société savante. Le supplément durait depuis les vacances dernières. Je vous donnerais bien en mille pour deviner à quelle société savante la mère croyait son fils affilié. Il lui avait fait croire, en effet, qu'il était membre de la *société Œnophile*, et la bonne mère, qui ne sait pas le grec, croyait que c'était le nom de quelque société d'instruction et de bonnes études. Elle payait donc sans sourciller, se félicitant de la bonne direction que prenait son cher fils. Racine perfide du genre *daneus*, voilà bien de tes coups ! Mais tout a une fin, et surtout le plaisir; la bonne mère est ces jours-ci venue à Paris, et sa surprise a été grande de voir la société Œnophile circulant dans tous les quartiers de la capitale pour porter au domicile des petits ménages parisiens le vin qu'ils ne peuvent acheter en cercle. Une explication maternelle s'en est suivie, qui a coupé court, comme vous pensez bien, au supplément mensuel. C'est égal, il est fort mal sans doute de tromper sa mère, mais le tour est joli.

— Le chemin de fer de Lyon passera-t-il par la vallée de la Seine ou par celle de l'Yonne? Voilà une question qui occupe beaucoup un de nos professeurs de pathologie, M. Gerdy, et qui lui a inspiré de beaux articles publiés par le *Journal de l Aube*, dont toute la Champagne est en émoi. M. Gerdy aspire à la députation; nous ne lui en faisons pas un crime, au contraire; il soutient les intérêts des localités dans lesquelles il doit porter sa candidature. C'est de bonne guerre, surtout si ces intérêts locaux répondent aux intérêts généraux, et il paraît que c'est le cas; M. Gerdy porterait à la Chambre des opinions que nous défendons aussi; enfin, M. Gerdy est médecin, et l'on sait combien nous désirons que le corps médical soit suffisamment représenté au parlement envahi par les avocats et les banquiers; voilà bien des motifs qui, malgré les dissidences qui nous ont séparé sur plusieurs points de M. Gerdy, nous engageraient à faire des vœux pour sa candidature. M. Gerdy, surtout quand il se livre à l'improvisation, a des moments de verve et de bonheur oratoire qui pourront le faire remarquer au palais Bourbon. Ses amis ne manqueront pas de lui conseiller un peu moins d'abandon, un goût plus sûr et plus sévère, un enchaînement d'idées plus net et plus logique, un peu plus de correction, enfin, et tout ira bien.

— Voulez-vous une nouvelle prise dans le monde artistique, en voici une qui ne peut pas vous trouver indifférents, vous tous confrères haut placés et que la célébrité entoure déjà de son auréole. La médecine et la chirurgie avaient déjà leur iconographie lithographiée, la sculpture à son tour vient de s'emparer d'elles et de s'en prendre aux grands noms, aux grands talents qui ne manquent pas à notre profession. Un jeune artiste distingué a eu l'heureuse idée de publier une série de médaillons en relief représentant les têtes des médecins et des chirurgiens les plus célèbres. Heureuse idée, disons-nous, car la sculpture, outre le mérite de la ressemblance qui lui est commun avec la peinture ou le dessin, a sur ces deux procédés le grand avantage de présenter à l'œil d'une manière plus arrêtée les contours, les saillies du visage et aussi la forme de la tête à laquelle la phrénologie attache, comme on sait, une grande importance.

Commencer cette collection par la reproduction des traits d'un des princes de la chirurgie française, d'Ambroise Paré, et de ceux de Bichat, c'est sembler mettre sous le patronage de ces deux noms célèbres l'œuvre dont le jeune artiste va se tirer avec bonheur, j'en ai la conviction. Alternativement avec les auteurs dont la postérité a consacré la réputation, Sydenham, J.-L. Petit, Desault, Pinel, Broussais, Dupuytren, Gall, etc., paraîtront successivement ceux des auteurs vivants qui, par leurs travaux, ont le plus contribué et contribuent chaque jour aux progrès de la science. Cette série des contemporains doit s'ouvrir par MM. Rostan et Velpeau, et l'on pouvait plus mal choisir.

C'est très bien, faites-vous peindre, faites-vous lithographier et modeler ; je sais faire la part des petites faiblesses de la vanité humaine; mais, messieurs les riches, n'oubliez pas, je vous prie, qu'à l'heure qu'il est, un de nos confrère sacrifie tout son temps, toute son activité, tout son dévouement, à une œuvre vraiment philanthropique et digne de tout votre intérêt, je veux parler du projet de M. le docteur Dumont, de Grenelle, pour l'édification d'une maison de refuge consacrée à ceux d'entre nous dont la vieillesse et les infirmités paralysent les forces. Aidez-le, c'est votre devoir, devoir bien doux, dans cette pieuse entreprise. Dans une brochure simple et touchante, M. Dumont vous a fait connaître le but, l'intention, la portée de cette œuvre. Lisez-la Messieurs, et soyez-lui propice.

Et quel plus frappant exemple pourrai je invoquer pour dire que gloire et retentissante renommée ne veulent pas toujours dire fortune et bien-être ? Broussais, le dernier génie éteint de notre couronne médicale, mort sans qu'un peu de terre pût recueillir sa dépouille mortelle ; Broussais, reposant depuis plusieurs années dans la tombe de son ami Frappart, et auquel enfin, sur le théâtre même de sa gloire, on vient de donner un dernier asile, n'est-ce pas là un enseignement grave et solennel ? Et ce noble et malheureux Chervin, mort dans la misère après une vie dont l'antiquité aurait consacré le souvenir par des statues? Allons, messieurs, un peu de dévouement ; faisons que d'aussi décourageants exemples ne se reproduisent plus, et rappelons-nous d'ailleurs cette pensée d'un moraliste, écrivant au point de vue païen : La bienfaisance n'est pas seulement une bonne action, c'est souvent aussi une excellente affaire.

Qui de nous, en effet, peut se dire à l'abri des coups du sort ?

Jean RAIMOND.

Erratum. Dans notre dernier numéro, à la première page, ligne 24 de l'article relatif à la translation des restes de Broussais, au lieu de : M. Casimir Broussais représentant *la Faculté*; lisez : *la famille*.

---

certitude attribuer ce bruit à la présence de l'estomac derrière le cœur.

Telles sont les indications plessimétriques indispensables à connaître pour arriver à la limitation des surfaces du cœur chez les sujets normalement constitués. Mais si l'on vient à avoir affaire à des malades chargés d'embonpoint, ou chez lesquels il existe une infiltration considérable du tissu cellulaire ; s'il s'agit, par exemple, d'une femme qui ait la glande mammaire bien développée, ce sera le cas de recourir aux règles plessimétriques que nous avons établies à cet égard dans la première leçon de ce cours.

Peut-on limiter le cœur par derrière et tirer de cette limitation quelques conséquences pratiques ? M. Piorry le pense. Bien qu'il ne se soit pas occupé jusqu'ici de faire des recherches dans cette direction, et qu'il ne puisse, par conséquent, rien affirmer à cet égard, il croit que le diagnostic pourrait retirer quelque avantage de cette étude.

Plessimétrie des gros vaisseaux. — Rappelons rapidement ici les dispositions et les rapports des gros vaisseaux à leur sortie du cœur.

L'aorte, cachée d'abord par le péricarde, est en rapport avec la veine cave à droite ; à gauche et en arrière, avec l'artère pulmonaire, qui la contourne en manière de pas de vis ; en avant, avec le sternum, dont la sépare le médiastin.

La crosse de l'aorte est d'abord immédiatement appliquée sur la trachée-artère, un peu avant la naissance des bronches, et ensuite sur le corps des deuxième et troisième vertèbres. A gauche et en avant, l'aorte est reçue dans une excavation du poumon correspondant. Enfin, l'aorte répond, par sa concavité, à la bronche gauche, qui, d'abord placée en arrière de la portion horizontale de la crosse, devient bientôt antérieure à la portion descendante. C'est donc au-dessus du cœur, au niveau des troisième, quatrième ou cinquième côtes, sous le sternum, que l'on pourra limiter ces diverses parties du système circulatoire.

Procédé plessimétrique. — Il sera nécessaire ici de limiter d'abord exactement la base du cœur ; l'aorte étant recouverte par une lame plus ou moins épaisse de poumon, il faudra, pour l'atteindre, percuter profondément, en appliquant bien exactement le plessimètre.

C'est ici surtout que la connaissance des dispositions anatomiques est nécessaire ; les sons sont si peu différents, les modifications sont si fugitives, que sans cette connaissance, on risque fort de n'obtenir que des résultats négatifs. Nous percutons en suivant certaines lignes qu'il nous reste à indiquer.

Une première ligne horizontale passe au-dessus de la base du cœur. La mesure de la matité que l'on trouvera sur cette ligne donne la mesure de la veine cave, de l'aorte et de l'artère pulmonaire réunis. Par une percussion attentive, on pourra parvenir à reconnaître les points mats qui correspondent à la veine cave, à l'aorte et à l'artère pulmonaire. Ces parties seront différenciées par des degrés de matité plus ou moins considérables.

Deuxième ligne à vingt-cinq ou trente millimètres au-dessus de la précédente. A cette hauteur, on rencontrera encore la veine cave, l'artère pulmonaire et l'aorte ; mais il sera possible de suivre la branche droite de l'artère pulmonaire gauche.

La troisième ligne, parallèle aux deux premières et menée à la même distance, donnera de la matité dans une étendue relative à la largeur de l'aorte, puis on trouvera de la sonoréité produite par la bronche gauche que l'aorte embrasse par sa concavité.

Enfin, une quatrième ligne oblique continuant la direction du muscle sterno-mastoïdien droit, donnera la dimension de l'aorte à sa courbure. Si l'on a eu le soin d'indiquer sur les parois thoraciques, avec de l'encre ou un crayon, les différents points où l'on a rencontré la matité, on aura la figure de l'aorte, de l'artère pulmonaire, et en suivant la circonférence externe de cette figure, on pourra limiter l'origine du tronc brachio-céphalique, de la carotide et de la sous-clavière.

La plessimétrie des gros vaisseaux nécessite la plus sérieuse attention et la plus stricte exactitude. Il faut revenir à plusieurs reprises sur les faits acquis ; car s'il est difficile, comme on vient de le voir, de limiter les diverses cavités du cœur, il ne l'est pas moins, on le concevra aisément, de limiter des organes groupés, réunis dans un aussi petit espace, et dont la texture offre si peu de différence.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 2 *avril* 1844. — Présidence de M. Belhomme.

M. le docteur Szokalski écrit pour solliciter son admission, et envoie trois mémoires sur divers points de l'ophthalmologie.

Commissaires : MM. Richelot, Colomb et Desrivières.

— *M. Vée* rend compte des deux mémoires adressés par M. le docteur Favre à l'appui de sa candidature. Ces mémoires, dit-il, ont pour objet des questions de haute chimie, et révèlent un expérimentateur habile, dont les connaissances pourront être utiles à la Société, en jetant de la lumière dans certaines discussions spéciales. Le rapporteur conclut à l'admission du candidat. Adopté.

— *M. Ségalas* communique une lettre, dans laquelle un ouvrier, qui tenta jadis de s'asphyxier par le charbon, lui a retracé dans un récit naïf et détaillé, les diverses circonstances de sa tentative. En voici quelques passages :

« ..... Quand je fus seul, je coupai du papier en bandes pour le coller partout où l'air pouvait pénétrer, et chose étrange, pendant ce premier acte de mon suicide, je me surpris à chantonner. Ce n'était point par bravade ni par insouciance ; mais cela prenait du temps..... Mes préparatifs terminés, j'allumai mes fourneaux ; pendant qu'ils s'allumaient, j'écrivis une espèce de journal de mes sensations. Je sentis ma tête s'alourdir, ma gorge se dessécher. Je soufflai mon feu avec ma bouche pour abréger autant que possible ce supplice. Il était deux heures du matin. Enfin mon mal de tête augmenta ; ma respiration devenait de plus en plus difficile ; mais cette souffrance n'était pas vive au point de me faire revenir sur ma résolution ; je fis même cette réflexion, que puisque ce n'était que cela, je n'aurais pas dû attendre si long-temps.... Me sentant de plus en plus faible, je me jetai sur mon lit, et je perdis connaissance doucement, comme si je m'endormais. Je restai dans cet état jusqu'à sept heures du matin. On vint frapper à ma porte. N'obtenant point de réponse, on finit par l'ouvrir ; on me trouva sur mon lit, comme je m'étais couché. On fit venir un médecin ; par son ordre, plusieurs personnes se mirent à me frotter avec les brosses les plus dures pendant toute la journée. Je ne repris connaissance qu'à neuf heures du soir......, » etc.

Cette lecture amène les observations suivantes :

M. Moreau (de Tours) demande si M. Ségalas connaît les antécédents du sujet. Y avait-il dans sa famille des aliénés ou des individus adonnés à l'ivrognerie ; en un mot, quelque influence héréditaire pourrait-elle expliquer cette disposition au suicide ?

M. Ségalas ne s'est point enquis de cette circonstance. Il n'a vu là qu'un homme intelligent poussé au désespoir par le malheur de sa position, et il a examiné la question seulement au point de vue de l'influence du charbon, et des circonstances particulières à ce genre d'asphyxie.

M. Blatin L'auteur du récit qu'on vient de lire ne paraît pas avoir beaucoup souffert. J'ai vu cependant deux ou trois individus asphyxiés par le charbon, et qui ont dit avoir éprouvé des douleurs très vives à la tête et aux jambes.

M. Moreau (de Tours). Les faits varient beaucoup à cet égard. J'ai vu deux infirmiers qui avaient subi l'influence du charbon. Ni l'un, ni l'autre, n'avait souffert ; ils n'avaient éprouvé que de l'engourdissement et un sommeil lourd.

M. Géry. J'ai donné des soins à une jeune fille que des chagrins avaient conduite à s'asphyxier. Elle était restée plusieurs heures sans connaissance. Après une saignée que je lui fis, elle recouvra enfin la parole, et raconta alors qu'elle n'avait ressenti autre chose qu'un engourdissement.

Ces faits, continue M. Géry, m'en rappellent un autre qui, bien qu'un peu différent des précédents, n'est cependant pas dépourvu d'intérêt. Il s'agit d'un empoisonnement en quelque sorte idéal. Une domestique voulant s'empoisonner, mais sans souffrir, imagina de boire une décoction de trois têtes de pavots, après quoi, bien persuadée qu'elle était empoisonnée, elle s'étendit sur un tapis. On l'y trouva froide, sans connaissance et comme morte. Je la vis cinq ou six heures après sa tentative. Le pouls était faible et irrégulier ; il y avait de l'oppression, de l'égarement. La malade ne parlait pas. Cependant je ne reconnus pas de symptômes d'empoisonnement bien manifestes. La nuit fut somnolente. Au matin, la malade ne parlait pas encore ; elle ne recommença à parler que dans la journée. Soupçonnant de sa part quelque supercherie, et croyant qu'elle entendait fort bien ce qui se passait autour d'elle, j'avais eu soin de dire assez haut que si la parole ne lui revenait pas, je serais obligé de la saigner, opération pour laquelle on m'avait prévenu qu'elle avait une forte répugnance.

M. Amédée Latour. Il serait fort possible que cet empoisonnement que notre confrère appelle idéal, eût été réel. On a vu du narcotisme produit par la décoction d'une seule tête de pavot en lavement.

M. Géry répond qu'il comprendrait plutôt cet effet du pavot administré par le rectum que par l'estomac.

M. Rapatel a vu trois matelots qui avaient failli être asphyxiés. Ils ont affirmé n'avoir pas éprouvé de douleur, mais bien au contraire une sorte de plaisir analogue à celui de l'ivresse.

M. Bréon. Dans le fait communiqué par M. Ségalas, il ne fallait pas, suivant moi, se borner à frictionner le malade. Toutes les fois que l'asphyxie est forte, il y a congestion, et la première chose à faire est de pratiquer une saignée. C'est à quoi je ne manque pas, même dans le coma de l'ivresse, et ce moyen m'a toujours réussi.

M. Collomb a vu un mari et une femme qui avaient été soumis involontairement à l'action du charbon. L'un avait beaucoup et l'autre peu souffert, et il y eut cela de singulier, que celui des deux qui avait le plus souffert fut cependant le plus tôt rétabli. M. Collomb les avait saignés tous deux.

M. Desrivières s'élève contre l'usage où l'on est trop souvent d'attendre le commissaire de police avant de donner des soins aux asphyxiés. Il serait important, dit-il, de faire bien comprendre au public combien est absurde et funeste un pareil préjugé.

Revenant à la douleur causée par l'asphyxie, *M. Amédée Latour* cite une remarque qui a été faite ; c'est qu'il est rare de trouver les asphyxiés dans l'endroit même où ils avaient dû être placés d'abord ; d'où l'on a conclu que la souffrance les avait contraints à changer de place.

M. Bréon a été appelé dans bien des cas d'asphyxie ; il n'en a observé que trois où les sujets se fussent déplacés. Il a remarqué en même temps qu'il y avait des excréments sous eux. Ne pourrait-on pas croire, dit-il, que c'est le besoin d'évacuer plutôt que la douleur qui les a portés à changer de lieu ?

M. Ségalas n'a vu qu'un seul asphyxié ; il était sur son lit, dans l'attitude du repos, et nullement défiguré.

M. Moreau (de Tours) pense qu'il faut distinguer l'asphyxie par suicide de l'asphyxie accidentelle et involontaire, la résolution où sont les sujets de mourir pouvant, dans le premier cas, les retenir à la même place, tandis que, dans le second, ils cherchent naturellement à se soustraire à la mort.

M. Rapatel a vu à Montreuil beaucoup d'asphyxiés dont un certain nombre étaient morts. Il les a tous vus dans la position où ils avaient dû se mettre pour exécuter leur dessein. Pas un n'a semblé s'être déplacé.

M. Lesage a observé plusieurs cas d'asphyxie qui diffèrent entre eux sous le rapport dont il s'agit. Un homme, par exemple, avait les pieds et les mains brûlés par le charbon, ce qui prouve qu'il avait exécuté des mouvements. Une jeune fille, au contraire, était dans une attitude parfaitement calme.

M. Edouard Louis pense que la douleur ne doit pas être en effet la même chez tous les asphyxiés, et que cette différence peut tenir, entre autres causes, à la manière dont survient l'asphyxie, suivant qu'il y a une plus ou moins grande quantité de charbon en ignition, que l'appartement est bien ou mal clos, et que l'air est rapidement ou lentement vicié.

MM. Blatin et Géry appuient cette opinion. Quant à l'observation rappelée par M. Latour, ajoute M. Géry, elle n'est pas toujours vraie. Dans les cas d'asphyxie volontaire que j'ai eu occasion de voir, les sujets ne s'étaient pas déplacés ; tous étaient sur leur lit, et une femme en particulier n'offrait dans les traits aucune décomposition. Peut-être aussi la face est-elle moins décomposée lorsque l'asphyxie est complète, que dans les cas où la mort n'a pas encore eu le temps d'arriver : *Mors spasmos solvit.*

M. Dreyfus. Il est vrai que quelques heures après la mort, les muscles se détendent, n'étant plus contractés par la douleur et les traits reviennent alors à l'état naturel, c'est une remarque qui a été faite par Lavater, et qui s'explique physiologiquement.

M. Belhomme. De toutes ces communications il résulte qu'il faut se demander si, dans le suicide, il y a toujours libre exercice de la volonté ou s'il n'existe pas une perversion mentale. Esquirol pensait qu'il y avait toujours perversion mentale. Quelques individus peuvent se suicider de sang-froid : il y en a des exemples ; cependant si l'on examine les circonstances qui précèdent le moment du suicide, on sera ramené à l'idée d'Esquirol. Dans la plupart des suicides, il y a une altération de l'intelligence qui s'est manifestée auparavant par certains actes.

M. Moreau (de Tours), partage entièrement cette opinion.

M. Deleau. Sans doute il en est souvent ainsi. Cependant certains individus peuvent se suicider volontairement et avec toute la plénitude de leurs facultés intellectuelles. M. Deleau rapporte en preuve l'histoire d'une jeune femme qui se fit périr dans des circonstances qui indiquaient un libre exercice de sa volonté et dont le mari se tua ensuite avec le même sang-froid.

M. Moreau (de Tours). C'est là un cas de suicide par imitation ou contagion.

M. Géry. Ce serait aller trop loin que de prétendre qu'il y a aliénation mentale dans tous les cas de suicide ; mais au moins peut-on admettre qu'il y a toujours une surexcitation plus ou moins grande du cerveau. Quant au suicide par imitation, rien n'est plus constant. M. Géry cite à ce propos l'histoire d'un tronc d'arbre auquel plusieurs individus étaient allés se pendre successivement, et après la destruction duquel les suicides ne se renouvelèrent plus.

M. Ségalas a vu, à Nogent-les-Vierges, village près de Gentilly, une grotte où sept personnes s'étaient pendues depuis la mort du prince de Condé.

M. Moreau (de Tours). Les faits de ce genre abondent.

M. Belhomme pense qu'il faut aussi tenir compte de la prédisposition. Il ajoute qu'à la menace de saigner, employée par M. Géry pour faire cesser un empoisonnement qu'il croyait simulé, il préfère l'application de sinapismes ; il fait toujours revenir par ce moyen les aliénés qui feignent d'être morts.

M. Géry pense qu'une volonté forte peut résister à des sinapismes.

M. Ségalas. Les aliénés dont parle M. Belhomme se croient-ils réellement morts, ou veulent-ils seulement le paraître ?

M. Belhomme. Tantôt l'un, tantôt l'autre.

Le secrétaire-général, Edouard Louis.

Opération de cataracte sur un vieillard de 103 *ans.* (Observation communiquée à l'Académie des sciences, séance du 17 juin 1844, par M. Szokalski, d.-m.-p.)

Le sujet de cette observation est M. Bredy, né en Suisse, 17 juin 1741. Il était aveugle depuis une dixaine d'années. Plusieurs chirurgiens, qu'il a consultés, n'ont pas jugé à propos de l'opérer, à cause de son age avancé. Son œil gauche présentait une cataracte dure, et son œil droit une cataracte liquide, fluctuente, où l'on distinguait deux couches, une inférieure jaunâtre, formée par la partie épaisse du liquide qui s'était déposé au fond de la cavité capsulaire ; l'autre supérieure, grisâtre, formée par la partie ténue de ce liquide. M'étant convaincu par un examen scrupuleux qu'il n'existait aucune complication fâcheuse qui pût compromettre le résultat de l'opération et exposer le malade à des souffrances inutiles, je l'ai opéré par dépression en présence des docteurs Janin, Strömeyer et Balcer, et avec l'assentiment du docteur Allier, son médecin ordinaire. Le résultat fut immédiat, et le malade distinguait les objets au point d'indiquer nettement la montre que je lui présentai. Les suites de cette opération étaient dépourvues de toute gravité, et de simples fomentations d'eau froide sur les yeux ont suffi pour prévenir la réaction inflammatoire. A partir du quatrième jour où il m'a été permis d'ôter le bandeau, la vue, faible au commencement, s'améliorait graduellement, à ce point que dans peu de temps le malade a pu se conduire seul et reconnaître facilement les traits de la personne qui se plaçait devant lui.

Il me serait impossible de me porter garant que M. Bredy ait réellement atteint l'âge qu'on lui donne ; car je n'ai pas d'autres preuves que ses propres assurances et celles de sa famille, qui a pris sur elle toute la responsabilité du fait, et se charge de produire en cas de nécessité des documents incontestables à l'appui de son assertion. Ce que je puis affirmer, et dont chacun peut s'assurer sur le premier aspect, c'est que mon malade a de beaucoup dépassé le terme de la vie dans lequel on ose ordinairement tenter le secours de la chirurgie opératoire. L'état parfait de santé, la conservation complète des sens et des facultés intellectuelles, l'absence de toute complication, peuvent seuls rendre compte de ma conduite, et le résultat heureux que j'ai obtenu justifie suffisamment la hardiesse qui serait impardonnable dans d'autres circonstances.

L'observation que je viens de relater peut nous fournir une preuve de la facilité avec laquelle les vieillards supportent l'opération de la cataracte, dans le cas où cette maladie est libre de toute complication fâcheuse. Cette facilité se laisse aisément expliquer par la faiblesse de la réaction inflammatoire, qui dans l'âge moins avancé compromet souvent toutes les prévisions, et rend l'opération en question une des plus incertaines dans ses résultats. Si l'on rapporte cette remarque aux faits que la pratique chirurgicale fournit à ce sujet, on se sent bien disposé à blâmer la conduite de ceux qui par le seul motif de l'âge refusent aux vieillards le secours de l'art, qui seul peut leur rendre supportable le fardeau de la vie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Annales des Maladies de la peau. (Avril 1844.)

Quelques considérations sur l'ecthyma.

L'ecthyma est une de ces éruptions qui, comme l'érysipèle, par exemple, peut se présenter dans les conditions les plus opposées, sous les influences les plus différentes, chez les individus jeunes, vigoureux, comme on le voit pour l'ecthyma aigu, et aussi chez les vieillards ou les individus débilités, ainsi qu'on l'observe pour l'ecthyma chronique, et c'est dans ces considérations que l'on peut trouver quelques raisons pour refuser à cette éruption un siége aussi restreint et aussi spécial que les follicules sebacés.

Cette maladie ne saurait être facilement confondue avec d'autres éruptions. Il y a cependant une affection qui, par sa variété la plus simple, touche de bien près à la forme la plus grave de l'ecthyma avec laquelle on a proposé de la confondre, c'est le rupia. Ce sont cependant deux formes à part, malgré leur grande analogie. Une erreur plus facile et plus grave, est celle qui pourrait faire et qui fait confondre tous les jours l'ecthyma simple avec l'ecthyma syphilitique. On la comprend d'autant mieux, qu'ici, à proprement parler, il n'y a pas de différence de forme, mais seulement de nature. Toutefois, sans parler des symptômes concomitants, de l'habitude générale, de la couleur de la peau ; la teinte cuivrée de l'aréole, et la forme de l'ulcération que laisse après elle la croûte noire et épaisse de l'ecthyma syphilitique, sont des caractères suffisants pour éclairer le diagnostic.

L'ecthyma ne saurait être regardé comme une affection grave par lui-même. A l'état aigu, c'est toujours une affection peu fâcheuse ; à l'état chronique, elle peut traduire, il est vrai, un état général d'une gravité réelle, mais cette gravité alors ne lui appartient point.

L'ecthyma aigu réclame, en général, un traitement antiphlogistique, modifié, bien entendu, par la constitution de l'individu, et par les conditions mêmes dans lesquelles il s'est développé. Quelquefois les émissions sanguines, toujours des boissons rafraîchissantes, des bains émollients, un régime doux, le repos du membre, et, à la fin, des purgatifs légers ; tels sont, en général, les moyens qu'il convient de lui opposer.

Quant à l'ecthyma chronique, il réclame un traitement tout opposé ; souvent même le repos, des conditions hygiéniques meilleures, un régime réparateur, suffisent, en restaurant, pour ainsi dire, l'économie, sans qu'il soit utile d'avoir recours à des médicaments proprement dits. Cependant, ce régime diététique est quelquefois puissamment aidé par l'usage des amers, des ferrugineux, par l'emploi de quelques bains gélatineux alcalins.

En général, l'éruption, par elle-même, ne réclame l'emploi d'aucun topique ; il y a cependant quelques cas dans lesquels les excoriations

de manvaise nature, qui appartiennent à certaines formes de l'ecthyma, réclament l'application de certaines pommades astringentes, ou même quelques cautérisations légères avec le nitrate d'aigent ou un acide étendu.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des douches d'eau froide pour faciliter la réduction dans les cas de paraphymosis; par M. le d[r] BALESTRIER, de Nîmes.

Tous les praticiens savent combien on éprouve souvent des difficultés lorsqu'il s'agit de procéder à la réduction d'un paraphymosis; aussi a-t-on successivement proposé un bon nombre de procédés variés et de médicaments divers pour parvenir, dans le cas de ce genre, à ramener le prépuce par dessus le gland.

Parmi lea sgents pharmaceutiques qui ont été le plus préconisés pour atteindre ce but, figure au premier raog l'extrait de belladone, dont l'usage, en effet, est presque constamment suivi d'un succès assez prompt.

M. Balestrier attribue une égale efficacité aux douches d'eau froide. Dans plusieurs cas où il a eu recours à l'emploi de cette médicatioo, il en a toujours obtenu un résultat des plus avantageux. Sous l'influence de la douche, il a vu le gland pâlir, se flétrir et se rapetisser à un point tel, que dans l'espace de quelques minutes la pression la plus légère suffit pour opérer la réduction des parties.

Si les succès annoncés par l'auteur sont confirmés par l'observation des autres praticiens, ce sera, sans contredit, un moyeo thérapeutique qui méritera la préférence sur l'extrait de belladone lui-même; car ce dernier n'est pas toujours préparé avec tout le soin nécessaire; et de plus, dans les cas même où il est de qualité supérieure, son action est bien moins rapide que celle du jet d'eau froide.

(*Journal des conn. méd.-chirurgic.*)

Sur les causes de la malaria; par M. le docteur GARDNER.

M. Gardner a cherché à démootrer que, dans les localités marécageuses et sur les côtes de la mer, la qualité de l'air désignée par le nom de *malaria*, et à laquelle est due la production de certaines fièvres épidémiques, doit être rapportée à une certaine proportion de gaz acide sulfhydrique répandu dans l'atmosphère; ce qui peut en effet être constaté par des expériences directes faites sur l'eau des marais et sur l'air atmosphérique de quelques endroits marécageux ou voisins du littoral de la mer.

Ce gaz doit se développer partout où des sulfates se trouvent en contact immédiat avec des matières organiques en putréfaction; circonstance qui se rencontre presque toujours dans les localités qui viennent d'être indiquées. Ce gaz, d'ailleurs, ne se dégage que lorsque le sol ne contient pas de sels métalliques susceptibles de neutraliser d'une manière énergique de sulfide hydrique, comme il arrive particulièrement pour les sels ferrugineux. C'est à l'aide de cette particularité qu'on peut expliquer comment de deux localités topographiquement semblables, l'une est soumise à l'influence délétère de la malaria, tandis que l'autre s'en trouve exempte.

(*American Journal of medical Sciences.*)

Réduction des combinaisons mercurielles par les principes organiques; par M. le docteur RIEGEL.

Les médecins, généralement assez peu versés dans la connaissance des phénomènes chimico-pharmaceutiques, qu'ils devraient cependant prendre pour guide principal lorsqu'il s'agit de formuler, sont dans l'habitude de prescrire l'addition de sels mercuriels, et particulièrement du bichlorure, à certains sirops, tels que ceux de Cuisinier, de saponaire, de douce-amère, etc. Or, ce sont précisément ces sortes de préparations pharmaceutiques qui sont le plus sujettes à se détériorer après leur délivrance aux malades, parce qu'elles sont ordinairement prescrites en quantités considérables à la fois, et qu'ayant besoin de soins particuliers pour leur conservation, elles ne tardent pas à se détériorer chez les personnes qui sont étrangères à l'art de la pharmacie.

M. Riegel a fait une série d'expériences, desquelles il résulte que le ferment et quelques autres corps fermentibles sont aptes à produire une décomposition (réduction) des combinaisons mercurielles.

Ces résultats confirment les essais faits antérieurement par MM. Schacht et Wackenroder, et démontrent la nécessité de ne plus prescrire le sirop de salsepareille composé, avec addition de sublimé, par bouteilles de demi-kilogrammes ou même d'un kilogramme, comme on l'a fait à cette époque. (*Jahrbuch fuer praktische Pharmacie.*)

OBSÈQUES DE M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Les obsèques de M. Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut, professeur au Jardin-des-Plantes, ont eu lieu samedi dernier, à midi, à l'église Saint-Médard. Le deuil était conduit par M. I. Geoffroy-St-Hilaire, membre de l'Institut, fils du défunt; les cordons du poêle étaient tenus par MM. le baron Ch. Dupin, au nom de l'Institut; Dumas, au nom de l'Académie des sciences; Ferrus, au nom de l'Académie de médecine, et Chevreul, au nom des professeurs du Muséum.

On remarquait, en outre, un grand nombre de membres de l'Institut; nous pouvons citer, entre autres, MM. Victor Hugo, Arago, Flourens, Dupin, Elie de Beaumont, David (d'Angers), Jomard, Mathieu, Ballanche, Conchy, Poncelet, etc.; les professeurs des diverses classes du Jardin-des-Plantes, une députation de l'Ecole normale, des notabilités dans les sciences et les arts, et plusieurs savants distingués.

Après la cérémonie religieuse, le convoi, grossi d'un grand nombre de personnes, s'est acheminé dans un profond recueillement vers le cimetière du Père Lachaise. Lorsqu'il en eut franchi la porte, un touchant spectacle s'est offert aux assistants. Des hommes du peuple, la plupart employés au Jardin-du-Roi, ont voulu, à leur manière, honorer la mémoire du défunt. Ils ont dételé tes chevaux et ont porté à bras les restes de Geoffroy-Saint Hilaire jusqu'au lieu où ils devaient être déposés. C'est moins au savant qu'à l'homme de bien que s'adressaient ces hommages muets, mais éloquents. Plusieurs discours ont été prononcés: par MM. Chevreul, au nom du Muséum; par MM. Duméril et Serres, au nom de l'Académie des sciences; par M. Dumas, au nom de la Faculté des sciences; par M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine, et enfin par MM. Quinet et Lakanal, comme amis du défunt et de la famille. M. Quinet a trouvé d'éloquentes paroles. Le vénérable Lakanal, un des derniers membres survivants de la Convention, est venu, dans un style d'une simplicité antique, rappeler, qu'il y avait cinquante-un ans qu'au nom de la Convention nationale, il avait institué le jeune Geoffroy professeur au Muséum.

La SIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, complétant le tome deuxième, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle contient la fin des Maladies des reins, et une partie des Maladies de la vessie.

12 forts vol. in-8 environ, sur double colonne, équivalant à 36 vol. in-8 ordinaires, et divisés en 36 livraisons environ.

BIBLIOTHEQUE DU MEDECIN-PRATICIEN,

OU RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE TOUS LES OUVRAGES DE CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE, DE TOUTES LES MONOGRAPHIES; DE TOUS LES MÉMOIRES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES ANCIENS ET MODERNES, PUBLIÉS EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER;

Par une Société de Médecins, sous la direction du Docteur FABRE.

Les conditions de souscription ayant été mal indiquées dans le dernier numéro, par suite de la suppression d'une ligne, nous les répétons aujourd'hui avec détails.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION. — La BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN sera publiée en 12 forts volumes in-8° environ sur deux colonnes, imprimés sur beau papier raisin et en caractères fondus exprès. Elle formera environ 36 livraisons de 200 à 250 pages. — Prix de chaque livraison, à Paris, 3 fr. (85 cent. en sus par la poste. — Prix de chaque volume, 8 fr. 50 cent. (2 fr. 50 cent. en sus par la poste). — Sur le PARCOURS DIRECT des Messageries générales (Caillard et Comp.) le prix du volume (*franco*) est fixé à 9 francs.

La BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN *contiendra des Traités sur toutes les parties de la Médecine et de la Chirurgie.*

1° Traité des Maladies des femmes. (*En vente.*)
2° Traité des Maladies de l'appareil urinaire. (*En vente.*)
3° Traité des Maladies des enfants. (*Sous presse.*)
4° Traité de l'Art des accouchements.
5° Traité des Maladies de la peau.
6° Traité des Maladies syphilitiques.
7° Traité de Medecine légale.
8° Dictionnaire des termes de Medecine, Chirurgie et Sciences access.
9° Traité de Matière médicale et de Thérapeutique.
10° Traité des maladies des yeux.
11° Formulaire universel.
12° Traité complet de Pathologie médico-chirurgicale.

Les Tomes I et II sont en vente. Ils contiennent le Traité pratique et complet des Maladies des Femmes, les Maladies de l'Appareil urinaire et des Organes de la génération chez l'homme. Le tome III (*sous presse*) terminera ces maladies et commencera les Maladies des Enfants, de la naissance à la puberté.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 75. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Diagnostic différentiel de la pneumonie. (Fin.)
Traitement.

Au premier degré de la pneumonie, la percussion fait reconnaître un peu d'obscurcissement de la résonnance. L'oreille, appliquée sur la poitrine, constate l'existence d'un râle crépitant pathognomonique plus ou moins fin, plus ou moins humide. Au second degré, le son est tout à f it mat, *tanquam percussi femoris;* mais cette matité n'est pas suffisante; elle ne constitue qu'une grande présomption; la véritable certitude ne peut provenir que des résultats de l'auscultation. Il n'y a plus dans le point malade aucune trace de crépitation, mais absence complète du murmure vésiculaire et du râle qui le remplace au premier degré. Les signes ressemblent beaucoup plus à ceux de la pleurésie. On entend un souffle bronchique, comme si le malade soufflait avec la bouche dans un tube d'un certain calibre placé sous l'oreille de l'observateur; la cause productrice de ce souffle, c'est que l'air inspiré ne peut pénétrer plus loin que les gros tuyaux bronchiques. Ce qui différencie le souffle bronchique de la pneumonie de celui que l'on observe dans la pleurésie, c'est que, si l'on fait parler le malade, on obtient, dans la pneumonie, une bronchophonie éclatante, un retentissement de la voix, déterminé par l'hépatisation du parenchyme pulmonaire. Quelquefois, lorsque la maladie pulmonaire s'accompagne d'épanchement pleurétique, on trouve un peu d'égophonie.

Pour établir un diagnostic complet, il est toujours nécessaire de réunir tous les signes dont nous venons de parler; il faudrait se garder de croire que deux ou trois symptômes fussent suffisants pour poser un diagnostic certain. On considérera ensemble tous ces phénomènes, la toux, la résonnance, la respiration, l'état fébrile, etc.; phénomènes dont la réunion est nécessaire. Il nous reste à vous parler du catarrhe bronchique, après quoi nous passerons au traitement.

Nous avons vu que dans le catarrhe la percussion donnait surtout un son normal. Mais on entend dans les diverses périodes des bruits différents à l'auscultation. A la première période existe un râle sibilant, mélangé quelquefois d'un peu de râle humide. Il semble que l'air ait à séparer une matière visqueuse pour entrer dans les cellules pulmonaires. A mesure que les crachats deviennent plus épais, plus abondants, on constate une plus grande étendue du râle muqueux. Un signe pathognomonique de cette affection, c'est la persistance de la résonnance à la percussion. Lorsque l'air ne semble plus pénétrer dans les cellules, il faut faire faire au malade des efforts de toux et d'expuition; efforts qui déplacent les mucosités et rétablissent les phénomènes interrompus par l'obstruction des bronches.

Les phénomènes généraux viennent au secours des phénomènes locaux et directement fournis par l'auscultation, la percussion, et l'examen des crachats. Dans la pleurodynie, par exemple, il y a peu de fièvre; l'état fébrile est intense au contraire dans la pleurésie, la bronchite, mais surtout dans la pneumonie, qui est l'affection où il est le plus violent. Il semble que ce soit pour le parenchyme pulmonaire que la nature ait le plus de sollicitude, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Nous avons rapidement passé en revue les principaux symptômes à l'aide desquels on peut établir le diagnostic différentiel de la pneumonie. Nous allons passer rapidement en revue, en les appréciant, les divers moyens thérapeutiques que l'on a dirigés contre cette affection.

Traitement.

En première ligne nous mettrons les émissions sanguines. Il semblerait, au premier abord, qu'il ne dût pas exister le moindre doute sur l'efficacité de ce moyen, et la grande majorité des médecins sont d'accord sur ce point thérapeutique. Cependant, il s'est trouvé des médecins qui, des faits qu'ils ont observés, ont tiré cette conclusion, qu'il y avait autant de pneumonies que l'on pouvait guérir sans émissions sanguines, qu'il y en avait que l'on guérissait en les employant. Je crois, pour ma part, que ces médecins sont dans l'erreur, quelle que soit du reste pour ces auteurs mon estime et ma sympathie personnelle. On voit un grand nombre de pneumonies graves, disent ces auteurs, qui ont guéri sans émissions sanguines. Donc, les saignées sont inutiles. Dans les premiers temps de la médecine physiologique, il m'est arrivé, non-seulement de ne point traiter les pneumonies par les émissions sanguines, ce qui ne les empêchait pas de guérir quelquefois, mais même de les traiter par les toniques, et j'ai obtenu un grand nombre de succès; j'ai recueilli à cette époque un assez grand nombre de faits de ce genre, où l'emploi du quinquina, du camphre a été suivi de guérison. Mais tout cela dépend des circonstances dans lesquelles se trouvent les malades près desquels vous êtes appelé. Il faut, avant tout, remonter à la connaissance des conditions dans lesquelles se trouve le malade.

Toutes les observations dont je vous entretiens étaient relatives à des sujets affaiblis par l'âge, par des maladies antérieures, par des infirmités. Nous ne pouvions évidemment leur appliquer le traitement qui eût convenu à de jeunes sujets, et les faits de guérison que nous avons obtenus ne prouvent rien contre l'efficacité des émissions sanguines. Pour nous, et d'après le résultat de notre expérience journalière, les émissions sanguines constituent, dans le traitement de la pneumonie, la méthode je ne dirai pas la plus utile, mais la plus nécessaire. Dans quelles circonstances, relativement à la maladie, doit on employer les émissions sanguines, et dans quelles bornes doit-on les mettre en usage? questions graves, et que nous allons discuter.

Les émissions sanguines destinées à combattre les inflammations du parenchyme pulmonaire sont d'autant plus efficaces qu'elles sont pratiquées à une époque plus rapprochée du début de la maladie. C'est un fait qui a été de tout temps observé. A cette époque, elles ont une puissance bien plus grande que plus tard. Plus on s'éloigne du moment du début de l'affection, plus les chances de succès diminuent. Ceux qui aiment à transporter dans la médecine les formules et le langage mathématique pourraient dire que l'efficacité des émissions sanguines est en raison inverse du carré de la distance du début de la maladie. Si par exemple la saignée agit comme 16 le premier jour, le lendemain elle n'agira plus que comme 4, le troisième jour comme 1. Hippocrate avait déjà entrevu cette loi, lui qui prétendait que jamais, dans la pneumonie, l'on ne devait saigner passé le huitième jour. Absolument, Hippocrate a tort; car il peut se trouver des circonstances où l'on soit obligé de saigner un pneumonique passé le huitième jour; mais le principe en lui-même est vrai.

Comment faut-il saigner les malades et quelle quantité de sang doit-on retirer en tout? C'est un point qui n'est point aussi facile à résoudre qu'on a bien voulu le dire, et quand on est au lit du malade on s'aperçoit que les calculs faits à tête reposée dans le cabinet sont souvent loin de la vérité. Il est certain que la saignée par la veine est celle que l'on doit préférer toutes les fois que l'organe malade est profondément situé, tandis que la saignée locale s'applique plus spécialement aux affections pariétales. On préférera les saignées locales, même dans les cas de pneumonie, quand le sujet a de la tendance à tomber dans le collapsus et l'adynamie. On a prétendu que la saignée locale enlevant à la fois du sang veineux et du sang artériel devait affaiblir le malade plus que la saignée générale qui n'enlève que du sang veineux. Je ne partage pas cet avis. Je pense que la saignée affaiblit le malade d'autant plus que, dans une espace de temps donné, une plus grande quantité de sang s'est écoulée. On devra également mettre en ligne de compte, et comme circonstances qui sont loin d'être indifférentes, l'âge et la force de la constitution du malade. Chez les très jeunes enfants, il est à peu près impossible de pratiquer la phlébotomie; il faut chercher, et souvent on y parvient heureusement, à la suppléer par les émissions sanguines locales.

On s'est souvent demandé, et la question a été remise en litige dans ces dernières années surtout, si l'on devait enlever une quantité de sang déterminée, si, par exemple, on devait en enlever trois, quatre, cinq livres? Les circonstances des cas sont tellement diverses et variables, qu'il nous paraît de toute impossibilité d'établir des lois et des formules pour l'emploi des émissions sanguines. Le sujet est-il jeune, fort, robuste, on devra faire une large saignée. Est-il, au contraire, âgé ou d'une faible constitution, les saignées sont moins abondantes et moins répétées. Il n'y a, généralement et véritablement, que des individualités, et la clinique vient nous confirmer chaque jour dans cette opinion.

On tire des indications précieuses des qualités et de l'aspect extérieur du sang. Lorsque ce liquide est riche, que la matière plastique l'emporte sur le sérum, que le caillot est recouvert d'une croûte inflammatoire bien marquée et d'une certaine épaisseur, que, de plus, le sujet est dans les conditions individuelles favorables que nous avons décrites plus haut, c'est une indication de revenir à la saignée. Mais faut-il donc saigner toutes les fois qu'il y a couenne inflammatoire sur le caillot? Prenez garde. Il est des médecins qui enseignent que, tant que le sang présente une croûte inflammatoire, on doit saigner; c'est une erreur grave. En agissant ainsi, vous verrez mourir les malades sous votre lancette. L'existence de la couenne seulement ne doit pas vous diriger, et ne constitue pas une indication constante. Vous voyez par les quelques mots que nous venons de vous dire, combien de considérations majeures influent sur le traitement de la pneumonie.

Encore une question, et c'est la dernière, relativement aux émissions sanguines. Jusqu'à quel point doit-on saigner le malade, et où doit-on s'arrêter? Il arrive un moment où, dans le traitement d'une pneumonie, les avis se partagent; et si l'on provoque une consultation, on trouve autant d'avis que de médecins réunis. C'est dans ce moment et à cette époque de la maladie, qu'une saignée de plus peut tuer ou sauver le malade. L'appréciation de ce moment est la chose la plus importante et la plus sérieuse de la thérapeutique. L'indication ici n'est pas formulable. C'est la sagacité du médecin qui doit tout faire.

Il vous arrivera plus d'une fois, un pneumonique étant donné, auquel vous aurez fait cinq ou six saignées, plus ou moins, de voir les phénomènes locaux persister au même degré d'intensité, le sang rester couenneux, etc. Si vous ne faites point une dernière saignée, l'hépatisation qui existe peut augmenter. Si vous saignez encore, le malade va tomber au-dessous du degré de forces nécessaire pour que la résolution puisse s'opérer, et vous aurez la crainte de le voir tomber dans l'adynamie. Il m'est souvent arrivé, dans des cas de ce genre, de demander l'avis des personnes présentes, et malgré l'avis presque unanime des assistants, de faire faire une dernière saignée qui jugeait la maladie. La distinction des faits de cette espèce est un des plus utiles résultats de l'enseignement clinique.

Quelquefois vous serez appelé près d'un malade dont le visage sera un peu hébété, l'aspect un peu typhoïde, et qui accusera un grand sentiment de faiblesse. Le décubitus est dorsal, la face prostrée, le pouls petit, concentré; il a une pneumonie. Si vous vous en laissez imposer par cet état adynamique, si vous employez les toniques ou les révulsifs, vous voyez des accidents survenir et le malade succomber. A l'autopsie, vous trouvez une hépatisation du poumon. Si vous eussiez saigné le malade, la résolution se serait opérée. Ce n'était point de l'adynamie, mais seulement une concentration des forces. Or, cet état ne doit être combattu que par la saignée, et vous êtes obligé, malgré certains phénomènes qui semblent le contre-indiquer, d'en revenir au traitement normal. Mais comment reconnaître cette concentration des forces? Vous vous guiderez sur l'âge du sujet. S'il est jeune, fort, s'il n'est point habituellement soumis à l'action de causes débilitantes, s'il est d'une bonne constitution, que la maladie soit récente et que le malade n'ait point été saigné, ce n'est point de l'adynamie; il y a là pour sûr concentration des forces, et vous devez saigner le malade malgré sa faiblesse apparente. Si, au contraire, après avoir subi un certain nombre de saignées, un malade est cyanosé, faible, il n'y a point alors concentration des forces, et ce ne sera plus aux saignées que vous devrez avoir recours.

Une pneumonie étant donnée, vous avez saigné le malade; vous n'avez pas obtenu la résolution; vous ne pouvez plus faire de saignées; l'empirisme alors vous offre ici quelques ressources. On avait observé en Italie, au commencement de ce siècle, que l'émétique employé à haute dose dans la pneumonie, produisait souvent d'heureux résultats. Laënnec apporta en France le traitement de Rasori, vers 1819 ou 1820; Rasori et Laennec faisaient précéder d'une ou de deux saignées l'administration de l'émétique dans la pneumonie. Mais il y a des médecins de nos jours qui veulent que l'émétique soit donné tout d'abord et tout seul. Nous ne partagerons pas cette opinion; nous croyons que l'on ne doit donner l'émétique que lorsqu'il n'est plus possible de pratiquer des saignées. Il faut que le traitement antiphlogistique n'offre plus aucune chance de succès pour que l'on commence à donner l'émétique.

Quant au mode d'administration, nous le donnons à la dose de 0,40 gr. pour 125 grammes de véhicule, et pour que la tolérance s'établisse plus facilement, nous ajoutons quelques centigrammes d'opium. L'émétique peut agir de deux manières différentes; ou il est toléré, ou il provoque des vomissements. Nous avons vu guérir des malades dans les deux cas; mais, en général, et contrairement à l'opinion de quelques-uns de mes collègues, M. Chomel, par exemple, qui pense que le traitement agit d'autant mieux que les évacuations sont plus abondantes, je pense que l'émétique agit d'autant mieux que la tolérance s'établit plus facilement. Telle était également l'opinion de Rasori et de Laënnec.

Dans certaines circonstances, il est des complications qui empêchent de donner l'émétique, et cependant on ne peut plus faire de saignées. Nous ne parlerons que pour mémoire de l'oxyde blanc d'antimoine qu'un auteur moderne a conseillé pendant quelque temps, et qui nous semble un corps à peu près inerte. Cependant nous devons dire que chez quelques malades auxquels nous ne pouvions donner l'émétique, à cause d'une complication de gastro-entérite, nous avons administré l'oxyde blanc d'antimoine, et nous en avons retiré cinq ou six fois des succès inespérés et véritablement inexplicables. N'y eût-il qu'une chance sur mille, il vous est indiqué de le mettre en usage, si tous les autres moyens actifs vous sont interdits. Je ne vous parlerai pas du kermès, dont

je suis peu partisan, et sur lequel je n'ai point d'expériences.

Je suppose toujours que vous n'ayez pu arrêter la maladie, vous avez encore la méthode évacuante, préconisée par Stoll, dans la plupart des circonstances, et non pas seulement dans la pneumonie bilieuse. Peut-être cet auteur a-t-il attribué aux purgatifs une action trop complètement et trop constamment favorable. Parmi les substances évacuantes, il en est une, le calomel, qui semble jouir d'une sorte de spécificité. Il est bien entendu que je ne parle ici que de la pneumonie simple.

Lorsqu'il existe des phénomènes ataxiques, quelques auteurs ont conseillé le musc et les antispasmodiques. Je crois que le musc est une substance complètement inerte. Son odeur est très forte, mais son action est nulle contre les phénomènes ataxiques. Lorsque des phénomènes adynamiques se produisent, et qu'après l'emploi des émissions sanguines, il y a froideur de la peau, faiblesse de la respiration, etc. Le traitement doit changer, et devenir tout à fait l'inverse de celui que l'on a mis en usage jusque-là. C'est les toniques, le vin, le quinquina que l'on doit employer. Mais ce n'est que dans des cas de ce genre que j'ai vu réussir les toniques et les fortifiants.

Le dernier moyen dont nous vous parlerons, les révulsifs, sont, selon nous, souvent utiles dans le traitement de la pneumonie. M. Louis, et d'après lui M. Grisolles, pensent que non-seulement ils sont inutiles, mais même qu'ils sont nuisibles. Nous pensons qu'ils favorisent souvent la résolution; mais nous ne les employons point comme certains auteurs, tout à fait au début de l'affection. Nous attendons de préférence que les symptômes inflammatoires aient été un peu calmés.

Quant au lieu de leur application, c'est habituellement sur le point malade lui-même qu'on place le vésicatoire; ainsi, dans la pneumonie, c'est sur les parois du thorax. Il nous est quelquefois arrivé, dans les maladies du cerveau, de faire raser la tête et de metire le vésicatoire sur le cuir chevelu. Ce qui est exceptionnel pour les maladies cérébrales, est la manière d'agir la plus fréquente dans les affections thoraciques, où l'on place toujours les révulsifs sur les parois de la poitrine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juin. — Présidence de M. FERRUS.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce informe l'Académie qu'une demande lui a été adressée par M. le docteur Hillairet, à l'effet d'obtenir son envoi en mission dans le département de la Charente-Inférieure pour étudier les épidémies de fièvre intermittente. M. le ministre prie l'Académie de lui donner son avis sur l'utilité de cette mission; et dans le cas où son avis serait favorable, de rédiger un programme des questions que M. Hillairet devrait principalement étudier.

M. le président annonce que le conseil d'administration, après avoir pris des renseignements qui ont été favorables à M. Hillairet, propose de renvoyer la lettre de M. le ministre à la commission de topographie et de statistique médicales.

M. Dupuy s'étant particulièrement occupé de la question, et ayant des opinions nouvelles à énoncer, demande à être adjoint à la commission. Ce qui lui est accordé.

M. Husson s'étonne qu'une pareille demande ne soit pas renvoyée à la commission des épidémies.

M. Dubois (d'Amiens) répond que la commission de topographie étant déjà chargée de l'examen de la question de l'antagonisme entre la fièvre intermittente et la phthisie pulmonaire, le conseil a pensé que la demande de M. Hillairet pouvant se rattacher à ce sujet, devait aussi être renvoyée à la même commission. Il ne voit, au reste, aucun inconvénient à ce que les deux commissions se réunissent pour cet objet.

L'Académie décide, en effet, qu'il en sera ainsi.

— *M. le président* annonce qu'une commission de l'Académie s'est rendue à la cérémonie des obsèques de M. Geoffroy Saint-Hilaire, et qu'un discours a été prononcé sur sa tombe par M. Pariset.

— *M. Roux*, au nom de la section de médecine opératoire, annonce que cette section voudrait porter à six le nombre des candidats à la place vacante dans cette section. Au terme du règlement il demande cette autorisation.

L'Académie, consultée, vote dans ce sens.

M. Cornac aurait désiré que la section eût demandé cette autorisation avant de rien décider elle-même.

Lithotriteur, sonde évacuatrice. — *M. Guillon* adresse, en priant de le soumettre à l'examen de l'Académie, un perfectionnement du lithotriteur de M. Heurteloup, qu'il emploie depuis plusieurs années et qui présente des avantages réels.

Comme je soigne actuellement, dit-il, un calculeux qui consent à se laisser examiner par quelques-uns de vos collègues, si vous avez la bonté de nommer une commission, j'emploierai cet instrument devant elle, et je démontrerai qu'avec lui on obtient ordinairement en une seule séance des résultats qui, avec d'autres brise-pierres, en nécessiteraient quatre ou cinq, si ce n'est un plus grand nombre.

Le levier que présente son armature, et à l'aide duquel on exécute la *pression*, seule, ou combinée avec la *percussion*, permet également de recourir alternativement à l'un et à l'autre mode d'action. Ce levier opère avec une très grande rapidité le broiement de calculs susceptibles d'être détruits de la sorte, et le chirurgien peut facilement apprécier le degré de force qu'il emploie; ce qu'on ne peut faire avec les différentes espèces d'écrous ou le pignon.

La pièce centrale nommée *évacuateur*, et qui est un double fond mobile, sert à le débarrasser très promptement et facilement du détritus qui s'accumule dans la branche femelle, sans qu'il soit nécessaire pour cela de le retirer de la vessie. Cet évacuateur, en faisant tomber dans le réservoir de l'urine les portions de calcul qui se trouvent entre les mors du brise-pierres, rend à celui-ci son volume primitif, avant qu'on ne le retire.

Les reproches fondés qu'on fait à la lithotritie sont les suivants :

1° Un grand nombre de séances, avec les brise-pierres généralement employés, est nécessaire pour broyer un calcul assez dur et d'un certain volume.

2° On déchire toujours plus ou moins la membrane muqueuse qui tapisse le col de la vessie et l'urètre, en retirant un lithotriteur rempli de détritus et de fragments de calculs dont les points font saillie de chaque côté de son bec.

3° C'est cette extraction, qu'on est obligé de renouveler six à huit fois par séance avec les brise-pierres en usage, qui détermine la grande majorité des accidents qu'on observe à la suite de cette opération.

Dans l'espoir d'éviter ces inconvénients, j'ai fait exécuter mon lithotriteur, qui n'exige ni aides, ni support, ni aucun moyen contentif. Les résultats obtenus sur plusieurs malades me portent à croire que j'ai atteint le but que je m'étais proposé : le broiement rapide des calculs sans être obligé de retirer l'instrument de la vessie pour le vider; diminuer beaucoup le nombre des séances de lithotritie, en évitant des souffrances aux malades.

Je joins également à cette lettre une des sondes évacuatrices dont je me sers pour favoriser la sortie du détritus. Son extrémité vésicale se termine en cuiller, et le mandrin élastique qui s'y trouve en rend l'introduction très facile. (Commissaires : MM. Amussat, A. Bérard et Blandin.)

— L'ordre du jour ramène la discussion sur l'ophthalmologie. M. Gerdy est appelé à la tribune pour continuer son discours. A quatre heures, l'orateur est interrompu par le président, qui annonce que l'Académie va se former en comité secret pour entendre le rapport de la commission relative au prix Itard. M. Gerdy terminera son discours à la prochaine séance. Nous en rendrons compte quand il sera terminé.

— Nous publions aujourd'hui le discours de M. A. Bérard, prononcé dans la dernière séance.

Deux questions importantes, dit M. Bérard, ont été soulevées dans une des séances précédentes, à l'occasion d'un rapport fait par M. Velpeau sur un travail relatif aux maladies des yeux. L'une est relative à la division des ophthalmies ayant pour base les divers éléments anatomiques de l'œil; l'autre se rattache à la spécificité des ophthalmies.

Je vais d'abord m'occuper de la première question, dont la solution ne me semble pas douteuse. Je pense que la distinction de plusieurs espèces d'ophthalmie d'après la nature du tissu affecté, est une distinction fondée sur la nature et d'une haute importance. Cependant l'honorable M. Gerdy a émis une opinion entièrement opposée, et je crois utile de rappeler sommairement les raisons qu'il a fait valoir contre celle que je soutiens.

1° L'œil est un organe très petit; il a douze lignes dans un sens, et treize dans l'autre. Or, une inflammation primitivement développée dans un des éléments organiques de l'œil, pourra-t-elle y demeurer long-temps circonscrite? Ne devra-t-elle pas, au contraire, se propager aux tissus voisins?

2° Il y a parité de symptômes quelque soit le tissu affecté : de la douleur dans l'œil, du trouble de la vision, la sécrétion plus abondante des larmes, une impression pénible de la lumière, etc.

3° Enfin, les moyens de traitement sont les mêmes : des saignées, des dérivatifs, le repos de l'organe malade, etc.

Telles sont les raisons que M. Gerdy a fait valoir contre l'utilité de la localisation des ophthalmies. Je vais essayer de les réfuter, et de démontrer que cette localisation doit être admise et conservée. Et d'abord, en ce qui touche l'anatomie de l'œil, s'il est vrai que l'organe n'ait qu'un petit volume, on ne peut du moins contester que sa structure ne soit on ne peut plus complexe. Ai je besoin de rappeler qu'on trouve dans l'œil la réunion de presque tous les tissus organiques du corps humain : membrane muqueuse, membrane fibreuse, membranes vasculaires, nerveuses, etc.; vaisseaux, nerfs nombreux; et de plus, des organes sans analogues dans le reste de l'économie : une cornée, un iris, un cristallin, etc..! Quoi de plus naturel de penser que l'inflammation se comportera différemment, selon qu'elle attaquera l'un ou l'autre des éléments nombreux dont je viens de faire l'énumération?

Leur voisinage suffit-il pour autoriser à penser que la phlegmasie se propagera de l'un à l'autre? Mais ne voyons-nous pas tous les jours des tissus juxtaposés ne point éprouver cette transmission de l'inflammation de l'un à l'autre? Certes, les parois intestinales n'ont qu'une épaisseur très minime, et pourtant on voit tous les jours la phlegmasie rester bornée soit à la membrane muqueuse, soit au péritoine.

Mais abandonnons ce point de la discussion purement spéculatif, et voyons les faits. Je dis qu'une ophthalmie offre des caractères essentiellement différents selon le tissu de l'œil qu'elle occupe; et pour que cette proposition ne laisse de doute dans l'esprit de personne, je prendrai pour exemple l'inflammation de la conjonctive, et je l'opposerai à celle de l'iris. Hé bien, quels sont les symptômes de la conjonctivite? Rougeur de la muqueuse oculaire et palpébrale, picotement, démangeaison dans l'œil, sensation de petits graviers, de sable, placés entre l'œil et les paupières; parfois sécrétion un peu plus abondante de larmes, et surtout de mucus, qui s'attache aux cils pendant la nuit et colle les cils au réveil : nulle photophobie, ou du moins impression peu douloureuse de la lumière; la vue n'est pas troublée. Si l'inflammation est plus vive, les symptômes sont plus violents, mais ils conservent leur même caractère. Enfin, dans un degré plus violent encore il survient un boursouflement considérable de la conjonctive oculaire, un chémosis au milieu duquel la cornée est enchâssée; alors cette phlegmasie réagit sur la nutrition de la cornée, et celle-ci subit, non pas une inflammation, mais une altération par suite de laquelle elle se ramollit, perd sa transparence, se transforme en une bouillie grisâtre, incapable de soutenir la pression des humeurs de l'œil : de là des procidences de l'iris, la sortie du cristallin, la fonte de l'œil, ou bien des staphylomes de la cornée, etc.

Enfin, lorsque la conjonctivite intense passe de l'état aigu à l'état chronique, il reste à sa surface des granulations nombreuses dont la présence menace toujours l'œil du retour de l'ophthalmie aiguë, et dont le contact à la surface de la cornée entretient une irritation habituelle de cette membrane, d'où naît son opacité, sa vascularisation; la kératite vasculaire chronique, en un mot.

Ajoutons, pour terminer, que la conjonctivite est souvent contagieuse.

Voyons maintenant le tableau abrégé d'un iritis : dès le principe, léger trouble de la vue, impression pénible de la lumière; douleurs ayant un caractère constant et fort curieux; elles se font sentir moins dans l'œil même qu'autour de cet organe; elles sont, comme on le dit, circum-orbitaire, soit dans le sourcil, soit dans la tempe, soit dans la pommette, soit vers le nez, etc. Ce n'est point l'action de la lumière, ni l'exercice des fonctions de la vue qui les font naître; mais elles surviennent spontanément et s'exaspèrent le soir et pendant la nuit. Elles appartiennent surtout au début de l'affection, car plus tard l'iritis peut être tout à fait latent.

Si l'inflammation fait de nouveaux progrès, l'iris change de couleur; la pupille se rétrécit se déforme, devient immobile; l'humeur aqueuse est trouble; enfin des fausses membranes se forment dans le champ de la pupille entre l'iris et la capsule du cristallin; de telle sorte qu'après la guérison de l'iritis et malgré la disparition de l'inflammation les conséquences ultérieures de cette dernière sont une abolition plus ou moins complète de la vision en raison de l'atrésie de la pupille ou de son oblitération par des fausses membranes.

Ce tableau, messieurs, qui est puisé dans la nature et dont la pratique offre journellement des exemples, peut-il laisser des doutes sur la différence profonde qui sépare la conjonctivite de l'iritis?

Mais le traitement de ces deux phlegmasies serait-il, en effet, le même? Pas du tout. Contre la conjonctivite les émissions sanguines sont rarement nécessaires; des collyres astringents, des purgatifs, un vésicatoire à la nuque, tels sont les moyens très simples à l'aide desquels on peut guérir la plupart des inflammations de la conjonctive.

Dans l'iritis, au contraire, trois ordres de moyens conviennent essentiellement : 1° des antiphlogistiques énergiques, saignées du bras, sangsues, ventouses scarifiées, purgatifs, etc.; 2° des médicaments que j'appellerai antiplastiques et qui ont pour but de prévenir les sécrétions de fausses membranes dans la pupille, médicaments parmi lesquels le mercure, et en particulier le calomel à doses réfractées tiennent le premier rang; 3° et enfin des substances qui exercent une action spécifique sur l'iris et produisent la dilatation de la pupille, substances empruntées à plusieurs plantes de la famille des solanées, belladone, jusquiame, etc.

Ainsi donc rien n'est semblable ni dans les symptômes, ni dans les lésions ultérieures, ni dans le traitement.

Or, cette comparaison que j'ai faite entre la conjonctivite et l'iritis, j'aurais pu la faire également entre ces deux phlegmasies et la kératite, etc.

Le principe de la division des ophthalmies d'après le siége de l'inflammation ne peut donc pas être contesté; mais en accordant ce principe, jusqu'où doivent être portées ses conséquences? En France, les partisans de la localisation font un reproche aux Allemands de l'avoir portée trop loin. Ce reproche est-il fondé? Eh messieurs, il faut voir, il faut étudier avec soin, et admettre tout ce que nos sens nous permettent de constater. Quoi donc! vous admettez sans conteste une bronchite, une pneumonie, une pleurésie et vous repousseriez une choroïdite, une rétinite, une sclérotite, etc.? Mais la différence entre ces divers tissus est encore plus tranchée que celle qui existe entre les divers éléments du poumon. Quant à moi, je pense qu'à l'aide de la localisation on parviendra à se rendre compte de certains symptômes difficiles à expliquer d'ailleurs, et que par là on arrivera à les combattre avec plus d'efficacité.

La photophobie, par exemple, la photophobie est un symptôme extrêmement fâcheux. Tant qu'elle existe le malade est complètement privé de l'exercice du sens de la vue. C'est un accident fréquent, parfois d'une très longue durée, plusieurs semaines, plusieurs mois; qui se reproduit avec une très grande facilité. Eh bien! les chirurgiens ne sont point d'accord sur l'espèce de lésion qui lui donne naissance. Par exemple, c'est le symptôme pour ainsi dire pathognomonique de la kératite, selon M. Velpeau; c'est, d'après M. Sichel, un signe de la sclérotite, etc.; pour moi, je n'admets ni l'une ni l'autre de ces opinions. Je vois d'ici M. Gerdy sourire : quoi! va-t-il me dire, vous voulez admettre des distinctions entre les ophthalmies selon le siége de l'inflammation, et vous, localisateurs, vous n'êtes pas d'accord sur les symptômes qui appartiennent à chaque espèce d'ophthalmie? Cette objection est forte, je ne me le dissimule pas, mais elle n'est pas sans réplique. Il faut d'abord remarquer que s'il y a dissentiment sur un point il y a accord sur presque tous les autres. Quant au symptôme même sur lequel on discute, hé bien! la divergence d'opinions prouve qu'on n'a point encore rencontré la véritable explication de ce phénomène. Pour moi, j'adopte l'opinion qui a été émise par un jeune docteur de la Faculté de Paris, M. Gode, et qui attribue la photophobie à l'inflammation du cercle ciliaire, maladie que j'ai décrite sous le nom de cyclite.

Voici comment on peut expliquer la photophobie. Le cercle ciliaire, organe très vasculaire et nerveux, tient à la grande circonférence de l'iris; les vaisseaux et nerfs de cette dernière membrane lui arrivent après avoir traversé le cercle ciliaire. Or, quand la lumière agit sur l'iris, cette membrane subit un mouvement de contraction proportionné à l'état de la lumière : fort ou faible, ce mouvement ne peut s'effectuer sans que la grande circonférence de l'iris, sur laquelle retentit la contraction de toute la membrane, ne subisse un tiraillement, une traction qui réagit sur les nerfs du cercle ciliaire; mais cet organe est enflammé, et dans un état pareil, la plus légère traction portée sur les nerfs peut devenir l'occasion de douleurs atroces; de là la photophobie; de là, le soin avec lequel les individus affectés de cyclite soustraient les yeux à l'action de la plus faible lumière. De là aussi une indication précise, celle de paralyser l'iris en ayant recours à la belladone. Cela réussit souvent pour dissiper la photophobie.

Ces remarques, que je pourrais pousser plus loin, suffisent pour établir la légitimité des distinctions des ophthalmies d'après le siége de l'inflammation.

Je terminerai ce premier sujet en disant que dans les cas où l'inflammation ne demeure pas bornée à un seul tissu, dans ceux où la cornée, l'iris, la conjonctive sont pris, soit simultanément, soit successivement, il y a encore utilité à considérer à part chacune de ces inflammations, à diriger contre elles les médications qui leur conviennent; il y a plus, un médicament ne sera souvent utile que quand on aura fait disparaître un des éléments de l'ophthalmie dans un des tissus avant de s'attaquer à l'autre.

J'aborde maintenant la seconde question, celle des ophthalmies spécifiques ou spéciales. Ce sujet est moins facile à traiter que le précédent. Est-il démontré que l'on découvre dans l'œil des inflammations qui, sous le rapport de la spécificité ou de la spécialité, puissent être comparées aux autres maladies franchement spécifiques, telles que la syphilis, les fièvres éruptives, etc., ou manifestement spéciales, telles que le rhumatisme articulaire, la goutte? Et pour ne prendre qu'un exemple, y a-t-il une ophthalmie scrofuleuse? Cette question a été traitée dans une des séances précédentes; mais il m'a semblé que les partisans de l'ophthalmie scrofuleuse ne l'avaient pas envisagée sous son véritable point de vue. A coup sûr, M. Velpeau, qui a contesté la légitimité de l'expression d'ophthalmie scrofuleuse, n'a pas voulu dire que la scrofule fût étrangère aux ophthalmies. Mais voici, pour lui comme pour moi, comment on doit entendre l'influence exercée par l'une sur l'autre de ces affections :

1° Les scrofuleux, et particulièrement les enfants scrofuleux sont beaucoup plus sujets que les autres à être atteints d'ophthalmie;

2° Une inflammation des yeux développée chez un scrofuleux est infiniment plus tenace, plus difficile à déraciner, plus longue par conséquent que chez les autres;

3° Par la même cause, elle récidive avec la plus grand facilité;

4° Pour la guérir, le traitement local ne suffit pas, et il faut mettre à contribution les médications générales propres à combattre l'affection scrofuleuse.

Voilà des points sur lesquels nous sommes tous d'accord, et les propositions qui précèdent seront toujours également vraies dès que chez un individu à constitution scrofuleuse vous observerez soit une inflammation des paupières, soit une conjonctivite oculaire, soit une des formes variées de la kératite, soit enfin toute autre ophthalmie simple ou complexe; mais la véritable question de la spécificité est celle-ci : « Sous l'influence du vice scrofuleux, naît-il une ophthalmie ayant des » caractères de siége, d'aspect, de symptômes, tels qu'en s'en tenant à » l'examen de ces caractères, un chirurgien puisse dire : Voilà une oph» thalmie scrofuleuse; » tout comme un médecin, en examinant une surface de la peau, pourrait sans renseignements préalables établir le diagnostic soit d'une rougeole, soit d'une variole, soit d'une syphilide?

Hé bien, c'est là une opinion qui est soutenue par quelques personnes qui s'occupent de l'étude des maladies des yeux. Ainsi, M. Sichel considère la production des phlyctènes sur la conjonctive oculaire, au voisinage de la cornée, comme le signe pathognomonique de ce genre d'ophthalmie. D'autres caractères également tranchés décèleraient l'opthalmie rhumatismale; c'est-à-dire que sous l'influence du vice rhumatismal il se produirait constamment dans l'œil une phlegmasie qui, par son siége, son aspect, se distinguerait des autres ophthalmies, et permettrait au médecin d'affirmer, d'après la seule inspection de l'œil, que la maladie est née sous l'empire d'une affection rhumatismale. Telle est la véritable question des ophthalmies spéciales. Je crois que, dans l'état actuel de la science, il serait prématuré de se prononcer d'une manière absolue dans un sens ou dans l'autre; la question est trop nouvellement agitée, elle mérite d'être étudiée avec soin. Pour moi, il ne me répugne pas d'admettre des ophthalmies spéciales. Il est de ces ophthalmies dont l'existence est liée à celle des fièvres éruptives. Peut-être qu'en examinant avec plus d'attention l'aspect présenté par la muqueuse enflammée, on y découvrira des formes particulières d'injection qui ne se rencontrent pas dans l'ophthalmie simple. Je ne crois pas qu'on puisse révoquer en doute la spécificité de l'inflammation dans les cas d'iritis syphilitique. La seule inspection de l'iris m'a, dans beaucoup de cas, suffi pour établir le diagnostic. On le voit donc, c'est un procès qu'il ne faut pas trop se hâter de juger; car si la spécificité existe, il n'y a pas moins d'importance à la reconnaître qu'à constater exactement le siége de l'inflammation.

DISCOURS PRONONCÉS SUR LA TOMBE DE GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Discours de M. Dumas, doyen de la Faculté des Sciences.

Il y a vingt années, lorsqu'un étranger pénétrait dans le sanctuaire de l'Académie des sciences, il demeurait l'âme frappée d'un saint respect, en voyant réunis autour de lui tant de rares génies, l'orgueil de la France et les lumières de leur siècle.

Les géomètres s'inclinaient devant Laplace, Ampère, Legendre, Poisson; les physiciens venaient honorer Haüy, Berthollet, Chaptal, Valentin, et les naturalistes opposaient avec fierté à ces noms illustres et populaires ceux de Jussieu et de Desfontaines, ceux de Cuvier et de Geoffroy Saint-Hilaire, consacrés dès long-temps aussi par la vénération de l'Europe.

Tous ces hommes, que la république avait fait surgir, que l'empire avaient réchauffés et grandis à la hauteur de sa gloire, tous ces hommes de fer pour le travail et de feu pour la pensée, dont la pensée, dont les découvertes ont supporté, sans pâlir, l'éclat des plus grands événements de la guerre ou de la politique, tous ces hommes disparaissent de notre sein, hélas! et cette tombe entr'ouverte va bientôt se fermer sur l'un des plus illustres parmi eux.

Dans ce deuil de la science et de la patrie, qui, tant de fois répété, a renouvelé l'Académie en moins de vingt années, puissent nos âmes s'élever à la hauteur des génies qui s'éteignent!

Puisse la jeunesse qui m'écoute comprendre qu'à défaut de ces grandes crises sociales qui portent dans les cœurs un trouble sacré et une ardeur salutaire, on peut trouver dans des devoirs plus calmes, mais accomplis avec conviction et bonne foi, des inspirations également heureuses!

C'est à la Faculté des sciences qu'il appartient de le proclamer, l'illustre auteur de la Philosophie anatomique a trouvé, dans les nécessités de son enseignement, l'occasion et la source des plus curieux développements de son système.

En effet, attaché au Cabinet d'histoire naturelle en 1793, Geoffroy Saint-Hilaire comptait plus d'un demi-siècle de service dans ce bel établissement; mais chargé d'un cours qui ne comprenait que les mammifères et les oiseaux, peut-être la France enregistrerait-elle de grandes découvertes de moins parmi celles qui font sa gloire, si la création de la Faculté des sciences ne fût venue ouvrir à Geoffroy Saint-Hilaire un nouveau théâtre pour un enseignement plus général et plus élevé.

Dès ce moment, sa pensée, soutenue par l'attention respectueuse d'élèves distingués, et distingués surtout par leurs études philosophiques, s'élança plus libre dans le champ de l'abstraction et parvint à fixer ces lois de l'organisation animale, auxquelles son nom demeurera toujours attaché, et qu'il avait déjà dès long-temps aperçues.

Il y a donc deux époques dans la vie de Geoffroy Saint-Hilaire. Dans la première, qui embrasse de 1793 à 1807, il se montre zoologiste pénétrant et doué d'un coup d'œil large et sûr.

Les découvertes de l'anatomiste français existent bien en germe dans les mémoires de zoologie qu'il publie pendant ces quatorze années, mais ces germes demeurent ignorés; et c'est au zoologiste que l'Académie des sciences ouvrit ses rangs en 1807, que l'Université confia la chaire de la Faculté des sciences en 1809.

Jusqu'alors, la philosophie anatomique, telle qu'il l'a conçue, n'existait pas. C'est avec nous, c'est pour nous, je dirais même que c'est par nous qu'il a fondé cet enseignement. Chaque année, s'essayant à vaincre des difficultés nouvelles, se fortifiant dans ses convictions par de nouvelles épreuves, se confirmant dans ses doctrines par leur succès même auprès de la jeunesse, il est arrivé que ses doctrines se sont établies peu à peu, sur des bases que l'on pourrait croire inébranlables.

Aussi, lorsque notre vénérable confrère, frappé par l'âge, par la maladie, aveugle déjà, vint déposer sa démission entre mes mains, il y a quelques années, je la repoussai de toutes mes forces. Dans son austérité, il voulait laisser libre une chaire qu'il ne devait plus occuper, disait-il; et moi, je le suppliai de nous conserver un nom qui avait tant contribué à fonder la gloire de la Faculté des sciences; et je fus heureux de réussir à le convaincre.

La maladie seule avait pu l'arracher à des devoirs qu'il remplissait avec enthousiasme, sûr d'avoir à répandre des idées neuves et de grandes idées, et toujours prêt à s'en faire à la fois l'apôtre et le martyr.

Car Geoffroy Saint-Hilaire avait bien compris, dès long-temps, qu'il devait accepter le rôle de chef d'école, et qu'il devait subir tous les devoirs et toutes les amertumes de cette position enviée de ceux qui en ignorent les secrètes douleurs, et qui n'en connaissent que les brillants dehors.

C'est avec cette préparation salutaire de l'enseignement public, qu'il aborda la discussion sur des principes soulevés en 1829, par G. Cuvier dans le sein de l'Académie des sciences.

Appuyé sur des observations nombreuses, habilement groupées, d'où ressortaient des déductions claires, précises, pressantes, Cuvier, confiant dans son génie tant de fois éprouvé, devait compter sur un triomphe assuré. Les observations moins nombreuses de Geoffroy Saint-Hilaire manquaient peut-être de cette précision qui veut une main habile dans l'art des dissections; elles étaient moins bien ordonnées, et décrites d'un style coloré mais dépourvu de la netteté que les sciences réclament, du moins dans notre pays.

Dans la forme, tout était donc contre Geoffroy, et pourtant le public, avec son admirable instinct du vrai, ne s'y trompa pas.

Dès le premier jour du débat, chacun se prit à souhaiter que les vues de Geoffroy Saint-Hilaire fussent confirmées; chacun comprit que l'esprit humain allait faire un grand pas!

Des voix plus habiles et plus éloquentes vous diront les causes de cette faveur. Elles vous montreront Geoffroy Saint-Hilaire remontant au principe général de l'unité de composition, de l'unité de type des êtres appartenant à un système organique donné. Elles vous diront comment ces êtres, si comparables à l'origine de leur développement, divergent plus tard, par l'arrêt, l'avortement ou le développement excessif de certains organes, la nature créant ainsi des différences apparentes, sous lesquelles une main habile découvre des analogies cachées. A côté de la recherche des faits, de leur observation exacte et attentive, Geoffroy Saint-Hilaire a donc placé la recherche des causes qui les lient entre eux, qui permettent d'en établir l'enchaînement et la nécessité, et, pour me servir ici de l'expression d'un juge que je n'ai pas le droit de louer, de M. Villemain, la science ainsi comprise constitue la première des philosophies. Cette unité de type, qui lui sert de base pour classer tous les faits de l'anatomie comparée, la science des végétaux s'en est emparée et a su l'entourer des démonstrations les plus convaincantes.

Elle pénètre maintenant dans les sciences chimiques et y prépare peut-être une révolution dans les idées.

Ces vues si grandes, si larges, répandues dans les écrits de Geoffroy Saint-Hilaire, sous une forme hardie, recevaient dans sa conversation un tour si neuf et si piquant, qu'elles s'emparaient inévitablement de la pensée de quiconque, libre d'esprit, cherchait à les puiser à leur source.

Et, lorsqu'aux éclairs de la pensée scientifique venaient se joindre les souvenirs toujours vivants de l'immortelle campagne d'Egypte, dont il avait été l'un des héros scientifiques, ses récits, empreints des splendeurs de l'Orient, animés d'une poésie véritable, montraient par leur charme profond avec quel sentiment religieux et convaincu cette âme ardente s'était trempée au contact de l'antique sagesse égyptienne.

Combien cette impression était devenue plus vive encore, depuis que, frappé par la maladie, le corps condamné à un repos presque absolu, les yeux atteints d'une incurable cécité, il avait su donner à sa pensée un calme dont il ne jouissait qu'en de rares et solennelles occasions, comme pour montrer seulement que, jusqu'au dernier souffle, il demeurerait fidèle aux opinions qui avaient dévoré sa vie! Il y a quelques mois à peine, en novembre dernier, il développait à son ami, M. Serres, des vues qu'il le priait de vérifier sous son scalpel, sans se douter qu'au moment même elles venaient d'être mises en évidence par son illustre disciple.

Ici se termine la tâche du doyen de la Faculté des sciences. Qu'il soit permis maintenant à un ami de vingt années, d'ajouter que, sous le double rapport des satisfactions de l'intelligence et du bonheur intérieur, les longues souffrances de Geoffroy Saint-Hilaire ont été adoucies par tous les sentiments qui peuvent toucher le cœur des hommes. Une famille pleine d'une vénération respectueuse lui a prodigué les tendresses les plus assidues; un ami dévoué comme un fils, comme le meilleur des fils, l'a entouré des soins d'une médecine prudente et savante à la fois, qui semblait depuis long-temps disputer sa proie à la mort étonnée.

Son âme ardente et tendre sentait si bien tout le prix des dévouements dont il était entouré, des soins religieux dont il était l'objet! Sur son lit de douleur, toutes ses paroles respiraient la bienveillance et la satisfaction intérieure, ses mains cherchaient toujours ses proches, ses amis, pour remercier, pour bénir; calme et souriante son âme s'affaiblissait sans trouble, se repliait sur une conscience sans tache.

Depuis deux mois, l'intensité de la maladie avait redoublé; son fils, arraché aux devoirs de l'inspection générale, avait dû revenir près du lit d'un père mourant; l'instant fatal semblait proche, inévitable, et pourtant l'amitié a su retarder encore le coup qui devait frapper à la fois sa famille, l'Académie, l'Université, le Muséum, qui devait frapper la science, et, disons-le, la France elle-même, dans une de ses gloires les plus pures.

Puissent du moins ces paroles pleines de nos regrets, puissent nos pensées de douleur, de vénération et de respect, puissent nos prières contribuer à porter quelque douceur dans l'âme de la femme accomplie qui le pleure, de la fille tendre et dévouée qui s'était faite son Antigone, de sa fille d'adoption, et du fils en qui son nom se perpétue revêtu d'un nouvel éclat!

Adieu, Geoffroy Saint-Hilaire! au nom de tes collègues, dont le cœur gardera toujours ta mémoire; au nom de tes amis pénétrés de douleur; au nom de tes disciples qui se séparent à regret de tes dépouilles mortelles, mais qui demeureront pleins de l'esprit dont tu as animé les sciences; adieu, Geoffroy Saint-Hilaire, adieu!

Discours de M. Serres, membre de l'Académie des Sciences.

Quand un homme de génie disparaît de la scène du monde, la société porte aussitôt ses regards sur les œuvres qui ont marqué son passage.

La vie de l'esprit est ce qui l'occupe, ce qui l'intéresse par dessus tout, car la société a le sentiment inné que ses productions sont plus que les autres les signes ineffaçables de la grandeur d'une nation.

La France particulièrement se fait remarquer par son culte de l'intelligence, et ce caractère est le plus éminent peut-être qui distingue la race gauloise des autres races humaines.

Ainsi, Messieurs, dans le sentiment religieux qui nous rassemble autour de la tombe de Geoffroy Saint-Hilaire, il y a quelque chose de plus que des regrets; il s'y joint ce sentiment de douleur publique qui suivit la perte des Lavoisier, des Lagrange, des Laplace, des Chaptal, des Cuvier, des Poisson, dont les noms et les souvenirs sont si chers aux sciences et à la France.

Un nom de plus s'ajoute à ces grands noms, et comme la plupart d'entre eux, il appartient à l'ère de rénovation morale de l'homme, qui a commencé en 89, qui se continue sans interruption, et à laquelle les sciences prennent une part si active.

La vie des savants se trouve ainsi entièrement liée à la vie même de la nation.

Une belle action, une de ces actions qui décèlent toute une vie d'homme parce qu'elles sont l'élan de l'âme, fut la cause rationnelle de son entrée au Jardin des Plantes.

Haüy, le créateur de la minéralogie moderne, menacé par les terribles journées de septembre 1792, fut sauvé par Geoffroy.

Geoffroy, protégé par Haüy, fut nommé sous-garde et démonstrateur du cabinet d'histoire naturelle du Muséum. Ce fut dans ces modestes et savantes fonctions que le décret de la Convention du 10 juin 1793 trouva notre collègue pour en faire un professeur de zoologie.

La Convention, qui avait tout détruit, se trouvait en effet dans l'obligation de tout reconstruire. Parmi ces créations, il n'en est pas qui soit plus empreinte de la grandeur de cette époque que celle du Muséum d'histoire naturelle. Il n'en est pas qui, dégagée de toute préoccupation politique du temps, marche vers son but avec plus de persévérance et d'élévation, sans s'écarter jamais de ses bases constitutives.

Que ce décret ait été rendu, que les programmes des douze chaires aient été tracés avec les hautes vues philosophiques qui résument le dix-huitième siècle, cela se conçoit; mais qu'à l'instant douze savants se soient trouvés pour les remplir dignement, et se soient mis à l'œuvre le lendemain, c'est un phénomène que la France seule peut produire.

Geoffroy Saint-Hilaire, si jeune alors et modeste comme il fut toujours, hésitait devant la tâche qui lui était imposée, quand ces paroles de Daubenton décidèrent sa carrière : « Osez l'entreprendre, dit-il au jeune naturaliste, et faites que dans vingt ans on puisse dire : La zoologie est une science française.

Geoffroy l'entreprit, et dès son premier ouvrage on reconnut que les prévisions de Daubenton ne tarderaient pas à s'accomplir.

Ce premier ouvrage n'était toutefois qu'un ouvrage sur la classification des mammifères, classification que le temps a un peu modifiée; mais les vues élevées qu'il renferme le placent à côté des primæ-lineæ de la physiologie de Haller.

Jamais, en effet, les deux principes fondamentaux des sciences naturelles, celui de l'analogie et celui des différences, n'ont été combinés avec plus de force, avec plus de profondeur! On y découvre, en y méditant, et le génie d'où va sortir Geoffroy Saint-Hilaire, et le génie qui produira Cuvier. C'est qu'en effet l'opuscule portait ces deux noms, Geoffroy et Cuvier, implantés dès leur origine comme deux rameaux scientifiques sur une souche commune, se développant ensuite séparément, l'un en fécondant le principe différentiel, et son émule le principe analogique.

L'un créant l'anatomie comparée et en faisant sortir la théorie paléontologique ébauchée par Sténon et Leibnitz;

L'autre créant la zoologie et en déduisant la théorie analogique de la création du règne animal.

Conception sublime! fermant dignement le dix-huitième siècle, et ouvrant avec éclat le dix-neuvième; posant d'une main hardie, d'une part, les limites des sciences descriptives déjà si avancées, et jalonnant de l'autre les sciences générales ou physiologiques qui ne font que naître! liant de cette manière le passé au présent pour aplanir les routes de l'avenir.

Consultez les travaux immenses qu'il a publiés sur la détermination des espèces, des genres et des familles des mammifères et des oiseaux; rassemblez les souvenirs de ses leçons si vives, si originales, si attachantes, vous trouverez partout la même philosophie; et cet esprit, et cette philosophie, je les définis par ces mots : *l'art d'observer en grand*. C'est cet art dont Geoffroy Saint-Hilaire avait hérité de Buffon, qui lui a valu ses succès et qui lui a frayé les routes nouvelles qu'il a tracées dans les sciences zoologiques et anatomiques, qui lui firent connaître tout l'arbitraire que renferment les classifications fondées sur l'immutabilité des espèces dont la nature lui montrait à chaque pas la variabilité, qui lui fit chercher dans l'action des agents extérieurs les causes de ces variations et la raison de ces zones zoologiques du globe dans lesquelles se circonscrivent les familles et les genres; qui lui fit poser les jalons de cette classification parallélitique des animaux que son fils a si nettement formulée, et qui préside à la révolution qui s'opère en ce moment dans toutes les branches de la zoologie.

C'est là le talent de notre illustre collègue; il se décèle dans tous ses travaux par ce coup d'œil observateur qui découvre à tout moment, dans le règne animal, des propriétés, des analogies, des différences qui étaient restées inaperçues.

Il se décèle encore par ce caractère remarquable, non de raisonner avec plus de méthode, mais de trouver des principes mêmes sur lesquels on raisonne; non de compasser des idées; mais d'en créer de nouvelles et de les multiplier sans cesse par une méditation profonde.

C'est là la source de cette liberté, de cette hardiesse de pensée, qui forme un des plus beaux traits de ses écrits, et qui les rend ineffaçables, parce qu'ils sont empreints de cette noble indépendance des idées vulgaires qui enrayent la marche de l'esprit humain. La science des rapports, dont quelques étincelles brillent dans les écrits de Buffon, se trouvait arrêtée comme étouffée dans les détails dont Daubenton l'avait environnée; Geoffroy la dégage, et la dégage par un de ces traits hardis qui créent aux sciences naturelles une ère nouvelle.

Ce fut quand notre anatomiste voulut expliquer la tête osseuse des poissons, et ramener les pièces qui la composent au type connu des vertébrés et de l'homme adulte; dès ce premier pas il s'aperçut que la tête osseuse de l'homme ne lui fournissait pas le nombre de pièces dont se compose celle des poissons. Rejetant alors l'idée des pièces ichthyologiques que ses prédécesseurs avaient admises, il conçut la pensée de rechercher les éléments qui lui manquaient dans les noyaux osseux dont se compose la tête osseuse de l'embryon humain; il entra ainsi dans une immense carrière dont les premiers pas furent couronnés des plus heureux succès, et qui laissa dès lors concevoir la solution d'une multitude de questions réputées insolubles par suite de l'inutilité des efforts précédemment tentés.

Avant Geoffroy Saint-Hilaire encore, la philosophie s'inclinait devant la gigantesque idée de la préexistence des germes et de leur éternel emboîtement; la raison tournait sans cesse sur elle-même, et d'après les efforts les plus pénibles, elle se retrouvait au même point d'où elle était partie. La sagesse consistait à se promener autour de ce cercle.

Geoffroy le franchit dans sa belle théorie des analogues, et entraîna à sa suite les physiologistes indépendants.

C'est d'après lui, et en suivant les routes qu'il a tracées, que l'on ne croit plus maintenant que l'embryon des animaux soit la miniature de leur état parfait.

C'est d'après lui que la science a reconnu qu'avant d'arrêter les formes permanentes qui les caractérisent, les animaux traversent une foule d'autres formes extraordinaires qui ne sont que transitoires.

C'est depuis lui et avec lui que l'embryogénie comparée, délaissée, parce qu'elle paraissait sans but, est devenue présentement une des parties fondamentales de la zoogénie, celle qui les commande, celle qui les domine toutes. La puissance créatrice que les systèmes nous représentaient inerte depuis les jours de la création et enchaînée devant son propre ouvrage, reprend dans les théories nouvelles sa liberté et son action. La terre devient un vaste laboratoire où se développe continuellement une succession de nouveaux êtres, suivant une marche progressive et ascendante s'enchaînant depuis les infusoires, point de départ de la nature, jusqu'aux mammifères et à l'homme, dernier terme de ses efforts; pensée dont la paléontologie confirme tous les jours la sagesse et la profondeur. La science, enfin, met à découvert cette marche progressive, et continue la vie, prolongée de loin en loin par des temps d'arrêt qui semblent être pour la nature des temps de repos. De sorte que le règne animal tout entier n'apparaît plus que comme un seul être qui, en voie de formation, s'arrête dans son développement, ici plus tôt, là plus tard, et détermine ainsi en chaque temps de ses interruptions les caractères distinctifs des classes, des familles, des genres et des espèces.

Vérité sublime, dont les travaux modernes confirment de plus en plus la certitude et la grandeur.

Noble ami, ami de plus d'un quart de siècle, puissent ces faibles paroles s'élever jusqu'à toi, puisse cet hommage d'un cœur dont l'attachement inviolable et la sincérité te sont depuis si long-temps éprouvés, adoucir l'amertume du vide que ton absence va produire dans ta famille patriarchale....., que ton absence va produire dans l'âme de tous ceux qui t'ont connu, et dans l'Europe scientifique si attentive à ta voix! Adieu digne ami! Adieu!

Discours de M. Ed. Quinet.

Après tant d'éloquents hommages adressés par des confrères à cet illustre mort, permettez qu'un homme qui n'a pour le pleurer ici d'autres droits que l'amitié et l'assentiment de sa famille, ajoute un dernier mot.

M. Geoffroy Saint-Hilaire nous appartient à tous comme une portion de ce patrimoine de gloire que la France distribue au moindre d'entre nous. Il est certain que l'histoire de la révolution et ces grandes campagnes d'Egypte, d'Espagne, de Portugal ne seraient pas entières pour nous, si nous ne voyions en même temps la science, avec M. Geoffroy Saint-Hilaire, suivre le chemin de l'épée, et faire tourner au profit de la civilisation les bouleversements de la guerre. M. Geoffroy Saint-Hilaire, en Egypte, aux pyramides, explique et agrandit la destinée de Napoléon, comme Aristote agrandit Alexandre.

Pour que l'on sache tout ce que la France peut rassembler et faire à la fois; il faut qu'il se trouve un homme qui depuis 1792 jusqu'à 1815, jusqu'à 1830, avec une suite admirable, poursuive sans jamais s'arrêter une même pensée au milieu du fracas des révolutions et des batailles. La terre est remuée pendant plus d'un demi-siècle; les gouvernements passent, Napoléon tombe, une autre dynastie se montre et disparaît, et sur ce sol perpétuellement ébranlé, dans cette sorte de siége que soutient la France contre le monde, il y a ici un penseur, un autre Archimède que rien ne distrait, que rien n'arrête, qui, les yeux attachés sur la création, en cherche les mystères avec sérénité, comme s'il n'appartenait pas à la région des orages. Quand enfin la France est matériellement vaincue, la pensée obstinée de ce grand esprit envahit l'étranger; et le plus grand écrivain de l'Allemagne, Gœthe, semble ne s'être familiarisé avec toutes les sciences que pour inaugurer et populariser dignement dans le monde la victoire toute française de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Comment se fait-il qu'avec si peu d'amour du bruit et de l'éclat, cet homme tout entier retiré dans la science soit devenu populaire parmi nous? C'est que l'idée qu'il a mise en lumière est à beaucoup d'égards le fond de notre époque. Désir, pressentiment, nécessité d'une vaste unité, c'est là ce qui travaille le monde. M. Geoffroy Saint-Hilaire, véritable génie précurseur, a établi dans la nature et la science ce principe harmonieux que nous cherchions encore dans le monde civil, politique et religieux. Voilà par où les travaux de cet esprit créateur se lient au travail actuel de tout le genre humain; et comme il est d'abord arrivé à ce fonds d'unité que tout le monde recherche par toutes les voies, il a mis sans y songer tout le monde dans les intérêts de sa gloire. Nous n'étions pas tous capables de suivre chacun de ses pas; notre ignorance, notre impuissance nous arrêtaient; mais nous nous disions : il nous devance; il va où tout le siècle arrivera; nous marchions avec une confiance assurée vers l'avenir, sachant qu'il le possédait déjà dans l'ordre de la science et de la nature.

En même temps que la science était chez lui toute créatrice, elle

avait je ne sais quel grand caractère antique et religieux. Quel enthousiasme persévérant dans un temps où l'on prétend qu'il n'en existe plus ! Quelle grandeur, quelle amplitude naturelle dans les conceptions, quelle simplicité patriarcale, quel élan, quel ravissement intérieur de l'homme qui passe sa vie à découvrir et a créer ! Il est de la famille des Archimède et des Keppler ! On l'a accusé d'être poète ; oui, sans doute, il l'était comme ces grands hommes, par un pressentiment plus soudain, plus impérieux, plus divinatoire de l'exacte vérité.

Après avoir reçu tant de lumières de cet esprit dans sa force, il nous restait à apprendre de lui, depuis dix ans, comment il faut mourir. Il était devenu aveugle comme Galilée ; mais sa sérénité n'en a pas été troublée un moment. Il souriait encore à ces merveilles de la terre et du ciel, qu'il voyait, comprenait, découvrait des yeux de l'esprit. On sentait dans cette paix incroyable un homme qui avait bonne conscience des lois et du plan caché du créateur. Il avait été initié aux travaux secrets de la Providence ; et de ce spectacle il avait rapporté la sérénité du juste. Quoi de plus sublime que cette mort du génie qui, ainsi dirigé et conduit, est la sainteté même de l'intelligence ! Il s'approche en souriant de la Vérité sans voile. A la fin il descend ici sans rien craindre dans l'éternel science.

Où est celui d'entre nous, où est le souverain qui ne désirerait une fin semblable ! Et puissent ces paroles retentir jusqu'au fond de cette maison vide, hier encore si remplie par ce grand mort, dont la veuve et la fille inconsolables prêtent l'oreille pour entendre ce dernier bruit autour de cette fosse. Elles nous l'ont conservé pendant dix ans, Messieurs, au delà du terme marqué par la nature, ces pieuses mains qui ne l'ont quitté dans cet intervalle ni jour, ni nuit ! En goûtant cette merveille de la piété conjugale et filiale, il disait, ce vrai juste : Je suis presque heureux d'être aveugle ! Qu'elles soient récompensées, ces nobles femmes, par la double immortalité de celui qu'elles pleurent ; d'autant plus que le fils et le frère qui leur reste, nous rappelle l'époux et le père qui n'est plus.

Parmi tant de familles qui ont apporté ici ce qu'elles avaient de plus cher, combien peu ont obtenu ce qu'aucune mort ne peut vous enlever ! Elles se sont retirées presque toutes les mains vides, et sans aucune consolation présente. Pour vous, vous emportez, au contraire, avec la gloire du nom qui est le vôtre, une immortalité visible, signe permanent de celle que nos yeux ne peuvent pas discerner.

M. Geoffroy Saint-Hilaire a accompagné nos armées dans leur route triomphante. N'est-ce qu'un pur hasard qui veut qu'il soit couché en ce moment tout à côté de son ami le général Foy ? Qui, parmi vous, ne se souvient de cette séance d'une de vos académies où M. Cuvier raconta comment le dévouement de M. Geoffroy St-Hilaire a sauvé du massacre du 2 septembre votre grand Haüy ? L'assemblée tout entière applaudit ; un homme traverse la foule ; il se jette dans les bras de Geoffroy Saint-Hilaire et lui dit : Cher ami, cœur, âme, génie, vous avez tout pour vous. Cet homme, c'était le général Foy.

Il attendait ici quelqu'un. Il fallait que le guerrier et le savant fussent de nouveau réunis. Maintenant ces deux frères par la gloire se touchent ici dans la mort.

Adieu, esprit doublement immortel, toi qui étais si indulgent sur la terre, ne méprise pas, en ce moment, mon hommage ! Je te dis adieu au nom de tous ceux dont tu ouvres la carrière ! Aide-moi de ta lumière et de ta vertu ! La meilleure chose de ma vie sera toujours d'avoir obtenu ton amitié.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES. (Mai 1844.)

De la vaccine et de l'affaiblissement de sa vertu préservatrice, lettre adressée à M. le docteur Ebrard, de Besançon, par M. Bousquet.

En 1841, M. Ebrard, témoin d'une épidémie de variole qui atteignit 93 vaccinés sur 173, adopta l'opinion de l'affaiblissement du vaccin, affaiblissement survenu par des transmissions successives. C'est contre cette opinion que M. Bousquet s'élève, il la croit trop absolue. Soit que le virus vaccin ait perdu de son énergie, soit que la modification qu'il introduit dans l'économie s'efface ou s'atténue à la longue, le résultat est absolument le même ; dans l'une et l'autre hypothèse, le germe varioleux tombant sur des organisations prêtes à le recevoir, les frappe et les pénètre justement dans la proportion de cette disposition. De ces deux causes, M. Ebrard n'accuse que la première, M. Bousquet s'en prend à la seconde. Il croit que la modification opérée par le vaccin va s'affaiblissant à mesure qu'elle s'éloigne de la date de la vaccination ; et à mesure que la résistance diminue, les chances de la variole augmentent.

Ce qui a fait prendre le change à M. Ebrard, est l'âge de ses clients. Il y avait dans l'établissement de Jujurieux, théâtre de l'épidémie, seize ou dix-huit ouvrières ou religieuses de trente ans ; elles furent toutes préservées tandis que l'épidémie frappa plus de la moitié des jeunes filles de quatorze à dix-huit ans. Ces faits sont conformes à ce qui se voit partout. Ne sachant comment expliquer cette espèce de partialité, M. Ebrard exempte les personnes de trente ans à cause du vaccin qu'elles ont reçu qui était plus actif, étant plus rapproché de son origine. Cette question n'est pas, pour M. Bousquet, aussi simple qu'elle le paraît ; tous les âges ne sont pas également disposés à la petite vérole ; celle-ci est essentiellement une maladie de l'enfance ; si les habitants de la fabrique de Jujurieux qui avaient dépassé trente ans ont été exemptés, M. Bousquet dit que c'est leur âge qui les a préservés et non la qualité du vaccin qu'ils avaient reçu. Les épidémies de variole qui ont régné à des époques plus rapprochées de l'origine du vaccin, celle de Milan, par exemple, de 1816, ont présenté le même phénomène.

M. Bousquet ne dit pas cependant que l'affaiblissement du vaccin ne soit pour rien dans les atteintes qu'a reçues la vaccine ; mais il soutient que ce n'est pas là la cause essentielle, la cause principale. Toutefois, il suffit qu'il y prenne une part quelconque ; il suffit que le virus vaccin soit susceptible d'altération pour encourager les efforts de ceux qui cherchent à le conserver dans toute sa vigueur, tel que la nature nous le donne au sortir du pis de la vache.

M. Bousquet termine cette lettre par quelques considérations sur le danger de vacciner les enfants trop jeunes, et sur la nécessité qu'il croit avoir reconnue de puiser le vaccin sur des enfants forts et robustes.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Liniment savonneux térébenthiné ; par M. J. JACK, de Salem.

Le praticien est souvent embarrassé pour prescrire un mode convenable d'application de l'huile volatile de térébenthine, lorsqu'il s'agit d'employer cette substance à l'extérieur. La formule suivante est, d'après M. Jack, celle qui donne le produit le plus facile à employer de cette manière.

Pr. Savon animal sec et pulvérisé (opodeldoch),	10 grammes.
Huile volatile de térébenthine,	160 id.

On fait digérer pendant une nuit ; pendant ce temps, le savon se ramollit, et il ne reste plus ensuite qu'à chauffer au bain-marie pour en opérer ensuite la dissolution.

On verse cette dissolution encore chaude dans des flacons appropriés, ceux par exemple qui servent ordinairement à contenir le baume opodeldoch, et elle s'y solidifie par le refroidissement.

On peut encore y ajouter, suivant le besoin, des huiles éthérées ou du camphre. (*Buchner's Repertorium.*)

Emulsion de cire, par le même.

Pour mieux suspendre la cire dans une émulsion, on a ordinairement recours à l'intermède d'une huile grasse, par exemple, de l'huile d'amande, etc. M. Jack fait préparer de la manière suivante une mélange meilleur et de plus facile considération, bien qu'il n'y fasse point entrer d'huile fixe.

Pr. Poudre de gomme arabique,	15 grammes.
Eau commune,	15 id.

On fait chauffer le tout dans un mortier, sur une lampe à esprit-de-vin, et, quand la gomme est disoute, on ajoute :

Cire blanche fondue, 8 grammes.

La cire, qui y est d'abord figée, se liquéfiée promptement ; on retire alors le mortier du feu, et on agite bien le contenu, en y ajoutant peu à peu :

Eau bouillante, 90 à 120 grammes.

Lorsque tout est mêlé d'une manière uniforme, on l'introduit dans une fiole à médecine, et on agite continuellement jusqu'à refroidissement ; après quoi, on ajoute enfin le restant des substances qui peuvent avoir été prescrites par le médecin, telles que eau, sirop, etc.

Préparé de cette façon, le mélange est tout à fait semblable à une émulsion huileuse parfaitement homogène. (*Idem.*)

NOUVELLES.

Des prix ont été distribués lundi dernier aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement, à Paris, par M. le pair de France, préfet de la Seine, président du conseil général des hospices. M. le préfet a ouvert la séance par une allocution ; il a retracé les devoirs d'une profession qui doit inspirer non moins d'estime que de confiance, et qui se lie par tant de rapports à l'intérêt social, aux droits privés et aux vertus publiques. M. le docteur Dauyau, professeur-adjoint de l'établissement, et mademoiselle Grison, ont ensuite pris la parole successivement. Le directeur de l'établissement a lu le procès-verbal des épreuves du concours, auxquelles les élèves sages femmes ont été soumises, et proclamé le nom de celles qui ont obtenu des récompenses.

Le premier prix a été décerné à mademoiselle Grison, élève aux frais du département de l'Allier. Les élèves qui ont été le plus souvent nommées, après mademoiselle Grison, sont : Mesdemoiselles Fadory (de la Corrèze) ; Dauvel (de l'Eure) ; Niémann (de Saint Germain-en-Laye) ; Cherlonneix (de la Creuse) ; Gilet (de Seine et-Marne) ; Andrié, Métais (de la Seine) ; Lamier (de l'Eure) ; Tuellès (du Cher) ; Deldébat, Picouleau (de Seine-et-Marne).

— L'argumentation des thèses pour le concours de l'agrégation (section de chirurgie) a commencé hier mardi. Les séances auront lieu tous les jours à quatre heures.

Par décision ministérielle du 13 mars dernier, une commission composée de MM. Tholozé, lieutenant-général, président ; Genty de Bussy, intendant militaire ; Moizin, Gasc, médecins inspecteurs ; Pasquier, Bégin, chirurgiens inspecteurs ; Brault, pharmacien inspecteur ; Michel, médecin principal adjoint au conseil de santé ; Gilberton, lieutenant-colonel du génie ; Soudan, chirurgien principal ; Rollin, pharmacien major, a été chargée de l'examen des rapports sanitaires qui ont été produits aux inspections générales de 1843, par les chirurgiens militaires, chefs du service de santé dans les corps de troupe, et de signaler ceux de ces officiers de santé qui ont rédigé les meilleurs mémoires.

Sur la proposition de cette commission, le président du conseil, ministre secrétaire d'état de la guerre, a décidé que les noms des officiers de santé désignés ci-après seraient cités au *Journal militaire* ; savoir :

MM. les chirurgiens-majors : Mutel, au 52e de ligne. Warmé, au 50e de ligne. Lasserre, au 9e de ligne. Judas, au 8e cuirassiers. Pingrenon, au 15e d'artillerie-pontonniers. Pommier, dit Boulet, au 6e dragons. Frébault, au 4e d'artillerie. Antoine, au 3e d'artillerie. Fortuner, au 23e de ligne. Clever, au 60e de ligne. Teinturier, au 19e léger. Sergent, au 3e dragons. Regard, au 70e de ligne. Moigne, au 8e d'artillerie. Aubert, au 74e de ligne. Guérin, au 12e d'artillerie. Wicquart, au 28e de ligne. Dunays, au 4e bataillon de chasseurs d'Orléans. Gilgencrantz, au 5e léger. Briau au 3e du génie. Guérin, au 69e de ligne. Thomas, au 13e chasseurs à cheval. Huart, au 9e dragons. Rieumes, au 12e léger. Villarct, au 7e dragons. Maupin, au 18e de ligne. Dulac, au 7e hussards. Germain, au 9e hussards. Piollet, au 6e escadron du train des parcs. Agnès, au 22e de ligne.

Le ministre a également approuvé la mention au *Journal militaire* des médecins civils qui ont été éventuellement chargés du service de santé des troupes, savoir :

MM. Brémond, médecin civil au Pont-Saint-Esprit. Massot, médecin civil à l'île Sainte-Marguerite, requis en qualité de chirurgien aide-major.

La SIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, complétant le tome deuxième, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle contient la fin des Maladies des reins, et une partie des Maladies de la vessie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 29 JUIN 1844. (17e ANNÉE.) N°. 76. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française;

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Du pronostic et du traitement de la conjonctivite oculaire.

Après avoir établi et différencié les variétés de conjonctivite oculaire, il nous reste à parler de leur degré de gravité et du traitement.

La conjonctivite oculaire franche se retrouve avec les mêmes nuances à peu près que la conjonctivite palpébrale. Ainsi, on peut lui distinguer trois espèces, savoir : la conjonctivite simple, la conjonctivite granuleuse et celle avec chémosis. Mais ce qu'il est surtout important de ne point ignorer, c'est la grande division entre les conjonctivites franches et les conjonctivites purulentes. Ces dernières comptent aussi trois variétés : celle des nouveau-nés, d'Egypte, et l'ophthalmie blennorrhagique.

Cette distinction entre ces deux groupes d'inflammations de l'œil est non-seulement nécessaire pour une partie de leur histoire, pour le diagnostic, pour le pronostic, pour le traitement; mais elle est même indispensable pour leur histoire tout entière; car il n'est pas une seule des assertions émises à propos de l'une de ces maladies, qu'on puisse rigoureusement appliquer à l'autre, partout on retrouve entre elles une diversité qui consiste toujours, du reste, à regarder comme infiniment plus sérieux, plus dangereux, pour la fonction de l'organe, tout ce qui a trait aux conjonctivites purulentes, et à considérer comme plus favorable tout ce qui touche aux conjonctivites simples.

C'est qu'en effet il est rare que les conjonctivites oculaires qui sont et restent franches fassent jamais perdre la vue, il est rare, au contraire, que les conjonctivites purulentes ne compromettent pas la vision.

Mais il y a plus encore. Les conjonctivites proprement dites, ou franches, outre qu'elles ne mettent point la fonction en danger, disparaîtraient presque seules, sans traitement, dans un assez bon nombre de cas; nous ne disons pas toujours; car il est vrai aussi qu'elles pourraient durer fort long-temps, se compliquer, devenir graves même; mais enfin, nous le répétons, il est un assez grand nombre de cas où elles pourraient disparaître. En général, la durée des conjonctivites simples n'est pas longue; en huit, quinze, vingt ou trente jours au plus, à moins d'un chémosis, on les voit s'éteindre et l'œil revient à son état ordinaire. Du reste, elles peuvent quelquefois aussi se compliquer.

Les conjonctivites purulentes dénaturent l'œil en quelques jours; il ne leur faut pas, à beaucoup près, une période de temps aussi considérable qu'à la conjonctivite franche, pour parcourir toutes leurs phases. En quelques jours, et suivant l'espèce, comme nous l'avons dit déjà, parfois en vingt-quatre heures elles gagnent la cornée, la brouillent, la fondent, l'œil est perdu.

Au reste, voici comment ces deux maladies se comportent : la conjonctivite franche présente, comme toutes les inflammations simples, trois périodes principales :

1° Une période d'accroissement;
2° Une période d'état;
3° Une période de résolution.

La première est caractérisée par la vascularisation, la sécrétion, etc. Dans la seconde, l'affection n'augmente plus; sans diminuer encore, elle reste stationnaire. Dans la troisième, on la voit s'éteindre peu à peu ou se compliquer avec une autre maladie quelconque de l'œil, assez souvent avec la kératite.

Quelquefois il arrive que la conjonctivite laisse après elle des taches, des plaques de vascularisation, qui, plus tard, peuvent donner naissance à ces affections connues sous le nom de ptérygion, de dragonneau, accidents qui autrefois étaient considérés comme des maladies spéciales.

La conjonctivite purulente présente des nuances au point de vue de la marche, selon qu'elle revêt telle ou telle nuance, selon qu'elle appartient à telle ou telle catégorie parmi celles indiquées dans le dernier article.

La conjonctivite purulente des enfants nouveau-nés n'a pas la même marche que les autres variétés; on peut le pressentir d'ailleurs en se rappelant ce que nous avons dit à propos du diagnostic. Nous avons, en effet, insisté sur ce point, que cette variété de la conjonctive purulente débutait le plus souvent par la conjonctivite palpébrale et s'y maintenait pendant un espace de temps souvent considérable. Or, l'on conçoit facilement que la maladie étant bornée à cette portion de la conjonctive, peut durer assez long-temps sans se résoudre et sans compromettre nécessairement la vue, puisqu'alors la cornée peut rester saine. C'est ainsi qu'à l'hôpital des Enfants, on voit de petits malades avec une conjonctivite très intense, accompagnée d'un boursouflement considérable, d'une sécrétion abondante, et chez lesquels cependant la vue reste intacte fort long-temps, la cornée continuant de conserver son état normal.

Mais les conjonctivites purulentes qui ont reçu le nom d'ophthalmie d'Egypte, des armées, blennorrhagique, ne se comportent pas de la sorte. Jamais elles ne dureront, l'une ou l'autre, quinze jours de suite sans compromettre gravement la vision. Ne savons-nous pas qu'elles débutent le plus souvent par la conjonctive oculaire? Il n'est pas difficile de se rendre compte alors comment l'inflammation tarde peu à gagner la cornée; et une fois que cette dernière participe à la phlegmasie, l'œil est en danger. C'est ordinairement au bout de huit ou dix jours au plus tard, et souvent plus tôt, que cette fâcheuse terminaison se manifeste.

Nous voyons donc que la conjonctivite purulente est susceptible de se transformer en kératite, en ophthalmite; ce qui n'a pas lieu, de la même manière au moins, dans la conjonctivite simple. Il est bien vrai que dans la conjonctivite franche on voit assez souvent la cornée se prendre, mais c'est alors simplement le feuillet extérieur de cette membrane, et il est rare que cette kératite soit dangereuse; la conjonctivite purulente, au contraire, établit la purulence dans la cornée, dans l'œil tout entier lui-même, et alors, ou la transparence de la membrane est détruite, ou bien l'œil ne tarde pas à se fondre.

N'est-il pas évident, d'après ces différences capitales dans les deux espèces de conjonctivites que nous venons d'étudier, qu'il est de la plus haute utilité pratique de les différencier, puisque sous le rapport du diagnostic, du pronostic, de la marche, de la durée, elles n'ont véritablement aucun point de ressemblance? Nous allons voir qu'elles doivent être différenciées avec tout autant de soin sous le rapport du traitement.

Est-il besoin de poser cette question : Si ces deux affections sont toute différentes par leurs caractères et leur gravité, la même thérapeutique leur convient-elle?

Le traitement des conjonctivites simples, telles que nous venons de les établir, est aujourd'hui, selon nous, parfaitement bien connu. Il nous paraît aussi facile d'arrêter une conjonctivite que de s'opposer à la marche d'une maladie aiguë quelconque franche déterminée, d'une pleurésie, d'une pneumonie, par exemple. Nous pensons qu'à l'époque où nous sommes, il ne reste plus entre les praticiens de grandes dissidences à ce sujet. Tout le monde est d'accord sur le bon effet qu'on retire des émissions sanguines, des purgatifs, des révulsifs; les uns insistent un peu plus sur l'un de ces moyens que sur les autres, mais tous s'entendent pour vanter leur utilité.

Il est important de remarquer que ce traitement des conjonctivites dont nous allons parler, et qui est d'ailleurs très facile à diriger, réussit contre cette affection, et qu'il s'en faut beaucoup que l'ensemble des moyens dont il se compose ait un résultat aussi favorable quand on l'applique à une

FEUILLETON.

RÉPONSE AU RAPPORT DE LA COMMISSION DE LA REVUE ORIENTALE SUR LE COMPTE RENDU DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DU CAIRE POUR L'ANNÉE 1843, PAR LES PROFESSEURS ARABES DE CET ÉTABLISSEMENT.

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Caire, le 4 juin 1844.

Monsieur le Rédacteur,

Nous avons lu dans vos numéros du 29 février et du 2 mars, un rapport qu'a fait une commission nommée par la Société orientale sur le compte-rendu des travaux de l'Ecole de médecine du Caire pendant l'année 1843. Nous venons vous prier, Monsieur, de vouloir bien insérer notre réponse dans l'un des prochains numéros de votre estimable journal. Nous avons déjà reçu de la *Gazette des Hôpitaux* tant de preuves d'intérêt, que nous ne doutons pas qu'elle ne nous accorde dans ses colonnes une place pour nous justifier des attaques violentes qui ont été dirigées contre nous.

Dans cet espoir, nous vous prions, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien agréer l'hommage de notre considération la plus distinguée.

Les professeurs de l'Ecole de médecine du Caire,

ESSAOUN, Dr MOHAMMED-ALI, MUSTAFA, Dr CHAFET, IBRAHIM, HUSSEIN-RACHID, D. CHABAN, RACHID.

Avant de répondre aux attaques dirigées par la *Revue* contre notre compte-rendu, nous croyons devoir indiquer les principaux motifs qui nous ont déterminés à publier les résultats des examens de l'année dernière, et à faire connaître l'état actuel de l'école égyptienne. Quoi qu'en dise la Commission, nous avons, tout Arabes que nous sommes, les sentiments d'amour-propre, d'honneur qui se trouvent chez tous les hommes qui ont reçu quelque éducation; ces sentiments, d'ailleurs, se sont nécessairement encore développés en nous par le séjour de plusieurs années que nous avons fait à Paris, où nous avons eu l'honneur d'être admis dans la société d'hommes instruits et distingués. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que nous ayons trouvé à propos de prouver à nos maîtres d'Europe, à la célèbre école de Paris, que nous avons cherché à faire fructifier dans notre pays les leçons que nous avons reçues, et que nous ne sommes pas indignes du titre de docteur qui nous a été conféré. Nous avons voulu aussi repousser les accusations calomnieuses produites contre nous d'après un ouvrage sur l'Egypte qui, du commencement jusqu'à la fin, est un amas d'inexactitudes et de méchancetés, propre néanmoins à surprendre la bonne-foi des lecteurs qui ne connaissent pas l'homme qui l'a écrit; car, pour nous servir des expressions de la *Revue*, il est plus facile de tromper les autres que de se tromper soi-même. De plus, ayant lu avec surprise dans plusieurs journaux les éloges prodigués à l'école de médecine de Constantinople, à propos du dernier compte-rendu de ses travaux, où cette institution toute récente est présentée comme le premier établissement médical fondé en Orient, nous avons cru devoir protester contre cette usurpation tentée sur l'école arabe, qui compte déjà dix-sept années d'existence.

Nous étions loin de nous attendre que la simple publication des travaux de notre école soulèverait contre nous une critique aussi acerbe que celle qui a été insérée dans la *Revue orientale* et reproduite dans la *Gazette des Hôpitaux*. Nous aurions, toutefois, remercié la Société orientale de l'importance qu'elle a bien voulu donner à notre compte-rendu en nommant une commission pour en faire l'examen, si tout d'abord il n'avait pas été évident pour nous que cette inspiration n'était que le fait d'un esprit hostile et malveillant, que, du reste, la *Revue* porte dans toutes les questions relatives à l'Egypte; si nous n'avions pas vu figurer parmi les membres de la Commission le nom de l'auteur du livre que nous avons caractérisé tout à l'heure, d'un homme dont nous récusons hautement les jugements, les assertions, et surtout la valeur morale, de M. Hamont enfin, dont nous avons eu mille occasions de connaître le caractère, les sentiments, la conduite, que nous avons été à même de suivre depuis son entrée au service du vice-roi jusqu'au moment où il en a été justement expulsé, à la suite d'un jugement dont nous pourrions au besoin publier les motifs; mais nous aimons mieux passer à l'examen de la première partie du rapport de la Commission, lu dans la séance de la Société orientale, le 3 janvier 1844. On n'y trouve que des considérations générales, banales, peu exactes sur l'instruction en Egypte, et rien de bien spécial sur l'école de médecine. Tous ceux qui ont pu lire l'ouvrage de M. Hamont, verront comme nous que la première partie du rapport est tirée tout entière de son livre, que c'est le même esprit, la même manière de juger, les même forme de style, enfin du Hamont tout pur. Nous regrettons, dans l'intérêt de la *Revue*, de compter cet homme au nombre de ses rédacteurs. Cette collaboration suffit pour faire refuser ici toute confiance à ce journal. Nous regrettons également de voir accolés au nom de M. Hamont, les noms de MM. Aubert et Lagasquie. M. Aubert a habité quelques années l'Egypte, et y a laissé les souvenirs les plus honorables. Quant à M. Lagasquie, nous l'avons vu à l'école d'Abou-Zabel, il y a treize ans, lorsque la Commission française vint étudier la peste en Egypte. M. Lagasquie a été témoin de ce qui se faisait alors dans cet établissement; il connaît le rapport favorable que M. Pariset fit de ses travaux, et il est mal venu à accuser d'ignorance ou de mauvaise foi l'illustre secrétaire de l'Académie royale de médecine. Nous n'avons pas l'honneur de connaître M. Le Bron de Vexela, ni M. le docteur Moreau de Tours, et nous ne sachions pas que jamais ces messieurs soient venus visiter notre école. Leur opinion ne peut donc avoir la moindre valeur, et la solidarité qu'ils ont prise dans la question nous paraît toute de complaisance.

La Commission, à nos yeux, c'est M. Hamont; et veut-on avoir la mesure de la confiance que méritent les paroles de cet homme, qu'on lise ce qu'il publiait dans le *Sémaphore de Marseille*, quelque peu de temps avant son expulsion du service et les comptes-rendus qu'il fit imprimer à la suite des examens de l'Ecole vétérinaire.

Nous n'entreprendrons pas d'entrer dans les questions générales qui se rattachent à la régénération de l'Egypte, ni de repousser les attaques dirigées contre les diverses institutions du vice-roi; elles tombent par l'effet seul de leur violence. Nous nous bornerons à répondre à ce qu'elles ont d'offensant pour le peuple égyptien, pour nous, et d'injuste pour l'Ecole de médecine arabe.

A entendre ces messieurs de la Commission dont nous transcrivons les expressions, *les Arabes ne sont qu'un peuple avili, dégradé, corrompu, des hommes impudiques, sales, éhontés, abrutis, dépravés, à qui il manque l'intelligence nécessaire pour se livrer à l'étude des sciences, et qui, par conséquent, sont incapables de progrès et de civilisation.* Peu s'en faut qu'ils ne veuillent nous classer parmi les derniers peuples de la terre, presque parmi les brutes. Nous ne répondrons pas à ces injures grossières, brutales, indécentes, et qui révèlent le caractère, la morale, et les relations ordinaires de l'homme qui les a dictées. Pourquoi donc lui-même est-il resté si long-temps dans cette sauvage Egypte, à vouloir instruire des brutes? Heureusement que l'histoire des races humaines place le peuple arabe un peu moins bas que ne le fait la *Revue*, et nous prions ces Messieurs de consulter les grands naturalistes et les grands historiens, soit qu'ils nous fassent descendre des anciens Egyptiens ou d'Ismaël. Serions-nous obligés de leur rappeler l'Ecole d'Héliopolis, les sciences, les arts, les lois, partant de l'Egypte pour s'établir en Grèce, et de là se répandre dans les autres parties de l'Europe? Les siècles des califes ont trouvé des apologistes chez tous les peuples, et pour ne parler que de notre spécialité, nous dirons que les Arabes ont assez long-temps tenu le sceptre médical dans les écoles d'Occident. Les croisades, en mettant l'Europe en contact avec les populations arabes, n'ont pas été sans influence sur sa civilisation, et les Maures ont laissé d'assez nobles vestiges de leur génie et de leur instruction sur les terres que leur valeur avait conquises. La Commission, dans son mauvais vouloir contre l'Ecole de médecine, ne fait pas d'attaque incomplète. Elle commence par les éléments qui ont servi à la constituer. « Les élèves,

autre maladie des yeux.

Ce traitement comprend deux ordres de moyens : des remèdes généraux, des remèdes locaux.

Les premiers varient selon l'âge, le sexe, la force, la constitution, les habitudes, la position sociale du malade, l'intensité de la maladie, sa durée, etc. ; enfin, selon toutes ces données qui font partie de la pathologie générale, et qu'on retrouve pour toutes les affections quelles qu'elles soient. Ces moyens sont les émissions sanguines, les purgatifs, les révulsifs.

Les émissions sanguines doivent être employées toutes les fois que le malade est jeune, fort, robuste, que la maladie est violente et la réaction intense. Dans ce cas une saignée du bras, répétée même une ou deux fois si les circonstances l'exigent, a sans contredit une utilité réelle. Si le sujet, sans être pléthorique, sans être très robuste, se plaint de céphalalgie, d'envies de dormir, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, on aura recours alors, non pas à la saignée, mais aux sangsues ou aux ventouses.

Toutes les fois qu'en l'absence des symptômes précédents on trouvera la langue sale, limoneuse, saburrale, comme on dit ; qu'il y aura de l'inappétence, de la céphalalgie même, cet état comportera beaucoup mieux les purgatifs que les saignées.

Enfin, après l'emploi des moyens précédents, viennent, pour les seconder, les révulsifs, qui consistent en ventouses ou en frictions sèches, en sinapismes, en vésicatoires.

Tous ces moyens pourront trouver leur moment d'application, et produire de bons résultats contre la conjonctivite oculaire franche ; mais ce qu'il faut remarquer, c'est l'inutilité presque absolue de chacun de ces remèdes contre l'iritis et la kératite, deux autres maladies que nous étudierons bientôt, tandis que les mercuriaux, la teinture de colchique, etc., et la salivation que les premiers de ces médicaments déterminent, ne produisent presque rien dans cette même conjonctivite, et sont d'une efficacité incontestable dans le traitement des deux affections précédentes, la kératite et l'iritis.

Ainsi, le traitement général de la conjonctivite oculaire franche, simple ou légitime, comme on voudra l'appeler, consiste donc dans l'emploi combiné des trois ordres de moyens dont nous venons de parler; et ces remèdes, inefficaces contre certaines autres maladies des yeux, concourent utilement à la guérison de celle-ci.

Le traitement local mérite toute notre attention, car il est très souvent suivi de résultats qu'on pourrait appeler miraculeux et sur lesquels nous nous appuierons tout à l'heure pour soutenir la nécessité d'admettre des divisions dans les maladies de l'œil ; vérité sur laquelle nous insistons.

On voit, en effet, quelquefois, un sujet pris d'une conjonctivite très intense être guéri en deux ou trois jours par l'emploi de ces moyens locaux dont nous allons parler dans un instant. Or, nous demandons si cela a jamais lieu pour d'autres espèces d'ophthalmie que pour la conjonctivite. Est ce une kératite qu'on guérira de la sorte ? Sera-ce un iritis qu'en deux ou trois jours on pourra faire disparaître ? Cela ne suffit-il pas pour légitimer les divisions établies dans les différentes affections dont l'œil peut devenir le siége ?

Et qu'on n'aille pas croire que, tout imposante qu'elle paraisse, cette raison soit la seule que nous ayons à invoquer en faveur de la nécessité d'une localisation exacte des maladies des yeux. Il en est une autre d'un plus grand poids encore.

Nous soutenons que ces divisions constituent le seul moyen de permettre à la thérapeutique de faire quelque progrès.

Qu'on y réfléchisse, toutes les maladies de l'œil étant confondues entre elles, nous supposons que l'on connaisse un bon moyen pour la guérison de la conjonctivite, mais qui ne fera absolument rien à un iritis, qui ne guérira pas une kératite ; les maladies de l'œil étant confondues, comme nous le supposons, on appliquera le remède et l'on sera en droit de le trouver inerte, de dire qu'il ne réussit jamais, bien qu'il ait été vanté : par cela seul qu'on l'aura appliqué à une affection à laquelle il ne convenait pas. Il est évident que de tous les moyens d'embrouiller la thérapeutique des maladies des yeux, il n'en est pas de plus sûr que la confusion des maladies diverses dont il est le siége.

En laissant persister cette confusion, la thérapeutique ira constamment en tâtonnant : et ce que nous disons là des affections des yeux, doit s'entendre également des maladies de tous les autres tissus; car l'inflammation diffère selon les tissus qu'elle envahit. Selon nous ce principe indique la marche à suivre pour étudier les maladies, sous peine de voir la science rester complétement stationnaire.

En définitive, pour en revenir aux moyens locaux qui conviennent dans les conjonctivites oculaires franches, ces moyens locaux ne sont pas ceux qui, bien qu'appliqués localement, modifient cependant l'état général de l'individu ; ainsi, la belladone, l'opium et autres, ne servent à rien dans cette espèce d'affection.

La classe de médicaments véritablement active dans la conjonctivite, ce sont les topiques directs, si on peut les appeler ainsi, c'est-à-dire les topiques qui n'agissent que sur les parties avec lesquelles ils sont mis en contact immédiat. Ce sont, en général, des stimulants ou des astringents. Cela est fort singulier sans doute, et nous avons eu une grande peine, il y a une vingtaine d'années, à faire prévaloir cette idée ; car l'on n'ignore pas qu'à cette époque régnait une doctrine qui, aux inflammations, ne voulait opposer autre chose que des émollients.

Les astringents qu'on emploie dans le traitement de la conjonctivite sont d'une infinité d'espèces. Le sublimé, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, le sulfate de fer, l'acétate de plomb liquide, cristallisé, les solutions de pierre divine, de pierre calaminaire, etc., etc., ont été la base d'une multitude de formules, de compositions, de recettes, et même de secrets qui sont encore conservés dans certaines familles.

Tous ces moyens, selon nous, le cèdent en efficacité à l'azotate d'argent. Nous l'avons, à l'heure qu'il est, employé sur peut être dix mille malades : chez les uns, pour savoir s'il réussissait dans toutes les maladies des yeux ; chez les autres, s'il réussissait seulement dans quelques cas donnés.

Le résultat de cette expérience, qui, certes, peut être regardée comme concluante, est que le nitrate d'argent doit être considéré comme un excellent moyen dans les conjonctivites simples.

Si l'on en veut un exemple, la malade du n° 23 en offre un des plus satisfaisants. Cette femme entra à l'hôpital il y a un mois à peu près ; elle portait une conjonctivite oculaire ; elle fut guérie en trois jours par la solution d'azotate d'argent à un décigramme pour 30 grammes d'eau distillée. Mais ajoutons qu'elle fut saignée, et qu'on lui fit prendre un purgatif; jusque-là ce n'était pas concluant. Elle sortit alors, retourna chez elle, au milieu de ses enfants, qui, à ce qu'elle dit, sont atteints d'une maladie d'yeux ; bref, ses deux yeux se prirent cette fois, et elle revint à la Charité. Il fut recommandé qu'on ne se servît d'autre chose que de la solution d'azotate d'argent. Avant-hier, donc, on commença à lui en instiller dans les yeux, et aujourd'hui déjà le mieux est très sensible.

La femme couchée au n° 5 présente un autre exemple non moins concluant. Atteinte d'une double conjonctivite, la maladie semblait menacer de devenir purulente ; on fit usage de la même solution, et quatre à cinq jours après, toute inflammation avait disparu, et les yeux étaient redevenus parfaitement blancs.

D'ailleurs, entre ces deux exemples qui nous sont personnels, l'excellence du médicament dont nous parlons est aujourd'hui confirmée par la pratique d'une grande quantité de chirurgiens.

Les seules personnes qui pourraient trouver ce médicament en défaut, seraient précisément celles qui confondent toutes ensemble les maladies des yeux : nous en avons exposé les raisons plus haut ; mais nous pouvons affirmer, quant à nous, que le nitrate d'argent guérit la conjonctivite oculaire, non-seulement chronique, mais à l'état aigu, et même quand la maladie paraît fort intense.

Pour ce qui regarde le mode de préparation qu'il convient d'employer, nous dirons que le nitrate d'argent en pommade doit être mis en usage contre les blépharites conjonctivales, et qu'on se trouve mieux, dans les conjonctivites oculaires, de la solution du même médicament.

Les doses seront de un à deux décigrammes pour trente grammes d'eau distillée si la maladie est intense et marche vite ; de cinq centigrammes pour la même quantité de liquide, si l'inflammation de la conjonctive est modérée.

Il est bien entendu qu'on augmente ou qu'on diminue les doses suivant l'effet qu'on obtient du médicament. Dans ces sortes de cas le nitrate d'argent est un remède fidèle, mais qui, comme tous les agents thérapeutiques énergiques, demande à être manié avec habileté et prudence. On fera bien encore de suspendre quelques jours l'emploi du médicament, pour le reprendre, le laisser et recommencer, ainsi de suite. On vient souvent ainsi à bout d'inflammations très tenaces en les avivant de temps en temps pour les laisser retomber encore.

Il nous reste à parler maintenant des moyens à opposer aux conjonctivites purulentes ; c'est un sujet tellement sérieux que nous y consacrerons probablement notre prochain compte-rendu.

PAJOT.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

Disposition gangréneuse générale chez un maniaque. Escarrhes au sacrum, aux membres inférieurs. Gangrène du foie, de la rate. Mort, autopsie.

L..., âgée de cinquante-neuf ans, est entrée dans la section des aliénés depuis 1822. Pendant ce long espace de temps, elle a présenté tous les symptômes d'accès de manie, qui alternaient avec un état de stupeur prononcée.

Le 4 mai dernier, époque à laquelle a débuté la gangrène, L... jouissait d'une assez bonne santé ; sa constitution, malgré son âge avancé, quatre-vingt-un ans, était assez bonne ; son embonpoint considérable. Tempérament nerveux très excitable. Depuis plusieurs jours invasion d'un délire maniaque très aigu, agitation, loquacité, insomnie. On remarque à la partie interne du genou droit une phlyctène contenant une sérosité roussâtre qui en découle lorsqu'on vient à la rompre ; la surface ulcérée est rouge, violacée, de la largeur d'une pièce de cinq francs. L'extrémité des deux premiers orteils, du côté droit, présente deux escarrhes de forme elliptique. A la partie postérieure du sacrum, et dans la région du grand trochanter du côté droit, aux malléoles de la jambe gauche, on aperçoit une coloration bleuâtre, un commencement d'escarrhes. L'appétit a diminué ; rien de notable pour les fonctions digestives ; la respiration est normale ; l'étendue de la matité

» dit-elle dans son Rapport, furent pris partout où on les trouva, quelques-uns vinrent de la mosquée El-Ahzar, la majeure partie quitta les champs, et se présenta pour répandre un jour dans leur patrie les lumières qui en avaient disparu. » Il nous semble tout naturel qu'on ait pris les élèves là où on les trouva, nous ne voyons pas comment on eût pu faire autrement ; mais, n'en déplaise à M. Hamont, qui, soit dit en passant, copia en tout dans la création de l'Ecole vétérinaire ce qui avait été fait pour l'Ecole de médecine, les premiers élèves écrivaient correctement leur langue, et plusieurs même étaient ulémas : c'est tout ce qu'il était possible et raisonnable d'exiger.

La Commission énumère avec un ton de malveillance évidente les difficultés que présenta l'enseignement à cause de la différence de langage, de caractère et d'éducation religieuse des élèves et des professeurs, et ce qu'il fallut d'efforts et de peines pour les surmonter. En parlant ainsi, ces Messieurs font, sans le vouloir, l'éloge des maîtres et des élèves.

La Commission raconte ensuite avec complaisance une mauvaise plaisanterie bien digne du livre dont elle est extraite, et qui tendrait à faire de M. de Laborde une dupe et un niais. Ceux qui ont connu ce savant voyageur, rejetteront une pareille ineptie. Toujours à la remorque de M. Hamont, la Commission jette le blâme et la raillerie sur un fait très louable en lui-même, et qui prouve évidemment que nos maîtres ne s'en tenaient pas à un simple enseignement théorique. Elle reproche à Clot-Bey de *blesser* les cadavres ; mais c'était le seul moyen d'initier les élèves à la connaissance pratique des blessures produites par des armes de guerre, destinés qu'ils étaient à suivre trois mois plus tard, en qualité d'aides, l'armée prête à partir pour la conquête de la Syrie. Ce n'est pas pendant quelques jours seulement, comme le dit la Commission, que des cadavres furent fusillés et sabrés dans l'amphithéâtre ; cet exercice fut continué tout le temps nécessaire à un cours complet. Pareille chose a été faite à Paris par un grand chirurgien, et nous ne sachions pas que personne ait eu l'esprit assez de travers et assez malveillant pour ridiculiser ce genre d'enseignement pratique. Aucun des élèves ne quitta l'Ecole pour passer dans l'armée ou dans la marine sans avoir quatre ou cinq ans d'études ; ils y entrèrent généralement avec le grade de sous-aide ; quelques-uns méritèrent, par leur instruction et leur capacité, de recevoir celui d'aide-major, mais aucun ne fut fait chef de service, et à chaque régiment, à chaque navire, était attaché un médecin-major européen. Le vice-roi, satisfait de la conduite que tinrent la plupart des officiers de santé, les récompensa par un prompt avancement, et donna une grande extension à l'Ecole, afin de multiplier les services qu'elle était appelée à rendre. Dans la vue d'assurer l'avenir de cet établissement, qui dans cinq années avait donné des résultats positifs, il désigna douze des meilleurs élèves pour aller compléter leurs études médicales à l'Ecole de Paris. M. Hamont cherche à atténuer l'importance de l'examen que nous subîmes avant d'y être admis. N'y a-t-il pas de l'inconvenance à accuser la bonne foi des membres d'un jury composé d'hommes tels que les Orfila, Dupuytren, Roche, Sanson, Bégin, Breschet, Cloquet, Pariset, Jomard ? Du reste on jugera par les questions qui nous furent adressées, de la portée des épreuves auxquelles nous fûmes soumis :

1° Décrire le cerveau, l'oreille interne, l'œil, et principalement le cristallin. Décrire la formation de la cataracte, et l'opération qu'elle rend nécessaire.

2° Décrire le canal inguinal, la formation de la hernie inguinale, les symptômes de l'étranglement et l'opération de cette espèce de hernie.

3° Décrire la conjonctive et l'ophthalmie.

4° Décrire le périnée et le col de la vessie; indiquer les causes et les symptômes des calculs et l'opération de la taille, telle que la pratique Clot-Bey.

5° Décrire l'articulation scapulo-humérale, la luxation de l'humérus et le moyen de la réduire.

6° Indiquer les plaies d'armes à feu qui rendent l'amputation nécessaire, et décrire l'amputation.

7° Exposer l'anatomie du foie et l'histoire de l'hépatite.

Et nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ici les paroles de nos examinateurs et d'éclairer l'opinion du public, en reproduisant exactement l'allocution que M. Dupuytren nous adressa dans cette circonstance.

« Elèves de l'école d'Abou-Zabel, nous sommes heureux d'avoir été appelés à constater le savoir et les succès des jeunes élèves de la nouvelle école arabe. Cette école servit autrefois à entretenir le flambeau à moitié éteint de la médecine ; les services que la médecine en reçut, elle les a rendus à l'Egypte.

» L'homme supérieur dans les mains duquel le ciel a remis, dans ces derniers temps, le gouvernement de cette terre antique, et qui a conçu la noble pensée de faire revivre toutes les gloires, ne pouvait négliger de lui rendre celle de la médecine. Dans cette vue, il ne pouvait faire un meilleur choix que celui de l'illustre professeur auquel il a confié le soin de relever l'Ecole d'Alexandrie.

» Vos succès lui appartiennent ; qu'il en reçoive ici nos félicitations. Recevez aussi nos compliments, jeunes élèves ; à travers les difficultés d'une langue qui vous est étrangère, nous avons trouvé avec plaisir la preuve d'un savoir aussi solide qu'étendu. Vos réponses à nos questions nous présagent qu'Avicenne, Rhazès et Abou-l-Câcem trouveront en vous de dignes successeurs.

» La carrière qui vous est ouverte est pleine d'espoir pour vous ; elle est pleine d'utilité pour votre pays et pour la science. Vous allez être appelés à traiter les maux qui, comme par une compensation de ses avantages et de sa fertilité, affligent l'Egypte.

» Mais ce ne sera pas assez, il faudra encore que vos efforts tendent à reculer les bornes de la science ; elle espère de vous des lumières depuis long-temps attendues sur les causes, sur la nature et sur le traitement des maladies propres à l'Egypte. Les espérances de la science ne seront pas trompées, et cette Académie qui vous a reçus avec tant de bienveillance dans son sein, accueillera avec empressement les résultats des observations et des recherches que je viens de proposer à votre zèle. »

La Commission n'a pas cru convenable de parler de la manière dont nous étudiâmes à Paris et dont nous subîmes les examens probatoires exigés des candidats au doctorat. C'est que, sans doute, il n'eût pas été sans danger pour elle d'avancer que nous devions à la faveur un titre qui nous donne le même droit qu'à tout docteur français, de pratiquer et d'enseigner la médecine. Nous ajouterons que ce n'est qu'après avoir rempli pendant quatre ans les fonctions de professeurs-adjoints, que nous avons été nommés professeurs titulaires.

Ce qui doit le plus surprendre dans le travail d'une Commission composée presque entièrement de médecins, c'est la dénégation de l'utilité d'une Ecole de médecine en Egypte. La passion seule est capable de produire une erreur aussi monstrueuse. Heureusement que l'Ecole de médecine égyptienne n'a rien à craindre de pareils adversaires, et que la violence et l'injustice de leurs diatribes ne feront que fortifier les sympathies des esprits graves et des cœurs généreux. Quand on se donne une mission comme celle que s'attribue la *Revue*, ce n'est pas en servant de basses passions et en prodiguant l'injure, qu'on peut espérer de la remplir.

Nous protestons contre le jugement d'un pareil tribunal. Nous le dénonçons aux médecins de l'Europe comme un acte outrageant pour la science, pour l'humanité, pour la civilisation ; comme contraire aux devoirs auxquels les médecins sont tenus les uns envers les autres.

Une chose nous a plus étonnés encore que les injures qui nous ont été prodiguées, c'est que ces injures nous soient venues d'hommes qui sont les compatriotes de nos maîtres, d'hommes qui appartiennent à un pays où nous sommes allés compléter notre éducation, nous former à son langage et à ses mœurs, d'hommes qui font partie de la nation renommée à juste titre pour sa politesse et son aménité. Nos compatriotes qui se sont instruits en Angleterre et en Allemagne, trouvent toujours de la sympathie et de l'appui chez ceux qui les ont reçus dans leurs foyers. Mais nous aurions tort d'attacher trop d'importance à la condamnation prononcée contre nous et contre l'Ecole arabe par la *Revue d'Orient*, qui s'est faite, à son insu, nous aimons à le croire, l'organe d'un obscur ennemi de la cause égyptienne.

Malgré les diatribes et les calomnies de quelques hommes passionnés, nous conserverons toujours à la France notre affection et notre gratitude ; nos regards et nos souvenirs se tourneront incessamment vers

et les bruits du cœur ne sont pas modifiés. Décoction de quinquina pour tisane ; vin de quinquina, 125 gr.

Les jours suivants, jusqu'au 15 mai, la maladie a marché lentement ; on a continué le même traitement. L'ulcération du genou est cicatrisée. Les escarrhes se sont agrandies, et leur coloration est plus noire. Le délire maniaque et l'insomnie ont persisté, l'inappétence a augmenté. La malade a un peu maigri, sa physionomie est altérée.

Le 25 mai, le sacrum présente, à droite des apophyses épineuses, une large escarrhe qui commence à s'ulcérer et qui exhale une odeur fétide, caractéristique. Avec les pinces on en détache des lambeaux de tissu cellulaire mortifiés. L'ulcération s'étend en largeur et en profondeur. Les escarrhes du grand trochanter, des malléoles et des extrémités des orteils occupent une plus large surface.

La malade refuse les aliments qu'on lui présente, la soif est vive ; le pouls est petit, filiforme à 72. Quinquina à l'extérieur et à l'intérieur, aspersions et lotions chlorurées.

Le 12 juin, la gangrène dans les points indiqués a fait de rapides progrès. La solution de continuité du sacrum s'est considérablement agrandie ; l'os est mis à nu, les muscles sont aussi mortifiés. La figure de la malade est très altérée, le délire a cessé. L... a toute sa raison, elle est très reconnaissante des soins qu'on lui donne ; elle dit être très faible, souffrir beaucoup, et ne pouvoir pas manger. Les membres inférieurs sont infiltrés, les extrémités sont froides. La malade a eu plusieurs syncopes pendant la nuit. Le matin, à la visite, la respiration est stertoreuse ; le pouls petit, intermittent. L... a succombé dans la journée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

État extérieur. — Amaigrissement assez considérable. A la partie postérieure du tronc on aperçoit en arrière du sacrum une solution de continuité à bords inégaux, déchiquetés ; la surface est noire et exhale l'odeur de la gangrène ; son étendue est de 15 centimètres transversalement et de 9 centimètres verticalement. Les autres escarrhes observées pendant la vie ne sont pas ulcérées ; elles sont sèches, et la peau seule est gangrenée.

Tête. — Injection très considérable des membranes avec traînées blanchâtres, albumineuses, accompagnant les ramifications des vaisseaux. L'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies, sans adhérences. Un verre de sérosité citrine s'écoule en enlevant le cerveau. La substance cérébrale ne présente aucun ramollissement, superficiel ni profond ; sa consistance est plutôt augmentée. Les ventricules sont dilatés par la sérosité dont nous avons parlé.

Le système nerveux cérébro-spinal ne présente aucune altération.

Poitrine. — Les poumons, le cœur, et les vaisseaux thoraciques, n'offrent aucune lésion.

Abdomen. — L'estomac est distendu par des gaz. Sa portion pylorique et la partie supérieure du duodénum sont fortement colorées en noir-chocolat. Rien de notable pour l'estomac et le reste du tube digestif.

Le foie n'est pas plus volumineux qu'à l'état normal. Le lobe gauche est sain, le droit est mou, pulpeux, offrant une coloration noir-chocolat et exhalant l'odeur fétide de la gangrène. Les vaisseaux hépatiques ne sont pas oblitérés.

La rate est molle, diffluante ; on l'arrache par lambeaux d'où découle un liquide noir, poisseux, fétide. Les vaisseaux spléniques ne présentent aucun obstacle à la circulation.

La veine cave inférieure et les principaux vaisseaux qui y aboutissent n'offrent aucune lésion.

Le système artériel sous-diaphragmatique a été examiné avec soin ; aucun obstacle à la circulation n'existe, si ce n'est au niveau de la division de l'aorte abdominale. On aperçoit à l'orifice supérieur de l'iliaque droite une concrétion osseuse ayant la forme et la grosseur d'une mûre et rétrécissant la lumière du vaisseau au point qu'on peut à peine y introduire un noyau de plume ordinaire.

Organes génitaux urinaires. — Les ovaires présentent deux kystes ayant chacun le volume d'un œuf de pigeon.

Réflexions. — En analysant les faits principaux de cette observation, M. Baillarger a démontré que L... avait succombé à une disposition gangréneuse générale qui se rencontre assez souvent chez les maniaques et les aliénés atteints de paralysie générale.

Plusieurs observations ont été publiées par MM. Roussel, Guislain, M. Baillarger lui-même, etc. De cet ensemble de faits il résulte que :

1° Cette disposition gangréneuse générale débute sans causes connues et sans prodromes. En effet, chez la malade dont nous rapportons l'observation, le premier symptôme a été l'apparition d'une phlyctène à la partie interne du genou, et de petites eschares à l'extrémité des orteils de la jambe droite. A part un peu d'inappétence, on n'a observé aucune lésion fonctionnelle.

2° La gangrène envahit seulement les téguments ; ainsi une paralytique a succombé il y a trois mois dans le service et a présenté des eschares larges et profondes aux genoux, au sacrum et une dénudation presque complète de la voûte palatine, la muqueuse étant gangrenée dans presque toute son étendue. La gangrène atteint seulement les organes parenchymateux : M. Guislain a publié plusieurs observations de gangrène du poumon. On observe à la fois une gangrène des téguments et des organes parenchymateux, du poumon principalement. M. Baillarger a publié dans les Annales médico-psychologiques l'observation d'une maniaque de trente ans, qui est morte des suites d'une disposition gangréneuse générale caractérisée par des eschares aux orteils, des cavernes gangréneuses dans plusieurs points des poumons. — L... nous a présenté des eschares au sacrum, aux orteils, aux malléoles, et une gangrène évidente du lobe droit du foie et de la rate. Sous le rapport du siége de la gangrène on pourrait donc la diviser en externe et interne.

3° Lorsqu'il existe un obstacle à la circulation, la gangrène atteint surtout la partie du corps où l'on trouve cet obstacle. Ainsi rappelons-nous que L... avait surtout des eschares du côté droit, et chez cette malade l'iliaque droite était oblitérée presque complètement par une concrétion. A cette occasion, M. Baillarger rapporte l'histoire d'un maniaque de Charenton, qui fut atteint subitement d'une disposition gangréneuse générale et chez lequel la gangrène avait envahi le membre inférieur, où vingt ans auparavant on avait pratiqué la ligature de l'artère crurale.

4° La marche de la disposition gangréneuse générale est rapide, la terminaison toujours fâcheuse ; les malades succombent après quinze jours, un mois au plus de maladie.

5° Le diagnostic ne présente aucune difficulté : on pourrait confondre cette affection avec le scorbut ; mais l'aspect des taches, la constitution du malade et surtout l'état des gencives suffiront pour éviter toute erreur.

6° Cette disposition gangréneuse générale se distingue de la gangrène qui se rencontre dans les diverses régions du corps où la circulation a été gênée ou suspendue. En effet, les eschares apparaissent dans des points où aucune pression n'a été exercée pendant le décubitus des malades. Est-ce une altération du sang ? Est-ce une légion de l'innervation ? Le problème de la nature de cette affection n'a pas été résolu par l'anatomie pathologique.

7° Le traitement consiste surtout dans des soins hygiéniques. On doit avoir recours aux toniques à l'extérieur et à l'intérieur ; aux antiseptiques : ainsi le quinquina, les aspersions chlorurées, etc.

J. MACQUET.

HOPITAL NECKER. — M. CHASSAIGNAC.

Tumeur érectile de l'épaule récidivée après une cautérisation avec la pâte de Vienne. Considérations sur l'emploi des caustiques pour la destruction des tumeurs.

Au n° 2 de la salle St-Pierre, est un homme de vingt-trois ans, entré pour la deuxième fois à l'hôpital Necker le 10 juin 1844, et portant une récidive de tumeur érectile développée à la partie supérieure de l'épaule droite, sur le trajet du bord supérieur du trapèze. Cette tumeur, qui ne forme plus un relief considérable au-dessus du niveau des téguments, présente une forme longitudinale ; elle offre en dimension (en y comprenant la cicatrice, devenue très vasculaire, qui la recouvre) la longueur du doigt, la largeur de deux travers de doigt et une épaisseur peu considérable que l'on apprécie en faisant un pli à la portion de téguments sur laquelle elle est placée. Cette tumeur a déjà été traitée une première fois par l'application de la pâte de Vienne, et bien que l'on ait pu croire à sa destruction définitive par le caustique, elle a repris un développement qui oblige de recourir à de nouveaux moyens de traitement. Ce cas clinique intéressant a donné matière à quelques considérations que nous allons reproduire.

L'emploi des caustiques comme moyen destructeur des tumeurs d'un certain volume présente des difficultés et des incertitudes auxquelles a nécessairement réfléchi tout homme qui s'occupe de chirurgie pratique. Les incertitudes viennent du résultat variable de l'action du caustique, suivant le nombre et le degré de densité des tissus morbides sur lesquels se fait son application ; et il suffit de se rappeler un instant combien ces variétés sont nombreuses, pour voir que dans chaque cas particulier il y a toujours doute sur le degré de profondeur auquel s'étendra l'agent que l'on emploie. Les difficultés viennent de ce que, dans l'application du caustique, ou bien l'on est exposé à pénétrer dans les tissus sains à une profondeur trop grande au delà des limites de la tumeur, ce qui entraîne des cicatrices plus difformes, une suppuration plus longue et plus étendue en surface, et, ce qui est plus grave, la lésion d'organes importants à ménager siégeant au-dessous du lieu sur lequel est faite l'application du caustique, ou bien l'on reste en deçà des limites de la tumeur, et il arrive qu'une portion laissée intacte du tissu malade peut redevenir le point de départ, le germe d'une tumeur nouvelle ; et ici deux choses peuvent se présenter : tantôt la portion restante du tissu morbide devient temporairement le siége d'une cicatrice qui paraît bonne et, dans la sécurité qui naît de cet aspect favorable, on laisse, sans s'en douter, une cause inévitable de récidive ; mais on ne constate ce fait qu'à l'époque de la chute complète des eschares produites par la première cautérisation, et déjà dans certaines, vu la chute tardive de ces eschares, il y a une récidive déjà avancée de la maladie primitive. De là nécessité de renouveler sur des tissus enflammés et douloureux les applications cautérisantes qui offrent des difficultés nouvelles.

Le véritable cas d'application heureuse des caustiques, est celui d'une lame peu épaisse de tissu malade siégeant sur une partie du corps où la cautérisation, en supposant qu'elle atteigne au delà des limites du mal, ne peut pas entraîner de

---

elle. Chaque jour nous communions avec cette patrie de la civilisation, par la lecture de ses livres et par l'étude de ses sciences ; nous mettons en langue arabe ses meilleurs ouvrages de médecine, de chimie, de physique, etc., etc. Nos imprimeries multiplient nos traductions et les répandent dans tous les pays musulmans. Nous poursuivons, dans les journaux de médecine français, les pensées, les expériences, les découvertes de nos illustres maîtres, lesquelles fructifient, se réforment, se développent entre les mains des savants qui sont ou leurs successeurs, ou leurs élèves, ou leurs rivaux.

Agréez, etc.

ESSAOUN. Dr MOHAMMED-ALI, MUSTAFA, Dr CHAFET, IBRAHIM, HUSSEIN-RACHID, Dr CHABAN, RACHID.

NÉCROLOGIE.

L'un des plus respectables citoyens du canton de Vaud, Louis d'Ivernois, qui avait long-temps exercé avec distinction l'orthopédie à Paris, et l'avait enrichie de plusieurs inventions utiles, vient de mourir à *Verone*, pendant un voyage qu'il faisait en Italie pour le rétablissement de sa santé. D'Ivernois doit être considéré comme le restaurateur de l'orthopédie en France, et ce titre lui assigne une place dans nos biographies médico-chirurgicales. Issu d'une famille française, dont les ascendants avaient jadis émigré dans un temps de persécution religieuse, d'Ivernois était né en Suisse ; il avait été initié de bonne heure aux pratiques orthopédiques de *Venel* son oncle, si renommé dans la petite ville d'Orbe pour la guérison des difformités. Il vint s'établir à Paris en 1813, apportant quelques procédés et quelques machines inventées par Venel et plus ou moins bien décrites dans les Mémoires de la Société des sciences physiques de Lausanne (1). L'orthopédie française, cultivée depuis par des hommes distingués, tels que MM. Pravaz, Bouvier, Guérin, Mellet (de Lausanne), était alors exclusivement exercée par des bandagistes routiniers ou d'ignorants mécaniciens.

Les procédés orthopédiques que d'Ivernois avait apportés de la Suisse, ceux qu'il inventa dans la suite et employa avec tant de succès, approuvés d'ailleurs par les médecins et chirurgiens les plus distingués de l'époque, ne pouvaient manquer de placer l'orthopédie au rang des spécialités chirurgicales de la capitale, et de lui ouvrir la brillante carrière que cet art semble destiné à parcourir. D'Ivernois exerça l'orthopédie à Paris avec un grand succès pendant environ quinze ans, et enrichit successivement la pratique de plusieurs machines ou appareils qui reçurent l'approbation de l'ancienne Société de l'École de médecine (1). Ces appareils ont été décrits dans les recueils périodiques du temps (2) ; dans l'article *Orthopédie* de l'Encyclopédie méthodique ; au mot *Pied-Bot* du Dictionnaire des sciences médicales ; dans une brochure intitulée : *Essai sur la torsion des pieds* (3) ; dans le Manuel d'orthopédie de M. Mellet (de Lausanne) (4), etc. D'Ivernois était à la fois chirurgien et mécanicien ; il avait des connaissances assez étendues en physique, en physiologie, en pathologie même. Mais il n'avait pris ni titre scientifique, ni brevets d'invention, quoiqu'il eût beaucoup inventé. Les machines destinées à abaisser le talon et à suppléer à l'action des muscles fléchisseurs du pied paralysés ; les tuteurs propres au redressement des membres ; les *sabots* de jour et de nuit, si utiles dans le traitement des pieds-bots, et qu'on trouve aujourd'hui chez tous les bandagistes-mécaniciens, ont été inventés ou considérablement perfectionnés par d'Ivernois.

Quoique Français par le cœur et la reconnaissance qu'il avait vouée à notre pays, qui l'avait enrichi, d'Ivernois s'était néanmoins retiré en Suisse, son pays natal, presque déjà usé par le travail d'une profession pénible ; il habitait la belle ville d'Orbe, dans le canton de Vaud, à quelques lieues de notre frontière.

Il jouissait dans la retraite du fruit de son travail, et consacrait une partie de son temps à des occupations agricoles, lorsqu'il fut atteint d'une maladie nerveuse dont les accès vinrent l'assaillir jusque dans les conseils de son canton, où l'avaient appelé les suffrages de ses concitoyens. Dès lors, il n'eut plus qu'une existence languissante..... Fatigué d'employer des médicaments inutiles, il demanda aux eaux de Plombières, d'Aix (en Savoie), de Saint Gervais une guérison que lui refusait la thérapeutique des officines. A son passage à Paris en 1842, les amis de D'Ivernois purent juger de l'insuffisance des *thermes*, aux affreux ravages que la maladie avait faits chez un homme si heureusement doué par la nature. Enfin, l'Italie, cette terre consolatrice des affligés, dernier recours des incurables, ranima l'espérance si souvent déçue du pauvre malade ; il partit pour Naples ; il revenait après avoir contemplé les dangereuses merveilles du Vésuve, un peu fatigué du voyage, lorsqu'il tomba malade à Verone, et y succomba rapidement au mois d'avril dernier, à l'âge de cinquante-cinq ans, loin d'une famille qui le chérissait et dont il était le bienfaiteur.

D'Ivernois faisait une heureuse application des machines dans le traitement des difformités des membres et des pieds-bots, dont il triomphait presque toujours chez les jeunes sujets ; il secondait admirablement l'emploi des appareils par des manipulations et des pansements réitérés. Beaucoup de praticiens encore pleins de vie, ont été témoins de sa pratique éclairée et fertile en ressources. Il se refusa toujours, avec une singulière obstination, à pratiquer la ténotomie déjà connue, et contre laquelle il avait des préventions mal fondées. Il n'avait non plus qu'une confiance médiocre dans les moyens mécaniques usités dans le traitement des déviations de la colonne vertébrale ; et quoique ces moyens aient été singulièrement perfectionnés par des travaux successifs, il est douteux que l'expérience des quinze dernières années eût été de nature à faire changer d'opinion notre opiniâtre orthopédiste.

Doué d'un esprit d'invention remarquable, d'Ivernois avait une prodigieuse aptitude à imaginer des appareils pour des cas particuliers de difformité. La maladie guérie, la machine devenait inutile, à moins qu'un cas semblable ne vînt à se présenter. Malheureusement cet orthopédiste si fécond ne faisait point dessiner ses appareils, et n'en a laissé aucune description.

BRICHETEAU.

Le docteur Mailly, l'un des médecins de la Pitié et du Bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, vient de mourir des suites d'une pleuro-pneumonie. Ce digne et courageux praticien ressentait depuis plus de vingt jours les atteintes de sa maladie, mais ne s'est arrêté que quand les forces lui ont tout à fait manqué. Le mal avait fait de profonds ravages, et les soins empressés de ses confrères n'ont pu le soustraire à la mort, qui est bientôt venue le frapper au milieu de cruelles souffrances.

Ses obsèques ont eu lieu hier, et il a été accompagné à sa dernière demeure par de nombreux amis et clients, tous profondément émus d'une perte aussi cruelle qu'inattendue.

M. le docteur Fleurus Léger a prononcé, au nom de ses confrères du bureau de bienfaisance, quelques paroles sur la tombe du défunt. Il a succinctement énuméré les titres de son confrère, qui, en 1817, fut reçu le premier au concours de l'externat ; en 1820, obtint le premier grand prix des hôpitaux ; en 1819, un prix à l'École pratique ; dans la même année, un prix d'anatomie à la Faculté de médecine ; en 1832, enfin, une médaille de la ville, en récompense de ses services pendant le choléra.

Le docteur Mailly, avec d'aussi beaux titres, fut vite connu et eut une nombreuse clientèle ; pourtant, pendant les vingt-quatre années d'une pratique laborieuse et pénible, il ne put rien amasser, tant il était généreux et désintéressé. Ses confrères, apprenant par un intime de la famille, qu'il laissait sa veuve et ses trois enfants dans une situation fâcheuse, prirent à l'instant la résolution d'ouvrir une souscription pour couvrir sa tombe d'un témoignage de leur amitié.

M. le docteur, Léger, rue Saint-Germain-l'Auxerrois, n° 65, a bien voulu se charger de recevoir le produit de la souscription.

---

(1) Page 202. (1771.)

(1) Bulletins de la Faculté de médecine, 1820.
(2) Gazette de Santé du 11 juillet 1814.
(3) Paris, 1817.
(4) Paris, 1835.

lésions dangereuses, ce qui permet de détruire tout le tissu malade d'emblée, en quelque sorte, et par une seule application.

Si les caustiques sont quelquefois infidèles ou variables dans leur action entre les mains des chirurgiens les plus habiles, on peut s'étonner à bon droit des succès qu'obtiennent en apparence plus qu'en réalité des hommes que leur peu de connaissances en chirurgie semblerait rendre incapables de manier avec avantage ce genre de moyens thérapeutiques. Parmi ces résultats qui frappent vivement l'esprit des gens du monde, par lesquels tout ce qui remplace l'action de l'instrument tranchant est accueilli avec une faveur marquée, il en est qui sont dues précisément à l'ignorance même de celui qui fait l'application du remède. Entre l'homme pourvu de connaissances anatomiques exactes et celui qui ne possède à cet égard que des notions superficielles, il y a cette différence, que le dernier n'étant point arrêté par des préoccupations prenant leur source dans la crainte d'atteindre des organes délicats, agit avec plus de hardiesse, ou, si l'on veut, plus d'aveuglement, et peut détruire la totalité du mal en une seule application, là où, de la part d'une main plus circonspecte, il eût fallu des applications répétées. Faut-il conclure de là que de pareilles témérités, alors même qu'elles sont heureuses, doivent porter à se soucier un peu moins des règles de la prudence? Non assurément. Mais il faut en tirer cette conséquence, que les caustiques puissants doivent surtout être réservés pour les cas dans lesquels la région qui sert de substratum aux tissus malades peut être atteinte à une assez grande profondeur pour qu'il en résulte des conséquences vraiment fâcheuses.

Un mot sur la destruction des tumeurs volumineuses, celles du sein, par exemple, par l'application des caustiques. Voici généralement ce qui arrive : Une masse plus ou moins considérable de la tumeur est atteinte d'emblée par l'action du caustique; mais comme il n'est pas donné à un pareil agent de s'arrêter avec la précision du bistouri dans le plan celluleux qui sépare le grand pectoral de la tumeur, il arrive ou que ce muscle, nullement malade, se trouve atteint par le caustique, ou que ce dernier n'ayant pas atteint la dernière limite du mal, on est obligé de revenir à une application nouvelle. Quelquefois cette application peut être faite pendant la durée de la cure; mais dans d'autres circonstances une cicatrise se forme à la surface des tissus de mauvaise nature qui n'ont pas été détruits, et la récidive survient avec une telle rapidité, que les malades n'ont même pas eu, en échange des douleurs de la cautéristaion, cette période de bien-être et d'espoir de guérison définitive qui sucède pendant un temps quelquefois assez long à l'opération faite avec le bistouri. Un autre vice de l'emploi des caustiques en pareil cas, résulte de l'irrégularité même du pourtour de la tumeur, d'où s'irradient en différent points des prolongements dont la dissection est toujours délicate et plus ou moins laborieuse, ainsi que le savent tous les chirurgiens qui ont opéré de ces tumeurs, tous ceux même qui ont examiné anatomiquement la glande mammaire à l'état sain. Enfin, le caustique est tout à fait impuissant pour détruire les prolongements ganglionnaires de la tumeur dans le creux de l'aisselle; car la présence des artères volumineuses renfermées dans cette région ne permet pas de songer un seul instant à l'emploi d'un moyen aussi peu limité dans son action. Quant aux cas, plus nombreux qu'on ne pense, où l'application des caustiques est faite par suite d'erreur de diagnostic ou d'erreurs d'une autre nature, sur des tumeurs bénignes du sein, par exemple, des kystes, des abcès chroniques, des tumeurs scrofuleuses, on conçoit tout le parti qu'on a pu tirer de faits de ce genre en faveur d'une thérapeutique dans laquelle les parties malades étant dénaturées dans leur aspect par une action chimique, on peut se donner carrière à penser, ou du moins à dire, que des cancers ont été détruits sans aucune récidive, et que c'est aux propriétés merveilleuses de tel ou tel caustique en particulier, qu'il faut attribuer l'honneur de ces résultats.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE TOULOUSE. (Mai 1844.)

Observations sur l'efficacité des frictions mercurielles à hautes doses dans le traitement de la péritonite aiguë; par M. CRESPY, D.-M.

Première observation. — Jeune fille de dix-sept ans, ayant subi pendant les derniers mois de sa grossesse de mauvais traitements de la part de sa mère, parturition longue et laborieuse; enfant à terme, mort-né. Trois jours après l'accouchement, suppression complète des lochies à la suite d'un froid violent aux extrémités inférieures. Tension et douleur de l'abdomen; mouvement convulsif, délire et soubresauts des tendons. Face grippée, terreuse, yeux excavés, peau froide et sèche; nausées et vomissements fréquents de matières verdâtres. Boissons froides, large cataplasme fortement camphré sur l'abdomen. — Le lendemain, aggravation de tous les symptômes. 12 grammes d'onguent mercuriel double en frictions, qui seront répétées toutes les trois heures. Après la quatrième friction, aucun changement favorable n'étant survenu, la dose des frictions est portée à 18 grammes pratiquées toutes les 4 heures. Une heure après la première de ces frictions, tension du ventre moindre, amélioration générale, mais légère. Après les quatre frictions à 18 grammes, amélioration plus sensible. On réduit à 8 grammes la dose de l'onguent mercuriel, et les frictions pratiquées toutes les deux heures sont continuées pendant deux jours encore. Au bout de ce temps, le ventre est souple, la chaleur de la peau s'est rétablie, tous les symptômes alarmants se sont dissipés, et la malade entre en convalescence, qui a été longue et pénible.

Seconde observation.—Femme de trente et un ans, bien constituée, primipare, grossesse et accouchement heureux. Deux jours après, exposition au froid; frisson violent presque immédiat, et huit heures après M. Crespy la trouve dans l'état suivant : Face vultueuse, traits tiraillés, yeux humides et hagards, pupilles très dilatées, mais contractiles; battements énergiques des temporales et des carotides; peau sèche et brûlante au thorax et aux membres supérieurs, mais froide au ventre et aux membres pelviens; pouls petit, serré et fréquent. Lochies supprimées, ventre rétracté, dur et très douloureux à la pression; vomiturition fréquentes, soif intense, langue rouge, effilée et sèche (saignée de 600 grammes, boisson gommeuse froide.) Le lendemain, et malgré l'emploi d'une nouvelle saignée et d'une application de quarante sangsues sur le ventre, les symptômes persistent avec la même intensité. Alors, frictions chaque trois heures avec 16 grammes d'onguent mercuriel double. Dès la seconde friction amélioration notable, qui va toujours en augmentant sous leur influence. Elles furent continuées pendant quatre jours, il y eut 400 grammes d'onguent mercuriel employés. Une convalescence franche s'établit. Une remarque à faire, c'est que les lochies ne revinrent pas, et que les seins, qui étaient volumineux et d'une belle forme, se sont presque entièrement affaissés.

De l'érysipèle interne; par M. le docteur BUTIGNOT.

Nous ne connaissons pas dans la science d'observation analogue à suivante. L'auteur a-t-il suffisamment justifié la dénomination d'érysipèle interne par laquelle il la désigne? Nos lecteurs en jugeront, en regrettant, comme nous, que l'autopsie cadavérique n'ait pas été faite.

Le 24 mars dernier, un homme de soixante-six ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, se plaignit d'une douleur légère et accompagnée d'une sensation de chaleur mordicante à la gorge. Les parties malades présentaient une douleur peu vive, accompagnée de tuméfaction à peine apparente, occupant l'isthme du gosier et le pharynx. Du reste, pas de fièvre, appétit conservé et si bien, qu'après la visite du médecin, le malade déjeuna comme à l'ordinaire. Mais deux heures après son déjeuner, le malade l'avait vomi; il avait été suivi de frissons, auxquels avaient succédé de la chaleur, de la soif, et la douleur de gorge avait tellement augmenté, que la déglutition était devenue à peu près impossible. On applique des sangsues le soir, qui coulèrent abondamment jusqu'au lendemain matin 25; ce qui amenda un peu les symptômes locaux; mais la fièvre était la même. A mesure que la douleur quittait la gorge, elle se portait, en conservant ses caractères, le long du cou, en suivant le trajet de l'œsophage. Le soir, la douleur avait presque entièrement disparu à la gorge, mais elle envahissait la région épigastrique; elle s'accrut pendant la nuit, et vers le matin du 26, une tasse de boisson produisit, en arrivant dans l'estomac, une douleur si vive, qu'elle arracha un cri au malade : il était évident que l'inflammation avait gagné ce viscère. Le soir, à la douleur épigastrique qui s'était calmée d'une manière graduelle, avait succédé une douleur sourde dans l'abdomen, un état d'anxiété, de l'altération dans les traits, le pouls petit, fréquent et concentré. Un peu plus tard, le malade est en proie à une violente réaction. Le lendemain 27, la fièvre est moindre, le pouls souple, la peau moite; mais la douleur abdominale persiste; deux phlyctènes de la grosseur d'une noix et remplies d'une sérosité brunâtre, sont survenues à la région épigastrique, il y a eu, la nuit, du désordre dans les idées, et ce désordre n'a pas cessé complètement. On s'empresse en vain de faire appliquer des sinapismes aux jambes, puis de larges vésicatoires aux cuisses; tout est inutile : le malade s'affaiblit graduellement, et meurt la nuit suivante.

L'auteur dit que, dans un cas semblable, il couvrirait de vésicatoires la surface correspondant au siége de la douleur; pour notre compte, en présence de ces phénomènes d'exacerbation et de rémission successives, nous aimerions mieux tenter le sulfate de quinine.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 77. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. RÉCAMIER.

DEUX OBSERVATIONS TRÈS INTÉRESSANTES D'AFFECTION CÉRÉBRALE.

Première observation. — *Étourdissement, céphalalgie intense, vomissements. Apparition d'un écoulement sanguin vaginal; rétablissement de la santé; retour des accidents avec la cessation dudit écoulement. Paralysie incomplète de la paupière supérieure, des membres, etc. Mort. Tubercule du cervelet.*

Eugénie G....., lingère, non mariée, âgée de trente ans, d'une constitution assez forte, a été toujours bien réglée, et d'une santé habituellement bonne jusqu'en 1843, à part une maladie vénérienne qu'elle eut à vingt-trois ans, pour laquelle elle subit un traitement mercuriel pendant deux mois et demi, et dont elle fut bien guérie.

Au mois de mai 1843, elle se réveille un matin avec des étourdissements très forts et des vomissements bilieux considérables qui durèrent toute la journée. Elle s'était couchée bien portante. On lui applique quinze sangsues à l'anus; elle se trouve assez bien pendant deux jours; puis les mêmes phénomènes se reproduisent avec la même intensité. On lui fait une deuxième saignée locale, et elle est encore notablement soulagée. Alors il s'établit aux parties génitales un écoulement sanguin continuel semblable au flux menstruel; la malade recouvre toute sa santé. Elle fait un voyage à Caen pendant l'été, et elle prend les bains de mer, dont elle paraissait se bien trouver. Elle revint à Paris au mois de septembre, avec un léger malaise qui se renouvela souvent sans être jamais sérieux.

Au mois de novembre l'écoulement sanguin des parties génitales s'arrête, et les étourdissements la reprirent aussitôt avec de vives douleurs de tête. Elle souffrait plus particulièrement à la tempe droite et au front; les envies de vomir et les vomissements se reproduisirent aussi. A ces symptômes venait de temps en temps se joindre une petite fièvre accompagnée parfois de frissons. L'amaigrissement survint, le bras et la jambe du côté gauche s'affaiblirent petit à petit, et se paralysèrent complètement. Au mois de février 1844, cette femme éprouve une douleur vive à la nuque et à la partie supérieure du cou, et elle reste ainsi malade jusqu'au 6 avril, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue salle Saint-Landry, n° 22.

Tout le traitement chez elle s'était bornée à des lavements émollients, des bains de pied sinapisés, de l'eau de Seltz, et de la tisane de tilleul.

Voici l'état qu'elle présentait lors de son entrée. Le facies est un peu coloré et crispé; la paupière droite continuellement abaissée sur l'œil, est relevée, mais incomplètement, par la volonté de la malade. Les deux pupilles sont un peu dilatées; il n'y a pas de strabisme; la vision est diminuée; l'olfaction est imparfaite, et la malade a la sensation de cette demi-paralysie du nerf olfactif; la langue est privée notablement de la faculté gustatrice des deux côtés, et de la sensibilité en même temps; toute la face, surtout à gauche, est engourdie et d'une sensibilité obtuse. La malade accuse une violente douleur à la tempe et au dessous de l'œil droit et à la nuque; les mouvements du cou sont pénibles et difficiles. Le bras et la jambe du côté gauche sont engourdis, avec cessation incomplète du sentiment et du mouvement. Il y a aussi quelque peu d'engourdissement du côté droit. Elle se plaint de douleurs vagues dans le dos, et n'a pas d'appétit. Les vomissements subsistent toujours; les évacuations alvines sont naturelles et faciles; l'amaigrissement fait toujours des progrès; la peau est terreuse, un peu sèche; le pouls petit et faible, régulier et sans fréquence. Elle dort peu à cause des douleurs de la tête.

La poitrine est en bon état; la respiration assez calme. On lui prescrit les pilules de Méglin, le sulfate de quinine, puis on fait deux applications de sangsues derrière les oreilles, et on lui met un emplâtre d'opium sur la tempe droite. Malgré ce traitement, la malade n'éprouve aucune amélioration.

Le 18 avril, on lui donne un lavement avec 30 grammes de sulfate de soude, pour combattre une constipation qui durait depuis plusieurs jours; il en résulte un dévoiement tel, que la malade laisse aller sous elle s'en apercevoir. Bain de propreté.

Le 19, le pouls donne 100 pulsations faibles et régulières; céphalalgie moins vive; le dévoiement a cessé; mais les vomissements persistent.

Les 20 et 21, la respiration est gênée, sans être plus fréquente; mais la douleur du front, de la nuque et de la région supérieure du cou persiste avec énergie. Pas de fièvre.

Le 22, même état que la veille. On continue l'usage des pilules de Méglin.

Le 23, la malade dit qu'elle a la tête dégagée, mais elle sent un engourdissement de tout son corps; elle dit qu'elle étouffe. Il y a des crachements sanguins qui semblent venir de la gorge. Pouls à 84, petit, sans force. La paupière supérieure de l'œil droit tombe beaucoup moins; les pupilles sont moins dilatées.

Le 24, pouls à 104, petit; un peu de chaleur à la peau, etc. *ut suprà.*

Le 25, pour la première fois la malade vomit les pilules de Méglin. Douleurs de tête moins fortes; apyrexie. On suspend l'usage desdites pilules; on prescrit un julep éthéré.

Le 26, même état; même prescription.

Le 27, le julep aussi a été vomi. Il y a un abattement et un engourdissement général; peu de douleurs; gêne assez considérable de la respiration; grand trouble de la vue. Depuis le commencement de la maladie, vomissement des aliments, outre les autres vomissements.

Le 28, hoquet continuel pour la première fois; même état pour le reste.

Le 20, le hoquet continue. On applique un vésicatoire à l'épigastre.

Le 30, l'engourdissement et la paralysie des membres ont diminué. La céphalalgie est peu forte, et la malade dit que sans le hoquet elle se trouverait très bien; pouls à 104, petit et faible, régulier. Les vomissements ont cessé.

Le 1er mai, le hoquet continue; le reste *ut suprà.*

Le 2, retour des vomissements; douleur d'estomac; le hoquet fatigue beaucoup la malade. Il y a constipation, un peu de fièvre, etc. Il est survenu de la salivation. Potion de Rivière; lavement; tisane de tilleul-orangé.

Le 3, même état; même prescription.

Le 4, la salivation est très abondante; la faiblesse va en augmentant toujours. Le hoquet ressemble maintenant à une respiration suspirieuse précipitée. Abattement considérable. La paupière retombe sur l'œil comme auparavant. Pouls très petit et très faible, à 104. La joue droite est plus paralysée que la gauche, sans aucune déviation de la bouche. Persistance des vomissements. Gêne dans la respiration. Il n'y a pas de toux. Potion de Rivière.

Les 5 et 6, fièvre assez forte; pouls plus large et plus résistant, à 112; peau chaude et sèche; salivation toujours abondante. Jusqu'à présent pas de délire. On continue la potion de Rivière.

Le 7, le hoquet a cessé la nuit pour recommencer le matin; vomissements; intelligence obtuse.

Le 8, un peu de délire la nuit; persistance du hoquet et de la douleur d'estomac; mouvement libre de tous les membres, dont la sensibilité est à peu près normale; salivation moins abondante; la paupière supérieure gauche est aussi paralysée depuis deux jours; grand affaissement. Depuis sept à huit jours il y a un peu de mal de gorge, avec une voix très nasillarde.

Le 9, la céphalalgie a diminué; persistance de la douleur musculaire du cou par le mouvement de la tête; vomissements, hoquet suspirieux; pouls régulier et faible; selles seulement par les lavements.

Le 10, fièvre; pouls à 128, faible et régulier; peau chaude et sèche; très peu de hoquet; grande faiblesse; peu de souffrance; mouvement des membres; conservation de la sensibilité : amaigrissement considérable ; respiration haute et très fréquente; délire paisible. La malade s'est éteinte le 11 au matin, sans agonie.

A l'autopsie, on trouva un tubercule de la grosseur d'une fève, comprimant la partie centrale et supérieure du cervelet; il était placé sur l'éminence vermiculaire supérieure. Il n'y avait pas de méningite; le liquide céphalo-rachidien était peu considérable. Une pneumonie prononcée occupait tout le poumon droit; une caverne existait au centre de l'organe, contenant du détritus gangréneux. Il n'y avait pas de tubercules pulmonaires.

La pneumonie fut tout à fait ignorée pendant la vie; car aucun symptôme thoracique, pas même la toux, n'était venu révéler, ni faire soupçonner l'existence de cette maladie.

En compulsant les observations de tubercules du cervelet, on ne trouve pas un symptôme qui ait été commun à tous les faits. Ainsi, la perte ou la diminution de la vision, la paralysie, les vomissements ne s'observent pas dans tous les cas. La douleur à la nuque, qui au premier abord semblerait devoir être un symptôme constant, a manqué très souvent. Chez quelques malades seulement, il y eut des convulsions. Il n'y a donc rien de fixé, rien de bien arrêté dans la symptomatologie de cette affection. Les faits sont encore trop peu nombreux dans la science, pour pouvoir arriver à une précision

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'Exposition de l'Industrie. — M. Auzoux. — M. Thibert. — Les Fabricants d'instruments de chirurgie. — M. Charrière. — Exclusion de la pharmacie. — *Némésis médicale* à l'Exposition. — M. Thilorier et M. Arago. — Sublime réponse d'un magnétiseur. — Les vacances de l'Académie des sciences. — Un Discours interminable. — Une liste de présentation.

Un de mes lecteurs de .....nac me reproche avec esprit et courtoisie, de n'avoir pas encore trouvé mot à dire de l'Exposition de l'Industrie. Ces habitants des pays de *nac* et de *gnac* ont un talent particulier pour tourner les choses et pour nous amener à leurs fins. Il est de fait que je ne me souciais en aucune façon et qu'il ne m'était même pas venu à l'esprit de vous entretenir de ce sujet, non pas qu'il ne soit très intéressant, sans contredit, mais il me paraît un peu stérile, au point de vue du feuilleton. J'ai parcouru souvent ces belles galeries dont la presse à l'envi a décrit les merveilles, j'y ai vu peu de chose qui rentre dans notre domaine, et ce que j'ai vu ne donne lieu à d'autres sentiments qu'à celui de l'admiration. Comment dire autrement de la magnifique collection d'anatomie artificielle exposée par M. le docteur Auzoux? de celle non moins surprenante de M. le docteur Thibert sur l'anatomie pathologique? On dit, et je le crois sans peine, que des yeux augustes long-temps se sont arrêtés sur ces objets curieux qui ont excité les témoignages d'une haute satisfaction. Il est certain que ce sont là des choses vraiment belles et dignes d'encouragement. Les préparations de M. Auzoux sont depuis long-temps connues du public médical, et l'on sait les services qu'elles rendent dans les pays où l'élévation de la température, ou des préjugés religieux, ou la privation de sujets empêchent les travaux de dissection. C'est un spectacle plein d'intérêt et qui excitait à un haut degré la curiosité du public rassemblé autour de la case de M. Auzoux, que cette décomposition et recomposition de l'homme et des animaux couche par couche, muscle par muscle et avec tous les vaisseaux qui vivifient les organes, les nerfs qui les animent, la couche cellulaire qui les unit, et jusqu'aux plus petits accidents, aux plus délicates fibrilles de cette admirable organisation animale. Quand M. Auzoux arrivait à la charpente osseuse, au squelette enfin, et que sur le sol gisaient pêle-mêle ces innombrables débris de peau, de muscles, de viscères, de vaisseaux et de nerfs, comment, disaient les curieux, va-t-il s'y prendre pour se reconnaître au milieu de cette confusion étrange, pour rétablir les rapports et rappeler l'harmonie? L'embarras était seulement pour les curieux; car avec la même facilité que vous passez les diverses parties de votre vêtement, M. Auzoux revêtissait son squelette de cette immensité d'appareils et d'organes, et le transformait en un clin d'œil en un homme du plus beau modèle, en un cheval comme le dessine Alfred, de Dreux. Il fallait voir alors la foule attentive et ébahie à ce singulier spectacle! Il y a deux cents ans, M. Auzoux aurait été brûlé comme un sorcier. Il se contente aujourd'hui d'être le plus intelligent et le plus habile directeur d'une industrie fort estimable, aux délicates opérations de laquelle il a dressé toute une population de jeunes paysans normands dont les connaissances anatomiques dépassent toute idée et, chose plus rare et bien digne d'être remarquée, qui bénit la bienfaisance et la moralité du maître généreux qui emploie ses labeurs. J'ai appris, en outre, et je me plais à lui rendre ici ce témoignage, que loin d'être un producteur jaloux et de voir avec dépit le succès de ses collègues, M. Auzoux est le premier à proclamer et à mettre en évidence le talent qui suit la même ligne. Aussi se montre-t-il ardent admirateur des pièces d'anatomie pathologique, artificiellement exécutées par M. le docteur Thibert. Il est vrai que jamais la fidèle reproduction de la nature n'a été poussée si loin. C'est merveilleux d'exécution, et l'on ne comprend pas qu'une collection semblable, qui présente sur les pièces d'amphithéâtre l'avantage d'être durable et toujours fraîche, ne figure pas déjà au Musée Dupuytren. Là serait sa place; mais il est à craindre que quelque université étrangère plus alerte ou mieux disposée que notre Faculté, n'éloigne de la France un travail aussi précieux et aussi utile.

La fabrication des instruments de chirurgie a dignement soutenue la réputation qu'elle avait acquise dans les expositions précédentes. Voilà une industrie dont la France doit être fière à juste titre. Il y a moins de vingt ans, on ne parlait que de bistouris, que de couteaux anglais; nous rivalisons au moins aujourd'hui en France avec cette branche de l'industrie anglaise, et pour tout ce qui se rattache à la fabrication des autres instruments, l'Angleterre et toutes les autres parties du monde sont aujourd'hui nos tributaires. Cette industrie est devenue une branche importante de commerce intérieur et extérieur; les trousses et les caisses de nos habiles fabricants se rencontrent sur toutes les parties du globe civilisé, et si l'on doit honorer et récompenser les diverses branches d'industrie suivant leur degré d'utilité, il en est peu qui soient plus dignes de récompenses que l'industrie dont je parle. Au premier rang brille toujours M. Charrière, cet ingénieux artiste auquel on doit tant de progrès et de perfectionnements, et qui a donné à cette fabrication une impulsion si remarquable.

On n'a pas admis dans les galeries de l'industrie les produits pharmaceutiques; il en est cependant bon nombre qui, déguisés sous le nom de produits chimiques, brillent dans des bocaux soigneusement étiquetés.. Déshéritées du droit au brevet d'invention, les drogues ont encore été chassées du palais national. La pharmacie a du malheur cette année, sans compter la guerre intestine qui l'agite, et dont il faudra bien que je dise quelques mots un de ces jours.

— Mais devinez, monsieur Fabre, devinez Phocéen, ce que j'ai rencontré dans une des cases de l'exposition? Rien moins que votre *Némésis médicale* étalant sa luxueuse impression au milieu des chefs-d'œuvre typographiques exposés par vos habiles imprimeurs, MM. Béthune et Plon. Elle y faisait bonne mine, je vous assure; cette édition est très belle en effet.

— Je crains bien d'en être pour mes frais de boussole; voilà que l'expérience de M. Thilorier sur l'aimantation de la clef par la puissance de la volonté, n'a pas réussi devant M. Arago. Il est vrai que M. Thilorier a prétexté qu'il était *neutralisé* par l'illustre secrétaire perpé-

convenable dans le diagnostic des productions tuberculeuses du cervelet.

Le fait que nous avons rapporté présente une particularité remarquable, c'est l'invasion soudaine de la maladie et le soulagement si complet par l'établissement d'un flux sanguin des parties génitales, dont la cessation a ramené les accidents cérébraux. Quant aux symptômes et à la marche de la maladie, ils ressemblent à ceux des observations connues ; le hoquet, pourtant, ne peut, ce me semble, se rattacher qu'à l'affection cérébelleuse et non pas à la pneumonie.

A la suite de ce fait, nous croyons utile de rapporter une observation d'hémorrhagie du cervelet qui a pris en partie l'allure et la marche des tumeurs de cet organe.

Deuxième observation. — *Noyau hémorrhagique enkysté dans le lobe droit du cervelet ; sérosité abondante dans les ventricules, accompagnée pendant la vie de céphalalgie intense ; douleur à la région cervicale ; perte de la vision et de l'ouïe à gauche, semi-paralysie du côté gauche, etc.*

Un corroyeur âgé de trente-trois ans, d'une bonne santé habituelle, fortement constitué, n'ayant jamais eu dans la vie d'autre indisposition qu'une blennorrhagie légère à l'âge de vingt-deux ans. Il déclare qu'il y a dix-huit mois, après s'être fait couper les cheveux, il éprouva des douleurs de tête continuelles pendant cinq à six semaines : c'était vers la fin de l'hiver. Aussitôt que le temps devint plus doux la céphalalgie diminua et enfin elle disparut. L'été se passa comme à l'ordinaire.

Le 14 septembre suivant, sans cause appréciable, il fut pris pendant la nuit d'un grand mal de tête qui persista jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Récamier le 27 avril suivant. La céphalalgie fut assez forte pour l'empêcher de travailler, car elle était continue et sévissait dans toute la tête avec des exaspérations qui se répétaient à des intervalles rapprochés et inégaux. Les souffrances étaient si vives qu'il en était tout hébété. A son entrée, l'examen le plus minutieux ne put rattacher ce mal de tête qu'à un trouble nerveux, car aucun symptôme spécial autre que la douleur n'existait pour mettre sur la trace d'une lésion cérébrale. Il n'y avait jamais eu de vomissements ; il avait à la vérité perdu l'appétit ; mais le peu qu'il mangeait était bien digéré. Cet homme était assez maigre, et, d'après son dire, il était beaucoup plus gras avant d'être malade. Toutes les fonctions s'accomplissaient bien. On essaya le galvanisme par secousses d'abord, puis on établit un courant continu, en plaçant à demeure le pôle positif à la nuque et le pôle négatif au milieu du dos sur le rachis, mais sans résultat avantageux.

Un mois après son entrée de nouveaux phénomènes apparurent tout à coup, la bouche se dévia un peu à droite ; cette déviation ne dura que cinq à six jours. A partir de ce moment la vue s'affaiblit surtout à gauche ; le malade voyait des nuages et de petits corps voltiger devant ses yeux ; les pupilles étaient légèrement dilatées et peu sensibles à la lumière ; l'ouïe était dure à gauche et la joue gauche offrait moins de sensibilité que dans l'état normal. Le malade accusait au bras gauche de l'engourdissement et du fourmillement douloureux auxquels se joignait une diminution de force et de sensibilité. On ne constatait rien d'anormal aux narines ni à la langue ; la déglutition se faisait bien ; les mouvements du col étaient pénibles à cause de la douleur qui se faisait sentir à la région du dos et aux quatre premières vertèbres cervicales.

Les maux de tête deviennent plus forts la nuit, et sont, au dire du malade, horribles au delà de toute expression. Le facies a pris le caractère de l'hébétude ; la mémoire s'affaiblit, et l'intelligence diminue. Il restait constamment au lit, ne se sentait pas la force de se tenir debout, remuant pourtant bien les jambes, qui conservaient leur sensibilité normale. Il n'avait ni mouvement fébrile, ni fréquence du pouls ; il lui restait encore un peu d'appétit. On tente beaucoup de moyens, entr'autres un séton au cou ; on lui donne des pilules suédoises, etc., sans aucun avantage. Il reste deux mois dans cet état, et un jour, au matin, on le trouve assoupi, répondant encore aux questions qu'on lui adresse. Il dit souffrir bien moins de la tête ; il n'y a point de contracture, point de paralysie ; mêmes phénomènes du bras gauche ; mais le malade ne voit plus du tout, sans que pourtant les yeux présentent autre chose qu'une insensibilité complète à la lumière. Après être resté trois jours dans un assoupissement continuel avec un peu de fréquence dans le pouls, mais sans véritable fièvre, il tombe dans le coma, et après quelques heures d'un râle trachéal il expire.

A l'autopsie on découvrit :

1° Un aplatissement très marqué de toutes les circonvolutions cérébrales ;

2° Une grande quantité de sérosité dans tous les ventricules, qui étaient considérablement dilatés ;

3° Les deux cornes d'Ammon ridées et rugueuses, un peu ramollies, surtout au centre, ayant quelque ressemblance avec la paume de la main que l'on aurait fait macérer dans l'eau ;

4° Une tumeur enkystée grosse comme un œuf de pigeon, logée dans le centre et vers la base du lobe droit du cervelet, en dedans de cette tumeur deux petits caillots sanguins un peu coagulés, gros comme deux petites noisettes. La tumeur enkystée n'avait aucune communication particulière ; elle était isolée. A la première apparence on l'aurait crue formée de substance encéphaloïde, mais en l'examinant plus attentivement, on reconnut un caillot sanguin bien coagulé et comme fibrineux, autour duquel s'était organisée une membrane celluleuse assez dense.

La substance cérébrale offrait alentour une petite teinte de ramollissement. La superficie en était sèche, et il n'y avait aucune injection sanguine.

HOPITAL COCHIN. — M. MONNERET.

Pleuro-pneumonie gauche au troisième degré, et péricardite suraiguë.

Le 8 janvier, est entré un homme âgé de quarante ans, fortement constitué, charretier. L'état de ce malade ne lui permettant de s'expliquer que difficilement, il est impossible d'obtenir aucun renseignement sur le commencement de sa maladie. On apprend seulement que le 2 janvier il a éprouvé un frisson et un point de côté, qu'il s'est alité ce jour-là, mais qu'il n'a été fait aucun traitement actif.

Le 9, à la visite, le malade présente l'état suivant :

Pouls à 120, dur : 56 respirations. La respiration est haute, la voix brève et difficile. Le décubitus est impossible sur le côté droit. Douleur assez vive au pourtour du mamelon gauche. Sonoréité moindre dans ce point, ainsi que dans le tiers inférieur. Absence presque complète du bruit respiratoire, sans autre signe. En arrière du même côté, matité presque complète dans les deux tiers inférieurs. Absence de bruit respiratoire dans toute la hauteur du poumon. Pas de souffle ni de bronchophonie ; dans les fortes respirations seulement, on entend au niveau et en dehors de l'angle du scapulum, un bruit d'expiration lointain. Crachats rouillés, visqueux. Les battements du cœur sont sourds. La langue est collante, rouge à la pointe ; la soif vive ; le ventre un peu tendu. Deux selles. Mauve sucrée ; julep gommeux ; une saignée de quatre palettes ce matin, une seconde ce soir ; 20 sangsues au membre gauche ; diète.

Le 10 janvier, la dyspnée, qui n'avait pas augmenté la veille au soir, est devenue tout à coup extrême au milieu de la nuit, et le malade, malgré les secours les plus prompts, meurt asphyxié. A la visite, on examine le sang, qui est couvert d'une couenne épaisse.

Le 11, *autopsie*. Le cadavre est celui d'un sujet robuste ayant succombé à une affection suraiguë.

Poitrine. Le poumon gauche est appliqué contre la paroi thoracique, et ne s'affaisse pas quand on l'extrait. La cavité de la plèvre, de ce côté, contient, au plus un demi-verre d'une sérosité citrine. Entre le lobe supérieur et la plèvre qu'elle tapisse, est une fausse membrane épaisse, verdâtre, continue, et sans adhérences avec une fausse membrane également verte, infiltrée de sérosité et couvrant tout le lobe supérieur. Toutes deux, et surtout la dernière, sont tout à fait semblables à la couenne infiltrée des saignées, et sont constituées par de la fibrine presque pure. Le lobe moyen adhère à l'inférieur par une fausse membrane rougeâtre assez bien organisée. Le lobe supérieur est hépatisé en rouge et en gris ; tout l'inférieur est complétement frappé de suppuration. Le poumon droit est sain. Les bronches sont livides, et leur membrane muqueuse est épaissie. La face extérieure du péricarde est couverte de fausses membranes verdâtres. Le péricarde contient à peine une cuillerée de sérosité. Quelques fausses membranes allongées, filamenteuses, s'observent à la base du cœur, vers l'origine de l'aorte, entre cette artère et l'oreillette principalement. Le cœur est de consistance normale et d'un volume en rapport avec la constitution du sujet. Les cavités droites contiennent du sang coagulé, les gauches renferment un caillot de fibrine un peu décolorée : l'endocarde est généralement sain. L'aorte contient beaucoup de sang fluide.

Le foie, un peu volumineux, offre ses deux substances peu distinctes, la jaune tendant à prédominer. Les plaques de Peyer ne sont pas hypertrophiées ; les autres organes sont sains.

Remarques. — Cette maladie a été remarquable par la rapidité et la violence des accidents. Au moment de l'entrée du malade, la pneumonie, qui était déjà parvenue au septième jour, avait envahi la totalité du poumon gauche, et le malade était dans un état désespéré. La matité, qui existait dans les deux tiers inférieurs, l'absence de bruits respiratoire et de souffle, devaient faire admettre l'existence d'un épanchement considérable en même temps que d'une pneumonie, dont les crachats et les autres signes annonçaient la présence. L'autopsie n'a cependant révélé qu'un très petit épanchement, et si la plèvre était violemment enflammée dans toute la partie qui couvre le lobe supérieur, cette inflammation n'avait fait que provoquer une exsudation de lymphe plastique sans épanchement séreux. L'absence de souffle et de bronchophonie devait porter à croire que si le poumon était plus dense par suite de la phlegmasie, il devait aussi être éloigné des parois thoraciques par un liquide très abondant. La matité considérable donnait un nouvel appui à ce diagnostic, que n'a pas confirmé, du moins complétement, l'autopsie cadavérique.

Le malade a succombé subitement, comme meurent un grand nombre de sujets dont le poumon est suppuré. Il est rare qu'un épanchement s'effectue avec une rapidité telle, que la vie du sujet soit anéantie en aussi peu de temps. Toutefois, on a trop dit d'une manière générale que la pleurésie n'était pas aussi promptement mortelle. Il ne manque pas de faits cités dans les annales de la science, et dont, pour notre part, nous avons eu plusieurs exemples, qui nous montrent l'épanchement marchant avec une telle rapidité, qu'au bout de trois à quatre jours le malade a cessé de vivre. On ne trouve alors aucune altération dans le parenchyme pulmonaire, et l'on ne peut expliquer la mort que par la compression subite qu'éprouve le poumon qui cesse de respirer. Le nom de pleurésies asphyxiantes, que l'on pourrait donner à ces pleurésies, en peint bien la marche et la gravité des accidents. Il en est de ces cas comme de celui que nous venons de rapporter ; la mort arrive par la cessation des fonctions respiratoires de tout un côté.

On peut aussi se demander quelle part a eue la péricardite dans la production des accidents ? Quelques fausses membranes et l'épanchement d'une cuillerée de sérosité, telles furent les seules lésions déterminées par la phlegmasie du péricarde. Or, si l'on songe que les symptômes les plus graves, l'anxiété, la jactitation, la douleur, un trouble profond de la circulation, sont déterminés par une péricardite commençante, et dans laquelle la séreuse est encore sèche ou à peine couverte d'une exsudation de lymphe plastique, on admettra facilement que cette complication a pu contribuer pour une certaine part à la production de la mort.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 8 mai 1844. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

---

tuel. Craignant beaucoup moins, à ce qu'il paraît, la puissance neutralisante de M. Dutrochet, M. Thilorier a demandé à répéter son expérience devant ce savant seul, qui y a consenti. Je n'en connais pas encore le résultat. Il serait bien regrettable qu'une si admirable découverte ne se confirmât pas. Tous les prêtres, toutes les prêtresses du culte magnétique ont été mis en émoi par cette grande nouvelle. Voilà donc, ont-ils dit, le magnétisme de nouveau réintroduit à l'Académie des sciences, qui le dédaignait. Il y en a même qui prétendent que cette histoire de l'aimantation du fer par la volonté ne serait qu'une ruse habile pour amener l'attention des savants sur des phénomènes moins surprenants. Il est de fait que messieurs les magnétistes sont extrêmement adroits, et qu'ils se tirent avec une merveilleuse habileté des situations les plus difficiles. Laissez-moi vous en donner une preuve.

Un de mes amis, fort incrédule, se trouvant dans une soirée où un somnambule faisait des prodiges, fut vivement pressé par la maîtresse de la maison de lui adresser quelques questions. Mon ami se rend à cette invitation, et conduit le somnambule dans une petite habitation des Pyrénées, qu'il le prie de lui décrire. Le somnambule réclame quelques passes de son magnétiseur, et commence sa description, qui, soit hasard, soit toute autre cause, se trouva assez exacte. Mon ami commençait à être ébranlé, et il voulut répéter l'expérience.

— Monsieur, lui dit-il, vous êtes fort lucide ce soir, et je vous prie de répondre encore à une de mes questions : Qu'a fait mon père aujourd'hui ?

— Je vois votre père fort loin d'ici ; et il lui raconte heure par heure l'emploi de la journée, entrant dans les plus minutieux détails. Maintenant il est couché dans un lit fait de telle et telle façon.

Les assistants écoutaient avec avidité, et interrogeaient les yeux de mon ami pour savoir si le somnambule disait vrai. Mon ami se tourne alors vers le magnétiseur, en lui disant :

— Il n'y a qu'un petit anachronisme dans le récit de votre somnambule, et le voici : mon père est mort depuis vingt ans.

— Monsieur, dit le magnétiseur, en lui prenant le bras, votre objection est sans valeur, on n'est jamais sûr de connaître son père.

Vous comprenez l'explosion que fit l'assistance. Mon ami, il faut l'avouer, faisait piteuse mine devant cette stupéfiante réponse, et ce qu'il avait de mieux à faire, il le fit en s'esquivant.

Vous voyez qu'il est fort difficile de prendre les magnétiseurs en défaut

— L'Académie des sciences a eu, cette année, une velléité singulière et fort imprévue, c'est celle de prendre des vacances. La proposition en a été formellement faite, discutée et adoptée. La section de médecine, qui depuis un temps immémorial n'a pas fait de rapport, a voté unanimement en faveur des vacances pour se délasser un peu de ses nombreux et fatigants travaux. Mais l'Académie des sciences n'est qu'une fraction de l'Institut ; une mesure aussi grave et aussi extraordinaire ne pouvait être prise sans consulter les quatre autres classes, Académie française, Académie des inscriptions et belles-lettres, Académie des sciences morales et politiques, Académie des beaux-arts. Or, les quatre sœurs ont répondu, dit on, qu'elles n'entendaient pas de cette oreille-là, et l'une d'elles même — ce doit être la morale, ce qui me paraît fort politique, aurait témoigné un grand étonnement de ce qu'une proposition semblable pût venir de l'Académie des sciences. Ceux qui fréquentent cette académie seront moins surpris, néanmoins ; depuis quelque temps la stérilité de ses séances est évidente. Si n'était M. Arago, qui est véritablement la providence de la compagnie, et qui, soit par le dépouillement de la correspondance à laquelle il donne toujours le plus grand intérêt, soit par quelque communication directe, donne aux aiguilles de l'horloge le temps de marquer l'heure de la retraite, l'Académie se réunirait souvent à vide. Il n'est donc pas étonnant que l'Académie des sciences demande quelque temps pour combler le déficit évident que présentent ses séances ; il faut croire que tel a été le seul motif de cette proposition dont la discussion a exigé deux comités secrets.

A l'Académie de médecine les choses se passent fort tranquillement, en ce moment. M. Gerdy, qui a ouvert une campagne contre l'ophthalmologie a eu le grand tort de s'engager dans un discours interminable. Voilà trois séances qu'il dure et il n'est pas fini. C'est vraiment abuser de l'attention de l'Académie ; aussi, dans la dernière séance, M. Virey, fortement impatienté, sans doute, s'est écrié que c'était là une leçon d'école. Le mot était un peu dur, mais il était vrai ; la tribune academique n'est pas une chaire, et M. Gerdy l'a un peu trop oublié.

L'Académie se prépare aussi à une élection qui paraît devoir être fort prochaine. On connaît déjà la liste de présentation proposée par la section de médecine opératoire. Deux candidats notamment occupaient l'attention publique à cause des circonstances récentes dans lesquelles ils se sont trouvés engagés, ce sont MM. Malgaigne et Vidal. Autant qu'il était en elle la section a voulu protester contre les accusations dont ils ont été l'objet, et ils ont été placés sur la liste. Voilà donc où aboutit, en dernière analyse, la colère mal conseillée. Mon Dieu, disait Diderot, accordez-moi un bon ennemi !

JEAN RAIMOND.

Cas d'hémorrhagie due à la rupture d'une varice du cordon ; observation recueillie par M. le docteur KLUSKAL.

Dans le courant du mois d'avril 1843, M. le docteur Kluskal fut appelé pour donner ses soins à une femme âgée de vingt-neuf ans, enceinte pour la quatrième fois, après trois accouchements qui s'étaient terminés sans aucun accident. Arrivée au terme de cette nouvelle grossesse, elle avait vu survenir une hémorrhagie, et trois heures s'étaient écoulées déjà depuis que la perte avait commencé.

Immédiatement après son arrivée, M. Kluskal reconnut l'état des choses ; puis il pratiqua la version, et amena un enfant anémique.

Lorsque le placenta eut été extrait, ce chirurgien put reconnaître le point de départ de l'hémorrhagie. Le cordon présentait une varice du volume d'un œuf de poule, et la déchirure de cette varice avait donné lieu à l'écoulement du sang et, par suite, à la mort de l'enfant.

(*Oesterreich. medicin. Wochenschrift.*)

— La correspondance contient : 1° Une lettre de M. le préfet de la Seine, ainsi conçue : « Messieurs, par délibération du 6 février dernier, le conseil municipal de Paris a, sur ma proposition, voté la concession perpétuelle et gratuite de deux mètres de terrain à prendre dans le cimetière de l'Est, pour la sépulture de Bichat.

» Je viens de solliciter l'ordonnance du roi qui doit rendre ce vote définitif, et j'aurai l'honneur de vous écrire lorsque cette ordonnance sera intervenue.

» Je pourrais, toutefois, en attendant, et si cela était nécessaire, faire mettre le terrain voté à la disposition des personnes qui seraient chargées de faire procéder à l'exhumation des restes de Bichat et fonder la nouvelle sépulture.

» Agréez, etc,

Comte DE RAMBUTEAU. »

2° Une lettre de M. Lubansky, qui informe de son éloignement momentané.

3° Une brochure de M. Forget, intitulé : Considérations pratiques sur les tumeurs du sein. (Remercîments à l'auteur.)

4° Deux mémoires, l'un sur le cathétérisme de l'œsophage, l'autre sur l'éclampsie, par M. Godemer, médecin de l'hôpital civil et du bureau de bienfaisance d'Ambrières (Mayenne). (Commissaires : MM. Mojon, Barth et Faivre.)

5° Des travaux intitulés : 1° Considérations pratiques sur le taxis, la kélotomie et la cure radicale des hernies ; 2° phimosis et paraphimosis accidentels ; 3° de l'efficacité de la belladone, par le docteur Paul de Mignot, membre de la Société médicale d'emulation de Bordeaux.

6° Trois ouvrages intitulés : 1° De la gangrène de la bouche avec nécrose des os maxillaires ; 2° Mémoires et Observations sur quelques maladies des os maxillaires, 1843 ; 3° De la ténotomie appliquée au traitement des luxations et des fractures, par M. de La Vecherie.

7° Le numéro du mois de mars de la Clinique vétérinaire de M. Leblanc.

8° Une circulaire du congrès scientifique de France.

9° Un bon de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen, à l'effet de retirer le Précis analytique de ses travaux pendant l'année académique 1842-43, volume publié en 1844.

10° M. le secrétaire-général offre une brochure intitulée : Rapport historique, par M. le docteur Josat, sur un mémoire de M. Caffe, relatif à l'ophthalmie des armées, suivi des réponses de ce dernier, insérées dans les Annales d'oculistique.

— La lettre de M. le préfet venant confirmer les promesses faites par ce magistrat à la commission de la Société chargée de lui faire la demande d'un terrain, on décide :

1° Qu'une lettre de remercîments lui sera adressée ;

2° Qu'une commission sera nommée à l'effet de s'occuper activement des derniers honneurs à rendre à Bichat.

Sur la demande de M. Forget, qu'on maintienne la commission déjà chargée des premières démarches, et sur l'observation de M. Cornac, qui fait remarquer que ce serait exclure plusieurs membres du bureau, il est arrêté que le bureau et les membres de l'ancienne commission constitueront la commission définitive.

M. La Corbière appelle l'attention sur la position malheureuse du frère de Bichat. D'autre part, tout en respectant le sentiment qui a dicté l'opinion de ceux des membres qui demandent que la tête soit jointe au corps et ensevelie, il demande, lui, à titre de phrénologiste, qu'elle soit conservée, comme il voudrait voir conserver la tête de tous les grands hommes.

La commission est chargée de l'examen de toutes ces questions.

Rapports. — *M. Forget* lit, au nom de la commission composée de MM. Giraldès, Bourjot et lui, le rapport suivant :

Le mémoire de M. Davat, sur lequel je suis appelé aujourd'hui à vous faire un rapport au nom de la commission que vous avez nommée dans votre séance du mois de mars, est consacré à l'étude de la tumeur lacrymale, envisagée plus spécialement au point de vue de la méthode opératoire. L'auteur commence par faire l'historique des divers procédés mis en usage dans le traitement de cette maladie ; et, à propos de chacun d'eux, il se livre à des considérations pratiques qui ne sont pas sans intérêt. On peut toutefois lui reprocher d'avoir trop exclusivement envisagé la question dont il s'occupe au point de vue chirurgical proprement dit. Ainsi en aucun endroit de son travail il n'est fait mention du traitement de la tumeur lacrymale par les antiphlogistiques, et de sa guérison sans le secours de l'opération. Louis, le premier je crois, conseilla les fumigations émollientes et résolutives. Boyer dit qu'il les employa deux fois avec succès ; mais il ne paraît pas cependant leur accorder une grande valeur en dehors des cas où la tumeur est récente et peu considérable. Aujourd'hui que des faits nombreux sont venus mettre hors de doute l'efficacité de ce traitement dans un grand nombre de circonstances pour lesquelles on le regarde trop généralement comme inefficace, nous pensons que l'auteur a commis une grave omission en le passant sous silence ; il me semble qu'il valait bien la peine qu'il s'en occupât après un court historique des procédés successivement mis en usage en vue de rétablir le cours des larmes par le canal nasal, depuis le procédé de Méjean jusqu'à la canule à demeure de Dupuytren. Mais j'ai hâte d'arriver à l'exposition que l'auteur fait de son nouveau mode de traitement, pour lequel il ne revendique pas une priorité absolue, attendu que, comme vous le verrez, il est fondé sur le procédé de Laforest modifié.

Je laisse parler l'observation. — Une femme portait depuis six ans une tumeur lacrymale consécutive à un coup reçu sur l'œil gauche, et à une inflammation oculaire qui en fut la suite et persista long-temps sous la forme chronique. La pression sur la tumeur faisait refluer par les points lacrymaux un liquide purulent qui s'écoulait sur la joue.

M. Davat commença par ponctionner le sac avec une lancette aiguë, sur laquelle il fit glisser un stylet, lequel s'arrêta un peu au dessous de l'orifice osseux du canal nasal. Le stylet refusant d'avancer et la résistance étant assez forte, l'opérateur le remplaça par le mandrin de la canule à demeure ; arrivé sur l'obstacle il le força, et fut bientôt conduit dans les fosses nasales. Le malade en se couchant expulsa aussitôt quelques mucosités sanguinolentes. Une fois que le canal fut désobstrué, M. Davat y conduisit un stylet boutonné et troué au dessus du bouton ; il avait préalablement passé dans ce trou un fil de soie très solide. Quand le stylet fut descendu dans la fosse nasale, il s'empara du fil à l'aide d'une pince, puis il retira le stylet, qui parcourut une seconde fois toute l'étendue du canal nasal, entraînant avec lui l'autre extrémité du fil de soie qui fut fixée sur le front de la malade. L'auteur ajoute que pendant trois jours il fit usage d'un collyre astringent, et qu'il eut un moment l'espérance de voir le fil qu'il avait introduit dans le canal servir de conducteur aux larmes, comme cela s'observe dans la méthode de Ware, au moyen d'un stylet à demeure. Mais il n'en fut rien, la tumeur se reproduisit chaque matin avec son volume ordinaire.

C'est alors que M. Davat eut recours au procédé de Laforest, modifié au moyen de son fil de soie qui servit de conducteur à la sonde de la manière suivante. Un aide saisit le bout supérieur du fil et le maintint solidement entre les doigts appliqués contre le front du malade ; d'un autre côté, le chirurgien introduisit le bout inférieur du fil dans une sonde métallique (celle-ci peut être en gomme élastique) ouverte à ses deux extrémités et longue de deux à trois pouces : cela fait, l'opérateur tira sur le fil de soie qui se trouva ainsi tendu, fixé invariablement par l'aide à sa partie supérieure. M. Davat fait remarquer qu'il faut donner au fil, autant que faire se peut, la direction du canal. Le fil ainsi tendu, il fait glisser sur lui la sonde, préalablement huilée, laquelle pénètre avec la plus grande facilité dans le canal sans heurter les bords de son orifice. La sonde peut ensuite être poussée jusqu'au grand angle de l'œil.

Ainsi placée, elle resta pendant trois heures, après quoi elle servit à conduire dans le canal une injection d'eau de guimauve, suivie peu après d'une autre légèrement alumineuse. La canule fut ensuite retirée. Le lendemain elle fut introduite de nouveau ; de nouvelles injections furent faites ; la même manœuvre fut répétée pendant cinq jours. La tumeur lacrymale cessa alors de se reproduire, l'ophthalmie qu'elle entretenait a disparu ; la ponction faite au sac est fistuleuse et ne laisse passer que le fil. On n'introduit plus la sonde que tous les deux jours ; elle pénètre sans difficulté.

Le quinzième jour le malade, qui avait repris ses travaux depuis plusieurs jours, s'exposa au froid ; immédiatement il éprouva du larmoiement et un gonflement douloureux du sac lacrymal. M. Davat reprit le traitement, qui demeura quotidien pendant dix jours, pour n'être plus mis en usage que tous les deux jours, puis enfin tous les trois jours, après un mois de son emploi, encore suffisait-il alors de placer la sonde à l'orifice du canal pour y porter le liquide d'injection. Le trente-cinquième jour on cessa tout traitement ; cependant dans l'éventualité du retour possible de la tumeur, le chirurgien laissa encore le fil de soie en place pendant une douzaine de jours, après quoi, la guérison se soutenant, il l'enleva. La fistule, entretenue au grand angle de l'œil par la présence du fil, ne tarda pas à se cicatriser. Six mois se sont passés depuis que ce traitement a eu lieu, les larmes ont constamment coulé depuis par le nez. On n'a pas eu à craindre un seul instant la récidive de la maladie.

En résumant les détails de ce fait intéressant, sur lesquels nous avons dû insister pour vous bien familiariser avec la pensée de l'auteur, et vous faire mieux apprécier l'acte chirurgical qui en a été le résultat, nous trouvons dans ce procédé opératoire la combinaison de deux modes particuliers de traitement, conseillés l'un et l'autre pour guérir la tumeur lacrymale ; savoir : la *dilatation* et les *injections*. Or, pour remplir cette double indication, l'auteur s'est constitué une méthode curative avec des emprunts qu'il a faits à différents procédés originaux. Pour s'en convaincre, il suffira de décomposer la méthode qu'il a suivie. C'est ainsi que l'incision du sac et l'introduction d'un fil de soie appartiennent au procédé de dilatation de J.-L. Petit, de Lecat, de Scarpa, et surtout de Desault et Pamard, d'Avignon.

Toutefois, nous ferons remarquer aux partisans du séton introduit d'après le procédé de ces deux derniers chirurgiens, que l'on pourrait peut-être substituer avec avantage le stylet troué à son extrémité dont s'est servi M. Davat pour porter le fil par le sac et le canal dans la fosse nasale, aux instruments plus compliqués qui sont : dans le procédé de Desault, une canule ; et dans celui de M. Pamard, la canule, et de plus un ressort de montre. Il me paraît plus expéditif d'agir comme l'a fait M. Davat.

Quant au moyen désobstruant auquel l'auteur a eu recours, c'est une espèce de cathétérisme forcé dont il a pu retrouver l'indication dans le procédé de Dupuytren, ou bien encore dans celui de Ware. Dans les deux, en effet, on agit brusquement pour conduire d'un seul coup, soit une canule, soit une tige métallique de la partie supérieure du canal nasal à son orifice inférieur.

Reste l'usage auquel M. Davat fit servir le fil de soie, en le rendant conducteur de la canule métallique pour faciliter son entrée dans le canal nasal. C'est là un détail opératoire qui lui appartient ; car je ne pense pas qu'on puisse l'assimiler à ce que faisait Cabanis, lorsqu'il se servait du stylet de Méjean pour diriger la sonde de Laforest. Il y a entre ces deux manières de faire une grande différence, surtout relativement au point de départ du fil ou du stylet qui doit servir de conducteur à la canule. Que si maintenant on compare la méthode de M. Davat à celle de Laforest, on verra qu'elle en diffère sous plusieurs rapports. D'abord Laforest introduisait, en premier lieu, une sonde pleine qu'il laissait quelques jours pour frayer la route ; il la remplaçait ensuite par une algalie creuse qui séjournait jusqu'à la fin de la cure. M. Davat, au contraire, introduit d'emblée une canule ou algalie creuse, qu'il ne laisse dans le canal que pendant deux ou trois heures chaque fois ; tandis que Laforest la plaçait à demeure. Dans cette circonstance, je ferai remarquer la similitude qui existe, du moins quant à l'indication qu'il remplit, entre le procédé de M. Davat et celui si souvent mis en pratique dans les coarctations de l'urètre. Cette indication, c'est de dilater lentement et progressivement le canal en exerçant à la surface de ses parois une compression mécanique.

Quant aux injections émollientes et résolutives, Laforest les pratiquait de même. D'après l'analyse que nous venons de faire de la méthode de M. Davat, vous avez pu voir que son originalité peut être contestée, puisqu'on la retrouve pièce par pièce dans les divers autres procédés des auteurs. Aussi, notre honorable confrère a-t-il grand soin de faire remarquer qu'il a surtout prétendu remettre en honneur le procédé de Laforest, trop généralement abandonné et à tort ; car le plus grave reproche qu'on puisse lui faire est fondé sur la difficulté de porter la sonde ou cathéter par l'orifice inférieur du canal nasal ; et ce reproche tombe dès qu'on peut rendre cette introduction sûre et facile ; aussi est-ce surtout en vue de ce résultat que l'auteur propose de recourir à l'introduction d'un fil conducteur, comme il l'a fait, au lieu de se servir du stylet, ainsi que le voulait Cabanis. Pour M. Davat, il y a moins d'inconvénient à ponctionner le sac lacrymal qu'à se servir du conduit lacrymal supérieur pour porter dans la fosse nasale l'instrument conducteur de la canule. Sous ce rapport, nous ne partageons qu'avec une certaine réserve l'opinion de l'auteur, et la modification opératoire qu'il propose nous paraît préférable en ce sens qu'elle n'expose pas à enflammer, à ulcérer et même à oblitérer le conduit lacrymal supérieur, comme peut le faire le procédé de Cabanis ; en outre, elle a l'inconvénient de faire au sac une ouverture qui, après que l'on a retiré le fil peut rester fistuleuse et résister pendant long-temps à tous les efforts que l'on fait en vue de la cicatriser.

Il est vrai de dire cependant que rien de semblable n'a existé chez le malade de M. Davat, et ce n'est pas le seul qui ait été traité avec succès par cette méthode. Depuis, deux autres sujets se sont présentés à l'auteur, qui les a soumis au même traitement. L'obstruction du canal beaucoup plus marquée chez l'un que chez l'autre, exigea une très grande opiniâtreté de la part du chirurgien, qui fut même obligé de cautériser à trois reprises différentes le point rétréci du canal. Pour pratiquer cette cautérisation, M. Davat conduisit avec la canule un petit pinceau fait avec les barbes d'une plume et un fil d'archal très fin. Il se servit pour caustique d'une dissolution de chlorure de mercure.

Fort des guérisons qu'il a obtenues, M. Davat pose en principe que la désobstruction des voies lacrymales étant le seul moyen de remédier d'une manière durable à la maladie dont il s'agit, cette désobstruction doit toujours être opérée par les moyens qui sont le moins capables de nuire. Or, pour lui, le procédé qu'il propose remplit cette condition fondamentale ; aussi, quoiqu'élève de Dupuytren, il le préfère à la canule à demeure de son illustre maître ; il justifie cette préférence par les inconvénients qu'il a reconnus à cette dernière méthode et qui sont la chute de la canule dans les fosses nasales, son déplacement de bas en haut, ce qui la fait remonter ; les maux de tête qu'elle détermine et la contre-opération qu'elle exige par suite de son obstruction.

Ces inconvénients, il faut bien le reconnaître existent quelquefois, et nous ne voulons pas, pour notre part, venger la méthode de Dupuytren du reproche qu'elle peut mériter. Nous ferons seulement remarquer qu'il n'y a pas en médecine opératoire de règles qui ne souffrent des exceptions, de procédés qui n'aient leurs contre-indications, ni de méthode générale si rationnelle qu'elle puisse être qui ne compte des insuccès.

Aussi, malgré toute l'autorité du fait qui va suivre, je ne pense pas avec l'auteur qu'il faille renoncer, comme il l'a fait, à un mode de traitement que la plupart des praticiens n'auraient certes pas adopté si les avantages qu'il offre ne surpassaient de beaucoup ses inconvénients.

Une jeune fille âgée de dix-neuf ans portait depuis trois ans une tumeur lacrymale ; le canal nasal paraissait entièrement oblitéré, toute la matière refluait par les points lacrymaux. J'opérai, dit M. Davat, par le procédé de Dupuytren : au bout de quinze jours, la malade partit parfaitement guérie. Deux mois se passent ; la canule, qui avait éprouvé assez de difficultés à descendre dans le canal, et dont le bord supérieur s'était arrêté à l'entrée du canal, descend dans les fosses nasales, un érysipèle survient, gagne la face, et la jeune personne succombe.

Je n'insisterai pas sur l'observation que vous venez d'entendre, vous en apprécierez aisément la valeur, et je vous laisse à décider si elle est de nature à justifier l'induction que l'auteur en a tirée, ce que, pour ma part, je suis loin d'admettre.

Nonobstant cette opposition entre M. Davat et moi sous ce dernier point de vue, je n'en crois pas moins son travail digne de votre approbation. Conçu dans un but de chirurgie pratique, il tend à perfectionner la thérapeutique d'une maladie fort commune : c'est un effort que vous devez encourager.

Je vous propose donc d'adresser à l'auteur des remercîments et de l'inscrire sur votre liste des membres correspondants, si déjà il n'en fait partie.

M. Caffe dit quelques mots à l'appui de cette manière de voir, qu'on est rarement obligé d'en venir aux opérations quand on traite opiniâtrément par les moyens médicaux.

M. Laborie ne croit pas qu'on doive partager la crainte exprimée par M. Faget de maintenir une fistule par la présence d'un fil de soie ; il pense que la voie ne tarde pas à se cicatriser quand les voies lacrymales sont libres.

M. le rapporteur répond que l'opinion qu'il partage compte en sa faveur l'opinion de Boyer. Il l'appuie d'ailleurs sur quelques faits analogues.

M. Giraldès est porté à croire que la persistance de la fistule est moins le fait de la présence du fil que de l'altération de la muqueuse ou des os. Il ajoute avoir très long temps suivi les opérations de Boyer, et n'avoir jamais vu de fistules persister par le fait de la présence du fil.

— *M. Lacorbière* lit, au nom de M. Lubanski, un rapport fait par celui-ci sur la candidature de M. le docteur Seydel (de Dresde). L'auteur avait adressé à la Société deux brochures, l'une sur l'eau de Vichy, l'autre sur le catarrhe de la vessie. La première est, de l'avis du rapporteur, un résumé de ce qu'on a déjà écrit sur ce sujet ; la seconde est en grande partie une traduction du troisième volume du Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires de M. Civiale, à part une grande insistance à différencier le catarrhe chronique à forme inflammatoire du catarrhe atonique. Dans cette partie de son travail, M. Seydel a donné des preuves d'une vaste érudition et d'un esprit sérieux et logique. Sans avoir dit une chose absolument nouvelle, il a le mérite d'avoir bien élucidé la question, et il peut être consulté avec avantage. Prenant en outre en considération les services qu'a dû rendre M. Seydel aux médecins allemands en leur faisant connaître des travaux publiés à l'étranger, et pensant que ce titre de membre correspondant d'une Société doit être accordé selon le mérite des étrangers chez eux, M. Lubanski vote pour l'admission du candidat.

Elections. — M. Davat est nommé membre correspondant ; M. Seydel est nommé membre correspondant.

Docteur J. CHEREST, *secrétaire particulier.*

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet de l'hypochondrie; par J.-L. BRACHET, professeur de pathologie générale à l'école de Lyon. Un vol. in-8. Paris, 1844. Au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*; à Lyon, chez Savy.

Cet ouvrage a obtenu le prix Civrieux au concours de 1843 de l'Académie de médecine de Paris, et rarement les concours académiques reçoivent des ouvrages d'aussi longue haleine ; car il ne contient pas moins de 800 pages, mérite fort accessoire auprès de l'instruction réelle et solide que procure sa lecture. Il est divisé en quatre parties : la première est consacrée aux observations et aux réflexions qu'elles suscitent ; elle ne contient pas moins de vingt-sept faits, tous propres à l'auteur, et qui présentent la maladie sous toutes ses formes, avec tous ses caractères et les causes diverses qui engendrent l'hypochondrie. Dans la deuxième partie, l'auteur traite de l'histoire physiologique de l'hypochondrie ; et dans un tableau plein d'intérêt, il expose avec appréciation et critique toutes les opinions des anciens et des modernes sur cette affection singulière et redoutable. La troisième partie est consacrée à son histoire pathologique, et dans autant d'articles l'auteur traite de son étiologie, de ses symptômes, de sa marche, de sa terminaison, de son pronostic, de tous les éléments enfin qui la composent. Vient, dans la quatrième partie, la plus étendue de toutes, la thérapeutique de cette affection, qui est envisagée sous tous ses points de vue possibles, mais toujours au point de vue d'une pratique rationnelle et éclairée.

Les opinions de M. Brachet sur l'hypochondrie peuvent se résumer de la manière suivante :

Pour l'étiologie, les causes prédisposantes sont à peu près les mêmes pour toutes ; une constitution nerveuse très grande, originelle ou acquise. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Causes efficientes : chagrins, passions vives et longuement contrariées, travaux du cabinet forcés, maladies longues de quelques organes et surtout du foie, du cœur, de l'estomac et de la rate ; névrose générale ou locale, et faisant long-temps souffrir.

Pour les symptômes : douleurs plus ou moins aiguës, senties dans différentes parties du corps, et surtout à la tête et dans l'épigastre ; palpitations du cœur, et surtout battements dans le centre épigastrique ; borborygmes, flatuosités ; idées noires sur toutes les sensations qu'on éprouve, leur conversion en une foule de maladies imaginaires ; préoccupations continuelles de ses souffrances ; craintes désespérantes de la mort, envie désordonnée de guérir, et avidité de remèdes ; recherche de la lecture des livres de médecine, et de la conversation sur ce sujet ; bizarrerie extrême dans le caractère ; affaiblissement des facultés intellectuelles à force de les concentrer sur un seul point.

Pour la marche et la terminaison : l'hypocondrie ne se développe que lentement et par une longue durée des causes ou par leur répétition. Son invasion est ordinairement lente. Elle se termine rarement d'une manière fâcheuse, et, lorsque cela arrive, ce n'est qu'après un temps bien long. Elle amène quelquefois la démence, et plus souvent une lésion organique du cerveau ou de l'estomac qui la termine d'une manière funeste.

Pour le siége et la nature : l'organe de l'intelligence, le système nerveux cérébral et celui de la vie organique en sont le siége spécial ; le caractère de la maladie est un désordre beaucoup plus qu'une irritation, dans l'exécution des actes auxquels président les organes de la vie ; désordre dans l'imagination, désordre dans les sensations, désordre dans les actes de la vie organique.

Quant au pronostic, il est rarement fâcheux, excepté dans l'hypochondrie constitutionnelle, et surtout lorsqu'une altération organique vient s'y joindre.

Dans le traitement, il faut diriger les moyens thérapeutiques à la fois contre le moral, contre les nerfs malades et contre les organes plus spécialement affectés.

C'est dans l'ouvrage même de M. Brachet qu'il faut lire le développement de toutes ces propositions, et nous garantissons une lecture

aussi intéressante qu'instructive. M. Brachet, qui occupe déjà un rang si distingué dans la littérature médicale contemporaine par son Traité sur le système nerveux ganglionnaire et sa Monographie fort recherchée des convulsions dans l'enfance, vient d'ajouter un nouveau titre à la reconnaissance et à l'estime de ses confrères par cette publication sur l'hypochondrie, la plus complète qui ait jamais été tentée.

De la fièvre typhoïde; par F.-M.-L. Watton, D.-M., ex-prosecteur de la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Un vol. in-8°. Paris, 1843; J.-B. Baillière.

Le but de cet ouvrage est de prouver que la fièvre typhoïde, qui, d'après M. Watton, comprend à elle seule toutes les fièvres essentielles des auteurs, est de nature rémittente, et qu'elle exige dans la plupart des cas l'emploi du sulfate de quinine. C'est à l'aide de faits nombreux, qui ne s'élèvent pas à moins de cinq cents, et dont l'auteur rapporte un certain nombre, qu'il appuie les développements de son opinion; il s'étaie aussi de la lecture des anciens et des modernes. Si cette opinion n'est pas plus généralement admise, c'est, dit-il, que la plupart des malades sont amenés dans les hôpitaux à une époque avancée de la maladie, et lorsque de rémittente qu'elle était à son début, elle est devenue continue, soit par son ancienneté, soit par des écarts de régime ou une médication peu convenable; d'autres fois, les accès se sont tellement rapprochés, qu'il faut une grande habitude et une surveillance de tous les instants pour les bien saisir. Qu'on ajoute à tout cela le défaut de renseignements, et on verra qu'il n'est pas toujours facile de pouvoir étudier avec fruit une affection qui demande une assiduité soutenue pour en saisir le véritable caractère.

Quant à l'emploi du sulfate de quinine, l'auteur catégorisant les cas qu'il a observés, arrive à la formule suivante, qui nous paraît résumer sa pratique particulière : « En général, lorsque les accès ne sont pas graves, qu'il n'existe pas de complication, que chaque jour les paroxysmes diminuent d'intensité, on peut se dispenser d'avoir recours à ce moyen; mais si les redoublements persistent, même sans être plus violents, que l'encéphale paraisse vouloir se prendre, il faut se hâter de donner le sulfate de quinine pour prévenir des redoublements plus intenses, ou empêcher une complication fâcheuse. » M. Watton, suivant le précepte de Beaumes, conseille d'administrer le remède immédiatement après le plus haut degré de l'exacerbation, c'est-à-dire, dans le décroissement du paroxysme, surtout dans les cas très graves.

Si l'emploi du sulfate de quinine n'a pas été suivi de succès dans les hôpitaux de Paris, cela tient, d'après M. Watton, qu'on l'a administré soit d'une manière intempestive, soit dans des cas qui ne réclamaient pas son emploi, soit qu'on ne l'ait pas fait précéder des moyens thérapeutiques qu'il indique.

Il termine en appelant à de nouveaux essais, à de nouvelles expériences. Cet ouvrage, en effet, est bien propre à les encourager; car il est le fruit d'un praticien consciencieux, habile et exercé.

Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en 1841 *et* 1842 *dans le département de la Dordogne;* par le docteur H. Parrot, médecin des prisons de Périgueux, etc. — Un vol. in-8°. Paris, 1843 Paul Dupont.

Ce beau et important travail de M. Parrot a été l'objet d'un rapport remarquable fait à l'Académie de médecine par M. Martin-Solon, au nom de la commission des épidémies. Nous avons reproduit en son temps une grande partie de ce rapport, qui présentait une analyse fidèle de la monographie de M. Parrot. Il ne nous reste qu'à faire remarquer aujourd'hui que si, par discrétion, M. Parrot s'était abstenu, dans son mémoire envoyé à l'Académie, d'insérer des observations nombreuses constatant le caractère rémittent de l'épidémie qui mit sur la voie de l'emploi du sulfate de quinine, il a fourni toutes ses preuves dans son mémoire imprimé, et que les services que notre confrère a rendus aux populations envahies par l'épidémie sont de la nature de ceux qu'on ne saurait ni oublier, ni trop récompenser.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'usage médical du gaz ammoniacal; par M. A. Smée.

On ne peut nier que les médicaments administrés sous forme de gaz ou de vapeurs soient promptement absorbés par les tissus et agissent d'une manière très efficace; même lorsqu'ils sont donnés à petites doses. Nous ne connaissons que par les expériences de H. Davy et autres, l'action presque immédiatement mortelle des petites doses d'acide cyanhydrique, d'acide sulfurique, de brôme, etc.

M. Smée, ayant observé que les vapeurs dégagées d'un flacon qui contient de l'ammoniaque caustique liquide, déterminent sur les membranes muqueuses des yeux, du nez, etc., une irritation à la suite de laquelle se manifeste une abondante sécrétion de liquide à la surface de ces membranes, conçut l'idée de faire quelques essais sur l'action thérapeutique de ces vapeurs.

L'action immédiate de ces gaz, pris par voie d'inhalation, est de déterminer une sécrétion servant à lubréfier la membrane muqueuse qui, antérieurement, était sèche ou recouverte de mucosités épaisses et gluantes; il agit donc tout à fait à la manière des expectorants. Pour atteindre plus sûrement ce but, l'auteur a recours à l'un des appareils imaginés par Ramadge pour l'inhalation des gaz.

Quant aux maladies dans lesquelles ces inhalations sont utiles (pour la plupart du temps d'une manière palliative seulement; ce qui d'ailleurs est encore d'un grand avantage pour le malade aussi bien que pour le médecin), l'auteur signale les suivantes,

1° Enrouement chronique, surtout en tant que suite de la grippe.

2° Angine tonsillaire à son début; ainsi lorsque les premières difficultés de déglutition se montrent, deux ou trois inhalations suffisent pour prévenir le développement ultérieur de la maladie.

3° Ulcérations syphilitiques du gosier, particulièrement lorsque l'état des forces du malade ne permet pas de recourir à l'emploi des autres moyens.

4° Dans cette forme de l'asthme où les extrémités sont froides, le pouls faible et les forces de l'individu tellement déprimées que l'usage interne du carbonate d'ammoniaque paraît indiqué, l'inhalation du gaz dont il s'agit procure un soulagement immédiat.

5° Dans les cas où, sous l'influence du froid, les voies aériennes sont le siége d'un sentiment particulier de constriction, le gaz ammoniac paraît diminuer et faire cesser le spasme, et par suite faciliter la respiration,

6° Le gaz ammoniac est, pour certains poisons, l'antidote immédiat; par exemple, pour le brôme qui déprime d'une manière si prompte la vitalité du sang et l'activité du cœur. Il agit d'une manière semblable contre l'acide hydrocyanique.

Le gaz ammoniac est, au contraire, contre-indiqué dans les cas de fièvre et d'inflammation aiguë, même lorsque le siége du mal est éloigné de l'appareil respiratoire, parce que l'ammoniaque absorbé agit comme irritant sur tout l'organisme. (*The Lond. med. Gaz.*)

Traitement de la chorée; par M. le docteur Schneider, de Fulde.

Une petite fille, âgée de onze ans, était à la fois atteinte de chorée et tourmentée par des vers intestinaux. M. Schneider provoqua l'expulsion d'un grand nombre de vers à l'aide des vermifuges; mais les mouvements choréiques résistèrent aux divers moyens antispasmodiques qui furent mis en usage.

En cette occurrence, il recourut à la méthode conseillée par M. T.-G. Wardeloth (*Edinb. Monthly Journal of med.*), et consistant dans l'emploi de la poudre suivante :

Pr. Extrait d'élatérium,	5	centigrammes.
Poudre de jalap,	18	décigrammes;
Poudre de gingembre,	12	id.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, divisée en douze parties égales.

A prendre une dose toutes les quatre heures, jusqu'à effet laxatif.

N'obtenant aucun succès de ce traitement, il passa à l'usage de la médication recommandée par le même M. Wardeloth, comme étant plus active, plus énergique, et en un mot comme devant être infaillible. Cette médication consiste dans le tartratre de fer et d'ammoniaque.

Ce sel fut donné à la dose de 15 centigrammes par jour, et porté successivement jusqu'à 25 centigrammes, à l'état de solution dans de l'eau; mais la maladie ne diminua aucunement.

M. Schneider se vit alors forcé de revenir à son moyen favori, savoir, à l'administration des pilules suivantes :

Pr. Asa fœtida,	8	grammes;
Poudre de valériane,	8	id.;
Fleurs de zinc,	12	décigrammes;
Castoréum choisi,	24	id.;
Extrait de belladone,	25	centigrammes;
Extrait de camomille,	Q. S.	

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène divisée en pilules du poids de 10 centigrammes et roulées dans la poudre de canelle.

On prend cinq de ces pilules trois fois par jour. Sous l'influence de ce mode de traitement, la malade a été rendue à la santé.

Comment se fait-il que M. Schneider n'ait pas de suite recouru à une médication dont il connaît les heureux résultats, et qu'il ait mieux aimé d'abord tenter l'emploi des moyens dont rien ne lui garantissait l'efficacité? (*Casper's Wochenschrift*)

M. Aug. Crenet, directeur-gérant de la *Caisse centrale* des médecins et pharmaciens, vient d'ajouter à l'une de ses attributions qui consiste à procurer *la vente* ou *l'achat* des *officines de pharmacie*, celle non moins utile d'*un bureau tout spécial de placement* de MM. les élèves en pharmacie.

Nous croyons rendre un service important à MM. les pharmaciens de Paris et des départements, en reproduisant ici la circulaire que cet établissement, recommandable à plus d'un titre, vient de leur adresser.

A MM. les pharmaciens de Paris et des départements.

« La *Caisse centrale* poursuit le cours de ses travaux avec un succès qui répond à ses espérances.

» Toujours attentive à veiller aux intérêts de ses clients, elle a reconnu, comme un besoin de l'époque, la nécessité d'un office intermédiaire, pour procurer à MM. les pharmaciens des élèves capables, probes, intelligents, pouvant les seconder dans toutes leurs préparations, et à MM. les étudiants en médecine et en parmacie, les avantages de pouvoir utiliser le temps qui n'est pas consacré à leurs études, ou d'obtenir une place stable toujours nécessaire à leur avancement.

» Pour atteindre ce but d'une manière convenable et sûre, *la Caisse centrale* ne marchera pas sur les traces de ses devanciers qui, peu soucieux de toute la portée de leur mission, se sont constamment maintenus dans un cercle vicieux et intéressé, en négligeant les points essentiels qui se rattachent à ces négociations. Elle a reconnu qu'avant tout il fallait procéder avec ordre, en apportant à la nature de chaque demande cet examen raisonné et consciencieux qui en facilite l'exécution.

» A cet effet, elle aura constamment ouvert, dans ses bureaux, deux registres où seront inscrits quotidiennement :

» Dans le premier, les demandes de MM. les pharmaciens avec toutes les circonstances y relatives; le traitement de l'emploi, etc.

» Dans l'autre, celles de MM. les élèves pour un emploi salarié ou gratuit, avec toutes les conditions d'aptitude, de moralité et de capacité.

» MM. les pharmaciens voudront bien indiquer avec soin tout ce qui peut concourir à leur présenter un sujet qui soit digne d'être agréé.

» Les personnes préposées à la direction de ce travail en saisiront toutes les nuances, en se pénétrant de l'importance des officines et de leurs dépendances, de même qu'elles recueilleront avec la plus scrupuleuse attention tout ce qui sera à l'avantage des candidats sous le rapport de leurs connaissances pharmaceutiques, de leur aptitude et de leur probité.

» Cette coopération simultanée rendra plus faciles ces rapports que nous désirons établir pour donner à MM. les pharmaciens une nouvelle preuve de notre sollicitude à leurs intérêts, en même temps que nous offrirons à MM. les étudiants les moyens d'un stage qui leur fasse acquérir les *connaissances pratiques* indispensables à leur profession.

» La Caisse centrale trouvera la récompense de ses efforts si MM. les pharmaciens veulent bien applaudir et favoriser cette nouvelle branche de ses opérations. »

(S'adresser ou écrire *franco* à M. le Directeur-Gérant, rue Neuve-St-Denis, 25.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 4 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 78. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

D'un nouvel appareil pour le traitement des hernies ombilicales chez les enfants à la mamelle.

Depuis près de deux ans, M. Trousseau a été frappé, d'une part, des accidents causés chez les très jeunes enfants par les hernies ombilicales; d'autre part, des difficultés insurmontables que l'on rencontre le plus souvent dans la confection, et surtout dans l'application des brayers destinés à contenir ces hernies. Il a été conduit alors à employer un moyen thérapeutique fort simple, tellement simple même, que, suivant toute apparence, il a dû être mis en usage mille fois sans que les praticiens aient cru devoir rendre publique une méthode qu'ils ne croyaient pas digne de la publicité.

Tous les accoucheurs ordonnent aux nourrices de tenir autour du ventre de l'enfant nouveau-né un bandage convenablement serré, que l'on fera porter pendant un mois; dans certains pays, pendant toute la première année. On insiste sur ce moyen si simple dans le but, disent les gens du peuple, de soutenir et de fortifier les reins de l'enfant; et, par le fait, cette compression méthodique sert en quelque sorte d'aponévrose ventrale supplémentaire, qui s'oppose efficacement à l'éventration, et surtout à la hernie ombilicale.

Il s'agissait de formuler en précepte thérapeutique une méthode en quelque sorte empirique; c'est ce qu'a fait M. Trousseau dans son service d'enfants.

La hernie ombilicale est un accident très commun chez les enfants pendant les deux premières années de la vie. Cette infirmité n'a pas, à beaucoup près, dans les premiers temps, la même gravité qu'elle pourra présenter à un autre âge. En effet, la hernie ombilicale de l'enfant guérit ordinairement sans le secours de l'art, à l'époque de la vie où les cris devenant moins fréquents, le développement des aponévroses abdominales se fait désormais plus normalement. Peu à peu l'ouverture herniaire diminue, et enfin elle disparaît complétement.

Mais chez les enfants criards, chez ceux qui ont le ventre très développé et la capacité de la poitrine relativement moindre, la hernie persiste, et elle ne guérit, si toutefois elle guérit, qu'à l'âge où l'usage d'un brayer devient possible.

Cependant, si la hernie persiste, elle peut, rarement il est vrai, amener, par étranglement, des accidents très graves, ou tout au moins entretenir, chez les enfants, des coliques vives, des vomissements, qui sollicitent des cris incessants, et augmentent encore l'infirmité qui est la cause de tous ces troubles fonctionnels.

Il importe donc de remédier à la hernie ombilicale dès les premiers mois de la vie.

Lorsque, dans le service de M. Trousseau, on amène un enfant avec cette infirmité, il conseille la continuation des moyens que tout le monde prescrit dans les premiers jours de la vie, c'est-à-dire la compression.

Cette compression se fait de la manière suivante:

L'appareil se compose d'une compresse graduée de trois centimètres de longueur sur deux centimètres de large, et de cinq millimètres d'épaisseur, puis d'une bande de sparadrap de diachylon de deux centimètres de large sur deux à trois mètres de longueur.

Un aide soutient l'enfant en l'air en le tenant par les deux cuisses; un autre aide le soutient en plaçant la main sous le dos. Le chirurgien réduit la hernie, applique la compresse graduée sur l'ombilic, et entoure le ventre de l'enfant six ou huit fois, de manière à recouvrir entièrement la compresse graduée. Il doit serrer assez fortement la bande, parce que l'enfant, en criant, gonfle le ventre, qui s'affaisse lorsque la colère du petit malade est calmée.

La pression exercée sur le ventre gêne pendant quelques heures la respiration; mais bientôt les enfants semblent ne plus s'apercevoir de la présence du bandage.

Les bandes de diachylon ont cet avantage, qu'elles se modèlent parfaitement sur les parties, et qu'elles en suivent tous les mouvements sans gêner le malade. Leur adhésion est encore fort essentielle, et elles ne se déplacent que difficilement, malgré les mouvements de la respiration. Enfin, la matière même de l'appareil a encore cela d'avantageux, que les urines et les matières fécales ne l'imprègnent que difficilement, et ne nuisent pas d'ailleurs à la solidité du bandage.

Si maintenant nous comparons le diachylon aux bandes de toile ou de laine et aux brayers divers dont on fait usage dans le traitement de la hernie ombilicale, on ne peut s'empêcher de lui attribuer la supériorité; et pour ne parler d'abord que des bandes, qui ne voit que leur rigidité, la facilité avec laquelle elles se salissent, en rendent l'usage difficile et dispendieux?

Quant aux brayers, il n'est personne qui n'en ait apprécié les inconvénients. Il est indispensable d'en avoir au moins trois de rechange; il faut tous les jours laver le tissu de coton qui enveloppe le ressort de la pelote. La stature de l'enfant augmentant rapidement, le bandage qui convient aujourd'hui n'est quelquefois plus applicable un mois plus tard.

L'appareil est donc fort dispendieux; c'est là pourtant le moindre inconvénient. On sait que chez l'adulte le brayer ombilical ne se maintient qu'à condition d'être muni de plaques très larges; mais le brayer des enfants, dont la pelote est petite, se déplace surtout pendant les cris, pendant les mouvements désordonnés du petit malade, et par conséquent il peut devenir la cause d'accidents graves.

Si l'on veut le fixer par des bretelles et par des sous-cuisses, ces pièces d'appareil excorient ou déchirent les parties avec lesquelles elles sont en contact. Aussi renonce-t-on généralement à contenir les hernies ombilicales des enfants avant l'âge de trois ou quatre ans.

Si donc le bandage de sparadrap de diachylon remplit les indications du brayer sans en avoir les inconvénients, on doit savoir gré à M. Trousseau d'avoir, sinon proposé, car il ne sait s'il a le mérite de l'invention, du moins popularisé une méthode qui se recommande par son extrême simplicité.

M. Trousseau, pour ce bandage comme pour le bandage du sein, qu'il fait également avec le diachylon, insiste singulièrement sur la bonne confection du sparadrap. Il faut d'abord que la bande ait au moins deux mètres de longueur. Or, dans les pharmacies de la ville, presque jamais le sparadrap n'a plus d'un mètre. Il faudra donc prier l'apothicaire de faire des bandes plus longues, ce qui n'est ni plus coûteux relativement, ni plus difficile. En outre, on a dû remarquer que le diachylon des pharmaciens est habituellement très brillant, très agglutinatif, très mou, ce qui peut être une qualité quand il s'agit d'en appliquer un petit morceau; mais ce qui est un défaut capital quand il faut appliquer une bande. En effet, la matière emplastique trop molle se fond, et le bandage ne tient plus. En outre, comme la térébenthine est en excès dans ce diachylon, la peau en est assez vivement irritée, et des eczémas ou des érysipèles peuvent en être la conséquence.

Le meilleur sparadrap de diachylon est celui du Codex, celui dont la formule est suivie dans les hôpitaux, celui que les apothicaires s'obstinent à ne pas fabriquer, parce que les clients ne le trouvent ni assez beau, ni assez collant.

Toutefois, dans les hôpitaux, même de Paris, la pharmacie centrale introduit, dans la fabrication du diachylon gommé, une modification contre laquelle M. Trousseau ne cesse de s'élever. Pendant le semestre d'été, le diachylon est fait exactement selon la formule du Codex; il se roule facilement et n'a pas trop de mollesse; mais pendant l'hiver, l'abaissement de la température durcit la matière emplastique, qui se gerce, se fendille et s'enlève quelquefois quand on roule les bandes.

Pour remédier à cet inconvénient, qui n'en est pas un, la pharmacie centrale introduit dans la composition de l'emplâtre de l'huile ou de l'axonge en proportion plus considérable, et elle lui donne alors plus de flexibilité et un aspect plus flatteur.

Mais cette pratique est absurde, et il suffit d'un instant d'attention pour le comprendre. La température du corps de l'homme est la même l'hiver et l'été. Or, le sparadrap destiné à être en contact avec la peau ne doit pas être fait en vue de la température atmosphérique, mais bien en vue de la température du corps. La composition ne doit donc pas changer, puisque la température du corps ne change pas.

Aussi, qu'arrive-t-il? Pendant l'été, jamais les chirurgiens des hôpitaux ne se plaignent du diachylon; pendant l'hiver, l'emplâtre fond et les bandages se dérangent.

Il est impossible de faire un bandage ombilical et un bandage du sein qui reste appliqué sans se déranger huit et dix jours, avec le diachylon trop mou. C'est un point sur lequel M. Trousseau ne cesse d'appeler l'attention des personnes qui suivent sa visite.

Il sera donc essentiel, dans la pratique civile, sous peine de ne pas réussir, de se rappeler ce que nous venons de dire.

Le bandage ombilical peut rester appliqué dix et même quinze jours; ordinairement M. Trousseau le renouvelle chaque semaine.

Si la hernie était peu volumineuse, si la santé de l'enfant est bonne, et si son accroissement a été rapide, deux applications suffisent quelquefois. Le plus souvent il en faut quatre, et jusqu'à six, surtout si les petits malades sont chétifs.

La hernie diminue quelquefois avec une rapidité vraiment extraordinaire; nous avons vu des tumeurs qui avaient deux centimètres en tout sens, ne plus avoir qu'un centimètre huit jours après l'application du bandage. Toutefois, nous devons dire qu'il ne faut pas concevoir de trop flatteuses espérances d'après ce premier succès; car la diminution dans les pansements ultérieurs ne suit pas ordinairement la même progression.

Serait-il convenable d'appliquer en même temps que le bandage quelques substances médicamenteuses dont on imprégnerait la compresse graduée? C'est ce que les praticiens auront à examiner; c'est ce qu'ils feront sans doute si la hernie persiste malgré l'emploi du bandage.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Quelques considérations sur la ténotomie. (Suite.)

Ce que nous avons dit des causes de la rétraction musculaire aux membres supérieurs, peut s'appliquer de même aux membres inférieurs. Les circonstances qui peuvent les déterminer sont la paralysie, des blessures, des maladies chroniques, des articulations, ou les vices de conformation. Comme les causes, les indications sont également les mêmes. Bien que la paralysie soit une condition beaucoup moins favorable que les deux autres, cependant il y a des cas où il est avantageux de pratiquer la ténotomie, quand la rétraction est la suite d'une paralysie de certains muscles qui ne peuvent contrebalancer l'action de leurs antagonistes. Ainsi la paralysie des extensions de la jambe a donné lieu à une flexion permanente de la jumelle sur la cuisse; l'indication est quelquefois de rendre, par la section des fléchisseurs, la rectitude au membre; on la maintiendra plus tard dans sa direction normale au moyen de mécaniques et d'appareils, dont l'effet sera le plus souvent d'empêcher les mouvements de flexion du membre. Mais il sera plus avantageux au sujet de se servir d'un membre inférieur roide et inflexible, que de conserver une jambe fléchie à angle droit avec la cuisse. Le pied-bot peut être déterminé accidentellement par une paralysie ou par une blessure, ou dépendre d'un vice congénial. Celui qui survient à l'âge de deux, trois, ou quatre ans, est la suite de la paralysie, de tels ou tels muscles qui agissent sur le pied. Par exemple, si le malade marche sur la pointe du pied tiré fortement en bas par la traction en haut du calcanéum qu'emporte le tendon d'Achille, il y a un avantage réel à faire la ténotomie; par cette opération vous ramenez le pied dans sa position normale, et le sujet peut poser à plat sur le sol la plante du pied. Les muscles paralysés ne reprennent pas d'action dans tous les cas, il est vrai; le pied tend à reprendre sa direction vicieuse; mais c'est un défaut que corrigeront facilement des bottines faites exprès, à l'aide desquelles on maintiendra le pied dans sa rectitude normale.

Pour le membre inférieur comme pour le supérieur, c'est dans les cas de rétraction dépendant d'un vice de conformation congénial que l'on peut avec succès pratiquer la ténotomie. Les enfants qui naissent avec un pied-bot n'ont point le plus souvent de paralysie. En faisant la section du muscle ou du tendon du muscle rétracté, les antagonistes reprennent leur action passagèrement suspendue, et les mouvements de l'articulation se rétablissent.

Mais doit-on opérer tous les pieds-bots, et à quel âge doit-on et peut-on faire l'opération? Il y a nécessairement une différence à établir, selon que le pied-bot est le résultat d'une blessure ou d'un vice de conformation. S'il est congénial, on on a d'autant plus de chances de succès, que l'enfant est plus jeune. On tirera seulement des indications particulières de la force de la difformité, de la manière dont seront disposées les surfaces articulaires. On peut dire, en général, et sauf les cas exceptionnels, que passé l'âge de douze ou quinze ans, l'opération sera souvent inutile, et que les succès seront très rares. C'est donc, selon nous, dans l'enfance que l'on devra pratiquer l'opération du pied-bot. Mais à quelle époque de l'enfance? Certainement l'enfant qui vient de naître serait dans les meilleures conditions désirables pour le redressement du pied. Mais aussi, voici ce qui arriverait. Si vous opériez un enfant peu de temps après sa naissance, à une époque où il ne marche point encore, et que vous n'employiez pas de bottines mécaniques jusqu'à ce qu'il marche, en très peu de temps la difformité récidiverait, et au bout de deux ou trois mois, quelquefois moins, l'enfant serait comme avant. Il serait donc nécessaire de maintenir les appareils jusqu'à l'âge de un an environ. D'autre part, chez les nouveau-nés, la peau est très tendre, les appareils serrent plus ou moins la jambe, excorient la peau, malgré les soins les plus attentifs. Vous avez pu voir

dans nos salles, que même chez un enfant de deux ans qui ne porte les bottines que depuis peu de jours, elles ont déjà déterminé des points d'excoriation. Il faut ajouter que la pression de la bottine empêcherait le développement du membre entier, gênerait les mouvements des orteils et de l'articulation tibio tarsienne, et que l'enfant ne pourrait marcher que lorsque le moment arriverait de l'exercer à ce mode de progression. Il ne faut donc point, pour toutes ces raisons, opérer le nouveau-né. Il est plus prudent de retarder jusqu'au moment où l'enfant est sur le point de commencer à marcher. Cette époque est, selon nous, la plus rapprochée où l'on puisse se permettre de pratiquer la ténotomie. Si vous attendez plus long-temps, et que l'enfant ait déjà commencé à marcher, le pied-bot augmentera nécessairement, et les chances de succès diminueront.

En saisissant le moment précis où l'enfant commence ordinairement à marcher; dans l'espace de six semaines ou deux mois, le membre sera suffisamment redressé pour que l'enfant soit en état de mettre le pied sur le sol. C'est alors que vous lui enlevez les appareils mécaniques, et que vous les remplacez par des bottines ou des brodequins ordinaires, mais solides et faits avec le plus grand soin. Plus les enfants seront loin de cette époque, plus on se trouvera dans l'obligation de prolonger l'emploi des appareils. Un enfant de deux ans les portera plus long-temps qu'un enfant de onze à douze mois, et ainsi de suite. Pour nous résumer, il y a le plus souvent avantage à pratiquer l'opération du pied-bot au commencement, ou tout au moins dans le cours de la seconde année. On conçoit que pour un pied-bot suite de blessure ou de maladie chronique, articulaire, il n'y ait point ces distinctions à faire.

Lorsque le chirurgien juge nécessaire de faire l'opération, y a-t-il des circonstances particulières autres que l'âge, qui doivent faire avancer ou retarder le moment où on la pratiquera? Sans aucun doute. Un enfant se trouve dans de mauvaises conditions générales; il est rachitique, scrofuleux. L'indication sera d'attendre que sa constitution soit devenue plus forte, et en voici les raisons. Une opération de ce genre nécessitera le séjour au lit. Or, je ne sache rien de si nuisible pour un enfant rachitique ou scrofuleux que le séjour au lit. De même, la disposition aux convulsions devra faire éloigner l'opération. La douleur, il est vrai, n'est que peu de chose; mais les accidents qui peuvent survenir consécutivement peuvent très bien être une cause du retour des convulsions.

Une autre précaution importante, est de n'opérer jamais les enfants avant qu'ils aient été vaccinés. Si la plus petite et la moins grave opération vient à se compliquer de variole, vous savez quels accidents peuvent survenir. La position sociale des parents de l'enfant, les conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve, le genre de nourriture, l'aération du local qu'il habite, constituent des circonstances de haute valeur et que l'on ne doit pas négliger. Je le répète, bien qu'elle soit peu de chose en elle-même, cette opération peut être suivie de légers accidents que des complications peuvent rendre fâcheux.

Quant aux préparations à faire subir aux enfants que l'on se dispose à opérer, lorsque le sujet est dans de bonnes conditions, elles se réduisent à peu de chose. Ce que je vais vous dire à ce sujet s'applique non-seulement à la section tendineuse destinée à remédier au pied-bot, mais encore à toutes les opérations de ténotomie. En général, les préparations sont peu importantes ici. On pourra donner quelques bains toniques, et habituer peu à peu les membres aux bottines dans un hôpital; on fera bien de laisser l'enfant s'acclimater pendant quelques jours, et l'on pourra ensuite opérer en toute sécurité.

Si nous avons affaire à d'autres difformités que des pieds-bots, on devra prendre en sérieuse considération les causes qui ont déterminé la rétraction musculaire. On comprend qu'il sera tout différent d'opérer une section tendineuse ou musculaire lorsque la cause de la difformité sera due à une blessure, à une tumeur blanche articulaire, ou à une paralysie. Dans les cas de paralysie, on doit souvent s'abstenir, ou du moins être très sobre d'opération. Lorsque c'est par suite de blessure que la rétraction s'est établie, il faut quelquefois attendre que la blessure soit guérie, ou du moins que les accidents inflammatoires du côté de l'articulation soient tombés. Il faudrait agir différemment, dans les cas qui seraient accompagnés de luxation, par exemple, et dans lesquels le moindre retard pourrait avoir des suites graves. On conçoit, en effet, que si l'on attend trois semaines ou un mois, les surfaces articulaires se trouvant en contact dans des points inaccoutumés, de nouveaux rapports s'établiront, et l'opération sera suivie de moins de chances de succès.

Dans les cas où elle n'est pas la suite d'une blessure, la rétraction doit être opérée, tantôt lorsque la maladie est guérie, tantôt aussitôt qu'elle est appréciable. Chez le jeune garçon qui est couché au n° 11 de la salle Saint-Côme, la rétraction avait été provoquée par une tumeur blanche qui était loin d'être guérie. Dans ce cas, les accidents inflammatoires n'étaient pas très intenses; et si nous avions attendu plus long-temps, peut-être une ankylose aurait-elle été le résultat de notre expectation, et du contact prolongé des surfaces articulaires dans une position vicieuse. Dans de pareilles circonstances, en attendant trop long-temps, il peut devenir impossible de rendre à l'articulation ses mouvements d'extension. Je pense que dans les cas de tumeur blanche du genou, il y a presque toujours avantage à faire la ténotomie au moment où l'enfant se trouve dans des conditions assez favorables, où la tumeur n'est pas extrêmement douloureuse, où les accidents inflammatoires commencent à perdre de leur intensité. Il est des cas où rien ne doit faire craindre l'adhérence des surfaces articulatres; alors on peut attendre sans grand danger.

L'opération de la ténotomie est trop simple pour que j'entre dans de grands détails à son sujet. Nous vous rappellerons seulement brièvement les principaux modes suivant lesquels on la pratique. Elle se pratique toujours par la méthode sous-cutanée, en faisant un pli à la peau et en plongeant à une certaine distance du tendon. Il n'y a guère que deux procédés. Par le premier, on incise le tendon de dehors en dedans, c'est-à-dire, de l'extérieur vers les parties profondes. Par le second, on agit d'une manière diamétralement opposée; et l'on fait agir le ténotome des parties profondes vers la superficie du membre. Celui qui consiste à inciser de la peau vers les parties profondes est celui qui est le plus généralement usité, et dont nous nous servons dans tous les cas. Lorsque l'on incise le tendon des parties profondes vers les parties superficielles, on risque souvent de blesser la peau, quoique les instruments dont on se sert soient mousses. Les instruments que l'on emploie sont au nombre de deux : l'un, aigu, en forme de lancette, sert à pratiquer à la peau une petite ouverture; l'autre, mou, tranchant seulement d'un côté, sert à diviser le muscle ou le tendon. On peut aussi employer un seul instrument.

Il importe grandement, lorsque l'on pratique l'opération de la ténotomie, de couper le même jour les tendons de tous les muscles dont la rétraction détermine la difformité. Il y aurait un grand inconvénient à couper un seul tendon le premier jour, puis, dix ou quinze jours après un autre, en laislaissant entre chaque section un intervalle plus ou moins éloigné. En procédant de cette manière, vous ne pourriez pas obtenir complétement le résultat que vous cherchez. Nous en avons dit assez sur le mode opératoire qui, vous le voyez, est simple en soi. Cependant une dernière recommandation est très importante, c'est, lorsque l'on retire le ténotome, de prendre garde, autant que possible, à ne point laisser s'introduire d'air dans la plaie. Assez fréquemment, les accidents que l'on peut redouter, c'est-à-dire l'inflammation de la plaie, paraissent dépendre de ce que l'on n'aura pas détruit complétement le parallélisme des deux ouvertures, de la peau et du tissu sous-cutané, et de ce que l'air aura pénétré. Cependant, nous ne voulons pas dire pour cela que l'introduction de l'air sera nécessairement suivie d'accidents graves. Il nous est quelquefois arrivé de voir une ou deux bulles d'air indiquer cette introduction, sans qu'il soit résulté d'accidents. Mais c'est une mesure de prudence qu'il ne faut point négliger.

Une fois l'opération faite, ce serait une grande erreur que de croire que la chirurgie n'a plus à s'occuper de son malade. La ténotomie constitue la partie la plus simple et la plus facile de la médication : aux yeux des gens du monde l'opération est tout. Pour le chirurgien ce n'est qu'une simple partie des moyens qui doivent amener la guérison. C'est dans l'application des appareils que réside le traitement. Je vous engage à la considérer comme la chose la plus importante.

En général, il ne faut pas laisser à un bandagiste le soin de choisir et d'appliquer ces appareils. L'application doit être faite avec le plus grand soin et la plus grande prudence. S'agit-il, par exemple, de l'extension de la jambe sur la cuisse, vous ne devez pas étendre tout d'un coup et complétement le membre opéré pour le remettre dans sa direction normale. Vous agirez graduellement, et ce ne sera que quand la piqûre sera entièrement cicatrisée que vous adapterez l'appareil mécanique; lorsque vous n'aurez plus d'accidents inflammatoires graves à redouter. Ainsi, règle générale, on ne placera le premier appareil mécanique que trois, quatre ou cinq jours après la section tendineuse. Jusque-là, on se contentera, à l'aide de coussins, d'oreillers, d'étendre peu à peu et doucement le membre rétracté.

Les enfants opérés devront être attentivement surveillés tous les jours. La finesse et la susceptibilité de la peau à cet âge est telle que des excoriations pourraient être déterminées par l'appareil du jour au lendemain. La pression d'une bande, d'une courroie, un pli même d'une bande peut être cause d'accidents. Il n'est peut-être pas un seul cas de ténotomie que nous ayons pratiqué, où nous n'ayons vu survenir quelques excoriations plus ou moins étendues. Lorsque pareille chose survient, il faut retirer l'appareil, laisser le membre libre pendant vingt-quatre ou quarante huit heures, en le maintenant avec des bandes et des coussins plus doux, seulement pour ne point perdre les résultats obtenus jusque-là. On rencontre quelquefois des enfants tellement délicats, qu'il est nécessaire de desserrer plusieurs fois par jour les bandes de l'appareil. Tant qu'il n'y a pas d'excoriation, il faut ne pas l'enlever tout à fait. Il faut chercher à faire cicatriser les excoriations en continuant avec soin l'usage de l'appareil. Si on attendait qu'elles fussent cicatrisées pour l'appliquer de nouveau, ce qui n'arrive quelquefois qu'au bout de plusieurs semaines, on s'exposerait à perdre tout ce que l'on aurait obtenu.

Lorsque l'on a réduit et redressé complétement la difformité, deux circonstances peuvent se présenter. Si vous avez pratiqué la ténotomie dans un cas de maladie articulaire, vous ne devez pas attendre que le redressement soit complet pour agir sur une articulation malade. Vous avez pu voir à la salle Saint-Côme, un jeune garçon opéré sous vos yeux il y a huit jours, et atteint d'une tumeur blanche du genou, auquel nous avons hier placé deux cautères sur les côtés de l'articulation malade. Si l'articulation est saine, une fois le redressement obtenu, il ne faudra pas se hâter de retirer complétement l'appareil; nous avons été souvent obligé de le laisser assez long-temps, d'autant plus long-temps que le sujet était plus âgé et que la rétraction était plus ancienne, c'est en en prolongeant l'usage qu'on évite la récidive.

Permettez-moi de terminer par un conseil. Quand il s'agira de porter un jugement sur le résultat d'une opération de ténotomie, ne vous prononcez pas immédiatement : ne parlez qu'avec la plus extrême prudence. Nous avons maintenant dans notre service une fille opérée depuis sept mois. Eh bien! nous n'osons point affirmer qu'elle soit guérie. Ce n'est guère qu'au bout de deux ou trois ans que l'on peut se prononcer définitivement. Le seul moyen de faire de la science *exacte* et *consciencieuse*, c'est, je vous le conseille, de prendre les noms et les adresses des sujets que nous renvoyons à leurs parents, et d'aller, au bout d'un certain temps, vérifier chez eux les résultats définitifs. De cette manière vous pourrez vous prononcer avec connaissance de cause.

Ici se termine ce que nous avions à vous dire des sections tendineuses en général. Nous n'avons eu pour but, comme vous le voyez, laissant de côté toute espèce de polémique et de discussion, que de vous indiquer succinctement ce qu'aujourd'hui il est permis de faire en bonne et saine chirurgie sous le rapport de la ténotomie.

HOPITAL NECKER. — M. CHASSAIGNAC.

Variole survenue chez un amputé. Les grandes opérations, ont-elles pour résultat d'atténuer les effets d'une vaccination antérieure?

Au n° 16 de la salle St-Pierre est couché un malade sur lequel a été pratiquée, le 22 mai 1844, l'amputation de la jambe à la partie inférieure. La maladie pour laquelle a été pratiquée l'amputation consistait en une altération osseuse s'étant présentée d'abord avec les caractères d'une carie accompagnée de fistules multiples. Plus tard, à l'examen de la pièce anatomique, on a reconnu cette affection décrite par M. Gerdy sous le nom d'ostéite condensante. Ce malade, qui est aujourd'hui presque complétement guéri, a été l'objet d'une attention toute particulière à l'occasion d'une variole intense, quoique discrète, qui est survenue du douzième au quinzième jour après l'amputation, et qui au dix-huitième jour de son développement, présente encore des pustules non desséchées sur les membres inférieurs. Ce malade offrait cependant des traces de vaccination régulière, et l'on est conduit à se demander si les circonstances qui apportent dans l'organisme une perturbation profonde, telle, par exemple, que celle qui résulte d'une amputation, auraient pour résulat d'effacer, chez les individus qui les ont subies, les effets d'une vaccination antérieure plus ou moine ancienne. Un moyen de s'éclairer sur ce sujet consisterait à pratiquer la revaccination sur un certain nombre d'amputés. Nous ferons connaître plus tard les résultats obtenus touchant la solution de cette question importante.

Une circonstance particulière nous a mis à même d'examiner quelle influence pouvait avoir sur l'éruption varioleuse, dans un espace circonscrit, l'application d'une bande avant, pendant et après l'éruption. La bande roulée qui avait été appliquée pour contenir les chairs du moignon, et qui recouvrait toute la portion de jambe comprise entre le lieu de l'amputation et le genou n'avait point été renouvelée.

M. Chassaignac l'ayant enlevée dans le but de constater en quoi l'éruption aurait pu être modifiée par la présence de cette bande, a reconnu que le nombre des pustules varioliques était sensiblement le même sur la jambe amputée et sur l'autre pour une même étendue de surface cutanée. La seule différence consistait en une dessiccation moins avancée des pustules sur la portion de peau qui avait été maintenue couverte.

Grenouillette aiguë produite par la présence d'une concrétion organique oblitérant le canal de Warthon. Guérison prompte par l'extraction de cette concrétion.

Le 20 juin 1844, est entré à la salle Saint-Pierre, n° 27, le nommé Gravier (Jean), âgé de vingt-cinq ans. Cet homme s'est présenté d'abord à la consultation de l'hôpital Necker dans un état d'anxiété tout particulier. Depuis deux jours il éprouvait de grandes difficultés pour avaler; il accusait un sentiment de strangulation et une douleur vive au-dessous de la mâchoire inférieure sur le côté droit. La face était rouge et injectée; une tumeur très dure, du volume d'un œuf, ressemblant au premier abord à une masse ganglionnaire engorgée, se faisait sentir au dessous et en avant de l'angle de la mâchoire inférieure. L'examen de la cavité buccale n'ayant fait reconnaître aucun engorgement des amygdales, aucune fausse membrane au fond de la gorge, et la pression sur le pharynx n'étant plus douloureuse, le doigt fut promené sur la langue et sur toutes les parois de la bouche. En explorant le plancher de la cavité buccale, on constata une saillie rénitente siégeant au-dessous de la langue et marchant parallèlement à la branche droite de la mâchoire inférieure. M. Chassaignac reconnut aussitôt une distension du canal de Warthon, en un mot une grenouillette à l'état aigu avec rétention de salive dans la glande sous-maxillaire qui était dure, volumineuse, et très sensible à la pression.

Ce malade ayant été immédiatement admis dans les salles de chirurgie, fut examiné de nouveau à la visite du 21 juin. En faisant écarter les mâchoires autant que cela était possible, à raison de la douleur qui se faisait sentir lors de l'abaissement du maxillaire inférieur, on aperçut un point blanc semblable à un aphthe, siégeant du côté droit précisément sur le front où vient s'ouvrir le canal de Warthon. Cette plaque blanche et d'aspect puriforme avait les dimensions d'une petite lentille, et semblait n'être autre chose qu'une ulcération de la muqueuse buccale à l'orifice du conduit de la glande sous-maxillaire. L'extrémité d'un stylet mousse ayant été portée sur cette plaque blanchâtre, donna la sensation d'un corps dur, et en poussant l'exploration plus loin, M. Chassaignac reconnut que ce corps remplissait le canal de Warthon à partir de son orifice libre jusque dans une étendue de cinq à six lignes. La pointe aiguillée du stylet ayant été légèrement recourbée avec une pince, et introduite dans le canal, on parvint à faire sortir, à l'aide de grandes précautions et par des mouvements bien ménagés, un corps de couleur blanc-jaunâtre, assez ferme et résistant pour conserver sa forme, non pas dur à l'égal d'un calcul, mais offrant l'aspect d'une concrétion

organique bien cohérente et renfermant à son centre une cavité, dans laquelle on ne rencontre aucun corps étranger. Cette concrétion, de forme cylindroïde, avait en épaisseur les dimensions d'un noyau de cerise, mais en longueur elle en avait le double.

Après l'extraction complète de la concrétion, le stylet fut introduit de nouveau dans le canal de Warthon évidemment dilaté, et où il se mouvait très librement; puis des mouvements en divers sens furent exécutés, à l'effet de chercher s'il n'existait point dans le conduit quelque corps étranger qui eût servi de noyau à la matière dont il a été question. Un instant la pointe recourbée du stylet sembla arc-bouter contre un corps dur; mais on ne tarda point à reconnaître que cet effet tenait probablement à quelque lame aponévrotique sur laquelle venait porter la pointe du stylet en donnant lieu à la sensation trompeuse que l'on avait d'abord éprouvée.

A partir du moment où le canal de Warton fut désobstrué, le malade éprouva un soulagement manifeste et répéta avec affirmation qu'il se sentait guéri. Cependant la glande sous-maxillaire resta encore tuméfiée les deux jours suivants; puis son volume s'étant réduit de plus en plus, et le malade ne voulant pas rester plus long-temps à l'hôpital, sa sortie lui fut accordée.

—Cette observation, à laquelle nous ajouterons les résultats de l'examen microscopique de la matière retirée du conduit de Warthon, nous a paru curieuse à plus d'un titre. Et, d'abord, par la nature de la concrétion, car il n'est pas très commun d'en trouver de ce genre; et par la rapidité de sa formation, puisque le malade nous affirma que c'était seulement de deux ou trois jours que datait le commencement des accidents éprouvés par lui; et enfin par la disparition complète et franche de tous ces accidents, à partir du moment où le corps étranger eût été retiré.

Nous devons à l'obligeance de M. Caffin les quelques détails qui suivent, comme résultat de l'examen fait au microscope.

Deux parties bien distinctes constituaient cette concrétion:

1° Une partie centrale dure, et sensiblement visible à l'œil nu. Au microscope, on voyait une masse amorphe, d'apparence cristalline, dans laquelle se distinguaient des détritus de matière organique.

2° Une partie périphérique beaucoup moins dense que la précédente et presque caséeuse, offrant des globules purulents et des lamelles épidermiques: dans cette masse, se voyaient de petites concrétions salines dont il a été impossible de constater le mode de cristallisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 juillet. — Présidence de M. CAVENTOU.

Le directeur de l'Institution des sourds et muets prévient l'Académie qu'en raison de l'anniversaire de la mort de M. Itard, une messe sera dite dans la chapelle de l'établissement le 8 juillet prochain.

— *M. Pariset* lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Geoffroy Saint-Hilaire, au nom de l'Académie.

Cette lecture est suivie d'applaudissements.

M. le président annoncela mort de M. Demangeon membre de l'Académie.

— *M. Pravaz*, membre correspondant, obtient un tour de faveur pour lire un mémoire sur les moyens de remédier aux déformations du thorax par suite des déviations de la colonne vertébrale.

— L'ordre du jour ramène la discussion sur l'ophthalmologie.

M. Gerdy reprend son discours, qu'il interrompt au bout de quelques minutes, ses fonctions de professeur l'appelant à la Faculté.

— *M. Rochoux* lit le discours suivant:

Messieurs, la discussion sur les tumeurs fibreuses de la mamelle a donné lieu à un voyage de grande circumnavigation où l'on a parlé à peu près de tout, excepté de ce qui était en question, c'est-à-dire l'existence de ces mêmes tumeurs, laquelle est restée aussi problématique après qu'avant. Dans la crainte de voir arriver quelque chose de semblable, j'avais demandé la clôture de la discussion ophthalmologique. Aujourd'hui je viens parler pour en abréger la durée, s'il est possible.

Un de nos collègues disait, en sortant de la séance où mon avis fut rejeté, que la discussion actuelle était du plus haut intérêt; un autre, au contraire, assurait qu'elle ne conduirait à rien. Vous me permettrez de n'être ni de l'une ni de l'autre opinion. A mon sens, cette discussion se bornera tout simplement à bien montrer l'évidence d'une donnée de pathologie générale dont tout bon élève de seconde année doit être imbu, savoir, que dans la classification des ophthalmies, comme dans beaucoup de cas analogues, on doit avant tout prendre en considération: 1° les causes du mal; 2° les parties de l'organe sur lesquelles porte l'action de ces mêmes causes. Mais avant d'établir cette thèse si facile à soutenir, il me faut traiter une première question élémentaire, et dire quelques mots des espèces en pathologie.

M. Gerdy ne veut les admettre qu'avec de grandes restrictions. Il a raison; mais à condition de traiter de même les espèces de l'histoire naturelle, ce qui découle d'un principe qu'il me sera facile d'établir en peu de mots.

D'anciens philosophes, dans les opinions desquels nous sommes encore englués, Platon en tête, admettaient des types, des prototypes, des archetypes, et une foule d'autres chimères parmi lesquelles figuraient très bien les genres et les espèces. Cette manière fantastique d'envisager la nature est encore en grande faveur en Allemagne, si l'on en peut juger par Schelling. Malgré cela, ou plutôt à cause de cela, elle est, on peut le dire hardiment, en opposition directe avec la vérité. Un coup d'œil jeté sur le principe fondamental de la philosophie naturelle, la seule qui puisse trouver accès dans cette enceinte, vous en convaincra facilement.

Si l'atome a une existence réelle, ce que personne ne saurait nier, il n'existe radicalement que des individus. Et comme tout ce qu'il nous est donné d'observer ne peut être que des agrégations d'atomes ou d'individus, ou bien des phénomènes produits par ces mêmes agrégations, on voit qu'en définitive il n'y a dans l'univers que des individus fonctionnant chacun à sa manière, et par conséquent, ni genres, ni espèces, ni variétés. Voyez, par exemple, les trois règnes de la nature. On les a déjà généralement réduits à deux; le règne organique et le règne inorganique. Bientôt, sans aucun doute, on reconnaîtra d'une façon non moins unanime que ces deux règnes se réduisent à un, comme l'a proclamé, il y a plus de deux mille ans, le seul philosophe de l'antiquité vraiment digne de ce nom, en annonçant au monde stupéfait que les êtres sensibles sont uniquement formés par des matériaux insensibles ou inorganiques.

Cette manière virile de faire main-basse sur les espèces, qui cause un si vif chagrin aux néoplatoniciens, aux cartésiens, aux éclectiques, est unanimement adoptée par tous ceux qui, de près ou de loin, tiennent à la philosophie. Ainsi, Condillac, qui assurément n'était pas un aigle, déclare très explicitement « qu'il n'existe dans la nature que des » individus. » Est-ce à dire, pour cela, qu'il faille bannir de nos études les genres et les espèces? Non, très assurément; car, même en considérant toutes les méthodes de classification comme artificielles, comme une œuvre de notre esprit, il faut bien vite reconnaître qu'elles sont d'une indispensable nécessité. Aussi n'ont-elles jamais cessé d'être employées, tout en subissant de grands changements, à mesure que nos connaissances faisaient des progrès: nouvelle preuve que ces classifications n'ont aucune réalité par elles-mêmes. Il s'ensuit, en outre, qu'elles peuvent s'appliquer à la pathologie comme à toute autre partie des sciences naturelles; et que les espèces pathologiques ne sont ni plus ni moins vraies que les autres, bien que ce ne soit pas tout à fait là l'opinion de M. Gerdy.

Cette première question élémentaire traitée, j'en viens à la seconde.

Toute la pathologie repose sur ce fait, sans exception, qu'une même cause morbide affecte différemment des organes dont la structure diffère, et que des causes différentes agissent sur le même organe d'une manière différente. Ainsi l'inflammation, en la supposant la même dans sa nature, affectera différemment la plèvre, le poumon, le cerveau; tandis qu'un même organe, le réseau muqueux de la peau, par exemple, souffrira différemment, sera différemment affecté dans l'érysipèle, la rougeole, la variole, la scarlatine, la miliaire, etc., parce que, dans chacun de ces cas, c'est une cause différente qui agit sur lui. En pourrait-il être autrement pour l'œil et ses diverses parties? Poser la question, c'est la résoudre; mais établir par là, sans réplique, que des distinctions plus ou moins nombreuses sont commandées par rapport à l'ophthalmie, ce n'est pas avoir résolu la question de détails, d'application pratique. Autant la première s'élève au-dessus des contestations, autant cette dernière y est exposée. Vous allez voir combien cette assertion est vraie.

Si l'on demandait aux dix praticiens qui, parmi nous, ont le mieux étudié les maladies des yeux, un traité d'ophthalmologie; ou si plutôt on adressait la même demande aux dix hommes les plus habiles de France, voire même de l'Europe entière, ils vous demanderaient sans doute à leur tour, au moins une année pour remplir leur tâche. Eh bien! supposons que dans un an, les dix mémoires vous arrivent. Je ne crois beaucoup hasarder en assurant que dans tous, on verra l'ophthalmie classée par rapport à ses causes et aux parties de l'œil affectées; mais qu'aucun de ces ouvrages ne s'accordera avec un autre, par rapport à la classification détaillée des diverses espèces d'ophthalmies. Or, bien certainement, vous ne ferez pas en cinq ou six séances de discussion, ce que dix hommes spéciaux, travaillant chacun de son côté, ne pourraient exécuter en une année de travail soutenu. Convaincu que, dans la circonstance actuelle, les faits de détail sont très difficiles pour ne pas dire impossibles à bien établir, je me rabattrai sur une troisième donnée générale, une troisième question élémentaire soulevée dès le premier jour par M. Velpeau.

Notre savant collègue rejette, avec raison, l'existence du virus scrofuleux. Il ne veut pas davantage entendre parler du vice scrofuleux. Soit; je ne m'y oppose pas. Mais il admet un tempérament scrofuleux. Or, en cela, je ne puis plus être de son avis. En effet, s'il y a quelque chose de bien établi en médecine, c'est que le tempérament, bien que disposant souvent aux maladies, n'est pas par lui-même un état pathologique. Il n'en est pas de même pour les conditions dans lesquelles se trouve un scrofuleux; elles constituent un état vraiment pathologique. On lui donnera le nom que l'on voudra, pourvu qu'on ne l'appelle pas tempérament scrofuleux, je n'ai rien de plus à dire sur ce point. J'ajouterai seulement, que chez les sujets qui présentent les conditions morbides dont s'agit, l'ophthalmie se montre avec des caractères particuliers. Pareille chose se montre chez les sujets atteints d'ophthalmie syphilitique: ce qui faisait dire l'autre jour à M. Lagneau, qu'en regardant seulement l'œil d'un de ses malades il était sûr de reconnaître souvent la nature spéciale de l'affection.

Maintenant un mot sur les faits de détail, malgré mon peu de disposition à vous en entretenir. M. Bérard m'en fournira l'occasion; il pense que l'affection du corps ciliaire doit donner lieu à des symptômes particuliers. C'est aussi mon avis, et voici sur quoi je me fonde.

Ainsi que plusieurs anatomistes l'ont déjà dit, le corps ciliaire est un véritable ganglion; au moins m'a-t-il toujours présenté au microscope tous les caractères du tissu nerveux. Il se continue manifestement avec la lame antérieure, entièrement nerveuse, aussi elle de l'iris, dont la lame postérieure est une continuation des procès ciliaires, comme elle, d'une structure purement nerveuse. A la petite circonférence de l'iris, ces deux lames s'unissent par des anses anostomotiques qu'il est très facile de voir chez le lapin. Partout ailleurs, elles sont séparées l'une de l'autre par un lacis vasculaire non interrompu, qui forme une troisième couche ou lame d'une nature différente des deux autres. Or, si un organe aussi spécial n'avait pas une manière spéciale de souffrir, il ne resterait pas à la pathologie un seul principe sur lequel elle pût s'appuyer avec confiance. Mais rien de pareil, fort heureusement, n'est à redouter. Loin de là, le fait dont M. Gerdy a cru pouvoir se faire un appui, doit, comme une foule d'autres, nous convaincre qu'il est indispensable, malgré la difficulté de la tâche, d'établir des distinctions nombreuses en ophthalmologie. Aussi leur nombre va-t-il toujours croissant, et voyons-nous dans cette circonstance, comme dans toutes celles qui se rattachent à l'étude des sciences naturelles, la victoire, c'est-à-dire la vérité, toujours être du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

P.-F. Condillac, à qui l'on peut sans doute à bon droit refuser une grande portée, mais non pas une grande justesse d'esprit, enseigne qu'un livre bien fait doit être le développement d'une proposition. Si cela est d'un ouvrage de longue haleine, ce doit l'être à plus forte raison pour un discours ou pour une dissertation scientifique d'une petite étendue. D'après cela il doit être facile à quiconque possède bien son sujet de reproduire à la fin, en manière de conclusion, la proposition qui lui sert de base.

Pour ma part, je ne serais pas fâché de voir nos discours soumis à une épreuve que plus d'un beau parleur a pu trouver difficile à apporter, en s'entendant dire par Napoléon, pressé d'en finir: *Quelle est votre conclusion?* Sa majesté aimait aussi à dire que la répétition est la plus éloquente des figures de réthorique. Par toutes ces raisons, vous me permettrez, j'espère, de répéter la proposition sur laquelle repose ma petite dissertation: La vérité est toujours du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er juillet 1844. — Présidence de M. DUPIN.

M. Morel-Lavallée lit un travail intitulé: *Vésicatoire dans la vessie, ou fausses membranes développées à la surface interne de ce viscère sous l'influence des cantharides appliquées à la peau.* — Quoique le plus souvent les cantharides appliquées à la peau n'aient aucune influence sur la vessie, il est des cas où elles y exercent leur action absolument comme si l'on eût posé un vésicatoire à la surface interne de ce viscère. Cette différence paraît tenir à des causes individuelles. La grandeur du vésicatoire paraît avoir une influence considérable sur la production des accidents vésicaux. Dans tous les cas où ils ont été les plus marqués, le topique était très large, quelquefois monstrueux. Dans les trois cas cités par M. Morel, de tous les vésicatoires qui ont agi sur la vessie, un seul avait été posé aux environs de cet organe, à l'hypogastre; les autres l'avaient été le plus loin possible, à la poitrine et à la tête.

Les caractères anatomiques de cette affection consistent dans l'état de la vessie et dans les produits que sécrète sa surface enflammée. Les fausses membranes, dont la grandeur varie de celle d'une pièce de 50 centimes, à celle d'une moitié de carte à jouer, et l'épaisseur de 1 à 3 millimètres, ont les bords irréguliers et frangés. Les petits lambeaux sortent en pelotons, les autres en rouleaux. Les premiers sont d'un aspect rose-grisâtre, muqueux et à peu près semblables sur leurs deux faces, parsemés de stries de sang mou, peu résistants et d'une texture à peine fibreuse, se réduisant en lames parcheminées et se durcissant à l'alcool. Les seconds, les plus considérables, sont d'un blanc mat d'un côté et rose de l'autre, fermes, élastiques, résistants, et d'une trame composée de faisceaux blanchâtres entrecroisés, et présentent le même aspect d'organisation que la couenne d'un caillot sanguin. Il n'a remarqué de l'albumine dans les urines que dans un cas. Quant à la vessie, dans un cas observé par M. Vidal (de Cassis), sa face interne était rouge et boursouflée comme la conjonctive dans l'ophthalmie blennorrhagique.

Aux symptômes propres à la cystite ordinaire, cet accident s'accompagne du rejet des fausses membranes dont nous avons parlé.

Il est à remarquer que dans tous les cas rapportés par l'auteur, les vésicatoires étaient camphrés, circonstance qui diminue beaucoup la confiance que l'on accorde à ce préservatif.

Quant au traitement, l'auteur conseille d'abord l'enlèvement de tout emplâtre cantharidé, puis des injections émollientes dans la vessie, des cataplasmes, des boissons tempérantes, etc.

Ce travail intéressant est accompagné de trois observations.

— *M. le Dr Numa Guérin* adresse des considérations sur les maladies de l'utérus.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Mai et juin 1844.)

Mémoire sur la kératoplastie; par le docteur FELDMANN.

Ce mémoire est le résumé de deux mémoires envoyés, en 1842 et 1844, à l'Académie des sciences, et que nous avons déjà analysés.

Recherches expérimentales sur les fonctions du nerf spinal, étudié spécialement dans ses rapports avec le pneumo-gastrique, par C. BERNARD (de Villefranche), D.-M.

Voici les conclusions générales de ce rapport:

1° Il serait inexact et faux de vouloir ramener les nerfs crâniens au même type que les nerfs rachidiens. Et pour le cas qui nous occupe, il est démontré par les faits que le pneumo-gastrique et le spinal ne sont pas dans les mêmes rapports anatomiques et physiologiques que les deux racines d'une paire de nerfs rachidiens;

2° Le nerf pneumo-gastrique est un nerf mixte qui régit les phénomènes organiques moteurs et sensitifs de trois grandes fonctions, savoir, la respiration, la circulation et la digestion;

3° Mais parmi ces fonctions, il en est une, la respiration, qui participe à la vie volontaire ou de relation. Aussi elle a un nerf de plus, c'est le spinal;

4° Le spinal est donc un nerf moteur qui régit uniquement les mouvements du larynx et du thorax toutes les fois que ces organes doivent produire la phonation et être appropriés à des actes qui sont en dehors du but de la respiration simple. Autrement dit c'est un nerf de la vie de relation annexé à l'appareil respirateur, de même que les actions auxquelles il préside, la voix, etc., sont des phénomènes annexés à la function respiratoire.

Conséquemment le spinal ne saurait être considéré comme un nerf respirateur ou accessoire de la respiration; il agit toujours en sens contraire et il a constamment pour objet de suspendre l'accomplissement de cette fonction organique, en même temps qu'il adapte le larynx et le thorax aux phénomènes de la phonation, de l'effort, etc. Si l'on voulait donner à ce nerf un nom qui rappelât le mécanisme de son influence, il faudrait plutôt l'appeler nerf *antagoniste de la respiration*.

Avec de semblables usages, le spinal forme dans l'économie un nerf tout à fait exceptionnel, et cela n'a pas lieu de surprendre, puisqu'il appartient à une fonction (la respiration) elle-même exceptionnelle, en ce que les organes moteurs qui l'accomplissent (larynx, thorax) peuvent tour à tour se prêter à la vie de relation ou rester dans la vie organique.

Nous avons vu qu'après la destruction des nerfs spinaux l'appareil respirateur redescend pour ainsi dire dans la vie organique, et que l'animal aphone n'a désormais pas plus de prise sur les mouvements de son larynx ou de son thorax qu'il n'en a sur ceux de son cœur ou de son estomac.

Observations d'hématocèle par épanchement en dehors de la tunique vaginale; par M. GOSSELIN, prosecteur à la Faculté de médecine.

La plupart des auteurs ont signalé deux espèces de tumeurs sanguines des bourses: les unes causées par une accumulation de sang mêlé à une plus ou moins grande quantité de sérosité dans la tunique vaginale, les autres sont formées par l'infiltration du sang en dehors de cette tunique dans le tissu cellulaire des bourses; elles constituent ce qu'on a appelé hématocèle par infiltration, et sont la conséquence d'un coup violent porté sur le scrotum. M. Velpeau a fait remarquer, en outre que dans certains cas, à la suite de grandes contusions, le sang pouvait, en même temps qu'il s'infiltrait dans le tissu cellulaire, s'amasser en certains points, et former une collection qui devait alors prendre le nom d'hématocèle par épanchement en dehors de la tunique vaginale. Le fait suivant diffère de tous les précédents par la simplicité de son origine et par les symptômes particuliers qu'il a présentés.

Un jeune homme de quinze ans, garçon de cour chez un laitier à la campagne, d'une bonne constitution, n'offrant aucune apparence du tempérament scrofuleux, dit s'être aperçu seulement il y a dix jours, d'une douleur et d'un gonflement dans les bourses, sans changement notable de couleur à la peau. Ce jeune homme n'a reçu aucun coup, n'a pas fait de chute sur les bourses. Il signale seulement qu'il est obligé depuis long-temps de faire tous les jours de longues courses à cheval. La tumeur présentait tous les caractères d'une tumeur sanguine. On fit une ponction exploratrice qui donna lieu, en effet, à l'écoulement d'un sang pur et vermeil. Une incision fut pratiquée pour vider la poche des caillots, et un pansement simple suffit à la cicatrisation.

Observations et remarques sur l'anasarque non accompagnée d'altérations appréciables; par M. H. de CASTELNAU.

Il résulte des faits fort intéressants rapportés par M. de Castelnau, que l'anasarque peut reconnaître pour cause une altération du sang, sans lésion appréciable des solides. Mais en quoi consiste cette altération? On sait que MM. Andral et Gavaret, dans leurs recherches d'hématologie, sont arrivés à rapporter toutes les altérations du sang qui s'accompagnent d'hydropisie, à une diminution des matériaux solides du sérum. L'auteur a dû regretter, en faisant ses observations, de ne pouvoir, vu le défaut suffisant d'habitude, répéter toutes les expériences nécessaires pour vérifier si les cas qu'il rapporte rentraient dans la catégorie de ceux qu'ils ont observés. Cependant on trouvera, sans doute, que la lacune forcée qu'il a été obligé de laisser dans ses observations perd beaucoup de son importance, en songeant que, dans tous les cas où MM. Andral et Gavaret ont trouvé une diminution des matériaux

solides du sérum, ils ont en même temps constaté la présence de l'albumine dans les urines ; or, comme ce principe a été cherché en vain chez tous les malades de M. de Castelnau, il est permis de conclure de son absence à celle de l'altération signalée par ces deux observateurs. D'ailleurs, les malades dont il a rapporté les observations, offraient tous le type de l'état anémique ou chlorotique pur, et l'on sait qu'avec cet état coïncide une tout autre altération du sang qu'une diminution des matériaux solides du sérum. L'interprétation qu'il donne ici se trouve pleinement confirmée par les recherches du docteur Rees, qui dans plusieurs analyses du sang d'hydropiques, n'a trouvé, *dans aucun cas*, la diminution dans les matériaux solides du sérum. L'absence de cette diminution est d'autant plus remarquable dans les faits observés par le docteur Rees, que tous les malades sur lesquels il a expérimenté étaient affectés de maladie de Bright, et que c'est précisément dans cette maladie que MM. Andral et Gavaret ont obtenu constamment des résultats opposés.

M. de Castelnau conclut donc que l'état anémique pur et simple est, dans quelques cas, la seule cause que l'on puisse assigner à l'hydropisie dans l'état actuel de la science.

M. de Castelnau signale encore une circonstance très saillante dans les cas qu'il rapporte ; c'est l'augmentation subite du volume du corps, phénomène tout à fait inexplicable et presque passé inaperçu.

Tumeur du petit bassin qui a nécessité l'opération césarienne chez une femme enceinte de six mois et demi. Mort vingt-deux heures après l'opération ; par M. Victor Thibault.

Nous ne prendrons de cette observation que la description de la tumeur. Elle est globuleuse, ovoïde, sa grosse extrémité tournée en haut ; son grand diamètre est à peu près vertical, et d'une longueur de 16 centimètres, sa largeur de 1 décimètre, et sa circonférence horizontale de 33 centimètres environ, au niveau du détroit supérieur. Elle est située entre le vagin et le rectum, à peu près au centre du petit bassin, sans adhérences avec les parois de celui ci ; elle est de même indépendante de tous les viscères voisins, et ne leur est réunie que par un tissu cellulaire lâche, qui lui envoie une très grande quantité de vaisseaux sanguins ; son extrémité supérieure est tapissée par le cul-de-sac péritonéal, qui la recouvre de 4 ou 5 centimètres en diamètre.

Examinée à l'intérieur, elle est formée par un tissu résistant, élastique, criant un peu sous le bistouri, ne donnant à la pression qu'un peu de sérosité transparente. Sa couleur est d'un blanc laiteux, excepté dans quelques parties où la tumeur présente des masses rosées de forme et de grandeur variables, où les vaisseaux capillaires sont très nombreux, On y voit manifestement la présence de fibres ; mais celles-ci ne sont point pelotonnées, comme on le voit ordinairement dans le tissu fibreux. Vu au microscope, ce tissu n'a point offert les caractères attribués au cancer.

Quelques mots sur le traitement de la pneumonie lobulaire, chez les enfants, par l'emploi réuni de la saignée et des vomitifs ; par le docteur Legendre.

Voici le résumé de ce travail intéressant. Le traitement qui devra offrir le plus d'avantage chez les enfants sera celui qui, tout en spoliant moins l'économie, et en ne produisant qu'un affaiblissement temporaire, déterminera cependant des effets sédatifs aussi marqués que si on avait employé plus largement les émissions sanguines. Tels sont les avantages que réunit l'association des saignées et des vomitifs, selon la méthode de Mongenot, ancien médecin de l'hôpital des Enfants. Elle consiste à faire une première saignée de 120 à 200 grammes, pratiquée autant que possible par une large ouverture, afin que la déplétion soit rapide ; deux heures après, on fait vomir l'enfant à l'aide de 5 ou 10 centigrammes de tartre stibié dissous dans un verre d'eau et administré en trois fois, de dix en dix minutes. Le soir, vers huit ou neuf heures, on répète la saignée si les symptômes généraux sont encore intenses. Enfin le lendemain matin, si l'amélioration n'est pas encore bien marquée, on revient au vomitif. Après ces moyens, qui sont suivis en général d'un mieux sensible et d'un arrêt dans la marche de la maladie, on se borne à prescrire des boissons adoucissantes et des juleps simples ou diacodés, jusqu'à entière guérison ; quelquefois, cependant, après les saignées et les vomitifs, un laxatif donné au déclin de l'affection en hâte singulièrement le terme. La diète doit être absolue pendant les premiers jours ; mais dès que la fièvre est tombée, et que l'appétit renaît, du bouillon ou du lait, puis des potages légers, peuvent être accordés aux enfants.

Des rétractions des tissus albuginés ; par M. le professeur Gerdy.

Ce mémoire, lu à l'Académie de médecine, a été analysé dans nos comptes-rendus.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur le traitement médical des tumeurs cancéreuses du sein ; ouvrage pratique basé sur trois cents observations extraites d'un grand nombre d'auteurs, avec des planches et une statistique sur la fréquence de ces maladies ; par Tanchou, d.-m.-p. Un volume in-8. Paris, 1844. G. Baillière.

Cet ouvrage est un plaidoyer en faveur de la chirurgie *médicale* contre la chirurgie *opérante*. Le cancer du sein guérit fort rarement par l'opération ; c'est là un fait que personne ne conteste, et cependant les chirurgiens opèrent tous les jours des seins cancéreux, la maladie, disent-ils, étant au-dessus des ressources d'un traitement médical. Cela revient à dire que le cancer est absolument incurable. C'est contre cette décourageante opinion que s'élève M. Tanchou. Il a recueilli dans les annales de la science plus de trois cents observations de guérison de cancers à différents degrés, obtenue par les seules ressources, mais très variées, d'un traitement médical et sans opération. Il examine ensuite les moyens à l'aide desquels cette guérison a été obtenue, les antiphlogistiques, la compression, la ciguë, la baryte, l'arsenic, etc. ; il s'étend longuement sur la méthode des pulvéro-topiques, dont il fait le plus fréquent usage, et il conclut par les propositions suivantes :

Le cancer n'est pas toujours incurable.

Lorsqu'on ne le guérit pas, on peut toujours en modifier les symptômes, l'arrêter dans sa marche, même dans les cas les plus désespérés, et prolonger ainsi l'existence des malades.

Pour obtenir ce résultat, il faut s'adresser à différentes médications suivant l'âge, le tempérament des malades, et une multitude de circonstances.

Cette manière d'agir est plus rationnelle que celle qui est suivie de nos jours, par conséquent elle doit lui être préférée. Ainsi donc, avant de pratiquer une opération grave, douloureuse, incertaine dans ses résultats, et qui n'est jamais sans danger, quoi qu'on dise, il faut épuiser les ressources de l'art ; et, dans tous les cas, il est inhumain et contraire à la science d'abandonner les malades à la nature, c'est-à-dire, à une mort certaine et précédée de pénibles angoisses.

M. Tanchou a vu, par les pulvéro-topiques, la compression, quelquefois les emplâtres, et un traitement interne approprié, des tumeurs cancéreuses, s'affaisser, perdre de leur volume, et quand elles étaient petites et récentes, se dissiper tout à fait ; il en est, dit-il, qui se divisent, dont les éléments se dissocient et se séparent en petites indurations qui restent ensuite stationnaires ; d'autres diminuent peu à peu et se réduisent à un noyau imperceptible qui se perd le plus souvent dans le tissu graisseux. Il a vu des engorgements diffus disparaître et ne laisser après eux que ces trousseaux fibreux communs dans les mamelles de beaucoup de femmes jeunes encore, ou même qui n'ont jamais eu d'enfants. Il a vu certaines tumeurs parfaitement circonscrites, isolées, qui semblaient enkystées, se ralentir, devenir plus dures, et rester à l'état inerte. Il a vu les squirrhes les plus durs se ramollir et perdre de leur volume à la suite de petites saignées répétées, et la peau qui les recouvrait devenir morbide. Il a vu des engorgements de la plus mauvaise nature, douloureux au toucher, mal circonscrits, laissant dégager beaucoup de chaleur ; dont la surface était marbrée, bosselée, inégalement dure et œdémateuse, s'amender sous l'influence des applications froides, de la diète, de l'usage de la glace pour aliments et pour toute boisson. Il a vu, à la suite de lotions ammoniacales, des tumeurs ulcérées se dégorger par les plaies qui semblaient leur servir d'émonctoire, celles-ci donner une suppuration louable sous l'influence du quinquina, des préparations de cuivre ou d'arsenic. Dans les cancers les plus aigus, il a vu la suppuration fétide et abondante devenir plus claire, se tarir presque tout à fait, les clapiers où elle se forme, les excavations où elle s'amasse, se fermer par des pansements cuivreux, iodés ou alumineux.

Nous n'indiquons ici qu'une faible partie des choses vraiment utiles et pratiques que renferme ce volume, dont nous recommandons vivement la lecture aux praticiens désireux de connaître toutes les ressources de l'art dans une maladie dont l'enseignement et les traditions de l'Ecole leur ont appris à désespérer.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau ciment pour les dents ; par M. O. Ostermaier.

En recourant à l'emploi des principes qui constituent l'émail des dents, M. Ostermaier est parvenu à obtenir une combinaison qui reste molle pendant quelques instants, puis durcit lorsqu'elle a été introduite dans la cavité des dents cariées ; de telle sorte que les dents creuses, ainsi remplies, peuvent ensuite servir à la mastication tout aussi bien que les dents les plus intactes.

Cette combinaison, qui correspond, pour la composition, à la nature du tissu osseux, se prépare de la manière suivante :

On mêle promptement treize parties de chaux caustique, chimiquement pure et finement pulvérisée, à douze parties d'acide phosphorique anhydre floconneux (obtenu par la combustion du phosphore à l'air sec), puis on introduit une quantité suffisante de cette poudre, qui est devenue humide pendant le mélange, dans la cavité dentaire préalablement desséchée avec du coton ouaté ou du papier joseph, et on l'y tasse en ayant soin de niveler et de lisser convenablement la surface supérieure, qu'on humecte ensuite avec un peu d'eau.

La poudre mélangée, qui s'est humectée en s'emparant de l'humidité de l'air, se transforme peu à peu et d'elle-même en phosphate de chaux. Aussitôt qu'elle est repassée à l'état sec, la plus grande proportion de l'acide phosphorique est déjà entrée en combinaison avec la chaux, et si, avant ce moment, on n'en a pas fait l'application, elle est impropre à l'usage auquel elle est destinée et elle doit être rejetée comme inutile. Le laps de temps pendant lequel ce mélange peut être employé est tout au plus d'une à deux minutes ; or, en général, on peut le considérer comme étant d'autant plus court que l'air se trouve chargé d'une plus grande quantité d'humidité.

Si on porte la poudre humide dans une cavité également humide, il se développe une forte chaleur, et la masse est rejetée au-dehors pendant que la combinaison chimique entre la chaux et l'acide phosphorique s'opère. Si, au contraire, on dessèche, comme il est dit plus haut, la cavité dentaire avant d'y introduire la poudre, et qu'on humecte après, la combinaison a lieu tranquillement.

Il va sans dire qu'on peut, à volonté, changer les proportions d'acide phosphorique et de chaux.

L'expérience a déjà démontré que l'emploi de ce ciment, appliqué comme il vient d'être indiqué, rend les dents cariées et douloureuses semblables aux dents saines ; mais le temps seul peut décider si la durée du composé doit répondre à l'attente qu'on s'en promet.

(*Herb. und Winckl. Jahrb.*)

Efficacité de l'acide carbonique contre la goutte ; par M. J. Parkin.

L'auteur a déjà fait connaître les résultats de son expérience sur l'emploi de ce moyen ; il publie aujourd'hui deux nouvelles observations qui lui ont été communiquées par des confrères.

Un Espagnol, âgé de quarante ans, atteint d'une goutte aux pieds et aux mains qui revenait ordinairement trois fois par an, eut recours à l'acide carbonique dans un de ses accès qui offrit un degré de gravité inaccoutumé. Toutes les trois heures, il prit une dose d'eau carbonique, et cela avec un tel succès, qu'au bout de trois jours il resta à peine quelques vertiges des douleurs et de l'état inflammatoire. Le médicament fut continué et pris trois fois par jour, et sous son influence, les dernières traces de la maladie ne tardèrent pas à disparaître.

Dans un nouvel accès, le malade recourut au même moyen dès les premiers instants de l'invasion, et quelques jours suffirent pour combattre le mal.

L'auteur, surpris lui-même d'un succès aussi prompt et aussi signalé, croit devoir l'attribuer en partie à cette circonstance qu'en Espagne, beaucoup de maladies ont une intensité moindre et offrent moins de complications qu'en Angleterre. Cependant, suivant l'auteur, le gaz acide carbonique doit, par sa propre action, éloigner, dans un temps plus ou moins long, selon la gravité de la maladie, la cause de la goutte (cette cause réside, d'après lui, dans un principe morbide du sang qui, par sa combinaison avec le gaz acide carbonique, perd toute sa nocuité), et ainsi diminuer la durée de l'accès, tout en prolongeant les intervalles qui séparent les paroxysmes.

Il n'est pas besoin de dire ici que ce mode de traitement resterait impuissant s'il existait déjà des lésions de structure dues à des accès antérieurs.

(*The Lond. méd. Gaz.*)

Correspondance.

Paris, 2 juillet 1844.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire, avec regret, mon nom dans une sorte de réclame en faveur du sieur Johnson, pharmacien. Il est vrai qu'à l'époque où M. le docteur Treille fit connaître les propriétés sédatives du sirop de pointes d'asperges, je m'empressai d'en faire usage sur sa recommandation et sur celle de mon père ; j'ai pu donner quelques notes sur les effets de ce médicament, mais je n'ai autorisé personne à publier les noms des malades auxquels je l'ai prescrit, encore moins à se servir de mes observations comme d'enseignes pharmaceutiques. Je vous prie de vouloir bien insérer ces quelques mots de réclamation, qui feront sentir à M. Johnson qu'il a abusé de la connaissance qu'il avait du nom de quelques uns de mes clients.

J'ai l'honneur de vous saluer avec une parfaite considération.

Casimir Broussais.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Concours pour l'agrégation en chirurgie.* — C'est aujourd'hui qu'a eu lieu la nomination des agrégés dans le concours de Chirurgie. Les concurrents nommés sont :

MM. Gosselin, Voillemier, Giraldès, Marchal ; Cazeau, en accouchement.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 79. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Scarlatine avec complication d'angine et de bronchite. Quelques considérations sur ces complications.

Au n° 3 de la salle St-Thomas, a été couché le nommé Victor Bahné, âgé de quatre ans et demi, malade depuis deux jours.

D'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatico sanguin, vacciné, non variolé, d'une bonne santé habituelle, cet enfant a été pris, il y a deux jours, d'une fièvre assez forte accompagnée de deux vomissements peu abondants. Dès ce moment l'enfant a commencé à se plaindre d'une violente céphalalgie. Hier au matin, il accusait un peu de douleur de gorge, un peu de difficulté à avaler; soif assez vive, et il toussait un peu. Ce n'est qu'hier au soir, trente-six heures après l'apparition des premiers phénomènes morbides, que la peau a commencé à se couvrir de rougeurs disposées en forme de petites taches rosées, inégales, plus abondantes sur la poitrine, le ventre et le cou, que dans les autres parties du corps. Ce matin, les symptômes ayant augmenté d'intensité, les parents se sont décidés à amener à l'hôpital l'enfant, qui se trouve dans l'état suivant!

Le visage est rouge, animé, présentant quelques traces d'éruption commençante. Le pouls est fréquent, assez développé, à 104 108; peau chaude, sans moiteur ni sécheresse. Langue humide, saburrale; soif vive, anorexie; ni nausées, ni vomissements depuis hier. La partie antérieure de la poitrine, une partie de l'abdomen, le cou et le visage, présentent des taches rosées, séparées par des intervalles où la peau a conservé sa couleur normale. Ces taches sont moins abondantes sur le visage que dans les autres points; elles ne sont pas saillantes; et, bien que paraissant appartenir plutôt à la scarlatine, il reste encore des doutes sur la question de savoir si l'enfant va présenter une éruption rubéolique ou scarlatineuse. Toux assez forte; résonnance et respiration normales; un peu de râle sibilant en arrière seulement. Gêne de la déglutition; douleur de gorge; un peu de rougeur et de gonflement de la muqueuse pharyngienne et des amygdales. Mauve édulcorée; cataplasmes au cou; diète.

Le 5 mai, l'éruption a fait des progrès, et la scarlatine est nettement déclarée. Les taches sont d'un rouge vif; un grand nombre d'entre elles se sont réunies et forment des plaques assez étendues, irrégulières, entre lesquelles on remarque un pointillé très confluent. Augmentation de la douleur de gorge, de la rougeur et du gonflement de la muqueuse pharyngienne et des amygdales. La toux persiste, plus forte que la veille; la résonnance est bonne dans toute l'étendue de la poitrine, mais la respiration est accompagnée, en arrière surtout, de râle sibilant et de quelques bulles de râle muqueux disséminé. Pouls toujours à 104 108, développé. Le visage animé; les yeux un peu larmoyants, d'un brillant inaccoutumé. Le ventre est normal; la langue humide, légèrement saburrale au milieu et à la base, rouge à la pointe et sur ses bords. Mêmes prescriptions.

Le 7 mai, tous les symptômes ont augmenté d'intensité; l'éruption est parfaitement développée et bien caractérisée; la peau est couverte, dans la plus grande partie du corps, de plaques rouges, véritablement écarlates, entre lesquelles le tégument externe a pris une teinte rosée. Douleur violente à la gorge; tuméfaction des amygdales sans aucune exsudation de fausses membranes ou de productions pultacées. Mêmes symptômes également du côté de la poitrine, soit à la percussion, soit à l'auscultation. Ventre normal. Langue rouge à sa pointe et sur ses bords. Pouls à 108; soif vive et pouvant à peine être satisfaite. Mêmes boissons; diète; cataplasme sur la poitrine.

Le 9 mai, l'éruption, qui est à son maximum d'intensité sur la face, commence à pâlir un peu sur le tronc. Il n'y a point de changements notables dans les phénomènes inflammatoires du côté du thorax ni de la gorge; cependant il y aurait plutôt un peu de diminution dans leur intensité que d'augmentation. La toux est toujours assez forte, sans expectoration. Pas de dyspnée; pouls à 104-108. On n'a point observé de fausses membranes sur les amygdales ni sur les piliers du voile du palais.

Le 10 mai, la desquammation commence à s'opérer sur le tronc; la face, bien que moins tuméfiée, est loin d'être revenue à son aspect normal. Le pouls est tombé à 92, encore fort, vibrant. Diminution sensible du mal de gorge. La toux persiste encore; résonnance bonne partout; respiration accompagnée de râle muqueux abondant, et quelques sifflements et ronchus graves. Langue blanche, humide; peu de soif; l'enfant demande à manger; ventre normal.

Le 12 mai, la desquammation s'opère bien partout, sur le tronc et sur la face. L'angine a presque complétement disparu, mais la toux persiste et les phénomènes du côté du thorax semblent avoir plutôt augmenté que diminué. Constipation depuis quelques jours. Ventre un peu ballonné, sensible à la pression. Manne, 25 grammes; diète.

Pendant les jours suivants, l'affection scarlatineuse continue à marcher rapidement vers une résolution complète, et la desquammation s'opère avec régularité. Mais la toux et les râles muqueux et sibilants persistent encore. Ce n'est guère qu'au bout de douze à quatorze jours, et après une application de sangsues, qu'ils ont assez diminué pour que l'on puisse considérer l'enfant comme véritablement en convalescence. Le pouls est tombé à 84; l'auscultation ne fait plus entendre que quelques sifflements par intervalles et quelques bulles rares de râle muqueux dans le lobe inférieur de chaque poumon. Bouillons.

L'enfant est entièrement guéri au commencement du mois de juin.

— Le fait précédent, assez simple en apparence, nous a paru devoir donner lieu à quelques réflexions intéressantes sous le rapport des complications et des symptômes de la maladie éruptive.

Quant aux symptômes, nous commencerons par ceux fournis par l'éruption elle-même. Comme phénomène du début, le mal de gorge étant une présomption que bientôt allait se montrer une fièvre scarlatine, et cependant il est pendant un jour resté du doute sur la nature de l'éruption qui avait commencé à paraître. C'est que ce serait être dans une grande erreur que de croire que les auteurs ont posé une loi absolue et toujours vraie en disant que la scarlatine s'accompagne d'angine, la rougeole de bronchite. Si la chose est vraie le plus souvent, il ne s'ensuit nullement qu'elle le soit toujours, et le cas actuel, dont les analogues ne sont pas rares, prouve évidemment que la bronchite peut accompagner la scarlatine, avec ou sans complication d'angine. Il semblerait que le doute dût complétement cesser au moment où l'irruption se prononce, et quelquefois cependant on reste encore dans le doute pendant quelque temps. C'est qu'au début de l'irruption, les caractères en sont souvent si peu tranchés qu'il est absolument impossible de savoir si l'on a affaire à une rougeole ou à une scarlatine. Il faut attendre quelques jours pour pouvoir établir un diagnostic certain. Il est évident, du reste, que l'erreur est dans ce cas de peu d'importance, le traitement de la rougeole et celui de la scarlatine étant, dans les conditions ordinaires, absolument le même.

Le diagnostic est quelquefois d'autant plus difficile à établir entre la rougeole et la scarlatine, qu'il n'est pas extrêmement rare de voir ces deux irruptions survenir ensemble. Nous avons eu quelquefois, pour notre part, l'occasion d'en voir quelques exemples, et ce fait, que les Allemands semblent avoir indiqué les premiers, est maintenant hors de doute. M. Staber, entre autres, a décrit longuement cette forme particulière de l'irruption, qu'il regarde comme assez fréquente.

En général, cependant, on observe que la scarlatine est constituée par des taches isolées, moins saillantes que celles de la rougeole, et se réunissant dans l'espace de quelques heures en larges plaques d'un rouge beaucoup plus vif que les taches rubéoliques. Nous avons vu, disent MM. Rilliet et Barthez, des malades dont les rougeurs régulières et arrondies étaient confluentes sur l'abdomen et les mains, ou même restaient isolées et semblables à celles de l'érythème; d'autres fois, elles avaient l'apparence de plaques d'urticaire, c'est-à-dire qu'elles étaient larges de plusieurs pouces et saillantes, rose pâle, tandis que sur les autres parties du corps les taches étaient franchement rubéoliques. La tendance de la rougeole à s'unir à diverses autres éruptions est encore prouvée par un certain nombre de faits qui laissent dans l'indécision de savoir si on a sous les yeux une rougeole ou une scarlatine. Les rougeurs tiennent alors pour la forme et la disposition, le milieu entre ces deux éruptions, et présentent des caractères appartenant à chacune d'elles, tandis que d'autre part, les symptômes généraux ou plutôt les autres symptômes locaux participent aussi de l'une et de l'autre.

Tel n'était point ici le cas, et l'on n'a point eu, chez ce malade, affaire à des éruptions de nature différente. Le doute qui existait pendant les premiers moments de l'injection se dissipa bientôt, et une scarlatine bien franche se déclara, présentant cependant quelques particularités dignes de remarques. Ainsi, ce n'est point à la face, comme dans la plus grande partie des cas, que se montra d'abord l'éruption, mais bien sur le tronc et les membres. Bien que la maladie ait été assez grave, le pouls, fort et développé, n'a point dépassé le chiffre de 108, et encore n'y est-il pas resté long-temps. A peine l'éruption a-t-elle commencé à pâlir, qu'il est de suite, et malgré l'intensité des complications, tombé à 84. Les yeux ont été un peu brillants, larmoyants, symptômes plus communs, en général, dans la rougeole, mais assez fréquent aussi cependant dans la scarlatine. Comme dans la plupart des scarlatines compliquées, la peau a toujours été sèche.

Du côté des fonctions digestives, on observe ordinairement des symptômes importants. La langue, humide et saburrale pendant les premiers jours, devient ordinairement, vers le troisième ou quatrième jour, rouge, lisse, luisante, bien qu'humide; c'est cet état que, vu sa fréquence dans cette affection, on a appelé l'état scarlatineux de la langue. Dans le cas actuel, la langue s'est bien, dans les premiers jours, présentée, en effet, blanche et saburrale, mais elle n'a point pris, même dans les derniers jours de la maladie, l'aspect rouge-vif dont nous venons de parler. Or, ce fait constitue une éruption assez rare pour être signalée. Les vomissements, peu fréquents dans le cours de l'éruption, n'ont été ici notés que pendant le premier jour, et seulement comme prodromes.

Nous arrivons ici à parler des phénomènes concomitants les plus importants, de ceux qui dépendent des complications de la maladie principale; leur importance sera cause que nous devrons nous y arrêter un peu plus longuement. La plus fréquente et la plus grave ordinairement de ces complications, c'est la pharyngo-laryngite, l'angine pharyngée, à laquelle on a pour cette raison, donné le nom d'angine scarlatineuse. Quelques auteurs ont cru, tant elle est constante, qu'elle fait en réalité partie essentielle de la maladie elle-même. D'autres, et c'est le plus grand nombre, se sont contentés de la ranger parmi les complications, ce qui semble plus convenable, la scarlatine pouvant, à la rigueur (1 fois sur 6 environ, disent les auteurs que nous avons cités), exister sans pharyngite.

L'angine pharyngée scarlatineuse se montre rarement après des prodromes, et sert à établir tout d'abord le diagnostic différentiel. Elle s'annonce, en général, par une douleur de gorge peu vive au début, augmentant bientôt, surtout à la pression de la main sur les parties latérales et supérieures du cou. Souvent elle reste assez peu intense pendant toute la durée de la maladie. Dans tous les cas, dès qu'elle existe, la déglutition devient gênée, presque toujours douloureuse. L'examen de la gorge fait constater une rougeur anormale plus ou moins vive, accompagnée de gonflement de la membrane muqueuse et des amygdales. Rarement les amygdales sont assez tuméfiées pour que le passage de l'isthme du gosier en soit sensiblement rétréci; plus rarement encore, l'angine devient assez violente pour qu'une collection purulente se forme dans le tissu de ces follicules.

On sait qu'un des caractères les plus fréquents de l'angine, surtout chez les enfants, c'est de présenter sur les surfaces enflammées une exsudation pseudo-membraneuse blanche, désignée par M. Bretonneau sous le nom de diphthérite. Dans l'angine scarlatineuse, ces productions diphthéritiques ne se montrent que deux ou trois jours après le début de la maladie, ce qui la différencie de l'angine simple primitive, dans laquelle c'est tout à fait au début qu'on peut les observer. Dans le cas actuel, et dont nous avons rapporté les détails circonstanciés, l'angine s'est montrée assez intense tout d'abord; mais jamais elle n'a été accompagnée d'exsudations pseudo-membraneuses, et c'a été un des symptômes qui eussent pu, si l'éruption n'avait pas été caractéristique, faire croire à l'existence d'une rougeole plutôt que d'une scarlatine. Nous verrons plus bas, en parlant de la complication de la bronchite intense qui exista, que ce phénomène n'a point été le seul qui eût pu induire en erreur. Elle n'a point été assez grave pour nécessiter l'emploi d'émissions sanguines, que M. Guersant n'hésite point à prescrire, sans tenir aucun compte de l'éruption, dans les cas où elle est très violente. Lorsque l'angine est accompagnée de diphthérite, M. Guersant a remarqué que le plus souvent les émissions sanguines locales, ou même générales, si l'âge de l'enfant le permet, sont peu utiles, à moins que le gonflement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires ne soit porté à un très haut degré. En pareille circonstance, on se trouve mieux du traitement topique, des cautérisations avec l'alun ou la solution de nitrate d'argent.

La fétidité de l'haleine, que n'a point présentée notre jeune malade, n'existe guère que dans les cas d'angine diphthéritique intense ou d'angine gangréneuse. Cette dernière forme, quand elle se développe, est toujours très grave, et détermine souvent la mort des sujets; mais elle n'existe, le plus ordinairement, que dans les constitutions épidémiques, dont la science possède quelques exemples remarquables.

Dans ce cas, dit M. Guersant, on a proposé et mis en usage les vomitifs et les purgatifs, quelquefois utiles au début quand aucune lésion phlegmasique de l'estomac ou des intestins ne

les contre-indique. Plus tard, on combat cette complication à l'aide des toniques administrés à l'intérieur et à l'extérieur.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Pleurésie avec épanchement. Diagnostic. (Suite.)
Traitement.

Tout étant disposé de cette manière, et le malade étant dans une position convenable, on prend un ruban de fil, on en place une extrémité sur le point marqué du sternum, et on le conduit en arrière en le faisant passer sur le mamelon même chez l'homme; au dessous de la mamelle, chez la femme. La même opération étant répétée de l'autre côté, il est facile ensuite de comparer les résultats. La mensuration du diamètre offre plus de difficultés; elle s'y fait à l'aide d'un compas d'épaisseur de grande dimension, dont on place une des pointes sur le mamelon chez l'homme, sous le sein chez la femme, et l'autre pointe au dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Ce diamètre est, comme nous l'avons déjà dit, celui qui offre les résultats les plus importants; en effet, la surface restant la même à l'intérieur, et la mensuration ne fournissant aucune espèce de donnée, la capacité peut être considérablement augmentée par la déformation du thorax, et son rapprochement de la forme cylindrique.

Chez le malade dont nous faisons l'histoire devant vous, la mensuration circulaire donne 3 centimètres environ de différence au profit du côté malade, et la détermination du diamètre, 5 à 6 millimètres. Ici se rencontre un cas particulier, et dont nous devons tenir compte. Notre malade présente un certain degré de rachitisme. Les deux côtés de la poitrine ne sont point égaux. Il est peu probable que l'augmentation du diamètre antéro-postérieur que nous venons de signaler ait été déterminée par l'épanchement pleurétique. Elle peut aussi bien, et plus probablement même, dépendre du rachitisme; aussi n'a-t-elle point à nos yeux, dans ce cas, l'importance qu'elle a d'habitude. Le tronc du malade n'est point symétrique; les résultats que donne la mensuration sont incertains chez lui. La mensuration est plus utile à la science qu'à l'art; elle n'est pas journalière et d'un usage général. Elle exige toujours un temps plus ou moins long, et fatigue les malades. De plus chez la femme, et surtout dans la pratique particulière, elle n'est guère praticable; car il faut que le malade soit entièrement nu jusqu'à la ceinture; on doit en user rarement quand les malades sont dans des salles qui ne sont pas bien chauffées pendant l'hiver, dans la crainte qu'un refroidissement subit n'augmente encore l'intensité de la maladie. Toutes ces conditions réunies sont cause que la mensuration n'est pas d'un usage journalier. Mais nous sommes d'avis qu'il serait plus fréquent, à cause des renseignements curieux qu'elle fournit à l'observateur, par la comparaison du côté sain de la poitrine avec le côté malade.

Lorsque la pleurésie commence, il arrive le plus souvent que la mensuration fait reconnaître une augmentation de volume dans le côté où existe la pleurésie. On trouve quelques millimètres de plus à l'avantage du côté malade, dans le diamètre antéro-postérieur, différence qui paraît très minime, mais qui est en réalité très considérable. Mais dans une époque plus avancée de la maladie, lorsque la pleurésie est à la période de résolution, que l'épanchement se résorbe, le côté qui s'agrandissait diminue, et les phénomènes changent complètement. Plus la durée de l'épanchement est longue, plus le poumon diminue de volume; aussi ne doit-on pas rapporter seulement à la résorption du liquide contenu dans la cavité pleurale la diminution dans les dimensions du côté affecté. Il arrive alors une époque où le côté de la poitrine qui avait été le plus grand, a repris des dimensions égales à celles du côté opposé. Quelquefois il arrive que la mensuration circulaire donne le même résultat pour chaque moitié de la vessie, et que le diagnostic antéro-postérieur soit encore un peu plus considérable pour le côté malade que pour l'autre. La poitrine a pris alors une conformation qui se rapproche de la forme cylindrique. Puis bientôt la moitié malade qui avait présenté une plus grande capacité que la moitié opposée, devient plus étroite; c'est une remarque qui n'est pas tout à fait nouvelle, puisque Laënnec l'avait déjà faite.

J'ai observé un fait fort curieux et que je dois vous raconter brièvement, parce qu'il a quelques rapports avec les assertions que je viens d'émettre devant vous. Je fus appelé pour donner mes soins à un de nos confrères qui était affecté d'une pleurésie avec épanchement considérable. Je pris avec soin les dimensions de sa poitrine, et l'engageai à conserver note des chiffres que j'avais constatés. Le malade se rétablit, et six mois après la résorption de l'épanchement, je trouvai un rétrécissement notable du côté pleurétique. Au bout de deux ans, ayant eu occasion de revoir ce médecin, j'eus la curiosité de mesurer de nouveau la poitrine, et je m'aperçus, non sans quelque étonnement, que non seulement le côté malade n'était pas plus étroit et plus petit que le côté sain, mais que même il avait acquis un volume plus considérable après avoir été plus petit pendant un certain temps. Il est probable que ce côté était naturellement d'une capacité plus grande que l'autre, et que par suite du rétablissement complet et graduel de la perméabilité pulmonaire, il aura repris, après le rétrécissement morbide que nous avons signalé, les dimensions premières qu'il avait avant la maladie. Ce phénomène a-t-il lieu chez tous les malades? Lorsque la maladie a duré six mois ou un an, il est peu probable qu'il en soit ainsi. Le poumon a été tellement comprimé, que son retour à des dimensions normales est chose le plus souvent impossible.

L'auscultation de la poitrine démontre, en pareil cas, que le poumon resté sain supplée aux fonctions du poumon malade, et respire pour deux, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Le côté sain, en conséquence, se dilate, en même temps et à mesure que le côté malade se rétrécit; il se dilate, nonobstant la rétraction qu'il doit subir, rétraction dont voici le mécanisme. Le diamètre antéro-postérieur du thorax entier diminuant par le fait de la maladie elle-même, et le sternum se rapprochant de la colonne vertébrale, il semblerait que le côté sain dût subir les mêmes modifications. Néanmoins, malgré ces conditions défavorables, la moitié de la cage thoracique qui est restée saine s'agrandit, se dilate d'une manière très notable, et s'accroît dans toutes ses dimensions. Il arrive, dans des cas de ce genre, une chose analogue à celle que l'on remarque chez les sujets qui ont perdu un membre. Le membre du côté opposé prend plus de développement, et augmente tant dans sa force que dans ses proportions. Dans le cas dont nous vous avons tracé l'histoire, rien de pareil n'a été observé, ce que l'on doit attribuer au peu de durée de la maladie.

Le diagnostic de la pleurésie est en général assez facile, et ne présente pas ordinairement d'obstacles sérieux. Cependant il est deux circonstance où il n'est point aisé, et où il peut devenir embarrassant. On peut quelquefois confondre une pleurésie commençante, une pleurésie non encore accompagnée d'épanchement séreux, avec une pleurodynie. De là la nécessité d'attaquer toujours vivement une pleurodynie; car rien n'est si facile et si commun que la transformation d'une pleurodynie, ou de ce que l'on prend pour une pleurodynie, en véritable pleurésie.

D'autres fois, une caverne tuberculeuse s'ouvre dans la cavité pleurale; le pus contenu dans la caverne s'écoule entre les feuillets de la membrane séreuse, et détermine une inflammation qui revêt souvent un caractère de gravité très intense. D'autres fois, il y a en même temps ouverture d'une caverne tuberculeuse dans les tuyaux bronchiques et dans la cavité pleurale. Ce sont les cas que l'on désigne sous le nom de pneumo-thorax, l'air pénétrant dans la plèvre en même temps que du liquide s'y accumule.

Une forme particulière de la pleurésie, et qui mérite d'être mentionnée, est celle qui se développe dans le cours de la pneumonie aiguë; la pneumonie, vous le savez, est assez rarement simple, et passe presque toujours à l'état de pleuro-pneumonie; la plèvre se prend du même côté que le poumon malade, ou que le poumon le plus gravement affecté, s'ils sont pris tous les deux. Dans la période tout à fait aiguë, il n'y a pas d'épanchement dans la cavité de la plèvre; mais peu à peu, il peut arriver que le parenchyme pulmonaire se dégage, la poitrine se remplit de liquides; le visage alors redevient naturel, la matité augmente d'étendue et d'intensité; une affection s'est substituée à une autre. Ce fait est assez fréquent dans l'histoire de la pleuro-pneumonie. La diminution des phénomènes généraux est une chose importante relativement au pronostic, que nous allons examiner maintenant avec soin.

[illegible] sur la gravité de la pleurésie; quelques-uns, et M. Louis, entre autres, regardent la pleurésie comme une maladie sans aucun danger, et qui guérit toujours spontanément, sans l'emploi d'aucune médication. Je ne dis pas qu'il n'en soit point ainsi dans un grand nombre de cas; mais on aurait tort d'en faire une loi générale; il faut faire la part des exceptions. La pleurésie simple est souvent une maladie grave. Quand elle occupe les deux côtés de la poitrine, sa gravité possible augmente encore. Mais M. Louis, qui ne peut se refuser à admettre ce fait évident, prétend qu'alors il existe toujours des tubercules dans les poumons. Si elle est vraie dans quelques circonstances, cette assertion est sujette à un grand nombre d'exceptions. Toutes les fois que l'épanchement est tellement considérable que le cœur soit refoulé et déplacé, ainsi que le médiastin, la pleurésie est très grave. Jusqu'à l'année dernière même, je dois vous dire que je n'avais jamais observé de guérison dans des cas de cette nature et de cette intensité.

La pleurésie purulente, nous voulons dire celle dans laquelle la cavité pleurale est remplie non d'un liquide séreux limpide, mais d'un liquide séro-purulent, constitue également une affection excessivement grave; mais on ne peut connaître la nature du liquide contenu dans les feuillets de la plèvre pendant la vie. On peut bien avoir des présomptions en faveur de telle ou telle opinion, mais il est impossible d'acquérir une certitude complète.

Lorsqu'il existe du pus, il peut à la rigueur être résorbé; il peut se faire jour par les bronches et s'évacuer par une vomique; mais quelle que soit sa terminaison, cette lésion n'en constitue pas moins et toujours une affection très grave. Un fait bien curieux et remarquable dans l'histoire de la pleurésie, est celui-ci: il arrive quelquefois, et ce n'est pas même très rare, que des malades atteints de pleurésie, mais chez lesquels l'épanchement est de très médiocre abondance, succombent d'une manière subite. On remarque seulement dans ces cas que l'épanchement, médiocre au moment de la mort, avait été fort abondant dans les premiers temps de la maladie. La mort peut être instantanée, presque imprévue. Ce fait, de la possibilité d'une mort subite, est encore une circonstance qui doit inspirer au médecin une grande prudence dans la détermination du pronostic; mais aussi cet accident étant assez rare, il ne faut pas effrayer les parents en leur faisant même pressentir la possibilité d'une mort subite, ce qui serait tout à fait inutile. D'ailleurs, l'emploi des révulsifs, des dérivatifs, des diurétiques suffit ordinairement pour conjurer les accidents de la pleurésie chronique.

La durée de la pleurésie est généralement longue. Il y a des pleurésies aiguës qui n'ont guère qu'une durée de quelques jours. L'importance de l'organe malade influe sur le traitement que l'on doit mettre en usage. On saigne beaucoup moins dans la pleurésie que dans la pneumonie; le poumon est un organe essentiellement et toujours agissant; il ne peut, sous peine de mort, se reposer d'une manière absolue. Il est donc nécessaire, autant que possible, pour tenir lieu de repos, de diminuer le travail, ce que l'on parvient à faire en diminuant la quantité générale du sang et en produisant ceci: à savoir: que dans un temps donné, une quantité moins considérable de sang, et de sang d'une composition moins riche, traverse le parenchyme pulmonaire. Ainsi donc, dans la pneumonie, il faut saigner abondamment, parce que c'est une inflammation d'abord, puis, parce que l'on diminue de cette manière le travail du poumon, condition de première nécessité. Dans la pleurésie, ce n'est point aussi nécessaire. De plus, comme une pneumonie est toujours une maladie de courte durée, on comprend facilement que l'on puisse, en raison de cette brièveté, employer un plus grand nombre d'émissions sanguines. Dans la pleurésie, on agit moins fortement. Une ou deux saignées générales, quelques applications de sangsues ou de ventouses sur le point douloureux, des révulsifs énergiques et puissants, soit extérieurs, soit intérieurs sur le tube digestif, comme le tartre stibié, les diurétiques, les diaphorétiques, constituent à peu près tout le traitement. Dans la pleurésie chronique on cherche quelquefois au moyen des bains de vapeur à provoquer la transpiration, quand il n'existe plus de mouvement fébrile. Les frictions mercurielles ont encore été mises en usage, mais sans beaucoup de succès. Quant aux vésicatoires, que M. Louis repousse comme non seulement inutiles, mais même comme nuisibles, nous ne saurions partager son opinion à cet égard: les vésicatoires nous semblent constituer un des moyens les plus efficaces et les plus certains de guérison dans les affections thoraciques.

HOPITAL BEAUJON. — M. Martin-Solon.

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DES URINES CRITIQUES; par le docteur Debout. (Suite.)

Pleuro-pneumonie du sommet du poumon droit, se terminant par la mort, bien qu'arrivée à un commencement de résolution accompagnée d'un nuage critique.

Albourse (Jean-Antoine), commissionnaire, d'une assez bonne santé, paraît n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'un catarrhe ancien qui le fait tousser surtout en hiver. Le 1er avril, en descendant un escalier, cet homme tomba sur le côté droit; depuis cette chute, il raconte avoir ressenti dans cette partie de la poitrine un point douloureux accompagné de fièvre, sans frissons préalables, et de crachats jaunâtres. C'est à cet accident qu'Albourse attribue l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital; cependant on ne retrouve pas de traces de violence sur la poitrine. Pas de médication avant de nous arriver; seulement, le jour de sa chute, cet homme a pris du vin sucré, coupé avec une infusion d'espèces vulnéraires.

Le 6, à son entrée à Beaujon, A. présente l'état suivant: constitution moyenne, assez bien conservée; ressent en arrière et à droite, vers l'angle de l'omoplate et en avant près du mamelon, une douleur qui augmente lorsqu'il tousse. Les crachats sont légèrement safranés, aérés, visqueux; pouls 90; inspirations 40. A l'auscultation, on constate du râle sibilant et muqueux en arrière à la base du poumon droit; du râle crépitant sous l'aisselle du même côté, accompagné de léger bruit de taffetas, puis d'un peu de souffle tubaire au sommet, avec retentissement de la voix; la percussion dénote une matité notable de cette région. Saignée de trois palettes, etc.

Le 7, la saignée pratiquée la veille présente un caillot couenneux et rétracté en forme de cupule. Les urines, traitées par l'acide nitrique, ne donnent pas de dépôt critique, seulement la teinte opaline qu'elles prennent au fond du verre témoigne qu'elles sont légèrement albumineuses. Comme l'état général du malade est le même, on ordonne une nouvelle saignée et cinq ventouses sur le point douloureux de la poitrine. A la visite du soir, le malade accuse une amélioration sensible, résultat du traitement antiphlogistique continué pendant la journée. La douleur de côté est moindre; les crachats séparés sont épais, muqueux, et peu abondants. La toux est toujours fréquente. Le pouls dur et médiocrement développé, donne 108 pulsations; inspirations 40. Toujours de la matité dans la moitié supérieure du poumon et du râle muqueux à la base. La langue est sèche avec soif; pas d'appétit; pas de selles. Intelligence et sensation nettes.

Le 8, la saignée d'hier est toujours très couenneuse; persistance du souffle au sommet et en arrière; plus de douleur de côté; crachats muqueux, opaques, visqueux; toux muqueuse; l'urine ne présente pas de réaction. Nouvelle saignée de 4 palettes. Le soir, le pouls, médiocrement développé, dépressible, donne 110 pulsations. L'interne de service abandonne le traitement antiphlogistique, et prescrit une potion gommeuse, avec addition de 30 grammes de sirop de pavot blanc et 25 centigr. de tartre stibié.

Le 9, la saignée d'hier présente un caillot consistant et couenneux. La potion a été prise sans déterminer de vomissements, le malade a eu trois ou quatre garde robes; du reste, pas de sensibilité du ventre; langue peu humide, toux moindre, pas de douleur pendant la toux; persistance du souffle, etc.; 38 inspirations; pouls à 104, dépressible. On répète la potion stibiée.

Le 10, la potion a déterminé une seule garde-robe consistante. Toujours même état de la poitrine, et mêmes caractères de l'expectoration. Pouls à 96, normal dans son développement; 48 inspirations. L'urine ne donne pas de réaction par l'acide azotique; on trouve dans celles d'hier, traitées par deux volumes d'acide, et qu'on a conservées, du nitrate acide d'urée bien cristallisé. On continue la potion stibiée.

A partir de cette époque, le tartre émétique détermina une diphthérite gutturale assez intense, pour qu'il fallût renoncer à poursuivre la médication contro-stimulante; seulement, comme la respiration, embarrassée par des mucosités, devint très bruyante, on prescrivit un julep béchique avec addition

de 20 grammes de sirop d'ipécacuanba, afin de faciliter l'expectoration qui s'effectuait difficilement. Pendant les cinq jours que dura cette complication, peu de changements notables se manifestèrent dans l'état du malade. Toujours les mêmes phénomènes morbides du côté de la poitrine; le pouls se maintint à 96; les urines jumenteuses, jaunâtres, varièrent seulement un peu dans leur densité (de 1,026 à 1,030), mais sans donner de réaction par l'acide azotique,

Le 15, les symptômes s'amendent; l'isthme du gosier est toujours douloureux, mais les fausses membranes commencent à se détacher; l'on remarque autour d'elles un limbe rouge assez notable; l'expectoration, quoique toujours collante, est plus facile; le souffle tubaire, enfin, a pour la première fois diminué d'intensité. Les urines jumenteuses, d'une densité de 1,028, traitées par l'acide azotique, après avoir été filtrées, donnent un beau nuage critique. Pect.; looch bl.; bouillon et lait.

Le 17, le souffle tubaire est moindre encore, et les urines jumenteuses, d'une densité de 1,024, donnent de nouveau, par l'addition de l'acide azotique, un nuage critique, mais très léger. A partir de ce moment, les urines ne présentèrent plus de réaction et diminuèrent peu à peu de densité; le souffle tubaire est remplacé par du râle sous-crépitant, puis le lendemain par du râle muqueux; mais ce jour-là (18) le pouls descendit à 84 pulsations, tandis que les inspirations s'élevèrent à 52. L'expectoration se faisait avec grande peine, et la respiration, souvent interrompue ou excitée par le besoin de déplacer des mucosités, rend raison de ce grand nombre d'inspirations. On remplace les 20 grammes de sirop d'ipécacuanha qui entrent dans la composition du julep, par un peu de vin de Bagnols.

Le lendemain 19, l'expectoration est un peu plus facile; cependant la respiration est toujours râlante, la gorge est dans le même état, quelques points de diphthérite ont envahi les lèvres et leurs commissures. En examinant le malade, on s'aperçoit qu'un érysipèle s'est développé autour du vésicatoire placé sur la région sus-épineuse, et envahit toute la partie supérieure du dos, tandis qu'une espèce de roséole se montre sur le tronc et les membres. Le pouls a repris cependant son type premier de 96 pulsations; la respiration ne donne plus que 32 inspirations. Bien que l'état de ce malade ne se fût point empiré pendant la journée, ainsi que l'interne du service put le constater à sa visite du soir, il succomba dans la nuit sans que ses voisins s'en aperçussent.

L'autopsie a prouvé d'une manière incontestable qu'un commencement de solution de la pneumonie s'était opéré à l'époque de l'apparition du nuage critique dans les urines; la partie antérieure du soumet du poumon affecté présentait un tissu parfaitement sain, quoique plus humide toutefois que les autres parties qui offraient les caractères évidents d'un emphysème. Pour la partie postérieure du sommet de ce même poumon, la résolution ne s'y était point manifestée; aussi présente-t-il les signes du deuxième degré de la pneumonie (hépatisation rouge).

En présence de ces faits, ne pourrait-on émettre un doute sur la valeur et l'opportunité du changement de traitement qu'on lui a fait subir le 8 au soir, en substituant les controstimulants aux moyens antiphlogistiques employés jusque-là, et que le malade supportait encore très bien malgré son grand âge? En effet, les accidents de cette médication se développant avant que la pneumonie offrît un commencement de résolution franche, devaient, en s'opposant à toute médication active, devenir par cela seul une complic tion fatale. Quelle est la part d'action funeste que l'on puisse rejeter sur l'apparition des deux éruptions exanthémateuses, car rien aux visites du matin et du soir ne permettait de prévoir une fin aussi prochaine? Quant à la coïncidence de la mort et de l'apparition du nuage critique, c'est précisément en raison de cette concomitance que nous publions cette observation; car plusieurs critiques se sont mépris sur la portée séméiologique attribuée à l'apparition du nuage dans les urines critiques, par M. Martin-Solon. Ce judicieux observateur n'a jamais pu dire que la manifestation de ce phénomène eût d'autre rapport évident sur la terminaison heureuse des maladies, que comme indiquant un commencement de résolution dans l'organe affecté; après avoir comparé avec beaucoup de soin et de persévérance la coïncidence du commencement de résolution et du nuage critique, s'il en a inféré comme valeur séméiologique de ce phénomène une terminaison le plus souvent favorable, c'est seulement parce que, « dans les temps ordinaires, le plus grand nombre des maladies aiguës ont une issue plus souvent heureuse qu'une issue contraire, » lorsqu'un traitement bien appliqué les amène à un commencement de solution.

Observation de pellagre; par M. le docteur BRUGIÈRE DE LAMOTHE, à Montluçon.

Je viens d'observer à Montluçon (Allier), au centre de la France, une affection que je crois rare dans nos contrées, je veux parler de la pellagre. Si je ne me trompe, j'en ai actuellement un cas sous les yeux. Je vous adresse cette observation et vous prie de l'insérer dans votre estimable journal, si vous le jugez convenable.

Dans le commencement du mois de juin dernier, Marie Aumaître, femme de Louis Sansciaume, vint me consulter pour une maladie datant de plusieurs années et qui l'inquiétait beaucoup. Voici ce qu'elle m'apprit: Au mois de mai 1841, lorsque ses règles se supprimèrent, une rougeur vive apparut sur sa figure ainsi que sur diverses parties du corps exposées à l'air. Cette affection lui causait de violentes démangeaisons; elle disparut vers le mois de septembre de la même année. Les mêmes accidents se renouvelèrent en 1842 et 1843, avec cette différence que la dernière année il lui survint des croûtes sur les parties malades et des gerçures sur les doigts.

Cette femme est maigre, d'une petite taille, âgée d'environ cinquante ans. Son front est étroit, ses yeux son fixes et les pupilles sont dilatées. Elle ne tousse pas et n'a pas de fièvre. L'appétit est nul.

La malade se plaint d'avoir souvent le corps dérangé; elle accuse en outre de fréquentes douleurs dans les membres, des bourdonnements dans les oreilles, des maux de tête, et une grande faiblesse. Elle dort peu. La peau qui recouvre la face, le dos des pieds et des mains, l'avant-bras et le sternum, est d'un rouge bien apparent. La rougeur est uniforme et disparaît à la pression. Elle est cependant plus foncée que celle de l'érysipèle, et n'offre pas de gonflement; la douleur est peu vive actuellement. Les parties malades sont recouvertes d'écailles minces de grandeur variable, assez semblables à celles du psoriasis; le tissu sous-jacent conserve sa teinte rouge foncée; les doigts des pieds et des mains surtout, présentent des gerçures profondes au niveau des articulations; la peau est épaissie dans ces points; elle offre autour de plusieurs doigts une couleur noirâtre, et forme une espèce d'enveloppe incomplète.

Tous les symptômes et accidents que je viens de noter me firent penser que j'avais affaire à un cas de pellagre, affection grave et rare en France. La malade ne pouvant se faire soigner chez elle, je lui conseillai de se faire admettre à l'hôpital de la ville. Elle suivit mon conseil, et au bout de quelques jours je la trouvai dans le service de médecine. Son état avait empiré. A cette époque, elle était constipée depuis plusieurs jours; d'un autre côté les organes encéphaliques étaient devenus malades: elle est continuellement assise sur son lit, les yeux hagards; ne parle pas, ou fort peu; elle refuse de manger. Il est survenu de l'idiotisme.

Je me proposais de suivre avec soin cette maladie, et de faire la nécropsie si la femme venait à succomber. Une absence de quelques jours, pendant laquelle la mort est survenue, ne m'a pas permis d'examiner les organes. Marie Aumaître s'est éteinte le 22 juin dernier sans douleurs.

Je n'ai pas observé, dans les environs de Montluçon, de cas semblables. Quelle peut être la cause de cette affection? Il me serait difficile d'avoir une opinion bien arrêtée sur ce point. Cette femme se trouvait dans les conditions qui, selon les observateurs, favorisent le développement de la pellagre. Elle était pauvre, se nourrissait mal, habitait un faubourg malsain; elle travaillait au champ et partout où elle pouvait s'occuper. L'hérédité n'est pour rien dans son affection.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. (Juillet 1844.)

Mémoire sur la ventilation dans les hôpitaux; par J.-J. POUMET (d'Orléans), D.-M.

Ce travail fort étendu est divisé en trois parties. Dans la première, sont consignées toutes les données théoriques relatives à la respiration, à la transpiration, à l'éclairage, au chauffage, etc. Dans la seconde, l'auteur examine ce qu'est actuellement la ventilation dans les hôpitaux. Dans la troisième il indique à l'aide de quels moyens et appareils on pourrait fournir à chaque malade, et par heure, tout l'air pur dont il a besoin plus que tout autre individu.

Observations sur la ventilation et le chauffage des édifices publics et, en particulier, des hôpitaux; par Alph. GUÉRARD.

Les nombreux et intéressants détails contenus dans ce mémoire échappent à l'analyse.

Notice sur les variations du poids des prisonniers soumis au régime pénitentiaire; par le docteur MARC-D'ESPINE, de Genève.

Ce travail intéressant donne lieu aux conclusions suivantes: En comparant le poids moyen des hommes qui entrent dans la prison pénitentiaire de Genève, au poids moyen plus ou moins près de leur sortie, on trouve que le régime pénitentiaire exerce sur ceux qui y sont soumis une influence amaigrissante; que cependant cette influence n'est pas considérable; qu'elle l'est beaucoup moins qu'on ne pourrait le croire *à priori;* qu'enfin cette influence n'est un peu marquée que pour les hommes qui ont habité les deux quartiers le plus sévèrement régis, qu'elle est presque nulle pour ceux qui ont habité les deux quartiers correctionnels.

Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds; Par le docteur AUBERT-ROCHE.

Ce travail n'est pas encore terminé.

Mémoire sur l'appréciation des causes de différentes fractures des os du fœtus et des enfants à la mamelle dans les enquêtes judiciaires; par M. OLLIVIER (d'Angers).

L'article premier de ce travail est consacré aux fractures du crâne. On sait qu'il y a divergence de la part des médecins légistes sur la cause des fractures du crâne chez les nouveau-nés. Haller, et de nos jours M. Devergie, disent que toute fracture du crâne chez le fœtus, est le résultat d'une violence extérieure. Camper, Rœderer et plus tard Chaussier soutinrent au contraire que les fractures du crâne pouvaient survenir par le travail même de l'accouchement. C'est pour appuyer cette dernière opinion que M. Ollivier (d'Angers) écrit cet article, en citant huit faits qui démontrent que « les assertions de M. Devergie » pourraient, dans certains cas, conduire un expert à émettre une opi» nion contraire à la vérité; en outre ils concourent à émettre ce » principe: qu'un expert ne devra pas nier que des fractures du crâne » se soient effectuées spontanément, naturellement, dans un accou» chement, parce que celui-ci n'aura pas exigé une très grande force » de la part de la mère, parce qu'il n'existera pas chez elle un rétré» cissement de l'un des diamètres du bassin, enfin parce que la mère » aura pu cacher un accouchement dont le travail n'aura été ni très » douloureux, ni très difficile. »

Dans cette première série de faits, les fractures du crâne, indépendantes de toute violence criminelle, ont eu pour cause une déformation du bassin dont l'existence a pu être ou non constatée. A ce premier genre de causes, il faut en ajouter un second qu'il est important qu'un expert connaisse; car il fournit une explication aussi simple que naturelle de certaines fractures des os du crâne, chez l'enfant nouveau-né. C'est l'extrême fragilité que ces os présentent quelquefois par suite d'une ossification incomplète, ou anormale dans son développement primitif. Les os sont alors excessivement minces, les progrès de leur ossification n'ont point été réguliers; la trame osseuse est tellement raréfiée dans certains points que l'os semble perforé, que sa continuité est même parfois interrompue, et à la circonférence de ces sortes de trous ovalaires ou arrondis, le tissu de l'os a l'aspect d'une gaze irrégulièrement dentelée. On comprend qu'il suffira alors d'une faible pression exercée sur la tête de l'enfant pour qu'une semblable fracture des os entraîne, soit des fractures, soit des dépressions plus ou moins profondes dans des points de la périphérie du crâne; et pour peu que le travail de l'accouchement soit prolongé, que la tête éprouve quelque difficulté à s'engager dans l'excavation pelvienne, une solution de continuité des os surviendra dans les points où ils offrent ainsi une moindre résistance.

M. Ollivier (d'Angers) en rapporte un exemple qui montre la circonspection que l'expert doit apporter dans ses conclusions, quand un fait de ce genre se présente accompagné de circonstances qui peuvent faire présumer que des violences criminelles ont coïncidé avec cet état insolite des os du crâne.

Dans l'article deuxième, l'auteur examine sous les mêmes points de vue les fractures des os des membres et du tronc; il fait voir qu'il est des cas dans lesquels l'existence des fractures de ce genre pourrait faire penser qu'un enfant nouveau-né a été l'objet de manœuvres criminelles. En effet, des exemples authentiques démontrent que la fracture de différents os peut avoir lieu accidentellement pendant le séjour du fœtus dans l'utérus. Or, si des lésions de ce genre sont constatées sur un enfant qui succombe peu après sa naissance dans des circonstances propres à autoriser des soupçons de crime, ne peuvent-elles pas être considérées comme autant de traces de violences exercées sur lui, et dès lors, conduire à conclure que la mort a été la conséquence de ces violences?

D'un autre côté, des anomalies d'ossification peuvent produire des altérations qui simulent le résultat de manœuvres coupables. L'expert doit connaître toutes ces circonstances, dont l'auteur rapporte de nombreux et très intéressants exemples. « Parmi ces faits, dit en terminant M. Ollivier, dans un langage que nous ne saurions trop louer, — il en est sans doute plus d'un qui pourra fournir des arguments pleins de force à la défense dans des cas où le crime ne paraîtra pourtant pas douteux. Mais la science comme la justice qui réclame son concours, ne recherche qu'une chose, la vérité; elle doit donc dire tout ce qu'elle sait, sans plus se préoccuper des intérêts de l'accusation que de ceux de la défense. »

Recherches sur les empoisonnements pratiqués par les nègres à la Martinique; par le docteur RUFZ.

Ce travail, qui détruit un grand nombre de préjugés sur ce sujet, n'est pas encore terminé. Nous y reviendrons.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'eau sous le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapie; par H. SCOUTETTEN, D.-M., premier professeur et chirurgien en chef à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, etc. Un gros volume in-8°. Paris, 1843. J-B. Baillière.

Pour M. Scoutteten « l'hydrothérapie est une méthode qui a pour » but de conserver la santé, ou de concourir à son rétablissement, en » faisant un emploi raisonné de l'eau et des principaux moyens hy» giéniques. » Nous nous hâtons d'indiquer cette définition qui doit dès l'abord faire comprendre au lecteur que cet ouvrage diffère essentiellement de toutes les productions qui ont surgi dans le monde médical depuis qu'on y parle de la méthode du paysan de Graëoferberg. C'est en effet moins un traité de la méthode silésienne, qu'une monographie complète, étendue et d'une grande richesse de l'eau envisagée comme moyen hygiénique et médical et avec toutes les applications dont ce moyen est susceptible.

Ne voulant s'en rapporter ni à la répulsion peut-être injuste manifestée jusqu'ici par les corps savants contre l'hydrothérapie, ni à l'enthousiasme exagéré et souvent ridicule de ses partisans, M. Scoutteten a voulu voir par lui-même, et il a visité tous les établissements hydrothérapiques de l'Allemagne et de la Belgique. La première partie de ce volume est consacrée à la relation de son voyage, relation pleine d'intérêt sous d'autres rapports encore que sous celui de l'hydrothérapie.

Le deuxième chapitre renferme la partie historique, qu'il divise en trois périodes: 1° depuis Moïse jusqu'à Mahomet; 2° du septième au dix huitième siècle; 3° de 1700 à 1829, ou de Fr. Hoffman à Priessnitz. Ce chapitre qui contient plus de cent pages, est un travail vraiment remarquable d'érudition, de recherches, et en même temps de bonne et solide critique. Il cite textuellement les passages, indique soigneusement les publications, les pages, les éditions, et pour que l'inventaire fût complet, il y a joint une bibliographie dans laquelle il rapporte les titres des ouvrages écrits à toutes les époques et dans les différentes parties du monde. De ce long et fort estimable travail il résulte que l'emploi de l'eau compte en sa faveur les autorités médicales les plus imposantes. Les médecins grecs et romains se servaient très souvent de ce liquide dans le traitement des maladies aiguës. Ce n'était, entre leurs mains, qu'un moyen empirique, associé éventuellement à beaucoup d'autres remèdes; ils avaient constaté les bons effets de l'eau, mais ils n'en comprenaient pas, ou du moins n'en expliquaient pas le mode d'action. Durant tout le moyen âge, l'eau a été presque abandonnée; les ouvrages qui en parlent ne renferment que des indications très courtes, très vagues, qui ne sont en quelque sorte qu'un souvenir des recommandations d'Hippocrate, de Celse ou de Galien. On ne trouve d'ailleurs aucune doctrine, aucun précepte, qui puisse guider le médecin dans l'application de ce remède. Dans le cours du dix-huitième siècle des médecins d'un grand mérite font paraître, en Allemagne, des travaux sérieux. A partir de cette époque, l'Italie accueille aussi, mais avec un enthousiasme aveugle, l'emploi de l'eau dans les maladies. On voit alors le charlatanisme, exploitant avec une audace incroyable la confiance publique, amener une réaction, et bientôt après l'abandon de ce liquide. Plus tard Currie et Giannini s'efforcent de remettre en honneur ce moyen, en cherchant à justifier théoriquement son application thérapeutique. Il jouit un instant d'une faveur nouvelle, mais il ne tarde pas à retomber dans l'oubli après la démonstration des erreurs contenues dans les systèmes inventés par ces médecins.

Dans le chapitre troisième, l'auteur donne la description de la méthode hydrothérapique. Il passe successivement en revue les moyens internes, boissons, injections; les moyens externes, bains, douches, aspersions, lotions, ablutions, immersions, frictions avec le drap mouillé, enveloppements, applications topiques. Il étudie ensuite le régime, l'air atmosphérique, le mouvement.

Dans un chapitre suivant, il expose les indications et les contre-indications de l'hydrothérapie, qu'il résume de la manière suivante: L'hydrothérapie convient dans toutes les affections aiguës et chroniques où l'élément inflammatoire se manifeste, et lorsque la puissance médiatrice de la nature permet d'espérer une réaction favorable, qui souvent se révèle sous forme de crise. Il faut s'abstenir d'y avoir recours quand l'excitation morbide a fait naître des altérations profondes caractérisées par la dégénérescence des tissus. Il en doit être de même quand la maladie, ayant amené la faiblesse générale et l'épuisement de l'organisme, ne laisse plus d'autre chance que de prolonger l'existence par un traitement habile. C'est dans ce cas que la matière médicale doit intervenir et régner sans partage.

On voit par là que M. Scoutteten est loin d'être un partisan exclu-

sif et absolu de l'hydrothérapie. Son esprit judicieux lui en a montré les limites, et cette réserve serait pour nous une garantie de la justesse de ses opinions, relatives aux bons effets de son emploi.

Il examine ensuite les effets physiologiques de l'hydrothérapie, et il termine par la relation d'une série d'observations de maladies diverses, aiguës ou chroniques qui ont trouvé leur guérison dans l'emploi de ce moyen.

Cet ouvrage, dû à un homme éminent par sa science et ses travaux, ne peut qu'accroître la réputation légitime de son auteur. C'est à peu près la seule publication sérieuse que l'hydrothérapie ait suscitée en France; sa lecture est indispensable à ceux qui veulent connaître à fond ce sujet encore mal etudié parmi nous.

Chirurgie oculaire, ou *Traité des Opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'œil et ses annexes, avec un Exposé succinct des différentes alterations qui les réclament;* ouvrage contenant la pratique opératoire de F. Jaeger et de A. Rosas, professeurs d'ophthalmologie à Vienne, d'après des documents recueillis par l'auteur aux cliniques de ces professeurs, accompagné de planches représentant un grand nombre d'instruments et les principaux procédés opératoires; par Charles DEVAL, D.-M.-P. — Un gros vol. in-8°. Paris, Germer-Baillière. 1844.

Le titre que l'on vient de lire expose clairement le contenu de cet ouvrage. Le but que s'est proposé l'auteur. c'est de faire un livre d'application pratique, et nous disons avec plaisir que ce but est atteint. M. Deval s'est efforcé de formuler nettement les indications à remplir dans les diverses circonstances pathologiques, et il a donné sur le manuel des principalss opérations, sur les accidents qui peuvent les accompagner ou les suivre, sur tout ce qui s'y rattache, en un mot, beaucoup plus de détails que les auteurs qui l'ont précédé. Ces détails, l'auteur les a surtout puisés aux nombreuses cliniques de la France et de l'Allemagne, et l'on trouvera dans cet ouvrage plusieurs modes opératoires et plusieurs instruments qui ne sont paa décrits dans les ouvrages français. Les instruments de Beer, de Jaeger, de Rosas et des principaux ophthalmologistes allemands, ont été reproduits d'après des modèles que l'auteur a rapportes lui-même d'Allemagne.

Cet ouvrage sera consulté avec fruit par les praticiens, car l'auteur ne se borne pas seulement à décrire; il examine, il apprécie. et il fait toujours preuve d'un esprit judicieux et éclairé.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Tétanos mortel par suite de l'extirpation d'un cor au pied; par M. le docteur CASPER, de Berlin.

Un domestique âgé de trente-cinq ans, homme bien portant et robuste, s'était extirpé trop profondément un cor au petit doigt du pied gauche, et, sans égard pour la douleur qu'il y ressentait, il avait continué son service pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'impossibilité de marcher davantage le forçât à garder le lit.

M. Casper ayant été appelé près de lui, le trouva sans autre maladie que celle du pied. Au point où il avait pratiqué son extirpation, il existait une vésicule remplie de sang; la plante du pied était tuméfiée dans toute son étendue.

Ce praticien prescrivit l'emploi des cataplasmes, l'administration à l'intérieur du sel cathartique amer (sulfate de magnésie), le repos absolu du membre, ce à quoi le sujet, qui se trouvait d'ailleurs bien portant, ne se décida qu'avec beaucoup de peine. Mais M. Casper ne fut pas surpris, le lendemain matin, en voyant l'état du malade grandement empiré. Il était couché, les yeux brillants, le pouls assez plein; il avait de grandes difficultes pour avaler, et il bégayait des mots inintelligibles, bien qu'il eût conservé toute sa connaissance. On ne pouvait pas méconnaître l'invasion d'un tétanos.

Tous les moyens appropriés furent employés sans le moindre succès, et la mort survint dans la soirée du même jour.

L'autopsie ne fut pas permise; on obtint seulement la latitude d'examiner le pied qui avait été le point de départ du mal. On trouva du pus épanché sous les téguments; la bourse muqueuse placée sur l'articulation était remplie de sang; mais on ne put reconnaître aucune trace d'inflammation sur les branches du nerf péroné qui se distribuent aux doigts. (*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

Emploi de l'hydrolat d'amandes amères contre la gastralgie; par M. le docteur KLEM, de Helsingaer (Danemark).

Parmi tous les moyens vantés contre la gastralgie, l'eau distillée d'amandes amères (*Aqua amygdalarum amararum concentrata*) occupe certainement le premier rang. M. Klem a souvent eu l'occasion de vérifier l'efficacité de ce moyen; mais il l'a rarement employé seul, en raison de l'état gastrique qui, bien que peu grave, existe toujours en même temps que la gastralgie : le plus ordinairement, il l'a associé à la mixture apéritive de la Pharmacopée danoise (*Teinture de rhubarbe aqueuse* et *Tartrate de potasse liquide*, mélangés à parties égales), en suivant la formule ci-après :

Pr.	Mixture apéritive,	24 grammes.
	Hydrolat concentré d'amandes amères,	8
	Liqueur anodyne minérale d'Hoffmann,	8

M. S. A.

pour une mixture dont on prend cinquante à soixante gouttes, quatre fois par jour.

Chaque prise de cette mixture est administrée dans une demi-tasse d'eau convenablement édulcorée avec du sucre, ou mieux encore avec un sirop approprié.

M. Klem emploie en même temps les sangsues, les sinapismes, le liniment volatil opiacé, selon les circonstances; il prescrit également un régime diététique convenable.

Ordinairement, on observe déjà, au bout de quelques jours, une amélioration considérable dans l'état des malades, et, dans l'espace de peu de temps, on arrive à obtenir une guérison parfaite.

Dans quelques cas rares, où la maladie avait nécessité à l'emploi de cette médication, le même praticien a retiré d'excellents effets de l'administration du magistère de bismuth.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Empoisonnement des sangsues par le tabac; par M. WEIL.

On rapporta à plusieurs reprises à M. Weil des sangsues qui, lui dit-on, n'avaient pas voulu prendre. A son grand étonnement, il reconnut que ces sangsues, livrées par lui une heure avant dans un état parfait de fraîcheur et de santé, étaient maintenant mortes et dures.

Ce ne fut qu'à la troisième fois qu'il remarqua un morceau de papier provenant d'un paquet de tabac, et que l'on avait employé pour couvrir le vase dans lequel les annelides avaient été déposés. Il demanda alors aux individus qui lui avaient rapporté antérieurement des sangsues mortes, s'ils n'avaient pas fumé en cherchant à les appliquer, et il apprit d'eux qu'en effet il en avait été ainsi. Un essai direct ayant été tenté, amena un résultat tout à fait semblable. Quelques grains de tabac, jetés dans l'eau au milieu de laquelle les sangsues se trouvent, suffisent pour déterminer bientôt, dans un quart d'heure par exemple, cette rigidité caractéristique du corps de ces vers et la mort.

Le même effet est produit par le suc du tabac.

Toutefois, dans tous ces cas, on voit les cadavres des sangsues redevenir, après un laps de dix à douze heures, mous et flasques comme ceux des sangsues qui ont succombé par suite de toute autre cause.

(*Schweizerisch Zeitschrift*)

Sur le traitement du croup; par M. le docteur GOLDING BIRD.

A l'occasion d'un cas de croup terminé par guérison, et dont l'observation a été communiquée à la Société médicale de Londres le 15 janvier 1844, M. Golding Bird a fait observer que l'angine membraneuse est une affection excessivement rare dans la ville de Londres, et que l'on ne peut la confondre avec la laryngite striduleuse qui est beaucoup plus fréquente. Cette dernière maladie ne s'accompagne point de fièvre, elle revient par accès, et, pendant la durée des intermittences, les enfants paraissent jouir d'une parfaite santé.

M. Golding Bird traite le croup de la manière suivante. Il commence par prescrire des applications de sangsues, puis il passe à l'administration des vomitifs, et enfin il met les sujets à l'usage du calomel préparé à la vapeur en l'associant à de petites quantités de tartre stibié et d'opium. En même temps, il fait envelopper le cou des malades avec des flanelles trempées dans l'eau bouillante, et il a soin de faire continuellement dégager des vapeurs d'eau dans l'appartement.

(*The Lancet.*)

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

La Société a tenu sa séance publique le 12 mai dernier, devant un nombreux concours d'auditeurs.

M. Rolland, président, a prononcé un discours qui a été vivement applaudi.

M. Ducasse, secrétaire-général, a exposé les travaux de l'année de la Société.

M. Cayrel fils a lu un rapport sur la constitution médicale de l'année.

Enfin, *M. Boutignot* a lu le rapport sur le concours ouvert pour 1844 sur cette question :

« Etablir le rôle du système nerveux dans le développement et la
» marche des affections rhumatismales, et déduire de ces considéra-
» tions, en s'appuyant sur les faits, les modifications que doit recevoir
» le traitement de ces maladies. »

Après la lecture de ce rapport, la Société, statuant sur les conclusions de la Commission, a délibéré qu'aucun des auteurs des mémoires présentés n'ayant rempli les conditions du programme, elle ne décernerait aucune récompense, et que la question était retirée du concours.

Les billets attachés à ces mémoires ont été brûlés en séance, sans être ouverts, suivant les usages académiques.

La Société de médecine a décerné une médaille d'encouragement à M. Mary, officier de santé à Saint-Justin, département des Landes.

Une mention honorable a été accordée à M. Martin, docteur-médecin, correspondant à Colmar,

Ont été nommés associés résidants : M. Magnes fils, pharmacien; M. Philol, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Toulouse; M. Butignot, docteur en médecine; M. Gaussail, docteur en médecine; M. Marly, docteur en médecine.

La Société propose, pour sujet du prix à décerner en 1845, la question suivante :

« Déterminer par des faits d'anatomie pathologique et par l'observa-
» tion clinique, quelles sont les causes matérielles de l'étranglement
» dans les hernies inguinale et crurale, et en déduire le traitement. »

Le prix est de la valeur de 300 francs.

Les mémoires concernant les grands prix devront être remis avant le 1[er] mars de chaque année. Il est nécessaire qu'ils soient écrits lisiblement en français ou en latin, et munis d'une épigraphe ou devise qui sera répétée dans un billet cacheté, où doit se trouver le nom de l'auteur.

Les ouvrages qui concourront pour les médailles devront être remis avant le 1[er] avril 1845. Les auteurs feront connaître leurs noms. On n'admettra point au concours ceux qui auront été déja communiqués à d'autres Sociétés.

Les membres de la Société sont seuls exclus du concours.

La Société témoigne sa gratitude à MM. les correspondants ainsi qu'aux autres personnes qui lui ont envoyé des ouvrages sur divers sujets.

ROLLAND, Président.
DUCASSE, Secrétaire général.

NOUVELLES.

Plusieurs de nos confrères, et tout récemment M. le docteur Adorne, rue du Four-St-Germain, auquel on a enlevé une épingle en diamant de 500 fr., ont été victimes de l'escroquerie d'un individu de vingt-sept a trente ans, maigre, de cinq pieds quatre à cinq pouces environ, ayant une petite moustache blonde coupée en brosse; figure allongée, nez droit, cheveux et barbe châtains, demandant une consultation pour un prétendu chancre dans la gorge, et se disant tantôt maréchal-des-logis chef au 3e hussard, tantôt autre chose. Nous sommes invités à en prévenir nos confrères, afin qu'il ne fasse pas de nouvelles victimes.

— *Errata.* Il s'est glissé dans notre dernier numéro deux fautes graves d'impression. Page 309, 3e colonne, ligne 34, paralysie des extensions, *lisez :* des extenseurs. Ligne 35, flexion de la jumelle, *lisez :* de la jambe.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 9 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 80. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau. Considérations générales.

Nous commencerons la série des leçons que nous avons dessein de faire sur les maladies de l'appareil encéphalique, par des considérations générales et par l'examen analytique des phénomènes qui peuvent se présenter dans le cours de ces affections. C'est la physiologie pathologique du cerveau par laquelle nous ferons précéder l'histoire pathologique de cet organe. Nous ferons voir comment les principes que nous avons établis dans les séances précédentes se rattachent à toute cette étude.

Nous avons dit qu'il n'y avait pour le médecin que des organes et des fonctions; des instruments, et des résultats de l'action de ces instruments. Une fois cette proposition admise, il s'ensuit rigoureusement une autre, que voici: Si un organe remplit plusieurs fonctions, nécessairement cet organe est multiple. Expliquons-nous plus clairement. Il est évident qu'il y a plus d'une fonction cérébrale, et que chacune de ces fonctions ne ressemble point aux autres. Le cerveau produit, exécute ou commande des mouvements, d'une part; d'autre part, il préside au sentiment; enfin, il est l'organe de l'intelligence; nous mettrons même au nombre de ces fonctions le sommeil, la voix, la parole. Est-il possible qu'il n'y ait qu'un seul et même organe pour toutes ces fonctions? Evidemment, non. La considération du cerveau comme organe multiple n'est pas chose neuve. Gall avait bien admis que le cerveau était un organe multiple, et avait déterminé le lieu que chaque faculté intellectuelle occupait dans l'encéphale. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette question, et nous aurons occasion de dire ce que nous en pensons. Maintenant nous devons prouver qu'il y a plusieurs organes dans le cerveau.

Nous professons depuis long-temps cette opinion, que le mouvement et l'intelligence ne peuvent avoir le même siége. Il y a donc une portion du cerveau qui préside à l'intelligence, et ceci est très utile à connaître, vous le verrez, quand il s'agira du diagnostic; une autre portion préside au mouvement. Mais, nous dira-t-on, comment prouver cela? Nous ne possédions, il y a quelque vingt ans, aucun fait qui pût servir de confirmation à nos idées. L'anatomie pathologique n'avait nullement révélé l'organe de l'intelligence, non plus que celui du mouvement. Mais voici à l'aide de quel raisonnement nous avions été conduit à nos conclusions. L'observation journalière prouve que l'intelligence peut être exaltée, diminuée, pervertie ou abolie, sans que pour cela le sujet soit moins fort, moins robuste. Nous voyions tous les jours, à la Salpêtrière, des femmes dont l'intelligence était entièrement perdue, mais qui conservaient cependant une force, une adresse, une agilité surprenantes. Il est donc nécessaire, disions-nous, puisque chez le même individu le mouvement persiste en l'absence complète de l'intelligence, que l'organe ne soit pas le même pour ces deux ordres de phénomènes. La réciproque est également vraie, et tous les jours on voit des individus impotents, paralytiques par suite d'une lésion cérébrale, et chez lesquels l'intelligence est cependant parfaitement intacte. Voilà ce que nous enseignions dans les premiers temps, sans pouvoir indiquer le siége des facultés, mais persuadé que ce siége variait suivant les phénomènes fonctionnels.

Dans ces derniers temps, MM. Foville et Delestre s'étant occupés à rechercher le siége des organes qui présidaient aux fonctions si différentes du mouvement et de l'intelligence, arrivèrent à ce résultat: que lorsque l'intelligence est troublée, c'est toujours à la superficie du cerveau qu'existe la lésion organique, dans la substance corticale; quand le mouvement, au contraire, est modifié, c'est la substance blanche qui est le siége de l'altération. Ces résultats ont été contestés, mais à tort, selon nous. Nous avons observé trop souvent le délire dans les cas où il y avait lésion superficielle du cerveau, et trop souvent aussi la paralysie chez des sujets dans le cerveau desquels nous avons rencontré plus tard des lésions de la substance blanche, pour ne pas regarder ce fait comme suffisamment démontré. Nous verrons plus tard, et nous vous démontrerons que, dans l'immense majorité des cas, quand il y a délire très prononcé, la substance corticale est affectée. En résumé, nous sommes convaincu que les parties extérieures et superficielles du cerveau sont consacrées à l'élaboration de l'intelligence; tandis que les parties centrales sont consacrées au mouvement.

Ici, surgit une autre question non moins importante, mais peut-être plus difficile à résoudre. Y a-t il un organe différent pour le mouvement et pour le sentiment? Dans les affections cérébrales, le sentiment est quelquefois aboli, mais rarement. La perte du mouvement est beaucoup plus commune; en d'autres termes, la paralysie du sentiment, comme symptôme des affections cérébrales est beaucoup plus rare que la paralysie du mouvement. Il serait naturel de penser, d'après cela, qu'il y a des organes différents pour le sentiment et le mouvement. En réfléchissant, on est conduit à penser que le mouvement est une action pour ainsi dire active du cerveau, la sensibilité une action passive. Nous nous expliquons. On reçoit une impression de chaleur, de froid, de lumière, etc., sans que la volonté y soit pour rien. Au contraire, on veut, on remue, c'est un état actif, le concours de la volonté est nécessaire. Ne serait-il pas possible que le mouvement fût desservi par des portions du système nerveux, allant comme les autres pour le système circulatoire, du centre à la circonférence, tandis que d'autres filets nerveux venant de la circonférence au centre, véritablement analogues aux veines, seraient consacrés à la transmission de la sensibilité? L'expérience n'a pas encore prononcé sur la duplicité de l'organe central, sous ce rapport. Ce qu'il y a d'à peu près certain, c'est qu'il y a des nerfs du sentiment et des nerfs du mouvement, et en vous disant cela, je ne crois pas m'éloigner beaucoup des idées généralement reçues partout aujourd'hui. Reste le principe; il y a deux fonctions: suffit-il d'un seul organe, ou deux sont-ils nécessaires pour l'expliquer? J'admets volontiers deux ordres de nerfs, mais je ne vois pas la nécessité d'un double lieu.

Le sommeil est-il une fonction du cerveau, ou une action? Ceci est extrêmement difficile à résoudre; et cependant, dans une foule de cas, le sommeil est un des éléments de diagnostic auquel on doit les renseignements les plus précieux.

A-t-on raison de reconnaître dans le cerveau autant de points différents qu'il y a de facultés intellectuelles? Les phrénologistes n'ont point donné à ce nom de facultés intellectuelles la même signification que Locke et Condillac. Pour eux, le jugement, la perception, l'attention, ne sont que des degrés d'intensité dans l'action des facultés. Gall ne regardait tout ce que les anciens philosophes appelaient *facultés*, que comme des conditions d'intensité. Il admet, par exemple, une faculté pour tel ou tel art, la peinture, la musique; dans ce système, le sujet peut avoir l'imagination des couleurs, la comparaison des couleurs, etc. Il ne se préoccupe absolument que de la faculté intellectuelle et nullement de ses conditions d'intensité d'action. Il cherche quelles sont les facultés, les aptitudes qui pourront être divisées de la manière la plus rigoureuse, et alors il admet une multitude de facultés intellectuelles. Je ne parle point ici des facultés affectives, et des autres subdivisions qu'il a établies. Gall était un homme d'un grand génie; on ne peut dire que son système ne soit au moins très spécieux. Il est rare, en effet, que chaque tête n'ait pas ses aptitudes différentes. Il est rare de trouver des têtes encyclopédiques, des têtes comme celles de Cuvier, de Humboldt; les têtes ordinaires ont leur aptitude, qui domine à l'exclusion de toutes les autres.

Mais de ce que le système phrénologique est spécieux par le raisonnement, s'ensuit-il forcément que son existence soit incontestable? Nullement. Nous ignorons complétement quelle est la portion du cerveau qui préside aux mouvements du bras,

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le dernier Concours. — Conseils aux novices. — Les voix promises. Ecueils de l'argumentation. — Règles générales. — Aventure tragi-comique. — L'acide prussique et l'hypochondrie. — Un caporal brutal. — Un commissaire de police clairvoyant. — Les avocats et les médecins. — Patronage des anciens. — Boîte aux lettres.

Voilà encore un concours terminé. Celui-ci ne donne lieu, que je sache, à aucune récrimination, bien entendu que j'excepte celles des concurrents non nommés, car celles-là sont de droit et inévitables. Il est certain que, quoi qu'on fasse, il y en aura toujours dont les intérêts seront lésés, et qui auront quelque apparence de raison de crier à l'injustice et à la camaraderie. Cela même devient de plus en plus forcé; dans tout concours on peut à peu près toujours établir un premier rang et lui assigner une personnalité brillante, distinguée, exceptionnelle; quelquefois encore, cette distinction est facile pour le second rang, pour le troisième, la chose se complique, et pour le quatrième et les suivants l'embarras devient extrême; les juges se trouvent placés en présence de talents égaux, d'épreuves égales, de titres équivalents, d'espérances d'avenir analogues: alors que faire, et où prendre ses motifs de détermination? Evidemment c'est alors qu'agissent puissamment toutes les influences étrangères aux conditions précédentes, et, franchement, cela peut-il ne pas être? Non, les plus rigides censeurs, dans des circonstances semblables, et à égalité de titres, feraient pencher la balance du côté de leurs affections ou de leur intérêt, car enfin il faut faire un choix et se décider par quelque motif là où les motifs scientifiques sont insuffisants. Tout le monde reconnaît que dans ce dernier concours, il est un certain nombre de candidats qui méritaient la nomination aux mêmea titres que leurs heureux compétiteurs; oui, mais de ceux-ci on eût dit la même chose s'ils eussent succombé: donc les nominations sont bonnes, justes, légitimes, et la chose est, hélas! assez rare pour être remarquée. Le vénérable M. Capuron, qui depuis la création de l'école n'a peut-être pas manqué une seule épreuve des concours, me disait à moi-même: « Depuis vingt ans je n'ai pas vu de jugement aussi juste et aussi bien motivé. » J'accepte cette opinion, tout en regrettant que la Faculté n'ait pas eu plus de places à donner pour des hommes d'un mérite aussi réel que MM. Maisonneuve, Lacroix, Morel-Lavallée, Depaul, etc.

Du reste, aujourd'hui que l'on fait des physiologies sur tout et à propos de tout, je m'étonne qu'on n'ait pas encore pensé à la *physiologie du concurrent*. Il y a là un beau thème pour un homme d'esprit. A part toutes les circonstances de travail et d'études, les chances des épreuves et la manière brillante et solide dont il faut se produire dans un concours, que de choses en dehors de cela que généralement on ignore, et que ne connaissent bien que les vieux athlètes de ces luttes! Encore même il arrive des revirements soudains, des combinaisons inattendues qui déroutent toute précision, et qui dérangent tout calcul. Combien en ai-je déjà vu de compétiteurs qui la veille du scrutin se frottaient les mains en signe de triomphe, et disaient: Cela va bien! Le lendemain, hélas! abattement complet, stupeur profonde, et puis colère, indignation. Tout cela venait un peu de leur faute; un candidat novice va voir un juge; il le trouve poli, affectueux, encourageant même, il est content des épreuves, et il le dit; rien jusque-là qui ne soit convenable; mais le candidat le presse davantage, et il lui demande sa voix. Volontiers, dit le juge; et le candidat, tout transporté de joie et de bonheur, s'en va rayonnant conter la chose à droite et à gauche. Premier tort; règle générale, Messieurs, soyez discrets sur les voix promises; avec vos compétiteurs faites-vous humble, petit, sans importance; tâchez enfin qu'on ne vous craigne pas. Un second tort, c'est de pas s'enquérir du temps, de l'époque du scrutin où cette voix promise vous sera donnée. Vous comprenez bien que ceci est de la plus haute importance. A un dernier concours, un candidat me disait: Mon affaire est bonne, j'ai cinq voix de promisea. Je ne voulus pas tromper ses espérances; mais à part moi, je voyais bien qu'avec cinq voix même, il ne serait pas nommé. Il les eut, en effet, mais à cinq scrutins différents; toutes les promessea furent tenues; mais on voit de quelle façon. Seconde règle générale: Quand il y a plusieurs places au concours, déterminez-en une, dressez toutes vos batteries sur ce seul point, et faites que toutes vos voix promises arrivent ensemble et à un instant donné.

Quand vous serez sûr, autant qu'on puisse l'être, de ce point et de cet instant, un autre écueil vous attend, écueil très périlleux, sur lequel échouent tous les novices, et qui exige un tact exquis, une habitude complète et une parfaite connaissance de toutes les dispositions, de toutes les affections des juges: cet écueil, c'est l'argumentation. Les novices s'en vont sabrant à droite et à gauche, pourfendant leurs adversaires et n'ayant ni pitié ni merci pour leurs compétiteurs; troisième tort et le plus grave. Il faut là un grand discernement et une grande habileté; il ne faut pas toujours chercher à désarçonner son homme, il faut, au contraire, savoir le ménager, afin que le juge, son ami, vous sache gré de votre modération et vous en tienne compte au scrutin. J'ai vu des candidats qui n'ont dû leur insuccès qu'à une argumentation trop solide et trop vive; ils avaient tué leur homme, c'est vrai, mais ils s'étaient enferrés. Troisième règle générale: le concours est la circonstance de la vie où il faut le plus habilement savoir dire: Passe-moi la casse, je te donnerai le séné.

Je pourrais donner bien d'autres conseils aux concurrents futurs, leur indiquer ce qui, après le talent, a le plus d'influence sur les juges; les ressorts qu'il faut faire mouvoir, les mobiles les plus sûrs, les recommandations les plus puissantes, les protections les plus certaines, les combinaisons les plus adroites; mais, en vérité, je ne veux décourager personne et ne faire perdre aucune de ces illusions si douces au cœur des jeunes gens, de ceux-là, s'il en est encore, qui espèrent trouver dans l'étude et le talent qu'elle procure les moyens de surmonter les innombrables obstacles qu'ils rencontreront sur leur route.

— Un de nos confrères s'est trouvé dans une position médicale fort embarrassante. Il donnait depuis quelque temps des soins à une dame hypochondriaque en proie à des idées de suicide. Souvent déjà elle l'avait prié, bien vainement, comme on doit le penser, de lui procurer de l'acide prussique. L'idée de ce poison lui était venue, du reste, par un motif singulier; elle avait été long-temps la cliente d'un médecin qui portait toujours sur lui un flacon de cet acide, et qui, dans une circonstance grave, finit par se tuer en l'avalant. Ce malheureux médecin avait commis l'imprudence impardonnable de promettre une certaine quantité de ce poison à cette dame, qui, depuis sa mort, avait fait plusieurs tentatives pour s'en procurer. Il y a peu de jours, le confrère dont je parle fut appelé par la malade à onze heures du soir. Il la trouve seule dans son appartement, la croisée de la chambre ouverte, et entre elle et la croisée une immense et lourde table qui la séparait comme par une barrière du reste de l'appartement. Sur cette table, tout ce qu'il fallait pour écrire. La malade était fort agitée, et visiblement en proie à une exaltation profonde.

— Docteur, dit-elle, je souffre horriblement; mon existence n'est plus qu'un long et incessant supplice; je veux en finir et à l'instant même.

— J'arrive pour vous soulager, madame, et j'espère y réussir. Et tout en parlant il cherchait, en remuant la table, à se frayer un passage auprès de la malade.

— Ne vous approchez point, s'écria celle-ci, où je me jette par la fenêtre.

— Mais pourquoi donc, reprit le docteur, m'avez-vous fait appeler, si vous ne me permettez pas d'examiner de près la cause et le degré de vos souffrances?

— Pourquoi? dit-elle avec un accent de désespoir. Je vais vous le dire: votre science est une déception, votre art un mensonge. Voilà dix ans que je souffre, et pas un de vous n'a pu me procurer un instant de repos. La mort seule peut mettre fin à mes angoisses; je veux mourir, mais je veux la mort douce et sans souffrances; voilà pourquoi je vous ai fait venir.

à ceux de la jambe, et nous prétendrions reconnaître et pouvoir déterminer celle qui correspond à la faculté de la musique, de la peinture, des mathématiques. Cette prétention n'est point admissible. Voyons, du reste, quelles preuves à l'appui de leur système les phrénologistes ont données. D'abord, ce sont des têtes humaines, chez lesquelles prédominait un développement de certaines portions du cerveau, accompagné du développement de certaines facultés. Nous pensons que des cas pathologiques eussent beaucoup mieux rempli le but qu'ils se proposaient. Mais les phrénologistes n'étaient pas tous savants pathologistes. Pour n'en citer qu'un exemple, Spurzheim publia, en 1818, un ouvrage sur la folie, et il était alors tellement peu avancé en pathologie, qu'il ignorait que l'hémorrhagie cérébrale fût susceptible de guérison. Dès cette époque, j'écrivis qu'il serait beaucoup plus concluant de montrer dans un certain nombre de cas la perte de telle ou telle faculté coïncidant avec une lésion de la portion cérébrale que Gall affectait à cette fonction, et que l'anatomie pathologique serait le véritable *criterium* de la doctrine phrénologique; et encore, disais-je, comme le cerveau est un organe double et symétrique, et sur ce point je suis de l'avis des phrénologistes, il faudrait que la lésion fût double; alors nous aurions une certitude irrévocable. Jusque-là, nous n'avons pas même de probabilités. J'ai des preuves que les fondements de la doctrine phrénologique sont tellement incertains, que les plus habiles peuvent s'y tromper.

Gresset, le chantre de *Vert-Vert*, était, vous en conviendrez, un poète distingué; la tête en fut montrée au docteur Gall à la Salpêtrière, après une de nos visites; il la prit pour une tête d'idiot, méprise à laquelle aida un peu, nous devons le dire, le lieu dans lequel on soumit ce crâne à l'investigation du fondateur de la crânioscopie. Je crois avoir entendu dire, depuis, que le crâne de Laplace, le grand mathématicien, avait été l'objet d'une erreur absolument semblable. Gall et tous ses disciples ont négligé une chose, selon nous, fort importante, l'intensité de l'action de l'organe; ils n'ont considéré que son volume. Or, il peut y avoir des quantités cérébrales très volumineuses, et fort peu d'intelligence, *et vice versa*. La quantité et la qualité sont deux conditions bien différentes. Toutes choses égales d'ailleurs, la quantité doit être prise en considération. Mais il faut aussi, non pas souvent, mais toujours s'occuper de la qualité. Nous devions ici vous faire notre profession de foi au sujet de la phrénologie; nous venons de vous l'exposer tout entière.

Signes fournis par le mouvement.

Je ne veux pas m'occuper ici de la paralysie. C'est un sujet trop vaste et dans lequel je n'entrerai pas aujourd'hui. Nous aurons occasion d'y revenir plus tard. Mais avant tout, je dois vous dire, et ne l'oubliez pas, que les altérations du mouvement, abolition, diminution ou perversion, peuvent être permanentes ou passagères, et selon ces conditions de durée ont une valeur différente. Les altérations permanentes ont une valeur beaucoup plus grande que les altérations passagères. Les altérations du mouvement sont générales ou locales, c'est-à-dire qu'elles peuvent porter sur la totalité du corps ou sur une partie seulement. Encore une autre division, elles peuvent consister en une abolition complète, une diminution d'intensité seulement, ou une perversion des phénomènes. N'oublions pas non plus que les altérations dont nous vous parlons peuvent dépendre ou du centre nerveux duquel émane le principe moteur, ou de l'organe qui transmet le mouvement du centre à la partie agissante, ou de la portion agissante elle-même à laquelle est transmise l'action. Que serait le cerveau sans les organes qui exécutent ses ordres, et sans les filets nerveux qui transmettent sa volonté?

Je ne vous parlerai pas des altérations des organes conducteurs qui transmettent aux membres les ordres du centre cérébral, non plus que de certains autres qui servent à exécuter ces mouvements, les os par exemple; mais pour les muscles nous aurons occasion de voir que la contractilité musculaire acquiert quelquefois une grande valeur. Dans le délire aigu, dans l'hystérie, l'épilepsie ou les convulsions épileptiformes, il y a augmentation de contractions musculaires et augmentation de mouvements. Il est rare que ces altérations par excès puissent servir beaucoup au diagnostic des maladies. Un phénomène qui nous arrêtera plus long-temps, c'est la perversion de la contractilité musculaire; tels sont le fourmillement, les picotements, les engourdissements, les crampes, tous phénomènes d'une importance majeure, parce qu'ils annoncent souvent quelle est l'espèce du travail morbide qui existe dans le cerveau. Les fourmillements, les crampes dans les membres, indiquent toujours un travail morbide, une modification profonde dans l'organe cérébral.

La contracture est également un phénomène de la plus haute importance: c'est ce que l'on appelle encore le spasme tonique ou contraction permanente. Un célèbre professeur qui s'est occupé beaucoup des affections de l'encéphale, a donné à la contracture une signification toute spéciale. Il a cru qu'on la rencontrait toujours lorsqu'il existe un travail inflammatoire dans le cerveau. Malgré toute l'estime que je professe pour M. Lallemand, je ne puis adopter cette opinion. J'ai rencontré un grand nombre de cas dans lesquels il n'y avait aucune altération phlegmasique dans le cerveau, et où cependant on rencontrait de la contracture. Si vous admettez que l'apoplexie est une inflammation, l'opinion de M. Lallemand sera incontestablement juste; mais vous ne pouvez l'admettre. Or, dans l'apoplexie, il y a souvent contracture. Vous ne pouvez admettre en aucune façon que la contracture annonce toujours un travail phlegmasique dans le cerveau et n'admettre que cela.

Reste à vous parler des mouvements convulsifs considérés comme signes. La convulsion peut dépendre de l'inflammation de la pulpe cérébrale ou de ses enveloppes. Mais elle peut appartenir aussi à d'autres maladies; elle peut être le signe d'autres lésions qui ne laissent pas de traces matérielles apparentes. La convulsion peut également être produite par des désordres organiques ou par des spasmes; aussi faut-il prendre garde de s'en laisser imposer par leur existence. Dans une prochaine séance nous examinerons la valeur de la paralysie comme signe diagnostic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Tumeur fongueuse dans la substance du tibia. Ligature de l'artère femorale. Amélioration lente, mais continue de la maladie organique. Réussite complète de l'opération.

Dans le courant du mois de février dernier, est entré dans la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu un jeune homme âgé de trente ans, charretier, de profession et d'une constitution un peu lymphatique. Il portait une tumeur à la partie externe du genou gauche, dont il s'aperçut pour la première fois il y a dix-huit mois environ. Il prétendait qu'à la suite d'un effort fait pour soulever un poids considérable, il entendit à ce moment une espèce de craquement, et que bientôt se déclara dans la région indiquée une petite tumeur, qui successivement augmenta de volume, et arriva à celui qu'elle présente actuellement.

La tumeur, maintenant, a la grosseur du poing d'un homme adulte, et est située à la partie supérieure et latérale externe du tibia, à quatre travers de doigt précisément de la rotule. Elle est dure au toucher, élastique, avec une base étendue, et un peu dépressible; elle est le siége de pulsations manifestes qui disparaissent immédiatement lorsqu'on comprime l'action fémorale, pour reparaître tout de suite après si on abandonne l'artère à elle-même. Ces pulsations sont isochrones aux battements du cœur. La peau qui la recouvre est lisse, distendue, sillonnée par quelques vaisseaux profonds qui paraissent dilatés. La jambe offre un certain gonflement dans l'étendue de quatre travers de doigt au dessous de la tumeur. L'articulation du genou est saine et douée de toute la liberté de ses mouvements; les condyles mêmes du tibia semblent étrangers à la maladie, qui paraît limitée à la portion spongieuse de la moitié externe de cette partie du tibia qui supporte sa tête, et qu'on pourrait pour cela appeler son col.

Le malade dit éprouver dans sa tumeur des douleurs profondes qui s'irradient dans toute la jambe. Du reste, l'état de santé général est assez bon, et aucune lésion organique des principaux viscères ne semble exister. M. Roux, tout bien examiné et après mûre réflexion, conclut qu'il n'y a pas d'autre ressource à employer contre cette grave maladie, que la ligature de l'artère principale du membre; mais le malade se montre contraire à toute opération sanglante. Et à cet égard, il s'est livré à quelques remarques pratiques dignes d'intérêt.

Je ne me dissimule pas, dit-il, la gravité du parti que j'ai embrassé à propos de ce malade dans le but de tenter quelque chose dans son intérêt; mais la gravité même de la maladie en face de laquelle je me trouvai me justifie. Il s'agit, comme vous l'avez déjà pressenti, d'une tumeur sanguine anévrismale du tibia. Les vaisseaux capsulaires de cette région sont très dilatés et anévrismatiques; et je ne vois autre moyen à employer avec quelque chance de succès, que la ligature de la fémorale. Cette opération, grave par elle-même, l'est encore davantage employée dans ces cas particuliers, parce qu'elle ne suffit pas toujours pour arrêter la marche de la maladie. Pourtant, quand elle est bien faite, et dans des conditions favorables, elle réussit encore, et arrache ainsi plus d'un malheureux à une mort certaine s'ils étaient abandonnés à eux-mêmes. Tel nous paraît être le cas qui nous occupe.

Les dangers qui accompagnent la ligature de la fémorale pratiquée dans ce genre de maladies, proviennent de circonstances particulières. Ainsi, quand on lie la crurale dans les cas de tumeur anévrismale ordinaire, on trouve communément les vaisseaux collatéraux déjà un peu dilatés; car la tumeur, comprimant le vaisseau principal, obligeait les branches collatérales à se dilater peu à peu, et à établir pour ainsi dire une circulation supplémentaire pour la nutrition du membre. Il s'ensuit que la ligature faite dans ces circonstances locales favorables a plus de chance de réussite; mais lorsqu'on la pratique à propos d'une tumeur de la nature de celle que nous avons à traiter, l'artère principale n'ayant pas été comprimée, les vaisseaux collatéraux conservent leur volume normal et se prêtent plus difficilement à cette dilatation exagérée qu'ils doivent acquérir pour que la circulation du membre ne soit pas visiblement interrompue et troublée: de là les accidents qu'il est facile de prévoir contre le résultat de l'opération. Telle est malheureusement la position de notre malade, qui pour cela présente moins de chances de succès.

Malgré cela il faut admettre qu'une maladie affectant le système osseux a moins de tendance à se reproduire une fois qu'elle est arrêtée, que si elle intéressait le système circulatoire; mais cela est pourtant très possible.

La tumeur fongueuse dont il s'agit est simple, bénigne, sans complication apparente d'autres lésions organiques. Il est possible néanmoins qu'il y ait altération des os au milieu desquels elle s'est développée; car ces espèces de tumeurs fongueuses s'accompagnent souvent d'autres lésions du tissu osseux, et ces affections du système osseux sont si nombreuses, si variées, leur histoire, jusqu'ici, est si incomplétement faite, qu'il est très difficile de les distinguer et de les diagnostiquer d'une manière précise pendant la vie. J'ai vu, pour ma part, pendant ma longue carrière, une quantité très considérable de ces affections, et pourtant j'avoue n'être pas encore parvenu à bien les connaître. La conséquence de ces remarques, c'est que pendant qu'on croit avoir affaire à une maladie simple et guérissable par l'opération signalée plus haut, la maladie se reproduit plus tard, et le malade, le plus souvent succombe. Je pourrais vous citer beaucoup de faits à cet égard qui prouveraient combien est incertaine et précaire la guérison qu'on peut obtenir, à l'aide de la ligature des vaisseaux, de cette grave maladie; je vous signalerai en particulier le très beau cas de tumeur fongueuse de l'extrémité inférieure de l'humérus. J'ai pratiqué la ligature de la brachiale à la partie supérieure; la maladie semblait arrêtée dans ses progrès, et déjà on espérait obtenir, avec le temps, une guérison radicale; mais la tumeur, après être restée quelque temps stationnaire, prit un développement nouveau, et nécessita l'amputation du bras comme dernière ressource. Le pauvre malade finit par succomber.

Il est donc incontestable que l'opération qu'on va tenter chez notre malade, c'est-à-dire la ligature de la fémorale, présente une simple probabilité de succès, et ne sera peut-être qu'un moyen provisoire, préparatoire, pour ainsi dire, à l'emploi d un moyen plus grave et plus tranchant, l'amputation de la cuisse. Ce serait même le moyen le plus sûr qu'on pourrait tenter pour couper le mal dans ses racines; mais comment oser proposer à un homme assez bien portant une opération si dangereuse en elle-même, pour une maladie semblable? Il est plus rationnel de commencer par la ligature,

— Je ne comprends pas, madame, qu'une femme de votre esprit et de votre distinction puisse se tromper de la sorte sur le ministère du médecin...

— Pas de phrases, docteur; ma détermination est irrévocable. Vous allez, à l'instant, me faire une ordonnance d'une dose suffisante d'acide prussique, ou, sous vos yeux, je me précipite par la croisée.

— Madame! que dites-vous là? et comment supposer que je consente...... Et, ce disant, il cherchait à ébranler la barrière qui le séparait de la malade.

Mais, celle-ci, avec une mimique d'une énergie extrême et le corps penché sur la fenêtre:

— Pas un mouvement de plus, ou c'en est fait, s'écria-t-elle.

Notre pauvre confrère était réellement épouvanté. Seul dans cet appartement, à cette heure et devant une intelligence évidemment perdue, il comprit bien que ce n'était qu'en paraissant céder à des désirs aussi étranges qu'il parviendrait à calmer cette intelligence en délire. Certain, par un moyen ou par un autre, d'empêcher l'exécution de l'ordonnance, il prit la plume et dit à la malade:

— Voyons, combien en voulez-vous?

— Assez pour me tuer.

— Une goutte suffit, madame.

— Mettez-en dix pour que ce soit plus sûr.

— Vous êtes obéie.

— Passez-moi le papier.

Le confrère profitant du moment où la malade avançait la main pour prendre l'ordonnance, la saisit avec rapidité, et par un effort énergique écartant la table, il parvint à se rendre entièrement maître de cette pauvre femme.

Mais la voilà qui se met à crier: Au meurtre! au secours! à la garde!

La garde arrive, en effet, à ces cris inquiétants, poussés à pareille heure; quatre hommes, dont un caporal fort brutal, fort entêté, qui ne veut rien entendre, et qui donne ordre de conduire notre pauvre confrère au violon. Il a beau protester, décliner sa qualité, chercher à faire comprendre la position intellectuelle de cette dame, l'obstiné caporal n'en démordait pas, et répondait sans cesse:

— Nous connaissons cela; c'est le vol au médecin.

Le confrère, cependant, obtint que pendant qu'un de ces hommes resterait auprès de la malade et veillerait sur la croisée, les trois autres le conduiraient chez le commissaire de police du quartier.

Sur le récit du confrère, le magistrat municipal comprit bien vite la bévue du militaire, et force excuses lui furent adressées de cette aventure très désagréable.

Pas n'est besoin de dire que la dame à l'acide prussique, dûment surveillée dans une maison de santé, sera désormais empêchée de toute tentative de suicide.

— J'ai souvent entendu vanter la prééminence des avantages de la profession d'avocat sur celle de médecin. La forte organisation, disait-on, qui régit le conseil de l'ordre et la sévérité qui punit les infractions à certaines convenances, donnent à cette profession des garanties de dignité, et surtout des facilités aux débutants qui n'existent pas parmi les médecins. Il y a long-temps, pour mon compte, que je sais à qui m'en tenir sur ce sujet; mais il est peut-être bon de faire voir à ceux quoi pensent différemment, ce qui se dit au palais de toutes ces belles choses. Voici ce que je lis dans un journal:

« Un mot encore à propos d'un événement qui a contristé le Palais.
» Un jeune avocat, d'un esprit distingué, vient de périr de la mort la
» plus funeste: il s'est tué. Si nous ne nous trompons, il s'est laissé
» décourager par les difficultés, par les déboires qui attendent l'avocat
» au début de sa carrière. Ce n'est pas le premier d'entre nous qui
» ait trouvé le chemin trop aride et qui se soit livré aux conseils du
» désespoir, faute d'une main amie. Déjà, plusieurs fois, il a été ques-
» tion de resserrer les liens de la confraternité parmi nous, de placer
» les jeunes gens sous le patronage des anciens. Encore un déplorable
» avertissement qui invite à prendre à ce sujet des mesures efficaces
» et sérieuses. Plaise au ciel qu'il ne soit pas perdu! »

N'est-ce pas exactement ce que nous disions nous-même? Mais ce patronage des anciens n'est qu'une illusion généreuse; les anciens sont partout les anciens, au Palais comme à la Faculté, c'est-à-dire indifférents, égoïstes, infiniment peu soucieux des souffrances de la confrérie, des amertumes et des déceptions qui attendent leurs jeunes émules. Ce n'est pas là qu'est le remède, nous le prouverons un jour.

Jean Raimond.

Boite aux lettres de Jean Raimond.

M. le docteur Pigné, conservateur du Musée-Dupuytren, et M. le docteur Thibert, lui-même, m'écrivent que c'est par erreur que j'ai blâmé la Faculté de n'avoir pas fait l'acquisition des pièces d'anatomie pathologique artificielles exposées par M. Thibert. Ces messieurs m'apprennent que le Musée-Dupuytren en possède déjà un certain nombre, et que des fonds sont votés pour des acquisitions annuelles. J'en suis fort aise, et je répare mon erreur avec plaisir.

— M. M.-B.-L. C., m'a adressé une longue et très plate diatribe contre l'exposition des fabricants d'instruments de chirurgie et des pièces anatomiques de M. Auzoux. Ce monsieur n'est pas fort, voilà tout ce que je peux lui dire.

— Je ne dirai rien de la lettre de M. le docteur Akakia, parce que je n'ai pas encore trouvé la solution du savant problème qu'il a pris la peine de me soumettre.

sauf à recourir plus tard à l'amputation, celle-ci échouant, comme il est probable.

On pourra demander si ces espèces de tumeurs ne sont pas attaquables par des moyens autres que ceux dont on vient de parler. A la rigueur, on pourrait commencer par appliquer sur ces tumeurs des topiques aptes à opérer des changements tels qu'ils en favorisassent la résolution ; cela est possible toutes les fois que la région où la tumeur a son siége le permet ; mais sur notre malade, ces tentatives seraient irrationnelles et impossibles, la tumeur est dans le voisinage de gros vaisseaux et de nerfs, et il y aurait le plus grand danger à y appliquer des topiques caustiques ou autres. Nous nous arrêterons donc, pour le moment, à la ligature de la fémorale.

Le malade, après avoir opposé une certaine résistance, a fini par accepter l'opération qu'on lui a proposée, et M. Roux l'a pratiquée d'après sa méthode habituelle, c'est-à-dire par le procédé de Scarpa qu'il affectionne particulièrement. Il a lié l'artère au tiers moyen de la cuisse ; à l'instant même les battements de la tumeur ont cessé, son volume restant stationnaire. L'opération n'a présenté rien d'extraordinaire. Le serrement des deux ligatures a été très douloureux, car le malade a poussé des cris perçants ; cependant le vaisseau était parfaitement isolé, et on en apercevait les battements de très loin quand l'opérateur le soulevait avec un stylet. On a raffronté les bords de la plaie, réuni l'angle supérieur avec des bandelettes agglutinatives, et introduit un peu de charpie dans la partie et à l'angle inférieur où on a placé les ligatures.

Le 26 février, onzième jour de l'opération, le malade va très bien. La plaie de la cuisse suppure modérément et a un très bel aspect ; la tumeur de la jambe a diminué beaucoup ; les battements ne sont plus revenus depuis le moment qu'on a serré la fémorale : on voit que le tibia tend à revenir à son volume normal ; l'état général du malade est aussi excellent ; enfin, si les choses continuent ainsi, tout fait espérer un plein succès. Pourtant, est-ce à dire pour cela que le mal ne se reproduira pas ? Malheureusement on ne peut pas s'endormir dans cette confiance, et les faits nombreux sont là pour montrer que cette confiance est trop souvent trompeuse.

Le 4 mars, l'amélioration continue ; le volume de la tumeur diminue toujours sensiblement ; la plaie a une bonne suppuration et tend à se cicatriser à sa partie supérieure. Les dangers pourtant de l'opération ne sont pas encore passés, car les fils de la ligature tiennent toujours, et on n'est pas bien sûr que l'artère sera exactement oblitérée, et qu'il n'y aura pas d'hémorrhagie lors de leur chute. Tout pourtant marche à merveille et on a raison de se promettre un bon résultat.

Le 20 mars, les fils de la ligature sont tombés ; le fond de la plaie se remplit et les bords tendent à se rapprocher ; la cicatrisation ne se fera pas long temps attendre. Le volume de la tumeur tibiale continue à diminuer, mais très lentement. Du reste, l'état général du malade est excellent, et rien dans son aspect extérieur n'annoncerait qu'il fût affecté d'une maladie aussi grave.

Le 15 avril, la plaie de la cuisse est à peu près fermée ; il ne reste que quelques points d'où suinte un peu de liquide séreux plutôt que purulent. L'état de la tumeur, depuis quelque temps, semble stationnaire, quoique les battements qui existaient avant l'opération de la ligature ne soient nullement reparus. Qu'en résulte-t-il ! L'os reviendra-t-il à son volume normal ? Cela est assez difficile, et nous n'osons pas l'espérer. Il est possible pourtant que tout en conservant une dilatation anormale, elle ne compromette pas la santé générale, et que le malade puisse pendant long-temps encore jouir de l'usage de son membre. Mais qu'arrivera-t-il en dernière analyse ? C'est ce que nous ne pouvons savoir, quoique nous craignions fort une reproduction de la maladie.

Le 15 mai, la cicatrisation de la plaie de la cuisse est complète depuis plusieurs jours. Le malade a commencé à se lever, et fait quelques pas dans les salles en s'aidant d'une béquille. Aucun changement nouveau n'est survenu dans la tumeur du tibia ; elle est stationnaire depuis quelque temps ; et malgré l'absence de tout battement, on ne sait pas bien ce qu'elle pourra devenir plus tard. Du reste, l'état général du malade est excellent, et même il dit se trouver beaucoup plus dégagé et libre dans les mouvements du membre qu'il n'était avant l'opération.

Le 31, l'état du malade est excellent, et demande sa sortie. Quoique la tumeur du tibia soit restée à peu près stationnaire depuis quelque temps, M. Roux croit que la maladie organique est actuellement enrayée, et que le tissu osseux simplement est resté dilaté ; il ne garantit pas pourtant que la maladie ne se reproduise plus tard.

HOPITAL NECKER. — M. Chassaignac.

Cancer du grand angle de l'œil ayant envahi l'orbite en profondeur. Considérations pratiques sur le traitement des cancers de l'orbite.

Au n° 31 de la salle St-Pierre, est placé le nommé Barré (Edme), âgé de soixante-six ans, cultivateur, entré à l'hôpital le 14 juin 1844, pour une ulcération cancéreuse siégeant au grand angle de l'œil, avec destruction des deux paupières à leur partie interne et formation d'une cavité profonde comprise entre le globe de l'œil, qui se trouve en dehors, et la paroi interne de l'orbite. Cette ulcération représente une cavité infundibuliforme dont la partie évasée s'ouvre en avant, et dont le sommet s'engage profondément dans l'orbite. Le globe de l'œil est intact, et le malade assure même qu'il voit plus distinctement de cet œil que de celui du côté opposé. A la base de l'infundibulum, l'altération cancéreuse a déjà envahi la peau qui recouvre la racine du nez, ainsi que celle du sourcil. Il n'y a, du reste, aucun engorgement des ganglions lymphatiques, soit au niveau de la région parotidienne, soit à l'angle de la mâchoire de ce côté.

Malgré le désir de tenter quelque moyen de guérison pour ce malade, dont la santé générale est bonne, et dont le moral n'est point altéré, on a cru devoir s'abstenir, et abandonner les choses à elles-mêmes plutôt que de s'exposer à abréger peut-être la vie du malade, sans avoir en compensation de cette crainte la perspective d'une guérison probable.

Les affections cancéreuses qui se développent à l'angle externe de l'œil doivent être traitées de bonne heure et complétement détruites, soit par le caustique, soit par l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant. Ces affections, quelque manifestes qu'y soient les caractères cancéreux, sont plus souvent qu'on ne pense susceptibles d'une guérison définitive. Nous avons vu des malades chez lesquels ces ablations ont été suivies d'une guérison stable, ou qui du moins se maintient depuis six et huit ans sans aucune tendance à la récidive, et les malades étant encore sous les yeux du chirurgien, qui les a revus de temps à autre, soit pour d'autres maladies, soit à toute autre occasion.

M. Chassaignac a rapporté à ce sujet l'observation d'un malade chez lequel il fit, il y a six à sept ans, avec l'assistance de M. Lebled, l'ablation d'une plaque de mauvaise nature placée au grand angle de l'œil, et pour laquelle MM. Rayer et Velpeau avaient conseillé la destruction par les caustiques. Ce malade, qui n'a point été perdu de vue, ne présente encore aujourd'hui aucune trace de récidive.

A l'égard de ces boutons cancéreux ou d'apparence cancéreuse, siégeant à la face, il est une difficulté qui se présente pour en déterminer toujours à l'avance la véritable nature, et pour tracer la limite entre les lupus et le cancer proprement dit. C'est là ce qui permet d'élever quelques doutes sur la cure définitive d'un cancer quand on a réussi par l'opération. Toutefois, nous avons la conviction que si la récidive est presque constante pour les cancers confirmés de certaines parties du corps, elle n'est point aussi inflexible pour certains cancers, et notamment pour ceux de la face.

S'il est un moyen de résoudre la question de savoir si un tubercule ulcéré de la peau de la face est cancéreux, c'est assurément quand il existe sur le même sujet des affections de nature cancéreuse siégeant dans d'autres parties du corps. Eh bien, dans des cas de cette nature, on obtient quelquefois la guérison d'ulcères qu'on est autorisé à regarder comme cancéreux.

Une dame d'une cinquantaine d'années consulta, il y a six ans, M. Biett et M. Chassaignac pour une ulcération d'aspect cancéreux siégeant sur la partie latérale gauche du nez. Cette dame portait un squirrhe non ulcéré du sein gauche. L'ulcération de la face fut traitée par l'application d'un mélange de chlorure de zinc et de farine, dans la proportion de deux tiers de farine pour un tiers de chlorure de zinc. Les tissus malades furent complétement détruits, et la malade, qui existe encore, n'a point eu de récidive.

Quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur des faits de cette nature, il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait attaquer trop tôt les ulcères d'apparence cancéreuse qui siégent à l'angle interne de l'œil. On doit le faire :

1°. Parce que dans des cas où le cancer paraissait évident, on a obtenu une guérison durable.

2° Parce qu'une temporisation déplacée peut rendre impossible un traitement qui, employé en temps opportun, pouvait avoir des chances de succès.

Il y a, en effet, quelques circonstances de localité desquelles il résulte qu'un traitement possible et facile à une certaine époque, devient difficile et presque impossible à une époque plus avancée. On n'a peut être pas assez tenu compte de ces difficultés qu'il importe de signaler à l'attention des praticiens. En effet, quand l'ulcération du grand angle de l'œil a envahi l'orbite en profondeur, l'excavation creusée par elle constitue un espace dont les parois ne peuvent être rapprochées l'une de l'autre et doivent se cicatriser à distance. Cette cicatrisation de toute la surface d'une cavité à parois fixes et non susceptibles d'être rapprochées constitue un grand obstacle au succès. On sait que, même pour des plaies suppurantes simples, l'état béant permanent de ces plaies peut retarder indéfiniment la cicatrisation. C'est un fait que tous les chirugiens ont observé à l'occasion des abcès de l'aisselle chez les sujets amaigris, ainsi qu'à la suite des décollements qui succèdent aux grands abcès de la région anale. Or, dans les ulcérations profondes de l'orbite, cette difficulté de cicatrisation tire une gravité nouvelle du fait même de la nature maligne de l'ulcération. Le traitement offre encore des difficultés ou plutôt des dangers résultant de la présence d'organes délicats placés dans le voisinage de l'orbite et qu'il importe de ménager avec le plus grand soin dans l'application des moyens qui doivent détruire la surface de mauvaise nature. C'est ainsi que la base du cerveau, dont les lésions sont en général si dangereuses, et qui n'est séparée de l'orbite que par une lame osseuse extrêmement mince et comme papyracée, constitue un danger imminent, toutes les fois que l'on se propose de porter dans cette région des agents destructeurs de nos tissus. Cette circonstance enchaîne la hardiesse du chirurgien et lui fait craindre ou de ne pas détruire la totalité des parties malades ou d'étendre l'action des moyens thérapeutiques au delà des limites qu'il aurait fallu respecter. Les divers moyens qui pourraient être proposés dans le but de détruire l'affection cancéreuse de ces malades sont : 1° l'instrument tranchant ; 2° la cautérisation avec le fer rouge ; 3° la destruction par les caustiques. Il n'est aucun de ces moyens qui dans la circonstance présente ne puisse offrir des dangers. Avec l'instrument tranchant, il faudrait non seulement raser la surface des parties osseuses, mais encore faire subir aux os malades une perte de substance proportionnée à l'étendue dans laquelle leur tissu est altéré. Or, il est évident que l'instrument tranchant porté sur des lames osseuses aussi rapprochées de la substance du cerveau, exposerait aux dangers d'atteindre cet organe et cela précisément dans une région où ces blessures sont le plus dangereuses, c'est-à-dire dans la région qu'on appelle la base du cerveau. On sait, en effet, la différence notable existant entre deux blessures qui, pour une profondeur égale, siégent, l'une à la partie supérieure, l'autre à la base du cerveau. On connaît en particulier des exemples qui prouvent que de simples piqûres de la voûte orbitaire, soit avec l'extrémité d'un fleuret, soit avec l'embout métallique d'un fuseau, ont suffi pour déterminer la mort. Ce ne serait donc que sous peine de s'exposer à de grands dangers qu'on pourrait faire une tentative de ce genre sur notre malade. Des dangers non moins grands pourraient être la conséquence du cautère actuel, qui d'ailleurs ne saurait s'accommoder à la forme anfractueuse de l'excavation formée par le cancer.

Les caustiques sont assurément le moyen qu'il serait le plus facile de manier dans un cas semblable à celui que présente ce malade ; et si l'ulcération n'eût point déjà envahi une portion aussi considérable de l'orbite et de la face, il n'y a aucun doute qu'on se fût décidé pour l'emploi de ce moyen.

C'est sous l'empire de ces réflexions qu'il a été décidé qu'aucun traitement chirurgical ne serait employé chez le malade qui les a suggérées. C'est un homme d'un âge déjà avancé, qui n'éprouve du fait de sa maladie aucune douleur vive, aucun trouble grave dans l'emploi de ses fonctions. Il a paru préférable d'abandonner cette affection à elle-même ; elle marche avec assez de lenteur pour laisser l'espoir de plusieurs années d'existence à celui qui en est atteint.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Présidence de M. Alexandre Thierry.

(Extrait des procès-verbaux d'avril et mai.)

Plique polonaise, analyse du mémoire de M. Szokalski. — Les progrès rapides et récents de la plique dans le grand duché de Posen, éveillèrent la sollicitude du gouvernement prussien qui ordonna, dans ces dernières années, une enquête médicale sur cette maladie. C'est avec les tableaux statistiques dressés à ce sujet que M. Szokalski a constitué son travail. Ces tableaux, établis avec le plus grand soin, ont démontré pour premier principe que sur une population de 1,233 850 hommes il y avait 5,327 pliqués, c'est-à-dire 1 pliqué sur 231 hommes.

Cette proportion considérable et qui tend tous les jours à augmenter, est bien faite pour excuser les mesures arbitraires et un peu tyranniques du gouvernement prussien dans cette circonstance.

Beaucoup de pliques arrivent sans avoir été précédées par des phénomènes précurseurs ; mais, dans la plupart des cas, elles offrent un certain nombre de caractères généraux sans localisation appréciable et bien nette, tels que troubles digestifs divers, urines très chargées, sueurs fétides et pénétrantes qui, dans certains cas, laissent une lueur phosphorescente sur les linges qu'elles ont imbibés ; pouls mou et ondulant, développement des bourrelets hémorrhoïdaux, sensation de chaleur dans le trajet des veines ; céphalalgie, vertiges, prostration des forces, fourmillements dans les membres, douleurs très aiguës sous les ongles, hallucinations diverses. Ces différents symptômes précurseurs viennent progressivement, et dans un temps variable, et finissent par se localiser sur un organe quelconque, en y déterminant une phlegmasie ou une névrose. A la première période, vague et indéterminée, M. Szokalski impose le nom de prodrômes ; à la seconde, le nom de maladie prodromique. Dans cette seconde période, on peut rencontrer toutes les maladies du cadre nosologique sans exception, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. C'est après ces deux périodes que survient la plique proprement dite.

Elle consiste, comme on sait, dans un feutrage, un entricaillement des cheveux par une humeur visqueuse, collante et fétide, dont ils sont imbibés. Cette humeur visqueuse s'écoule de la peau, et recouvre la base des cheveux et des poils ; au bout de quelques heures elle les entrelace si intimement, qu'il n'est plus possible de les démêler. Ce liquide est si agglutinatif, qu'il feutre également les perruques, et va jusqu'à coller les bonnets après la masse chevelue. C'est donc, comme on voit, plutôt une maladie du cuir chevelu que du cheveu lui-même ; cependant elle n'est pas sans influence sur la nutrition et la croissance du système pileux. Le docteur Filipowski, en 1839, a montré au conseil médical de Pologne une plique de vingt-deux aunes qu'il avait enlevée sur la tête d'un moine de l'abbaye de Cisterces. Une jeune fille observé par le docteur Kowalewski, avait les poils du pubis tellement longs, qu'elle pouvait s'en entourer le corps en guise de ceinture.

Les recherches microscopiques ont démontré que les cheveux sont fendus en deux, qu'ils sont changés de couleur, qu'ils sont amincis, crépus, et difficiles à séparer de la masse pliqueuse. Ils sont collés au moyen d'une matière blanche granuleuse, soluble dans l'éther, provenant de cette sueur desséchée. M. Gunsberg a nouvellement découvert dans cette matière une production végétale et parasite qui prendrait racine dans le bulbe des cheveux ; sa structure serait celluleuse, et ses ramifications entortilleraient la base des cheveux.

Les pliques sont humides ou sèches ; celles qui sont humides répandent une odeur semblable à celle de la sueur qu'on observe au début.

La formation de ce feutrage est ordinairement lente ; mais quelquefois elle est si rapide, qu'on l'a vu se développer en deux heures sous l'influence d'une vive émotion.

L'apparition de la plique est ordinairement suivie de la disparition ou de l'amendement des phénomènes précurseurs, mais pas constamment, puisque dans un certain nombre de cas elle a aggravé les maladies intercurrentes, ou qu'elle en a fait surgir de nouvelles.

Lorsque la plique est récente, elle paraît adhérer au cuir chevelu par l'intermédiaire des cheveux ; mais elle s'en éloigne à mesure que le cheveu grandit.

La suppression brusque et provoquée de la plique peut être suivie d'accidents métastatiques très sérieux, comme d'ulcères du pharynx qui offrent des caractères semblables aux ulcères fongueux, de phlébite mortelle, et même d'éléphantiasis.

La plique n'épargne aucun âge, cependant elle sévit plus activement aux deux extrémités de la vie ; l'âge le moins exposé oscille entre dix et vingt ans, époque où s'éveille le sentiment sexuel et où l'on néglige le moins les soins de la toilette, remarque importante au point de vue étiologique.

La plique est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, chez les peuples de la race slave que chez les Juifs et les Allemands, dans le bas peuple que dans la bourgeoisie.

Elle est héréditaire dans les familles, mais cette hérédité semble quelquefois épargner une partie de la famille, tandis qu'elle frappe impitoyablement sur l'autre. Cependant cette différence n'est qu'apparente et s'explique par la fièvre d'invasion, qui, tout en sévissant, n'est pas toujours suivie de l'évolution pliqueuse tout entière.

La contagion de la plique n'est pas un fait démontré absolument ; quelques expériences semblent pencher en faveur des non-contagionistes.

Cette dégoûtante affection paraît endémique au sol polonais, car

elle guérit facilement hors du pays, et aucun fait n'est venu établir que des Polonais émigrés en eussent été atteints.

Les individus pliqués présentent quelquefois des altérations des ongles, qui ont tantôt l'apparence fibreuse, tantôt l'apparence lamellaire, et qui enfin tantôt ressemblent à des masses cornées comme des griffes d'animaux.

L'anatomie pathologique démontre diverses altérations du sang ; des injections, de l'épaississement, du ramollissement, du muco-pus dans la muqueuse gastro-intestinale ; diverses lésions du foie, des ganglions mésentériques et du poumon ; le cuir chevelu est épaissi, induré et infiltré d'une matière jaunâtre combinée intimement avec le tissu cellulaire sous-cutané.

L'existence de la plique polonaise chez les animaux paraît être très douteuse. Il est presque certain que le feutrage de poils qu'on rencontre souvent en Pologne chez les chiens et les chevaux ne provient que du manque de soins, ou du préjugé qui les fait considérer comme une garantie de leur santé.

Lorsqu'il s'agit de déterminer la nature de la maladie et sa relation avec les divers phénomènes cadavériques, on rencontre partout le doute et l'incertitude. Ceux qui n'admettent qu'un simple entrelacement des cheveux, dû à la malpropreté et à l'abus des bonnets de laine, ont une opinion sans valeur pour qui sait que la plique sévit souvent sur les personnes les plus soigneuses de leur chevelure, et qu'elle n'atteint pas d'autres populations aussi malpropres que les paysans polonais. On ne peut l'attribuer non plus au bonnet de laine ; car les femmes du pays qui vont tête nue, ou couverte d'un simple mouchoir, y sont plus sujettes que les hommes. Les juifs polonais, si connus par leur saleté proverbiale, en sont aussi moins atteints que les populations slaves.

Ceux qui pensent que la plique est un produit accidentel qui, par son poids et sa présence attire dans la tête un surcroît d'activité vitale qu'ils comparent à la révulsion, laquelle contrebalancerait les affections chroniques préexistantes, en adoptant un traitement qui consiste à retrancher les masses pliqueuses, ont éprouvé tant de revers que leur opinion paradoxale est tombée devant l'expérience ; mais cependant il faut avouer qu'ils ont éclairé la science en éveillant l'attention sur la distinction à établir entre la vraie et la fausse plique, et c'est dans cette dernière que leur thérapeutique est efficace seulement.

Ceux qui ont attribué la plique à une affection cachectique modifiée par le climat, comme la syphilis, le vice arthritique et l'éléphantiasis, ont eu tort de ne pas se demander pourquoi ces maladies avaient pris un aspect si différent sur le sol polonais, tandis que partout elles ont conservé leur caractère essentiel.

M. Marcinkouski a soutenu dernièrement l'opinion particulière que la plique était, en Pologne, la crise de toutes les maladies, et que, dans ce pays, l'évolution critique s'opérait sur la tête comme ailleurs elle a lieu sur la peau ou les urines ; mais il n'a pas expliqué pourquoi la nature choisissait cette voie en Pologne plutôt que dans les autres pays ?

Enfin, l'opinion populaire regarde la plique comme étant le résultat d'une altération spéciale des humeurs qui entraîne diverses maladies ; et suivant elle le feutrage des cheveux n'est qu'un procédé éliminatoire employé par la nature et qu'on doit s'efforcer de provoquer,

Cette manière de voir est celle de la plupart des médecins polonais, à quelques modifications près. Ainsi, les uns y voient un virus analogue au syphilitique ; les autres un vice semblable au scrophuleux. Le docteur Hoffmann pense que cette viciation humorale est due à l'action de l'argile des habitations sur le sang qu'elle rend plus dense, et il explique le feutrage par les changements survenus dans les propriétés de la sécrétion cutanée. Mais cette opinion est réfutée par les raisons suivantes : 1° Que la plique est moins fréquente dans les pays où l'on se sert presque exclusivement d'argile dans les constructions ; 2° parce qu'elle n'attaque pas plus les fabricants de tuiles et de briques que les autres, 3° et parce qu'enfin elle n'épargne pas plus le riche habitant des hôtels lambrissés, que le pauvre qui demeure dans une cabane d'argile.

M. Ocrepowski, qui a remarqué qu'on la rencontre davantage sur les terrains calcaires et séléniteux, l'a attribuée à l'usage des eaux chargées de ces principes minéralisateurs, qu'il suppose également avoir une influence sur la composition du saog. Cette opinion, appuyée sur des preuves topographiques, a démontré que la plique effectivement, au lieu de suivre le courant des rivières qui se jettent dans la Baltique ou la mer Noire, marche avec la direction des montagnes ; qu'on la rencontre plus fréquemment sur les plateaux élevés que dans les plaines ; qu'elle a deux foyers principaux, un foyer montagnard et un foyer marécageux, et que dans tous les deux les eaux sont fortement chargées de sulfate de chaux. Mais cette opinion, soutenue avec un grand talent, n'en tombe pas moins encore devant ce grand fait de géologie, qu'il n'y a pas que le plateau polonais qui gisse sur un terrain calcaire et séléniteux.

Ayant passé en revue ces hypothèses, et apprécié la valeur de chacune d'elles, M. Szokalski rappelle que l'alimentation du paysan polonais diffère tellement de celle des autres pays qu'elle doit être mise, à son avis, en première ligne parmi les raisons étiologiques de cette affection. Le régime est presque exclusivement végétal ; la viande et le laitage y entrent pour peu de chose. Il est essentiellement constitué par les pommea de terre, la choucroute et les concombres, auxquels on fait subir préalablement une fermentation acide, et dont on fait différents mets en les combinant avec le vinaigre, l'huile et surtout le *kivas*, mélange fermenté de pain, de farine et de seigle qui se conserve en tonneau auprès du foyer, et qui forme la soupe obligatoire et nationale du riche comme du pauvre. Le goût pour les substances fermentées est tellement vif en Pologne qu'on en sert même sur les tables les plus somptueuses, et que les femmes les plus délicates et les plus coquettes ne redoutent pas de s'attabler chez le paysan et d'y ingurger ces mets aigris et fermentés avec délices.

Ce régime acide paraît à M. Szokalski la véritable cause de la plique, en ce sens que l'acide acétique, qui en fait la base a une action profonde sur l'économie, ainsi qu'il est démontré par les *toxicologues*. Cet acide, agissant sur la masse du sang, modifie sa consistance et sa composition, exerce une influence notable sur la nutrition et les sécrétions, et finit par amener une diathèse spéciale, caractérisée par les phénomènes vagues auxquels il a donné le nom de phénomènes prodromiques.

Cette nourriture appartient particulièrement au paysan et au juif polonais, c'est ce qui explique la moindre fréquence de la plique chez les Allemands, chez les nationaux émigrés ou enrégimentés et soumis à un régime plus sain ; elle explique aussi pourquoi la plique s'est concentrée dans les montagnes et les marais du plateau central de la Pologne, là où la nationalité slavonne a conservé toute sa vigueur primitive par suite de la difficulté physique du terrain qui empêche la fusion avec les pays voisins ; elle rend également raison de cette circonstance que la plique disparaît dans les contrées où s'établit la culture de la pomme de terre, pour faire place à la scrofule, maladie rare dans les pays où sévit l'endémie polonaise.

L'auteur ne s'appesantit que sur le traitement qui lui paraît le plus rationnel et qui compte d'ailleurs le plus de succès ; il se divise en traitement général essentiel et traitement accessoire.

Le premier se compose de procédés hygiéniques en opposition manifeste avec les mauvaises habitudes hygiéniques ordinaires du malade, et capables de les contre-balancer ; — de la dérivation sur le tube digestif obtenue au moyen des émétiques, de l'ipécacuanha surtout, des purgatifs drastiques ou salins, suivant les circonstances ; — et enfin de l'emploi des médications qui jouissent de la propriété d'agir sur la composition du sang et de changer les rapports de ses divers éléments ; en un mot, on a recours aux médicaments dits altérants, comme les alcalins et les iodiques. Pour faciliter la crise sudorale on y joint les bains de vapeur, la salsepareille et les antimoniaux. Les moyens qui augmentent la sueur, augmentent aussi le feutrage ou le favorise par tous les procédés imaginables, tels que l'absence des peignes, le bonnet chaud de laine, etc.

Quant au traitement accessoire, comme il ne s'adresse qu'aux diverses complications, il ne rentre pas dans l'étude de la plique. Enfin tous les médecins étant d'accord que l'ablation des cheveux pliqués peut être dangereuse, cette opération ne doit être faite qu'avec lenteur et circonspection.

Après cette lecture, M. Bataille demande la parole pour relever une assertion trop absolue du travail de M. Szokalski, savoir la facilité avec laquelle disparaît la plique chez les Polonais qui sont hors de leur patrie. A l'époque de l'invasion des alliés, dit-il, il eut occasion de voir des Galliciens pliqués, et ni le climat heureux de la France, ni le traitement suivi, n'amendèrent cette dégoûtante maladie. On fut obligé de les renvoyer chez eux sans avoir été guéris. Peut-être d'ailleurs cela tenait-il à la mauvaise direction du traitement auquel ils furent soumis.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la noix muscade dans les maladies des enfants; par M. le docteur ROSENTHAL, de Gueslrow.

M. Rosenthal emploie cette substance, à la dose de 10 à 20 centigrammes, seule ou convenablement associée à d'autres médicaments appropriés, comme calmant et anodin, dans les troubles de la digestion qui sont si fréquents chez les enfants : il a presque toujours vu l'usage de ce moyen couronné d'un entier succès.

Il s'en sert aussi à titre de fébrifuge, et il lui a reconnu surtout une efficacité marquée dans les cas où la fièvre est accompagnée d'évacuations alvines diarrhéiques. (*Mecklenb. med. Corresp. Blatt.*)

Traitement des fongosités des gencives; par M. le docteur SCHNEIDER, de Fulde.

Un jeune homme était affecté de fongosités considérables des gencives, et le mal était arrivé à ce degré que le moindre contact avec les parties malades, que la mastication seule des aliments, suffisaient pour déterminer une véritable hémorrhagie gingivale.

M. Schneider ayant été consulté, commença par exciser les parties malades avec des ciseaux, tant en haut qu'en bas, et cela jusqu'à la surface des os. Ensuite, pour empêcher le mal de repulluler, il prescrivit la mixture suivante :

Pr. Acide chlorhydrique,	8 grammes.
Alcool de myrrhe,	15 grammes.
Miel rosat,	24 grammes.
Extrait de ratanhia,	2 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Cette mixture fut employée en onctions, quatre fois par jour, sur la surface des gencives, et le succès fut complet.

(*Caspers Wochenschrift.*)

Efficacité du chloride de plomb contre le cancer; par M. TUSSON.

M. Tusson recommande le chloride de plomb comme un excellent moyen contre le cancer du sein et de l'utérus. Suivant ce praticien, il améliore la nature de la suppuration, il prévient les hémorrhagies, et il engourdit les nerfs ; il adoucit donc tous les symptômes, même lorsqu'il ne peut pas guérir radicalement.

Le même chirurgien a encore employé avec un égal succès ce même médicament, soit en lotions (4 grammes par un litre d'eau), soit en pommade (4 grammes pour 30 grammes d'axonge), contre les douleurs nerveuses des mamelles, contre les tumeurs douloureuses de toute espèce, et même contre les névralgies.

(*The London and Edinburgh monthly Journal.*)

Guérison d'un coryza chronique à l'aide d'une poudre sternutatoire; par M. le docteur SCHNEIDER, de Fulde.

Un vieux musicien, à la suite d'une saison très humide, fut atteint d'un rhume de cerveau, qui alla en augmentant progressivement et finit par passer tout à fait à l'état chronique.

En même temps, l'expiration par les narines s'accompagna d'une odeur si désagréable que la présence du malade dans un salon devint insupportable aux assistants.

M. Schneider lui prescrivit l'usage du moyen suivant :

Pr. Camphre,	40 centigrammes ;
Résine de gaysc,	50 id.
Germandrée maritime,	30 grammes ;
Sucre blanc,	30 id.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène et très ténue.

Le malade dut s'en servir en guise de tabac à priser, et, au bout de quinze jours, il était complétement guéri.

(*Casper's Wochenschrift.*)

Correspondance.

Mon très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser copie d'une lettre que vient de m'écrire un de nos honorables confrères des environs de Paria, relativement à l'opinion que j'ai émise à la Cour d'assises dans l'affaire Donon, sur le cri ou non cri qu'aurait poussé la victime au moment de l'assassinat. Voici cette lettre, qui, je crois, mérite que vous lui donniez place dans votre intéressant recueil.

« Très honoré confrère,

» Partageant entièrement votre manière de voir sur la presque impossibilité du cri que, d'après l'assassin, aurait poussé M. Donon, j'ai regretté de ne pouvoir vous communiquer à temps une expérience journalière que vous serez flatté de connaître.

» A Caen, l'abattage des porcs se fait de la manière suivante : l'animal est saisi par le nœud coulant d'une corde qui, embrassant la mâchoire supérieure, est confiée à un garçon boucher. Celui-ci tire de son côté pendant que l'animal tire de l'autre en poussant des cris affreux. La tête de l'animal se trouvant alors dans une position horizontale et fixe, le boucher brise la voûte du crâne d'un coup de la tête d'une hache formée par une tige carrée de 15 centimètres sur 3 d'épaisseur. A l'instant même, l'animal tombe sans pousser un seul cri. Si l'on veut ménager le cerveau, on se contente de briser la voûte du crâne en *retenant le coup*. Dans ce cas, l'animal pousse quelquefois encore un grognement étouffé, mais plus de cris. Si, au contraire, on *lâche le coup*, il n'y a pas même de grognement. C'est ce que j'ai vu cent fois dans mon enfance.

» Quant au malheureux banquier, sans connaître le procès-verbal, pour savoir s'il y avait ou s'il n'y avait pas lésion cérébrale ; le crâne était brisé, les membranes du cerveau étaient déchirées par des esquilles qui faisaient saillie à l'intérieur ; le lobe moyen du cerveau présentait une plaie de 2 centimètres ; il en existait une autre à peu près semblable sur le cervelet. Les bords de ces plaies étaient irréguliers. Je crois que la *surprise* et la précipitation des coups portés par Rousselet ont dû nécessairement l'empêcher de crier.

» Je regrette beaucoup de n'avoir pu vous envoyer plutôt cette observation ; mais ne recevant le journal que le second jour, elle ne vous serait pas parvenue à temps.

» Recevez, etc. MARIE, D.-M.-P.

» Sarcelles, 5 juillet 1844. »

Je regelte, avec mon confrère de Sarcelles, qu'il n'ait pas pu me faire connaître plutôt les faits que contient sa lettre. Ils m'eussent rendu beaucoup plus affirmatif encore que je ne l'ai été dans ma déposition devant la Cour, et ils m'eussent, sans doute, épargné en même temps certaine phrase que j'ai lue dans le réquisitoire de M. le procureur général, et qui n'était nullement à mon avantage.

Agréez, etc.,

DAVIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Ce 6 juillet 1844.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 2 juillet 1844, un concours public sera ouvert, le 4 novembre prochain, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la place de chef des travaux anatomiques de ladite Faculté.

— Nous avons reçu de la commission orientale et de M. Hamont, deux lettres en réponse à celle que nous avons publiée le 29 juin, et signée par les professeurs de l'Ecole de médecine du Caire ; nous les publierons dans le prochain numéro.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 81. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

Grenouillette. Nouveau procédé opératoire. Guérison.

Au n° 48 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Susini, employé, âgé de trente-six ans, affecté de grenouillette. Il dit avoir déjà, au commencement de 1842, été en traitement pour une tumeur semblable à celle qu'il porte maintenant. Un chirurgien des hôpitaux incisa la tumeur, et laissa entre ses bords une lame de plomb destinée à empêcher leur réunion. Pendant deux ans, Susini ne se ressentit en aucune façon de cette maladie, et n'a eu aucun engorgement des glandes salivaires.

La tumeur actuelle parut il y a six semaines. Elle était petite, atteignit en quelques jours le volume qu'elle offre aujourd'hui; puis cessa de faire des progrès. Cette tumeur occupe tout l'intervalle compris entre la deuxième incisive droite et la troisième molaire gauche. Du volume d'une grosse amande, elle est saillante au-dessus de l'arcade dentaire, soulève la langue, et si elle n'empêche point le malade de prendre ses aliments, gêne la mastication, et surtout rend la parole embarrassée; il semble toujours au malade qu'il a la bouche pleine. Sur cette tumeur, la muqueuse, peu épaisse, est comme transparente. A son bord interne et derrière les incisives, deux replis muqueux triangulaires convergent vers le frein de la langue, et font une légère saillie. Ce sont les orifices des conduits de Warthon. En même temps la région sous-maxillaire est engorgée, un peu douloureuse à la pression. On sent, lorsque l'on comprime cette région, la tumeur devenir plus tendue.

Le malade se décide facilement à subir une opération, pour faire cesser la gêne qu'éprouvent les mouvements de la langue. M. Jobert se propose d'employer son procédé. La grenouillette est formée par le liquide salivaire incessamment fourni par la glande sous-maxillaire, et qui, accumulé par l'oblitération accidentelle des orifices extérieurs du canal de Warthon, dilate les parois de ce canal à la manière d'un kyste. Ce liquide est ainsi recouvert par deux feuillets muqueux: d'une part, la paroi du canal de Warthon; d'autre part, la muqueuse du plancher de la bouche. L'opération nouvellement proposée par M. Jobert (de Lamballe) a pour but de séparer ces deux feuillets muqueux, pour agir plus tard sur un seul d'entre eux. On voit donc que cette opération est, sinon d'une difficulté extrême, du moins d'une grande délicatesse, et exige beaucoup de sécurité dans l'action du bistouri.

Le 21 mai, la langue étant relevée par le malade lui-même, la muqueuse buccale est incisée et disséquée de manière à découvrir complétement et circulairement toute la portion de la tumeur qui fait saillie. On excise cette muqueuse; le kyste est ainsi mis à nu en partie, et la face externe des parois du conduit se présente à l'instrument tranchant.

On plonge alors le bistouri dans le kyste lui-même, et l'on excise une portion de sa paroi antérieure un peu en deçà du niveau de la muqueuse buccale. Il s'écoule aussitôt une quantité assez considérable d'un liquide épais, visqueux, incolore. On voit le fond du kyste salivaire tapissé par une muqueuse lisse, d'un rose pâle. D'un pertuis que l'on aperçoit vers le fond, sort continuellement la salive.

Le kyste salivaire est ainsi largement béant, et il s'agit de maintenir les bords écartés, afin d'empêcher leur réunion. On essaiera donc de faire cicatriser isolément les bords du kyste. Pour remplir cette indication, M. Jobert enfonce une aiguille à suture armée à quelques millimètres du bord saignant de la muqueuse du kyste, et par sa face interne, rejette en dehors le bord saignant et le maintient dans cette position par une ligature. Six ligatures sont ainsi posées autour du kyste.

Le malode a peu souffert, quoique l'opération ait été assez longue. Dans la journée, il a rendu trois petits bassins de salive.

Le 22, il n'y a pas eu de réaction fébrile. La région sous-maxillaire est toujours gonflée et plus douloureuse qu'avant l'opération. La bouche est chaude, sèche; la langue douloureuse; la soif vive.

Le 23, le malade se plaint d'une grande douleur à l'arrière-gorge quand il parle ou qu'il avale; les amygdales ne sont point gonflées, le voile du palais et le pharynx sont rouges. La langue se meut difficilement; la bouche entière est douloureuse. La parole est basse, à peine sensible, et le malade refuse le plus souvent de parler. Quelques ganglions avoisinant l'angle des mâchoires sont gonflés et douloureux. Point de fièvre. Soif vive. Du fond du kyste salivaire sort continuellement de la salive, dont l'expuition est difficile.

Le 24, diminution des accidents; la salivation est toujours abondante.

Le 25, trois des points de suture sont tombés. Le malade n'éprouve plus de douleurs à l'isthme du gosier. Il demande à manger.

Le reste des points de suture tombe les jours suivants, et le malade sort guéri le 30 mai. La stomatite légère survenue à la suite de l'opération n'en a point entravé la guérison, et n'a pas même causé de fièvre. Au fond d'une petite cavité muqueuse, largement béante, on voit l'orifice du canal de Warthon rejeter incessamment de la salive. Les bords de cette cavité formés par un double feuillet muqueux sont complétement cicatrisés, et ne laissent pas craindre une réunion entre eux, et une réapparition de la tumeur. En cela donc l'opération est ingénieuse et utile, puisqu'elle met à l'abri d'une récidive.

— Si l'on a bien suivi, comme nous le supposons, les détails de cette observation, on a pu se convaincre facilement qu'en réalité, dépendance de la méthode par excision, le procédé de M. Jobert la complétait, en mettant le malade parfaitement à l'abri d'une récidive. Car quelle était en effet dans l'excision la condition mauvaise pour le malade, si ce n'était la possibilité d'une réunion entre les deux lambeaux permanents du kyste, soit que la rétraction de leurs bords les amène au contact, soit plutôt que, libres au sein de la cavité buccale, ils doivent tendre incessamment, par le fait même des mouvements exercés sur le plancher de la bouche, à se mettre en rapport l'un avec l'autre. Dans le procédé indiqué par M. Jobert, décrit tout-à-l'heure par M. Saint-Clivier, les bords du kyste excisés sont renversés sur eux-mêmes pour être affrontés, au moyen de sutures, à la muqueuse buccale, dont ils doivent définitivement faire partie. Ce n'est pas là le seul bon côté, selon nous, de ce procédé. — Non-seulement, en effet, il convient, à notre sens, si la théorie de la dilatation du canal de Warthon est vraie, en ce qu'il fraie largement la voie pour l'excrétion salivaire; mais dans la seconde hypothèse de la nature parfaitement indépendante de la grenouillette, il a encore l'avantage d'ouvrir largement et de maintenir ouvert un kyste dont la paroi interne doit tendre de plus à s'identifier avec la muqueuse buccale elle-même. Quant à la partie critique de ce procédé, l'auteur de l'observation en a indiqué quelques points en disant que, sans être d'une extrême difficulté l'opération exige beaucoup de précision dans l'action du bistouri. C'est qu'en effet l'anatomie chirurgicale nous apprend qu'à l'entour des parties sur lesquelles a lieu la dissection et la pose des points de suture marchent accolés deux vaisseaux, l'artère et la veine ranine, qu'il ne faudrait pas ouvrir pour ne pas trop compliquer l'opération, ainsi que cela est arrivé dans un cas cité par Lassus dans sa Pathologie chirurgicale, tome 1er, p. 407. Nous trouvons, pour nous, dans ce procédé encore un autre inconvénient probable, c'est la possibilité de la chute prématurée des points de suture, qui, ne tenant plus alors les parois du kyste renversées sur le plancher de la bouche et adhérentes, laisseraient celles-ci libres de se remettre au contact avec plus de facilité encore, puisque les lambeaux sont plus étendus que dans la méthode pure et simple par excision. Mais cette critique n'est qu'une simple donnée de l'esprit; les points de suture sont assez nombreux, et par conséquent peu susceptibles d'une chute prématurée. Dans l'observation que nous avons transcrite tout s'est passé selon les intentions du chirurgien; il reste à l'expérience à décider s'il en sera toujours de même. Alors, ce serait une méthode définitive dans le traitement de la grenouillette que nous aurions à enregistrer. A. S.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Généralités sur l'opération de la cataracte par extraction. Parallèle entre cette méthode et celle par abaissement. Raisons qui font préférer à ce professeur la première à la seconde.

A propos de quelques opérations de cataracte par extraction, dit M. Roux, que nous avons pratiquées dernièrement, je crois de mon devoir de vous faire connaître les motifs qui, depuis long-temps, m'ont fait donner la préférence à cette méthode sur celle par abaissement, et cela d'autant plus qu'aujourd'hui peu de chirurgiens se montrent partisans de la même méthode, et en n'épargnant même pas le blâme sur mon compte à cause de la prédilection que je lui porte. Je commencerai par vous décrire en peu de mots l'opération de l'extraction en elle-même, d'après la manière dont je l'ai conçue et que j'exécute habituellement.

Pour bien exécuter cette opération, il faut la diviser (et c'est du reste ainsi qu'on procède généralement) en quatre temps principaux:

1° On doit d'abord fixer l'œil pour le rendre immobile, et écarter les paupières pour qu'on puisse embrasser la cornée avec le couteau sans craindre de se fourvoyer. Ordinairement on emploie dans ce but des instruments qui, par leur élasticité naturelle, étant engagés sous les paupières, les tiennent écartées, et qu'on appelle pour cela *ophthalmostates*. Je suis peu partisan de ces moyens mécaniques toutes les fois que je pratique l'extraction, préférant faire relever la paupière supérieure par le doigt d'un aide intelligent, en abaissant moi-même l'inférieure par l'index de ma main libre. Lorsque je suis obligé de me servir d'un ophthalmostate par quelque raison particulière, je préfère opérer la cataracte par abaissement comme méthode exceptionnelle.

Le second temps consiste dans la section de la cornée. Cette incision doit être faite de manière à laisser passer facilement le cristallin. Pour cela, il y a des règles à suivre que vous devez connaître. Ainsi, il ne faut pas inciser la cornée selon une ligne perpendiculaire à son épaisseur; car il en résulterait une ouverture dans laquelle la lentille cristalline ne pourrait pas s'engager; il faut qu'elle soit coupée un peu obliquement, de façon que les lèvres de l'incision soient en biseaux réciproquement: en un mot, qu'elle soit en lambeaux. Il faut convenir qu'il n'est pas toujours facile, même pour les chirurgiens les plus expérimentés, d'exécuter cette coupe avec une exactitude mathématique; mais il suffit qu'on en approche. En outre, elle doit n'être ni trop grande, ni trop petite; et vous en concevez les raisons: si elle est trop grande, il en résultera une cicatrice aussi trop étendue, ce qui constitue une difformité, si elle ne nuit pas à la vue; trop petite, elle ne permettra pas au cristallin de sortir sans des frottements, des tiraillements exercés contre les lèvres de l'incision, qui peuvent être cause d'accidents consécutifs plus ou moins graves. Le lambeau de la cornée doit, par conséquent, occuper un peu plus du quart de la circonférence, et occuper (bien entendu) la partie inférieure de l'organe. On pique la cornée à une demi-ligne ou une ligne au plus de la sclérotique, un peu au-dessus de son axe transversal; on pousse le couteau obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et on le fait sortir au niveau de l'extrémité inférieure de l'axe perpendiculaire. Wenzel, qui (il faut l'admettre), parmi les spécialistes, s'est distingué par quelques bonnes remarques à propos de cette opération, insista beaucoup sur les règles que je viens de vous tracer, et principalement sur la nécessité de rendre l'incision oblique et en biseau.

Je me sers habituellement du couteau de Richter à lame triangulaire. Je me servirais indifféremment de toute autre espèce de couteau, et même d'un bistouri très effilé au besoin; car je crois qu'on peut très facilement exécuter cette incision avec un instrument tranchant quelconque. L'opération est, pour nous, très facile.

En troisième lieu, il faut aller inciser la capsule cristalline et faire sortir le cristallin. Quelquefois la capsule se trouve déjà ouverte, le couteau qui a coupé la cornée ayant pu l'ouvrir dans son passage. On dit même que Wenzel se plaisait souvent à exécuter l'opération en un seul temps. Il nous est arrivé aussi de le faire plus d'une fois par un hasard; mais nous sommes bien loin de conseiller d'imiter cet ophthalmologiste; ce serait s'exposer à de graves inconvénients. Nous pensons, au contraire, qu'il faut toujours ouvrir la capsule cristalline avec un instrument spécial. Nous nous servons ordinairement d'une petite serpette; on pourrait, à la rigueur, se servir d'une aiguille à cataracte.

Il arrive quelquefois qu'un peu d'humeur vitrée s'échappe dans ce temps de l'opération, ce n'est pas un accident aussi sérieux qu'on le pense; et même il y a des circonstances où la sortie d'un peu de ce liquide peut être avantageuse plutôt que nuisible au rétablissement des fonctions de l'organe.

Enfin, comme dernier temps de l'opération, il faut faire sortir le cristallin; c'est même le but principal qu'on se propose, et à cet égard nous nous plaisons à comparer l'opération de la cataracte par extraction avec la taille. Pour cela, on comprime légèrement le globe de l'œil à sa partie supérieure, et cette manœuvre suffit, dans la grande majorité des cas, pour que le cristallin s'échappe au dehors. Quelquefois on est obligé d'aller le chercher; on se sert ordinairement d'une aiguille à cataracte, avec laquelle on embroche la lentille cristalline, et on l'amène au dehors. Voilà comment on exécute cette opération, et comment nous y procédons. Est-ce la grande habitude que nous en avons contractée, est-ce l'espèce de sympathie que nous ressentons pour elle plutôt que pour l'abaissement? Le fait est que nous l'exécutons avec facilité et promptitude; et nous croyons que plus d'un de ceux même qui se montrent contraires, en apparence, l'approuvent dans leur intérieur, mais n'osent pas l'exécuter pour ne pas affronter certaines petites difficultés que leur imagination se plaît à grossir.

Après ce peu de mots sur l'opération par extraction en elle-même, nous devrions passer à l'examen comparatif de cette

opération et de celle par abaissement, comme nous disions au commencement ; mais auparavant, nous toucherons quelques points d'un intérêt tout pratique ; et sur lesquels on ne s'arrête guère ou pas du tout dans les ouvrages dogmatiques. Ainsi il arrive quelquefois que les malades ayant été opérés avec toutes les précautions et toute l'adresse possibles ; quoique les phénomènes consécutifs aient été nuls ou très peu graves, quoique la pupille soit claire et nette, ne voient pas, ne distinguent pas plus les objets extérieurs qu'avant l'opération. D'où vient cet étrange phénomène, et comment l'expliquer ? Voici nos idées à cet égard.

Il est certain, pour que l'œil se rétablisse dans ses fonctions normales, pour qu'il acquière l'achromatisme naturel après l'enlèvement du cristallin, il est de toute nécessité que le corps vitré change de forme à sa partie antérieure, c'est-à-dire, que pendant qu'à l'état physiologique des parties de l'œil il est concave en avant pour y loger la lentille cristalline, il doit devenir convexe, et occuper pour ainsi dire la place de cette lentille. Si donc après l'opération de la cataracte, le corps vitré retient sa concavité antérieure, ne bombe pas vers la place du cristallin, la vue ne pourra point, selon nous, être rétablie ; parce que les rayons lumineux pénétrant dans l'œil, rencontrant une surface concave là où ils devraient la trouver convexe, se réfractent d'une manière tout à fait irrégulière, et ne peuvent pas se réunir sur la rétine pour y peindre les objets extérieurs. Dans ce cas malheureux, on aura bien la sensation de la lumière vive et naturelle; mais aucun objet ne sera distinctement perçu, le phénomène enfin de la vision sera nul.

Passons à un autre point.

Vous nous avez vu souvent, et même à peu près toujours, palper avec nos doigts le globe des yeux des malades qui devaient être soumis à l'opération de la cataracte, et peut-être vous ne vous serez pas rendu un compte exact du pourquoi nous faisions cela. C'est pourtant, selon nous, une très bonne règle dans l'examen des yeux malades, et nous vous engageons vivement à la suivre. En voici les raisons. Il est bien connu, et admis généralement que dans l'état physiologique les milieux de l'œil ont une consistance déterminée, en deçà, et au delà de laquelle la maladie existe; il faut conséquemment que le globe de l'œil ait un certain degré de mollesse et de dureté pour que ses fonctions s'accomplissent régulièrement. L'expérience nous a appris, en effet, qu'une dureté exagérée indique très souvent un état anémique, ou tout autre état morbide des milieux de l'œil ; c'est dans ces circonstances que les malades sont exposés à voir de temps à autre des étincelles, des flammes, des éclairs; ce sont autant de mauvais signes pour l'état de l'œil. De l'autre côté, quand le globe de l'œil présente une mollesse anormale, c'est un signe manifeste que la membrane hyaloïde, par exemple, est d'une minceur extrême, et que le liquide vitré lui-même est d'une fluidité plus grande qu'il ne devrait être. La conséquence pratique de ces circonstances particulières pour ce qui regarde le sujet que nous traitons ici, c'est que lorsqu'on doit opérer un cas de cataracte sur un œil à consistance convenable; il y a plus de chance de réussite pour la méthode par extraction ; tandis que si l'œil offre au doigt explorateur un degré de mollesse exagéré, il y aurait à craindre dans l'opération par extraction que le corps vitré s'écoulât par l'ouverture de la cornée, et que les résultats ne fussent défavorables ; ce serait dans ce cas qu'on devrait préférer l'opération par abaissement. A cet égard, et pour que ce que nous vous disons reste mieux gravé dans votre esprit, nous vous citerons un fait de notre pratique particulière.

Nous devions opérer une cataracte, et selon notre méthode générale, nous avions proposé de pratiquer l'extraction ; malgré toute la diligence employée dans l'examen de l'œil, nous n'avions pas prévu l'état véritable des milieux. Nous pratiquons l'incision de la cornée, et à l'instant même une quantité d'humeur vitrée s'écoule assez notable pour nous faire suspendre l'opération. Heureusement la cornée se réunit sans accidents inflammatoires, l'œil fut remis à l'état où il était avant l'opération, et plus tard la cataracte fut opérée (par un autre médecin) par abaissement, avec plein succès. Vous voyez de ce fait que si on avait connu la fluidité anormale de l'humeur vitrée avant la première opération, on aurait pratiqué tout de suite la méthode par abaissement, sans exposer le malade à des dangers graves par une opération inutile.

Je vous engage donc à vous exercer de bonne heure à palper les yeux des malades pour arriver à bien connaître la consistance normale du globe de l'œil, et la distinguer de l'état de dureté et mollesse anormal.

Il nous reste maintenant à faire en peu de mots le parallèle entre la méthode par abaissement et celle par extraction, et à nous justifier ainsi de la préférence que nous donnons depuis long-temps à la dernière sur la première.

Pour bien établir les avantages et les inconvénients de ces deux méthodes, il est évident qu'il faut s'entendre sur d'autres points importants, et qu'il faut prendre en considération toutes les circonstances qui peuvent influencer d'une manière appréciable les deux opérations elles-mêmes ; il faut enfin comparer deux choses comparables; admettre, par exemple, que les opérations soient exécutées par les deux méthodes avec la même adresse, la même exactitude, et dans des circonstances comparativement égales. Il est nécessaire, pour cela, que je vous fasse connaître mes idées sur certains points qui se rattachent à l'opération par extraction, et qui sont devenus pour moi des espèces de règles dont je ne sais pas m'écarter.

Ainsi, 1° à quelle époque faut-il opérer la cataracte? Nous croyons (et en cela nous sommes d'accord avec la plupart des chirurgiens), nous croyons qu'il ne faut le faire que quand elle est arrivée à ce qu'on appelle sa maturité ; qu'elle est aussi complète et opaque que possible ; ce serait, à notre avis, une conduite peu sage et même téméraire et inhumaine, que celle d'un chirurgien qui opérerait une cataracte non encore parfaitement mûre, car il soumettrait son malade à une opération très souvent inutile dans cette circonstance.

2° A propos de la cataracte, il se présente plusieurs cas différents ; il peut arriver que les deux yeux soient cataractés au même point, la cataracte ayant débuté et marché simultanément des deux côtés., ou qu'un seul ait été envahi d'abord par la maladie et l'autre plus tard, de sorte que la cataracte soit parfaitement mûre dans le premier œil, mais incomplète encore dans le second ; ou même qu'un œil étant cataracté l'autre soit encore à l'état normal et jouisse de toute l'intégrité de ses fonctions. A cet égard il faut vous dire que généralement quand la cataracte se développe dans un œil, l'autre en sera envahi à son tour tôt ou tard ; c'est une loi générale à laquelle obéissent à peu près constamment les organes doubles de l'économie animale; et qu'il serait bien de vous développer si cette digression de haute physiologie ne devait nous entraîner trop loin de notre but actuel.

D'après ces principes, il se présente une question d'un intérêt pratique. Que faut-il faire dans ces différentes circonstances? Faut-il opérer les deux yeux quand la cataracte est mûre sur les deux? Nous sommes pour l'affirmative ; nous opérons des deux côtés, et en cela nous sommes d'un avis opposé à celui de beaucoup de praticiens, qui veulent qu'on opère un seul œil à la fois, en laissant écouler un certain espace de temps entre une opération et l'autre. L'expérience (et nous pouvons nous flatter de l'avoir aussi longue et étendue que possible) nous a appris que les individus opérés des deux côtés à la fois voient ordinairement mieux et sont sujets à moins d'accidents, à conditions égales, que les autres. Nous n'avons pas fait à cet égard une statistique ; c'aurait été pour nous un travail presque impossible sur le nombre immense d'opérations pratiquées ; nous ne pouvons pas par conséquent vous donner des résultats précis et numériques ; mais à force d'observer les faits très nombreux qui se sont passés sous nos yeux, nous nous sommes fait cette conviction, et nous sommes sûr de ne pas nous tromper, car notre esprit est arrivé à une conclusion semblable d'après une observation attentive et constante de tous les jours. Quand on opère des deux côtés en même temps, il y a l'espoir fondé qu'on réussira au moins d'un côté, et certes c'est déjà un bon résultat que celui-ci; tandis qu'en opérant un œil seul d'abord et l'autre plus tard, il y a à craindre que les accidents consécutifs à l'opération ne deviennent funestes aux deux yeux successivement. Il faut donc, selon notre intime conviction, opérer les deux yeux à la fois quand la cataracte est également mûre et complète; à moins qu'une opposition invincible de la part des malades ne vous oblige à vous écarter momentanément de cette règle. En effet, il y a des cas où le chirurgien, même le plus ferme dans ses convictions et le plus consciencieux, est absolument forcé de suivre dans l'opération la volonté du malade, quand celui ci lui fait voir que l'opération pratiquée des deux côtés pourrait lui être préjudiciable sous certains rapports de convenance et de moralité. Il pourra alors, le chirurgien, opérer d'abord d'un côté et revenir à l'autre œil plus tard. Mais s'il s'agit, au contraire, du choix de la méthode opératoire elle-même, la chose est bien différente, et le chirurgien qui ne suivrait pas ses convictions, et qui les sacrifierait au bon plaisir du malade, serait, selon nous, coupable d'une condescendance indigne, qui pourrait entraîner des suites funestes. Nous avons l'orgueil de dire que sur ce point nous n'avons jamais transigé avec les malades, et plus d'une fois il nous est arrivé qu'ayant déclaré formellement à ceux-ci ne vouloir les opérer de la cataracte que par extraction, ils sont allés se faire opérer ailleurs, car ils désespéraient de vaincre notre fermeté à cet égard.

Entrons enfin dans l'examen comparatif des deux méthodes par extraction et par abaissement. Nous ne nous y arrêterons pas long-temps, car on a à peu près dit et publié à cet égard tout ce qui est utile à savoir, et vous pouvez le lire dans les ouvrages didactiques ; nous ne ferons qu'insister sur quelques points particuliers d'utilité pratique.

En définitive, c'est sur les résultats qu'on obtient de ces méthodes qu'il faut surtout s'appuyer pour pouvoir les apprécier d'une manière convenable.

Il y a bien long-temps qu'on se dispute sur la valeur de ces deux méthodes et sur la préférence que l'une mériterait sur l'autre; mais on n'est pas encore tombé bien d'accord, et chaque chirurgien se laisse aller dans la pratique à ses idées. Il y a quinze ou vingt ans la méthode par extraction avait pris une grande influence, après que la faveur attirée sur l'abaissement par les écrits de Scarpa était tombée ; maintenant cette dernière méthode semble renaître et domine sur la première principalement en France. A quoi tiennent ces changements ; je ne saurais vous le dire. Toujours est-il que les chirurgiens préfèrent l'abaissement, parce qu'ils le trouvent plus simple, plus facile à exécuter que l'extraction, et en cela ils n'ont pas tort. Mais est-ce une raison pour lui accorder une telle préférence ? Nous allons le voir.

Ces deux méthodes peuvent être comparées entre elles sous plusieurs rapports : 1° sous le rapport de l'exécution ; 2° sous celui des accidents immédiats qui peuvent en résulter ; 3° enfin, sous le rapport des résultats qu'on en obtient.

Quant au premier chapitre, l'extraction est incontestablement plus difficile à exécuter que l'abaissement. Rappelez-vous ce que nous avons dit sur l'opération elle-même considérée dans ses divers temps, et il ne vous sera pas difficile de comprendre cette difficulté, comparativement à l'autre méthode. Il faut surtout, pour que les résultats en soient favorables, qu'elle soit exécutée avec une précision particulière. Dans l'abaissement, au contraire, le manuel est bien plus simple ; il s'agit uniquement d'introduire l'aiguille à travers la sclérotique ou la cornée, de la faire arriver jusqu'à la lentille cristalline, et d'abaisser, ou broyer d'une manière quelconque ce corps opaque, en l'abandonnant après aux forces absorbantes de la nature. Ce manuel est si simple, que tout chirurgien tant soit peu exercé aux opérations peut facilement l'exécuter. Mais est-ce à dire, pour cela, que les difficultés de la méthode par extraction soient extraordinaires, et qu'à cause de ces difficultés elle doit être rarement appliquée? Non, certainement.

Nous convenons aussi que les accidents immédiats de ces opérations peuvent être plus graves par l'extraction si elle n'est pas faite par une main habile, si l'opérateur n'est pas secondé dans l'exécution par des aides intelligents et bien attentifs, si le malade lui-même ne s'y prête pas avec patience et bonne volonté ; oui, nous en convenons, que faute de toutes ou quelqu'une de ces conditions, l'opération par cette méthode échoue très fréquemment. Mais combien d'accidents ne surviennent-ils pas aussi à la suite de l'abaissement, malgré toute son apparente simplicité? Par cette méthode, on peut facilement blesser l'iris, la rétine et autres parties internes de l'œil ; souvent le cristallin, après avoir été déprimé, remonte à sa place, et il faut revenir plusieurs fois à la même opération, ce qui nécessairement doit disposer l'organe à des accidents d'inflammation plus ou moins graves. Dans l'extraction, on peut faire l'incision de la cornée ou trop grande ou trop petite (ce qui pourtant arrive très rarement aux opérateurs expérimentés), entamer avec le couteau l'iris sans pouvoir s'arrêter en chemin, et donner lieu ainsi à l'inflammation de cette membrane et à une déformation de pupille. Pourtant, les accidents inflammatoires qui surviennent à cette lésion de l'iris ne sont pas toujours si graves qu'on pourrait se le figurer ; souvent même ils sont presque nuls, et l'organe recouvre très bien ses fonctions. D'autres fois, l'humeur vitrée s'écoule par la plaie de la cornée, et l'opérateur a de la peine à achever l'opération, c'est-à-dire à extraire le cristallin. Néanmoins, les détracteurs de l'extraction insistent là-dessus plus qu'il ne faudrait, et exagèrent les inconvénients de cet accident, car bien souvent il n'en résulte rien de fâcheux ; des centaines de fois peut-être cet accident m'est arrivé, et j'ai vu assez souvent les suites de l'opération être très heureuses. Tout récemment, dans cet amphithéâtre, un semblable accident nous est arrivé chez un homme qui n'avait qu'un œil à opérer ; l'opéré va assez bien, et nous croyons lui donner la vue de ce côté; tandis que chez un autre malade que nous opérâmes des deux côtés, et où l'opération fut très simple et parfaitement exécutée, les choses ne vont pas bien ; et il y a fort à craindre que la vue ne se rétablisse pas. Nous conclurons de cela, que souvent les circonstances apparemment très graves n'influent pas d'une manière funeste sur le résultat final de l'opération, et *vice versâ*.

Relativement aux suites immédiates, dans l'abaissement il y a un résultat fâcheux qui lui est propre; c'est la réascension du cristallin, qui arrive assez fréquemment même aux opérateurs les plus habiles ; les plus chauds partisans de cette méthode en conviennent. La maladie dans ce cas renaît, et réclame une opération nouvelle. Ces opérations répétées, comme nous disions tout à l'heure, exposent à de graves accidents, à une inflammation violente des parties internes de l'œil, etc.

Du reste ce danger de l'inflammation est le propre, dans certaines limites, des deux méthodes ; c'est même le danger principal auquel on est exposé en opérant des deux manières. S'il y avait moyen de l'éviter, l'opération réussirait presque toujours ; il n'y aurait pas de raisons pour qu'elle échouât. Cet accident, avec celui dont je vous ai entretenus déjà relativement au changement de forme que la face antérieure de l'humeur vitrée doit subir après la sortie du cristallin, sont ceux qui principalement empêchent le succès de l'extraction. C'est là le fruit de notre longue expérience, c'est notre profonde conviction. Ayez-le présent à votre esprit.

On croira peut-être que les phénomènes inflammatoires soit toujours plus fréquents et plus graves à la suite de l'extraction, comme étant une méthode plus complexe, accompagnée d'une plaie de la cornée, qu'après l'abaissement. Ce n'est pourtant pas vrai. D'ailleurs, ne voit on pas tous les jours des plaies par instrument piquant, à peine visibles, faites sur la surface du corps, produire des accidents graves, formidables, tandis que des plaies très étendues se passent et marchent vers la cicatrisation sans aucun accident sérieux ? Ce qui arrive dans les parties molles externes du corps, pourquoi n'arriverait-il pas aussi dans un organe aussi délicat que l'œil ? Pourquoi la piqûre faite à la sclérotique, et intéressant plusieurs membranes très sensibles et très vitales, ne pourra-t-elle amener des accidents plus graves que la simple incision nette et régulière de la cornée, qui très souvent est fermée au bout de 48 heures ? Il y a, du reste, dans les résultats définitifs de ces deux méthodes une différence qui ne peut tenir qu'aux parties de l'œil qui ont été intéressées. Ainsi, il est certain que lors même que le succès a lieu, et la vision rétablie par l'abaissement, les opérés ne voient jamais aussi bien, aussi nettement qu'ils voyaient avant la formation de la cataracte ; on dirait que la sensibilité de la rétine est plus obtuse, et que les objets extérieurs se peignent moins clairement sur elle. C'est là un fait bien positif, et qui n'est pas démenti par les partisans mêmes de l'abaissement.

Venons enfin aux résultats finaux des deux méthodes.

On peut bien s'évertuer à faire prévaloir une méthode sur l'autre ; mais, en bonne foi, pourra-t-on tant se glorifier des résultats qu'on obtient par l'abaissement? Quant à ceux de l'extraction, je ne peux parler que de ce que j'ai vu moi-même dans une longue pratique ; car je ne pense pas qu'il y ait eu et qu'il y ait parmi les oculistes mêmes un opérateur qui ait pratiqué cette opération un nombre de fois plus considérable que je ne l'ai pratiquée ; ni ne pense qu'aucun autre ait poussé les examens, les expériences comparatives des deux méthodes aussi loin que je l'ai fait. Eh bien ! de ce long examen je suis sorti avec la conviction profonde que voici : J'ai commencé mes essais à Beaujon, où je suis resté quatre ans et demi ; je les ai continués à la Charité jusqu'à 1815 ou 16 ; j'avais fait à cette époque six cents opérations, moitié par extraction et moitié par abaissement : c'est alors que je

me décidai pour la première de ces deux méthodes, d'après des notes bien détaillées et bien exactes prises par moi-même de ces six cents opérés.

Pour établir une statistique concluante relativement aux résultats de ces opérations, il y a une méthode à suivre; c'est de bien apprécier les yeux sur lesquels on opère. Il faut étudier ces opérations non-seulement chez les individus à opérer, mais sur les yeux eux-mêmes; je m'explique. On peut opérer sur les deux yeux ou sur un œil seul. Dans le premier cas, l'opération peut réussir d'un côté et échouer de l'autre; où elle peut réussir des deux côtés, comme elle peut également manquer. Dans le premier cas, il arrivera que tous les opérés verront d'un œil, et c'est déjà un bon succès dont on peut se féliciter; dans le second cas, sur dix, par exemple, il y en aura cinq qui auront recouvré la vue des deux yeux, et cinq qui l'auront entièrement perdue; on aura aussi, dans ce cas, 10 succès, comme dans le premier; mais quelle différence pour les individus! Il donc très important dans une bonne statistique de tenir compte de toutes ces différentes données, si on veut arriver à quelque résultat concluant. Dans nos tableaux statistiques, nous avons mêlé ensemble les opérations faites à l'hôpital et celles pratiquées en ville, et nous avons vu que l'opération réussit trois fois sur cinq relativement aux individus, et sept et demie sur dix relativement aux yeux. Cette différence tient à ce que souvent on opère des deux côtés chez le même individu. Voilà la conclusion à laquelle nous sommes arrivé; et comme les résultats que nous avons obtenus par l'extraction furent plus heureux que ceux de l'abaissement, après une expérience faite, comme vous l'avez vu, sur une grande échelle, nous nous sommes arrêté à l'opinion que l'extraction est préférable à l'abaissement comme méthode générale; et c'est depuis lors que nous avons agi ainsi, avec la profonde conviction que nous agissions dans l'intérêt des malades.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juillet. — Présidence de M. P. Dubois.

Après la lecture du procès-verbal et la communication de la correspondance, *M. Bally* demande qu'un tour de faveur soit accordé à M. Landousy, membre correspondant, qui a une communication intéressante à faire. Cette demande est accordée.

M. Landouzy communique verbalement une observation de morve aiguë survenue à la suite d'une morsure.

Il s'agit d'un vigneron qui s'aperçut, quinze jours après avoir acheté un cheval, en juillet 1843, que l'animal était atteint de la morve. La maladie fut communiquée à un âne qui habitait la même écurie. Pour ingérer des boissons et des médicaments à son cheval, le vigneron écartait violemment les mâchoires de l'animal à l'aide d'une corde. Un jour la corde casse, et les mâchoires, se refermant brusquement, font une blessure à la joue du vigneron. Deux jours après, c'était le 20 décembre, tous les accidents de la morve aiguë se manifestent: éruption pustuleuse, jetage très abondant, dyspnée, matité des poumons, diminution du murmure respiratoire, abcès, etc., et au milieu de tous ces symptômes un phénomène non encore décrit, savoir, l'opacité des cornées. Le malade mourut le 2 janvier. A l'autopsie, on trouve une éruption abondante sur le thorax et l'abdomen, les bronches couvertes d'une éruption miliaire, le poumon criblé d'abcès, le foie et la rate manifestement augmentés de volume; dans les intestins, une éruption miliaire au-dessous et au-dessus du cœcum, et dans le cœcum lui-même, sept ulcérations, altération non encore décrite.

En résumé, cette observation est remarquable par les circonstances suivantes: 1° inoculation de la morve par morsure; 2° parmi les symptômes, opacité de la cornée; dans les altérations anatomiques, les ulcérations du cœcum.

M. Nacquart. Cette observation, fort intéressante, me suggère une réflexion; elle est relative à l'emploi trop borné et trop restreint de la cautérisation par le feu. Il serait bien désirable que des instructions fussent publiées pour la propagation d'un moyen aussi efficace et que l'on craint trop généralement. A quelque époque que ce soit, les cautérisations sont utiles.

M. Landouzy. L'individu dont il est question a été cautérisé par le beurre d'antimoine.

M. Barthélemy fait remarquer que le cheval morveux était malade depuis cinq mois, que c'était là par conséquent un cas de morve chronique qui a communiqué cependant une morve aiguë, preuve pour lui que c'est à tort que l'on a voulu différencier, quant à leur nature, ces deux formes de la maladie.

M. Londe s'étonne de l'opinion de M. Nacquart sur l'efficacité des cautérisations à quelque époque que ce soit. Pour tout le monde, ces cautérisations ne sont utiles qu'au moment de l'infection.

M. Nacquart fait une réponse que nous ne pouvons entendre.

— *M. Martin-Solon* lit un rapport officiel sur une lettre de M. le ministre du commerce et de l'agriculture, relative à une demande de M. le docteur Hillairet, qui sollicitait son envoi en mission dans le département de la Charente-Inférieure, pour étudier le mode de propagation de la fièvre intermittente.

La commission, dont M. Martin-Solon est l'organe, propose de répondre à M. le ministre, qu'il n'y aurait ni utilité ni opportunité dans cette mission.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Dubois (d'Amiens), Rochoux et Dupuy, les conclusions du rapport sont adoptées.

— L'ordre du jour ramène la continuation de la discussion sur l'ophthalmologie.

M. le président fait remarquer que plusieurs médecins de départements, actuellement à Paris, ont demandé des tours de faveur. Il consulte l'Académie pour savoir si la parole leur sera accordée, et l'Académie décide affirmativement.

— *M. le docteur Hullin*, de Mortagne, lit une observation de polype utérin arraché par fractions après deux ligatures.

— *M. le docteur Berthet*, de Gray, lit une observation d'ablation de la rate. Un individu reçoit dans une rixe un coup de couteau dans le flanc gauche; l'auteur, appelé huit jours après l'accident, reconnaît une tumeur considérable formée par la rate, qui exhalait une forte odeur de putréfaction. Il l'excisa, et après des pansements méthodiques le malade guérit et vécut treize ans et demi. Les digestions se faisaient généralement bien, ce qui fait supposer que la rate n'est pas un organe plus essentiel à la vie chez l'homme que chez les animaux auxquels les vivisecteurs l'enlèvent. Au bout de ce temps il périt de pneumonie. A l'autopsie, on ne trouva qu'une très faible partie de la rate, grosse comme une aveline et appliquée sur les parois extérieures de l'estomac.

Le même médecin lit trois observations de guérison de fistules vésico-vaginales, guérison obtenue à l'aide de la cautérisation et de l'insufflation. Son procédé consiste, après les préparations de rigueur, à insuffler la vessie d'une manière incessante pendant toute l'opération, et à faire saillir la fistule et écarter ses lèvres dans le vagin, par où ces fistules sont seulement attaquables; et alors, au moyen d'un cautère incandescent, il ravive les bords de la plaie, puis, par des cautérisations avec le nitrate d'argent, et des tamponnements avec des cylindres de coton cardé placés avec le spéculum, il termine le traitement chirurgical.

Il a soin de placer ses malades dans une position telle, qu'il est impossible à l'urine d'arriver aux bords de la plaie, de les irriter, et ainsi d'empêcher leur réunion. Ce praticien distingué ajoute, comme complément nécessaire à son traitement, un régime alimentaire qui a une efficacité d'autant plus prompte, qu'il est plus sévère. Par exemple, il ne donne de boissons à ses malades que par cuillerée à café, et encore à de longs intervalles; puis il ne fait manger que des aliments secs, tels que pain rassis ou torréfié, ou du biscuit et des viandes blanches bouillies ou rôties; le tout en petite quantité.

Ce régime est sévère, mais il favorise le but de son auteur en diminuant d'une manière notable la quantité de l'urine, seul obstacle à la guérison de ces graves infirmités, qui résultent ordinairement d'un travail trop pénible et trop prolongé de l'accouchement. Sur quatre cas de fistules vésico-vaginales assez considérables, il en a guéri trois.

— *M. Mialhe* communique une observation de guérison de diabète sucré (*voir* au compte-rendu de l'Académie des sciences).

— *M. Robert* commence la lecture d'un mémoire sur les fractures du col du fémur avec pénétration de la partie spongieuse du trochanter. La fin de cette lecture est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Gerdy* montre un malade atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Il montre aussi des pièces anatomiques démontrant toute la possibilité de dégénérescence des tumeurs fibreuses.

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 juillet 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Figuier adresse une note sur une méthode nouvelle pour l'analyse du sang, et sur la constitution chimique des globules sanguins. L'auteur croit que l'on peut démontrer dans le globule du sang l'existence de trois matières bien distinctes; 1° la matière colorante ou l'hématosine; 2° de l'albumine; 3° une petite quantité de fibrine appartenant sans doute au noyau central admis par quelques physiologistes.

— *MM. Mialhe* et *Contour* présentent une observation d'un cas de diabète sucré, traité et guéri par l'emploi des alcalis et des sudorifiques. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, atteint depuis dix-huit mois de diabète, et présentant l'état suivant: Prostration et amaigrissement extrêmes, faiblesse très grande, appétit toujours bon, digestions faciles; soif des plus vives, à laquelle il lui était difficile de résister; sécheresse de la bouche, quoique le malade but cinq à six litres d'eau par jour. Ses urines étaient des plus abondantes et toujours en rapport avec la quantité de liquide qu'il introduisait dans son économie; elles étaient très acides, et presque entièrement décolorées; elles marquaient 1035 au densimètre, et contenaient un peu plus de 35 grammes de sucre par litre.

Voici le traitement qui a été suivi, et qui est basé sur les idées théoriques que M. Mialhe a fait connaître. Après avoir mis le malade, sans résultat, pendant quinze jours à l'usage du chlorure de sodium, on commença l'emploi des alcalis pris intérieurement, de la flanelle, des bains de vapeur; le malade a été soumis à un régime très animalisé, puis au bout de quelques jours à l'usage du bi-carbonate de soude et de la magnésie calcinés hydratés, 4 grammes de bi-carbonate et 1 gramme de magnésie; alors qu'il rendait encore ses urines très fortement chargées de sucre (45 grammes par litre). Ce régime a duré huit jours; puis la dose du bi-carbonate a été progressivement portée à 6 grammes, puis à 8 grammes, puis à 10, et enfin en ce moment il en prend 12 grammes par jour. La dose de la magnésie n'a jamais dépassé 1 gramme dans les vingt-quatre heures; et encore actuellement il n'en fait usage que de temps en temps. Quant aux bains de vapeur, il n'en prend que depuis un mois; il n'en est encore qu'au sixième.

Résultats du traitement. — Sous l'influence des alcalis, la quantité de sucre contenue dans les urines a été de jour en jour décroissante, et quand les humeurs de l'économie ont repris leur alcalinité première, aucune trace de sucre ne s'est plus montrée dans cette liqueur excrémentitielle. Aujourd'hui qu'il se nourrit comme tout le monde, qu'il prend journellement un demi-litre de lait, qu'il mange environ 500 grammes de pain, aucune particule sucrée ou amiloïde n'arrive dans ses urines.

D'après ce qui précède, il résulte que le malade est guéri. Reste à savoir si l'on pourra supprimer peu à peu l'emploi des substances alcalines sans que les accidents se renouvellent.

— *M. James* lit une note dans laquelle il réclame la priorité de toutes les découvertes du cow-pox.

— *M. Martin* présente un bras artificiel de son invention.

— *M. Ducros* présente le mémoire suivant: « Certaines maladies tiennent à la trop grande répulsion électro-positive des globules sanguins, de manière que quelquefois le rôle des veines est changé en rôle d'artères comme dans la phlébite. Cet ordre de maladies est combattu par des médications électro-physiques négatives. »

Voici les conclusions de ce mémoire:

1° Il existe des maladies dans lesquelles il y a une exagération des propriétés électro-physiques positives du sang. Dans ces maladies on doit employer des médications électro-physiques négatives au lieu des médications électro-physiques positives;

2° Il est des maladies dans lesquelles on peut employer des médications mixtes. Mais l'œil du médecin doit être bien attentif pour saisir le moment d'indication;

3° Le mouvement de projection du sang dans les artères peut être tel, comme dans la phlébite, que le rôle de certaines veines est changé en rôle d'artères;

4° Dans les phlébites, dans les fièvres névro-sthéniques des amputés, il faut insister sur l'usage des médications acides électro-négatives, et l'on ne doit mettre que rarement en usage la saignée;

5° Dans le typhus aigu des armées, dans toutes les fièvres angioténiques, l'emploi de la limonade, de l'orangeade, de l'acide hydrocyanique à dose médicinale est préférable aux évacuations sanguines;

6° Dans les maladies avec affaiblissement de la force répulsive des globules sanguins artériels; on doit avoir recours à des médications électro-physiques positives. Dans la névrose, dans les fièvres charbonneuses, dans le scorbut, dans certaines névroses anémiques, on doit employer les diverses préparations alcalines et ferrugineuses. Dans ces maladies, les lésions vitales de force répulsive des globules sanguins artériels sont électro-négatives. On ne peut redresser ces perturbations pathologiques que par des médications électro-positives;

7° En somme, le sang est l'organe des organes; il jouit de la vie, comme toutes les parties du corps auxquelles il la donne.

Correspondance.

Nous publions les deux lettres suivantes; elles tendent à éclairer le public sur l'état des choses en Egypte. Il est bien entendu que nous ne prenons en aucune manière la responsabilité des faits ou assertions qui y sont contenus, pas plus que nous n'avons entendu accepter la responsabilité de la lettre des médecins égyptiens, que nous avons publiée le 29 juin. Nous voyons avec regret que, de part et d'autre, il règne dans cette polémique de l'aigreur, et ne saurions approuver surtout les attaques portées contre M. Hamont. Cet honorable médecin-vétérinaire est connu par d'utiles publications; c'est à lui qu'est due la fondation de l'Ecole vétérinaire du Caire. Membre associé de l'Académie de médecine, on se rappelle qu'il y a soutenu dernièrement, avec talent, une discussion intéressante, et nous saisissons avec plaisir cette occasion de lui témoigner notre estime.

Monsieur le Rédacteur;

La *Gazette des Hôpitaux* contient dans son feuilleton du 29 juin, une réponse au rapport (sur le compte-rendu des travaux de l'Ecole de médecine arabe du Caire) que vous avez bien voulu insérer dans ce même journal le 22 février et le 2 mars derniers. Au sujet du dernier document qui vous est parvenu sous la rubrique du Caire, nous vous prions, M. le rédacteur, de donner place à la lettre suivante.

Le rapport auquel les soi-disant médecins arabes ont voulu répondre, dans un style qui trahit une tout autre origine, avait été discuté au sein d'une commission composée d'hommes indépendants, et approuvé par la Société orientale. « Sans doute, était-il dit dans ce travail consciencieux; les cinq membres de la commission ne sauraient témoigner personnellement de tous les faits consignés dans ce rapport; mais une confiance réciproque dans la sincérité de chacun, nous engage dans une commune solidarité, solidarité dont la base a été beaucoup élargie par l'approbation de la Société orientale. »

La lettre des médecins arabes tendrait à semer la désunion parmi les membres de la commission, en outrageant les uns, en louant les autres et en écartant certains d'entre eux. Que l'on sache donc bien notre pensée commune en dehors des nuances d'opinions et de formes inévitables dans tout travail collectif.

Nous applaudissons sincèrement à toutes les tentatives qui ont été et pourront être faites pour naturaliser dans la médecine égyptienne les arts, les sciences et les lettres qui sont aujourd'hui l'apanage des nations d'Occident; et, de plus, nous reconnaissons que les premiers pas ont été faits dans cette louable entreprise.

Mais lorsque nous sommes étourdis depuis longues années des éloges exagérés que l'on donne périodiquement à cette renaissante civilisation égyptienne, nous, qui avons pu en apprécier les pauvretés et les vices, nous ne craignons pas de prendre la parole pour désillusionner le public.

Le charlatanisme revêt aujourd'hui tous les masques; et serait-il vrai que du fond de son divan, un pacha, d'ailleurs plein d'intelligence, aurait surpris le secret d'une des savantes industries de l'époque; qu'il aurait compris qu'en empruntant quelques lambeaux de nos belles institutions et faisant ensuite sonner bien haut ces emprunts à l'aide d'*artificieuses réclames*, à l'aide aussi de l'accueil gracieux qu'il ferait aux étrangers de distinction, il parviendrait à capter l'opinion des hommes de progrès qui salueraient en lui le génie de la civilisation, le prince philanthrope et le bienfaiteur d'un peuple renaissant à l'âge d'or, après vingt et quelques siècles d'esclavage et d'abaissement progressif?

Nous n'affirmons point; et puissions-nous nous tromper! car, quels que soient les mobiles de ce qui est bien, nous aimons à l'accepter pour sa valeur réelle, et nous louons sans réserve la translation des arts et des sciences d'Europe sur les bords du Nil où ces institutions ont à peine germé. Mais les apparences d'un industrialisme de haute compagnie se manifestent dans le contraste de ces panégyriques complaisants ou salariés que nous voyons paraître fréquemment dans les feuilles quotidiennes, et l'état réel du pays dont ils exaltent la régénération. Que ceux qui ont parcouru l'Egypte en observateurs nous disent si une seule pensée de bien public perce à travers les innovations qu'on y remarque? si elles ne s'expliquent pas toutes par des calculs d'intérêt personnel ou de vaine ostentation? s'il existe sous le soleil un peuple plus malheureux que les Egyptiens qui cultivent pour autrui la plus fertile contrée du monde? C'est qu'il n'y a que des âmes de la nature de celles de Socrate ou de Platon qui puissent comprendre les beautés de la civilisation en dehors des principes de l'Evangile. Pour un prince musulman les hommes ne sont que des instruments et des unités dont il est permis de disposer selon ses besoins ou ses caprices. A leurs yeux les rois ne sont point faits pour les peuples, les peuples au contraire sont les jouets des rois.

On voit que nous ne répondons pas à la lettre des médecins arabes, parce qu'elle ne répond pas elle-même au rapport de la commission, dont tous les faits subsistent dans leur intégrité. C'est qu'aujourd'hui, comme précédemment, le débat se passe au-dessus de leur tête; ils ne sont que les dociles instruments d'une décevante publicité; et, comme esclaves de leurs chefs, nous leur pardonnons jusqu'à la violence de leurs injures. Il s'agit vraiment bien de l'Ecole de médecine du Caire que nous nous plairions à louer, malgré ses imperfections, comme institution belle et utile, si le compte-rendu de ses travaux et de son organisation avait été plus vrai et partant plus modeste; tandis qu'il nous a été réservé le déplaisir d'en signaler la forfanterie et d'en rechercher l'origine et les tendances. Il s'agit pour nous de dénoncer au moins les apparences d'un système de publicité dont ce document, aux formes scientifiques, ne serait qu'une émanation.

Si le prince intelligent qui gouverne l'Egypte est animé de la noble ambition de régénérer un pays autrefois illustre, qu'il paraisse s'occuper un peu moins des artifices à l'aide desquels se sont élevées tant de renommées éphémères, qu'il honore de vieux jours qui n'ont pas été d'ailleurs sans gloire, en retirant son peuple d'un état d'abrutissement et de misère dont le spectacle émouvant, d'une extrémité de l'Egypte à l'autre, ne laisse de place dans l'âme du voyageur que pour les sentiments d'indignation et de pitié.

Les membres de la commission:

L. Aubert-Roche, Hamont, A. Lagasquie, d.-m.; Le Bron de Vexela; J. Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre.

Paris, 4 juillet 1844.

Monsieur le Rédacteur;

Attaqué personnellement dans une lettre qui vous a été adressée du Caire le 4 juin dernier, j'ai dû m'isoler un moment de la commission pour répondre, en mon particulier, à quelques passages de cette lettre.

La prétendue réponse au rapport de la commission nommée par la Société orientale, n'est autre chose qu'une nouvelle réclame aussi maladroitement formulée que les premières.

On ne comprend pas comment les hommes qui dirigent *de près* ou *de loin* l'Institution médicale égyptienne, ont pu demander l'impression d'un pareil écrit, bien qu'ils y aient accolé des noms arabes sur lesquels ils font peser la responsabilité d'un acte qui n'appartient point certainement aux signataires de la réclame.

Pour tous ceux qui ont vu l'Egypte, et Dieu merci! le nombre des visiteurs est grand aujourd'hui, la pièce que nous avons sous les yeux est une œuvre bouffonne, une parade de tréteaux où des étrangers salariés par le directeur d'un grand théâtre font mouvoir des marionettes arabes.

Cette comédie, pourtant, qu'on joue depuis un certain nombre d'années, a une grande valeur relative; car lorsqu'il s'est agi de *prouver*

au monde d'Occident combien les sciences et les arts avaient progressé en Egypte, on s'est empressé de citer le savoir des acteurs, la magnificence de la salle de spectacle, on a donné de grandes représentations.

Aussi, rien de comique, rien de plaisant comme les paroles, les phrases que viennent prononcer avec emphase les *machines* qu'on a mis-s en scène !

E'les parlent de *civilisation*, d'*humanité*, de *point d'honneur*, de *valeur morale*; on leur fait répéter ces grands mots que d'Egypte on lance à l'Occident pour prôner ou défendre un gouvernement capable..... de détruire, mais non d'édifier.

Nous ne prendrons pas la chose au sérieux ; cependant nous serions aise de savoir ce qu'entendent par *civilisation* par *honneur*, *valeur morale*, les misérables esclaves, ces pauvres médecins assez aveuglés pour signer des lettres qui accusent plus fortement qu'ils ne feraient eux-mêmes, leur ignorance et leur triste vanité.

Aux innombrables faits allégués par la commission, qu'a-t-on répondu ? Des injures.

Encore une fois, on a fait dire aux Egyptiens qu'ils possèdent un titre à l'aide duquel ils peuvent, comme tout docteur français, pratiquer et enseigner la médecine.

L'orgueil de ces messieurs ne pouvait s'arrêter en si beau chemin ; ils avaient le champ libre, l'occasion était belle, il fallait poursuivre ; c'est ce qu'ils ont fait. Suivons-les dans leur manifeste.

« En France, écrivent-ils, nous avons complété notre éducation ; nous nous *sommes formés* à son *langage*, à ses *mœurs*. »

Le *langage* acquis de ces messieurs est si complet, si correct, qu'aucun d'eux n'est capable d'écrire une lettre en français.

Quant aux mœurs, nous aurions désiré ne pas en entretenir nos lecteurs; mais puisqu'on nous y force, nous adresserons aux médecins égyptiens quelques questions auxquelles nous les prions de répondre.

Est-ce au milieu des Français que vous avez contracté l'usage d'épouser plusieurs femmes, que vous *frappez*, *maltraitez*, *répudiez* journellement, et auxquelles vous refusez souvent le *strict nécessaire*?

Est-ce au sein des familles européennes que vous avez adopté l'habitude d'écarter les femmes de la société des hommes, de les tenir dans une condition d'infériorité révoltante, et dont pourtant vous vous enorgueillissez ?

Est-ce dans la société des peuples civilisés que vous avez appris le métier de vendre et d'acheter vos semblables, pour les rouer de coups ?

Passons à un autre sujet.

« Nous conservons à la France, disent les Egyptiens, notre affection, notre gratitude. «

C'est sans doute à cette affection, à cette gratitude qu'il faut attribuer la conduite inqualifiable dont nous allons donner connaissance à nos lecteurs.

Après leur retour en Egypte, les médecins façonnés au *langage* et aux *mœurs* des Français, demandèrent au gouvernement l'exclusion des professeurs médecins et pharmaciens français, leurs anciens maîtres au service du pacha, assurant qu'ils en savaient *au moins* autant qu'eux.

Un jour, ils allèrent plus loin; ils sollicitèrent du vice-roi la destitution de leur directeur, de celui qui fonda l'école où les Egyptiens puisèrent les premières notions des sciences médicales.

Cette démarche inattendue occasionna l'exil de quelques-uns des lauréats égyptiens.

Si nous n'avions pas demeuré long-temps en Egypte au milieu de ces êtres dégradés qu'on prétend avoir rendus à la civilisation à coups de fouet, nous accepterions peut-être aussi comme choses avérées, incontestables, les assertions mensongères dont les feuilles publiques se sont trop long-temps nourries.

Les temps sont changés; nous avons observé de trop près cette Egypte moderne, ses institutions et son gouvernement infernal, pour ne pas nous interposer entre vous et le public européen, auquel vous affectez de vous présenter comme les victimes d'un plan ourdi contre vous par des *hommes méchants*.

Au lieu d'attaquer les faits avancés par la commission, vous attaquez les personnes; vous récusez, dites-vous, la *valeur morale* d'un membre de la commission; et pour vous donner plus de prix, vous déclarez que cet homme a été expulsé de l'Egypte après un jugement.

Nous comprenons parfaitement votre intention, messieurs les meneurs de cette petite intrigue; nous comprenons très bien que vous fassiez récuser par vos automates le témoignage de ce membre de la commission ; car de tous, c'est celui qui a le plus long-temps séjourné parmi vous.

Si un jugement a eu lieu, pourquoi ne pas en adresser une copie en France, à M. le rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, par exemple ? Toutefois nous y mettons une condition, c'est que la copie de ce jugement aura les signatures des juges, et que ces signatures seront légalisées par M. le consul de France au Caire ; car,

Nourri dans le sérail, j'en connais les détours.

Ce jugement dont on parle ici, ressemble assez à celui dont le gouvernement égyptien s'est rendu coupable envers le colonel *Rey*, qui fut contraint de quitter l'Egypte pour avoir créé l'arsenal du Caire.

Est-ce aussi un jugement qui a expulsé de l'Egypte M. le général *Séguéra*, dont le crime était d'avoir créé l'école d'artillerie ?

Est-ce encore un jugement qui destitua M. Varin, directeur de l'école de cavalerie, et M. Linan, directeur des ponts-et-chaussées ?

En 1840, le fondateur de l'école de médecine reçut deux fois l'ordre de donner sa démission s'il ne voulait être destitué ; voudrait-on nous dire si c'est aussi à la suite d'un jugement ?

Nous en aurions trop à raconter, s'il fallait relater tous les actes de cette nature. Et que dirait-on de votre civilisation, Messieurs, si l'on publiait les noms des Français battus par des Turcs, les ministres du vice-roi? Peut-être conseilleriez-vous de ne point me croire sur parole ; mais alors je vous opposerais les expressions d'un homme dont vous ne récuserez pas le témoignage, de M. Jomart, le directeur de la mission égyptienne à Paris. M. Jomart s'exprimait ainsi, le 3 octobre 1839 : «... Vainement on dit que ceux qui viennent d'Europe doivent se roidir contre les difficultés, qu'ils les surmonteront par de la patience, etc., etc. Sur dix, à peine une personne pourra s'habituer aux *mauvais procédés*, encore moins supporter de *mauvais traitements*.» — Avez-vous bien entendu ? Cela vous paraît-il clair ?

« Vous communiez, dites-vous, avec la France, cette patrie de la civilisation, par la lecture de ses livres et par l'étude de ses sciences.»

C'est si peu vrai, qu'à votre arrivée de France vous avez vendu vos livres pour faire de l'argent, et qu'avec cet argent vous avez acheté des esclaves, des pipes ou des matelasses.

Votre école de médecine serait-elle convenablement organisée, qu'elle devient inutile dans un pays où, comme l'a dit *Fourrier*, le collaborateur de Napoléon, la nation entière est devenue *un peuple de mendiants*.

Pour ce qui nous concerne nous comptons au nombre de ces *hommes méchants* qui ont pris à tâche de faire connaître l'Egypte, nous continuerons de signaler la pauvreté de vos institutions et la misère affreuse qui dévore la population égyptienne, sous l'apparence d'une civilisation qui n'a jamais existé.

HAMONT,
Médecin vétérinaire.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Moyen prophylactique du ptyalisme; par M. le docteur SCHOEPF, professeur à l'Université de Pesth.

M. Schoepf, pendant la durée des traitements mercuriels qu'il fait administrer à ses malades, recourt avec le plus grand succès à l'emploi de la poudre dentifrice suivante, pour empêcher que la salivation ne survienne.

Pr. Alun calciné,	2	grammes.
Quinquina alcoolisé,	30	id.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène et très ténue.

Les malades se servent de cette poudre pour se nettoyer les dents deux fois par jour (le matin et le soir). Ils l'emploient à l'aide d'une brosse très douce, ou mieux encore à l'aide d'une petite brosse en éponge. (*Oesterr. med. Jahrb.*)

Coloration de l'urine en violet-foncé à la suite de l'usage de l'eau de chaux; Par le docteur VON VELSEN, de Lupen.

Chez un homme âgé de quatre-vingt-quatre ans et atteint d'une cystite chronique, l'urine qui était d'une odeur cadavéreuse, prit, après l'administration de l'eau de chaux associée au lait chaud, une couleur violet très foncée, à tel point que le vase de nuit présenta cette coloration dans toute l'étendue de la surface interne de ses parois. Aussitôt qu'on suspendit l'emploi du médicament pendant quelques jours, la coloration de l'urine cessa de se produire.

L'analyse chimique de ce liquide n'a malheureusement pas été faite. (*Casper's Wochenschrift.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Résultat du Concours de 1843.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait proposé trois questions pour le concours de 1843.

Aucun mémoire n'est parvenu en réponse à la première question, qui est retirée du concours.

La Société a reçu quatre mémoires sur la deuxième question, conçue en ces termes :

« Décrire les symptômes du rhumatisme ; dire quelle analogie il y a » avec la goutte, et en établir le diagnostic différentiel ; démontrer son » influence sur les affections des parties principales du système circu» latoire sanguin et sur la production des divers vices organiques; pré» ciser sa nature, signaler ses causes prédisposantes et occasionnelles, » et indiquer son traitement prophylactique et curatif, en discutant » judicieusement la valeur des moyens thérapeutiques conseillés jus» qu'à ce jour pour combattre cette maladie. »

Prix : une médaille d'or de la valeur de trois cents francs.

Enfin, sur la troisième question, laissée au choix des concurrents, dont le prix consistait en une médaille de la valeur d'au moins cent francs, la Société a reçu sept mémoires ayant trait à différents sujets de la science médicale.

La Société, après un long et consciencieux examen de ces différents travaux, a décidé, dans sa séance du 3 juin 1844 :

I. Que le prix proposé pour la deuxième question ne serait point décerné, aucun des concurrents n'ayant donné une solution satisfaisante de la question ; mais elle a accordé :

Une médaille d'honneur en or à l'auteur du mémoire coté n° 8, portant pour épigraphe : *Ars medica tota in observationibus.* M. J. M. Henri Gintrac, élève en médecine, aide de clinique médicale et prosecteur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Et le titre de membre correspondant aux auteurs des trois autres mémoires, s'ils désirent se faire connaître et veulent autoriser l'ouverture de leur billet cacheté, savoir :

1° Le mémoire coté n° 2, avec cette épigraphe :

« Je crois que l'étude des espèces anatomiques des maladies est la » seule base des connaissances positives en médecine, et qu'on ne doit » jamais la perdre de vue dans les recherches étiologiques, sous peine » de poursuivre des chimères et de se créer des fantômes pour les » combattre. » (Laënnec.)

2° Le mémoire coté n° 6, ayant pour devise : « *In voluntate, non sunt semper vires.* »

3° Le mémoire coté n° 7, dont l'épigraphe est : « Il faut donc absolument que le praticien associe le solidisme avec l'humorisme. » (Broussais.)

II. Qu'aucun des auteurs des mémoires relatifs à la 3e question n'ayant traité d'une manière parfaite le sujet qu'il s'était choisi, et par cela n'ayant satisfait complétement au programme, il n'y a pas lieu de décerner le prix ; elle a néanmoins accordé :

Une première mention honorable, le titre de membre correspondant, et l'impression de son travail dans les Annales de la Société, à l'auteur du mémoire coté n° 11 sur le doute philosophique en médecine, portant pour devise : « Le doute, c'est l'école de la vérité. »

Une deuxième mention honorable et le titre de membre correspondant aux auteurs des mémoires cotés n° 4, avec la devise : *Vita brevis sed longam chemia reddere potest.* — *Salis genimine mors purulenta timet* ; n° 5, ayant pour épigraphe: *Capiunt voluptates, capiunt rursum miserias* (PLAUT), et n° 9 commençant par ces mots: *La chlorose domine la pathologie de la femme.*

Ces auteurs des mémoires qui ont obtenu ces distinctions sont invités à se faire connaître, les termes du programme ne permettant point de décacheter leurs billets.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 82. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Scarlatine avec complication d'angine et de bronchite. Quelques considérations sur ces complications. (Suite.)

Nous avons, dans un précédent article, examiné en détail les variétés que peut présenter l'angine compliquant l'éruption scarlatineuse. Bien que la phlegmasie de la membrane muqueuse du pharynx soit de beaucoup la plus commune dans le cours de cette fièvre éruptive, il n'est pas très rare de voir la scarlatine se compliquer d'autres affections, parmi lesquelles nous citerons en première ligne la bronchite, en raison surtout de sa gravité, puis les hydropisies et les accidents cérébraux.

La bronchite est la complication la plus ordinaire de la rougeole, et quelquefois il est des cas où l'éruption étant peu distincte, la phlegmasie de la muqueuse bronchique a pu servir de moyen diagnostic et dissiper l'incertitude. En général, la bronchite accompagnant la scarlatine est moins dangereuse et moins susceptible de suites graves que celle qui accompagne la rougeole. Nous avons vu assez souvent la bronchite rubéolique se terminer par une phthisie pulmonaire mortelle, terminaison beaucoup moins fréquente dans la bronchite scarlatine; ce qui tient peut-être, disons-le en passant, à ce que souvent la présence de l'éruption empêche, à tort ou à raison, le médecin de combattre par des moyens suffisamment énergiques la phlegmasie intermittente, qui constitue presqu'à elle seule la gravité de la maladie. Nous verrons, en parlant du traitement, que l'opinion de M. Guersant est celle-ci: que l'on doit combattre ces phlegmasies par un traitement énergique, et presque comme si l'éruption n'existait pas. Nous n'entrerons ici dans aucun détail d'anatomie pathologique. Les altérations déterminées par les bronchites sont assez connues pour que nous puissions nous dispenser de nous y étendre.

L'époque à laquelle paraît la bronchite est en général au commencement de l'éruption, pendant les trois ou quatre premiers jours à partir du début de la maladie. Comme pour la rougeole, la bronchite scarlatine se développe beaucoup plus fréquemment à cette époque qu'à toute autre période de l'éruption. Les phénomènes symptomatiques sont les mêmes que ceux de la bronchite primitive, c'est-à-dire, résonnance bonne partout, râles sibilant et muqueux. Il n'y a de matité que dans les cas où la bronchite passe à l'état de véritable engouement pneumonique; ce qui est assez rare chez l'adulte, mais beaucoup plus fréquent chez l'enfant. Ce n'est également que dans les cas de véritable engouement pneumonique qu'il y a de la crépitation, signe distinctif de l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici que le caractère différentiel du râle crépitant et du râle muqueux, c'est que le premier ne s'entend que pendant l'inspiration, tandis que le second s'entend pendant l'inspiration et pendant l'expiration; que le premier peut être sec et humide, tandis que le râle muqueux, déterminé, comme l'indique son nom, par la présence de mucosités dans les canaux bronchiques, est toujours plus ou moins humide.

Chez la plupart des enfants qui ont présenté des pneumonies pendant la scarlatine ou à sa suite, cette phlegmasie paraît guère ne se développer que vers le douzième ou le quinzième jour après le début de la maladie. Ce n'est donc le plus souvent qu'une affection secondaire, et le plus fréquemment elle est d'une gravité telle, qu'elle entraîne la mort des sujets. Nous n'avons rien de plus à dire sur les complications thoraciques de la scarlatine; nous y reviendrons plus bas en parlant du traitement.

La plus fréquente peut-être après l'angine est l'anasarque, complication si commune, qu'il n'est pas d'auteur qui ne lui ait consacré quelques lignes au moins. Quelle que soit réellement la cause qui la détermine, c'est presque toujours à un refroidissement subit qu'on l'a attribuée. Sennert, Heister et Borsieri, sont les premiers qui aient insisté sur l'influence du froid sur sa production. Quant au pronostic, les auteurs ne sont point d'accord sur sa gravité, les uns la regardant comme une terminaison grave de l'exanthème, les autres pensant qu'elle ne survient qu'après les scarlatines les plus bénignes.

Les suffusions séreuses qui surviennent à la suite de la scarlatine, peuvent se montrer soit dans tous les organes, soit dans une certaine série d'organes seulement. Elles peuvent survenir toutes à la fois, ou successivement; mais dans tous les cas, elles ne sont jamais que l'expression d'un seul et même état morbide; c'est ordinairement deux ou trois semaines après l'éruption que l'hydropisie survient, pendant la période de desquammation. Lorsque l'hydropysie est tout d'abord générale, et qu'elle se montre brusquement, elle peut en très peu de temps devenir mortelle; chose facile à concevoir, le tissu pulmonaire s'œdématiant assez facilement, et devenant par cela même impropre à la respiration. L'opinion a généralement prévalu, qui attribue le plus souvent à un refroidissement subit la production de l'anasarque après l'exanthème scarlatineux; opinion que partage complétement M. Guersant.

Dans ces dernières années, les Anglais, qui ont peut-être, il faut le dire, trop insisté sur la maladie de Bright, et ont souvent cru la voir là où elle n'existait pas; se sont longuement étendus sur la liaison de la scarlatine avec la néphrite albumineuse. Dans ce cas, suivant MM. Rilliet et Barthez, ils auraient eu raison d'attirer l'attention des observateurs sur ce point, et ces auteurs affirment que la néphrite albumineuse coïncide souvent avec l'hydropisie scarlatineuse. Plus de la moitié de nos hydropiques, et parmi eux plus des deux tiers de ceux qui avaient une anasarque, nous ont présenté, soit pendant la vie, soit après la mort, une lésion caractéristique des reins. Or, la néphrite albumineuse détermine d'ailleurs si fréquemment des hydropisies, qu'il est impossible de lui refuser une influence considérable sur le développement de celles qui succèdent à la scarlatine. La plus fréquente des hydropisies scarlatineuses est l'anasarque. En seconde ligne, nous placerons l'œdème pulmonaire; puis les épanchements séreux de la plèvre et de l'abdomen.

Il n'est pas rare de voir la scarlatine se compliquer d'accidents cérébraux, le plus ordinairement tellement graves qu'ils déterminent une issue funeste de la maladie, et qui ne paraissent être, d'après les résultats de l'anatomie pathologique, le résultat que d'une simple congestion des méninges. Dans tous les cas, on devra faire une sérieuse attention à l'état du pouls, et tenir compte du mouvement fébrile, s'il existe, mouvement fébrile qui indiquerait qu'il n'y a plus là une simple congestion, mais un véritable travail inflammatoire.

Lorsque la scarlatine se complique, ce qui arrive assez fréquemment, d'une inflammation d'une membrane séreuse, presque toujours cette phlegmasie revêt une forme subaiguë, ou du moins une marche qui n'a pas beaucoup de rapports avec la forme franchement aiguë de la phlegmasie primitive. Ainsi, l'épanchement séreux sera toujours beaucoup plus commun que la formation du pus ou des fausses membranes; cette sécrétion séreuse semble se rapprocher un peu de l'anasarque, de l'infiltration, de l'œdème des différents organes dont nous avons parlé plus haut. Nous ne parlerons que pour mémoire des autres complications qui peuvent survenir dans la scarlatine, telles que les inflammations articulaires, les parotidites, les abcès, les hémorrhagies. Ces dernières sont peu fréquentes; cependant la science en possède quelques exemples remarquables, et tout récemment encore, M. Duhamel a communiqué à la Société de médecine pratique un cas fort curieux de scarlatine accompagnée d'hémorrhagies graves, chez un jeune sujet qui succomba en peu de jours.

Dépourvue de complications du côté des organes essentiels à la vie, la scarlatine est en général une affection peu grave, lorsqu'elle suit une marche régulière, et le pronostic en est favorable. Comme pour la rougeole, ce n'est guère que les complications qui la rendent redoutable. Elle est toujours dangerense, et l'on doit porter un pronostic fâcheux s'il survient des symptômes cérébraux, et surtout si la maladie revêt la forme ataxique. L'adynamie semble toujours moins grave, et n'est pas toujours nécessairement mortelle. Mais même lorsqu'il existe des troubles du côté du système nerveux, il faut distinguer, disent les auteurs, les troubles de l'intelligence des symptômes fournis par l'appareil locomoteur. Un enfant scarlatineux qui a de l'agitation, du délire, qui crie sans cesse, ou qui est dans le coma, est gravement malade; mais on doit avoir peu d'espérance, s'il présente, en outre, de la contracture, des convulsions, de la paralysie. On voit rarement guérir les malades qui offrent de pareils symptômes pendant le premier et le second septenaire de la maladie. Il faut, en effet, ne pas confondre avec les accidents cérébraux dont nous venons de parler, ceux qui surviennent à une époque beaucoup plus avancée, et qui succèdent à l'anasarque scarlatineuse; ceux-là paraissent être moins graves que les précédents.

Nous ne nous étendrons point sur le traitement de la scarlatine, nous contentant de dire ici quelques mots du traitement des complications dont nous avons signalé les principales. M. Guersant pense que les complications de bronchite, de pneumonie, de pleurésie, de gastrite ou d'entérite doivent être combattues énergiquement et comme s'il n'existait point d'éruption cutanée; il en est de même des phlegmasies qui occuperaient les méninges ou le cerveau. Le traitement de l'angine est plus simple; si elle est légère, et que rien n'indique qu'elle doive prendre une grande intensité, les saignées ne sont point nécessaires, et l'on se contente d'appliquer autour du cou des cataplasmes émollients, de faire gargariser les enfants avec une décoction mucilagineuse, ou d'injecter doucement le même liquide au fond de la gorge. Lorsqu'au contraire, l'angine est très violente, on doit recourir, dit M. Guersant, à l'application de sangsues au cou et au-dessous des angles des mâchoires, aux ventouses scarifiées, et même à la saignée générale si l'âge et la constitution de l'enfant le permettent. Dans les cas d'angine couenneuse, ou pultacée, qui coïncide souvent avec des symptômes généraux très graves, il est en général peu utile d'employer les émissions sanguines, à moins toutefois que des indications particulières ne les réclament ou que le gonflement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires ne soit porté à un très haut degré. Mais en pareille circonstance, on se trouve bien du traitement topique prescrit contre l'angine couenneuse simple.

Lorsque l'angine vient à revêtir le caractère gangréneux, on a proposé et mis en usage les vomitifs et les purgatifs quelquefois utiles au début, quand aucune lésion phlegmasique de l'estomac et des intestins ne les contre-indique. Plus tard, on en vient aux toniques administrés à l'intérieur et à l'extérieur. M. Guersant emploie souvent comme gargarisme la décoction de quinquina avec ou sans alcool camphré, ou avec addition d'un quart de solution de chlorure d'oxyde de sodium. La liqueur de Labarraque est fréquemment employée par ce praticien en gargarisme, en injections, et pour imbiber un petit pinceau de charpie avec lequel on irait toucher les parties malades.

Dans le cas particulier au sujet duquel nous avons présenté ces quelques considérations pratiques, l'angine n'a rien présenté de grave, et qui nécessitât d'autre traitement que l'expectative; mais il n'en est point de même de la phlegmasie bronchique qui a été assez grave pour nécessiter l'emploi d'une médication active et énergique. Une application de sangsues sur la poitrine, deux purgatifs doux et légers ont été nécessaires pour faire disparaître complétement les symptômes d'inflammation bronchique qui menaçaient de retarder long-temps la convalescence, et qui auraient pu même causer une terminaison funeste.

Lorsque la fièvre éruptive s'accompagne de phénomènes ataxiques, cas toujours grave, avons-nous dit, à moins d'une réaction très vive, il est rarement utile de tirer du sang, et l'on doit s'en tenir habituellement aux bains tièdes ou même presque froids, ou aux simples lotions d'eau fraîche; enfin aux révulsifs sur les extrémités inférieures. M. Guersant s'est encore souvent servi avec avantage des affusions froides, moyen fort efficace encore dans les congestions et les inflammations urétrales. La méthode de traitement par les affusions froides, qui depuis quelques années a pris un grand développement, a été pour la première fois mise en usage par un praticien anglais, M. Currie, qui, au commencement de ce siècle, traita dans une épidémie scarlatine cent cinquante malades de cette manière et avec le plus grand succès. Sans prétendre obtenir d'aussi complets et d'aussi constants résultats, M. Guersant croit que l'on peut espérer par les affusions et lotions froides, dans les circonstances que nous venons de signaler, des succès que ne donneraient point d'autres médications.

Enfin, et pour terminer ce qui est relatif au traitement des complications de la scarlatine, nous dirons quelques mots de la scarlatine qui se présente avec les symptômes de la fièvre adynamique franche. Lorsque, dès le début de l'affection, il existe une prostration excessive, que l'éruption est pâle, le pouls à peine sensible, les malades tourmentés de nausées fréquentes et de vomissements, les éruptions sanguines ont rarement paru utiles à M. Guersant. Les dérivatifs externes et les toniques à l'intérieur lui semblent, en pareil cas, les seuls moyens convenables. Quant à l'anasarque que l'impression du froid peut déterminer, il faut examiner avec soin s'il n'existe pas d'inflammation interne à laquelle on puisse rattacher cet accident. On doit aussi tenir compte de l'état des forces, car chez un certain nombre d'individus robustes et sanguins, on a vu assez souvent l'infiltration disparaître sous l'influence du traitement antiphlogistique et des saignées. Plus fréquemment cependant c'est par les purgatifs, les diurétiques et les diaphorétiques qu'on parvient à faire cesser l'œdème. Le calomel, conseillé surtout par les médecins anglais, l'huile de ricin, le sulfate de potasse, l'oxymel scillitique, la digitale remplissent assez bien ces indications.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

De la conjonctivite papuleuse. — De la thérapeutique des conjonctivites purulentes.

Il nous reste, pour terminer ce que nous avons à dire des conjonctivites, à examiner le traitement des conjonctivites particulières, et spécialement celui qui convient aux conjonctivites purulentes. Mais avant d'aborder cet important sujet, nous

dirons quelques mots des caractères et de la thérapeutique d'une autre espèce, dont un exemple se trouve actuellement dans les salles.

La muqueuse de la partie antérieure de l'œil peut s'enflammer en totalité, comme nous l'avons vu ; elle s'enflamme quelquefois aussi en partie sur certains points seulement, de manière à présenter une ou plusieurs plaques au milieu de tissus sains ; c'est ce qui constitue la conjonctivite partielle, dont la plus commune est celle qu'on désigne sous le nom de *papuleuse*. Ceci ne cadrerait guère avec les idées de quelques praticiens, qui n'admettent pas même que les différents tissus de l'œil puissent être enflammés séparément, puisqu'il s'agit ici d'une des membranes de l'œil devenue le siége d'une phlegmasie limitée à quelques points, d'une inflammation qui, non-seulement, n'envahit pas les divers éléments dont l'œil se compose, mais encore n'occupe qu'une petite partie d'un des tissus de l'organe. Il est certain pourtant que la chose existe, et qu'on voit se développer sur la conjonctive une ou plusieurs plaques rouges présentant les caractères que nous avons assignés à la conjonctivite franche.

La variété la plus commune, avons nous dit, est la conjonctivite papuleuse. La jeune fille couchée au n° 16 en offre un exemple parfaitement tranché; elle porte au grand angle de l'œil une plaque rouge occupant environ le tiers de la sclérotique. Cette plaque est fort apparente; elle est composée de vaisseaux arborescents, comme dans la conjonctivite générale; sa portion la plus large est du côté de la cornée, et l'on peut s'assurer qu'elle n'a son siége ni dans cette dernière membrane complétement saine, ni dans la sclérotique : car, d'une part, la vision est intacte, et de l'autre la plaque est mobile, se déplace, ce qui suffit pour faire juger qu'elle siége sur la conjonctive.

Dans cette variété de la conjonctivite, on observe ordinairement une tache grise, blanche ou rosée, d'un ou deux millimètres d'étendue, tantôt conique, surtout quand elle apparaît; puis, se déprimant ensuite, ce sont ces papules qui ont imposé le nom à la maladie. Il y a d'ordinaire autant de papules que de plaques. Ce sont encore ces taches que certains oculistes ont confondues avec des ulcérations, et leur erreur est assez facile à comprendre; car les papules présentent, en effet, à une certaine époque, un aspect déprimé qui peut en imposer pour une ulcération ; mais il arrive là ce qui survient pour les aphthes, ce sont les tissus voisins qui se gonflent, et non le siége du mal qui se déprime. Autour de cette papule, le tissu sous-conjonctival se boursoufle et donne à la tache l'aspect que nous venons de signaler.

Sous le rapport de leur siége, ces papules n'ont pas été mieux étudiées ; il a été mal déterminé. Les uns ont voulu qu'elles se montrassent toujours à l'union de la cornée avec la sclérotique ; d'autres, sur la conjonctive seulement. L'observation démontre qu'on les trouve tantôt sur la conjonctive seule, tantôt sur la cornée, et d'autre fois à cheval sur la conjonctive et la cornée en même temps. Nous l'avons vu sur la cornée chez un homme qui en présentait quatre fort distinctes.

De cette papule on a voulu faire le signe de l'ophthalmie scrofuleuse. Les élèves de l'école de Beer, l'école allemande que les Allemands eux-mêmes renient, soutient qu'elle constitue le caractère positif de cette ophthalmie dite scrofuleuse.

Est-il besoin de réfuter cette opinion? Cette jeune fille qui nous sert précisément d'exemple en ce moment pour étudier cette maladie, n'est nullement scrofuleuse, et nous avons vu cette papule sur les yeux d'individus musculeux, nerveux, bilieux, de toutes les constitutions.

D'ailleurs, il n'est nullement besoin de recourir au tempérament du sujet pour expliquer cette papule; elle se développe le plus souvent à l'angle interne ou externe de l'œil, de préférence sur la sclérotique, et on voit en cet endroit un point plus épais que les autres, une sorte de nœud, de bosse, qui existe naturellement, et qui, chez certains individus, est visible au point que nous avons été consulté plusieurs fois par des gens qui pensaient avoir une maladie dans l'œil parce que, par hasard, ils avaient aperçu cette petite éminence : c'est ce point qui, le plus souvent, devient le siége de la papule.

La conjonctivite partielle, papuleuse, ne se comporte pas de la même manière que la conjonctivite générale ; très souvent d'abord elle reste partielle, quelquefois cependant elle gagne peu à peu la conjonctive tout entière. Elle dure ordinairement de huit, dix à quinze jours, mais souvent elle est tenace et beaucoup plus rebelle que la conjonctivite générale.

La solution de nitrate d'argent ne réussit pas très vite dans cette variété, la cautérisation directe de la papule avec le crayon de nitrate d'argent produit de bien meilleurs résultats. Une fois la papule convenablement touchée avec le caustique, le plus souvent la maladie s'arrête et la résolution commence.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la conjonctivite partielle devient parfois générale. La jeune fille que nous citions tout-à-l'heure en offre un exemple. Cette malade a été traitée de trois manières différentes. On a d'abord employé la solution d'azotate d'argent, puis la cautérisation directe, mais l'indocilité du sujet n'a pas permis que cette cautérisation eût le succès qu'on en devait attendre. La conjonctive a marché et s'est généralisée bientôt ; aujourd'hui on restera dans l'expectation; demain si l'inflammation a augmenté on aura de nouveau recours au nitrate d'argent.

En définitive, ce que nous avons établi à l'égard de la conjonctivite papuleuse s'applique à toutes les conjonctivites partielles ; car lorsqu'une plaque de la conjonctive s'enflamme, la papule ne tarde pas à apparaître. On peut donc s'en tenir à ces deux divisions, conjonctivite générale, conjonctivite partielle.

Conjonctivite purulente. — Nous avons insisté assez longtemps sur la description des conjonctivites purulentes pour faire comprendre tout ce qu'avaient de redoutable ces sortes d'inflammations, et l'on a dû en conclure nécessairement qu'en face d'une maladie aussi grave, compromettant la fonctions de l'organe dans un temps souvent si court, le traitement devait être actif, énergique.

Les moyens à opposer aux conjonctivites purulentes sont, comme toujours, de deux sortes, des moyens généraux et locaux.

La médication générale se compose des moyens les plus actifs qu'elle puisse fournir et employés d'une manière violente ; c'est ainsi que la saignée, par exemple, a été mise en usage dans cette affection d'une façon tout à fait inaccoutumée. S'il faut en croire quelques médecins anglais, ils auraient fait vingt saignées dans des cas de conjonctivite purulente. Nous avouons avoir peine à croire et à comprendre, cependant, malgré l'autorité des noms, comment l'un d'eux a pu tirer à un malade jusqu'à *quarante livres* de sang pendant la durée de la maladie.

Du reste, ce mode d'usage de la saignée a pu permettre d'apprécier le remède, et ceux qui s'en sont servis de cette manière n'en avouent pas moins que les malades perdent encore la vue. La saignée ne peut donc être regardée que comme un remède accessoire, bon sans doute, mais qui n'atteint pas la phlegmasie purulente et ne peut par conséquent passer pour le moyen principal à employer contre la maladie qui nous occupe.

Il en est de même des sangsues appliquées aux tempes, aux orbites, aux oreilles ; il en est de même des purgatifs ; tous ces moyens n'attaquent pas le principe virulent ; ils peuvent être utiles comme adjuvants, c'est leur seul rôle.

On a vanté encore comme médication spéciale le calomel administré à hautes doses. Nous avouons ne l'avoir pas employé, ce qu'en disent ses partisans mêmes ne prouvant pas qu'il soit fort efficace ; d'ailleurs nous l'avons prescrit dans les conjonctivites proprement dites, et le peu de résultats que nous en avons obtenu ne nous a pas engagé à l'essayer dans les phlegmasies purulentes.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur l'emploi de la térébenthine, du camphre, du colchique, etc.

En résumé, les médications générales ne suffisent pas dans les conjonctivites purulentes et nous comprenons ici toutes les espèces de conjonctivites, des nouveau-nés, des armées, d'Egypte; il n'y a guère que la conjonctivite blennorrhagique qui se laisse influencer par l'emploi des balsamiques.

Convaincus de l'inefficacité des moyens généraux, les praticiens ont essayé alors les remèdes locaux sous toutes les formes et à toutes les doses, des collyres de toute espèce ont été prescrits, et tous ces moyens n'empêchaient pas le plus souvent le malade de perdre les yeux ; et alors, on en est venu à cautériser directement la conjonctive enflammée, et l'on a même inventé des instruments propres à remplir ce but.

Sanson imagina un anneau porte-caustique assez large pour que la cornée ne fût point atteinte par la cautérisation; il associait à ce moyen l'excision de la conjonctive, déjà conseillée avant lui.

Ces cautérisations ne réussirent encore qu'exceptionnellement. Plus de malades perdirent la vue, qu'il n'y en eut qui la conservèrent. Il fallait donc continuer à chercher.

Ne pouvant compter sur la médication générale, on essaya, disions-nous, des topiques de toutes sortes; mais il est évident que contre une affection aussi redoutable, aussi prompte, il est une infinité de préparations employées contre les autres maladies de l'œil dont l'action est beaucoup trop faible, et qui ne peuvent mériter aucune confiance. Ainsi toutes les pommades et tous les collyres ordinaires sont, on le comprend, complétement insuffisants contre les conjonctivites purulentes. On peut dire que toutes les solutions employées aux doses propres à guérir les autres affections des yeux, ne servent absolument à rien ici. Ce qu'il faut, c'est un remède très énergique par la dose ou la substance, peu importe.

On a encore beaucoup vanté les larges onctions mercurielles associées aux sangsues; on a prétendu arrêter le mal par ces moyens; c'est une erreur, et une erreur dangereuse; car pendant que cette médication est mise en usage, les yeux se perdent; il est trop tard pour y substituer des remèdes plus efficaces.

Qu'on y réfléchisse, rien n'est léger ici, il ne s'agit point d'une de ces ophthalmies qui guériront toujours tôt ou tard, qui guériront avec le remède, malgré le remède, ou sans y rien faire absolument. Dans les conjonctivites purulentes, quand du premier moment on n'emploie pas le moyen qui convient, l'œil est perdu. C'est dans cette sorte de cas que l'expérience des praticiens est utile, que l'ignorance est impardonnable.

Nous avons vanté nous-même autrefois un remède que nous avons reconnu insuffisant, mais qui a été utile pourtant dans quelques circonstances. Il consiste dans un mélange de calomel et d'eau de guimauve à la dose de 4 grammes pour 120 de liquide mucilagineux. Nous l'avons employé à l'hôpital des Cliniques; on devait secouer la fiole chaque fois qu'on voulait s'en servir, et il fallait en introduire dans l'œil; nous avons vu plusieurs ophthalmies blennorrhagiques arrêtées par ce moyen; mais d'autres ont continué leur marche.

Nous avons porté le calomel en poudre dans l'œil; c'est encore un remède qui nous a paru utile, mais qui ne guérit pas toujours, avec lequel la sécurité n'est pas suffisante.

Le sublimé a été employé par plusieurs médecins à la dose de 1 à 2 décigrammes pour 30 grammes d'eau; comme il est très soluble, son emploi est plus facile que celui du calomel ; mais c'est un moyen qui exige de grandes précautions, et son énergie, comme résolutif, ne nous a pas paru d'ailleurs plus grande que celle du calomel. Malgré lui, la maladie a marché quelquefois.

Il ne reste guère après ces différents remèdes que le nitrate d'argent qui puisse exercer une certaine influence sur ces conjonctivites, puisque nous avons fait pressentir déjà que l'excision de la conjonctive était insuffisante. Avant de parler de l'action du nitrate d'argent sur les conjonctivites purulentes, si nous examinons les raisons qui doivent faire rejeter l'excision, nous en trouvons plusieurs. La première, c'est qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de pratiquer cette excision dans tous les points où la membrane devrait être enlevée ; le boursouflement des paupières, l'état de l'œil dans cette inflammation rendent compte de cette difficulté. Une seconde raison, c'est qu'en supposant qu'on parvînt à exciser suffisamment, cela n'empêcherait nullement le reste de la conjonctive de continuer à être le siége de l'inflammation ; la cornée pourrait donc se prendre et l'œil être perdu, malgré l'opération. Enfin, une dernière raison consiste en ce que par l'excision on ne détruit pas la virulence, ce principe qui fait la gravité de l'affection. Nous pourrions ajouter encore que l'excision peut laisser de la difformité à sa suite, et que d'ailleurs l'expérience a prouvé qu'elle ne réussissait que rarement.

Pour revenir à l'emploi du nitrate d'argent, une foule de praticiens aujourd'hui sont d'accord sur les services que cet agent peut rendre dans les conjonctivites purulentes, à la condition d'être employé à une dose élevée. En Irlande, en Ecosse, en Angleterre, MM. Hirglans, Kenedy, etc. ; dans le nord, M. Florian, de Saint-Pétersbourg, s'en sont servis avec succès. Le dernier de ces médecins l'a employé dans plusieurs centaines de cas ; il est enthousiaste de ce moyen, et déclare que toutes les fois qu'il a pu s'en servir à temps, les malades s'en sont admirablement trouvés.

En Angleterre et en Belgique, beaucoup de praticiens pensent de même.

Pour nous, qui l'employons en France depuis une douzaine d'années, nous n'hésitons pas à dire que jusqu'à présent nous ne connaissons aucun remède qui vaille mieux. Certainement ce n'est pas un moyen infaillible ; mais de tous ceux que nous possédons, celui-là doit être considéré, selon nous, comme le meilleur.

Les doses auxquelles on l'emploie, varient suivant les pays et les praticiens. Ainsi, les Anglais s'en servent à 8 on 10 grammes pour 30 grammes d'eau ; M. Florian n'a pas bien précisé, et c'est là un reproche qu'on peut lui adresser ; les quantités dont il fait usage. Quelques praticiens usent du nitrate d'argent en crayon tel qu'on le trouve dans les trousses.

Il faut avouer qu'au premier abord, l'usage du nitrate d'argent tel que nous le décrivons a quelque chose d'effrayant. Quand on sait qu'il faut si peu toucher la cornée dans l'état sain pour y déterminer une tache opaque, on en vient à redouter un moyen aussi énergique, et à craindre de faire perdre les yeux aux malades par l'application seule du remède. Aussi quelques praticiens, distingués d'ailleurs, ont-ils émis cette opinion, qu'un pareil traitement devait nécessairement amener la perte de la vue. Il y a un an environ, un médecin, M. Delasiauve a fait quelques expériences à propos de quatre faits recueillis dans le service de M. Trousseau et dans le nôtre, et qui avaient été publiés, desquelles expériences il semblerait résulter que le nitrate d'argent employé aux doses ci-dessus indiquées doit aveugler nécessairement. Ce médecin a instillé dans les yeux de lapins une solution à 4 ou 5 grammes pour 25 à 30 grammes d'eau, et ces animaux ont perdu la vue. Comme M. Trousseau, n'ayant pas réussi dans certains cas, avait conclu que le moyen avait été employé trop tard, M. Delasiauve avait pensé, lui, que l'insuccès devait être attribué au remède.

Mais aujourd'hui les expériences sur l'homme démontrent précisément le contraire ; nous avons ici un exemple frappant de l'influence du nitrate à haute dose sur l'ophthalmie purulente. La jeune fille arrivée ces jours-ci avec une conjonctivite purulente bornée à un seul œil, est cautérisée avec le crayon d'abord, puis mise à l'usage de la solution à un demi-gramme. Il y a du mieux. En douze heures l'autre œil se prend et arrive à un état des plus alarmants. On fait usage de la solution d'abord ; le mal marche ; on cautérise largement le soir, et le lendemain matin le mal paraissait arrêté.

En règle générale, il ne faut pas être timide dans des cas semblables; nous y insistons parce que nous comprenons parfaitement l'hésitation des praticiens qui ne sont pas encore au courant de cette médication, puisque nous-même nous hésitons encore quelquefois, tant cela a quelque chose d'effrayant. Et ce qui fait que nous hésitons, c'est que dans quelques circonstances où nous avons employé le nitrate d'argent à la dose de quatre à cinq grammes du premier coup, nous avons vu la cornée se fondre en un point, une onglée blanche, opaque se montrait et laissait une large ulcération ; de là un embarras. Etait-ce le résultat de la maladie? Etait-ce la conséquence de l'emploi de ce médicament? Ne se pourrait-il pas que le nitrate stagnant sur un point de la cornée y déterminât cette ulcération ? D'un autre côté, sans aucun doute, la maladie seule peut la produire. Cette question est restée douteuse pour nous, et ce doute est la source de l'hésitation où nous sommes parfois. Aussi, il faut se faire une loi de marcher progressivement. Pour cette jeune fille que nous citions, si la maladie a fait des progrès, évidemment c'est que le médicament était employé à une dose trop faible.

Donc, il résulte de tout ceci que le nitrate d'argent est, de tous les topiques, le plus efficace, à la condition d'être employé à haute dose et d'une certaine manière. Nous voulons dire, par une certaine manière, qu'il faut de l'attention, de l'habitude, pour manier ce médicament. Il ne suffit pas de le placer dans l'œil au hasard pour ainsi dire; toute la surface malade doit en être touchée avec soin, et seulement la surface malade; il est nécessaire que la solution pénètre dans les rainures oculo-palpébrales.

Quelques praticiens prétendent que toutes ces petites conditions, tous ces petits soins sont inutiles ; que tout cela ne fait rien ; qu'il suffit de mettre de la solution dans les yeux; nous ne sommes pas de cet avis; nous croyons, pour notre

compte, que ces précautions sont pour beaucoup dans le succès.

Dirons-nous qu'il convient d'employer le médicament à des doses différentes selon l'époque et l'intensité de la maladie, d'en faire usage plus ou moins de fois en vingt-quatre heures, par exemple, par rapport aux mêmes conditions. Il est inutile d'y insister. Nous ajouterons seulement que si la maladie est très intense, il vaut mieux cautériser avec le crayon que d'employer le collyre. On tâchera alors de renverser les paupières pour atteindre partout, en évitant avec soin la cornée, que, du reste, la matière purulente protége toujours un peu. Si les paupières ne peuvent être renversées, alors on se servira de la solution, mais on l'emploiera avec toutes les précautions indiquée. Enfin, si les paupières ne pouvaient être écartées, on se servirait alors d'une petite seringue en verre à siphon mousse, pour faire parvenir le liquide dans tous les points qu'on ne peut atteindre par d'autres moyens.

Quand on aura employé la solution, nous recommandons de revoir le malade dans la journée même, afin que si la purulence continue toujours à faire des progrès, on cautérise sans plus attendre avec le nitrate d'argent solide. La cautérisation pratiquée deux fois on n'y a plus recours; on prescrit alors la solution à la dose convenable. Cette dose est, dans le commencement, d'un gramme et plus dès le premier jour. Si le lendemain la purulence est moindre, on peut diminuer la dose; si l'on est resté à un gramme, on continue; les jours suivants, la maladie étant arrêtée, on redescend à deux, un décigramme, cinq centigrammes, pour trente grammes.

Tels sont, suivant nous, les règles qui doivent présider à l'emploi de l'azotate d'argent dans les conjonctivites purulentes; mais qu'on se rappelle que tout en insistant sur ce moyen que nous regardons comme le principal, il ne faut pas négliger certains autres qui peuvent être fort utiles; car il ne faut pas penser que toutes les conjonctivites purulentes guériront par le nitrate d'argent. Le sujet est-il jeune, robuste, la saignée et les sangsues seront prescrites; si l'ophthalmie est blennorrhagique, on associera au traitement le copahu, le cubèbe. Si le malade n'est pas très vigoureux, on appliquera des ventouses sèches, scarifiées. Les paupières sont-elles très rouges, on les graissera d'onguent mercuriel. On pourra encore, toutes les fois que la conjonctivite purulente ne sera pas blennorrhagique, administrer les purgatifs énergiques, l'huile de croton-tiglium, la coloquinte, etc.

Chez la femme dont nous avons parlé, on a prescrit les balsamiques, l'existence d'une blennorrhagie étant soupçonnée.

Là se termine cette catégorie des inflammations de l'œil. Nous commencerons une nouvelle série prochainement.

PAJOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 7 mai 1844. — Présidence de M. BELHOMME.

M. Forget fait hommage à la Société d'un mémoire intitulé : Considérations pratiques sur les tumeurs du sein.

— *M. Payan* (d'Aix) écrit pour solliciter le titre de membre correspondant, et envoie plusieurs opuscules médicaux. (Commissaires : MM. Collomb, Forget et Edouard Louis.)

— Après un rapport favorable de *M. Baraduc*, la Société admet au nombre de ses membres M. le docteur Beaugrand.

— *M. Blatin* communique une observation d'ablation d'une amygdale qu'il a pratiquée chez une jeune personne de seize ans, à l'aide du tonsillotome de Fanestock. Au moment de l'excision une douleur vive s'est fait sentir dans l'oreille correspondante, et il s'est écoulé environ 250 grammes de sang, hémorrhagie qui du reste s'est arrêtée d'elle-même en moins d'une demi-heure. La cicatrisation était presque achevée lorsque, dans la nuit du cinquième au sixième jour, la malade fut réveillée par une nouvelle hémorrhagie bientôt suivie de syncope, et qui cependant s'est arrêtée spontanément comme la première. Interrogée sur les causes qui avaient pu provoquer cet accident, la jeune malade apprit à M. Blatin que dans la soirée qui avait précédé, elle avait joué dans la cour au soleil, qu'elle avait long-temps couru et sauté à la corde, et qu'une douleur et une pesanteur de tête avaient succédé à cet exercice. Rien n'a plus entravé ensuite la guérison. L'audition, qui était obtuse avant l'opération, sans doute à cause de l'obstacle mécanique et de l'éréthisme produit par les glandes hypertrophiées sur l'orifice interne de l'oreille, s'est améliorée depuis.

M. Félix Legros. Cette observation présente deux circonstances anormales ; la douleur et l'hémorrhagie consécutive. Ni l'une ni l'autre ne s'observent ordinairement.

M. Blatin dit qu'il a enlevé cinq ou six fois les amygdales, et qu'il a toujours observé de la douleur quand il a coupé la glande près de sa base.

M. Forget. La douleur pourrait tenir au procédé opératoire. En effet, l'instrument dont s'est servi M. Blatin a des inconvénients tels que j'ai vu plusieurs chirurgiens y renoncer. Il s'applique difficilement, et, pour engager l'amygdale dans l'anneau métallique qui le constitue, il faut exercer une certaine pression qui peut devenir douloureuse; surtout s'il existe de l'inflammation. Il y a plus, sous cette pression l'amygdale fuit et se cache entre les piliers du voile du palais, de sorte qu'on la saisit très incomplétement, et que le plus souvent on n'en excise qu'une faible portion. Ajoutons que les amygdales n'ont pas toutes le même volume, qu'elles ne sont pas toujours hypertrophiées au même degré. Il s'ensuit qu'il faut autant d'instruments qu'il y a de différences sous ce rapport. Enfin l'instrument dont il s'agit est difficile à manœuvrer dans l'isthme du gosier, surtout chez les enfants, en raison de leur indocilité et du peu d'étendue de la région. Avec le bistouri et la longue érigne à double crochet dont se sert M. Blandin, tous ces inconvénients disparaissent. Quelle que soit l'étroitesse de l'isthme du gosier, on peut manœuvrer à l'aise, les instruments offrant très peu de largeur et occupant peu d'espace. D'ailleurs, j'ai remarqué qu'une fois l'amygdale saisie, le patient maintient la bouche ouverte malgré lui, et qu'il devient ainsi très facile de faire agir le bistouri. Un autre avantage, c'est de pouvoir à l'aide de l'érigne, dégager autant qu'on veut l'amygdale en l'attirant vers la luette; ce qui permet d'en enlever autant qu'on le juge convenable. Je préfère donc beaucoup ce dernier mode opératoire à celui qui met en usage l'instrument à guillotine.

M. Bonnafont partage l'opinion de M. Forget. Chez la malade de M. Blatin, le voile du palais peut avoir été entamé par l'instrument. Il ajoute qu'il n'a jamais observé d'hémorrhagie à la suite de cette opération. Il n'a jamais vu non plus l'oreille être influencée par l'hypertrophie ou par l'ablation des amygdales.

M. Baraduc. L'inflammation de l'oreille n'est pas causée en pareil cas par la compression de la trompe d'Eustache, mais par l'extension de la phlegmasie à la muqueuse qui tapisse ce conduit. Quant à la douleur signalée par M. Blatin, elle peut tenir à l'excision d'une portion de la muqueuse de l'un des piliers. J'ai remarqué en effet dans les opérations de ce genre que j'ai pratiquées ou vu pratiquer, qu'il y avait absence de douleur lorsque la muqueuse demeurait intacte, tandis que si elle était compromise, la douleur se manifestait.

M. Blatin est sûr de ne pas avoir entamé les piliers.

M. Toirac. Avec l'instrument ordinaire à résection, il faut presser très fortement pour dégager et saisir l'amygdale. J'en ai fait un qui présente une courbure beaucoup plus commode pour comprendre la glande.

— *M. Félix Legros* lit la note suivante :

« Dans certaines maladies, dans la réduction des hernies, des hémorrhoïdes, mais surtout des luxations, l'indication est d'affaiblir le système musculaire, afin de prévenir toute résistance aux efforts réductifs. Pour atteindre ce but, l'art possède divers moyens, les bains prolongés, les saignées jusqu'à syncope, le tartre stibié à doses nauséeuses, tous ceux enfin qui produisent une tendance à l'affaiblissement, à la défaillance, au coma. Dupuytren, lui, se contentait, dans la réduction des luxations (comme le rappelle ma thèse inaugurale), de distraire vivement et brusquement l'attention du malade, et cela avec un grand succès. Impressionné par ces méthodes, j'avais imaginé d'employer aux mêmes fins l'ivresse qui, comme on le sait, paralyse complétement la puissance musculaire (*Post vinum immodicè assumptum, delirium et coma*), et d'étendre même ce genre de traitement à d'autres affections dans lesquelles les muscles jouent le principal rôle; comme le tétanos, le rhumatisme, etc. J'en parlai à mon maître, qui me fit alors envisager les inconvénients, sinon les dangers de cette médication, dont, dès ce moment, je ne m'occupai plus; lorsque lisant ces jours derniers une relation médico-chirurgicale inédite, je crois, du tremblement de terre de la Guadeloupe; par les docteurs Dutrouleau et Gonnet, je ne fus pas peu surpris de voir que ces chirurgiens de marine avaient employé l'ivresse alcoolique chez cinq victimes du tremblement de terre atteintes de tétanos, et qu'ils en avaient guéri deux; résultat, il faut le dire, capable de légitimer d'avance les tentatives que nous pourrions faire en Europe. Pour ma part, je n'ai rien à revendiquer, car ma priorité n'est établie nulle part. Seulement, je me demande maintenant, en face des expérimentations qui se commettent tous les jours, si le traitement par ivresse ne pourrait pas être essayé dans quelques affections rhumatismales dont la cause est souvent semblable à celle du tétanos idiopathique, l'action du froid sur le corps en sueur, par exemple. M. Cornuel qui, le premier, paraît avoir employé ce traitement à la Pointe-à-Pitre, contre le tétanos, conseille, dès l'apparition des accidents, le tafia, soit pur, soit mêlé d'eau ou de sirop simple, suivant le goût du malade, par doses fractionnées et répétées de manière à déterminer promptement l'ivresse qu'on entretient pendant trois jours au moins. C'est par une sorte de stupeur, par une détente générale propre à l'ivresse alcoolique, que ce moyen semble agir. »

M. Géry. J'ai eu récemment occasion de constater les avantages de l'ivresse dans la réduction des luxations. Des jeunes gens étant venus pendant la nuit réclamer mes soins pour l'un d'eux atteint d'une luxation du bras, j'opérai la réduction avec une facilité qui m'étonna, et que j'attribuai à l'état d'ivresse du malade. La luxation s'est maintenue parfaitement réduite. Je fais cette observation parce que chez certains individus les luxations se réduisent très facilement, mais se reproduisent de même. En voici un exemple dont j'ai été témoin à la clinique de M. Velpeau. Un jeune homme s'était présenté avec une luxation de l'humérus, et avant de procéder à la réduction, le professeur avait engagé les élèves à constater eux-mêmes les signes physiques du déplacement articulaire; mais lorsqu'il voulut le réduire, ce déplacement n'existait plus. Il voulut alors expliquer comment les tentatives d'examen avaient pu replacer l'os luxé, et dans les mouvements qu'il imprima lui-même au membre, la luxation se reproduisit.

M. Toirac a vu un homme affecté de tétanbs, guéri par une asphyxie par l'accide carbonique, qui avait amené la résolution des membres. Relativement à l'utilité de distraire les malades pour faciliter la réduction des luxations, il cite le fait suivant qui s'est passé dans son cabinet : Une dame à laquelle il faisait ouvrir fortement la bouche pour quelque opération qu'il avait à lui pratiquer, se luxa tout à coup la mâchoire. Il fit plusieurs tentatives pour remettre immédiatement celle-ci en place, et ne pouvant y parvenir, il laissa la malade en l'engageant à lire un moment. Au bout de quelque temps, il revint près d'elle, et put alors opérer la réduction sans difficulté.

M. Bonnafont. Le colonel du 47e régiment de ligne ne peut élever son épée pour le commandement sans se luxer le bras. Bien des fois, en Afrique, il m'a appelé pour le lui remettre sur le terrain même; maintenant il se le remet lui-même, tant il en a l'habitude. Quant à l'ivresse qu'on propose d'essayer dans le rhumatisme, parce qu'elle a procuré des avantages dans le tétanos, y a-t-il donc analogie entre ces deux affections, pour qu'on pense à leur appliquer le même moyen?

M. Bréon a vu un homme ivre qui, en faisant le tragédien, s'était donné un coup de couteau dans la poitrine. Comme il continuait de déclamer tandis qu'on le pansait, on s'aperçut que l'un de ses bras était luxé. La réduction fut très facile et se fit en un instant.

M. Blatin rappelle que les Valdajou employaient l'ivresse pour favoriser la réduction des luxations.

M. Ségalas. Si l'on venait à utiliser ainsi l'ivresse, il serait en quelque sorte possible d'en limiter la durée au temps rigoureusement nécessaire. J'ai souvent enivré des chiens en leur injectant de l'alcool dans les veines. Suivant l'alcool que l'on injecte, on produit tous les degrés de l'ivresse, depuis une suite d'hilarité jusqu'au coma. Mais ces phénomènes se dissipent en très peu de temps, l'exhalation pulmonaire entraînant promptement tout l'alcool injecté. Quand, au contraire, les boissons enivrantes sont portées dans l'estomac, l'ivresse est beaucoup plus longue, parce que ce viscère est alors comme un réservoir dans lequel l'absorption puise continuellement les molécules alcooliques. Pour y mettre fin, il faut débarrasser l'estomac de ce qu'il contient.

M. Forget. M. Chabrely (de Bordeaux) traite, dit-il, le tétanos avec succès par l'ammoniaque. Or, l'ammoniaque arrête l'ivresse. Comment, de deux états qui sont neutralisés par le même modificateur, l'un pourrait-il servir de remède à l'autre?

M. Bréon rapporte que, désespérant de vaincre la résistance d'un enfant qui se refusait à l'ouverture d'un abcès froid à la jambe, et se rappelant avoir lu que, dans une circonstance analogue, l'extraction d'un corps étranger de l'oreille avait été faite à la faveur de l'ivresse, il se décida à recourir à cet expédient, et fit enivrer son petit malade, auquel il put alors pratiquer l'opération nécessaire.

M. Bonnafont fait observer que ce moyen aurait des inconvénients s'il existait un état fébrile.

M. Edouard Louis a vu une femme qui, ne pouvant se décider à se laisser inciser un panaris, imagina elle-même de s'enivrer avec du vin blanc, dans l'espoir de se rendre passive. Mais, dans son ivresse même, elle conserva assez de volonté pour s'opposer encore à l'incision, et ne retira aucun bénéfice de sa tentative.

— *M. Gaide.* J'ai été consulté, il y a peu de temps, pour un enfant de 14 à 15 ans, affecté d'angine pseudo-membraneuse. Des cautérisations directes modifièrent avantageusement les accidents locaux. Mais, au bout de quelques jours, des symptômes algides se manifestèrent, et le malade mourut. M. Récamier, appelé en consultation, caractérisa la maladie d'algide essentielle.

Vers le même temps, je fus appelé à donner des soins à une petite fille de 6 ans, habitant le même quartier que le malade précédent. Un vésicatoire qu'elle portait au bras s'était recouvert de fausses membranes; des pustules s'étaient développées à l'oreille; de plus, elle se plaignait d'un mal de gorge. L'examen de cette région m'y fit découvrir une exsudation plastique peu étendue, peu épaisse; je la badigeonnai avec une solution d'alun, et il en résulta une amélioration sensible. Le surlendemain, de nouvelles fausses membranes s'étaient formées. J'employai alors l'acide hydrochlorique étendu de miel rosat, et je badigeonnai avec plus de soin. La cautérisation, répétée pendant deux jours, fut encore suivie d'amélioration. Au bout de deux jours, l'exsudation reparut pour la troisième fois. J'eus recours à un mélange d'acide hydrochlorique plus fort. Dès lors, les fausses membranes ne se développèrent plus dans la partie de l'arrière-bouche attaquable avec le pinceau. Mais plus profondément j'aperçus encore une couleur blanchâtre qui m'effraya. La petite malade avait de la peine à avaler, sa voix était éteinte, et elle avait la toux sèche et caractéristique des fausses membranes laryngiennes. Néanmoins, il n'y avait point de symptômes généraux. Je crus devoir recourir à un traitement perturbateur, et j'administrai l'émétique pendant trente-six heures, puis le calomel. Le résultat de ce traitement est encore incertain aujourd'hui. Cependant la toux est plus humide et la déglutition plus facile; la voix revient un peu. Enfin nous avons gagné du temps (douze jours), et passé le délai dans lequel surviennent ordinairement en pareil cas les terminaisons funestes. Tout cela me fait espérer que les accidents sont arrêtés. Quoi qu'il en soit, voilà presque en même temps deux cas d'angine pseudo-membraneuse. Un confrère m'a dit aussi en avoir observé un cas. Il régnerait donc une constitution épidémique favorable au développement de cette maladie.

— *M. Forget* fait part d'une erreur déplorable dont vient d'être victime la maîtresse d'un hôtel garni, rue Notre-Dame-des-Victoires. Cette dame avait une légère indisposition pour laquelle une potion ordinaire lui avait été prescrite, et sur la table où se trouvait la fiole, on avait laissé par mégarde une autre fiole à peu près semblable contenant une solution de cyanure de potassium, dans la proportion de 14 grammes de cyanure sur 250 grammes d'eau, solution qui devait être employée en fomentations par le mari pour une névrose dont il était lui-même atteint. La personne qui était auprès de la malade voulant lui donner une cuillerée de potion se trompa malheureusement de fiole, et lui présenta une cuillerée de la solution toxique. A peine en avait-elle avalé la moitié qu'elle sentit l'erreur, mais déjà il était trop tard. Elle balbutia quelques mots et retomba aussitôt privée de sentiment. Plusieurs médecins, et M. Forget était du nombre, furent appelés à la hâte, mais tous les secours demeurèrent inutiles. Au bout de deux heures la malade était morte.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

IRRIGATEUR *pour le traitement des maladies de* Matrice, *et de celles qui réclament l'emploi des* irrigations, injections, lavements, douches ascendantes, etc.

APPAREIL QUI FONCTIONNE SEUL.

Je soumets cet appareil au jugement des praticiens avec d'autant plus de confiance, qu'il a pour lui le contrôle de la pratique. Il est en effet, depuis plus de deux ans, journellement employé en France, en Angleterre, en Belgique, en Russie, et même en Amérique. Je me suis attaché, pendant ce temps d'épreuve, à lui faire subir les améliorations qu'une expérience aussi multipliée ne pouvait manquer de me suggérer; et ce n'est qu'après avoir corrigé les imperfections qui se sont révélées par son usage; que je me suis décidé à le soumettre au suffrage des médecins. Ce suffrage étant pour moi de la plus grande valeur, je devais le briguer avec d'autant plus de réserve, que le temps et l'expérience étaient la voie la plus sûre pour l'obtenir. Il est vrai que je donnais ainsi le temps aux imitateurs de s'emparer de mon idée (c'est même ce qui est arrivé, car il existe actuellement plusieurs instruments dont la ressemblance avec le mien n'est pas équivoque); mais en usant d'une publicité prématurée, j'eusse exposé mon invention à succomber sous ses propres imperfections; c'est contre cet écueil qu'échouent les découvertes que le même jour voit naître et mourir, leurs auteurs n'attendant pas l'époque de la maturité. Quoi qu'il en soit, afin d'éviter toute discussion de priorité, je saisis cette occasion pour dire que l'invention de mon *irrigateur* remonte à 1837, et qu'il est exploité publiquement depuis 1841.

L'Irrigateur est destiné à servir dans tous les cas où il faut *mettre un liquide en contact* avec une partie *quelconque du corps,* soit par un jet momentané plus ou moins fort, soit par un écoulement plus ou moins prolongé, soit enfin par le séjour du liquide sur la partie malade. Ces trois catégories comprennent les cas suivants :

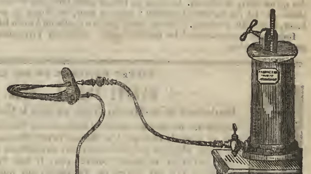
Injections du vagin, de l'urètre, de la vessie, de l'oreille, des grands abcès, de l'empyème, de la tunique vaginale.

Irrigations des parties extérieures du corps, du rectum, du vagin, de la vessie, de l'urètre.

Lavements, douches ascendantes du vagin, du rectum.

Ces cas sont très variés, comme on le voit, et dans tous il suffit de changer la canule pour approprier l'*Irrigateur* à ces diverses circonstances. Voici d'ailleurs des gravures qui donnent une idée de la forme de cet appareil et de la manière dont il fonctionne.

Irrigations vaginales. — Injections à double courant.



Lavements. — Douches.



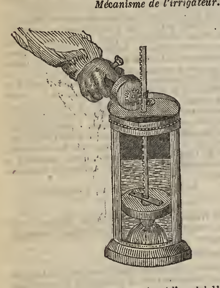
L'*Irrigateur* se compose de six parties essentielles, savoir :
1° Le mécanisme, 2° le corps de pompe, 3° le piston, 4° le robinet, 5° le tube, 6° l'embout.

La *cuvette à double courant* qui sert à préserver les malades et leur couche du contact du liquide à sa sortie du vagin, ne fait pas partie essentielle de l'appareil ; elle peut être employée avec tous les instruments dont se servent les femmes pour injections. C'est une petite cuvette en forme de cuiller, portant un tron à son centre, et un tube à sa partie la plus déclive. Lorsqu'on s'en sert, ses bords s'appliquent sur la vulve, et le liquide va se rendre dans le tube qui le conduit hors du lit.

Le mécanisme est très simple : un ressort à pendule, un pignon et une crémaillère ; telles sont les parties qui le composent.

Le ressort est hémisphériquement fermé dans un tambour métallique (barillet) que présente le couvercle de l'instrument ; son arbre porte un pignon dont les dents s'engrènent avec celles de la crémaillère. Celle-ci sert de tige au piston ; elle glisse dans une coulisse dépendante également du convercle. Ce dernier, étant fondu d'une seule pièce, offre à l'engrenage un point d'appui solide et invariable, une clef, adaptée à l'arbre, sert à mettre les pièces en mouvement. Lorsqu'on la tourne à doite, on fait monter simultanément le piston, par l'intermédiaire de la crémaillère, et on bande le ressort ; dès qu'on lâche la clet, le ressort se déroule et repousse le piston en bas.

Mécanisme de l'irrigateur.





Piston avec un ressort à boudin.



Piston avec sa crémaillère.
(Ressort à pendule.)

Les pistons garnis de laine exigent l'emplol d'une hnile avec laquelle il est difficile de maintenir l'instrument propre et sans odeur ; ils se durcissent promptement et la laine ne tarde pas à se pourrir. Celui que j'embloie de préférence ne contient pas de laine ; il porte à son centre une soupape qui s'ouvre de haut en bas ; sa circonférence est garnie d'un cuir dont le milieu est soutenu par un disque métallique, et dont les bords évasés en entonnoir regardent en bas. Il résulte de cette disposition que lorsque le piston monte, la soupape s'ouvre pour laisser passer l'eau, et que, lorsqu'il descend, elle se ferme par la pression de l'eau. La même pression soulève les bords du cuir et les applique contre les parois du corps de pompe, de sorte que la soupape et le piston gardent d'autant mieux que la pression est plus forte.

Le corps de pompe est cylindrique; il porte à sa partie inferieure une bsgue propre à recevoir un robinet. Il est en ferblanc, ou en étain, en cuivre étsmé, en porcelaine, cristal, etc...

Le robinet est en étain ou en cuivre.

L'embout est fait de manière à servir pour les irrigations extérieures, et à s'ajuster directement avec les canules à injections, les canules à lavement, les sondes métalliques et en gomme ; il peut aussi recevoir une petite canule pour les injections du canal de l'nrètre.

Enfin, pour que rien dans cet appareil ne fût sujet à dérangement, j'ai fait subir au tuhe lui-même une amélioration importante. On sait que les tubes ordinaires sont en gomme élastique : cette suhstance étant soluble par les corps gras et buileux, se détruit promptement au contact des liquides qui en contiennent. Le procédé de fabrication employé pour les tubes de l'*Irrigateur*, les met à l'abri de cet inconvénient.

Il nous sera facile maintenant de comprendre le jeu de l'instrument : On verse l'eau comme dans une cafetière, et on tourne la clef comme pour monter une pendule. A chaque mouvement le piston monte, la soupape s'onvre et l'eau descend sous le piston ; chaque fois qu'on lâche la clef pour reprendre le mouvement, le piston poussé par le ressort redescend brusquement, mais il est arrêté par l'eau qui a passé sous lui et dont la pression terme la soupape. Ainsi cumprimé entre le fonds du corps de pompe et le piston, le liquide s'échappe avec furce dès qu'on ouvre le robinet. La force du ressort étant uniforme et constante, le jet est régulier et continu ; mais on peut, au moyen du robinet, le ralentir à volonté, le laisser sortir goutte à goutte ou à plein jet.

Indiquons sommairement les maladies dans lesquelles l'Irrigateur peut être employé.

Les affections de l'utérus se présentent en première ligne ; c'est plus particulièrement pour elles que l'Irrigateur a été fait. Toutes réclament l'usage des injections. Ici l'utilité de l'appareil ne saurait être contestée, si l'on considère que les instruments en usage sont très incommodes ; que les malades ne peuvent s'en servir que dans une position gênante, en inondant leur couche, etc. ; qu'ils ne peuvent servir d'ailleurs ni pour les injections prolongées, ni pour les irrigations.

L'*Irrigateur* ne sera pas moins utile pour l'emploi des lavements, lorsqu'il s'agira d'introduire le liquide avec force pour vaincre des obstacles, entratner des matières accumulées, comme dans les bernies étranglées, les constipations opiniâtres, etc. ; de faire conserver des liquides médicamenteux ; de ne pas déplacer les malades ; d'établir des donches ascendantes, etc.

A l'aide de l'*Irrigateur*, les mslades pourront désormais prendre eux-mêmes des injections et des irrigations dans la vessie.

Cet appareil est très commode pour établir nn courant de liquide dans le canal de l'urètre, moyeu fort avantageux dans certaines blennorrhagies.

Enfin, dans tous les cas qui réclament l'emploi des irrigations externes, tels que les fractures comminutives, les plaies, les inflammations cérébrales, etc..., ou des injections médicamenteuses, tels que les grands abcès, l'empyème, l'hydrocèle, les maladies de l'oreille, etc., l'*Irrigateur* sera d'autant plus utile, que si ces puissants moyens sont si rarement employés, c'est faute d'un appareil convenable.

Rien n'est plus facile à manier que cet appareil : telle personne pourra aisément s'en servir qui ne saurrait pas se servir d'une seringue ou d'un clyso-pompe ; car tout le monde sait tourner la clef d'une serrure, ouvrir le robinet d'une tontaine.

On fait des *Irrigateurs* de toutes les grandeurs, depuis les petits Irrigateurs pour enfants, pour les injections urétrales et auriculaires, contenant 125 grammes d'eau, jusqu'aux irrigateurs à double courant pour les maladies de matrice, contenant 4 ou 5 kilogrammes de liquide, et les grands appareils à irrigations pour les hôpitaux, contenant 10 kilogrammes de liquide.

Dr EGUISIER.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'empoisonnement par l'acétate de plomb ; observation recueillie par M. HVIDING, de Weile (Danemarck).

Ce cas est très remarquable en raison de la grande quantité de sel plombique qui a été ingérée, et parle en faveur des médecins qui prescrivent l'acétate de plomb à doses élevées contre la phthisie pulmonaire et le typhus abdominal.

Une jeune fille, qui était sujette à la constipation, avait l'habitude de prendre de temps en temps 30 grammes de sel anglais (sel d'Epsom, sultate de magnésie), et elle en avait conservé une dose. Au moment où elle voulait s'en servir, elle trouva, dans le tiroir où elle l'avait déposée, une poudre blanche enveloppée dans du papier, et elle la prit pour le sel qu'elle cberchait, ne sachant pas qu'une autre personne avait placé dans ce meuble de l'acétate de plomb destiné à préparer de l'eau de saturne. La jeune fille prit donc sans réflexion cette poudre, dont la dose était de 12 grammes au moins, dans une tasse de bouillon.

A midi, deux heures environ après l'ingestion, elle éprouva dans le ventre de fortes douleurs qui furent suivies de vomissements, et ce dernier accident persista sans interruption jusqu'au soir, après quoi il devint de nature bilieuse.

La malade cependant ne se doutait pas encore qu'elle courût aucun danger ; ce ne fut qu'au bout de trois jours, lorsque l'abdomen devint très tendu, que voyant la constipation résister à l'emploi qu'elle croyait avoir fait de son moyen ordinaire, et faisant attention à la saveur métallique dont sa bouche était imprégnée, elle fit part de ces particularités à la personne par laqnelle le sel de plomb avait été déposé dans le tiroir. Cette personne, effrayée de l'erreur commise, courut aussitôt chercher M. Hviding.

Ce méeecin, considérant le long intervalle écoulé depuis l'ingestion du poison, pensa qu'il était inutile de recourir aux vomitifs ; mais il prescrivit pendant quinze jours l'administration d'une dose d'huile de ricin, et, pour tout régime diététique, un potage au gruau d'avoine.

Sous l'influence de ce traitement, toutes les douleurs abdominales cessèrent, les évacuations alvines eurent lieu quotidiennement, et la santé se rétablit entièrement ; la malade se trouva même beaucoup mieux qu'avant son empoisonnement.

M. Hviding mentionne, à cette occasion, l'observation d'un autre malade qui, au lieu d'employer topiquement de l'eau de saturne prescrite contre une ophthalmie traumatique, en prenait trois cuillerées à bouche intérieurement, et cela sans en ressentir d'autre inconvénient que des douleurs légères et passagères à la région de l'estomac.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Traitement d'une variété d'insomnie ; par M. le docteur GRAVES, de Dublin.

Une espèce d'insomnie, liée à des nausées, à l'anorexie, à des éructations du matin et à divers autres troubles des tonctions digestives, attaque souvent les personnes qui boivent beaucoup, sans toutefois boire en excès.

M. Grave emploie avec succès, dans les cas de ce genre, la mixture suivante :

Pr. Alcuolé de Colombo,	30 grammes ;
Alcoolé de quassia,	30 id. ;
Aldoolé de gentiane,	30 id. ;
Alcoolé de quinquina.	30 id. ;
Morpbine,	5 à 10 centigrammes.

M. et F. dissoudre S. A.

On en donne, chaque jour, trois à prises, d'une cuillerée à café chacune.

(*Idem.*)

Observations sur l'emploi du potassium contre les affections syphilitiques ; tirées des papiers de feu le docteur FRICKE, chirurgien de l'hôpital général de Hambourg.

M. Fricke avait été conduit à expérimenter les préparations de platine sous le point de vue thérapeutique par les éloges que leur ont donnés, dans ces derniers temps plusieurs médecins français, et notamment Cullerieur et M. le docteur Hoefer, d'après lesquels on pourrait s'en servir avantageusement pour combattre la gonorrbée invétérée, les flueurs blancbes, les syphilis constitutionnelles, etc. Les résultats obtenus par le chirurgien de Hambourg n'ont été rien moins que favorables.

Il s'est servi dans ses essais du chlorure de potassium et de soude, préparé de la manière suivante :

On fait dissoudre quinze grammes de platine dans cent quatre-vingts grammes d'acide chlorhydrique avec addition de quantité suffisante d'acide azotique ; on filtre, puis on ajoute au produit de la filtration vingt-huit grammes de chlorure de sodium bien pur. On fait alors évaporer la solution, à l'aide d'un bain de vapeurs, presque à siccité, ou du moins jusqu'à ce que le sel se solidifie en une masse cristalline. Le produit ainsi obtenu pèse cinquante-six grammes et renferme la moitié de son poids de cblorure de platine bydraté pur. Son prix de revient est égal à celui de chlorure d'or et de sodium.

M. Fricke a employé cette préparation dans quatre cas d'épidydimite gonorrhéique et dans quatre autres cas d'accidents syphilitiques tertiaires. Il conclut de ces essais :

1° Que le chlorure de platine et de sodium, à petites doses (six à vingt-cinq milligrammes) ne produit pas d'effets remarquables dans l'organisme, à quelques troubles près dans les tonctions digestives, tels que constipation et pesanteur d'estomac qui ne tardent pas à disparattre. Il n'est, d'ailleurs, pas douteux que des doses plus fortes donneraient lieu à des troubles plus prononcés.

2° Ce médicament, toujours à petites doses, n'agit pas d'une manière évidemment spécifique sur un organe quelconque.

3° Qu'une perversion de la vie végétative est possible par l'influence de cet agent ; mais que cependant, aucun exemple n'en a été présenté par les dix-huit sujets des observations recueillies.

4° Qu'il a été impossible de constater une action spécifique de ce médicament sur aucun système.

5° Qu'il n'a exercé aucune influence appréciable sur les dégénérescences et sur les tissus de nouvelle formation dont on pouvait supposer l'existence chez des sujets affectés de dyscrasie.

6° Par conséquent, que son action sur les gonorrhées invétérées, les flueurs blanches, les condylomes, les désorganisations syphilitiques, etc., est, pour le moins, très problématique, et que, dsns les cas de cette nature, son emploi doit être relégué après celul de tout autre traitement plus rationnel, en ayant égard à l'individualité des malades.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Formule d'un liniment anti-asthmatique ; par M. le Dr GRAVES, de Dublin.

Pr. Acide acétique fort,	2 grammes.
Esprit de térébenthine,	12
Eau de roses,	6
Huile de citron,	quelq. gouttes.
Jaune d'œuf,	q. s.

M. et F, S. A. un liniment parfaitement homogène.

On s'en sert pour faire des frictions, à l'aide d'une éponge, sur la nuque, les côtés du cou et la partie antérieure de la poitrine.

(*Ibid.*)

Observation du baron Le Clère, *docteur en médecine.*

M. X..., un de mes amis, publiciste distingué, d'une organisation exceptionnelle, qui ne vit que pour lire, écrire et dormir, était affecté depuis long-temps d'une constipation opiniâtre. Son état commençait à m'inquiéter, la délicatesse de son estomac ne lui permettant l'usage d'aucun purgatif énergique, et parce que je savais son horreur pour tout exercice musculaire. Sa position, en effet, ne tarda pas à s'aggraver à ce point que la Faculté se prononça nettement sur la nécessité de changer un genre de vie beaucoup trop sédentaire, et de prendre un peu d'exercice. Mais bah ! Il eût préféré mille fois le mal au remède, et je me décidai à le mettre à l'usage du *Sirop tonique antinerveux*, dont il a ressenti les bons effets à la deuxième semaine. Voici six mois qu'il en fait usage tous les jours au deux jours. Je n'ôse pas dire que la constipation ne reparattrait pas s'il le cessait trop longtemps ; mais ce qu'il y a de sûr, c'est qu'il a repris sa santé, sa gaieté, et qu'il ne souffre plus de sa constipation.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 83. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. CHASSAIGNAC.

Accidents graves à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'urètre. Mort survenue à la suite de ces accidents. Lésions cadavériques importantes.

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait observé à la suite du cathétérisme, même le plus simple et le plus inoffensif, des accidents graves ordinairement annoncés par un frisson intense, aussi prononcé que celui de la période algide de certaines fièvres intermittentes, suivi de chaleur et de sueur, en un mot, présentant les caractères de l'accès intermittent le mieux dessiné. On sait encore que ce premier accès se renouvelle sous une forme plus ou moins régulièrement périodique, et que tantôt la cessation des accidents survient sans trouble ultérieur de la santé, que tantôt, au contraire, les accidents deviennent assez graves pour que la mort s'ensuive. C'est là un fait d'observation, et quelle que soit la théorie qu'on se forme sur la production de ce genre d'accidents, toujours est-il que le fait est universellement reconnu par les observateurs. Ce que l'on ne sait pas aussi bien, c'est 1° le genre de relation qui existe ici entre la cause et l'effet; 2° l'état des lésions cadavériques qui peuvent s'observer sur les sujets qui ont succombé par le fait de ces accidents.

L'occasion nous a été donnée de faire l'examen cadavérique d'un sujet qui avait succombé à la suite d'accidents de ce genre, et nous avons trouvé des lésions dont le caractère ne nous permet pas de laisser passer sous silence les particularités qui ont été observées. On concevra facilement toute l'importance qu'il faut attacher à recueillir les faits de ce genre dans tous leurs détails, car c'est peut-être le seul moyen de dissiper l'obscurité qui environne un fait étiologique aussi extraordinaire que celui d'un cathétérisme simple et bénin suivi d'accidents mortels.

Toutefois, avant d'aller plus loin, faisons remarquer toute l'importance que l'on doit attacher à prémunir les jeunes praticiens contre l'étonnement et les craintes que leur inspire naturellement un fait de ce genre quand il se présente au début de leur carrière.

Ainsi que nous l'avons dit, c'est quelquefois à la suite du cathétérisme le plus simple et le moins difficile que l'on voit survenir les symptômes alarmants dont il a été question. Mais quelquefois ces symptômes s'observent à la suite d'un cathétérisme plus ou moins laborieux. Or, si nous supposons que ce soit précisément à la suite d'une opération semblable qu'un jeune médecin, non suffisamment averti de l'existence du fait en question, soit témoin de pareils accidents, qu'arrivera-t-il? Il sera presque inévitablement conduit à mettre sur le compte de son cathétérisme, ou de quelque faute qu'il croira avoir commise, les accidents observés par lui. Il s'accusera d'impéritie et croira qu'une main plus habile eût évité les fautes qui, à ses yeux, ont compromis gravement la santé et même la vie du malade. C'est là un souci de responsabilité qu'il n'est pas inutile d'éviter à de jeunes confrères.

L'observation que nous allons rapporter a donc le double but de mettre en mémoire un point important de l'histoire du cathétérisme et d'éclairer sur l'anatomie pathologique encore jusque-là si obscure dans les cas de ce genre.

Le nommé Vita (Hector), âgé de soixante ans, tourneur, est entré à l'hôpital Necker, le 29 mai 1844, pour un rétrécissement de l'urètre qui fut d'abord traité par la dilatation permanente à l'aide des bougies. Dans le but de substituer à cette dilatation permanente, qui est toujours fatigante, même quand les bougies sont petites, mais qui devient très pénible dès qu'on augmente le volume de celles-ci, l'introduction temporaire des sondes, qui ont sur les bougies l'avantage d'amener l'évacuation complète de la vessie, on prescrivit de placer deux fois par jour une sonde élastique en la laissant en place deux heures chaque fois. Cette modification dans le traitement datait déjà de deux ou trois jours, lorsqu'on vit survenir tout à coup des symptômes graves et particulièrement des frissons profonds suivis de sueurs abondantes, s'accompagnant de délire qui revenait par intervalles à la manière des accès de fièvre pernicieuse. Il y eut aussi des vomisssements d'une couleur vert-foncé. Malgré l'emploi d'un traitement énergique, dans lequel fut comprise l'administration du sulfate de quinine en potion et en lavements, les accidents allèrent en s'aggravant et le malade succomba cinq jours après le premier accès de frisson.

A l'autopsie, on ne trouva dans l'appareil urinaire d'autres lésions qu'un rétrécissement, en partie effacé, à la portion membraneuse, et dans le rein gauche une masse encéphaloïde à l'état complet de ramollissement et présentant au plus haut degré ce suc laiteux considéré par M. Cruveilhier comme l'un des caractères distinctifs de la matière encéphaloïde. La masse cancéreuse présentait l'aspect d'un cône enchâssé dans la substance du rein, ayant sa base tournée vers la circonférence de l'organe, à la surface duquel cette masse encéphaloïde apparaissait tapissée par une plaque de nature fibreuse très résistante. Le sommet du cône représentant l'aspect d'un des sommets de la substance tubuleuse, s'ouvrait dans la cavité du calice. Sur le même sujet on trouva à la partie antérieure du foie une plaque de matière métallique de plusieurs lignes d'épaisseur. Il existait aussi dans l'intérieur de la substance pulmonaire des indurations mélaniques qu'il était impossible de confondre avec ce qu'on appelle la matière noire pulmonaire. Enfin, dans la cavité encéphalique, on constata l'existence d'une méningite caractérisée par l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Dans les autres points de la masse encéphalique on ne rencontra aucune trace d'un foyer soit suppuratif, soit sanguin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Nouveau procédé pour l'extirpation de l'œil.

Première observation. — *Cancer de l'œil.*

Autrefois, dit M. Bérard, les chirurgiens désignaient sous le nom de *cancer de l'œil*, plusieurs dégénérescences qui, bien que de nature analogue, différaient cependant, tant sous le rapport du siége que sous le point de vue du pronostic. Maintenant que cette affection est mieux connue, on distingue l'encéphaloïde du squirrhe, et aussi l'élément du globe oculaire où ces productions morbides ont pris naissance.

Cette affection est plus commune dans l'enfance que dans l'âge adulte; tellement que l'on peut dire que sur vingt cas, dix-neuf appartiennent à l'enfance. C'est surtout depuis le moment même de la naissance jusqu'à l'âge de quatre ans, qu'on l'observe. Le squirrhe, au contraire, se rencontre de préférence chez l'adulte; on l'a vu se développer coïncidemment avec la suppression menstruelle chez la femme.

A part ces différences, on ignore les causes prédisposantes et efficientes de cette malheureuse affection; on a noté les coups, etc.; mais il est probable que déjà l'enfant était borgne, et que le coup n'est que l'effet de la perte de la faculté visuelle.

On peut diviser la marche de cette affection en trois périodes; dans la première, les parties envahies conservent leur volume, leur forme normale; dans la seconde, l'organe est déformé, hypertrophié; dans la troisième, il y a ulcération, hernie de la tumeur.

Première période. — Comme examen objectif, l'iris a perdu une partie de ses mouvements; elle est dilatée; sa coloration

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Où il est dit de quoi il s'en est fallu que Jean Raimond ne fût très riche.

Moi qui vous parle, il ne s'en est fallu que d'une leçon de M. Orfila que je ne sois très riche.

C'était en 1828. La vie d'hôtel garni m'était devenue insupportable, et je résolus de me mettre dans mes meubles, comme on disait magnifiquement alors. Précisément, un jeune peintre de ma connaissance entrait en loge pour le grand prix de Rome; il me proposa son mobilier, et je conclus l'affaire: affaire superbe; la seule bonne que j'aie su faire de ma vie!... Lit complet, commode, secrétaire, table de travail, six chaises, un fauteuil et toutes sortes de petits ustensiles de ménage, le tout pour 350 francs; 25 francs de plus que n'en donnait un vieux juif, marchand de meubles de la rue des Canettes.

Me voilà donc installé dans mon appartement, au troisième sur la cour. Petite pièce d'entrée, petit cabinet de travail, pièce plus vaste servant de chambre et de salon, tel était l'état des lieux. Ajoutez à cela vingt-deux ans, le titre d'étudiant en médecine, une pension suffisante, la gaieté et toutes les illusions et les espérances de cet âge à jamais regrettable.

Ce n'était pas tout que le mobilier; il me fallait une femme de ménage, et j'en fis emplette d'une pour 8 francs par mois. C'était une bien digne femme que madame Florence; et, comme je vais le dire, ce n'est pas sa faute si elle n'a pas joué dans ma vie un rôle immense. Quelle probité! Et il en fallait beaucoup en face d'un jeune homme fort peu au courant des menus détails d'un ménage. Mais ce que j'admirais surtout en elle, c'était sa discrétion vraiment phénoménale pour une femme de sa profession. Une fois pour toutes, je l'avais prévenue que, selon qu'elle trouverait, le matin, mes bottes disposées de telle ou telle façon, elle pourrait ou non entrer dans ma chambre. Les deux pointes tournées en avant, elle pouvait hardiment tourner le bouton; si c'étaient les talons qui lui faisaient face elle devait s'abstenir de toute tentative; les deux bottes étaient-elles placées l'une devant l'autre, elle devait préparer le déjeuner pour deux et éloigner tout importun... En un mot, j'avais fait de ma chaussure un télégraphe dont elle avait seule la clef. Un jour, ou plutôt un soir, il m'arriva d'oublier moi-même le mot d'ordre; je jetai précipitamment mes bottes au milieu de la petite pièce. Le lendemain matin, la perplexité de madame Florence fut très grande; le cas était tout à fait imprévu; elle hésita longtemps; mais comme elle avait foi en ma prudence, elle se hasarda à entr'ouvrir la porte. — Ah, mon Dieu! s'écria-t-elle en voyant quelque chos... comme un vêtement peu masculin...; les bottes! Les bottes...! Et elle s'en alla toute confuse. Loin de la gronder, car c'était ma faute, je lui payai un petit-verre de cassis, liqueur pour laquelle son mari l'accusait d'avoir de trop fréquentes faiblesses.

La manie de madame Florence était de me faire une clientèle. Vous dire où elle allait dénicher tous les clients qu'elle me procurait, serait chose impossible. Et quels clients!.... Dès mes premières armes, j'ai appris que le ministère du médecin était tout de charité et de dévouement; et certes, quoique je n'eusse pas encore de titre, M. le procureur du roi n'aurait pu rien trouver à reprendre à la manière dont j'exerçais la médecine.

Un jour donc, jour de malheur pour moi, madame Florence vint me chercher en toute hâte pour une de ses protégées. Je n'étais pas chez moi, c'était l'heure du cours d'Orfila; et comme je devais passer à la fin de l'année mon premier examen, j'étais fort assidu à ce cours. Ma ménagère ne me trouvant pas, et vu l'urgence, courut chez mon ami Léon X....., mon camarade de collége et de Faculté, qu'elle voyait souvent chez moi.

Léon, et bien lui en prit, ne se fit pas prier. Il se laissa conduire dans un triste et délabré logis, situé rue Furstenberg, où il trouva une vieille et pauvre femme souffrant horriblement d'un panaris. Il fit une incision, et pansa la plaie méthodiquement, en véritable externe qu'il était. Il continua ses soins jusqu'à parfaite guérison.

A la dernière visite, et alors que mon ami Léon se retirait..... Mais avant, cher lecteur, j'ai besoin de vous dire que ce que je vais vous raconter ressemble de tous points à un conte de fées. Rien n'est plus vrai cependant, et mon histoire est aussi authentique qu'une observation de fièvre typhoïde racontée par MM. Chomel et Louis. Je pourrais, au besoin, invoquer un grand nombre de témoignages; je me borne à citer celui de madame Florence, aujourd'hui garde-malades, que je vous recommande expressément, et qui loge marché des Patriarches, n° 7.

Léon se retirait donc, lorsque la pauvre vieille lui dit :

— De combien vous suis-je redevable, monsieur Léon?

— De rien, absolument de rien, pauvre dame, répondit Léon.

— Si fait, si fait, reprit-elle, et je veux que vous vous souveniez de moi, comme je conserverai toujours le souvenir de vos bons soins.

Et ce disant, la vieille, malgré les refus de Léon, parvint à lui mettre quelque chose dans la poche de son gilet.

Pour ne pas la désobliger, Léon la laissa agir, décidé à faire bénéficier madame Florence de ce petit témoignage de gratitude. Dans la rue, il fouille dans sa poche, comptant y trouver une pièce de monnaie, un écu tout au plus; ô surprise! c'est un billet de banque de 500 francs!

C'est une erreur, se dit-il, et le voilà grimpant quatre à quatre l'escalier tortueux de la vieille.

— Vous vous êtes trompée, madame, lui dit-il, en posant le billet sur sa table.

— C'est bien possible; dame! je suis si vieille et mes pauvres yeux y voient si mal. — Elle prend ses lunettes, regarde le billet. — En effet, dit-elle, où donc avais-je la tête? — Et fouillant dans un tiroir, elle en tire un autre petit papier qu'elle insère encore dans la poche du gilet, en lui disant :

— Vous êtes un bon et brave jeune homme, monsieur Léon; allez, et croyez bien que cette fois je ne me suis pas trompée.

A peine dans la rue, mon ami Léon fouille dans sa poche : il y trouve un billet de mille francs!

Il n'en croyait pas ses yeux. Une vieille femme si pauvrement logée, portant presque les insignes de la misère, qui payait si généreusement les visites d'un étudiant en médecine! Léon se perdait en conjectures; il vint me raconter la chose.

— Beau début, lui dis-je, et qui promet!

Pour être entièrement fidèle à la vérité historique, je dois confesser ici que pendant quatre jours consécutifs les deux amis ne parurent pas à leur domicile respectif. Nous étions à la fin d'avril : le printemps était superbe. Le premier jour, Léon voulut aller dîner *au Panier-Fleuri*, boulevard de l'Hôpital; le second jour, Jean Raimond proposa Neuilly, *au Franc-Pêcheur*, délicieuse maisonnette en tournant à droite après le pont, sur le bord du fleuve; le jour suivant, une troisième personne, qui est à l'étudiant ce que l'ombre est au corps, vota pour la *Tête-Noire*, à Saint-Cloud; enfin une quatrième, et pour le dernier jour, imposa Montmorency, *au Cheval-Blanc*.

Léon fit parfaitement les choses, et la moitié du billet y passa.

En rentrant au logis, Léon trouva le billet suivant :

« Si monsieur Léon ne redoute pas trop un dîner de sa vieille cliente de la rue de Furstenberg, on lui saura gré de venir dimanche prochain à six heures. »

— Que faut-il faire? me dit Léon.

— Ne pas te faire prier, surtout, et mettre ton plus bel habit.

Il y alla, en effet, et il se trouva en fort bonne compagnie; un notaire, le curé de la paroisse, qui paraissaient avoir pour cette pauvre femme la plus grande considération. Le dîner fut confortable.

Quelques jours après, Léon alla faire sa visite de digestion. Sa cliente était seule, et après les politesses d'usage elle lui dit :

— Ma santé s'altère tous les jours, monsieur Léon, je suis seule, et j'aurais besoin de soins; voulez-vous me prendre en pension?

— Mais madame, dit Léon, comment pourrais-je accepter une semblable proposition? Je ne possède qu'un petit logement d'étudiant, au cinquième au-dessus de l'entresol, et mes meubles consistent...

n'est plus la même. En examinant, soit de face, soit obliquement, les profondeurs de l'organe, on voit un reflet gris ou jaune, brillant, miroitant, et qui jette un éclat tel, qu'il est assez facile, à l'aide de ce signe, de reconnaître la maladie. Plus tard, la rétine semble soulevée, convexe; on voit des vascularisations à sa surface. La tumeur s'avance d'arrière en avant, désorganise successivement l'humeur vitrée, le cristallin, l'iris, et se met en rapport avec la face postérieure de la cornée. Là s'arrête la première période.

Au début, la cécité n'est pas toujours complète; les douleurs sont peu vives, et il est probable que le plus souvent cette période passe inaperçue.

Deuxième période. — Les paupières sont tuméfiées, bleuâtres; la cornée, la sclérotique se distendent; l'œil est déformé, augmenté de volume; les mouvements sont difficiles; les vaisseaux de la cornée s'injectent; l'œil a un aspect noirâtre, gris-de-plomb. La sclérotique, dans ses points en rapport avec le champignon, est amincie. Il y a exophthalmie.

La vision s'abolit, les douleurs sont lancinantes, comparées par le malade à des traits de feu; il y a une céphalalgie très douloureuse apparaissant surtout la nuit. Le sommeil est troublé; les malades s'étiolent, maigrissent.

Troisième période. — La sclérotique ou la cornée se crèvent; la tumeur apparaît au dehors couverte encore par la conjonctive; c'est une coque trop distendue qui éclate; il s'écoule un liquide sanieux, fétide qui soulage le malade. Une tumeur d'un rouge, sombre, d'apparence fongueuse, fait saillie hors du globe oculaire, qui peut ne pas être très déformé; elle semble surajoutée au globe: puis bientôt, dans un espace assez court, elle s'ulcère, les parties superficielles tombent en détritus d'une fétidité remarquable. La sanie qui s'écoule corrode la joue. Il y a souvent des hémorrhagies en nappe ou par petits jets, qui sont quelquefois assez difficiles à arrêter. Enfin elle déborde l'œil; l'orbite est agrandie, ce qui produit des accidents selon le lieu où se fait le développement. Les paupières, distendues, sont variqueuses; les ganglions du cou se tuméfient. On a vu l'œil du côté opposé être chassé de son orbite par la tumeur.

Les douleurs sont très vives; il y a insomnie, marasme, fièvre hectique, et enfin la mort vient finir cette longue suite de souffrances.

L'anatomie pathologique de cette affection montre tantôt le nerf optique comme siége de la maladie; tantôt la rétine, ou bien les autres éléments de l'œil. Mais ce qui frappe, c'est que parmi ces éléments la sclérotique semble jouir de certain droit d'impunité. Souvent la maladie n'est pas bornée au globe oculaire; on l'a vue se propager à travers l'orbite jusqu'au chiasme, et même jusque dans les couches optiques.

Son aspect a beaucoup d'analogie avec la substance cérébrale; comme elle est d'une consistance pulpeuse, crémeuse, elle s'écrase facilement sous le doigt, se dissout à l'air et subit promptement la dégénérescence putride.

On peut la confondre, dans la première période, avec le glaucome; mais, en réfléchissant, l'âge du malade empêche de faire une pareille méprise. On a vu même cette affection être prise pour une cataracte et un abcès. L'exophthalmie peut en imposer jusqu'à certain point; mais un examen attentif des parties environnantes du globe de l'œil montre que le siége de la tumeur est hors de cet organe.

Pronostic. — La maladie n'est pas absolument mortelle, je n'ose pas dire qu'il en soit toujours ainsi; cependant il faut être en garde contre un succès apparent, et craindre la reproduction. Des auteurs consciencieux et exercés ont dit qu'ils n'ont jamais eu des cas de guérison; que toujours la maladie a récidivé, bien qu'aucune partie morbide n'eût été laissée dans l'opération.

Pour le traitement de cette affection, on ne doit compter sur aucun topique. Le seul moyen réellement tentable, c'est l'opération, dont le succès sera d'autant plus assuré que la maladie est à son origine; mais trop malheureusement les parents, à cette époque, se refusent au seul moyen de salut que le chirurgien leur offre.

Il y a quelques années, la méthode opératoire employée était la même à toutes les périodes de la maladie; les procédés seuls étaient différents. Sans vouloir les passer en revue ici, je me contenterai de faire remarquer que tous avaient pour but l'extirpation complète des parties contenues dans l'orbite; que cette opération était grave, que ses suites étaient longues.

Aujourd'hui on doit saisir l'indication fournie par la période de l'affection. Si donc la maladie est limitée au globe oculaire, on doit choisir un procédé tel que la partie seule affectée soit enlevée.

Avant de décrire le procédé employé par M. Bérard, je vais rapporter deux observations qui, bien que de nature différente, prouvent cependant, l'une et l'autre, la bonté de la méthode.

Le 22 avril, entra salle Saint-Jean, n° 18, la nommée Henriot, âgée de huit ans. Quoique d'un tempérament éminemment lymphatique, elle n'a jamais eu ni ganglions engorgés, ni ophthalmie; elle n'a point fait de maladie grave. Il y a huit mois, dit la mère, que l'enfant eut les yeux rouges, rougeur accompagnée de photophobie, plus marquée pour l'œil droit que pour le gauche, qui se guérit au bout de quelques jours. L'autre œil, loin de suivre la même marche, resta toujours photophobe, perdit la faculté de voir, et fut le siége de douleurs vives, lancinantes, occupant l'œil, la tempe, le front. La santé générale fut altérée; la jeune malade perdit de sa force, maigrit. Il y a six à sept mois, il se développa au côté externe et supérieur de la cornée une petite tumeur qui fut incisée; loin de s'arrêter, la tumeur augmenta toujours. La mère, inquiète de ses progrès, vint à la clinique, où nous constatâmes au côté externe et supérieur de la sclérotique une tumeur arrondie, du volume d'une grosse noix, à surface granuleuse, d'une coloration vineuse; elle semble surajoutée au globe oculaire, qui ne paraît point augmenté de volume. Les douleurs de la malade sont peu vives; la cornée, l'iris sont encore existants; l'œil est projeté en dedans.

La mère refusa ce qui lui fut proposé.

Le 18 avril, elle vint de nouveau à la Pitié, où elle demanda l'admission de son enfant. Examinée le 18 mai, la tumeur occupait le même siége que lors du premier examen; seulement elle avait progressé, elle était d'un rouge plus pâle; sa surface était toujours granuleuse, mais couverte d'un détritus blanchâtre; les paupières, peu tuméfiées, la laissaient sortir entre leur commissure.

L'œil, libre dans ses mouvements, est cependant porté vers l'angle interne, où il est facile de distinguer le tiers de la cornée. La conjonctive est variqueuse.

La jeune malade se plaint toujours de douleurs intra et extra-orbitaires. Jamais, dit-elle, il n'est sorti de sang de son œil; jamais non plus elle n'a éprouvé de douleurs dans l'œil opposé.

M. Bérard, considérant l'état général de la malade, l'absence d'hémorrhagie, de douleurs sympathiques, la persistance des mouvements, pensa que la troisième période n'était pas encore arrivée, qu'elle ne faisait que de commencer. Ces circonstances, dit-il, sont heureuses en ce qui touche le manuel opératoire. En est-il de même du pronostic? Oui, mais avec restriction, car le cancer encéphaloïde est sujet à récidiver; Scarpa dit qu'il ne l'a jamais vu sans cette fâcheuse circonstance. Est-ce parce qu'on laisse quelque parcelle de tissu malade? Mais dans le sarcocèle on n'en laisse pas, et cependant le malade est dans le même cas. Il y a là le *quid ignotum*, qu'il faudrait traiter, guérir, mais la science n'est pas encore arrivée à ce but si désirable.

Je crois donc que l'on doit tenter l'opération toutes les fois qu'on a l'espoir d'enlever la totalité du mal.

L'opération employée fut celle qui avait été proposée par M. Bonnet, qui en avait puisé l'idée dans ses recherches sur les aponévroses des muscles de l'œil. Par lui, on sait que l'œil n'est pas en contact avec les graisses de l'orbite, qu'il en est séparé par une capsule fibreuse, ouverte en avant, dans laquelle il se meut; que cet organe peut être enlevé par la section seule du nerf optique, de la conjonctive et des tendons des muscles qui s'insèrent à sa surface.

Cette opération a été pratiquée seulement deux fois, la première est due à M. Slaber.

La seconde à M. Cunier, qui a rapporté que le malade qui l'avait subie avait éprouvé une longue suppuration, et des accidents graves; mais il est probable, comme l'a fait observer M. Bérard, que la suppuration et les accidents doivent être rapportés au malade lui-même plutôt qu'au procédé employé.

Pour l'opération, les accessoires sont les mêmes que dans le procédé ordinaire; seulement, la manière d'agir doit être, bien que suivant les mêmes principes, appliquée aux cas spéciaux.

Comme le globe oculaire, dit le professeur de la Pitié, est hypertrophié, qu'il ne peut sortir par la fente des paupières, je fendrai la commissure externe, et comme le côté interne du globe me paraît assez résistant, je le ferai accrocher par une érigne; puis soulevant avec des pinces la partie de la conjonctive qui répond à l'angle interne, je le couperai. Introduisant le crochet mousse, je couperai les muscles droits internes supérieurs; en faisant cela, l'œil sera isolé, hormis en dehors; alors le faisant basculer, je ferai la section du nerf optique; cela fait, il me sera facile de l'enlever en totalité.

Le 25 avril, l'opération ainsi exécutée fut de courte durée et sans beaucoup de cris de la jeune malade.

Le pansement fut celui que M. Bérard emploie dans les lésions traumatiques de l'œil; des compresses froides furent appliquées et renouvelées dans la journée et les jours suivants. Point de fièvre, point de douleur.

Je ferai remarquer que ce mode opératoire ne convient pas à toutes les périodes de la maladie, et que si, par exemple, la maladie avait envahi l'orbite, ce serait à un autre procédé qu'il faudrait avoir recours.

Résultat. — La commissure externe incisée s'est réunie par première intention; la cicatrice est peu apparente; les paupières aplaties bouchent l'ouverture de l'orbite.

La malade soulève la paupière supérieure, seulement dans une petite étendue; ce que l'on conçoit bien, quand on vient à penser que le globe oculaire à l'état normal tient lieu, par sa procidence, d'une poulie de renvoi, et que son absence prive nécessairement l'élévateur de la paupière supérieure de son point d'appui.

Les muscles de l'œil se sont réunis, c'est-à-dire, que le cercle fibreux sur lequel ils se réfléchissent avant de s'insérer à l'œil, s'est affaissé selon son diamètre vertical, ce qui fait que la circonférence supérieure et inférieure étant en contact, s'est agglutinée. Le moignon peut exécuter des mouvements de haut en bas et de dedans en dehors. La suppuration a été nulle. Les larmes continuent à couler par le canal nasal.

— Qu'à cela ne tienne, monsieur Léon; vous chercherez un appartement convenable et je le meublerai. Je me charge de tous les frais, et je vous donnerai 2000 fr. par an pour les soins qu'exigera ma santé. Voyons, acceptez-vous?

Léon accepta, et quinze jours après il était installé, avec sa pensionnaire, dans un bel appartement du faubourg Saint-Germain.

Sa charge, au demeurant, n'avait rien de bien pénible. En entrant dans l'appartement, accompagnée de sa cuisinière et d'une autre domestique, la vieille dame avait dit à Léon:

« Vous êtes le maître ici, entendez-vous, monsieur Léon! mais les détails d'un ménage pouvant vous ennuyer et vous distraire de vos études, vous ne vous en occuperez que tout autant que vous le voudrez. Votre seule mission est de veiller à ma santé. »

— De sorte qu'en définitive la mission de Léon était de ne rien faire, si ce n'est d'accompagner de temps à autre sa cliente dans le jardin du Luxembourg, de lui tenir compagnie à table; bonne table, qui lui faisait oublier les maigres repas de l'aquatique Rousseau; et le soir, de lui lire, mais d'un bout à l'autre, par exemple, le *Courrier Français*.

Un an se passa de la sorte, et les appointements étaient religieusement payés. Au bout de ce temps la vieille dame dit à Léon:

— Je vieillis tous les jours, et tous les jours je vous donne plus de peine, monsieur Léon; il est juste que vos appointements augmentent à mesure. A dater de ce jour vous aurez mille écus.

Léon se laissa faire.

L'année suivante, la subvention fut portée à 4000 fr.

Un an plus tard, la vieille dame pria Léon de passer dans sa chambre; et sans préparation aucune elle lui dit:

— Il faut que vous achetiez une maison, monsieur Léon.

— Je le veux bien, madame, dit Léon en riant, s'il est possible d'acheter sans payer.

— Ne vous inquiétez pas du payement; allez voir mon notaire, priez-le de s'informer d'une maison de 200,000 fr. à peu près, et nous verrons ensuite.

Toutes informations prises, une belle maison de rapport se trouva à vendre dans la rue St-Denis. La vieille dame alla la voir, la trouva convenable et, quelques jours après, Léon se trouvait avec elle dans l'étude du notaire.

— Quel est le nom de l'acquéreur? demanda le notaire.

— M. Léon X..., répondit la vieille, et elle paya comptant.

C'était un rêve, mais qui était venu, celui-là, par la porte d'ivoire. Souvent Léon manifestait le désir de passer ses examens et de prendre ses grades.

— Attendez encore, lui disait la vieille dame; rien ne presse, vous êtes jeune et vous avez le temps.

La pauvre dame tomba sérieusement malade; Léon fit appeler ses maîtres, les plus célèbres médecins de Paris: leurs soins furent inutiles. Quelques instants avant sa mort elle prit la main de Léon en lui disant:

— Vous trouverez là, dans ce secrétaire, un papier qui vous concerne; adieu!

Ce papier n'était autre chose qu'un testament en bonne forme, qui investissait mon ami Léon d'une fortune dont on n'a jamais bien su le chiffre, mais que l'on suppose s'élever à 5 ou 600,000 fr.

Connaissez-vous beaucoup de panaris qui aient rapporté de tels honoraires?

Et dire qu'il ne s'en est fallu que de l'épaisseur de M. Orfila que pareille chance ne fût pour moi! Ha! monsieur le doyen! que de compensations vous me devez!... Jean RAIMONN.

P. S. Quant aux nouvelles, elles deviennent très rares. La Faculté, cette année, a une rude besogne; trois concours de l'agrégation coup sur coup, dont la durée a été fort longue, car les concurrents deviennent de plus en plus nombreux. A peine la section de chirurgie a-t-elle été nommée, que la section des sciences accessoires est entrée en lutte. Ce concours est actuellement pendant, et est suivi avec le même empressement que les autres. On voit figurer avec intérêt, dans ce concours, le fils d'un professeur célèbre de cette Faculté, enlevé bien jeune à l'enseignement et à la science; je veux parler du fils de Béclard. Ce nom est sans doute difficile à porter; mais on parle avec éloges de la question écrite de ce jeune concurrent, et la Faculté, pour peu que les épreuves s'égalisent, ne demandera pas mieux, sans doute, que de se rattacher par le fils au souvenir du père.

Déjà, du reste, les plaisirs du tourisme et de la villégiature appellent un grand nombre de nos confrères qui vont en Suisse ou dans les Pyrénées, sous les frais ombrages de leurs villas. Dans quelques jours, les écoles et les académies seront abandonnées au zèle et à l'assiduité de ceux qui ne veulent ou ne peuvent planter des arbres ou courir les grands chemins, et leur nombre est encore suffisant pour qu'il n'y ait chômage ni à l'Académie, ni à la Faculté.

A l'Académie, la discussion sur l'ophthalmologie a été à peu près rayée de l'ordre du jour, et l'on peut dire, en toute vérité, qu'elle a été étouffée sous l'interminable discours de M. Gerdy. Trois séances de suite cet orateur a occupé la tribune sans pouvoir arriver à la fin de sa harangue; l'Académie effrayée a saisi la première occasion venue de passer outre, et bien des efforts seront à faire pour renouer cette discussion. Assurément, de toutes celles qui se sont agitées dans cette enceinte, celle-là serait la plus stérile, et je vote de mes deux mains pour la clôture.

Lisez, je vous prie, la manière dont les journaux rendent compte de quelques incidents du procès Lacoste. Voyez surtout ce qu'ils ont fait de la liqueur de Fowler et de Pearson. L'un dit: Lacoste prenait depuis long-temps le Fowler. L'autre: Il faisait usage du Pearson. Il est évident qu'ils ne se doutent pas le moins du monde de ce dont ils parlent.

Baume opodeldoch liquide; par M. L. GISEKE, pharmacien à Eisleben (Prusse).

Le baume opodeldoch solide que l'on trouve dans toutes les officines est, sans contredit, un excellent médicament; mais, il faut le reconnaître, il a le triple inconvénient de se mal conserver dans les flacons où on le renferme, d'offrir quelques difficultés dans ses applications sur les surfaces qui doivent être soumises à son action, et enfin de ne se prêter que malaisément aux diverses associations médicamenteuses qu'une indication quelconque peut rendre nécessaires dans la pratique.

C'est pour remédier à ces inconvénients assez graves que les praticiens d'Eisleben ont cru devoir, depuis plusieurs années déjà, le remplacer pour l'usage, par une autre préparation pharmaceutique, sorte de teinture alcoolique dont les propriétés sont tout à fait analogues, et à laquelle ils ont appliqué la dénomination d'*opodeldoch liquide*. Nous ajouterons en outre que les avantages présentés par ce nouveau composé sont tellement manifestes que les gens du monde eux-mêmes le demandent beaucoup plus fréquemment aujourd'hui que le baume opodeldoch ordinaire.

Voici, d'ailleurs, la formule d'après laquelle on le prépare:

Pr.	Savon d'Espagne blanc et sec,	50 grammes.
	Camphre,	15
	Alcool très rectifié,	500
	Essence de thym,	4
	Essence de romarin,	8
	Ammoniaque caustique liquide,	30

M. et F. dissoudre S. A., puis filtrer et introduire aussitôt le produit de la filtration dans des flacons qui devront être bouchés avec soin.

Nous croyons que ce médicament est appelé à jouir d'une égale faveur chez nous, et que les praticiens ne tarderont pas à reconnaître sa prééminence réelle sur le baume opodeldoch solide que nous avons employé jusqu'ici. (*Archiv. der Pharmacie.*)

Seconde observation. — *Corps étranger dans l'œil. Extraction de l'organe.*

Le 5 janvier 1844, entra dans la salle Saint-Philippe, n° 5, le nommé Olivier, âgé de cinquante-neuf ans, marinier.

Le 1er janvier, étant dans la boutique d'un marchand de vins, on fit partir près de lui une capsule, dont un des éclats lui entra dans l'œil. Au moment de l'accident, douleur violente, perte de la vue; loin de diminuer, ses souffrances furent en augmentant, seulement la faculté visuelle revint un peu; il voyait passer sa main. Pendant les cinq jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, ses nuits furent toujours sans sommeil. A son entrée, la vue est abolie, la conjonctive est fortement injectée; à la partie supérieure, à un millimètre de l'insertion de la cornée à la sclérotique, on voit une plaie qui, sondée à l'aide d'un stylet mousse, apprit à M. Bérard que l'œil était perforé.

La pupille est immobile, sa dilatation est normale; l'iris est coloré en rouge; la chambre antérieure est diminuée; la postérieure est occupée par une opacité qui siége dans la partie postérieure du cristallin. Les douleurs accusées par le malade sont, dit-il, accablantes, sans persistance, et l'abolition complète de la vision, et surtout quelques douleurs sympatiques dans l'œil sain le firent consentir à l'opération, qui lui fut proposée et exécutée le 15.

L'œil, par sa position, dit M. Bérard, bien que protégé avec une si admirable sollicitude par les paupières, est cependant souvent le siége de lésions de ce genre. On a vu des fragments de pierre, de porcelaine, des grains de poudre, de plomb, occuper la cornée, les différents milieux de l'œil. On observe, suivant leur gravité, à la suite de ces lésions, une douleur violente au moment de l'accident, de la fièvre; du délire. Au bout de quelques semaines on voit cesser les douleurs, et voici les lésions qu'on observe. Très souvent l'appareil cristallinaire étant ébranlé, il y a une cataracte traumatique. On a vu chez quelques individus, à la suite d'un coup violent, le cristallin passer dans la chambre antérieure, se fragmenter, être résorbé. D'autrefois la perte de la faculté visuelle est immédiate. Dans des cas plus heureux, elle est seulement affaiblie, mais presque jamais en rapport avec les lésions des milieux de l'œil.

L'accident le plus fâcheux est le développement de douleurs, se développant sous forme de crises atroces, non-seulement dans l'œil affecté, mais dans toute la tête. Ne croyez pas qu'au bout de quatre à cinq ans le malade soit guéri; il n'en est rien, et on les voit survenir à la moindre occasion.

Comme phénomènes sympathiques, il y a des vomissements; la nutrition se fait mal; les malades sont incapables d'aucune occupation, et de plus l'œil du côté opposé devient sensible; il ne se meut plus avec autant de facilité; il y a emblyopie commençante, qui peut aller jusqu'à l'amaurose. A quoi tient cette sympathie? Je ne sais; mais elle est réelle.

On a vu un morceau de fer de onze millimètres provoquer dans l'œil un travail inflammatoire, dont le résultat a été sa saillie à l'extérieur, et son extraction facile. Le diagnostic, si le corps étranger est dans la cornée, dans la chambre antérieure, est assez facile. Mais s'il a passé dans la chambre postérieure, alors il n'est plus possible de préciser le lieu qu'il occupe.

Le pronostic est grave; car on a vu des individus devenir épileptiques (épilepsie qui, du reste, a guéri sous l'influence de l'opération).

Traitement.—Que faut-il faire? L'extraire s'il est possible en pratiquant l'incision de la cornée; mais si le corps étranger gît profondément, est, comme on l'a vu, dans le nerf optique, l'opération est indiquée.

Revenons à notre malade. L'opération fut pratiquée par le procédé que j'ai indiqué, sans trop de douleur pour le malade.

Le pansement fut le même, des compresses d'eau froide.

Les suites de l'opération furent très heureuses; la nuit même qui suivit l'extraction, le malade put dormir : il n'avait plus de douleurs. Puis successivement on put observer l'exécution facile des mouvements pour l'autre œil, le rapprochement transversal de l'hémisphère supérieur de la capsule fibreuse avec l'inférieure; et, chose remarquable, le moignon exécutait des mouvements de haut en bas, *et vice versa.* De sorte qu'un moment on eut l'espérance de pouvoir adapter un œil artificiel, mais malheureusement il n'en fut pas ainsi. A mesure que le malade marcha vers la guérison, on vit ce moignon, d'abord proéminent, éprouver un mouvement de retrait en arrière, et enfin presque cesser de se mouvoir.

Comme phénomènes concomitants, la suppuration a consisté seulement en un liquide plutôt séreux que purulent, dans lequel les larmes assurément entraient pour une bonne partie. Le produit de cette sécrétion n'est pas versé sur la joue, comme on pourrait le croire. Les points lacrymaux exécutent leurs fonctions.

La paupière supérieure tombe devant la cavité orbitaire, son bord libre est en rapport avec celui de l'inférieur; les mouvements d'élévation sont difficiles et peu étendus.

Le malade, opéré le 15 janvier, pouvait, cinq jours après, se lever et marcher dans les salles.

Le 7 avril, il sortit pour reprendre ses travaux.

Depuis ce temps il revient souvent à la consultation. Il ne souffre plus. Seulement, le seul inconvénient dont il se plaigne, c'est de l'écoulement, surtout le matin, d'un peu de matière séreuse. (Recueillie par M. Ch. Frestel.)

On sait qu'il est de précepte, dans l'extraction de l'œil, d'enlever en même temps la glande lacrymale, devenue, dit-on, plus qu'inutile. La glande lacrymale a pourtant été laissée intacte par M. Bérard. Est-ce un avantage d'agir ainsi? Il est de toute évidence que l'opération est elle-même simplifiée en conservant la glande lacrymale lorsqu'elle est saine. Pour ce qui est du résultat définitif de l'opération, on a vu que le larmoiement que les auteurs voulaient prévenir par l'ablation de la glande, n'avait point eu lieu dans ces deux cas, quoique cette glande ait été conservée. C'est qu'en effet, soit que les larmes deviennent inutiles pour les frottements d'ailleurs si bornés des paupières contre le moignon, soit que ces larmes soient encore nécessaires, il n'y a pas pour cela nécessité d'enlever la glande.

Voici ce qui se passe en effet. Les larmes sont-elles inutiles, alors peu à peu, et par une sorte d'intelligence de l'organisme, la glande s'atrophie, se réduit à un très petit volume, et finit par ne plus rien sécréter; dans le cas contraire, ces larmes sont pompées, comme dans l'état physiologique des parties, par les points lacrymaux, et disparaissent également sans incommodité pour le malade.

Peu nous importe, d'ailleurs, celle de ces deux applications que nous accepterons plus volontiers; le fait n'en restera pas moins. Les deux malades de M. Bérard étaient exempts d'épiphora.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. (Juillet 1844.)

Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie; par M. Valleix.

Ce travail n'est pas fini; dans ce premier article, l'auteur ne s'occupe que de l'étiologie. Les faits consignés dans la science ne conduisent sous ce point de vue, qu'à des résultats négatifs. Nous n'entrerons pas dans l'exposition faite par M. Valleix de l'état de la science sur ce point, préférant rapporter une observation de gastrite aiguë recueillie par lui, et survenue sous l'influence d'impressions morales vives.

« Un jeune artiste devant faire ses débuts, était depuis quelque temps préoccupé de cette pensée, qui, sans avoir chez lui produit de maladie, influait néanmoins d'une manière notable sur son état. Deux jours avant son début, son appétit diminua notablement sans qu'il y eût de douleur à l'épigastre, ni aucun autre symptôme du côté de l'estomac. Le jour même l'appétit était complétement perdu; néanmoins, comme il craignait pour la soirée une trop grande faiblesse, et d'après le conseil de ses amis, il s'efforça de manger, vers quatre heures, un peu de potage, une petite quantité de bœuf bouilli, et de boire un demi-verre de vin pur. Il mangea avec dégoût, et pendant toute la soirée il se trouva dans un état de malaise notable, mais qu'on aurait pu attribuer aussi bien à l'émotion qu'à la difficulté de la digestion. La bouche était sèche, et la faiblesse assez considérable.

» Dans la nuit, et avant que le malade eût pu s'endormir, des douleurs violentes s'éveillèrent du côté de l'estomac; il y eut des efforts réitérés de vomissement, et enfin des vomissements de matières alimentaires, puis biliaires, qui commencèrent alors pour ne s'arrêter que le quatrième jour de la maladie.

» Lorsque j'arrivai auprès du malade, dans la journée du lendemain, je le trouvai dans l'état suivant : Face exprimant l'anxiété et la souffrance, médiocrement rouge; vomissements incessants; douleurs vives à l'épigastre, augmentant d'une manière très notable pendant les vomissements, qui alors étaient composés de matières blanchâtres mêlées de parties solides ressemblant à des aliments en grande partie digérés, et d'une partie de bile qui donnait en passant une sensation d'amertume marquée; la pression épigastrique causait de la douleur et de l'anxiété; la région de l'estomac était un peu rétractée, et la percussion ne faisait point reconnaître dans cet organe de grande accumulation de gaz ou de liquide. L'appétit était nul; la soif intense, mais la plus petite quantité de boisson provoquait à l'instant le vomissement. La langue, couverte d'un enduit léger, était souple, humide et de couleur naturelle. Le ventre, souple et bien conformé, était indolent partout; il n'y avait point eu de selles, quoi qu'on eût donné un lavement émollient. La céphalalgie, médiocre, était pourtant incommode par sa persistance; la douleur occupait exclusivement le front. La poitrine, en bon état sous le rapport de l'auscultation et de la percussion, présentait néanmoins ceci de remarquable, que la respiration était saccadée, que l'inspiration était très courte, et que presque à chaque expiration il y avait, non pas une véritable toux, mais de petites secousses successives, avec expulsion bruyante de l'air contenu dans les poumons; du reste, point de véritables crachats, mais seulement, par moments, expuition de mucosités buccales mêlées de salive. Le pouls, médiocrement large, était peu accéléré. L'intelligence était parfaite, et quoique pendant la nuit il y eût de fréquents mouvements occasionnés par la douleur, et que le malade se découvrît fréquemment la poitrine et la région épigastrique, comme pour se débarrasser d'un poids incommode, il n'y eut point de vive agitation.

» Je prescrivis d'abord 5 centigrammes de tartre stibié dans un verre d'eau; puis je recommandai de faire fondre dans la bouche de petits fragments de glace, d'y exprimer le suc de quelques tranches d'orange, d'appliquer un cataplasme sur l'abdomen, et d'administrer un lavement légèrement laxatif. Cette prescription dut être exécutée le soir.

» Le lendemain, j'appris qu'après quatre ou cinq vomissements plus abondants que les précédents et provoqués par l'émétique, il y avait eu un soulagement marqué. Ces vomissements étaient composés d'une assez grande quantité de matière blanchâtre et grisâtre, nageant dans du mucus, et une proportion assez considérable de bile verte. Le soulagement dura quatre ou cinq heures; mais vers le milieu de la nuit, les vomissements, qui n'avaient eu lieu qu'une ou deux fois pendant l'intervalle de temps que je viens d'indiquer, se renouvelèrent plusieurs fois dans un quart d'heure, et quoiqu'ils fussent un peu moins douloureux et un peu moins fréquents que dans la journée, ils tourmentèrent beaucoup le malade. Son état présentait néanmoins une légère amélioration. La céphalalgie avait un peu diminué; le pouls était très peu fréquent; la douleur n'avait point augmenté à la région épigastrique; le lavement avait procuré une selle naturelle (25 sangsues à la région épigastrique; continuation du traitement, sauf le tartre stibié).

» Les deux jours suivants les vomissements diminuèrent graduellement de nombre et d'intensité; ils furent presque entièrement bilieux; la douleur épigastrique se calma peu à peu. La respiration devint moins anxieuse, et les autres symptômes s'améliorèrent en même temps. La céphalalgie, en particulier, disparut complétement.

» Le cinquième jour, il ne restait plus qu'une légère sensibilité épigastrique; l'appétit était cependant toujours perdu, et par moment il y avait encore quelques nausées sans vomissements. Le pouls était presque entièrement revenu à son état naturel. J'avais continué le traitement simple dont j'ai parlé, et je m'étais borné à faire une nouvelle application de sangsues, au nombre de quinze, sur l'épigastre, le troisième jour.

» Enfin, le neuvième jour, l'état du malade était tel qu'on put lui permettre un peu de gelée au citron; mais, sans en éprouver d'effet local fâcheux, il s'en dégoûta bientôt. Un peu de bouillon de poulet fut mieux supporté. Les jours suivants je permis des aliments légers; mais l'appétit se rétablissait difficilement, et les digestions étaient un peu pénibles. Ce ne fut que par l'usage d'une petite quantité de quinquina une demi-heure avant chaque repas, que les fonctions digestives se rétablirent complétement, et au bout d'une vingtaine de jours le malade put partir pour son pays, où sans suivre aucune précaution pour son régime, il recouvra très promptement une santé parfaite. »

Mémoire sur la substitution d'une bonne à une mauvaise position dans le traitement des inflammations aiguës des articulations; par M. Bonnet, de Lyon.

Nous rendrons compte de ce mémoire, dont la première partie seule a paru, lorsqu'il sera terminé.

Quelques remarques sur les polypes de l'urètre chez la femme, et sur leur traitement; par M. A. Forget.

Résumé très bien fait de l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

Cette maladie n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps. Anatomiquement envisagée, la lésion de l'urètre consiste dans le développement à la surface de la membrane muqueuse d'une végétation de consistance charnue, d'un rouge vif, quelquefois un peu grisâtre, très vasculaire, facilement saignante, à surface ordinairement lisse, et se continuant avec la membrane muqueuse elle-même par une insertion tantôt large, tantôt étroite, et alors pédiculée. Son siége n'est pas toujours le même; le plus souvent le polype occupe la paroi inférieure de l'urètre; mais il peut se rencontrer sur la paroi supérieure et sur les parois latérales. Ordinairement il est assez rapproché du méat urinaire, à travers lequel il s'engage même dans une portion de son étendue, de manière à boucher ou à constituer une sorte de prolapsus de la membrane muqueuse, avec laquelle on l'a quelquefois, et à tort, confondue. Dans un seul cas, on en a trouvé deux. Leur volume est, en général, assez petit; ils peuvent cependant en acquérir un assez considérable pour exercer sur l'urètre une compression qui en modifie la longueur, la forme et la capacité.

L'âge des femmes semble exercer une influence marquée sur leur dévelopement. Ainsi, sur huit observations dans lesquelles cette condition d'âge est notée avec soin, dans six les malades avaient de seize à vingt-trois ans. Plusieurs fois la tumeur s'est manifestée peu de temps après un écoulement blennorrhagique.

Ils peuvent exister pendant long-temps sans donner lieu à aucun accident de nature à fixer l'attention des femmes qui en sont atteintes. Mais ces cas sont rares, et il est plus ordinaire de voir les malades éprouver, en urinant, de la cuisson; elles ont, de plus, des envies fréquentes d'uriner, ce qu'elles ne font souvent qu'avec difficulté. Dans ce cas, il n'est pas rare de voir les urines sanguinolentes. Il existe alors une douleur très vive et une pesanteur qui peut simuler une maladie du col utérin. Lorsque ces tumeurs ont acquis un certain volume, elles peuvent devenir, à l'occasion du coït, le siége d'une douleur très forte et d'un écoulement de sang assez marqué.

Le diagnostic, dans l'absence des symptômes que nous venons d'énumérer, est assez difficile, surtout si le polype est engagé dans l'urètre; c'est le cas le plus rare : presque toujours il existe quelque indice qui appelle l'attention du chirurgien du côté où siége la maladie; alors une sonde ou un stylet introduits dans le canal y constatent la présence d'un corps anormal dont on peut apprécier assez bien la forme et mesurer la circonférence. Lorsqu'il fait saillie à l'intérieur, M. Velpeau insiste pour qu'on ne le confonde pas avec ce renflement qui limite chez la femme le méat urinaire, et qui sert de guide dans le cathétérisme; la couleur rouge-foncée ou grisatre du polype, qui n'est pas celle de la muqueuse, servira au diagnostic; mais le meilleur moyen d'y arriver sera encore un stylet, qui permettra de contourner toute la petite tumeur, de bien s'assurer qu'elle est contenue dans la cavité urétrale, et qu'elle est terminée par un pédicule qui s'insère plus loin dans le canal. On peut de plus, comme moyen de diagnostic, saisir la tumeur avec une pince, et en l'attirant à l'extérieur, l'isoler et s'assurer ainsi qu'elle est bien distincte de la muqueuse hypertrophiée et à l'état de prolapsus.

Le traitement des polypes urétraux est fort simple; il consiste dans l'emploi de trois moyens différents : la ligature, la cautérisation et l'excision. C'est à cette dernière, comme plus simple et plus rationnelle, que M. Forget donne la préférence. Pour la pratiquer, on saisit le polype avec des pinces ou bien avec une petite airigne, et on l'excise à l'aide de ciseaux. Si la tumeur est très avant enfoncée dans l'urètre, il faut, comme le fit ce chirurgien, introduire des ciseaux longs et extrêmement pointus, et, rasant la paroi sur laquelle il est implanté, chercher à l'inciser en totalité. L'excision de ces polypes est, en général, suivi d'un écoulement de sang abondant eu égard au peu d'étendue de la plaie, mais qui ne tarde pas ordinairement à s'arrêter de lui-même. Dans quelques cas cependant il y a eu des hémorrhagies plus ou moins graves. Ces polypes sont-ils susceptibles de dégénérescence? A cet égard, l'observation n'a rien appris. Mais, dit M. Forget, quand on voit cette dégénérescence envahir les polypes du nez, du vagin, de l'utérus et du rectum, on est fondé par analogie à admettre qu'elle peut aussi avoir lieu pour ceux de l'urètre, et que, conséquemment, il est d'une saine pratique de les enlever dès qu'on s'est aperçu de leur existence.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Présidence de M. Alexandre Thierry.

(Extrait des procès-verbaux d'avril et mai.)

(Suite du numéro 80.)

Communications de faits pratiques. — *M. Bonassies* a fait part à la Société d'un cas de polype utérin qu'il a opéré tout récemment. La fille sur laquelle il eut occasion de l'observer était, depuis bien des années, sujette à des hémorrhagies utérines, à des écoulements leucorrhéiques et à des douleurs hypogastriques vives. La matrice explorée à travers les parois abdominales présentait des nodosités, des inégalités et des duretés manifestes, et la pression exercée sur cet organe y déterminait d'assez fortes douleurs. En outre, cette fille était sans cesse fébricitante. Elle fut soumise à diverses reprises à l'emploi des saignées locales et des applications émollientes. Enfin le col utérin laissa passer entre ses bords un polype qui adhérait à son pourtour. Ce corps fut excisé avec des ciseaux courbes sur le plat; une légère hémorrhagie survint dont on se rendit facilement maître avec des injections d'eau froide et la poudre de colophane. La texture de ce polype est fibreuse et aréolaire, mais il ne paraît pas pédiculé. La section en a été faite sur le tissu dégénéré lui-même, ce qui, joint à cela que la matrice explorée à travers les parois de l'abdomen laisse encore sentir les nodosités indiquées plus haut, fait penser à M. Bonnassies qu'il y a encore d'autres corps semblables dans l'organe gestateur. Notre confrère croit avoir coupé jusqu'au museau de tanche, et il ajoute qu'il n'aurait pu en extraire davantage sans entamer le corps même de la matrice.

M. Thierry, considérant que la section a été faite sur un tissu dégénéré, émet la crainte d'une récidive plus ou moins prochaine.

— *M. Homolle* raconte l'observation d'une suppuration de la mâchoire entretenue par une dent de sagesse. Une dame âgée de cinquante-six ans se fait arracher une grosse molaire. A la suite de cette opération légère elle est prise successivement de plusieurs fluxions, et un trajet fistuleux s'établit dans la mâchoire qui donne du pus. Il survient en outre une affection eczémateuse qui envahit toute la face; les gencives devinrent fongueuses aux environs de la fistule. On employa les antiphlogistiques et les purgatifs qui furent inutiles. On crut alors qu'on avait affaire à une affection syphilitique, à une nécrose ou à une carie du maxillaire, lorsque la dernière molaire devint douloureuse à son tour. On l'arracha, et l'on fut fort étonné de voir disparaître les accidents. Un mois après on vit sortir une dent de sagesse à la

quelle étaient dus probablement tous ces désordres. La fistule est actuellement en voie de guérison.

M. Charrier pense qu'il n'y a qu'un corps étranger, un chicot ou un fragment d'os maxillaire qui puisse donner lieu à une semblable suppuration.

M. Homolle ajoute en terminant, et pour corroborer son opinion, que la dent enlevée il y a trois ans a été conservée et qu'elle est entière.

— *M. Lagasquie* demande la parole pour communiquer une observation d'affection cérébrale douteuse. Il commence d'abord par faire ressortir la différence qui existe entre la paralysie résultant d'une congestion soudaine du cerveau et la paralysie dite générale, tant sous le point de vue de leur gravité que de leur marche. La première, qui débute instantanément, offre une marche décroissante et se termine par le retour au mouvement, tandis que la seconde a une marche lente et insidieuse. Progressivement elle augmente d'intensité et finit par amener la folie et la mort, si la folie n'avait point précédé. Il cite une personne de ses amis dont le caractère est gai, les mœurs heureuses, qui n'a pas de souci de famille et chez lequel, sans qu'il y ait eu de symptômes précurseurs tels que céphalalgie, pesanteur de tête, on s'aperçut qu'il y avait une légère difficulté dans l'articulation des mots, une petite déviation de la bouche lorsqu'il rit et un peu d'incertitude dans les mouvements du bras. Ces divers symptômes sont si peu graves, que le malade ne s'en était pas aperçu. Ce n'est que sur la remarque de sa famille qu'il a consulté. Depuis trois mois cet état se maintient sans faire aucun progrès. Est-ce là le commencement d'une paralysie générale, ou bien est-ce une paralysie résultant d'une congestion cérébrale qui serait survenue pendant le sommeil et qui aurait été si légère que le malade ne s'en serait pas aperçu au réveil ? M. Lagasquie appelle les lumières de la Société sur ce cas embarrassant et douteux.

M. Bourdin est porté à admettre un pronostic sérieux ; il pense que c'est le début d'une paralysie générale. Suivant lui elle sévit souvent sur les hommes de la plus belle apparence et de la plus vigoureuse santé. D'abord ils présentent l'embarras de la langue, puis graduellement arrivent les autres symptômes et ils finissent par succomber au bout de plusieurs mois. Il cite un horloger chez lequel il ne remarqua d'abord que ce simple embarras de la langue, à qui il suivint ensuite des convulsions épileptiformes et qui mourut au bout de dix-huit mois.

M. Cerise n'est pas disposé à porter un pronostic aussi terrible. Pour lui la paralysie générale a un cachet tout particulier qui ne permet pas de la confondre avec l'apoplexie congestive. Dans la première, la paralysie est en quelque sorte généralisée, incomplète ; elle frappe à la fois tous les membres. En même temps l'intelligence du malade éprouve un notable dérangement ; il devient plus irascible, plus impatient que de coutume ; ses goûts, ses habitudes sont notablement changés. Le malade en question ne paraît pas offrir tous ces caractères. Chez lui la paralysie consiste dans une légère déviation de la bouche, d'un seul côté, et ce signe est essentiel pour reconnaître une paralysie appartenant à une congestion. En outre, c'est dans le sommeil que ces congestions ont lieu et le malade n'en a pas toujours la conscience. Il mentionne à ce sujet un malade qui eut une attaque pendant la nuit, en dormant, et qui ne s'en aperçut qu'à son réveil, en descendant du lit, lorsque ses jambes paralysées ne purent le soutenir et qu'il tomba à terre.

M. Riembault adopte l'opinion de M. Cerise, qu'il considère comme étant l'expression de la vérité ; mais il ajoute qu'il faut prendre garde de s'en laisser imposer par des symptômes qui sont quelquefois tout à fait étrangers à une cause congestive. Il cite l'exemple d'un vieillard qui eut une attaque d'apoplexie il y a deux ans, et qui revint parfaitement à la santé. Il y a trois semaines, on s'aperçut de nouveau que la voix était encore embarrassée, quoique son intelligence fut intacte, les mouvements des membres libres et la langue sans déviation. On redoutait déjà un commencement d'apoplexie nouvelle, lorsqu'on vit que la langue était fendillée et coupée par une dent cassée et aiguë, et que telle était la cause de ce bégaiement. La dent fut limée et la parole redevint nette. Ce fait lui paraît assez curieux pour être noté et mettre en garde contre une erreur de diagnostic qui, dans ce cas, ne serait pas sans préjudice pour le malade.

M. Charrier donne comme symptôme de la paralysie générale la bizarrerie et le changement qui survient dans le caractère du malade, l'oubli de certains mots et le bégaiement ; mais il n'a jamais vu une déviation réelle de la bouche et de la langue. Il soutient également l'opinion que la congestion peut frapper pendant la nuit sans en avertir le malade. Il y a quelques années, il s'aperçut un certain matin qu'il était affecté de diplopie. Il rattache ce symptôme à une congestion cérébrale qu'il eut dans la nuit en dormant, et qui avait été probablement provoquée par une grande chaleur.

S'il était sans exemple, dit M. Lagasquie, que la lésion des mouvements ait jamais précédé le trouble des facultés mentales dans la paralysie générale dite des aliénés, je n'aurais pas balancé à supposer les traces peu notables d'une congestion cérébrale soudaine chez ce malade ; mais je crains que les signes de la paralysie générale ne précèdent quelquefois les lésions de l'entendement, et je m'inquiète de cette présomption pour mon malade, en voyant que l'embarras de la parole, un peu d'oscillation insolite dans les mouvements, qui ont d'abord fixé l'attention, persévèrent encore et s'accompagnent de notables changements dans le caractère.

— *M. Bataille*, vice-président, communique une observation de fièvre intermittente pernicieuse.

Une malade atteinte de fièvre typhoïde allait mieux depuis une quinzaine de jours, lorsqu'elle fut prise de douleurs rhumatismales. Au milieu de cette nouvelle affection, un soir, et sans que rien pût faire présager ces nouveaux accidents, elle est frappée d'une suffocation intense qui s'accompagne de délire et de coma alternatifs. On lui promena des sinapismes sur les jambes, et les phénomènes disparurent promptement. Notre confrère, dont l'attention avait déjà été dans plusieurs cas éveillée sur l'existence des fièvres pernicieuses, soupçonna qu'il pouvait bien avoir affaire à un accès de fièvre intermittente de mauvais caractère, et prescrivit, en conséquence, une dose assez forte de sulfate de quinine. Mais les assistants, qui sans doute ne comprenaient pas la gravité du mal, négligèrent de faire prendre la dose ordonnée, et n'en administrèrent que 40 centigrammes environ. Le lendemain soir, à la même heure, la malade fut encore reprise par la suffocation, qui fut plus forte que la veille ; l'agitation était extrême, la mâchoire inférieure agitée par un tremblement convulsif, et la malade tomba dans un coma profond.

Un médecin du voisinage qu'on courut chercher en l'absence de M. Bataille, témoin de ces symptômes terribles, et voyant que le pouls était vif et précipité, crut qu'il avait affaire à une affection cérébrale aiguë et prescrivit une application de seize sangsues derrière les oreilles. Mais M. Bataille, qui survint, s'opposa à cette médication, convaincu qu'il était, qu'il avait à combattre une fièvre intermittente. Pendant que les deux médecins débattaient leur opinion, le pouls vint à fléchir et à tomber tout à coup. Cet incident brusque termina le désaccord. La malade fut soumise au sulfate de quinine et à son grand avantage ; car il ne survint plus de nouvel accès, et aujourd'hui elle est parfaitement guérie.

M. Charrier demande si l'accès a débuté par le frisson initial si caractéristique des fièvres intermittentes bien légitimes.

M. Bataille ne l'a pas remarqué aussi tranché que dans la plupart des fièvres, seulement la malade se plaignait d'un malaise et d'une angoisse indicibles. Le frisson, du reste, observe-t-il, peut manquer dans une fièvre d'accès bien légitime. La malade, en outre, se plaignait d'un bourdonnement d'oreille insupportable après qu'elle eût pris le sulfate de quinine ; mais comme tout le monde sait que c'est là un effet presque constant de son emploi, surtout lorsqu'il est administré à dose assez élevée, il ne sait à quoi l'attribuer, au médicament ou à la fièvre.

M. Puel a observé récemment un cas de délire nerveux survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde traitée par les purgatifs. La veille au soir il avait trouvé sa malade dans un état fort satisfaisant, mais le lendemain lorsqu'il revint la voir il la trouva lisant une lettre qui l'avait attendrie, car elle pleurait. Trois quarts d'heure après elle fut prise d'un délire considérable. Un lavement purgatif et les ventouses aux extrémités furent ordonnés. Avait-on affaire à une méningite débutante ou à un délire nerveux reconnaissant pour cause l'émotion causée par la lecture de la lettre ? Notre collègue pensa, avec raison, qu'il avait affaire à un délire nerveux, et son opinion trouva un appui dans l'avis de M. le professeur Fouquier qui, le lendemain encore pensait comme M. Puel, dont il fit continuer le traitement, qui consistait dans l'emploi des révulsifs cutanés et des laxatifs. Le troisième jour, le délire était complétement tombé et la fièvre typhoïde reprit sa marche habituelle.

— *M. Richelot* a fixé l'attention de la Société sur la constitution médicale actuelle, qui prédispose singulièrement aux fièvres intermittentes pernicieuses. Pour son propre compte, il a eu occasion d'en observer trois cas dont le symptôme principal était une céphalalgie nerveuse des plus violente. Ils ont du reste parfaitement bien cédé au sulfate de quinine.

Les fièvres typhoïdes ne lui ont pas paru nécessiter une thérapeutique plutôt qu'une autre. Quant aux bronchites, il fait remarquer qu'elles ont régné épidemiquement et qu'elles ont montré une ténacité extrême aux agents curatifs.

M. Aubrun a observé beaucoup d'affections intestinales présentant pour caractères principaux la diarrhée et les coliques. Il s'est bien trouvé de la médecine expectante ; seulement il la secondait par quelques préparations thébaïques lorsque les coliques lui paraissaient trop vives.

Il a été témoin aussi de quelques dysenteries avec glaires sanguinolentes ; l'opium a été inutile, tandis qu'elles ont assez bien cédé à l'emploi de l'épicacuanha.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon, D.-M.-P.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison d'une aphonie hystérique par le nitrate d'argent fondu ; observation recueillie par M. Brodersen, de Ribby (Danemark).

Une jeune paysanne, âgée de seize ans, toujours faible depuis son enfance, et non encore menstruée, avait perdu son père depuis six mois, et en avait conçu un si violent chagrin, qu'elle fut atteinte de plusieurs symptômes histériques qui, selon les dire de la mère, avaient surtout leur siége dans l'hypogastre. La voix de cette malade alla graduellement en s'affaiblissant, à ce point qu'elle finit par être complétement aphone.

Lorsque M. Brodersen vit la malade pour la première fois, elle ne pouvait plus s'exprimer que par gestes ; elle était en outre sujette à des accès de toux sèche et courte, à de fortes palpitations et à des spasmes des extrémités inférieures. La langue était un peu chargée, les selles rares, et le pouls petit, lent et faible.

Un médecin qui avait été consulté auparavant, avait prescrit des pilules d'*asa fœtida* et d'aloès, qui n'avaient d'autre effet que de régulariser les évacuations alvines.

M. Brodersen, souvent témoin des succès signalés que le nitrate d'argent fondu procure dans les cas d'affections spasmodiques, prescrivit ce médicament sous forme pilulaire, à la dose de trois milligrammes toutes les deux heures. Il fit pratiquer en même temps, sur la région cervicale, des frictions avec un liniment antispasmodique.

Dès le quatrième jour de ce médicament, la malade pouvait déjà prononcer *oui* et *non*, d'une voix faible et enrouée, et les extrémités inférieures, jusque-là contractées spasmodiquement, commençaient à pouvoir s'allonger. Au bout de six autres jours, elle pouvait prononcer plusieurs mots et même de petites phrases, mais toujours à voix si basse que, pour l'entendre, il était nécessaire d'approcher l'oreille de sa bouche.

A partir de cette époque, un violent mal de tête et la diminution notable de l'appétit engagèrent M. Brodersen à suspendre l'usage des pilules et à les remplacer par des médicaments digestifs. Cinq jours après, la voix était redevenue tout à fait naturelle.

Sous l'influence de l'administration soutenue des agents médicamenteux toniques, les forces sont revenues, le flux menstruel s'est établi, et tous les mouvements spasmodiques, ainsi que l'aphonie, ont disparu sans laisser la moindre trace.

(*Zeitschrift fuer die gesammte medicin.*)

Emploi de l'émétique dans le cas de fièvre érysipélateuse ; par M. le docteur Guldberg.

M. Guldberg a obtenu un grand nombre de succès en administrant l'émétique contre les fièvres érysipélateuses. A l'aide de cette médication, il obtient la résolution des érysipèles de la face, même les plus graves ; et, suivant lui, on peut, ainsi qu'Hufeland l'a déjà dit, considérer ce médicament comme un véritable spécifique dans les phlegmasies de ce genre.

(*Ibid.*)

Bons effets de la flagellation dans un cas d'empoisonnement par l'opium ; par M. le docteur Barrett, de Middleton (Connecticut).

Un individu s'était empoisonné en avalant 45 grammes de laudanum. Les vomitifs, les frictions, etc., avaient été employés inutilement, et sans pouvoir tirer le sujet du profond assoupissement dans lequel il était tombé ; aussi la mort paraissait-elle être imminente.

Dans cette occurence, M. Barrett eut l'idée de recourir à l'emploi de la flagellation. Il fit frapper la plante des pieds et la paume des mains avec des verges nouvellement coupées, et, au bout de douze heures de ce moyen, le malade commença à se réveiller.

Des moyens appropriés furent alors mis en usage, et l'individu se rétablit complétement.

(*Ibid.*)

Note sur l'ancienne et nouvelle vaccine et sur l'application de la vaccination naturelle par le moyen d'un virus repris sans cesse sur l'espèce bovine au moment même de l'inoculation ; par M. le docteur James.

L'auteur, à l'occasion de la récente découverte du vaccin naturel par M. Magendie, établit que depuis Jenner jusqu'à nos jours, on a constamment rencontré le vaccin quand on a voulu le chercher, et qu'il est le premier qui ait comparé les pustules produites par l'*ancien et le nouveau vaccin, et inoculé des génisses*. Il rappelle que, dès 1827, il a pratiqué la nouvelle vaccination dans les communes du département de la Seine, après l'avoir étudiée ailleurs bien avant cette époque ; que, sous les auspices de M. le ministre de la marine, il répand *exclusivement* les bienfaits de la nouvelle vaccination dans nos colonies au nom de la société dont il dirige les travaux.

Après s'être livré à des considérations *sur le renouvellement et la régénération de la vaccine*, et rappelé les nombreuses expériences qu'il a successivement faites, en 1837, soit à La Villette sur des vaches, soit à Gournay sur des génisses inoculées avec du vaccin recueilli sur ces mêmes vaches, expériences qui prouvent, d'après les faits, la possibilité de la transmission du vaccin naturel de la vache à la vache, ainsi que le constatent des procès-verbaux qu'il a précédemment communiqués à l'Académie. M. James met sous les yeux de l'Académie un tableau dans lequel se trouvent indiqués ses procédés nouveaux et ses idées depuis 1837. Il tient à la disposition de la commission deux articles sur le *renouvellement et la régénération*, que des circonstances l'ont empêché de communiquer à l'Académie.

Selon l'auteur, la *régénération de la vaccine*, telle qu'il la conseille et la pratique, consiste à reporter du vaccin usé à un nombre déterminé de transmissions sur les bras des enfants, et de ceux-ci sur la génisse ; en sorte que la vaccination puisse toujours se faire en reprenant le vaccin après l'avoir repassé dans la circulation de la vache, moyen qui offre la facilité de pouvoir conserver constamment le vaccin au degré d'énergie nécessaire pour garantir dans tous les cas, contre la variole. Il constate, d'après ses expériences, qu'une *seule génisse* a pu servir à la *vaccination naturelle* de plusieurs communes, ainsi que cela a eu lieu l'année dernière à Paris, à Belleville, à La Villette, à La Chapelle, et même pour les 20e et 50e régiments de ligne.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 84. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 17 JUILLET 1844.

L'Académie de médecine est un peu sortie, hier, du calme plat dans lequel elle dormait depuis plusieurs séances. Celle-ci a été ouverte par une communication de M. Ollivier (d'Angers), relative à l'arsenic contenu dans les terrains des cimetières. Le fait qu'il a rapporté (*voir* le Compte-rendu) vient à l'appui des opinions émises par M. Orfila sur l'impossibilité de la transmission de l'arsenic contenu dans la terre aux cadavres qu'elle renferme. Dans un travail lu devant l'Académie, M. Orfila avait voulu prouver deux choses: 1° que la terre arsenicale des cimetières ne pouvait pas, pour ainsi dire, empoisonner un cadavre; 2° que le cadavre contenant de l'arsenic pouvait le rendre à la terre. Il avait cherché à résoudre ces deux problèmes par la théorie et par l'expérience provoquée; mais aucun cas ne s'était encore présenté où les investigations de la justice pussent avoir besoin des données de la science sur ce point. Le fait de M. Ollivier (d'Angers) est dans ce cas. Un cadavre contenant de l'arsenic a été exhumé d'un terrain arsenical. L'arsenic était surtout contenu dans le foie, et les débats ont prouvé la réalité d'un empoisonnement criminel. Un autre cadavre enterré dans le même terrain arsenical, et, par un accident, recouvert sans intermédiaire de cette terre, n'a donné aucune trace d'arsenic.

Ce fait rend donc probables les opinions de M. Orfila. Nous disons seulement probables; car en cette matière nous sommes de ceux qui exigent la plus grande réserve sur les conclusions définitives. Nous ne comprenons pas très bien, par exemple, cet échange d'arsenic qui peut se faire seulement du cadavre à la terre, et non plus de la terre au cadavre. Nous ne croyons pas non plus qu'une seule observation comparative, et M. Ollivier (d'Angers) n'en a fait qu'une, soit suffisante. Mais enfin, ce fait, qui aurait pu présenter beaucoup plus d'intérêt si M. Ollivier, profitant de l'occasion qui lui était offerte, avait demandé l'exhumation de plusieurs autres cadavres du même cimetière, ce fait n'en est pas moins important, et mérite d'être recueilli. Ce que nous demandons seulement, c'est la prudence et la réserve.

Après cet incident, M. Velpeau a obtenu, mais non sans peine, la continuation de la discussion sur l'ophthalmologie, et M. Gerdy a pu enfin terminer son discours.

Sous quelque point de vue qu'on l'envisage, ce discours ne peut être considéré que comme une erreur de M. Gerdy. Il était cependant parti d'un point de vue juste et soutenable. Il est parfaitement vrai qu'un grand nombre d'ophthalmologistes, même de ceux qui ont abandonné les innombrables et souvent absurdes divisions de l'école de Beer, se sont souvent perdus dans des distinctions puériles et complétement inappréciables. Il y avait là matière à de justes critiques et à une bonne argumentation; mais, comme cela lui arrive quelquefois, M. Gerdy a bientôt oublié son point de départ, et il a fait porter son blâme injuste et irrationnel sur ce qu'il y a de plus réel, de plus vrai, de plus pratique dans l'ophthalmologie.

C'est à ce discours que M. Velpeau tenait surtout à répondre, et il l'a fait avec un plein succès. Il n'a pas eu de peine à prouver que la prétendue simplification demandée par M. Gerdy jetterait l'ophthalmologie dans une confusion extrême. Il a démontré que, soit sous le rapport du siége, soit sous les rapports des causes, des symptômes, de la marche et du traitement, les ophthalmies différaient aussi bien entre elles que diffèrent les maladies des autres appareils. Il a exposé sa doctrine, bien connue, contre la spécificité des ophthalmies, du nombre desquelles il voudrait rayer même l'ophthalmie scrofuleuse; car dit-il, il ne croit pas à la scrofule. Cette proposition hardie a singulièrement étonné l'assemblée; et, pour notre part, nous serions bien curieux d'entendre les développements de cette thèse, fort nouvelle assurément.

Du reste, soyons juste envers tous, même envers les morts. Sanson avait déjà combattu sous cette bannière que vient de relever M. Velpeau; toute sa vie, il a professé les doctrines qui retentissaient hier dans l'enceinte de l'Académie, et peut-être eût-il été digne de cette compagnie, dont il fut membre, qu'une voix non oublieuse eût dit ce que nous disons nous-même.

M. Ségalas a clos la séance par la communication de deux faits de taille sus-pubienne fort intéressants, suivis tous les deux de guérison parfaite.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Considérations pratiques sur les affections syphilitiques, et leur traitement.

L'existence des hôpitaux spéciaux rend plus rare dans les salles des établissements ordinaires, la présence des malades affectés de syphilis. De plus, l'instruction et la science des médecins spéciaux doivent inspirer toute confiance; aussi M. Chomel n'a-t-il point eu dessein de faire sur ce sujet des leçons spéciales. Mais il est un point du traitement sur lequel il ne partage pas l'opinion des médecins et chirurgiens qui sont à la tête des hôpitaux consacrés aux maladies vénériennes. C'est sur ce point thérapeutique qu'il a cru devoir insister à propos d'une femme qui s'est présentée dans ses salles tout récemment.

Nous avons, dit M. Chomel, au n° 7 de la salle Saint-Bernard, une femme qui présente des symptômes primitifs de syphilis, et un homme au n° 4 de la salle Sainte-Agnès, qui offre des symptômes secondaires de la même maladie. La femme est âgée de vingt-sept ans; il y a deux ou trois mois, elle eut un écoulement assez considérable, non accompagné de douleurs ni de cuissons en urinant, ni de chaleur brûlante dans le vagin. Quelques jours après la première apparition de cet écoulement, elle vit naître des pustules plates sur la vulve, et notamment sur les grandes lèvres. Ces pustules affectaient une marche trop lente, et ne prirent pas beaucoup de développement.

Au moment de son entrée dans notre service, elle présentait des pustules plates en assez grand nombre sur les parties que nous avons indiquées. Disons, en passant, que ce nom de pustules plates nous paraît mal choisi, et tout à fait inexact. Ce ne sont pas des pustules, car elles ne contiennent pas de pus. Le nom de tubercules plats ou tubercules muqueux, semble mieux exprimer l'idée qu'on a voulu rendre. Quoi qu'il en soit, ces pustules étaient disséminées sur les deux grandes lèvres et sur la partie inférieure des cuisses. En examinant la vulve avec attention, nous trouvâmes une petite ulcération sur les limites de la membrane muqueuse, ulcération qui n'avait pas les bords taillés à pic, mais qui était très probablement un chancre, peut-être en voie de cicatrisation. Les ganglions lymphatiques des aines présentaient un peu de gonflement et de dureté, sans douleur à la pression.

La membrane muqueuse du pharynx et du voile du palais était plus rouge qu'à l'état normal; sa surface était un peu inégale, mais sans ulcérations caractéristiques, à bords taillés à pic. Sous l'influence de gargarismes émollients et de boissons adoucissantes, ces phénomènes disparurent assez promptement, et alors seulement nous commençâmes le traitement antisyphilitique. Des lotions fréquentes, des bains de siége, des pilules au deutochlorure furent employés, et depuis trois semaines qu'elle est à l'hôpital, les pustules ont diminué de volume; elles commencent à s'affaisser. La petite ulcération dont nous avons parlé a presque entièrement disparu. Ce que l'état de la gorge présentait d'aigu, a presque complétement disparu aussi. Cependant on trouve encore une petite excoriation qui paraît appartenir à l'affection syphilitique. Le fond en est un peu grisâtre, et elle nous semble suspecte.

En général, nous croyons qu'il convient d'attaquer les symptômes syphilitiques plutôt par un traitement général que par des médications locales. Un grand nombre de médecins très prudents, parmi lesquels nous pourrions citer Ant. Dubois, avaient pour principe de ne faire que des traitements généraux, sans employer aucun topique local. Nous reviendrons un peu plus bas sur le traitement général.

L'homme couché à la salle Ste-Agnès, et dont l'intelligence un peu obtuse ne nous a pas permis d'obtenir des renseignements satisfaisants sur l'origine et le point de départ de sa maladie, offrait sur le corps et sur la face même une éruption de taches caractéristiques. Il nous a affirmé n'avoir jamais eu de maladie syphilitique; mais il portait, au moment de son entrée, un engorgement considérable du testicule, et sur le gland des cicatrices évidentes de chancres. Il n'est pas absolument impossible que l'on puisse avoir des chancres sans s'en apercevoir, surtout quand ils sont peu étendus et guérissent promptement. Chez les femmes, il est encore bien plus facile que le chancre passe inaperçu, la conformation de ses organes génitaux ne lui permettant pas de voir ceux qui se seraient développés sur la membrane muqueuse du vagin. Mais en général, chez les hommes, il est impardonnable de ne pas s'apercevoir de leur présence. Notre malade nous affirmait ne point avoir d'écoulement. Cependant, il avait un écoulement purulent assez abondant, que nous constatâmes nous-même. Soit par stupidité naturelle, soit par envie de nous tromper, il ne répondit rien de satisfaisant aux questions que nous lui adressâmes au sujet de ses maladies antérieures. Dans les cas analogues, nous sommes obligés de faire de la médecine comme les vétérinaires, les sujets ne pouvant ou ne voulant point donner des renseignements suffisants. Nous avons immédiatement mis ce sujet au traitement mercuriel; depuis environ trois semaines qu'il est en traitement, les taches ont commencé à pâlir sensiblement. Quelques-unes persistent encore; ce n'est que plus tard que tous ces phénomènes disparaîtront.

Le traitement des accidents primitifs a été à toutes les époques l'objet de dissensions entre les médecins, et nous sommes fâché de dire que ces dissensions existent encore de nos jours. Parmi les sujets qui ont été traités par le mercure, quelques-uns, malgré la médication employée, ont eu des accidents secondaires. On avait pensé que le développement de ces accidents secondaires tenait à ce que le mercure n'avait pas été absorbé, et pour être certain de l'absorption du médicament, on regardait comme une chose favorable un commencement de salivation, cet accident ne pouvant survenir que par suite de l'absorption du mercure. D'autres, au contraire, ne partageant point les mêmes idées, regardaient la salivation comme un signe extrêmement fâcheux, comme un accident très désagréable, à cause de la douleur et du gonflement qu'elle détermine, des insomnies qu'elle cause. La salivation a encore ce grand inconvénient de trahir un secret important, et dont la révélation peut influer sur l'avenir du malade. Un inconvénient encore, et non moins grave, c'est qu'elle oblige d'interrompre l'emploi du mercure, ce qui retarde nécessairement la guérison, et peut préparer le développement d'accidents secondaires.

Pour les accidents secondaires qui survenaient chez les sujets qui avaient suivi un traitement, on les regardait comme le résultat d'une mauvaise méthode d'emploi du mercure. Ici, même embarras encore pour le choix de la préparation à employer. Les uns ont conseillé les frictions mercurielles; d'autres ont préconisé les pilules de calomel, que certains auteurs ont proscrit à cause de ses propriétés purgatives. Le deutochlorure de mercure était adopté par les uns, rejeté par les autres comme pouvant déterminer des accidents, et constituant une préparation dangereuse. Dans tous les temps, il y a eu dissidence parmi les médecins, dissidence qui reposait sur des motifs réels, puisque, de ces divers traitements, aucun n'empêchait toujours et à coup sûr les accidents consécutifs.

Dans ces derniers temps, on a imprimé qu'il fallait combattre les accidents primitifs par un traitement local, et qu'il fallait attendre l'apparition des accidents secondaires pour les traiter. Si, en réalité, les accidents primitifs, de quelque manière qu'on les traite, pouvaient se reproduire, cette proposition pourrait être admise. Si, parmi les sujets qui ont subi pour des symptômes primitifs de vérole un traitement mercuriel, il n'y en avait qu'un sur dix qui eût des symptômes secondaires, et qu'il y en eût deux sur dix parmi ceux qui n'ont pas été traités par le mercure, ce serait évidemment un devoir pour le médecin de toujours faire suivre au malade un traitement complet. En effet, un individu affecté de maladie syphilitique, s'il suit un traitement et qu'il se guérisse complétement, n'a rien à redouter pour ses enfants. Tout est fini, et il ne doit lui rester aucune crainte. S'il ne se guérit pas, au contraire, il a les plus grandes chances de communiquer à ses enfants, par voie d'hérédité, l'affection dont il est atteint.

La conséquence de ce que nous venons de dire, la voici: Le médecin doit se poser la question de savoir si le plus grand nombre des sujets qui ont été traités généralement, se trouvent, par le fait de ce traitement, préservés ou non des accidents secondaires; il doit se demander, en outre, si le traitement a été bien suivi, bien complet. Cependant, il existe des exemples authentiques de sujets qui ont suivi bien exactement et avec rigueur un traitement antisyphilitique bien dirigé, et qui ont présenté, nonobstant ce traitement, des accidents secondaires. Ici se présente naturellement une nouvelle question: Pendant combien de temps doit-on faire suivre à un malade un traitement mercuriel, pour être à peu près sûr qu'il n'y aura point d'accidents secondaires?

Dupuytren pensait que quarante jours de traitement mercuriel n'étaient point ordinairement suffisants. Il professait que la durée du traitement et la dose des préparations mercurielles, devaient être proportionnées à la durée de l'affection que l'on cherchait à combattre. Il pensait que l'on devait donner le mercure pendant un temps égal à celui qui s'était écoulé depuis la première apparition des symptômes syphilitiques, jusqu'à la guérison. Pour moi, voici l'opinion à laquelle m'a conduit l'expérience des faits: Lors même que les accidents primitifs se sont dissipés très rapidement, je ne me tiens pas pour complétement vainqueur, et je ne pense pas qu'un traitement soit suffisant parce qu'il a duré le double de temps qu'a duré la maladie. Je crois que le virus a besoin d'être détruit par l'usage prolongé des préparations mercurielles; je crois qu'il n'est pas nécessaire, qu'il est même nuisible d'administrer une grande quantité de mercure, mais qu'il faut le donner pendant long-temps, à petite dose; je crois que c'est là la seule et véritable manière de triompher d'un mal qui tantôt a cédé après un traitement mercuriel, d'autres fois se reproduit malgré ce traitement.

Depuis fort long-temps, j'ai adopté pour règle de conduite, et comme principe de thérapeutique à suivre en pareil cas, de faire prendre aux malades des préparations mercurielles pendant cinq ou six mois, et cela même aux sujets affectés d'accidents primitifs. Au lieu de faire prendre aux malades des quantités énormes de mercure, qui auraient l'inconvénient grave de provoquer quelquefois la salivation, et qui ne guériraient pas la vérole, inconvénient d'autant plus grave que la salivation oblige à interrompre momentanément la médication spécifique, ce qui n'est pas sans danger, je ne leur en administre que de très faibles proportions à la fois; mais je regarde la longueur du traitement comme un des premiers éléments de succès, dans la cure des accidents primitifs. Depuis quinze à vingt ans que je suis cette méthode, je n'ai jamais vu une seule personne soumise pendant cinq ou six mois à l'ingestion de doses assez petites de mercure pour que, ni les organes digestifs, ni les muqueuses de la bouche ne soient affectés; je n'ai jamais vu, dis-je, une seule de ces personnes présenter des accidents consécutifs.

Je sais bien que cette méthode n'est pas sans inconvénients. Pour les malades qui se font traiter dans les hôpitaux, elle prolonge leur séjour d'une manière préjudiciable à leurs intérêts et à ceux des établissements où on les a admis. Mais cet inconvénient n'est pas sérieux, car on pourrait facilement leur fournir des médicaments au dehors, et les dépenses occasionnées par le séjour des sujets s'en trouveraient diminuées d'autant; et puis, cette objection ne s'applique qu'à ceux des malades qui sont traités dans les hôpitaux, et nullement à ceux de la classe aisée que l'on est appelé à traiter dans la pratique civile.

Donc lorsqu'un sujet se présente à moi avec des symptômes primitifs d'affection syphilitique, je commence par lui faire prendre une pilule matin et soir, contenant un demi-centigramme (un sixième de grain) de sublimé. Au bout de quinze jours, je porte la dose à trois pilules par jour; au bout de quinze autres jours, à quatre pilules; en tout, deux centigrammes par jour, au maximum, de deuto-chlorure de mercure. Ce traitement m'a toujours réussi, et je suis constamment arrivé à ce résultat que jamais les malades traités de cette manière n'ont eu d'accidents consécutifs; j'ai vu souvent, au contraire, que par la méthode ordinaire, et vulgairement suivie, on n'est jamais sûrement mis à l'abri de ces phénomènes secondaires. Cette dernière proposition est si vraie, que M. Ricord lui même a renoncé presque toujours à faire suivre un traitement mercuriel aux sujets affectés de symptômes primitifs.

Voilà ce que nous avions à vous dire des accidents primitifs et de leur médication. Quant au traitement des accidents secondaires, il n'est pas toujours le même et varie suivant les circonstances.

Le malade a-t-il constamment pris des préparations mercurielles, et ce traitement a-t-il été tour à tour pris, abandonné, repris, etc., enfin le sujet est-il, si nous pouvons nous servir de cette expression, *saturé* de mercure, on devra recourir à d'autres moyens. C'est sur des individus dans ces conditions que l'on a vu le rob de Laffecteur produire des résultats presque merveilleux. Ce n'était point au rob en lui-même que l'on devait attribuer ces admirables effets, mais bien au simple changement de médication, et la preuve en est que la tisane de Feltz, d'Arnould peuvent être employées avec grand succès, et remplacent très avantageusement le rob dont nous parlons.

Depuis quelques années, un nouveau médicament est venu enrichir la thérapeutique spéciale de ces affections, c'est l'iodure de potassium dont on retire des effets surprenants. Lorsque le mercure est devenu impuissant, l'iodure de potassium détermine des succès qui tiennent du prodige. J'ai vu, entre autres faits que je pourrais vous citer, un sujet affecté de vérole depuis près de vingt ans, qui avait des céphalalgies atroces, contre lesquelles le mercure avait échoué; chez lequel des tumeurs périostiques commençaient à se développer; j'ai vu ce sujet être débarrassé de tout accident dans l'espace de quinze à vingt jours sous l'influence de l'iodure de potassium. Continué pendant quelque temps encore, ce traitement a complètement rétabli le malade qui, depuis, s'est toujours très bien porté. Ainsi, lorsque des accidents secondaires surviennent, des douleurs ostéocopes, des gonflements du périoste, etc., au lieu de ces tisanes désagréables à prendre, dont nous venons de vous parler, administrez l'iodure de potassium, et, en fort peu de temps, les accidents secondaires se dissiperont. Il est bien entendu cependant que vous ne mettrez ce remède en usage que chez les individus qui auront suivi préalablement un traitement mercuriel. S'ils n'en avaient point fait usage, c'est par le mercure qu'il faudrait commencer. En général, au lieu d'administrer de prime abord le mercure sous forme d'iodure, ce qui réunirait à la fois l'action du mercure et celle des préparations iodurées, je préfère employer chaque médicament séparément et à son tour. Je commence par le deuto-chlorure pour passer ensuite à l'iodure de potassium. Tel est le résultat de la pratique que j'ai suivie depuis quelques années, et bien que les faits que j'ai été à même d'observer soient loin d'être aussi nombreux que ceux que recueillent chaque jour les praticiens qui s'occupent spécialement du traitement des affections syphilitiques, ils ont été si complètement et si constamment heureux que je n'hésite pas à vous conseiller de suivre la même méthode chez les malades qui se présenteront à vous.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Des taches de la cornée. Leçon clinique recueillie par le Dr J.-C. LOUREIRO, de Lisbonne.

Les taches de la cornée sont l'un des résultats des abcès et des ulcères de cette membrane. Dans l'abcès, la matière épanchée s'organise quelquefois, et prend une densité considérable par suite de la résorption de ses parties liquides. Dans l'ulcère, une partie de cette même matière se combine avec une exsudation fibro-albumineuse qui vient remplir l'excavation. La tache de la cornée, dans les deux cas, intercepte une quantité de rayons lumineux en rapport avec sa surface, et en rapport aussi avec son épaisseur. Les abcès et les ulcères sont divisés, comme nous l'avons vu dans les leçons précédentes (1), en superficiels, moyens et profonds.

Les taches sont classées de la même manière. Au point de vue de leur marche, on reconnaît deux variétés principales d'abcès et d'ulcères; ceux qui sont à l'état aigu, et ceux qui sont chroniques.

Dans les taches, cette division n'est pas rigoureusement possible, puisqu'elles sont toujours le résultat d'une inflammation plus ou moins aiguë, et une sorte de cicatrice. Cependant il est impossible de ne point admettre une classification qui se rapproche jusqu'à un certain point de celle-ci. Quelques mots pour nous faire comprendre: toutes les taches sont loin de se ressembler; les unes sont anciennes, datent de très loin; ne sont parcourues d'aucun vaisseau sanguin; sont, comme le dit le professeur Riberi, un produit froid; les autres, de formation plus ou moins récente, quelquefois vascularisées, présentent un travail à la fois de sécrétion et de résorption; ou bien on ne voit aucun vaisseau dans leur tissu, et on reconnaît qu'elles offrent, à n'en point douter, un diamètre de moins en moins grand dans tous les sens, et qu'elles tendent incessamment à disparaître complètement. Il est donc indispensable, en dehors de l'épaisseur, d'admettre deux grandes divisions, savoir: l'une qui comprendra les taches dans lesquelles un travail de résorption très actif se fait actuellement, et qui s'accompagne ou non de la formation d'une matière opaque toujours nouvelle; l'autre qui renferme cette classe de taches qui sont constituées par des matières définitivement organisées et non susceptibles d'être reprises par les vaisseaux résorbants. Revenons à la division selon l'épaisseur.

Les *taches superficielles* (*néphélion, nubécule*) se présentent, en général, sous la forme d'une opacité blanc-bleuâtre ou grisâtre, ordinairement uniforme, sauf vers la circonférence, où la teinte morbide se fond insensiblement avec la couleur normale de la cornée; quelquefois le centre de ces taches est un peu plus opaque que le reste de leur étendue. Son diamètre est toujours assez petit, et n'excède pas ordinairement trois à quatre millimètres. Il en est pourtant, et le fait est loin d'être rare, qui recouvrent une très grande partie de la cornée. Lorsqu'ils sont situés dans le champ pupillaire, ils gênent la vision, particulièrement pour les objets éloignés. Le malade voit à travers une sorte de gaze d'une épaisseur variable; toujours il est plus ou moins myope. Lorsque la tache superficielle s'est montrée sur la cornée de manière à ne recouvrir qu'une partie de la pupille, il n'est pas rare, surtout chez les enfants, que l'œil se dévie du côté même où la tache est située. Cette dernière observation s'applique surtout aux taches plus épaisses et plus profondes.

Les *taches moyennes* (*albugo*) peuvent, à la fois, occuper les couches moyennes et superficielles de la cornée, ou simplement les couches moyennes. Dans ce dernier cas, qui est le plus rare, la lamelle externe de la cornée conserve toute sa transparence; elle est lisse, polie. C'est le résultat ordinaire des abcès dont la matière s'est organisée. Dans le premier cas, au contraire, qui est le plus fréquent, l'opacité siége à la place d'une excavation ulcéreuse; elle est ordinairement crayeuse, inégale à sa surface, et fait quelquefois saillie au delà de la surface normale de la cornée. C'est cette variété que Beer et Schmidt considèrent comme une cicatrice. A moins que l'albugo soit très petit, il est à peu près impossible de reconnaître si ou non les lamelles profondes n'ont point été intéressées. L'albugo ne peut être traversé par les rayons lumineux; s'il est large et placé au-devant de la pupille, il produit la cécité. De même que le nuage et le leucome, s'il ne manque qu'une partie de cette ouverture, il s'accompagne souvent de strabisme.

Les *taches profondes* (*leucome*), de toutes les taches de la cornée, sont celles qui sont les plus épaisses. L'opacité, dans cette affection, a envahi tout l'épaisseur de la membrane dans une étendue variable. Sa surface est rugueuse, dure au toucher, élevée au-dessus du niveau de la cornée. Il n'est pas toujours facile de reconnaître, sur le vivant, si on a affaire à l'albugo ou au leucome, surtout quand la tache est de peu d'étendue, et lorsqu'il n'y a point d'adhérence entre l'iris et la cornée; la dissection seule peut souvent éclairer le médecin sur ce fait; mais on comprend combien peu d'intérêt mérite ici cette recherche. Les anciens oculistes admettaient plusieurs variétés de leucomes pour différencier le degré de l'opacité; la première variété était nommée *obscuratio leucomatosa*; la seconde, *leucoma cretaceum*; la troisième, *macula margaritacea*. Ces divisions, peu intéressantes au point de vue pratique, n'ont point été conservées.

Le *leucome* est le plus souvent la suite de larges abcès de la cornée ou d'ulcérations profondes de cette membrane; il est simple ou compliqué de synéchie antérieure. Dans le premier cas, si la tache est peu étendue, on reconnaît par la portion de cornée restée transparente que la pupille a conservé sa liberté; dans le second, au contraire, cette ouverture s'est déformée et a disparu complètement. Il n'est pas rare alors que le leucome présente çà et là quelques éminences plus ou moins élevées, traces évidentes de perforations multiples recouvertes de fausses membranes d'une épaisseur variable, et qui permettent le plus souvent de reconnaître à sa couleur noire l'iris, qu'elles recouvrent et qu'elles soutiennent.

La cornée offre encore d'autres taches que celles dont nous venons de parler; ce sont les taches métalliques, les taches, osseuses, et cette opacité particulière qui a reçu le nom de cercle sénil.

Taches métalliques. Elles sont formées le plus souvent par l'application intempestive de collyres contenant un sel métallique et du laudanum. Cette combinaison, efficace dans certaines inflammations de la conjonctive, devient dangereuse dans les ulcérations de la cornée, en ce sens qu'un méconate insoluble vient se fixer dans l'excavation, et qu'il se recouvre bientôt d'une fausse membrane qui empêche son expulsion. Les collyres de sous-acétate de plomb seuls produisent souvent ce fâcheux résultat sans addition de préparations opiacées; c'est un fait signalé depuis long-temps par Weller et M. Stoeber. M. Cunier a enlevé de nombreuses taches de méconate de plomb, de zinc, etc.; nous-mêmes nous en avons extrait une en votre présence il y a deux mois. Les taches métalliques anciennes se présentent ordinairement sous la forme d'une opacité irrégulière ordinairement anguleuse, de couleur jaunâtre quand ils sont recouverts d'une fausse membrane épaisse; d'une couleur blanche particulière, brillante, quand ils sont récents. Les premiers font saillie au-dessus du niveau de la cornée: les seconds tapissent une excavation de profondeur variable, et s'élèvent peu à peu au fur et à mesure que le malade fait usage du collyre qui a produit l'opacité. Les taches métalliques nouvelles s'accompagnent ordinairement d'ophthalmies photophobiques qui reparaissent à des intervalles rapprochés. Les taches anciennes laissent, en général, l'œil en repos, mais sont assez souvent encore le point de départ de kératites aiguë. Elles sont le plus souvent prises et traitées pour des albugo ou pour des leucomes. Ces ophthalmies aiguës amènent assez fréquemment une inflammation active des parties sur lesquelles le corps métallique s'est formé, et alors celui-ci, extraîné par une suppuration abondante, est remplacé par une cicatrice solide.

Les *taches osseuses* sont très rares; aussi n'en parlons-nous ici que pour mémoire. Wardrop et Walther en ont cité des exemples authentiques. On rencontre le plus souvent cette variété de taches après les atrophies complètes de l'œil.

Enfin l'*arc* ou *cercle sénil*, appelé aussi *gérontotoxon* de même que les taches métalliques et osseuses, ne présente aucun rapport avec les opacités proprement dites de la cornée. L'arc sénil n'est point une maladie, car il ne trouble en rien les fonctions de l'organe de la vision. Il se présente sous la forme d'un anneau opaque placé à deux millimètres environ de la circonférence de la cornée, qui reste parfaitement transparente en deçà et au delà de la portion de cercle qu'il mesure; il commence d'ordinaire à la partie supérieure ou inférieure de la cornée, assez souvent à ces deux endroits à la fois. Ces deux demi-cercles finissent ainsi par se réunir et former un anneau entier. On attribue, en général, la formation de cette tache particulière, d'après MM. Schon et d'Ammon, à l'oblitération des vaisseaux sanguins; aussi l'arc sénil s'observe-t-il le plus communément sur les vieillards; cependant on l'a vu sur des jeunes gens et même, au dire de Mohrenheim, sur un nouveau-né. Lorsque l'arc sénil existe sur la cornée, on le retrouve le plus ordinairement, selon MM. Schon et d'Ammon, et, d'après eux, notre savant confrère M. Hoering, sur la capsule postérieure.

Traitement. — Lorsque l'opacité est superficielle et encore récente, on est en droit d'espérer qu'on en obtiendra la disparition par les résolutifs. Aussitôt que l'ophthalmie qui aura produit la tache sera éteinte, on pourra, avec précaution, employer les pommades de Régent, de Dessault, de Lyon, ou celle connue à Paris sous le nom de pommade de madame la duchesse de Montebello, etc. Les pommades composées avec le borax, le sous-acétate de plomb, le zinc réussiront souvent dans cette circonstance. On emploiera encore certains collyres, outre celui de laudanum dont l'usage est devenu si commun. On pourra prescrire les sulfates de zinc, de cuivre, ou mieux encore celui de cadmium beaucoup vanté par Rosenbaum et Graefe; une pommade composée avec ce même sulfate pourra encore rendre quelques services. On a beaucoup préconisé dans ces derniers temps, et dans les mêmes cas, l'iodure de potassium, nous l'avons employé à la dose d'un vingtième à un dixième, et nous en avons obtenu d'assez bons résultats. Cependant ce sel ne nous a point paru l'emporter sur d'autres moyens à peu près analognes. Nous devons citer encore l'huile de foie de morue, qui peut être très utile. Nous n'avons point reconnu plus d'avantage à employer contre ces opacités l'acide cyanhydrique affaibli conseillé par le docteur Turnbull, de Londres; et ceci soit dit en passant, moins heureux que notre confrère M. Cunier, cette préparation ne nous a pas réussi, même contre la photophobie. Les collyres secs, tels que le calomel vanté par Boerhaave et Dupuytren, la tuthie préparée et d'autres corps analogues insolubles, nous ont toujours paru au moins inutiles, en ce sens qu'ils agissent plutôt mécaniquement que de toute autre manière. Les corps insufflés dans l'œil augmentent la vitalité de l'organe jusqu'à leur expulsion complète de la surface de la membrane muqueuse, et ce n'est qu'en augmentant l'action des vaisseaux résorbants qu'ils sont utiles dans les taches superficielles de la cornée. Il est à peu près prouvé pour nous, que toute cette quantité de prétendus spécifiques, y compris même les pommades et les collyres dont nous avons parlé plus haut, n'agissent pas d'une autre manière, et que l'excitation journalière de l'œil au moyen des barbes d'une plume promenée sur la conjonctive, peut produire d'aussi bons effets que tous ces remèdes.

Le traitement médical des taches moyennes étroites, est absolument le même que celui des taches superficielles; on pourra seulement y ajouter la cautérisation avec l'azotate d'argent à quelques jours de distance, selon la tolérance de l'œil, même dans le cas, quoiqu'en ait dit Weller, où il existerait un dépôt opaque sous les lamelles externes de la cornée demeurées saines. Si on reconnaît que l'épanchement superficiel est entretenu autour de l'albugo par un faisceau vasculaire, on pourra le couper avec les ciseaux ou au moyen de la cautérisa-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n. 70 et 73.

tion avec le nitrate d'argent en crayon. Lorsque l'albugo est très étendu, le traitement médical seul est insuffisant, surtout lorsque la tache recouvre complétement la cornée; circonstance qui empêche de pratiquer la pupille artificielle. Il est rare alors que l'albugo ne se complique pas de leucome; aussi nous proposons nous d'étudier en même temps le traitement employé contre ces deux espèces d'opacités.

On a eu recours à une multitude de moyens : 1° *Scarifications.* Elles ont été recommandées par Weller et Demours, et dernièrement encore M. Hohcher publiait en Hollande plusieurs observations, dans lesquelles il avait obtenu une transparence assez large de la cornée vers sa circonférence, pour pratiquer plus tard une pupille artificielle. Nous voyons ici tous les jours une femme aveugle à la suite d'une ophthalmie purulente, chez laquelle des ponctions et des incisions faites au centre de la tache ont amené une transparence notable du pourtour de la cornée. C'est un moyen à plus forte raison applicable aux taches leucomateuses centrales entourées d'épanchements interlamellaires de formation récente, et sur lequel on devra compter d'autant plus, que chaque ponction ou incision sera suivie d'un écoulement de sang, phénomène qui indique de la manière la plus certaine que la tache n'est point un produit inerte, et qu'elle est jusqu'à un certain point susceptible de résorption.

2° Le *séton* recommandé par Pellieret et Delarue, passé au travers de la tache au moyen de petites aiguilles à suture, paraît avoir produit de bons résultats entre les mains de ces médecins. On l'a abandonné complétement aujourd'hui, parce que son application est assez difficile pour le chirurgien, et douloureuse pour le malade, et surtout parce qu'elle entraîne la fonte purulente de la cornée.

3° L'*excision de la partie opaque et sa réunion* au moyen de suture, a été conseillée par M. Dieffenbach, qui a osé la mettre en pratique sur un enfant de deux ans. Le succès qui a suivi cette opération, que le cas ne nécessitait aucunement, parce qu'on pouvait pratiquer une pupille artificielle, n'a engagé jusqu'ici aucun praticien à imiter la conduite un peu plus que hardie peut être du célèbre chirurgien de Berlin. Nous n'en parlons donc ici que pour mémoire.

4° L'*abrasion*, opération autrefois très répandue, a été tentée il y a quelques années à peine en Allemagne, et essayée dans ces derniers temps par M. Malgaigne, en France. Blâmée par Saint-Yves, Scarpa, Demours, et bien d'autres encore, cette opération paraît avoir réussi dans quelques cas très rares. M. Gulz, chef de clinique du professeur Rosas, de Vienne, l'a pratiquée avec succès sur un homme complétement aveugle, et M. Malgaigne sur une jeune fille dont l'autre œil était sain. L'œil opéré présentait autour de la tache une très large portion de cornée parfaitement transparente, circonstance qui, pour nous, aurait été d'un poids suffisant pour ne point pratiquer une opération aussi périlleuse. L'abrasion ne doit être mise en pratique que sur des yeux complétement aveugles, sur lesquels la pupille artificielle est impossible, et après que tous les autres moyens ont échoué.

5° *Enfin la kératoplastie* a été conseillée et pratiquée sur l'homme. Cette opération, qui consiste à remplacer la cornée opaque par une cornée saine prise sur un animal, n'a point encore réussi, du moins d'une manière certaine. Seul, le professeur Walzer (de Bonn) a réussi à souder sur l'homme la cornée d'une brebis vivante; mais la cornée est devenue malheureusement opaque. Si donc cette opération est intéressante au point de vue physiologique, en ce sens qu'elle montre un exemple de greffe animale très curieux, il est loin d'en être de même jusqu'ici au point de vue pratique, non-seulement à cause de la transparence du lambeau, mais encore parce que celui-ci se résorbe en même temps le plus ordinairement dans toute son étendue. Les expériences que j'ai faites sur ce sujet m'ont prouvé que la kératoplastie ne peut être en réalité qu'une opération exceptionnelle applicable aux seuls cas désespérés. Elles nous ont conduit à reconnaître un fait très curieux qu'on observe aussi assez souvent après l'amputation du staphylome opaque de la cornée, l'allongement du lambeau épargné vers la circonférence de la cornée, ou peut-être même la reproduction partielle de cette membrane.

De tous ces moyens, l'abrasion seule est applicable aux taches métalliques. Lorsque l'œil a été convenablement fixé par des pinces ou par des érignes implantées dans la sclérotique, on se sert d'une sorte de grattoir assez semblable à celui du bureau, mais plus petit et beaucoup plus tranchant. Au moyen de cet instrument, et par des mouvements prudents, on dégage peu à peu le corps étranger de la fausse membrane qui l'enveloppe, puis on recommande au malade de faire des fomentations froides sur l'œil jusqu'à ce que la rougeur et la douleur aient disparu. Quant aux taches osseuses et à l'arc sénil, ils sont au-dessus de toutes les ressources de l'art.

A part les taches métalliques, osseuses, et l'arc sénil, le chirurgien prudent ne se hâtera pas, dans les cas les plus désespérés de taches consécutives aux abcès et aux ulcères, de recourir aux moyens extrêmes dont nous avons parlé plus haut, spécialement à l'abrasion et à la kératoplastie. Il n'oubliera pas que la résorption des taches de la cornée se fait avec une excessive lenteur, et qu'il ne suffit pas de jours ni même de mois pour obtenir un résultat favorable; il se rappellera toujours ce que Fabini a dit avec tant de raison : « *Notandum tamen, in optatissimo quoque casu, pelluciditatem corneæ lente et ferè insensibiliter tantum restitui, ità ut quandoque non per menses, sed per annos, curatio duret.* »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 juillet. — Présidence de M. CAVENTOU.

M. Bousquet, au nom du comité de publication, indique les travaux qui seront insérés dans le prochain volume des mémoires de l'Académie.

— *M. Adelon* voit avec regret que, parmi ces travaux, le comité n'a pas désigné le beau rapport de M. Mélier sur le dernier concours du prix Civrieux, et il propose formellement son insertion.

Cette proposition est renvoyée au comité de publication.

— *M. Ollivier* (d'Angers). Il y a deux ans, M. Orfila lut devant l'Académie un mémoire sur l'arsenic contenu dans les terrains des cimetières. Entre autres proposition émises dans ce travail, on trouvait celle-ci : L'arsenic étant insoluble dans l'eau, il est impossible qu'un cadavre enterré dans un terrain arsenical puisse être pénétré par cet agent. Ce que M. Orfila donnait alors comme un résultat de la théorie, vient d'être pleinement confirmé par un fait récent, à l'occasion duquel j'ai été appelé à donner mon avis devant la justice.

Un homme devient veuf; la rumeur publique l'accuse d'avoir empoisonné sa femme; cependant l'autopsie démontre qu'elle a dû succomber à des lésions organiques tout à fait indépendantes d'un empoisonnement. Mais une femme, dans l'intention d'épouser cet homme veuf, empoisonne son mari. A l'autopsie de cet homme, on trouve des traces évidentes d'arsenic. L'accusée est traduite devant les assises, mais des différends s'étant élevés entre les experts, l'affaire fut renvoyée à une autre session. Alors, nouvelle exhumation du cadavre de cet homme dont les viscères sont envoyés Paris, à M. Ollivier (d'Angers). On envoya également de la terre de la fosse, qui fut reconnue arsenicale. L'appareil de Marsh donna des marques irréfragables d'arsenic dans le foie. La justice ordonna aussi l'exhumation du cadavre de la femme. Or, il faut remarquer qu'après la première exhumation, ce cadavre, par suite d'un accident arrivé au fossoyeur, s'échappa de la bière, tomba dans la fosse et fut immédiatement recouvert de la terre arsenicale du cimetière. Eh bien! malgré cette circonstance, quoique ce cadavre ait séjourné plusieurs mois dans un terrain arsenical, il a été impossible à l'analyse d'en retrouver la moindre trace.

Ce fait vient parfaitement confirmer les prévisions de M. Orfila. Tout en constatant la réalité de l'existence des terrains arsenicaux, il prouve que cette circonstance ne peut en aucune façon entraver la marche de la justice, car l'insolubilité de l'arsenic contenu dans les terres des cimetières s'oppose à ce que les cadavres s'en imprègnent.

M. Roux. A quelle cause attribuez-vous la présence de l'arsenic dans la terre des cimetières?

M. Ollivier (d'Angers). Il est difficile de répondre péremptoirement à cette question. Plusieurs causes peuvent agir pour rendre les terrains des cimetières arsenicaux, et notre collègue, M. Chevallier, a publié un beau mémoire sur ce sujet.

M. Chevallier. Le département des Vosges, où s'est passé le fait exposé par M. Ollivier (d'Angers), est fertile en mines d'arsenic. Il est probable que la présence de l'arsenic dans la terre du cimetière tient à la constitution géologique du sol. Il n'en est pas de même des terrains des cimetières de Paris. Ceux qui sont composés de terrains de remblais doivent l'arsenic qu'ils contiennent aux détritus des matières pour la coloration desquelles on emploie cet agent.

M. Orfila. Je ne veux dire que quelques mots. Dans le mémoire que j'eus l'honneur de lire devant l'Académie, je me proposai de résoudre ces deux questions :

Un cadavre peut-il céder à la terre l'arsenic qu'il contient?

La terre qui contient de l'arsenic peut-elle empoisonner, pour parler ainsi, un cadavre?

A la première question, je répondis affirmativement; je résolus la seconde négativement. Le fait rapporté par M. Ollivier (d'Angers) vient confirmer mes prévisions.

M. Chevallier. Un fait sur les détails duquel l'Académie sera prochainement édifiée, vient encore corroborer l'opinion de M. Orfila. Tous les ossements des ouvriers enterrés dans le cimetière de... petite ville où l'on travaille le cuivre, contiennent de ce métal. Mais le terrain du cimetière en contient aussi. J'ai fait venir des ossements d'autres localités où les ouvriers travaillent aussi le cuivre, mais où le terrain du cimetière ne contient pas de ce métal. Ces ossements étaient imprégnés de cuivre.

M. le président remercie M. Ollivier (d'Angers) de sa communication.

— Une longue discussion s'engage ici sur l'ordre du jour. M. Velpeau demande la continuation de la discussion sur l'ophthalmologie; il demande surtout qu'il lui soit permis de répondre à M. Gerdy.

MM. Gerdy, Rochoux et *Nacquart* parlent dans le même sens.

MM. Cornac et *Chevallier* demandent que cette discussion soit renvoyée à une séance supplémentaire.

Cette proposition est mise aux voix et rejetée.

La discussion sur l'ophthalmologie continue.

M. Gerdy monte à la tribune, et finit son discours.

Ce discours, trois fois interrompu, et que par cela même il nous a été très difficile de suivre, peut se résumer de la manière suivante :

Il faut dans l'exposition des ophthalmies, comme il le faut en général dans l'exposition des autres maladies, commencer par une description générale de toutes les affections de la même espèce, pour passer ensuite à leurs modifications.

Ces distinctions doivent plutôt être désignées sous le nom de *modes* que sous celui d'*espèces*, parce que, dans les sciences, les espèces sont des distinctions plus larges qui réclament un plus grand nombre de caractères particuliers et de différences plus profondes que les modes dont l'expression étant inusitée et plus vague, est plus propre à indiquer des différences variées et inégales par leur importance.

Il faut puiser successivement les distinctions des ophthalmies à tous les caractères qui fournissent des différences notables à la pathologie; dans les causes, dans les caractères anatomiques, dans les symptômes, dans la marche et les terminaisons des maladies. Toutes ces différences, en effet, sont importantes, et, quoiqu'elles le soient à des degrés divers, il n'y a pas de motifs pour tenir compte seulement de quelques-unes et pour négliger les autres. Ce serait s'exposer à perdre certainement des vérités lumineuses et des conséquences pratiques utiles.

Si, contrairement à la raison, on persistait à vouloir distinguer les ophthalmies uniquement d'après un seul caractère, ce serait plutôt d'après la nature patente des ophthalmies que d'après la nature des tissus lésés qu'il faudrait les distinguer les unes des autres. Le siége de l'inflammation dans tel ou tel tissu de l'œil est un caractère qui n'est pas tiré de l'essence de la maladie; c'est évidemment un caractère relatif, jusqu'à un certain point étranger à la maladie dont l'existence est tellement indépendante de la diversité de texture, qu'elle peut se montrer dans tous les tissus de l'œil.

Si l'on suivait la doctrine ophthalmologique qui tend à s'établir en France et qui sous certains rapports paraît plus vicieuse que la doctrine allemande, si l'on proclamait, comme l'a fait M. Bérard, qu'il faut uniquement distinguer les ophthalmies d'après la nature des tissus affectés; si l'on voulait rester conséquent à ce principe, voyez à quelles conséquences on serait conduit! Ou bien on supprimerait les distinctions des causes, des symptômes et de la marche des maladies, et on ne parlerait ni des ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, syphilitiques, ni des ophthalmies légères, intenses ou très intenses, ni des ophthalmies aiguës, chroniques; ou bien on les subordonnerait aux distinctions de siége en en faisant des subdivisions de conjonctivite, de kératite, d'iritis, etc., etc., que l'on distinguerait sous les noms de scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, etc. Alors on trouverait une foule de tableaux pathologiques où l'on partagerait arbitrairement les symptômes entre les inflammations de manière à distinguer dans les livres des espèces et des variétés qui ne seraient pas distinctes dans la nature. C'est ce qui est arrivé pour presque toutes les ophthalmies, pour les conjonctivites purulentes, pour la kératite et surtout pour les inflammations internes et profondes de l'œil, dont on ne peut apprécier l'isolement et la circonscription, ni par les yeux (parce qu'on ne peut voir convenablement les tissus malades), ni par les symptômes (parce qu'ils développent à tout instant des irritations de voisinage dans les divers tissus de l'œil et même dans les parties voisines.

Enfin, il y a tant d'arbitraire et d'inexactitude dans les descriptions ophthalmologiques de nos jours, qu'à chaque instant les auteurs tombent en désaccord et ne peuvent parvenir à s'entendre. Est-il possible d'être ainsi en désaccord sur la vérité? Ce fait ne démontre-t-il pas jusqu'à l'évidence, la vanité de la doctrine nouvelle et de la méthode qui l'a engendrée?

M. Velpeau. Je ne suis pas bien sûr d'avoir très bien compris le discours de M. Gerdy, trois fois interrompu et trois fois repris. Il a annoncé, dès le début, vouloir faire la guerre aux Allemands. Je ne sais si telle était son intention, mais je sais bien que son averse m'est tombée sur le dos.

Il y a une infinité de choses dans ce discours, si bien qu'il en est résulté peut-être un peu de confusion. Je laisse de côté la discussion sur les espèces en médecine auxquelles M. Gerdy veut qu'on substitue le nom de modes. Il trouve à cela des avantages que je ne comprends pas très bien; mais je les lui accorde. Entrons dans le cœur de la question.

M. Gerdy veut qu'on étudie les maladies de l'œil d'après leur nature avant de les étudier selon leur siége. Je ne conteste pas cette proposition; mais en pathologie appliquée, c'est là un travail préliminaire que l'on suppose toujours avoir été fait par l'étude de la pathologie générale. Il est bien entendu que lorsque nous disons ophthalmie, c'est bien d'une inflammation que nous entendons parler, quel qu'en soit le siége. Ne donnons pas d'ailleurs à cette question de la nature des maladies, plus d'importance qu'il ne faut lui en donner en application. Vous êtes, vous chirurgien, en présence d'une hémorrhagie; est-ce d'abord à la nature de l'accident que vous devez penser? Non certes; mais à son siége, à la veine ou à l'artère qui laisse couler le sang pour que vous puissiez y apporter un prompt remède. Qui oserait dire aujourd'hui que la nature de la maladie étant connue, on ne doive la traiter selon son siége?

M. Gerdy a soutenu que les inflammations de l'œil reconnaissaient à peu près toutes les mêmes causes. C'est là une proposition que je ne puis admettre. La conjonctivite reconnait souvent une cause épidémique; la kératite, jamais; l'iritis, pas plus. Qui ne sait, d'ailleurs, que la même cause peut produire des accidents différents? Le refroidissement ne produit-il pas ici la pneumonie, là la pleurésie, tantôt le rhumatisme, tantôt l'angine?

M. Gerdy veut qu'on tienne compte surtout des conditions générales des individus affectés de maladies des yeux; mais tout le monde est d'accord sur ce point.

M. Gerdy a dit qu'une inflammation de l'œil, quelque limitée qu'on la supposât, s'étendait bientôt aux autres tissus. L'observation est loin d'être d'accord avec lui sur ce point, et s'il en est quelquefois de l'œil comme de tous les autres organes, il n'en est pas moins vrai qu'il est presque toujours possible de constater le point de départ, et que plusieurs de ces inflammations restent toujours limitées. On voit souvent la conjonctivite être limitée à la paupière. Quand nous guérissons l'ophthalmie purulente, pourquoi la guérissons-nous? Parce qu'elle ne s'est point étendue à d'autres tissus qu'à la conjonctive; car, dans le cas contraire, l'art est impuissant.

J'arrive aux ophthalmies spécifiques. M. Gerdy les admet, ce qui me fait bien croire que c'est moins les doctrines allemandes que les miennes que M. Gerdy a voulu combattre, car moi je les repousse, du moins telles que l'école de B er les a professées.

Ici M. Velpeau se livre à une longue discussion pour prouver que toutes les distinctions admises par l'école de B er sur les ophthalmies scrofuleuse, arthritique, menstruelle, hemorrhoïdale, etc., ne sont que de pures spéculations abandonnées même par les oculistes actuels de l'Allemagne. Il n'excepte de la proscription que l'ophthalmie syphilitique, qui seule reconnait une cause spécifique et matérielle. Quant à l'ophthalmie scrofuleuse, il ne peut l'admettre, car il ne croit pas à la scrofule.

Cette opinion hardie soulève quelques réclamations.

Quant à la thérapeutique, M. Gerdy a dit que toutes les ophthalmies réclamaient à peu près le même traitement. Mais il ne peut penser cela; la ponction dont il a parlé, l'emploierait-il contre une conjonctivite? Le nitrate d'argent, si héroïque dans les ophthalmies purulentes, l'emploierait-il contre la kératite ou l'iritis?

En résumé, M. Velpeau professe que les ophthalmies diffèrent, 1° selon le tissu qu'elles affectent; 2° selon les circonstances générales dans lesquelles l'individu se trouve placé; 3° qu'elles donnent lieu à des phénomènes différents d'après leur siége; 4° que leur marche et leur terminaison sont diverses; 5° que leur traitement diffère.

Il termine par quelques considérations sur les spécialités en oculistique qu'il considère comme un danger, l'ophthalmologie devant rentrer dans les études et la pratique de la chirurgie générale.

Après ce discours, qui a été écouté avec un intérêt marqué, sur la proposition de M. Nacquart, l'Académie décide que cette discussion est close.

— *M. Ségalas* place sous les yeux de l'Académie deux pierres vésicales qu'il a extraites dernièrement à deux vieillards, par la taille sus-pubienne.

L'une de ces pierres, remarquable déjà par sa forme, qui est exactement celle d'un rognon, l'est encore par sa dureté, qui est extrême, par son poids, qui est de 135 grammes, et par son volume, qui est tel qu'elle offre dix-neuf centimètres de circonférence dans un sens et quinze dans un autre. Elle était portée par un respectable ecclésiastique de la Loire, M. le curé de Gresle, près de Roanne. Elle produisait depuis long-temps des douleurs et des besoins fréquents d'uriner, quand elle a été méconnue par le chirurgien en chef d'un grand hôpital d'une grande ville. Plus tard, M. le docteur Faure, de Roanne, l'a trouvée, dans une exploration méthodique, et tout aussitôt il a dirigé le malade sur Paris.

Appelé près de ce malade, M. Ségalas n'a pas eu de peine à constater l'existence d'une pierre très volumineuse et très dure; d'avance même, il s'attendait à ce résultat de son examen; car il a opéré bon nombre de prêtres, et chez presque tous il a rencontré des pierres ayant ce double caractère; ce qui s'explique assez par les habitudes des curés, et par leur fréquent éloignement des personnes qui pourraient les éclairer sur leur position. Ici M. Ségalas a dû tenter la lithotritie jusqu'à trois reprises différentes, parce que le malade, comme tous les calculeux qui viennent de la province, avait les plus fortes préventions contre l'opération par le bistouri. Après trois essais infructueux faits avec réserve, les douleurs étant devenues très vives, les besoins d'uriner incessants, et la fièvre commençant à s'allumer, M. Ségalas a proposé la taille suspubienne; elle a été acceptée avec résignation, supportée avec courage, et suivie d'un plein succès. La guérison a été obtenue sans le moindre accident. Après l'extraction de la pierre, qui, nonobstant un grand embonpoint, a été faite sans difficulté, devant MM. les docteurs Mélier, Laguerre, Fauconneau, Dufresne, Bossion, Ed. Louis, et M. Rousseau, directeur des Néothermes, où se trouvait le patient, une sonde-siphon a été établie, et, sous l'influence de ce petit appareil, les urines sont sorties presque toujours par la voie naturelle; si bien, qu'au bout d'un mois de traitement, la cicatrisation de la plaie était parfaite.

M. Ségalas fait remarquer que l'existence de deux mamelons saillants sur un des côtés de la pierre, fait comprendre comment le chirurgien qui l'a découverte a pu croire qu'elle était multiple.

La seconde pierre est beaucoup moins grosse, mais tout aussi dure. Elle pèse 68 grammes; elle a la forme d'une roue pleine; elle a 15 centimètres de circonférence dans un sens et 12 dans un autre; elle était dans la vessie d'un vieillard de soixante-cinq ans, cordonnier à

Mamers, dans la Sarthe. Cbez ce malade, qui est petit et maigre, la taille sus-pubienne, acceptée après une seule tentative de lithotritie, a été faite très facilement devant MM. Martin St-Ange, de Paul, Bossion, Ed. Louis, Caron et Bérard. La sonde-siphon a été établie immédiatement; mais elle n'a pas pu être conservée; il a fallu la retirer au bout de cinq jours; elle produisait une vive douleur dans l'urètre. La vessie était gonflée. Malgré la suppression de ce moyen, les urines n'ont coulé par la plaie que le douzième jour; alors le malade a été sondé toutes les deux ou trois heures; puis it s'est sondé lui-même à chaque besoin d'excrétion, et la guérison a été complète le vingtième jour de l'opération.

Les deux malades se sont trouvés guéris à peu près au même moment, et tous les deux partis aujourd'hui pour leur pays, s'étaient rendus à l'Académie à une des dernières séances; mais ils n'ont pu être présentés, à cause de la discussion sur l'ophthalmologie et d'un comité secret qui la suivit.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 juillet 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale à Strasbourg, envoie le modèle en plâtre d'un scapulum qu'il a enlevé, avec unc portion de la clavicule, sur un bomme âgé de cinquante et un ans.

M. Rigaud a joint à cet envoi une note détaillée, dans laquelle il fait connattre les particularités qu'a présenté cette curieuse et rare opération. On voit par la tecture de cette note, que le sujet, ancien grenadier de la garde impériale à cheval, portait, en t841, une tumeur à la partie supérieure du bras gauche, pour laquelle M. Rigaud dut faire et fit en effet l'amputation dans l'articulation scapulo-huméro. La plaie résultant de t'opération guérit, et le malade fut bien portant pendant huit mois; mais, au bout de ce temps, on put constater dans la région axillaire la présence d'une tumeue osseuse qui paraissait nattre et qui naissait en effet, comme on put s'en convaincre plus tard, de l'angle antérieur du scapulum. M. Rigaud jugea qu'il était nécessaire d'enlever te scapulum tout entier, avec l'extrémité externe de la clavicule, et cette laborieuse opération ayant été exécuté avec un plein succès dans le courant de l'année 1842, le malade fut rétabli au bout de deux mois, et n'a pas cessé depuis de jouir d'une bonne santé.

— *M. Deschamps* (de Melun) adresse un mémoire sur l'anatomie et la physiologie de l'œuf et du *corpus luteum* à l'ovaire de la femme et des mammiferes.

L'œuf complet de la femme et des autres mammifères se compose, d'sprès les travaux de l'auteur, 1° de la vésicule de Graaf, 2° de l'ovule de Baer. Il trouve à t'ovaire presque tous les éléments constitutifs de l'œuf, tels que le chorion, le fluide albumineux ou le blanc de l'œuf, la membrane vitelline, le vitellus ou le jaune. Plusieurs pièces anatomiques mettent cette vérité hors de doute.

L'acte de la fécondation détermine toujours le développement du corps jaune à l'ovaire. Autant il y a d'œufs fécondés, autant il se trouve de corps jaunes. La présence du corps jaune devient donc l'indice certain de la réunion fructueuse des deux sexes. Circonstance aussi importante à connattre pour la médecine légale que pour l'histoire analogique de cette singulière production.

— *M. Fuster* lit un second mémoire sur le climat de la France, dans lequel il cberche à détruire les objecttons faites par M. de Gssparin à son premier travail.

— *M. le docteur Ducros* adresse un mémoire synthétique intitulé: Etude des lois d'antagonisme et d'équilibre dans l'organisme humain, d'après des expériences microscopiques. Ebranlement nerveux en thérapeutique.

D'autre part le docteur Ducros a fait nommer une commiasion d'enquête composée de membres de l'Académie des sciences, médecins des hôpitaux, pour qu'on examinât avec une scrupuleuse attention les guérisons qu'il a opérées dans l'asthme, dans la pbthisie galopante et dans les diverses nuances de msladies nerveuses. Ce praticien veut enfin un jugement définitif sur tous les travaux offerts à ce corps savant.

Voici les conclusions du mémoire synthétique :

1° D'après des expériences mioroscopiques, il y a dans l'organisme humain deux ordres de molécules libres; la molécule libre sanguine positive, qui occupe le système circulatoire; la molécule libre huileuse négative, qui occupe tous les canaux des nerfs.

2° C'est dans le système capillaire, que Bichat appelait le premier agent de la vie, que la molécule libre huileuse négative des canalicules des névrartères est presque en contact avec la molécule libre ferrugineuse positive du système sanguin.

3° La force de tension électrique de la molécule sanguine positive libre des capillaires sur la molécule huileuse négative des canalicules des névrartères, représente ce que tous les physiologistes ont appelé l'excitation du sang sur les nerfs.

4° Dès lors les phénomènes nérvoso-sanguins ne sont que des propriétés d'équilibre électrique entre les deux ordres de molécules libres antagonistes.

5° S'il y a unité et continuité entre les deux systèmes circulatoires veineux et artériel, il y a aussi unité et continuité dans la canalisation du système nerveux de la vie animale et de la vie organique.

6° Jamsis un médicament n'amène une vibration des globules huileux des neifs sans déteiminer une vibration par induction des globules ferrugineux sanguins *et vice versâ*.

7° Il y a dès-lors une véritable circulation nerveuse par vibration des globules huileux des canalicules des nerfs à côté de la circulation sanguine par torrent des globules ferrugineux positifs.

8° Les poisons alcalis exagèrent la vibration des deux ordres de molécules; les poisons acides arrêtent leur vibration.

9° Les poisons alcalis ont leurs effets exagérés par la machine étectrique positive, et ils sont modérés ou arrêtés par la machine électrique négative.

10° Les poisons acides sont exagérés par la machine électrique négative, et ils sont anéantis ou amoindris psr la macbine électrique positive.

11° Le système nerveux est le pôle négatif de la vie, et le système circulatoire en est le pôle positif.

t2° La véritable médecine gtt dans l'emploi sage de toutes les méthodes qui peuvent redresser, selon l'oportunité, les lois dynamiques troublées de l'appareil circulatoire et de l'appareil nerveux. La médecine est la science de l'appréciation de toutes les méthodes et non la science dogmatique d'une méthode exclusive.

t3° L'hydrothérapéiie, le galvanisme, les bains de mer, la méthode purgative, la méthode vomitive, les diverses méthodes d'ébranlement nerveux sont des dépendances de la médecine thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal de médecine. (Juillet 1844.)

Recherches cliniques sur la sialorrhée ou flux salivaire; psr L. Tanquerel des Planches.

Nous donnons seulement la partie thérapeutique de ce travail fort étendu.

Les médications les plus variées et les plus actives ont été dans maintes occasions employées pour combattre la matadie dont nous nous occupons; souvent il est arrivé qu'elles n'ont eu aucune influence curative, et que le mal s'est dissipé au moment où on s'y attendait le moins, lorsque déjà on avait cessé tout traitement depuis quelque temps. Dans les vingt-neuf cas qui font la base de ce travail, la guérison a eu lieu dans huit cas d'une manière spontanée; dans douze cas, certaines médications ont paru contribuer à faire cesser le flux; et dans neuf cas, le mal a persisté.

Deux indications thérapeutiques capitales se présentent à remplir dans le traitement de la sialorrhée; il faut d'abord combattre la cause qui l'a fait nattre. Mais dans combien de cas cette cause n'échappe-t-elle pas à nos recherches? et, lorsqu'on l'a reconnue, il n'est pas toujours facile de la combattre avec efficacité. C'est ce qui arrive lorsque le ptyalisme reconnatt pour origiue une grossesse commençante, un état névrosthénique permanent.

Mais si la sialorrbée est le résultat d'un état pléthorique, alors on devra, à l'aide d'un traitement antiphlogistique, débilitaut, révulsif et dérivatif, attaquer l'sltération du sang qui a occasionné le flux. La saignée générale, les purgatifs salins, les bains de pied sinapisés, les vésicatoires et les cautères aux jambes, les boissons aqueuses administrées en grande abondsnce, aidés d'une nourriture peu réparatrice, et d'un exercice modéré, pourront faire disparsttre la pléthore et son effet.

La seconde indication thérapeutique à remplir dans le traitement du flux salivaire, c'est d'attaquer directement l'hypercrinie. Divers moyens ont été préconisés pour atteindre ce but. L'opium à haute dose, la cannelle de Ceylan, le charbon pulvérisé, la magnésie à dose fractionnée, mais fréquemment répétée, les eaux de Vichy, de Sedlitz, les préparations ferrugineuses, sont les médicaments qni, jusqu'à présent, jouissent de la ptus grande faveur. Il est certain que des guérisons et des améliorations notables ont été obtenues à l'aide de pareilles médications.

MM. Graves et Grève ont publié plusieurs observations de sialorrbée, où l'on trouve ta preuve de l'administration avantageuse de l'opium à baute dose contre cette maladie. Les médecins anglais prescrivent un grain d'opium d'abord toutes les six heures, puis toutes les trois heures. Souquet, et après lui M. Bayle, ont rapporté deux faits de salivation spontanée qui démontrent les bons effets de la mastication de la cannelle de Ceylan.

La plupart des sstringents, tels que le ratanhia, le tannin, l'écorce de grenade, la bistorte, le brou de noix, l'acétate de plomb, le quinquina, ont été préconisés et employés pour combattre le flux salivaire; ils ne réussissent pas.

On a proposé d'exagérer la salivation spontance à l'aide du calomel dans le but de faire cesser cette affection. M. Guimper a publié dans le journal de Hufeland un cas de sialorrhée, qu'il dit avoir guéri à l'aide du calomel à la dose ne six à huit grains par jour, pris en trois fois. Au bout de six jours de ce traitement, le ptyalisme qui avait résisté de nombreuses médications guérit. M. Mitscherlich a combattu le cas de sialorrhée qu'il a publié, par les frictions mercurielles et par la dièle (*cura famis*). Le flux salivaire disparut après la onzième friction; mais trois semaines après la sialorrhé reparut de nouveau.

Lorsque la cause du ptyalisme a cessé d'exister, lorsque le flux a disparu, tout n'est pas encore terminé; l'organisme tout entier a été altéré, il a ressenti l'influence d'une déperdition continue d'une grande quantité de salive; il faut donc s'occuper en dernier ressort des différents désordres qu'a amenés à sa suite le ptyalisme. Ainsi, l'alanguissement de la plupart des fonctions, l'amaigrissement, la pâleur générale, la diminution des forces, seront combattus à l'aide de la médication corroborante; les préparations de quinquina, les ferrugineux aidés d'une nourriture substantielle et facilement assimilable, d'un exercice modéré et de tous les autres moyens que fournit l'hygiène, seront les moyens propres à obtenir un pareil résultat.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement de la goutte; par M. le docteur Wells.

Un médecin anglais, M. le docteur Weils, assure qu'il emploie avec le plus grand succès l'alcoolat de citron composé (eau de Cologne) dans le traitement de la goutte et du rbumatisme goutteux.

Ce praticien fait d'abord frictionner et fortement, avec de la flanelle sèche, pendant vingt minutes, les parties qui sont le siége du mal; puis les fait recouvrir, pendant trois jours, de compresses chaudes et continuellement humectées d'eau de Cologne.

Suivant lui, l'application de ces topiques, soutenue pendant deux ou jours sans aucune interruption, suffit pour dissiper parfaitement les douleurs goutteuses et rhumatismales les plus intenses.

(*Journal de Pharmacie et de Chimie.*)

Traitement des névralgies; par M. le docteur Hunt.

M. le docteur Henri Hunt commence le traitement des névralgies par l'administration des vomitifs et des purgatifs; il passe ensuite à l'emploi de l'arsenic et du camphre.

Dans un cas de sciatique invétérée, il a prescrit avec un très grand succès le phosphate de mercure à la dose de cinq centigrammes par jour associés à l'opium et au tartre stibié.

Dans un autre cas, la guérison a été obtenue en peu de temps sous l'influence de l'iodure de potassium. (*Hufeland's Journal.*)

Emploi externe de l'huile de laurier par expression contre la toux; par M. Hviding, de Weile (Danemarck).

M. Hviding, après avoir vu tous les moyens ordinaires échouer dans un cas de toux périodique, spasmodique et des plus opiniâtres, eut l'idée d'essayer l'huile exprimée de baies de laurier en frictions sur le thorax.

Cette médication fut suivie d'un exantbème accompagné d'un prurit considérable, et la toux disparut enfin pour ne plus se reproduire.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

NOUVELLES.

On a souvent parlé du village de Gheel, où se trouve une sorte de colonie d'aliénés, auxquels on a cru pouvoir laisser une certaine liberté, en les occupant aux travaux des champs. Voici ce que nous lisons dans le *Précurseur d'Anvers* :

« Un déplorable malheur a eu lieu hier matin, à Gheel. Le bourguemestre de cette commune, M. Lebon, a été assassiué en sortant de la maison communale, par un des nombreux aliénés en pension chez les habitants de ce village, atteint subitement d'une folie furieuse. Il ne nous est point encore parvenu de détails circonstanciés sur cet assassinat, qui prouve que la libre circulation d'hommes dont l'esprit dérangé peut concevoir à chaque instant des projets meurtriers, qu'ils sont constamment à même de mettre à exécution, n'est pas exempte de danger. »

— Par suite d'un incendie survenu à Trébisonde, dans la nuit du t5 au t6 juin, les personnes qui étaient en quarantaine étant entrées en contact avec les habitants de la ville pour les aider à éteindre ce feu, les autorités sanitaires ont jugé convenable de déclarer cette ville atteinte de la peste pendant un espace de dix jours, et de preudre les mesures nécessitées par les circonstances.

— Des bruits inquiétants s'étaient répandus sur la réapparition du choléra-morbus à Marseille. La *Gazette médicale* de cette ville ne dit pas un mot de cette nouvelle qui, selon toutes les apparences, est controuvée.

— MM. Trabuchi frères, anciens fumistes, natifs de Savoie, ont laissé un legs éonsidérable destiné à la fondation de douze lits à l'hôpital Beaujon en faveur des ouvriers fumistes malades.

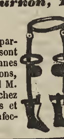
— Un concours est actuellement en voie d'épreuves pour deux places de médecin du bureau central des hôpitaux. Le nombre des concurrents dépasse vingt-cinq. L'élimination étant de rigueur dans ces concours, elle devra porter au moins sur une douzaine de concurrents.

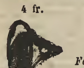
— M. le docteur Grand-Launay, d'Angers, vient d'être nommé médecin de t'asile des aliénés de Pontorson, en remplacement de M. Mérier, nommé médecin de l'asile de Blois.

— Par suite de l'encombrement toujours croissant des services d'aliénés de la Salpêtrière et de Bicêtre, te conseil-général des bospices a décidé que quatre cents malades seraient envoyés dans divers asiles des départements. Des arrangements ont été faits avec l'hospice de Saint-Venant et celui de Lille; cinquante malades ont déjà été transférés.

— Erratum. En insérant dans notre numéro du 16 juillet l'analyse du mémoire que M. James a lu dernièrement à l'Academie des sciences, nous avons dit que ce médecin avait mis sous les yeux de l'Académie un tableau dans lequel se trouvent indiqués ses procédés nouveaux sur la vsccination depuis 1837, *lisez* t827.









PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 85. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 19 JUILLET 1844.

Si le projet de loi sur le timbre des journaux aboutit cette année, nous espérons que les médecins qui siégent à la chambre proposeront un amendement qui exempte de cet impôt les journaux de médecine. Il leur sera facile de faire comprendre à la Chambre que la suppression de cet impôt en notre faveur est une chose juste, légitime, qui d'ailleurs ne préjudicierait au trésor que d'une façon extrêmement minime, car nous posons en fait que tous les journaux de médecine soumis au timbre n'augmentent pas de plus de 15,000 francs par an les revenus de l'Etat. Cette somme, imperceptible pour le trésor, cette goutte d'eau dans l'océan du budget, est pour nous une charge exorbitante et le motif de sacrifices incessants. Est-il d'ailleurs juste et raisonnable d'imposer des journaux dont la mission consiste à vulgariser la plus utile, la plus indispensable des sciences ? Lorsque le choléra-morbus sévissait sur Paris, le ministre des finances, en vue des services que la presse médicale rendait au public, l'exempta temporairement de l'impôt du timbre. Dans les quatre années qui suivirent, M. Thiers étant président du conseil, et plusieurs fois consulté par le ministre des finances pour savoir s'il y avait lieu à maintenir encore l'exemption du timbre pour les journaux de médecine, répondit constamment que la chose était juste. Ce ne fut qu'au premier janvier 1837, et sous un autre ministère, que la presse médicale fut obligée de se soumettre de nouveau à la loi commune. Ce qui était juste et convenable en 1832, n'a pas cessé de l'être. Si, fort heureusement, la presse médicale n'a pas les mêmes services à rendre que dans les temps de grandes épidémies, ceux qu'elle rend tous les jours ne sont ni moins utiles, ni moins importants; et c'est pour elle cependant que cet impôt du timbre est le plus lourd.

Nous appelons très sérieusement l'attention de nos confrères députés sur la position que le timbre fait aux journaux de médecine. Elle n'a rien de comparable à celle de la presse politique; le droit commun pour eux, relativement au timbre, est une injustice, et, si nous voulions fatiguer nos lecteurs de quelques détails techniques, ils verraient ce qu'il faut de courage et de dévouement à la science comme aux intérêts de la profession pour se livrer à des entreprises qui, quelle que soit la bienveillance du public, ne donnent que de faibles compensations aux sacrifices, aux ennuis et aux dégoûts qu'elles procurent.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau. — De la paralysie.

Ce que nous allons vous exposer aujourd'hui au sujet de la paralysie et de sa valeur séméiotique, est véritablement, et si nous pouvons sans prétention nous servir de cette expression, le triomphe de l'organicisme. Il y a vingt-cinq ans environ, on pensait que la paralysie était une maladie essentielle, l'auteur de la Nosographie philosophique avait cette opinion, et regardait la paralysie comme une maladie que l'on ne pouvait rattacher à aucune lésion matérielle des organes, et c'est à peine s'il ajoute comme en passant et par exception: on la trouve *quelquefois* accompagnée de lésions cérébrales; preuve certaine qu'il ne voyait entre la paralysie et l'altération pathologique aucun rapport de cause à effet.

Lorsque plus tard M. Rochoux publia ses recherches sur l'hémorrhagie cérébrale, il donna la paralysie comme un symptôme de cette maladie; mais il ne la présenta pas toujours et partout comme se rattachant, comme résultat, à une lésion matérielle. Une preuve encore de notre assertion, c'est que l'Académie des sciences, à peu près vers la même époque, avait chargé deux médecins de faire des expériences sur l'efficacité du fluide électrique et sur ses applications dans la paralysie. Ainsi, ce symptôme était considéré comme une maladie particulière. Pour nous, aujourd'hui, la paralysie est le signe le plus précieux, le symptôme le plus important dans la détermination de la nature et du siége d'une lésion cérébrale. Elle fait toucher au doigt, pour ainsi dire, l'étendue et le siége précis de l'altération pathologique. Bien que ce point de la science soit un peu long, nous tâcherons de vous l'exposer complétement, et aussi brièvement que possible.

Depuis que l'on a considéré la paralysie comme un symptôme, on a établi des distinctions; on a divisé la paralysie en idiopathique et symptomatique, c'est-à-dire, accompagnée ou non de lésions matérielles organiques. Si, par idiopathique, on a entendu dire une paralysie dans laquelle on ne trouve aucune lésion soit du membre paralysé, soit des nerfs qui s'y rendent, on a eu raison de dire qu'il peut y avoir des paralysies de ce genre. Il y a des cas, et ils ne sont point rares, dans lesquels il est difficile de distinguer la cause à laquelle on doit rapporter la paralysie. Nous avons maintenant, dans nos salles, une femme âgée qui a été dernièrement trouvée par terre dans la rue, et qui, pour le dire en passant, a eu depuis une pneumonie. Depuis trois ans, cette femme éprouve une faiblesse très considérable dans le bras et dans la jambe d'un seul côté. Bien qu'elle eût perdu connaissance dans la rue, ce qui aurait pu en imposer pour une affection cérébrale, en rapprochant ces circonstances; nous avons pensé cependant que ces accidents du côté des membres dépendaient d'un rhumatisme chronique. Nous vous avons cité cet exemple pour vous faire voir que les cas au premier abord les plus simples peuvent être assez peu faciles à reconnaître, quand on les examine de près.

La paralysie peut dépendre d'une foule d'altérations du cerveau; mais elle peut dépendre quelquefois aussi des organes qui transmettent le mouvement. On nous a reproché de mettre toujours la paralysie dans le cerveau, et on a publié des faits contraires à cette opinion qu'on nous attribue. Mais on a feint d'ignorer que nous avions admis cette paralysie déterminée par des lésions organiques autres que des lésions cérébrales; nous aurons encore plus d'une fois occasion de vous signaler la *loyauté* de ces attaques.

Il existe donc, disons-nous, une *paralysie sans lésions.*

Qu'est-ce que la paralysie sans lésions? A l'époque dont nous vous parlons, on admettait l'apoplexie nerveuse dans tous les cas où l'on ne pouvait trouver la cause matérielle d'une mort subite. Il n'est pas toujours facile de rapporter les accidents de la nature de ceux de l'apoplexie, et même la mort subite, à des altérations tombant sous les sens. Cependant, autrefois, les apoplexies dites nerveuses étaient beaucoup plus communes qu'aujourd'hui. Lorsque, le premier, nous eûmes signalé le ramollissement comme pouvant déterminer la mort instantanée, l'apoplexie nerveuse disparut peu à peu, de même que la paralysie nerveuse, ou du moins devint de plus en plus rare. Cependant, malgré les progrès qu'a faits dans ce sens l'anatomie pathologique, il y a des cas encore, de paralysie plus ou moins complète, qu'il est totalement impossible de rattacher à une altération appréciable, quelle qu'elle soit. J'en ai réuni un assez grand nombre exprès, et cela n'ôte, selon nous, nullement sa valeur séméiotique à la véritable paralysie.

Les sujets qui ont commis des excès vénériens éprouvent une grande difficulté à mouvoir les membres abdominaux. Dans les cas de pertes séminales involontaires, comme l'a dit M. Lallemand, qui, nous devons le dire aussi, malgré la grande estime que nous professons pour ce maître, a peut-être un peu exagéré la valeur de cette affection dans les cas de pertes séminales involontaires, il y a souvent affaiblissement marqué du système musculaire. Beaucoup de tremblements, le tremblement mercuriel, par exemple, celui des ivrognes; le tremblement, plus rare, dû aux préparations saturnines, ne doivent pas appartenir à une lésion sensible des centres nerveux.

Dans la paralysie saturnine, il n'y a aucune lésion bien appréciable à laquelle on puisse rapporter ce phénomène. Il y a dans l'influence magnétique des phénomènes qui semblent ne point appartenir à des lésions locales. Vous ne connaissez pas les lésions, mais est-ce à dire pour cela qu'il n'en existe pas? Du reste, ces paralysies idiopathiques sont beaucoup plus rares que les autres. Elles sont aux paralysies symptomatiques dans un rapport tel, que nous ne croyons pas exagérer en disant que ce rapport est *comme un est à cent.* Cette paralysie frappe le plus ordinairement sur les organes de la vie de relation. Cependant elle atteint quelquefois aussi ceux de la vie de nutrition. Le rectum, les intestins en sont quelquefois le siége.

Il existe une forme de paralysie qui porte sur les organes du sentiment. Cette forme peut se montrer seule ou concurremment avec la paralysie du mouvement. Nous y reviendrons plus tard.

On doit considérer la paralysie relativement à son siége, à son étendue, à son intensité, à sa marche, à sa durée. Des renseignements qu'elle fournit, envisagée ainsi sous ces divers rapports, il résulte des signes propres aux diverses affections cérébrales. La paralysie est un symptôme d'un grand nombre d'affections cérébrales, nous dirons presque de toutes. On l'observe également dans les affections aiguës ou chroniques; elle arrive dans la congestion cérébrale ou coup de sang; elle peut être alors générale ou partielle. Elle survient dans l'hémorrhagie cérébrale; on l'observe dans le ramollissement non inflammatoire du cerveau, dans l'encéphalite, dans la méningite, dans l'hydrocéphale aiguë, dans l'anémie cérébrale, toutes les fois que le cerveau ne se trouve pas dans son type normal; dans les cas de tumeurs fongueuses de la dure-mère et du cerveau; dans le cancer, les tubercules du cerveau; lorsqu'il y a des encéphalocystes, dans les dégénérescences osseuses, etc. Jugez de ce que devait être la médecine, quand on employait un seul et même traitement contre tous ces accidents qui reconnaissent des causes si éminemment différentes.

Considérons d'abord la paralysie suivant son siége. Elle peut être générale, comme aussi elle peut n'affecter qu'une portion du corps. Elle peut frapper la moitié du corps, que nous supposerons divisé en deux portions par une ligne verticale; c'est l'hémiplégie. Elle peut frapper la moitié inférieure, c'est la paraplégie; un bras ou une jambe seulement; ou bien encore, et c'est assez rare, un bras d'un côté et la jambe de l'autre : c'est la paralysie croisée. Elle peut frapper la langue, le pharynx, l'œsophage, l'anus, etc. Quelle est la signification de ces diverses espèces, et d'abord de la paralysie générale ?

La paralysie générale peut survenir quand l'altération qui la produit affecte le cerveau dans sa totalité. Il y a alors immobilité complète. Cependant il faudrait se garder de croire que la paralysie générale eût toujours pour cause une affection générale du centre nerveux; elle peut reconnaître pour cause une lésion locale et même circonscrite dans un assez petit espace; mais alors la lésion est centrale.

Je me rappelle, dans le temps où je m'occupais de mes premières recherches, avoir rencontré des paralysies générales à la suite d'inflammation générale, de suffusion séreuse, et j'en ai tiré cette conclusion que puisque l'inflammation est générale, il n'est point étonnant que la paralysie soit aussi générale. Un jour nous rencontrâmes une hémorrhagie chez un sujet qui avait une paralysie générale. Nous avions diagnostiqué une affection générale du cerveau; mais l'hémorrhagie, bien que circonscrite, était tellement considérable, que le volume de l'hémisphère malade avait augmenté, et comprimait le côté opposé.

A peu de distance de là, se présenta à nous une vieille femme atteinte d'une paralysie complète : nous ne fîmes plus la faute de porter, comme dans le cas précédent, un diagnostic non suffisamment appuyé sur des bases solides. A l'autopsie, la boîte osseuse étant enlevée, le cerveau, encore enveloppé de ses membranes, ne nous parut pas devoir être le siége d'une altération bien considérable. Le cerveau fut examiné avec soin; les deux hémisphères furent coupés en lames minces, et nous ne trouvions rien. Cependant, les symptômes avaient été très intenses pendant la vie. Enfin, parvenu à la protubérance annulaire, nous trouvâmes à son centre un épanchement sanguin du volume d'une aveline, occupant exactement la partie moyenne du mésocéphale. De ce moment, nous nous crûmes en droit de conclure que lorsque l'altération est centrale, les phénomènes doivent être généraux.

Ainsi, pour nous résumer, la paralysie peut être générale, ou lorsque l'altération est générale, ou lorsque le volume d'un hémisphère est assez augmenté par suite de cette altération pour qu'il comprime l'hémisphère voisin, ou enfin lorsqu'elle est centrale. Disons en passant, que la maladie dans laquelle cette paralysie générale se rencontre le plus ordinairement, c'est l'hémorrhagie cérébrale quand elle est fort étendue. Nous l'avons également rencontrée, mais plus rarement, dans des cas de ramollissement.

La paralysie générale peut varier suivant ses causes; on peut la rapporter souvent au narcotisme, à l'ivresse; mais alors elle n'est que passagère et se dissipe en même temps que la cause cesse. Ce qui distingue celle qui est le résultat de l'hémorrhagie de celle que cause la congestion cérébrale, c'est que la première persiste, tandis que la seconde disparaît ordinairement assez vite. Dans les cas de ramollissement, elle s'aggrave et devient plus intense. L'hémiplégie est la plus fréquente incontestablement de toutes les paralysies qui sont les symptômes d'affections cérébrales. Ici se présente tout d'abord une immense difficulté. L'hémiplégie arrive dans un des côtés du corps seulement, dans celui qui est opposé à la lésion organique qui l'a produite. Si la lésion cérébrale existe dans l'hémisphère gauche, l'hémiplégie occupera le côté droit pendant la vie. Cette vérité, qu'il est impossible de mettre en doute, et que les faits démontrent chaque jour, avait été entrevue par les anciens. Arétée compare l'entrecroisement des nerfs dans le cerveau à un X. Aussi est-ce par cette disposition qu'il explique le mécanisme de la paralysie opposée à la lésion. J'ai vu quelque part, sans pouvoir me rappeler précisément à quel endroit, que Galien avait émis la même opinion.

Cet entrecroisement fut considéré avec peu d'attention par la plupart des médecins anciens. On trouve dans Morgagni quelques exemples de paralysie avec entrecroisement indiqué. Mais on signale le fait sans y attacher la moindre importance, sans en tirer la moindre conclusion.

Gall est celui des auteurs qui a le premier appelé l'attention sur ce fait, et qui y a grandement insisté. Depuis ce temps, les observateurs étant avertis, ont porté plus d'attention à déterminer les points exacts et précis de l'organe cérébral qui présidaient aux divers mouvements du corps. Je puis affirmer avoir vu constamment la lésion d'un côté du cerveau produire la paralysie du côté opposé du corps. Cependant nous devons, ici comme partout, tenir compte des cas exceptionnels. Il nous suffira de vous dire, sans analyser les cas rapportés par les auteurs, que nous n'avons trouvé ni dans les leurs, ni dans les nôtres, un seul cas bien évidemment confirmatif de l'hémiplégie survenue du même côté que la lésion cérébrale. Plusieurs causes d'erreur peuvent diminuer la confiance que l'on aurait dans les observations faites avant que l'attention ne fût fixée sur ce point de l'entrecroisement. D'abord on peut facilement se tromper en indiquant le côté malade, même dans des observations écrites; et l'erreur est tellement facile, tellement commune, que souvent il m'est arrivé à l'amphithéâtre, ayant examiné dans les salles un malade hémiplégique, de demander aux élèves de m'indiquer le côté paralysé, et il se trouvait autant d'avis pour l'un des côtés que pour l'autre.

J'ai retrouvé dernièrement dans mes observations, la feuille manuscrite contenant un fait que j'ai publié dans mon ouvrage sur le ramollissement, pour prouver la possibilité d'une lésion survenue du même côté que la paralysie. Mais le titre porte : Paralysie du côté gauche; et dans le cours de l'observation, j'ai trouvé l'indication de la paralysie comme étant du côté droit. Dans l'un ou l'autre des deux endroits on s'est nécessairement trompé. Or le titre n'ayant pas été imprimé dans l'ouvrage, on s'est trouvé, en se rapportant au texte de l'observation, avoir affaire à une paralysie du même côté que la lésion. Il est fort curieux que j'aie eu le hasard de retrouver, après vingt-trois ans, une observation aussi curieuse que celle-là, et je dois ici avouer hautement qu'en donnant comme cas exceptionnel l'observation dont je parle, je me suis trompé; c'est un fait qui rentre dans la loi commune. Or si je me suis trompé ainsi à une époque où je m'occupais presque exclusivement des maladies de l'encéphale, et où je cherchais par de nouvelles et minutieuses investigations à éclairer la science sur ce point encore si obscur, il n'y a point d'impossibilité que d'autres se trompent aussi, qui n'auront ni la même habitude d'observation, ni le même intérêt à noter avec soin toutes les circonstances.

M. Andral rapporte, dans sa *Clinique médicale*, deux cas analogues à celui que j'ai cité de paralysie du même côté que la lésion. J'ai tout lieu de croire qu'il y aura eu dans ces cas, erreur comme dans le mien. Dans un des cas, il n'est pas fait mention de cette singularité dans le commentaire qui accompagne l'observation. Ainsi, il y a au moins doute sur les cas qui ont été donnés par les auteurs comme présentant des exemples de lésions existant du même côté que la paralysie. Il y a un point du cerveau où l'entrecroisement des fibres nerveuses n'a pas lieu. Dans les cas où la lésion porte sur ce point, la paralysie peut se trouver du même côté que le siége de l'altération. C'est à la partie postérieure du cerveau que se trouve le point où les faisceaux ne s'entrecroisent pas. D[r] A. F.

(La suite au prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Remarques sur les conjonctivites. De la kératite.

Avant de terminer complétement ce que nous avons à dire des conjonctivites, et de passer à un autre ordre des maladies des yeux, il n'est pas sans intérêt d'examiner quel a été le résultat du traitement employé chez les deux malades dont nous avons parlé la dernière fois. La malade affectée d'ophthalmie purulente peut être considérée comme hors de tout danger. La conjonctivite générale dont était atteinte l'autre malade, est aussi en voie de guérison : l'œil gauche est déjà complétement guéri; le droit blanchit de plus en plus chaque jour.

Il est une remarque que nous avons oublié de faire à propos des conjonctivites. C'est un fait singulier, qu'il nous a été donné de vérifier bien des fois déjà. Il s'agit de la manière dont disparaissent, dans ces maladies, la rougeur et le gonflement de la conjonctive. D'ordinaire, la disparition de ces symptômes suit la marche que nous allons indiquer. La rougeur et le gonflement abandonnent d'abord la moitié supérieure, puis la moitié inférieure; l'angle oculaire externe blanchit ensuite, et l'angle interne est le dernier point que quitte la maladie.

Si l'on soulève la paupière supérieure en faisant regarder le malade en bas, quand la résolution commence, on peut s'assurer que la portion de conjonctivite recouverte par cette paupière, est déjà blanche alors que l'œil, regardé en face et dans ses rapports ordinaires, est encore d'un rouge intense; par une manœuvre inverse, l'on peut vérifier le même fait pour la portion de membrane cachée par la paupière inférieure.

En recherchant l'explication de cette marche presque constante de la décroissance successive dans le gonflement et dans la rougeur, il nous a toujours semblé qu'on ne pouvait la trouver que dans la pression mécanique à laquelle les différentes régions de l'œil étaient soumises. Ainsi, il est évident que de toutes les parties de cet organe, la portion la mieux comprimée est précisément celle que recouvre la paupière supérieure. Cette paupière s'applique, en effet, très exactement sur le haut du globe oculaire, et favorise, sans aucun doute, la résolution commençante par la pression douce et uniforme qu'elle exerce sur la région sous-jacente. De plus, cette partie de l'œil est le point le plus élevé de cet organe. La paupière inférieure presse, elle aussi, sur la région inférieure, mais il est facile de voir que cette compression est infiniment moins exacte; d'ailleurs la conjonctive, cachée sous cette paupière, est le point le plus déclive de l'œil.

Quant aux angles, ils sont soustraits à ces pressions.

Chez notre dernier malade, l'on a pu aisément vérifier ces faits. Regardé de face, il ne semblait pas encore que l'œil marchât vers la guérison, quand déjà toute la partie supérieure était parfaitement blanche, ainsi qu'on s'en assurait en soulevant la paupière.

Kératite. — Les inflammations de la cornée, auxquelles on a donné le nom de *kératites*, constituent une catégorie très importante des maladies des yeux. Elle est très importante, non-seulement parce que ces affections sont très fréquentes, mais encore parce qu'elles sont graves et que la thérapeutique en est compliquée.

Les inflammations de la cornée sont fréquentes, disons-nous. En effet, si l'on consulte les statistiques, l'on voit qu'elles forment à peu près la moitié des ophthalmies, tant aiguës que chroniques. Personne n'ignore qu'un grand nombre d'individus ayant eu des inflammations des yeux conservent des taches indiquant l'existence antécédente de kératite.

Pour nous, dans les résumés que nous faisons chaque année des différents malades entrés à l'hôpital, nous trouvons toujours les kératites dans une proportion de moitié à peu près pour le nombre général de ceux qui sont affectés de maux d'yeux. Il paraît qu'il en est absolument de même dans les autres pays; car les relevés de Saunders, de Mackensie, sont d'accord sur ce point avec les nôtres.

Les inflammations de la cornée sont graves; car, d'une manière générale, ce sont des maladies qui compromettent la fonction, qui la compromettent beaucoup plus que les conjonctivites, excepté, bien entendu, les conjonctivites purulentes. Pour peu qu'on y songe, cela n'est pas fort difficile à comprendre. Quand un malade est guéri d'une conjonctivite, il ne reste rien du mal; l'œil est tout à fait dans le même état où il se trouvait avant que la maladie s'en emparât; mais en guérissant d'une kératite, il s'en faut beaucoup qu'il en soit toujours ainsi; très souvent l'affection a laissé des suites fâcheuses. Ainsi, tantôt il y a eu une ulcération, tantôt de la suffusion dans le tissu, et des taches persistent après la guérison, d'où divers troubles dans la fonction.

Enfin, nous dirons que leur étude est importante parce que leur thérapeutique est compliquée. Nous verrons qu'en effet nous n'avons point contre ces phlegmasies de remèdes aussi efficaces que ceux appliqués contre les conjonctivites.

Malgré leur fréquence, les inflammations de la cornée n'ont été classées définitivement et n'ont reçu un nom que depuis une vingtaine d'années à peu près. Avant cette époque, elles étaient englobées sous le nom général d'ophthalmies ou d'ulcères. A. Paré, Guillemot, St-Yves, maître Jan, parlent d'ulcères de la cornée; mais dans ces temps on confondait toutes les inflammations de l'œil; on n'avait point encore appris à distinguer les phlegmasies selon les tissus où elles se développaient, et cette confusion ne régnait pas seulement pour les maladies des yeux, mais l'inflammation des viscères eux-mêmes n'était pas encore différenciée de la phlegmasie des membranes. La méningite, la pleurésie, la péritonite, se confondaient avec l'encéphalite, la pneumonie, l'entérite. Ce fut Bichat qui, réformant la science par sa base, limita nettement, en médecine, les affections selon les tissus qu'elles occupaient, mais la chirurgie n'était pas encore avancée à ce point. Pour les maladies des yeux, les oculistes ne s'occupaient pas des tissus. Depuis vingt ans cependant les études ont marché dans cette voie, et il est agréable de pouvoir dire que c'est en France qu'on a commencé à séparer des phlegmasies qui, jusque-là, avaient été confondues.

M. Mirault, d'Angers, publia vers 1820, dans les Archives de médecine, un bon travail sur la kératite.

Ces inflammations se présentent sous des formes variées. D'abord est-il besoin de dire qu'elles doivent être classées en inflammations aiguës et chroniques : c'est là une division commune à toutes les phlegmasies. Il faut ajouter qu'elles peuvent débuter tantôt par un point de la membrane, tantôt par un autre; que dans certains cas elles envahissent la lame externe de la cornée; dans d'autres, la lame interne, d'autres fois le tissu interstitiel.

Mais avant d'aller plus loin, il est nécessaire d'appeler l'attention sur deux malades intéressants dont nous reparlerons, et que nous devons signaler avant leur départ de l'hôpital.

Le premier est couché au n° 9; c'est un exemple curieux de kératite qu'on nomme interstitielle. L'œil est à peine rouge; il n'existe presque pas de réaction générale; la cornée semble se brouiller par ses lames intermédiaires; la surface en est régulière, polie, mais on distingue dans son épaisseur une espèce d'anneau vague, blanchâtre, qui s'étale, se fond, se dessine mal. Cependant la cornée est prise de telle façon que le malade est presque aveugle. Les signes que nous venons de décrire se voyaient sur l'œil droit. A l'entrée du sujet dans la salle, ils se sont montrés sur l'œil gauche depuis son arrivée à l'hôpital. Cette maladie n'a point été précédée par une phlegmasie de la surface de la cornée; aucune trace de conjonctivite ne s'est montrée avant elle; c'est un exemple de kératite débutant par les lames moyennes de la cornée.

Le second malade est couché au n° 34. Celui-ci présente une inflammation de la cornée compliquée d'ulcères et d'un peu de blépharite; nous aurons occasion d'y revenir.

Des deux grandes espèces indiquées, la kératite aiguë et la kératite chronique, la première est la plus fréquente; elle peut débuter par les trois plans que nous avons désignés, et se diviser elle-même en deux variétés.

1° La kératite diffuse, ou sans ulcération.

2° La kératite ulcéreuse, ou avec ulcération.

La kératite diffuse est moins fréquente que l'autre, mais elle commence par les lames externe ou interne, ou moyenne.

La kératite ulcéreuse occupe les lames antérieures.

Les caractères locaux de la kératite diffuse sont les suivants: d'abord une rougeur toute particulière; et disons en passant que la rougeur a de l'importance dans les maladies des yeux, et qu'il est nécessaire de s'habituer à en bien distinguer les diverses nuances. La rougeur des inflammations diffuses de la cornée, quand elles sont générales, se présente autour de cette membrane sous l'aspect d'une infinité de petits rayons rouges qui forment un anneau radié du côté de la sclérotique; tous ces rayons se terminent par conséquent sur la grande circonférence de la cornée.

Cette sorte de rougeur se différencie avec beaucoup de facilité de celle qu'on observe dans la conjonctivite. Dans la kératite diffuse, elle augmente d'autant plus qu'on l'examine plus près de la cornée; dans la conjonctivite, au contraire, elle augmente d'autant plus qu'on s'en éloigne.

Un autre caractère non moins aisé à constater que le précédent, consiste dans la manière dont sont rangés les vaisseaux qui donnent à l'œil sa coloration morbide. Dans la kératite, l'anneau rouge est représenté par une série de petits vaisseaux presque droits, parallèles, tandis que dans la conjonctivite, la rougeur est formée par un réseau de vaisseaux qui s'intriquent, se contournent et sont, comme nous l'avons dit, arborescents.

Ajoutons qu'on peut parfaitement encore s'assurer de la différence du siége de l'anneau qui caractérise la kératite, et de la rougeur de la conjonctive. Outre que dans la kératite, les vaisseaux sont fins, droits, parallèles, ils ne changent pas de place par le mouvement qu'on voudrait leur imprimer; ils ne roulent pas, tandis que le réseau de la conjonctivite est mobile, se déplace; on voit qu'il siége dans une membrane mobile sur la coque de l'œil.

Quant à la nuance de la rougeur, elle est différente aussi dans les deux affections. Dans la conjonctivite, c'est un rouge-violacé, briqueté, vineux; cette rougeur, en un mot, a une apparence veineuse. Dans la kératite, la rougeur se rapproche du vermillon, du rose; c'est une rougeur artérielle.

Ces caractères matériels sont sans doute assez tranchés déjà entre la kératite et la conjonctivite, pour qu'il ne soit guère possible de les confondre; mais il est nécessaire aussi de distinguer la kératite d'une autre maladie, l'iritis, qui présente quelques-uns des signes que nous venons de décrire.

Voici donc d'autres caractères qui n'appartiennent qu'à la kératite.

Dans le principe, quand l'inflammation commence dans la kératite aiguë, la cornée revêt promptement une teinte qui n'est pas naturelle. Elle devient bientôt verdâtre, vert d'eau; c'est une coloration très légère; c'est fort peu de chose; cependant on s'aperçoit que cette membrane n'a plus sa couleur normale.

Un peu plus tard la cornée se brouille; il se forme une sorte de nuage qui vient voiler sa transparence habituelle; ce n'est point encore fort apparent; cela ressemble à ce que l'on voit sur une glace, sur un marbre sur lesquels on vient à l'instant de poser le doigt.

Plus tard encore la suffusion commence, la transparence se perd; on aperçoit quelque chose de gris, de blanchâtre, dans l'épaisseur de la membrane.

Bientôt survient la perturbation fonctionnelle, la vision est atteinte; nous avons insisté sur ce point, que dans la conjonctivite la vision ne souffre pas. Dans la kératite, dès le commencement la vue est un peu troublée.

D'autres symptômes se montrent encore; une douleur se fait sentir autour de l'orbite plutôt que dans l'œil lui-même; le malade n'éprouve aucune des sensations de gravier, de corps étranger, comme cela a lieu dans la conjonctivite. Il n'existe non plus aucune démangeaison; cette douleur est sourde, obtuse, vague, fatigante.

Il existe aussi une certain degré de photophobie plus considérable que dans la conjonctivite, mais moins intense dans la kératite diffuse dont nous parlons, que dans la kératite ulcéreuse.

Il en est de même pour l'épiphora, car ces deux symptômes marchent ordinairement l'un avec l'autre : il semble que ce soit l'un qui amène l'autre.

En résumé, la kératite générale diffuse se caractérise par l'anneau rouge de vaisseaux parallèles situés dans le tissu sclérotical, l'obscurcissement de la cornée, le trouble de la vision, la douleur; enfin la photophobie et l'épiphora modérés.

PAJOT.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 5 juin 1844. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance contient : 1° une lettre de M. Lubanski, en réponse à celle que la Société lui a adressée par délibération de la séance précédente. Considérant qu'elle ne contient pas de faits nouveaux, la Société passe à l'ordre du jour.

2° Une lettre de M. Bourjot Saint-Hilaire, qui, partant pour l'Italie, demande à échanger son titre de membre résidant contre celui de membre honoraire.

3° Le numéro de juin de la *Clinique vétérinaire* de M. Leblanc.

4° Une observation d'accouchement d'un enfant ayant deux têtes, deux cols, quatre épaules et quatre bras, devenant un pour le thorax, l'abdomen jusqu'à l'ombilic, et se dédoublant à partir de l'ombilic, offrant 53 centimètres de long, et pesant 7 kilogrammes; né à Laroche-Derrier le 7 février 1844, par M. Kérambrun. — Renvoyé à M. Laborie.

5° Le *Traité de l'hypocondrie* de M. Brachet, professeur de pathologie générale, président de la Société de médecine de Lyon, membre de la Société, etc. Un gros vol. in-8° de 736 pages.

— *Translation des cendres de Bichat.* — Le président rend compte des démarches qu'on a faites pour arriver à opérer la translation des cendres de Bichat. Il a été répondu à la demande faite par lui à l'Académie, que cette Société ferait concurremment tous ses efforts pour l'obtenir; mais ultérieurement il s'est élevé au conseil académique une réclamation de M. Serres. Cet honorable académicien a dit que depuis long-temps il avait réclamé les cendres de Bichat pour Clamart. Alors le conseil a unanimement décidé qu'on se transpor-

ferait chez le préfet. On l'a fait; et quoique l'ordonnance du roi soit rendue, on s'est fait fort d'en obtenir une nouvelle.

Plusieurs membres de la Société protestent contre le tardif désir exprimé par M. Serres. Agir comme il le demande serait inconvenant pour le conseil et pour Bichat. Il n'y a, d'ailleurs, aucune place décente dans l'amphithéâtre. Ils demandent, en conséquence, que l'exécution de l'ordonnance rendue par le roi soit poursuivie.

La Société déclare qu'elle le sera.

M. Belhomme lit le rapport dont M. Brierre de Boismont et lui ont été chargés sur le travail de M. le docteur Cangrain (d'Alençon), intitulé : Epilepsie, masturbation.

M. le rapporteur fait remarquer que le travail qu'il examine se compose de faits pratiques et de judicieuses réflexions sur la médecine légale en France. L'auteur, qui voudrait que l'on fit un traité sur l'onanisme plus nouveau que celui de Tissot, semble ignorer que M. le docteur Deslandes a écrit ce traité, dans lequel il examine tous les abus vénériens dans leurs rapports avec la santé, et où il fait la peinture exacte de toutes les suites de la masturbation. Cet auteur fait remarquer que les formes convulsives sont surtout très fréquentes. Le premier fait rapporté par M. Cangrain, n'en est qu'une nouvelle preuve. La deuxième observation est intitulée : *hystérie, sorcières.* L'auteur aurait vu la perte de connaissance précéder l'hystérie, et la mort suivre celle-ci après onze heures de durée. M. Belhomme fait remarquer combien ceci serait exceptionnel; mais il demande si M. Cangrain s'est bien assuré qu'ici il n'y avait pas hystérie compliquée d'éclampsie et d'épilepsie. M. Cangrain insiste sur la rareté du clou hystérique, sujet à propos duquel tous les auteurs se sont recopiés sans avoir assez observé par eux-mêmes. Il énumère les symptômes qui, suivant lui, ne manquent jamais, comme la constriction de la gorge, l'exaltation d'un ou plusieurs sens. Il a observé rarement la boule hystérique; mais il a vu de l'écume à la bouche, ce qui confirme la justesse du doute qu'émettait tout à l'heure M. Belhomme.

L'auteur ne croit pas l'hystérie héréditaire; il ne croit pas non plus que le traitement à lui opposer soit bien fixé, et il doit varier avec une foule d'indications.

Parcourant la suite des observations de M. Cangrain, le rapporteur se croirait, dit-il, volontiers reporté au quinzième siècle. On y voit, en effet, que des paysans non seulement des environs d'Alençon, mais encore des département de l'Ouest, et même de la Normandie, croient aux sorciers, aux loups-garoux, et que même des conseillers de département y traitent des malades avec des notes cabalistiques ou jettent des sorts à leurs ennemis. On peut y lire encore que les médecins diplômés sont ceux qui sont le moins consultés, et que sans que M. le procureur du roi s'y oppose, ceux qui s'attribuent le nom de médecin et en retirent le plus de bénéfice sont les sorciers, les rebouteurs, les jugeurs d'urine, les bourreaux et les charlatans de toutes sortes.

M. Cangrain examine et se plaint vivement et avec raison des conditions dans lesquelles les médecins sont maintenus sous le rapport des expertises judiciaires, de la rareté de leur intervention, de leur rétribution insuffisante, de leur choix arbitraire, et par suite de la mauvaise rédaction des rapports judiciaires dont les avocats se moquent quand ils n'en tirent pas parti contre la vérité.

L'auteur s'étend sur les graves inconvénients qui en résultent pour l'administration de la justice dans les campagnes, où les officiers de santé illettrés et incapables de rapporter en justice, de l'avis même de M. Orfila, règnent cependant entièrement. Il expose ensuite d'une manière fort judicieuse les moyens qu'il croit convenables pour améliorer cet état de choses, faire tomber le charlatanisme et rendre à la médecine la considération qu'elle est loin d'avoir toujours devant les tribunaux. Il désire surtout la nomination par les sociétés savantes d'un médecin-légiste par canton et d'un autre par arrondissement, avec des attributions et une surveillance très étendues.

Le rapporteur désire vivement que les excellentes idées de M. Cangrain reçoivent de la publicité, pour que de toutes parts nos contrères envoient à la Société les faits et les preuves des délits commis dans l'exercice de la médecine. Il propose l'admission de M. Cangrain, comme membre correspondant, et la Société passe au scrutin et admet cet honorable confrère.

— *M. Laborie* lit le rapport dont il est chargé par la commission composée de MM. Forget et Chailly pour examiner le travail de M. Andrieux de Brioude, sur l'éclampsie.

Ce rapport, qu'il faudrait reproduire tout entier si l'on voulait en faire ressortir les qualités de forme et de fond, s'exprime ainsi : « Le sujet choisi par M. Andrieux était digne à tous égards de fixer l'attention d'une Société qui, s'inspirant de la pensée dominante de Bichat, son fondateur, dirige ses investigations sur les parties de la science non élucidées encore. Nous croyons pouvoir le dire, l'éclampsie, par la bizarrerie de ses caractères, par les doutes que laissent sur son siége les nécropsies les mieux faites, par l'insuffisance malheureusement trop fréquente des traitements suivis par les hommes expérimentés, l'éclampsie, dis-je, offre un champ d'études immense, et sur lequel on ne saurait trop s'exercer. » Le rapporteur approuve ensuite M. Andrieux d'avoir concentré ses recherches sur le seul traitement de l'éclampsie; mais il espérait, dit-il, trouver dans son travail l'indication d'un traitement positif, ou tout au moins l'appréciation de ceux qui ont été proposés, mis en rapports avec des cas bien précisés. Il n'en a pas été ainsi.

M. Andrieux commence par examiner le traitement quand la femme n'est pas à terme, et qu'il n'y a point de travail commencé. Mais cette partie ne contient rien qu'on ne lise dans tous les traités d'accouchement.

La saignée y est examinée; M. Andrieux n'admet, avec raison, que celle du bras. Il expose les opinions contradictoires des divers auteurs; mais c'est pour arriver à conclure qu'il faut laisser, pour chaque cas, le médecin abandonné à son tact et à sa sagacité. Il repousse toutefois les sangsues appliquées à la tête, et les regarde ailleurs comme un moyen secondaire. Viennent ensuite les purgatifs, que Chaussier presque seul jugeait n'être pas salutaires; M. Andrieux veut seulement des purgatifs doux et de préférence en lavement, mais sans tenir à aucun d'eux. Le rapporteur fait ressortir les avantages du calomelas, qui ne provoque pas les contractions de l'utérus, qui n'exige pas de véhicule abondant, et qui peut être mis simplement dans la bouche, où il est promplement absorbé et suivi d'évacuation, et souvent d'une salivation salutaire, même pris à petites doses. Par ces motifs, M. Laborie rejette les sels *neutres*, en s'appuyant sur l'autorité de M. Dubois.

Quant aux révulsifs cutanés, M. Andrieux rejette seulement les larges vésicatoires à la tête, de M. Hamilton; mais il ne se prononce nullement entre les diverses opinions des auteurs. Le rapporteur n'admet, lui, positivement les vésicatoires que quand les accès sont séparés par une très longue période de stupeur. M. Andrieux passe en revue quelques autres moyens: les vomitifs, qui sont abandonnés; les diurétiques proposés par M. Chailly. et les antispasmodiques. L'opium est repoussé, comme le repoussait déjà Hamilton. Enfin vient le camphre, auquel le rapporteur n'ajoute nulle confiance, non plus qu'à la plupart des antispasmodiques. Pour tous les cas ordinaires; s'en remettant à la sagacité du médecin, M. Andrieux se demande seulement si, dans les cas très graves, on peut tenter l'avortement. Mais il s'en tient à ce point interrogateur sur cet important sujet de discussion. Il devient plus hardi quand l'enfant est viable; l'accouchement prématuré lui semble alors pouvoir être proposé, mais après l'insuccès de tous les autres traitements. Le rapporteur lui reproche d'avoir encore évité ici la discussion de ce moyen qu'il repousse fortement, comme M. Dubois lui-même, et en raison du danger grave et de l'incertitude des moyens pour l'obtenir.

Examinant le traitement chez les femmes à terme et en travail, ou chez qui le travail va commencer, M. Andrieux constate d'abord la divergence des opinions des auteurs, et en particulier de MM. Velpeau et Dubois, et il formule cette question : « Doit-on ou ne doit-on pas hâter la déplétion de la matrice, quand le travail n'a point commencé? » Mais aussitôt il se répond à lui-même : « Oui et non, suivant les cas, » s'en rapportant toujours à la sagacité du médecin. Seulement il recommande, en thèse générale, « de ne pas trop se hâter d'agir, mais de ne pas attendre non plus, si c'est nécessaire. » Mais, en attendant, il ne se prononce pas entre les deux opinions contradictoires que, dans leur sagacité, les deux maîtres qu'on vient de citer professent; et il passe à l'examen des divers moyens de provoquer prématurément l'accouchement. Ici M. Laborie reproche à l'auteur de n'avoir pas, avant tout, distingué et précisé les cas où le col est fermé, entr'ouvert, dilatable ou non dilatable, ce qui détermine pour ou contre chaque moyen. M. Andrieux rejette le décollement des membranes, adopte avec M. Velpeau la rupture de la poche, et il s'en remet, pour la dilatation forcée du col, à la sagacité des médecins.

Sans voir les considérations qui surgissent cependant ici, l'auteur passe au traitement de l'éclampsie pendant ce travail. Il faut, dit-il, s'en tenir aux moyens généraux quand le col est mou, effacé, dilatable. S'il est dur, résistant, et les convulsions fortes, alors M. Andrieux songe à l'ergot, mais en hésitant. Le rapporteur lui reproche de n'avoir pas vu là une contre-indication formelle de son emploi, et une indication de la belladone, qu'au reste M. Andrieux adopte aussi. L'auteur admet encore l'incision du col, mais sans préciser les conditions nécessaires à ce moyen, qui en lui-même est ordinairement inoffensif. Le rapporteur, toujours avec l'autorité de M. Dubois, n'admet pas ici l'utilité du spéculum, et exige, sous peine de graves inconvénients, que l'incision ne se fasse que sur le col entièrement aminci.

M. Andrieux examine ensuite les cas où le bassin est vicié, comme si dans ces cas la conduite de l'accoucheur n'était pas forcément indiquée, avec une complication de plus seulement. Enfin l'auteur dit quelques mots de l'éclampsie après l'accouchement, mais sans émettre des vues nouvelles.

Le rapporteur se résumant maintenant, ne trouve aucune originalité dans le travail qu'il examine, et qui ne présente pas comme il le faudrait un triple traitement de l'éclampsie, préventif, curatif, et consécutif.

Dans une affection que des signes presque toujours certains annoncent, n'était-ce pas le moyen préservatif qu'il fallait surtout rechercher et discuter? Et quand au traitement consécutif, comment M. Andrieux n'a-t-il pas même mentionné les prédispositions que donne l'éclampsie à la métro-péritonite, la folie, les paralysies partielles, etc., etc. Quant au traitement curatif, plusieurs moyens ne sont pas mentionnés; le plus grand nombre n'est pas analysé.

Le rapporteur conclut à ce que des remercîments soient adressés pour son travail à M. Andrieux de Brioude.

— *M. E. Laborie* présente à la Société deux pièces d'anatomie pathologique, sur lesquelles il donne les détails suivants :

La première offre un exemple remarquable des transformations que peut subir une collection sanguine dans le placenta. On sait qu'à diverses époques de la gestation il peut se faire dans les différents points du placenta de véritables épanchements sanguins apoplectiques. Ces affections ne constituent pas nécessairement pour le fruit une affection mortelle, et quelquefois même on a pu trouver sur des placentas des traces excessivement nombreuses de ces hémorrhagies qui n'ont déterminé aucun accident appréciable, et qui n'ont pas empêché l'enfant de poursuivre sans écueil toute l'évolution intra-utérine.

Par rapport à leur siége, ces hémorrhagies peuvent présenter des particularités intéressantes, et par l'influence du temps on voit qu'elles subissent des modifications de coloration, de densité, qui ont dû nécessairement en imposer sur leur nature. C'est ainsi que l'on a pu à l'inspection de certains épanchements devenus anciens, prendre le dépôt fibrineux densifié pour une redoutable dégénérescence squirrheuse.

Parmi ces transformations, il en est une surtout fort rare et dont j'ai l'honneur de vous présenter un exemple. Un épanchement sanguin s'est fait à une époque plus ou moins éloignée de la surface fœtale du placenta entre lui et les membranes. Le sang en s'épanchant a décollé les membranes, et jamais elles n'ont repris d'adhérence en ce point, et elles ont acquis, comme l'a déjà fait remarquer M. Dubois, une propriété de sécrétion telle, que là où elles avaient été décollées, il s'est fait un épanchement séreux qui a persisté jusqu'au dernier moment de la grossesse dont toutes les phases ont été normalement suivies? Le caillot suspendu au milieu de ce liquide a perdu sa coloration et réduit à l'état fibrineux, on le voyait nager à travers la paroi membraneuse du kyste sous forme d'un corps jaunâtre allongé, et que jusqu'à un certain point on avait pu prendre pour un embryon contenu dans un œuf, dont le développement se serait arrêté.

M. Laborie rappelle qu'un cas tout à fait analogue a été présenté à l'Académie il y a un an environ, et que le médecin qui l'avait envoyé était tellement convaincu qu'il avait affaire à un cas d'œuf inclus dans un autre œuf, qu'il avait fait dessiner le caillot fibrineux nageant au milieu du kyste, en lui donnant toute la forme d'un véritable embryon. M. le professeur Dubois, qui reconnut immédiatement l'erreur, la rendit palpable en incisant le foyer et en montrant que le prétendu embryon n'était autre chose que de la fibrine.

Dans le cas présenté par M. Dubois, le kyste avait environ le volume d'un œuf de poule.

La deuxième pièce offre un exemple de rupture de l'utérus et du vagin.

Voici brièvement l'observation de la femme sur laquelle a été observée cette lésion.

La malade avait déjà eu quatre enfants; elle était parfaitement bien conformée. Parvenue au terme d'une grossesse très régulière du reste, elle fut prise des premières douleurs de l'enfantement, et presque immédiatement la poche des eaux fut rompue. On reconnut une présentation du tronc encéphalo iliaque droite postérieure.

Pendant soixante-douze heures on ne fit sur cette pauvre femme que d'infructueuses tentatives de version, et, au dire de la malade, les manœuvres furent horriblement douloureuses.

Quand on se décida à la transporter dans le service de M. Dubois, où nous la reçûmes, elle était dans un état d'affaissement tel que la mort paraissait imminente; les douleurs étaient comme paralysées, aussi M. Dubois annonça-t-il que l'on devait craindre qu'il n'arrivât une rupture. Néanmoins le tronc s'étant un peu engagé, le professeur espéra, en ramenant la tête en avant et l'épaule sous le pubis, faciliter la terminaison de l'accouchement par l'évolution spontanée.

Cette manœuvre se fit avec facilité à l'aide du bras dégagé hors de la vulve; mais malheureusement l'enfant était volumineux, et la malade, par suite de l'absence de contractions utérines, ne venait pas en aide à l'accoucheur; aussi, pour terminer, M. Dubois se décida-t-il à pratiquer la détroncation de l'enfant déjà mort.

Cette opération offrit ceci de remarquable, que M. Dubois ne coupa le cou du fœtus que jusqu'à la colonne vertébrale inclusivement. Puis, la résistance opposée par l'inflexibilité de cette tige osseuse vaincue, l'extraction du corps se fit facilement, et ce qui restait adhérent du cou servit à extraire la tête avec facilité.

Cette espèce de demi-détroncation nous paraît d'une heureuse innovation dans les cas de ce genre, car elle permet d'extraire sans efforts la tête dont l'extraction dans certaines circonstances peut devenir une seconde opération assez délicate. Du reste, M. Dubois avait déjà une fois, et dans des circonstances analogues, heureusement appliqué cette modification.

Après l'accouchement il y eut une hémorrhagie assez abondante qui cessa en apparence sous l'influence d'irrigations froides dirigées sur le ventre. Mais la malade s'éteignit deux heures après.

A l'autopsie, j'ai d'abord constaté qu'il n'existait aucun épanchement dans la cavité péritonéale. Mais ce qui frappait surtout, c'était la teinte noire ecchymotique répandue sous le péritoine entre la séreuse et les viscères dans presque toute l'étendue de l'intestin grêle, sur l'utérus, sur la vessie, entre les feuillets des ligaments larges de l'utérus, dans tout le petit bassin et jusque sur la paroi abdominale antérieure. Dès lors on put assurer qu'une rupture s'était faite sur un des points de l'appareil génital; mais le sang, qui s'était épanché si loin, avait partout rencontré la résistance opposée par le péritoine qui ne s'était laissé déchirer en aucun point. En incisant le péritoine soulevé dans le petit bassin par l'épanchement sanguin, je suis arrivé sur une large déchirure de la partie latérale gauche du segment inférieur de l'utérus, qui, après avoir intéressé le col utérin dans toute son épaisseur, avait gagné le vagin qui se trouvait divisé longitudinalement jusqu'à un pouce et demi de la vulve. La totalité de la déchirure, tant sur le vagin que sur l'utérus, présente une étendue d'environ cinq pouces.

M. Laborie, après avoir montré la pièce anatomique, dit que la résistance offerte par le péritoine sur l'utérus est un fait qui n'est pas sans analogue, ainsi M. Dubois a vu un cas de rupture de l'utérus dans lequel l'enfant s'étant engagé dans la voie nouvelle ouverte par la solution de continuité, avait été arrêté par le péritoine, contre lequel était fortement appuyé le coude du fœtus lorsqu'on fit l'autopsie. On doit noter, du reste, pour expliquer cette résistance, que pendant les modifications imprimées à l'utérus par la grossesse, le péritoine paraît évidemment épaissi.

Quant à la cause de l'accident survenu chez la femme dont M. Laborie a rapporté l'observation, on ne peut, dit-il, s'expliquer positivement sur sa nature, mais il est à présumer que les tentatives de version faites inconsidérément pendant que l'utérus était vide d'eau a pu jouer un rôle dans la production de la lésion. Du reste, il faut être bien sobre d'explications de ce genre.

Le secrétaire particulier, Dr S. FAIVRE.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'habitude, de son influence sur le physique et le moral de l'homme et des dangers qui résultent de sa brusque interruption ; par le docteur MARTIN jeune, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Lyon, etc. Brochure in-8°. Paris, 1843. J.-B. Baillère.

Le but de ce travail fort intéressant est de prouver que le passage subit de la vie active à la vie de repos entraîne presque toujours de graves altérations dans la santé, et abrége le plus souvent la durée de l'existence. Par la nature même de son sujet, l'auteur a été conduit à traiter, dans autant de chapitres, de l'habitude en général; de l'influence de l'habitude sur la vie de relation et sur la vie organique, comme sur le moral de l'homme; de l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament et des climats sur les habitudes; des funestes effets de l'interruption brusque de l'habitude, et des moyens d'y remédier.

En résumant ce mémoire, on voit que, pour l'auteur, l'habitude n'est autre chose qu'une disposition du corps et de l'âme acquise par des actes réitérés; que c'est à tort que des métaphysiciens et des physiologistes ont regardé l'habitude comme la vie elle-même, car la vie a précédé l'habitude, ce qui prouve évidemment que cette dernière est un effet et non une cause; que le nom de *seconde nature* donné à l'habitude n'est pas plus exact, car l'habitude ne change pas les lois essentielles et générales de la vie; elle n'a sur elle d'autres effets que de les attirer ou de les modifier dans leurs rapports et de les contrarier dans l'exercice de leurs fonctions; que la disposition de l'homme à l'imitation, et celle de ses organes à la périodicité, sont les deux causes prédisposantes de l'habitude; que les impressions déterminées et répétées sur la sensibilité organique par les objets divers avec lesquels l'homme est en rapport, en deviennent la cause efficiente; qu'on doit admettre deux espèces générales d'habitudes : l'une instinctive, liée à l'essence même de l'organisation, indépendante de la volonté, nécessaire au maintien de la vie, et qu'on pourrait presque appeler *naturelle*; l'autre, communiquée ou accidentelle, formée par le libre arbitre, en raison des circonstances de lieux, d'usages, de mœurs, de religion, d'état social; que ces deux espèces d'habitudes ont le même mode de formation; qu'une impression légère et souvent imperceptible sur la sensibilité organique, en est la première origine; que l'acte qui l'a produite se renouvelant insensiblement, l'exercice répété de cet acte la développe, la forme, et finit par l'identifier intimement avec le jeu de la vie physique et intellectuelle; que de ces deux espèces d'habitudes, l'instinctive est la plus rebelle et la plus difficile à détruire; que l'éducation et les bonnes lois peuvent la modifier, la corriger même, en apparence, mais non l'anéantir; tandis que l'accidentelle ou communiquée, dépendant du libre arbitre, lorsque surtout elle est récemment acquise, résiste rarement, dans la jeunesse, à l'éducation sagement dirigée, et dans l'âge mûr, à l'empire de la raison et d'une ferme volonté; que la méthode rationnelle la plus sûre d'interrompre l'habitude lorsqu'elle commence, et même de la détruire lorsqu'elle est formée, est de lui opposer d'une manière lente, insensible et graduelle, des actes meilleurs et contraires à ceux qui l'engendreront, et qui viennent peu à peu prendre la place de ceux-ci; de telle sorte qu'on fait cesser l'habitude par un procédé semblable à celui qui l'a fait naître; mais que si l'habitude est invétérée et s'identifie avec la vie, en raison de son ancienneté, elle oppose le plus souvent une résistance invincible à ces moyens; et que si par force et brusquement on l'interrompt tout à fait, il en résulte un désordre dans l'équilibre général de l'économie, qui ne tarde pas à altérer gravement et profondément le jeu des organes, et qui va jusqu'à la destruction de la vie si on n'oppose promptement à ces redoutables accidents la méthode de traitement indiquée pour remédier à ceux qui suivent la cessation subite du travail prolongé, méthode également applicable à l'interruption brusque de toutes les autres habitudes.

Nouvelle théorie de l'action nerveuse et des principaux phénomènes de la vie; par F.-Aug. DURAND (de Lunel), D.-M., etc. Un vol. in-8°. Paris, 1844. J.-B. Baillière.

Cet ouvrage a pour but de prouver 1° l'unité du système nerveux, 2° l'inégalité du pouvoir conducteur des diverses parties de ce système, 3° l'identité du fluide nerveux et du fluide électrique; en d'autres termes, d'élever une nouvelle doctrine physiologique en matérialisant la causalité des phénomènes de la vie, en considérant, non plus les résultats, mais la nature et le principe de la cause. Pour M. Durand, cette cause est l'électricité. Les organiciens s'arrêtent aux résultats, ils constatent la *propriété*, une pour les uns, multiple pour les autres, mais ne vont pas plus loin. Les vitalistes s'élèvent jusqu'à la cause, jusqu'à la loi intérieure et primordiale; ils lui donnent même un nom, *principe vital*, mais ils défendent et ils considèrent comme impossible d'en rechercher l'essence et la nature. Les organiciens disent : cela est, parce que cela est; les vitalistes : cela est, parce qu'il y a quelque chose d'inconnu qui le fait être. L'école à laquelle appartient M. Durand, l'école physico-chimique, plus hardie et plus entreprenante, dit : cet inconnu qui vous échappe, c'est l'électricité, le calorique, etc.

On sait, et M. Durand ne l'ignore pas, que plusieurs tentatives ont été faites dans cette vue. Cuvier, qui était vitaliste par sentiment et matérialiste par étude, Cuvier, qui avait été frappé de l'analogie de quelques phénomènes vitaux avec les phénomènes physiques d'électricité et de caloriques, s'était réfugié, comme moyen terme, dans le fluide nerveux, croyant ainsi assimiler la vie dans de justes limites à des phénomènes matériels sans la déshériter tout à fait de son essence propre et plus élevée. Ce fluide nerveux, comme fluide à part et dis-

tinct, est une chimère pour M. Durand; ce n'est pas autre chose que le fluide électrique, et c'est au développement de cette opinion qu'est consacré cet ouvrage.

Il nous serait impossible de suivre l'auteur dans la série des raisonnements appuyés d'expériences par lesquels il cherche à démontrer son opinion. Nous devons dire seulement que la cause que soutient M. Durand n'avait jamais été défendue avec ce luxe de preuves et cette parfaite connaissance du sujet. M. Durand n'est pas en effet seulement physicien ou chimiste; il manie avec une grande habilité les grands problèmes de physiologie, condition sans laquelle il est impossible d'aborder de pareilles questions.

Comme érudition, comme style, comme expérimentation, cet ouvrage est fort remarquable et mérite d'être lu par ceux-là même, et nous sommes du nombre, qui ne pensent pas que M. Durand soit arrivé à la démonstration complète et péremptoire de ses opinions.

Mélanges de chirurgie, et comptes-rendus de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon; par L. Janson, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc. Un vol. in-8°. Paris, 1844. J.-B. Baillière.

Cet ouvrage est la reproduction de différents opuscules publiés déjà séparément par M. Janson à différentes époques. Ce que ces publications présentaient d'important et d'utile est depuis long-temps entré dans le domaine de la science ou de la pratique, sous l'autorité du nom fort estimé et bien digne de l'être de l'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Nous n'aurons donc rien de nouveau à analyser dans ce volume; mais nous devons au moins en faire connattre la pensée et l'intention générale ainsi formulée par l'auteur : la chirurgie a moins besoin de s'agrandir que de se simplifier. Cette opinion, émise il y a plus de vingt ans par M. Janson, et à l'époque où la fièvre des innovations travaillait tous les esprits, est encore de mise aujourd'hui, quoiqu'elle se soit rallié un certain nombre de partisans qui la propagent avec succès. M. Janson veut et professe que le chirurgien soit avant tout médecin, c'est-à-dire qu'il ne considère pas la chirurgie opératoire comme le plus beau triomphe de l'art, alors qu'elle n'en doit être que la ressource ultime et d'absolue nécessité. Dans les divers mémoires et compte-rendus de sa clinique insérés dans ce volume, on voit que M. Janson a su joindre l'exemple au précepte, et cette pratique judicieuse, éclairée et *naturiste* restera comme un bon et solide enseignement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. — (Juillet 1844.)

Etudes sur l'emploi thérapeutique de l'acide arsénieux, spécialement dans les fièvres intermittentes; par M. J. Besnard, D.-M.-P.

Employé souvent et recommandé par des célèbres médecins, l'acide arsénieux, comme anti-périodique, était tombé, surtout en France, dans un oubli complet, mais fort injuste. Si ce n'était pas assez des témoignages des hommes les plus éminents de l'antiquité et des temps modernes sur les bons effets des préparations arsénicales dans les fièvres intermittentes, les résultats obtenus par M. Boudin sur plus de mille fiévreux doivent suffire pour détruire les craintes de ceux qui voient un poison dans l'arsenic administré comme médicament. Que l'arsenic soit un agent énergique qu'il faille surveiller, c'est ce que personne ne révoque en doute; mais, donné avec prudence à la dose de 2, 4, 6 milligrammes, c'est un agent thérapeutique précieux, et qui, sous un grand nombre de rapports, doit être regardé comme le plus avantageux des fébrifuges,

Depuis le mois de mai 1843, l'acide arsénieux a été administré, à l'hôpital de Versailles, à plus de deux cents fiévreux. Voici, en général, les résultats obtenus : guérison aussi rapide que par le sulfate de quinine, rechutes moins fréquentes, innocuité absolue, à la dose de 2 à 4 et même 6 milligrammes. Si l'on ajoute : extrême bon marché, absence de goût et d'odeur, et facilité dans l'administration, il sera permis de regarder ce médicament comme un fébrifuge extrêmement précieux.

Si, dans le nombre, il s'est présenté quelques fièvres rebelles, elles ont cédé à l'administration continuée et à une dose plus élevée d'acide arsénieux. Si d'autres ont résisté à l'arsenic et au sulfate de quinine, elles ont disparu par l'action des deux médicaments réunis; ces cas sont l'exception, et la régle générale est la guérison après la deuxième et la troisième prise de 2 milligrammes. Sur tous ces malades, pas un accident à signaler, et pour prouver l'innocuité de ce médicament convenablement administré, l'auteur rapporte quatre observations d'affections syphilitiques traitées par l'acide arsénieux à des doses graduellement élevées de 6 milligrammes à 5 et 18 centigrammes, sans que ces malades aient éprouvé le moindre accident. La dose la plus employée à l'hôpital de Versailles est de 2 milligrammes, cinq ou six heures avant l'accès, soit en poudre, soit en solution, grâce aux garanties qu'offre la pharmacie militaire. M, Boudin a substitué à la poudre qu'il employait à Marseille la solution aqueuse, plus efficace et d'une préparation plus fraîche :

Acide arsénieux,	1 décigramme.
Eau distillée,	1 littre.

Vingt grammes de cette solution représentent 2 milligrammes d'arsenic. Chez ceux dont la constitution a été vivement influencée par l'intoxication miasmatique et dont l'accès n'a pas été vivement arrêté par une première prise de 2 milligrammes, la dose est portée à 4 milligrammes; souvent, quoique la fièvre n'ait pas reparu, l'administration de l'arsenic est continuée.

Dans l'immense majorité des cas, la fièvre intermittente n'est pas simple; elle revét quelque forme particulière ayant son indication et son traitement à elle. La forme gastrique ou bilieuse constitue un caractère tellement fréquent que les trois quarts au moins des malades entrés à l'hôpital de Versailles avec une fièvre de marais, présentent le cachet particulier à l'embarras gastrique; c'est dans ces cas que M. Boudin fait prendre un vomitif composé d'ipécacuanha, 1 gramme; tartre stibié, 1 décigramme, dans 150 grammes d'eau distillée. Ce n'est qu'une heure après le dernier vomissement que le malade prend l'acide arsénieux.

Vingt-deux observations accompagnent ce mémoire; en voici les résultats :

Sont entrés après le traitement par la quinine, 13;
Sont entrés sans traitement antérieur, 9;
Ont été guéris sans récidives, 20;
Ont récidivé un mois après le traitement par l'arsenic, 2;
Moyenne d'acide arsénieux employé, 8 milligrammes;
Moyenne de durée de traitement arsenical, 4 jours;
Moyenne de séjour à l'hôpital, 16 jours.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique de l'oxyde d'argent; par M. le dr C. Lane.

M. Lane, s'appuyant sur quelques douzaines de succès, continue de recommander l'administration de l'oxyde d'argent dans les maladies suivantes : la cardialgie (25 milligrammes deux fois par jour), la pesanteur d'estomac, le sentiment de plénitude après le repas (5 centigr. par jour), la gastrodynie et la colique, les paroxysmes de douleurs d'estomac, les éructations (Bird a vu ce médicament échouer dans les cas où ce symptôme dépend de l'existence d'un état muqueux), la diarrhée dysentérique et périodique, les sueurs nocturnes, la dimèse, la ménorrhagie; c'est surtout contre cette dernière que cette préparation paraît avoir une puissance pour ainsi dire infaillible.

Quant à la manière de se procurer le nitrate d'arget, M. Duhamel recommande les procédés suivants :

1° On fait dissoudre l'argent pur dans l'acide azotique, et l'on précipite le soluté par la potasse caustique ou par l'eau de chaux.

2° On fait dissoudre 30 grammes d'azotate d'argent cristallisé dans 60 à 90 grammes d'eau; d'un autre côté, on fait dissoudre 210 grammes de potasse pure dans 500 grammes d'eau. On mélange ces deux solutions en les agitant avec une baguette de verre, puis on les verse sur un filtre; on entraîne la potasse qui peut y rester adhérente, au moyen de lavages suffisants, et enfin on fait sécher avec soin. On obtient ainsi 30 grammes d'un produit gris-brunâtre, et qui devient plus foncé en séchant : il est peu soluble dans l'eau, et il exerce une réaction alcaline sur le papier de tournesol préalablement rougi par un acide. (*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Préparation rapide du vin chalybé; par M. M'Donotan.

Pr.	Vin du Rhin de qualité supérieure,	1 litre.
	Rouille de fer ordinaire lavée,	60 grammes.

On introduit le tout dans une cornue de verre, et on la place pendant une heure dans un bain-marie bouillant, en ayant soin d'agiter continuellement. Le lendemain, on filtre; la colature est brune, presque noire, d'un goût qui n'a rien de désagréable et qui ne donne jamais de nausées.

La dose est de 12 à 46 grammes, trois fois par jour, pour les adultes; on peut y associer le colombo, la gentiane, etc.

On obtient par ce procédé, dans l'espace de vingt-quatre heures seulement, un médicament pour la préparation duquel les diverses Pharmacopées exigent environ deux mois. (*Dublin medical Press.*)

De l'action de l'huile volatile de genièvre sur l'organisme animal; par M. le docteur F. Semon, de Berlin.

Jusqu'ici il n'avait pas encore été fait d'expériences directes dans le but d'apprécier la manière d'agir de l'huile essentielle de genièvre sur l'économie vivante. Suivant M. Semon, à petites doses, elle agit de la même manière que l'essence de térébenthine; elle n'augmente pas ou du moins elle n'augmente que très peu l'appétit et la digestion; elle accélère légèrement la circulation; elle accroît la caloricité, et elle excite toutes les sécrétions, particulièrement celle des reins; elle communique à l'urine l'odeur de la violette. En continuant son usage pendant long-temps, elle finit par affecter les reins de manière à déterminer la strangurie, la dysurie, l'ischurie et même l'hématurie.

Quant à son emploi à doses élevées, M. Semon a fait quatre expériences, dont il tire les conclusions suivantes :

1° L'huile volatile de genièvre donnée à haute dose (30 grammes) est un poison qui, d'après son degré de force, vient à peu près se ranger à côté de l'essence de térébenthine.

2° Elle est absorbée (comme le prouve l'odeur qu'exhale la cavité abdominale), lorsque l'on ouvre le péritoine.

3° Elle est éliminée de l'organisme, en partie par l'exhalation pulmonaire, en partie par la sécrétion urinaire (ce qu'on reconnaît à l'odeur de lait expiré de l'urine).

4° Elle n'occasionne point l'inflammation de l'estomac ni des intestins; mais elle donne seulement lieu quelquefois à une congestion des vaisseaux du jéjunum, et toujours à un détachement plus fort des écailles d'épithélium, parfois même à un léger changement des cellules d'épithélium et à une extravasation de sang dans l'estomac.

5° Elle agit fortement sur les reins, car ils ont été gorgés de sang.

6° Elle agit quelquefois sur le gros intestin comme le fait l'huile de térébenthine, mais rarement, car cet effet n'a eu lieu qu'une fois sur quatre. (*Medicinische Zeitung.*)

NOUVELLES.

On écrit de Constantinople, le 27 juin :

« Un Français (Corse), M. Arghi, médecin de la quarantaine de Keamurdjuna près Salonique, a brûlé la cervelle au *mudir* (directeur turc) de l'office sanitaire dont il faisait partie. On s'est saisi de lui; il a été écroué en prison; il devait être conduit ici; mais on a appris, avant-hier, que les Turcs, furieux de ce qu'un *ghiaour* (infidèle), ait osé assassiner un musulman, n'ont rien trouvé de plus naturel que de le massacrer dans sa prison, et ils ont dit qu'il s'était donné la mort. »

— Le ministre de l'intérieur vient de décider que le buste en marbre de feu M. Geoffroy-Saint-Hilaire serait placé à l'Institut. Ce travail est confié au ciseau du statuaire Desbœuf.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 86. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

Anévrisme poplité. Ligature de l'artère fémorale à sa partie moyenne. Guérison. (Observation communiquée par M. SAINT-CLIVIER, interne des hôpitaux.)

Au n° 32 de la salle Saint-Augustin est entré, le 12 avril, le nommé M..., âgé de vingt-six ans, monteur en bronze. Ce malade, d'un tempérament nerveux, assez robuste, n'a jamais eu de maladie grave; en 1838 une gonorrhée, en 1841 un bubon ouvert avec le bistouri, et dont la cicatrice existe dans l'aine gauche, sont les seules affections qu'il accuse. Il a fréquemment commis des excès alcooliques.

M... est monteur en bronze: son état le force à travailler debout, la jambe gauche portée en arrière et supportant le plus souvent seule le poids du corps. Pendant huit ans, il a exercé cet état sans désemparer; depuis deux ans, il marche beaucoup et fait la place de Paris. Il y a neuf mois environ, il fit une chute dans une carrière, et tomba sur l'épaule; il affirme que cette chute, d'un lieu assez élevé, n'a donné lieu à aucun effort musculaire.

Au commencement de février dernier, il fut pris tout à coup dans la jambe gauche de douleurs, de crampes qui le forçaient à suspendre sa marche, et d'un sentiment de fatigue dont il n'avait pas l'habitude. Pendant un mois, ces mêmes accidents se reproduisirent à la suite des courses même les plus légères, lorsqu'un soir, en portant la main au jarret, il sentit une petite tumeur mue par des battements; il n'y fit guère d'attention: les douleurs augmentèrent, les accès devinrent plus fréquents.

Le 8 avril il déménage, et, sans avoir beaucoup travaillé, il est tellement courbaturé qu'il s'alite. Le lendemain, la tumeur avait subitement augmenté de plus de moitié; ses battements étaient plus forts. Inquiet des progrès de cette maladie méconnue, il entra à l'hôpital.

Aujourd'hui (18 avril) il existe dans le creux poplité une tumeur oblongue, ayant le volume et la forme d'un gros œuf. Elle soulève la peau et ne donne pas la sensation de fluctuation. Elle est animée d'expansions et de battements isochrones à ceux du pouls et laisse entendre un bruit de souffle à l'oreille armée du stéthoscope. On comprime entre les jumeaux l'artère poplitée, la tumeur grossit un peu, les battements sont plus violents. On arrête la circulation dans la crurale, le volume diminue un peu; les expansions et les battements cessent tout à coup. Les battements du cœur sont réguliers; le pouls, calme, bat soixante fois. On constate au niveau de la tumeur les dimensions suivantes, les deux membres étant parallèlement étendus:

Circonférence du membre au-dessous de la tumeur, 0,305; à droite, au point correspondant, 0,290.

Circonférence du membre au milieu de la rotule, 0,355; à droite, au point correspondant, 0,325.

Circonférence du membre à 2 centimètres au-dessus de la rotule, 0,350; à droite, au point correspondant, 0,325.

Circonférence du membre à la partie supérieure de la tumeur, 0,35; à droite, au point correspondant, 0,34.

Entre les deux points extrêmes de la tumeur, en hauteur, 7 centimètres.

L'opération a lieu le 16 avril. Une incision de 8 à 10 centimètres est faite suivant le trajet de l'artère et directement sur le muscle couturier. Ce muscle est rejeté en dehors; la gaîne des vaisseaux est mise à nu et incisée sur la sonde cannelée. L'artère, très adhérente à la veine, est séparée lentement et avec soin: on passe sous elle un fil double. La ligature arrête subitement les pulsations dans la tumeur, dont le volume se réduit un peu. Le membre se refroidit. Le malade y éprouve des douleurs assez vives. On réunit par première intention au moyen des épingles et de la suture entortillée, suivant le procédé ordinaire de M. Jobert. Le fil est laissé au centre de la plaie; la jambe est placée dans la demi-flexion, entourée de sable chaud. Tisane de gomme sucrée, diète.

Le soir, chaleur dans le membre, moiteur générale, pouls à 60. Des élancements parcourent le membre gauche et vont en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'opération.

Le 17, la nuit s'est passée sans sommeil et sans agitation; les douleurs ont diminué. Peau moite, absence de fièvre; pouls à 60. La chaleur a complétement reparu dans le membre. — Dans la journée, le pouls devient fébrile, à 96, et l'on sent distinctement des battements très faibles dans l'artère pédieuse et dans la tibiale postérieure.

Le 18, même état. On constate de nouveau les pulsations des deux artères.

Le 19, la plaie est en bon état. Il y a eu du sommeil la nuit; un peu de céphalalgie. Absence de fièvre; pas de selles depuis neuf jours. Ventre ballonné, douloureux. (Eau de Sedlitz, 2 verres; opium, 0,01.

Le 20, la plaie suppure; les bords sont écartés; la peau présente jusqu'au pli de l'aine une teinte érysipélateuse. Les points de suture sont enlevés. Gomme sucrée, pil. op., fomentations avec l'eau-de-vie camphrée.

Le 30, la tumeur anévrismale a diminué; elle a le volume d'une grosse amande, sans battements. La ligature est entraînée avec les pièces du pansement. La plaie est couverte de bourgeons.

Le 11 mai, depuis plusieurs jours la suppuration a diminué; la plaie a un aspect blafard. Les environs de la plaie, dans une large étendue, sont durs, engorgés et douloureux. On fait, en pressant sur les côtés, sortir des fusées de pus qui proviennent des espaces intermusculaires.

On panse pendant plusieurs jours avec la pommade au nitrate d'argent (axonge, 30 grammes; nitrate d'argent, 4 grammes), puis on établit une compression méthodique sur les points d'où paraît provenir le pus. L'engorgement se résout peu à peu.

Le 5 juin, la plaie de l'opération s'est lentement cicatrisée; l'anévrisme est réduit à un petit noyau dur et résistant. Le malade a recouvré l'usage de son membre et conservé toute sa force. Il sort parfaitement guéri.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Gangrène sénile. Amputation de la jambe. Mort. Ossification générale des artères des deux membres inférieurs. Observation recueillie par M. MARTURÉ, aide de clinique.

M. Desgeorges, capitaine en retraite, âgé de soixante-neuf ans, d'une constitution forte et vigoureuse pour son âge, jouissant habituellement d'une bonne santé, est entré au Val-de-Grâce, salle 9, n° 1, le 23 mars 1844, pour une gangrène sénile occupant les deux premiers orteils du pied gauche. Les parties affectées présentent les phénomènes suivants: refroidissement, perte du mouvement et du sentiment, disparition de toute trace d'organisation, coloration noirâtre, dessèchement des tissus vers l'extrémité antérieure des orteils, ramollissement au contraire vers leur racine, odeur caractéristique de la gangrène. Ces symptômes sont accompagnés d'engourdissement et de sentiment de pesanteur dans le pied, qui, de temps à autre, devient le siége de douleurs assez vives. La mortification occupe toute l'épaisseur des deux orteils; elle n'est bornée par aucun cercle éliminatoire. Les parties molles voisines sont pâles, livides, œdématiées, et n'ont éprouvé aucune diminution de chaleur et de sensibilité. Aucun trouble fonctionnel, aucune réaction générale, ne viennent compliquer les désordres locaux.

Cette affection ett survenue, il y a environ six semaines, d'une manière toute spontanée; elle a débuté par la partie antérieure du gros orteil, et s'est étendue progressivement à

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La tête de Bichat. — Un procès étouffé. — Réclamations tardives. — L'Académie et la Faculté. — Le timbre et les rédacteurs. — Un juge de concours qui perd la tête. — Deux chevaux superbes. — Prudence à cet égard. — Le docteur Noir. — Le vol aux lapins. — Une inscription boiteuse. — J.-L. Petit à Fontenay-aux-Roses. — L'oculiste Janin.

Il paraît donc décidé que les restes de Bichat seront exhumés et transportés au Père-Lachaise, où le conseil municipal de Paris a accordé une concession gratuite. Mais la tête de l'illustre anatomiste, aujourd'hui en la possession de M. Roux, que deviendra-t-elle? On sait que la Société médicale d'Emulation a menacé l'honorable chirurgien d'un procès en restitution; il paraît que la chose s'est arrangée, et que par un codicille ajouté à son testament, M. Roux s'est engagé à léguer au Musée de la Faculté la relique précieuse qu'il possède. J'ai souvent entendu reprocher à M. Roux d'avoir un penchant très prononcé pour la publicité, et de confier trop souvent au *Journal des Débats*, par exemple, les petits secrets de ses voyages, l'époque de son départ et le jour de son retour. Je crois qu'il y a là beaucoup d'exagération, et la circonstance actuelle le prouve. Pouvant se laisser faire un procès très retentissant et qui n'eût pas manqué d'occuper toute la presse, il a été au-devant de tous les moyens de conciliation, il a tout fait pour l'étouffer, et le procès en effet n'aura pas lieu. Je connais bien des gens parmi les puritains qui n'auraient pas mieux aimé que de recevoir assignations sur sommations, et qui, munis d'un bon avocat, auraient transformé ce procès en une immense *réclame* à leur profit. Dans cette circonstance, de deux choses l'une pour M. Roux; ou il n'a pas été adroit, ou il n'a pas les petits défauts que vous lui reprochez. Moi, toujours bon homme, je choisis le dernier membre du dilemme.

Du reste, à l'occasion de Bichat, et aujourd'hui que toutes les démarches nécessaires ont été faites avec persévérance et succès par la Société médicale d'émulation, quelques prétentions posthumes s'élèvent, que cette Société a dû repousser avec énergie. L'école anatomique de Clamart réclame pour son enceinte le pieux monument que l'on veut élever au grand anatomiste. Il y a bientôt quarante ans que Bichat repose tout à côté de cette enceinte, sous une pierre indigne et ignorée, comme le premier je l'ai dit dans la presse; et pendant cette longue période l'école anatomique n'a rien dit, n'a rien fait; il est trop tard aujourd'hui pour réclamer un trésor dont si long-temps on ignora l'existence, il y a prescription. Quant à la Faculté de médecine, on n'a rien à lui refuser, car elle ne dit mot; l'Académie ne bouge pas davantage. Je recommande expressément à M. Rochoux de demander pour Bichat les honneurs du buste académique. On lui objectera, sans doute, que Bichat n'était pas de l'Académie. Avec sa verve ordinaire, il répondra que Molière non plus n'appartenait pas à l'Académie française, qui cependant a demandé sa statue. Comme cette illustre compagnie, l'Académie de médecine pourra dire de Bichat ce que la première a dit de Molière:

Rien ne manquait à sa gloire, il manquait à la nôtre.

Si M. Rochoux fait son discours, je lui promets un petit coup d'épaule en faveur de son vieil ami Epicure, et une bonne boutade contre sa bête noire l'éclectisme.

— Oui, le timbre est une vilaine et très pénible chose; il n'y a pas d'impôt qu'il soit plus désobligeant de payer; car il n'en est pas de plus stérile. Vous payez la poste, c'est bien; car la poste vous rend service en faisant circuler vos feuilles; mais le timbre, à quoi vous sert-il? si ce n'est à maculer votre journal d'un petit rond noir qui tombe souvent au beau milieu d'une phrase qu'il rend illisible? Et puis, n'est-ce pas une drôlerie sans autre but que celui d'extorquer un peu d'argent, de timbrer une leçon de M. Chomel ou de M. Lisfranc? Un méchant plaisant ne dirait-il pas aussi que par-ci par-là — sans en excepter le feuilleton — certaines choses n'auraient pas besoin du cachet de l'administration pour paraître timbrées? En somme, le timbre est fort stupide, et ne mène à rien qu'à diminuer la pitance des pauvres rédacteurs. Ce dernier mot vous fera comprendre toute ma férocité à l'endroit des petits ronds noirs.

— Un concours est ouvert au Bureau central des hôpitaux pour deux places de médecin. Les concurrents sont très nombreux, et il y en a qui sont protégés. Il en est parmi ceux-ci qui ont éprouvé de grands malheurs dans leurs épreuves, et qui ont jeté les protecteurs dans des angoisses cruelles. C'est au point qu'un juge, qui passe cependant pour avoir un grand fonds de fermeté, s'écriait, à la suite d'une épreuve: En vérité, j'en perds la tête! Cela voulait dire: La justice est en opposition avec mes affections; et, ainsi interprétée, cette exclamation est honorable.

— Que parlait-on de la retraite prochaine d'un personnage éminent parmi nous? Ce n'est pas sans doute pour s'en aller plus vite qu'il vient de faire acquisition de deux chevaux superbes et d'un grand prix. Il les montrait dernièrement à un professeur de ses amis: — Répetera-t-on encore, lui disait-il, que j'ai donné cent mille francs pour acheter des autographes?

— Soyez prudents, chers confrères qui achetez des chevaux, et n'imitez pas un honorable professeur dont la Faculté a failli devenir veuve, parce qu'il s'obstine à garder un cheval fougueux et emporté. Sa voiture a été brisée contre une borne et lui, sa femme et son domestique, précipités sur le pavé, ont été transportés sans connaissance à leur domicile. On a craint des accidents graves: heureusement les blessés en seront quittes pour quelques contusions.

— Connaissez-vous le *docteur Noir*? Sinon, tant pis pour vous. C'est un charmant feuilletoniste, tout nouvellement éclos sous le chaud soleil de la Provence et qui vient de secouer ses plumes dorées sur la *Clinique de Marseille*. Je le salue cordialement et sympathiquement; son premier article est fort bien. C'est cela; de la finesse sans méchanceté. Rien n'est facile comme d'être méchant; ce qui est difficile, c'est de ne pas l'être.

— J'écris ceci d'un lieu où règne à cette heure la tristesse et la désolation. Et cependant c'est de Fontenay-aux-Roses, ce charmant village aux portes de Paris, moins charmant que son nom cependant, et où d'ailleurs les roses sont aujourd'hui la chose la plus rare. C'est Fontenay-aux-Fraises qu'il faudrait dire en ce moment, car dans tous les champs des environs la fleur a été remplacée par le fruit, la rose qui ne donnait plus qu'un bénéfice minime par la fraise, dont la consommation est prodigieuse à Paris. Comme détail d'économie politique à conserver, un cultivateur me disait tout à l'heure que dans la grande saison, il se vendait tous les matins pour plus de 50,000 fr. de fraises sur le carreau des halles.

Donc, j'arrive chez un de mes confrères qui va se reposer le dimanche des fatigues de la vie parisienne dans une charmante petite habitation embellie par ses soins. Avec la fraise et le melon, il cultive aussi le lapin, dont une nichée superbe faisait son espoir et son orgueil. Hélas! l'antique sagesse l'a dit: Ne fondez jamais votre bonheur sur des choses périssables et fragiles. L'événement l'a bien prouvé à mon pauvre confrère, qui s'apprêtait la veille à me montrer avec ostentation la famille nombreuse qui faisait sa joie. Homère, toi qui chantas l'enlèvement d'Hélène, prête-moi tes sublimes accents!..... Cette nuit-là, nuit fatale, une main subreptice et criminelle s'introduisit dans la cage aux lapins, et enleva sans pitié la mère avec ses huit enfants !.... Je renonce à vous peindre la douleur de mon pauvre confrère; quand je suis arrivé, elle était encore dans tout son paroxysme; le vieux Priam n'avait pas d'accents plus déchirants. J'ai consolé de mon mieux cette grande infortune, et je suis allé à la recherche d'un gendarme pour constater l'escalade et l'effraction.

— Dans un village des environs, le médecin de la localité a fait écrire sur le mur jaune de sa maison, l'inscription suivante:

la totalité des deux premiers orteils. La cause sous l'influence de laquelle elle s'est développée est facile à apprécier. C'est à l'ossification des artères du membre qu'il faut la rapporter; l'on constate, en effet, sans peine l'ossification de l'artère crurale dans toute son étendue aux deux signes qui suivent: absence complète de pulsations, et sensation du tube artériel dur, résistant et roulant sous le doigt. Les pulsations ne se font pas davantage sentir à la poplitée et à la pédieuse. La percussion et l'auscultation ne font reconnaître aucun bruit anormal ni rien de particulier du côté du cœur. Le pouls de la radiale, en général régulier, offre cependant quelques rares intermittences.

Doit-on, dans ce cas, recourir à l'amputation? Telle est l'idée qui vient de suite à l'esprit en voyant le malade. Il est évident qu'avant de songer à une opération il faut admettre que la gangrène soit bornée. En admettant que la séparation se soit effectuée entre le mort et le vif, M. Baudens rejette l'amputation; car la gangrène du moignon est à craindre. L'altération du système artériel est pour lui une contre-indication à toute opération. Il prescrit des lotions chlorurées.

Une dizaine de jours après l'entrée à l'hôpital, la gangrène progressant toujours, a envahi le troisième orteil et une partie notable de la face dorsale du pied. Les douleurs deviennent plus vives, presque continues; elles occasionnent de l'insomnie et acquièrent en peu de temps une si grande intensité, que le malade prie M. Baudens de lui couper la jambe. Pour calmer un peu ces douleurs, on remplace les lotions chlorurées par des fomentations faites avec une tête de pavot et une infusion de fleurs de sureau.

M. Pinel-Grandchamp voit le malade sur ces entrefaites. Pensant qu'il est voué à une mort prochaine, il est d'avis de ne pas opérer.

Cependant la gangrène fait des progrès de jour en jour et marche surtout vers le côté externe du pied. Les douleurs n'ont pas diminué; elles persistent à un si haut degré, qu'à plusieurs reprises M. Desgeorges réclame l'amputation avec instance. On appelle alors M. Bégin en consultation: c'est vers la fin du mois d'avril. Son opinion est qu'il ne faut pas amputer avant que le cercle de la gangrène ne soit mieux limité.

Contradictoirement à l'avis de MM. Bégin et Pinel-Grandchamp, M. Amussat, qui voit le malade le 10 mai, est pour l'opération, ainsi que M. Roux, à l'examen duquel M. Desgeorges a été soumis le 25 mai. Il faut dire qu'à cette dernière époque la gangrène, après avoir envahi toute l'épaisseur des cinq orteils et la presque totalité du pied, a de la tendance à se limiter sur certains points par un cercle d'un rouge livide qui se forme d'une manière très lente. Notons, de plus, que, malgré les progrès continus de la gangrène, le malade n'a ressenti aucune réaction générale, aucun trouble dans les fonctions essentielles à la vie.

Fort de l'opinion de MM. Roux et Amussat, M. Baudens se décide à satisfaire au désir du malade, et le 28 mai il lui pratique l'amputation de la jambe au-dessous du genou, d'après son procédé. Outre la compression exercée par des aides sur la crurale et la poplitée, on a eu encore le soin d'appliquer sur la première de ces artères le tourniquet de J.-L. Petit. Cet instrument n'a pas été retiré immédiatement après l'opération; on l'a laissé en place pendant quarante-huit heures. Une seule artère a fourni du sang: malgré les points d'ossification dont ses parois étaient le siége, on a pu l'étreindre solidement dans une ligature plate, et arrêter l'hémorrhagie. Les lèvres de la plaie ont été réunies vers le milieu par un point de suture entrecoupée.

Le 29 mai, l'amputé a passé une bonne nuit; point de douleurs dans le moignon.

Le 30 mai, nuit assez mauvaise; le malade souffre du moignon. On lève l'appareil, et l'on trouve les lèvres de la plaie réunies d'une manière linéaire dans toute leur étendue, sauf à la partie interne, où se trouve un petit pertuis par où s'échappe un peu de sérosité sanguinolente provenant de l'intérieur du moignon. Cette adhérence des bords de la solution de continuité est déjà assez solide pour qu'on éprouve beaucoup de peine à agrandir le pertuis, à travers lequel on porte alors dans le fond de la plaie une sonde de femme. Par cette manœuvre on donne issue à environ 45 grammes de liquide séro-purulent contenu dans l'intérieur de la plaie. Une mèche de charpie est ensuite introduite pour conserver la liberté du passage.

Le 31, il y a un peu de fièvre ce matin. Le moignon n'est pas douloureux; mais il s'écoule encore au dehors une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent.

Le 1[er] juin, la suppuration est établie; il sort de la plaie un pus jaunâtre, crémeux, bien lié, modérément abondant. Ce pus ne s'échappe que par le pertuis agrandi à l'aide de mèches; car les bords de la solution de continuité sont réunis d'une manière immédiate sur tous les autres points. Le pouls est irrégulier, fort, fréquent; la peau est chaude. Le malade se plaint de douleurs qu'il éprouve vers le sacrum. On trouve la région sacrée envahie par une large eschare gangréneuse. La gangrène apparaît en même temps au talon du pied droit.

Le 2, on retire le point de suture entrecoupée. Pus louable, que l'on fait sortir en comprimant légèrement sur le moignon. Bon état de ce dernier. La fièvre est moins forte.

Le 5, état satisfaisant du moignon; suppuration abondante et de bonne nature. Le malade tousse depuis hier; il a beaucoup sué la nuit dernière. Le pouls a repris de la fréquence; de temps à autre il est intermittent et le plus souvent irrégulier. Une eschare de gangrène se manifeste au grand trochanter gauche.

Le 6, le malade a passé une mauvaise nuit; la face est pâle, altérée, affaissée; l'œil est terne. Langue sale avec enduit blanchâtre. Absence de selles depuis deux jours. Respiration précipitée, anhelante; toux rare, pas de crachats. Pouls fréquent, dépressible, très irrégulier. Peau chaude, soif assez vive. Affaiblissement des facultés intellectuelles, prostration. La suppuration a diminué; le pus est plus blanc, plus liquide; il est mêlé à des gaz fétides. Le moignon est plus sensible et douloureux à la moindre pression. On prescrit des lavements émollients et une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 7, le malade est dans le délire; il a eu plusieurs selles provoquées par le purgatif et les lavements de la veille. On applique des sinapismes sur le membre abdominal droit.

Le 8, faciès hypocratique; respiration précipitée; pouls filiforme, très dépressible, très irrégulier. Les extrémités sont complétement froides; délire. Sinapismes à la jambe droite et aux deux bras. Ces symptômes vont en s'aggravant, et le malade meurt à deux heures du soir.

Autopsie faite 40 heures après la mort.

Le cerveau, les poumons et le tube digestif sont dans un état parfaitement sain. La vésicule biliaire, distendue, contient huit à dix calculs, en tout analogues à ceux que l'on rencontre dans cette cavité. Un kyste séreux du volume d'un petit œuf de poule adhère à la partie inférieure du rein droit.

Le cœur est à l'état normal; il y a une dilatation légère à la crosse de l'aorte; dilatation ordinaire chez les vieillards. Cette artère offre çà et là, dans toute son étendue, des plaques cartilagineuses et osseuses. A partir des artères iliaques primitives, tout le système artériel des deux membres inférieurs est ossifié, aussi bien à droite qu'à gauche. Cette ossification consiste en plaques osseuses et fibro-cartilagineuses plus ou moins larges, plus ou moins rapprochées, et disposées en lames sur certains points. Dans quelques artères, la péronière droite, par exemple, on observe au centre des couches lamelleuses tapissant le vaisseau, un canal assez considérable pour permettre le passage à une petite colonne sanguine. La membrane interne des artères est en outre épaissie, rogueuse; elle a perdu son poli et se détache facilement de la tunique moyenne. Des concrétions fibrineuses oblitèrent plus ou moins complétement le calibre des artères. Autour des vaisseaux, le tissu cellulaire est engorgé. Le système artériel des membres supérieurs n'offre aucune altération.

Les veines du moignon sont remplies de caillots très noirs; les parois de ces veines ne présentent d'ailleurs aucune trace d'inflammation. L'artère sur laquelle la ligature a été portée est la poplitée à sa terminaison, immédiatement au-dessus de sa division en péronière et en tibiale postérieure. Cette artère poplitée est totalement oblitérée à son bout inférieur, mais on ne retrouve pas le fil qui a servi à la lier. Ce fil n'ayant pas été retiré par le chirurgien pendant la vie, il est probable qu'il sera tombé de lui-même, et que, mêlé aux autres pièces du pansement il aura passé inaperçu. Le tibia est nécrosé jusqu'à deux ou trois lignes au-dessus de la section.

— Comme on le voit, la gangrène ne s'est pas reproduite sur le moignon, et à ce point de vue M. Baudens n'a pas eu à se repentir d'avoir suivi les conseils de MM. Roux et Amussat. Pendant quelques jours même on pouvait espérer une guérison rapide, quand la gangrène, apparaissant sur le membre abdominal de l'autre côté et au sacrum, a rappelé dans le moignon de graves accidents de réaction inflammatoire, une suppuration qui n'a pas peu contribué à la mort du malade.

Ce fait, sur lequel l'opinion de chirurgiens célèbres n'a pas été unanime au point de vue de l'amputation, et sur lequel il semblerait que la science dût depuis long-temps avoir dit son dernier mot, nous a paru offrir un intérêt pratique non douteux.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Cancer de la vulve et du vagin.

Dans un des articles récemment publiés dans ce journal, d'après les leçons professées à l'hôpital de Lourcine par M. Huguier, sur les affections des organes génitaux de la femme, des considérations pratiques ont été longuement exposées sur le cancer de la vulve et du vagin. L'observation suivante, dont le sujet a été présenté par le professeur à ses auditeurs, nous a paru assez curieuse pour être rapportée avec détail, ainsi que l'autopsie, dans laquelle on trouvera un exemple remarquable des désordres que peut amener dans l'appareil génital de la femme cette affection redoutable, contre laquelle malheureusement la thérapeutique ne possède que des ressources si faibles, et pour la guérison de laquelle l'art est le plus souvent impuissant.

— Au numéro 22 de la salle Saint Bruno, a été couchée la nommée Catherine Elisa Thouret, cuisinière âgée de trente-huit ans, entrée le 12 janvier.

D'une constitution faible et détériorée, d'un tempérament lymphatique, cette femme jouissait habituellement d'une assez bonne santé. Il y a dix mois environ elle s'aperçut, à la suite de vives douleurs dans la région de l'anus, de la sortie d'hémorrhoïdes volumineuses, qui ont été traitées par plusieurs cautérisations successives. A la suite de cette opération, d'après l'avis du médecin, elle partit pour son pays, où elle resta six mois. Au bout de ce temps, elle ne présentait plus, à l'extérieur de l'anus, aucune trace de l'affection hémorrhoïdale, mais elle continuait à ressentir dans la région de l'anus, et assez profondément, des douleurs très vives et lancinantes. A son retour de son pays, les douleurs étaient aussi vives qu'auparavant, et n'avaient subi aucune amélioration.

Trois jours après son arrivée à Paris, de petites tumeurs se montrèrent sur les grandes lèvres, et dans l'espace de deux ou trois jours prirent un développement considérable, tant en étendue qu'en volume; le vagin et l'anus devinrent le siége de douleurs encore plus violentes, conservant toujours leur caractère d'élancements. La malade se plaignait de ressentir dans ces parties une chaleur brûlante; la muqueuse du vagin et de l'anus commença en même temps à se tuméfier.

Le 24 janvier, la maladie marche avec une grande rapidité. Fièvre continuelle; peau chaude, sèche, brûlante. Diarrhée abondante; tuméfaction et teinte livide de la muqueuse vaginale. Les grandes et les petites lèvres continuent à se couvrir de petites tumeurs dures, du volume d'une noisette, irrégulières, bosselées, sans grand changement de couleur à la peau. Ces tumeurs et toutes les parties génitales sont le siége de douleurs lancinantes très vives, profondes.

Dans le courant du mois de février, quelques-unes des tumeurs indiquées s'ulcèrent; l'ulcération fait en peu de jours de grands progrès et envahit bientôt la membrane muqueuse du vagin et de l'anus.

Vers le commencement du mois de mars, une vaste ulcération a détruit la cloison recto-vaginale. Les grandes lèvres sont également en partie détruites par l'ulcération. Un pus sanieux, d'une fétidité repoussante, s'écoule par ces parties. Le toucher fait reconnaître l'existence d'un vaste abcès qui remplace les cavités normales du vagin et du rectum.

Nous n'entrerons pas dans de plus longs détails sur les lésions que présentait cette malade, leur description devant s'en trouver très au long dans l'autopsie cadavérique. Nous devons dire seulement qu'à partir de ce moment, la peau de la malade prend une teinte jaune-paille caractéristique. Amaigrissement et affaiblissement graduels de la malade, qui, le 17 avril, succombe dans le marasme le plus complet.

Medesin de la Faculté de Paris;
Maison d'accouchemants.

Et cela à un kilomètre à peine de cette Faculté qui a donné le diplôme! Peut-être n'est-ce qu'une erreur de l'artiste-peintre.

— A Fontenay-aux-Roses, le médecin du pays est logé gratuitement dans une maison léguée à la commune par J.-L. Petit, et affectée à perpétuité à cet usage. J'ai ouï dire que Janin, célèbre oculiste du dernier siècle, avait établi une pareille fondation aux environs de Lyon. C'était un maître homme que Janin, et qui, sous bien des rapports, aurait pu en remontrer aux oculistes actuels. Voici, par exemple, une anecdote sur son compte, rappelée par M. le docteur Poinlc, de Lyon.

Il fut appelé par le grand duc de Modène, et quoique l'opération qu'il pratiqua sur ses yeux eût eu quelque succès, cependant le prince était encore loin d'avoir entièrement recouvré la vue. Sentant bien le tort qu'on ne pouvait manquer de faire à sa réputation une cure aussi incomplète, et voulant la faire passer pour radicale, Janin persuada à son auguste malade, qu'un homme de son rang ne devait point convenir, en public surtout, qu'il n'avait pas d'excellents yeux. La vanité du prince se laissa prendre à l'habile flatterie d'un tel langage, et, aux jours de réception, quelqu'un de sa cour l'instruisait des plus petits détails relatifs à la toilette des dames présentées, qu'il avait grand soin de complimenter ou de questionner alors sur les plus délicates nuances des vêtements qu'elles portaient. Sa cure parut ainsi merveilleuse, et dans son orgueilleuse munificence, il fit à Janin de magnifiques présents.

Janin fut en relation avec les personnages les plus éminents de son époque. Voici, par exemple, un petit billet de Voltaire pour le remercier de l'envoi de son ouvrage sur les inhumations précipitées:

7 juillet 1773.

« Le vieux malade de Ferney, qui sera bientôt enterré, et qui ne sera pas enterré vivant, puisqu'il est déjà à moitié mort, remercie M. Janin du service qu'il a rendu au genre humain, et l'assure de l'estime la plus sincère et la mieux méritée. » VOLTAIRE.

La poésie, enfin, célébra ses louanges, et Thomas lui adressa le jour de la Sain-Jean, pour sa fête, une longue épître, qui commence ainsi:

Votre illustre patron par vous est imité,
Mais vous différez l'un de l'autre:
De la morale il fut l'apôtre,
Et vous l'êtes de la santé.
Sa voix dans le désert souvent s'était perdue;
La voix de vos savants écrits
Dans l'Europe fut entendue
De Londres à Milan et de Vienne à Paris.
Avant-coureur d'un grand mystère,
Saint Jean le révélait aux peuples étonnés;
Par un prodige salutaire,
Vous révelez le monde à des aveugles-nés.
Prophète, il prédit la lumière:
On ne prédit plus rien, mais vous nous la donnez.

Ces vers, tous médiocres qu'ils sont, étaient bien faits pour flatter la vanité de Janin, et, je le demande aux oculistes modernes, que feraient-ils s'ils en recevaient de pareils? JEAN RAIMOND.

P. S. J'ai reçu une lettre signée *un musulman*, en réponse à une lettre de M. Hamont insérée dans ce Journal. Outre que ce musulman me paraît être né sur les bords de la Garonne, toute cette affaire ne me regarde en rien, et malgré son style oriental et les flatteries qu'elle renferme, je ne ferai point usage de cette pièce.

NOUVELLES.

M. Devergie reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, vendredi prochain, 26 courant, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, afin de suppléer ainsi à l'interruption causée par son voyage à Auch.

— Le mémoire n° 11, sur le *doute philosophique en médecine*, qui, dans la troisième partie du concours de 1843, ouvert par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, a été mis en première ligne, et a valu a son auteur le titre de membre correspondant, et l'insertion de son travail dans les Annales de la Société, appartient à M. le docteur R.-Camille Bernard, médecin de l'Hôtel Dieu et des épidémies, à Apt (Vaucluse).

— L'art de guérir vient de faire une nouvelle et grande perte dans la personne de M. le docteur Kluge, professeur et directeur de l'hôpital de la Charité de Berlin.

Ce praticien distingué a succombé le 26 mai dernier.

Autopsie cadavérique 80 heures après la mort.

L'appareil nerveux encéphalique, ainsi que ses enveloppes, sont parfaitement sains et normaux.

Les poumons ne présentent aucune adhérence avec le feuillet costal de la plèvre; les sections que l'on pratique dans leur tissu laissent voir et constater quelques granulations crétacées, solides, résistant au scalpel, sans vestiges de tubercules. Le cœur un peu maigre, d'un volume normal, ne présente rien de particulier à considérer.

Abdomen. — Le foie est parsemé d'une dizaine de noyaux gros comme des noix, formés par de la matière encéphaloïde. Quelques-uns de ces noyaux sont ramollis au contact, et présentent même un commencement de fonte purulente. La rate et les reins sont dans l'état normal. Le tube digestif, examiné avec soin dans toute sa longueur, n'offre rien de notable. La muqueuse qui le tapisse est saine, un peu pâle.

Les téguments qui recouvrent les organes génitaux et les parties environnantes, ceux de la partie interne et supérieure des cuisses, présentent une innombrable quantité de tubercules, les uns blancs, les autres d'une teinte rougeâtre, plus ou moins saillants, au-dessus du niveau de la peau. Les tissus sous-jacents sont parfaitement sains. Les nymphes sont entièrement détruites; les grandes lèvres ont été de même tellement altérées dans leur étendue, qu'il n'en reste plus guère qu'un tiers.

Tout le vagin, le périnée, et le tiers inférieur du rectum sont détruits, et la réunion de leurs cavités forme un vaste cloaque sans aucune trace de séparation. La portion inférieure de l'intestin rectum adhère à l'aide de tissu fibrineux au sacrum, au niveau de l'articulation de cet os avec le coccyx. Quant aux tissus propres de l'intestin, à moins d'un centimètre au-dessus de la portion détruite, ils paraissent n'avoir subi aucune altération organique. Le bout inférieur se termine brusquement par un anneau circulaire qui a tout au plus un centimètre et demi de diamètre.

La cloison recto-vaginale, y compris la paroi postérieure du vagin, se trouve détruite jusqu'à la hauteur d'un centimètre au-dessous de la lèvre postérieure de l'utérus, qui a été elle-même le siége d'une destruction morbide presque complète.

La paroi antérieure du vagin est saine jusqu'à l'extrémité vésicale de l'urètre, point vers lequel cesse l'ulcération cancéreuse. Les ganglions lymphatiques du côté droit et du côté gauche sont le siége d'une tuméfaction et d'une dégénérescence cancéreuse, et forment des grosseurs du volume environ et de la forme de marrons; elles sont un peu bosselées, inégales. Cet engorgement carcinomateux des ganglions lymphatiques se continue le long des canaux cruraux jusqu'à la bifurcation de l'aorte. L'utérus et les ovaires sont parfaitement sains. Les veines crurales sont remplies de substance grise, rougeâtre, ramolie en certains points, blanchâtres en d'autres points, ressemblant beaucoup à la matière fibrineuse du sang concrété. On sent cette matière se prolonger dans les veines crurales dans l'étendue d'un pied et demi environ, et de sept à huit pouces environ dans les saphènes.

— Plusieurs circonstances se réunissent pour rendre extrêmement intéressante l'histoire de la maladie que nous venons de raconter en détail, la rapidité de la marche de l'affection survenue sans cause occasionnelle ou prédisposante connue, l'étendue considérable des tissus qu'elle a envahis, les désordres qu'elle a amenés dans la disposition des parties et la formation d'un cloaque que nous avons décrit, remplaçant les différentes cavités séparées que forment dans l'état normal les appareils de la génération et de la défécation. Enfin ce fait mérite d'autant plus d'attention, que si les faits de cancer de la vulve et du vagin ne sont pas d'une excessive rareté, l'histoire de la maladie en elle-même et considérée en général n'existe pas dans la science et est encore à faire. On en trouve bien dans les auteurs quelques éléments dans les divers articles consacrés aux tumeurs, indurations, dégénérescences des parties génitales de la femme, mais la pathologie de cette affection n'existe nulle part complète. C'est à peine si Boyer en dit quelques mots, et les autres auteurs n'en font pas même mention. Bayle, auquel on doit l'excellent article Cancer du grand Dictionnaire des sciences médicales, ne parle pas du cancer de la vulve, et consacre à peine quelques lignes au cancer du vagin, et encore ce qu'il en dit ne peut-il s'appliquer qu'à cette forme secondaire, qui n'est qu'une propagation du canal de l'utérus.

Cette variété de cancer secondaire du vagin, succédant à une affection cancéreuse primitive de la vessie, de l'urètre, est la plus fréquente, et cette circonstance explique peut-être jusqu'à un certain point comment il se fait que les auteurs aient confondu dans leurs descriptions celle du cancer de l'utérus, et celle du cancer du vagin et de la vulve. Nonobstant ce silence presque général à l'endroit de l'affection dont nous parlons, il n'est point inutile, il est même nécessaire de rassembler le plus grand nombre de faits possible, afin de pouvoir fournir des éléments à l'aide desquels on puisse constituer la science.

Dans le cours clinique qu'il fait depuis deux ans d'une manière si intéressante à l'hôpital de Lourcine, M. Huguier a cherché par sa propre expérience à suppléer à cette pénurie de description et de traitement, et il a consacré une séance à entretenir ses auditeurs des résultats auxquels l'ont conduit les faits qu'il a été à même de recueillir, et les observations qu'il a faites à ce sujet. Nous avons, dans un numéro du mois de mai de la *Gazette des Hôpitaux*, donné une analyse rapide de cette leçon. Nous nous contenterons ici de rappeler en peu de mots, en les comparant aux détails du fait actuel, les principaux points sur lesquels a cru devoir insister M. Huguier.

Dans le fait précédent, le cancer s'est développé d'emblée, sans cause occasionnelle ou prédisposante sensiblement appréciable. Bien que d'un tempérament lymphatique, la femme Thouret n'offrait point d'apparence d'une diathèse cancéreuse préexistante à l'apparition des premiers symptômes. On ne saurait donc voir dans ce fait un exemple de cancer secondaire, résultat de la propagation à la vulve et au vagin d'un cancer du col de l'utérus. Il a, au contraire, débuté, comme on le voit quelquefois, par la peau des parties génitales externes et dans l'épaisseur des grandes lèvres.

La marche de l'affection a suivi la direction la plus ordinaire en pareil cas, c'est-à-dire que le cancer s'est propagé de l'extérieur à l'intérieur, des parties superficielles aux parties profondes. Il a détruit peu à peu la cloison recto-vaginale, et cette destruction a donné lieu à la formation du cloaque dont nous avons donné la description. Il a revêtu la forme squirrheuse, incontestablement et constamment plus fréquente, dit M. Huguier, que la forme encéphaloïde. Mais nous devons faire remarquer que l'affection ne s'est point propagée au canal de l'urètre, ainsi qu'il arrive souvent; cas dans lequel la présence des ulcérations cancéreuses détermine le plus ordinairement l'incontinence d'urine. Une circonstance sur laquelle nous devons appeler l'attention, c'est l'état du col de l'utérus dont la lèvre postérieure a été complétement détruite; ici, l'affection cancéreuse utérine, au lieu d'être le point de départ de la dégénérescence cancéreuse vulvaire et vaginale, n'en a été au contraire que la conséquence.

La peau de la vulve et de la partie supérieure des cuisses était couverte de tubercules cancéreux qui en occupaient toute l'épaisseur. Les tumeurs occupaient également les ganglions lymphatiques des aines, et tout le système lymphatique avoisinant, jusqu'à la hauteur de la bifurcation de l'aorte et à la naissance des artères iliaques primitives.

Pour le traitement, il a été presque nul. L'affection a marché avec une telle rapidité, qu'il a été impossible de mettre en usage aucune des médications que l'on conseille pour s'opposer à l'extension du cancer. Dans les cas ordinaires, M. Huguier conseille, lorsque la maladie est encore bornée et locale, afin d'empêcher l'établissement de la diathèse cancéreuse, s'il est possible encore, de circonscrire avec l'instrument tranchant les tumeurs squirrheuses que l'on voit ou que l'on peut atteindre avec le bistouri. Lorsque le cancer est trop étendu ou, comme dans le cas actuel, affecte une marche très rapide, il est impossible de mettre cette méthode en pratique, et le chirurgien est condamné à rester spectateur impuissant des désordres que cause cette terrible dégénérescence. La cautérisation, que quelques auteurs ont recommandée, paraît moins efficace que l'ablation des tumeurs carcinomateuses, et il est même des praticiens, au nombre desquels nous citerons M. Vidal, qui la rejettent complétement comme plus nuisible qu'utile. Chez plusieurs malades que ce chirurgien a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de Lourcine, il a employé le fer rougi à blanc, et il a constaté que les ulcérations squirrheuses avaient marché dans ces cas plus rapidement que chez les autres malades.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 juin 1844. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures et demie, en l'absence de M. Fouquier, vice-président, M. Thore, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance — Lecture d'une lettre qui invite les membres de la Société à se rendre au congrès scientifique de Nîmes.

— *M. Brachet* (de Lyon) fait hommage à la Société de son Traité sur l'Hypocondrie. M. Foncart est chargé de faire le rapport verbal.

M. Sorlin. J'ai quelques mots à dire au sujet d'un passage du procès-verbal qui relate ce qui s'est passé à l'égard de M. Réan. C'est prudence, il est vrai, de se méfier de l'abus qu'on peut faire des commissions; mais on ne vous demandait ici qu'un examen isolé et rien de collectif. En repoussant sa demande, nous avons agi, permettez-moi l'expression, avec une sorte de *barbarie scientifique*. C'est autant par conviction que par bienveillance que je lui ai délivré le certificat que vous a lu M. Puzin; car cette machine a déjà fonctionné, et bien que plusieurs médecins déclarent que c'est une chose jugée et coulée à fond, qu'il faut que les gens difformes se résignent et restent tels toute leur vie, ma conviction, à moi, est que le système de ces mécaniques n'est pas à rejeter.

— *M. Duperthuis.* Messieurs, avant de faire passer sous vos yeux la pièce d'anatomie que voici, je juge à propos de vous dire quelques mots de la malade et de la maladie.

Cette femme, âgée de cinquante-neuf ans lors de son décès, était petite, grêle, sédentaire, mais très vive; elle habitait la campagne. Elle était mère de trois enfants, et avait cessé d'être réglée à quarante-huit ans. Quatre ans après, elle fut atteinte d'une inflammation à l'estomac, dont elle guérit. Quelques années après, une tumeur se manifesta et s'étendit à tout le ventre. En 1840, les jambes étaient infiltrées; la malade ne pouvait plus se coucher sans être menacée de suffocation. Je pratiquai l'opération de la ponction; le liquide sortit en abondance; on en retira plus de sept kilogrammes; mais sa couleur était brune, offrant l'apparence d'une décoction de chocolat. La malade se sentit soulagée, se crut guérie; mais à travers les parois du ventre je reconnus des tumeurs irrégulières, inégales, très dures. Je dus penser que la maladie reviendrait. Effectivement, depuis ce temps, je fus obligé de la ponctionner quatre fois; mais alors le liquide coula toujours clair et albumineux. Enfin cette femme succomba quinze jours après la dernière ponction; le ventre offrait 1 mètre 25 centimètres de circonférence.

A l'ouverture du corps, un seau de liquide s'écoula; on trouva plusieurs kystes réunis, entre autres un énorme qui occupait une partie du ventre et adhérait aux téguments. Il contenait une grande quantité de liquide jaunâtre. Quant aux autres plus petits, un d'eux n'a pas été ouvert, et sa couleur brune fait présumer qu'il renferme un liquide analogue à celui qui s'est écoulé lors de la première ponction. Effectivement il est brun, mais d'une consistance comme de pus presque sirupeux.

Les organes contenus dans le ventre étaient comme atrophiés, l'ovaire droit était induré, la matrice était à l'état normal.

M. Perthus demande si le liquide brun qui s'est écoulé lors de la première ponction était bien contenu dans la sérosité péritonéale, et s'il n'est pas sorti par la blessure que l'instrument aura faite à un kyste.

M. Duperthuis répond qu'on ne sait effectivement où pénètre un trocart lorsqu'on le plonge dans l'abdomen, mais qu'il n'a pu croire avoir ouvert un kyste à cause de la quantité énorme du liquide écoulé et parce que la main, placée sur le ventre, a pu, la ponction effectuée, sentir les tumeurs dures, et que ce n'est qu'après la dernière ponction, quinze jours avant la mort, qu'il les a trouvées ramollies et offrant de la fluctuation.

M. Sterlin pense que lors de la première ponction on a pénétré dans un kyste d'où est sorti le liquide coloré en brun, mais que plus tard, parvenu dans la cavité du péritoine, siége de l'ascite, on a obtenu un liquide presque incolore.

M. Pédelaborde pense que la tumeur d'où est sorti ce liquide de couleur brune est de nature carcinomateuse, et que cette coloration est le produit d'une hémorrhagie utérine.

M. Charles Masson ne croit pas que le trocart ait pénétré dans un kyste lors de la première ponction, car, dans ce cas, le liquide fût sorti difficilement et de consistance sirupeuse comme celui contenu dans le kyste ouvert à l'instant même. Il ne croit pas non plus que ce liquide brun puisse être le produit d'une ascite; car ce liquide n'offre jamais une couleur semblable.

M. Duhamel. Comment jamais !

M. Charles Masson. En admettant cette possibilité, il aurait repris plus tard, et sans qu'on puisse expliquer comment, son aspect ordinaire. Il est, suivant moi, un moyen plus simple d'expliquer ce phénomène. Un de ces kystes, ramolli avant les autres, n'aurait-il pas pu s'être ouvert spontanément et son contenu troubler la limpidité de la sérosité produite par l'ascite? Au reste, je ne donne ceci que comme une hypothèse.

Des remercîments sont adressés à M. Duperthuis pour son intéressante communication, on souhaite que cette pièce soit déposée au Musée-Dupuytren.

M. Souberbielle raconte qu'il vient d'opérer une femme qui vit paraître dans l'aisselle, il y a quatre ans, une tumeur de la grosseur d'un pois à cautère, cette tumeur, depuis ce temps, n'a cessé de prendre du développement; elle s'étendait jusqu'au sommet de l'aisselle, était bosselée, inégale; il y avait froncement de la peau et adhérence à la peau. La santé de la malade était d'ailleurs excellente. M. Souberbielle a pratiqué devant plusieurs confrères l'opération qui offrit de grandes difficultés à cause du voisinage des vaisseaux axillaires qu'il fallait éviter de blesser. La nature de la tumeur ne permettait pas l'énucléation. Il a fallu poser le doigt indicateur jusque sous la clavicule : on sentait distinctement battre l'axillaire et la scapulaire commune. La tumeur, coupée en plusieurs sens, offre un tissu lardacé évidemment couenneux. M. Souberbielle ajoute que cette femme, opérée il y a trois jours, va parfaitement bien.

M. Tanchou. La tumeur que nous présente M. Souberbielle est bien évidemment de nature cancéreuse, il y a un commencement de ramollissement; mais on a fait de ces opérations par milliers : je n'y vois rien d'extraordinaire.

M. Souberbielle. Sans doute, on ne trouve extraordinaires que les opérations qu'on fait soi-même.

M. Tanchou Je ne conteste pas le mérite de l'opération, mais je dis que rien n'est plus fréquent que l'existence de ces tumeurs. Je ne trouve point étrange non plus que la malade se porte bien trois jours après l'opération; mais il ne suffit pas de guérir de l'opération, il faut guérir de la maladie. Je désirerais savoir de notre confrère ce qu'il compte faire, quels sont ses desseins, ses espérances ou ses craintes pour l'avenir de la malade.

M. Souberbielle. Si j'ai enlevé tout le tissu malade, l'opérée guérira; si je ne l'ai pas fait, le cancer repullulera.

M. Guersant. Il est bon de tenir compte de ce que vient de dire un praticien de l'âge et de l'expérience de M. Souberbielle. Il fonde l'espoir de la cure définitive sur la certitude qu'il a d'avoir enlevé toutes les parties malades; mais ce n'est point l'avis général. La majorité des praticiens croit qu'une tumeur cancéreuse, quelque complétement enlevée qu'elle soit, reparaît; on admet enfin généralement une diathèse cancéreuse.

M. Pédelaborde Etant donnée une tumeur de cette nature, faut-il opérer? J'ai précisément en ce moment une de mes clientes qui se trouve dans ces conditions; faut-il opérer? C'est une question thérapeutique des plus importantes. On dit : s'il existe vraiment une diathèse cancéreuse, il ne faut point opérer, et si on ne le fait point, la tumeur s'étendra et croîtra au détriment du malade. Lorsqu'on a conseillé à cette dame l'opération, la glande n'était guère plus grosse que l'extrémité du pouce; maintenant elle égale en dimension le fût d'un chapiteau. Je crains qu'on ne puisse plus l'opérer maintenant; l'aurait-on fait avec avantage dans le principe? C'est la question.

Je pense que si sur vingt opérations on réussit cinq fois, c'est assez pour justifier le chirurgien. Rien n'empêche d'ailleurs d'employer les moyens internes si on en connaît d'utiles, et ce n'est point parce qu'on aura opéré que la tumeur reviendra. Je connais une dame jouissant maintenant d'une santé florissante, et chez laquelle on a enlevé, il y a plusieurs années, une tumeur évidemment squirrheuse.

M. Duhamel. Nous regrettons que M. Tanchou n'ait point complété sa pensée; il a interpellé M. Souberbielle pour savoir ce qu'il prétendait faire plus tard. Ce que nous voudrions connaître, ce sont les moyens qu'il emploierait lui-même pour prévenir les récidives. Il a bien parlé de traitements divers; mais connaît-il vraiment un traitement prophylactique? S'il en sait un, nous le conjurons de ne pas nous le cacher.

M. Tanchou. Deux opinions sont en présence. M. Souberbielle croit que du moment où on a enlevé toute la partie cancéreuse, il n'est plus de récidive à craindre. Vous venez d'entendre, d'autre part, M. Guersant vous déclarer que l'opinion de presque tous les praticiens est que le mal enlevé revient; pourquoi donc opérer dans ce cas? Je ne m'arrêterai point à discuter la valeur de ces deux opinions; mais je dirai à M. Souberbielle : Ne prendriez-vous pas quelques précautions contre la récidive? M. Duhamel me demande ce que je ferais : Je réponds qu'il y a quelque chose à faire avant et quelque chose à faire après; il faut s'entourer d'une foule de renseignements divers. Sachez que pour traiter une tumeur cancéreuse il n'y a pas un moyen, il y en a trente (un membre : C'est beaucoup!): On ne trouvera jamais de spécifiques pour prévenir le cancer; il faut se prendre à l'individu, à la maladie elle-même.

M. Duhamel. C'est mot pour mot ce que nous disait M. Clieneau, quand on le priait de nous faire connaître les moyens de guérir la phthisie.

M. Perthus. Mais que feriez-vous dans le cas dont il s'agit?

M. Tanchou. Je suppose cette femme d'un tempérament sanguin; car les tempéraments jouent un grand rôle dans la production des tumeurs cancéreuses du sein. Tous ne sont pas aptes également à leur manifestation; la tumeur tuberculaire détachée qui nous est présentée survient surtout chez les femmes d'un tempérament sanguin. Il n'est pas rare de les voir séjourner, stationnaires, pendant longues années dans l'épaisseur de nos tissus.

M. Léger. Mais enfin que feriez-vous?

M. Tanchou. Si j'avais à soigner une femme comme celle dont il s'agit, persuadé que la maladie dépend de la constitution sanguine, je modifierais la constitution. S'il fallait en venir à l'opération, je n'opérerais qu'après avoir terminé cette modification; je pratiquerais des saignées, j'imposerais le régime végétal, je recommanderais l'exercice, j'emploierais les préparations alcalines, qui ont la propriété de rendre le sang plus pâle et plus fluide; j'userais aussi des préparations mercurielles qui rendent le sang plus clair; lorsque je donne une certaine dose de calomel par jour, après une quinzaine le sang déposé sur du linge est pâle, et chaque tache est entourée d'une auréole séreuse.

Je suppose maintenant que la femme opérée par M. Souberbielle est lymphatique, alors j'userais de prescriptions contraires; je prescrirais un régime animal, je ne pratiquerais de saignées générales que dans un cas de nécessité absolue, j'aurais recours aux préparations d'iode, d'ar-

senic. Il est à remarquer que le cancer ne se manifeste guère que chez les individus affectés d'un de ces tempéraments, les autres tempéraments échappent à cette maladie.

Il y a aussi des médications locales dont je n'ai point parlé. Quand j'ai affaire à un tempérament sanguin, c'est aux sangsues surtout que j'ai recours; même chez les femmes scrofuleuses, j'use des sangsues et des cataplasmes froids pour combattre l'hypérémie qui existe souvent dans les tumeurs : on fait cesser par ces cataplasmes la tension douloureuse que ressentent les femmes, à l'approche des règles ; ayez ensuite recours aux fondants, aux préparations ammoniacales et arsenicales, dès que vous êtes parvenu à modifier cette constitution lymphatique.

L'heure avancée ne permet pas de continuer la discussion. La parole sera maintenue à M. Tanchou dans la première séance, pour qu'il continue ses explications sur le traitement qu'il emploie contre les maladis cancéreuses.

Le séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Charles MASSON.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les mélanges médicamenteux employés comme styptiques; par M. le docteur GOTTSCHALK, de Cologne.

M. Gottschalk pense qu'un mélange médicamenteux ne peut agir comme styptique, qu'autant qu'il n'est pas appliqué sous forme liquide. Il a démontré, dit-il, que les astringents végétaux ne méritent pas cette dénomination, qu'ils ne sont point en réalité des astringents proprement dits, parce que, s'ils tannent les tissus, ils donnent lieu à une combinaison chimique qui s'accompagne d'un épaississement et non pas d'un resserrement de ces mêmes tissus.

Cet expérimentateur a tenté divers essais avec des portions d'intestin et des morceaux de rate qu'il a laissés séjourner pendant cinq jours dans des solutions de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, de sulfate de fer, d'acétate de plomb, d'alun cristallisé, d'alun calciné, d'acide sulfurique, d'acide chlorhydrique, d'acide azotique et de créosote. Les résultats qu'il a obtenus dans ces expériences l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Les styptiques les plus forts, l'alun, l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, perdent leur vertu styptique lorsqu'ils sont employés sous forme liquide ;

2° La forme liquide s'oppose, d'un côté, au resserrement des tissus ; d'un autre côté, elle donne lieu à un ramollissement de la substance animale, et, par là, elle facilite l'imbibition, l'imprégnation, l'épaississement et l'agrandissement des tissus, et elle diminue ainsi la tendance à la destructibilité ;

3° Les acides employés, excepté l'acide azotique, ne possèdent aucune propriété styptique ; mais en revanche ils jouissent de la propriété de rendre les tissus plus épais.

M. Gottschalk, en étendant ses investigations aux décoctions de chêne, de ratanhia, de tormentille et de noix de Galle, dans lesquelles il a plongé pendant huit jours des morceaux d'intestin desséchés, et pendant cinq jours des morceaux de sclérotique, de cornée et de conjonctive de bœuf à l'état freis, est arrivé aux conclusions ci-après :

1° Aucun des astringents indiqués ne mérite ce nom lorsqu'on l'emploie sous une forme qui l'empêche d'enlever l'eau des tissus qui se trouvent en contact avec eux.

2° Ils sont d'autant moins astringents que, sous forme limpide, ils pénètrent plus facilement dans la profondeur des tissus, et qu'ils en provoquent par là l'épaississement et l'agrandissement.

3° Si on éloigne les principes qui, comme la strychnine, déterminent le resserrement par suite de leur action sur le système nerveux, il ne reste plus comme agents de la médication styptique que les médicaments appelés du nom d'*exsiccants* et de celui de *réfrigérants*.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Emploi de la teinture de cantharides contre l'ascite; par M. le docteur MOELLER.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, sujette à une aménorrhée depuis un accouchement qu'elle avait eu deux ens auparavant, fut affectée de leucophlegmasie et d'ascite opiniâtre.

M. Moeller, ayant été consulté, commença par pratiquer la paracentèse; puis il administra en-suite la teinture de cantharides à doses progressivement croissantes, et, sous l'influence de ce mode de traitement, il eut la satisfaction de rendre la malade à la santé. (*Ibid.*)

Quelques observations sur l'application de l'électricité galvanique au traitement de certaines affections organiques des yeux; par M. le docteur C. USIGLIO, de Corfou.

M. Usiglio, voulant s'éclairer sur la valeur réelle des expériences et des essais thérapeutiques tentés successivement par Krussol, Zerche, Neumann, Le Roy-d'Etiolles, etc., a commencé par les répéter sur des lapins et des chiens, à l'aide de la pile voltaïque, et les résultats auxquels il est arrivé l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'action exercée sur les yeux par les pôles de la pile est variable.

2° L'action du pôle négatif consiste dans la décomposition d'une partie de l'humeur aqueuse dont l'hydrogène vient se rassembler, sous forme de bulles, autour de l'aiguille. Cette composition n'est pas déterminée, au contraire, par le pôle positif qui, toutes choses égales d'ailleurs, paraît agir avec plus d'énergie sur le système nerveux, et donne lieu à une altération du contour de la pupille en même temps qu'à un changement de couleur du champ visuel.

3° Zerche a eu tort d'attribuer la formation des bulles qui se produisent à la dissolution de la cataracte, puisqu'en effet elles se développent de même par l'application du pôle négatif, aux yeux sains d'un animal.

4° Si l'opacité de la cornée est une conséquence de l'action du pôle positif, ce phénomène est produit avec une intensité bien plus grande encore par le pôle négatif.

5° La faculté dissolvante attribuée à l'action du pôle positif est bien loin d'être démontrée en fait, et quelquefois l'auteur a cru remarquer seulement une légère diminution de l'opacité, tandis qu'au contraire cette dernière est augmentée d'une manière notable par l'application du pôle positif.

6° Parfois, sous l'influence de l'action électrique et par la seule force de l'absorption, on voit l'opacité de la cornée disparaître dans l'espace de quelques jours, et cette particularité conduit à penser que cette opacité n'est pas due à la coagulation de l'albumine; car dans des cas analogues, celle-ci ne peut plus être dissoute.

7° L'opacité de la cornée s'oppose souvent à ce qu'on puisse constater l'état du cristallin.

8° Quand on aperçoit, dans l'intérieur de l'œil, cette figure conoïde que certains praticiens ont confondue avec la cataracte artificielle, on la voit disparaître quelques heures après l'expérience.

9° Sous l'influence de l'action de l'électricité, les larmes sont sécrétées en plus grande abondance, les vaisseaux de la cornée s'injectent, et, après plusieurs mois de lemps, il survient de l'inflammation.

10° Des courants d'une grande force, mais n'agissant que pendant quelques moments, ne donnent pas lieu à de graves désordres chez les chiens ni chez les lapins.

11° Enfin, la facilité qu'on a à se rendre maîtres des lapins et la grande dilatation dont leur pupille est susceptible, rend ces animaux très convenables pour l'examen des effets produits par l'action des pôles d'une pile sur les yeux.

Appuyé sur ces résultats, et certain d'ailleurs de l'innocuité des application électriques modérées sur l'œil, M. Usiglio a tenté alors quelques essais sur les yeux de l'homme malade.

Dans trois cas de taches survenues à la suite de longues ophthalmies, et qui avaient opiniâtrement résisté à tous les moyens indiqués en pareille circonstance (pommade de Guthrie, sulfate de zinc, nitrate d'argent, vésicatoires, purgatifs, etc.), l'emploi de l'électricité fut couronné d'un plein succès : le pôle négatif était placé sur la langue des malades et le pôle positif sur l'œil fermé.

Dans un ces d'albugo, l'électricité, continuée pendant un an, resta tout à fait impuissante, tandis qu'elle fut, au contraire, assez avantageuse dans un second cas du même genre.

De trois cas de cataractes absolument incurables par les autres moyens chirurgicaux, un seul présenta de l'amélioration; car, tandis que deux de ces trois sujets perdirent complétment la vue ; le troisième eut le bonheur de voir son œil revenir presque complétement à l'état normal.

Dans le traitement de l'amaurose, l'électricité n'a pas paru amener le moindre avantage. (*Annali universali di medicina.*)

Emploi avantageux du bi-iodure de mercure contre les éphélides; par M. le docteur HOFFMANN.

M. Hoffmann, après avoir employé avec un succès des plus marqués le bi-iodure de mercure contre certaines affections chroniques de la peau, de nature indéterminée, et qui avaient jusque-là résisté opiniâtrément à tous les moyens thérapeutiques dirigés contre elles, eut l'idée d'essayer la même médication contre les éphélides, et il n'en retira pas moins d'avantages.

Le mode d'emploi auquel il a recours est le suivant :

Pr. Axonge,	8 grammes.
Bi-iodure de mercure,	10

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

On se sert de cette pommade en frictions légères sur les points malades, en ayant soin toutefois de ne pas étendre l'application à de trop grandes surfaces, et par conséquent en se bornant à opérer successivement sur les diverses parties affectées, à mesure que les premières surfaces frictionnées reviennent à leur état normal.

Lorsqu'au bout de quelques jours de cette médication, le mieux est manifestement prononcé, on termine le traitement par des lotions avec la pâte d'amandes. (*Medicin. Zeit.*)

La SIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, complétant le tome deuxième, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle contient la fin des Maladies des reins, et une partie des Maladies de la vessie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 87. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 24 JUILLET 1844.

L'Académie s'est tant soit peu amusée aux historiettes dans sa dernière séance. Si n'était la lecture de M. Robert, véritable pièce de résistance, le menu ne se serait composé que de hors-d'œuvre fort appétissants, sans doute, mais peu substantiels. Ç'a été d'abord une attaque de M. Breschet contre le secrétaire annuel M. Dubois (d'Amiens). Il l'accusait à tort d'avoir porté un jugement dans le procès-verbal, sur le discours d'un membre, tandis que le secrétaire n'avait reproduit que les expressions émanées d'un autre membre. Alors s'est engagée une courte discussion sur le procès-verbal que les uns veulent court, les autres long, divergence qui met fort en peine M. le secrétaire.

M. Bally a appelé l'attention sur l'opinion émise par un médecin, dans le procès Lacoste, relativement à la liqueur arsenicale de Fowler. L'honorable praticien ne peut croire que ce soit sérieusement qu'on a dit qu'une seule goutte de cette solution suffirait pour empoisonner plusieurs personnes. Il l'a employée à la dose de plusieurs gouttes, quelquefois jusqu'à vingt, sans qu'aucun accident se soit manifesté. Sans partager l'opinion émise à Auch, nous croyons cependant que cette dernière dose est un peu forte, et qu'il serait fort imprudent de l'administrer d'emblée. Remarquons du reste, que la formule de cette solution donnée par M. Baily diffère notablement de celle des formulaires les plus récents, et notamment de celle de M. Bouchardat.

Puis est venu un rapport de M. Mérat sur l'emploi du suc d'ortie dans le traitement des hémorrhagies utérines. Le remède n'est pas nouveau, et les anciens auteurs en ont dit des merveilles. Est-il réellement bon et utile? C'est ce que M. Gerardin et M. Moreau ne sont pas disposés à admettre, se fondant, l'un, sur le peu de précision et de détails des observations invoquées, l'autre sur l'imprudence qu'il y aurait à attendre secours d'un remède douteux dans des cas graves et qui demandent une action prompte et énergique.

M. Duméril est arrivé à la tribune avec une cargaison complète de petites historiettes singulières sur lesquelles il était officiellement chargé de faire des rapports. Nous ne pouvons croire que ces faits aient été adressés par des médecins, et nous ne concevons pas que l'Académie ait perdu son temps à en entendre le récit. Nous n'abuserons pas de celui de nos lecteurs en insistant sur ce sujet, et nous regrettons que M. Robert ne nous ait rien communiqué de son mémoire qui les aurait dédommagés de cette séance bien maigre.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Quelques remarques sur le traitement des plaies chroniques ou ulcères par les bandelettes agglutinatives ou par la méthode dite de Baynton.

M. Roux, en faisant une espèce de revue clinique des principaux cas morbides que présente actuellement son service, s'est arrêté spécialement sur deux ou trois cas de plaies chroniques traitées par les bandelettes agglutinatives, et sur les avantages qu'on peut tirer de cette sorte de traitement quand il est appliqué d'une manière convenable. Nous croyons utile de reproduire sommairement ces remarques pratiques, car elles contiennent des préceptes de thérapeutique chirurgicale qu'on ne pourrait pas suffisamment populariser parmi les praticiens.

Le traitement dont il est question, dit M. Roux, n'est convenablement applicable qu'aux plaies ulcéreuses des membres, et surtout des jambes. A la rigueur on pourrait bien l'appliquer aussi aux ulcères du tronc, mais comment exercera-t-on une compression méthodique sur la surface de ces ulcères par des bandelettes, à moins de leur faire parcourir toute la périphérie du tronc lui-même? Et combien serait-il embarrassant, ce bandage circulaire, et de difficile application?

Le véritable mérite de l'invention de ce traitement appartient à un chirurgien anglais nommé Baynton. Dans notre voyage à Londres, l'année 1815, nous fûmes témoin dans les hôpitaux de la capitale britannique, des succès obtenus par ce traitement. Nous les fîmes connaître en France dans la relation de notre voyage, publiée quelque temps après notre retour, et où nous avons en même temps exposé notre opinion à cet égard d'après les expériences que nous avons faites alors dans notre service d'hôpital et les conclusions auxquelles celles-ci nous avaient conduit. Nous ne reviendrons pas sur tous les détails que nous avons donnés sur cette importante question dans l'ouvrage cité : nous nous bornerons à quelques remarques pratiques.

C'est, disons-nous, pour les ulcères des membres et principalement des membres inférieurs, que ce traitement a été imaginé, et est d'une utilité incontestable. Les membres sont sujets à des ulcères d'une espèce particulière, qu'on n'observe pas dans d'autres parties du corps, et qui sont entretenus par une cause spéciale soit locale, soit générale. C'est à la destruction de cette cause double que le chirurgien doit être attentif s'il veut parvenir à une guérison permanente. Quelle différence, en effet, y a-t-il entre une plaie simple et un ulcère, si ce n'est que celui-ci est une plaie entretenue par une cause particulière, le plus souvent générale, et résistant à toute sorte de traitement qui n'aura pas pour but la destruction de la cause spéciale? Aussitôt cette cause détruite, l'ulcère retourne à l'état de plaie simple, et marche facilement vers la cicatrisation.

Donc, dans le traitement des ulcères, il y a deux périodes distinctes à observer : l'une dans laquelle il faut combattre la cause générale qui entretient la maladie; l'autre où l'ulcère réduit à l'état de plaie simple doit être traité d'une manière convenable pour être bien facilement cicatrisé.

Pour être exact, on doit dire que cette méthode, dite de Baynton, n'était pas tout à fait inconnue aux anciens, car de tout temps on savait que certaines plaies chroniques guérissent plus facilement en exerçant sur elles une certaine compression, mais elle n'a été bien formulée que par les chirurgiens anglais, et commença à être connue en France depuis notredit mémoire. A l'époque de notre voyage à Londres, il y avait à Paris un homme, un véritable empirique, qui guérissait, disait-on, les vieux ulcères par un moyen qui permettait aux malades de marcher et de vaquer à leurs affaires. Nous n'avons pas eu connaissance de ce moyen, mais il est très probable qu'il avait quelque analogie avec celui dont nous parlons, et qui consistait par conséquent dans une espèce de bandage circulaire compressif, aidé peut-être de quelques topiques médicamenteux. C'est aussi là en substance ce qu'on fait par l'application des bandelettes de dyachilon.

Pour mieux comprendre les avantages de cette méthode, il est bon de vous rappeler les moyens qu'on mettait en usage anciennement, et que quelques vieux médecins, fidèles à l'ancienne thérapeutique, continuent à employer dans le traitement des plaies chroniques. Quand il y a des bourgeons charnus exubérants et mous, on les cautérise par le nitrate d'argent ou par le nitrate acide de mercure, ou tout autre caustique, et on les couvre, après, quelquefois de charpie sèche, quelquefois de charpie ou de compresses fenêtrées enduites de cérat, et on termine le pansement par un bandage roulé plus ou moins serré. On tient, bien entendu, les malades ou au moins les membres malades dans un repos absolu, et dans une position autant qu'il est possible horizontale; ce traitement, ou tout autre analogue, a obtenu quelque succès, mais combien de temps ne devait-il pas durer, et de quel ennui et de peines n'a-t-il pas dû causer aux malades qui ordinairement jouissent d'une assez bonne santé générale pour trouver très ennuyeuse et triste la vie sédentaire et renfermée! Ainsi il est nécessaire de faire ressortir la faveur avec laquelle au commencement fut accueilli le traitement par les bandelettes agglutinatives, qui permettait aux malades quelques mouvements des membres malades, et les exemptait d'une foule de soins plus ou moins ennuyeux.

Cette méthode de traitement est facile à appliquer, et vous n'ignorez certainement pas le mode d'application. On prépare des bandelettes ordinairement séparées et suffisamment longues pour faire le tour du membre, en sorte que les extrémités se dépassent et se chevauchent : on les applique successivement l'une sur l'autre de manière à s'imbriquer, et ayant soin d'exercer une certaine compression égale et régulière sur toute la surface ulcérée. Il suffit, du reste, de les avoir vu appliquer une seule fois pour en concevoir le mécanisme. Les avantages de cette méthode peuvent se réduire à trois chefs : les bandelettes agissent, 1° comme moyen unissant; 2° comme moyen compressif; 3° comme moyen modifiant la vitalité des parties ulcérées par les substances médicamenteuses qui entrent dans la matière emplastique des bandelettes elles-mêmes. La vérité de ces trois propositions est si évidente, qu'il nous semble inutile de nous arrêter à la démontrer. Vous pourrez, du reste, en lire tous les détails désirables dans notre mémoire indiqué et dans le mémoire publié sur la même question par notre beau-frère Philippe Boyer.

C'est bien souvent par l'action compressive que cette méthode réussit principalement. Il y a des plaies de nature telle que sans un bandage compressif elles ne pourraient pas se cicatriser. Or, cette méthode procure une compression régulière et incessante, telle qu'il la faut pour produire la cicatrisation.

Il résulte d'une observation déjà ancienne, que les plaies chroniques des membres marchent très difficilement vers la guérison lorsque les membres, abandonnés à eux-mêmes, subissent cette espèce de développement qui est naturel, car la peau, se dilatant par son élasticité, dilate en même temps la circonférence de la plaie et toute cicatrisation devient impossible. Le bandage circulaire compressif empêche ou neutralise pour ainsi dire cette sorte de lutte qui tendrait à s'établir entre les forces vitales physiques et les forces médicatrices de la nature.

A l'époque où nous nous occupâmes de l'application de cette méthode récemment importée en France, nous fûmes conduit à l'essayer sous toutes les formes possibles. Nous l'appliquâmes aussi avec les bandelettes de sparadrap fait avec l'emplâtre de Vigo. Dans certaines espèces d'ulcères ces bandelettes médicamenteuses sont d'une grande utilité. Nous pourrions vous citer une multitude de cas graves traités avec succès par cette méthode; nous vous signalerons seulement le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'un érysipèle phlegmoneux épouvantable qui envahit tout le membre inférieur, eut une plaie si étendue avec perte de substance à la peau que depuis la crête iliaque jusqu'à la malléole externe les muscles étaient à nu, et l'excessive abondance de la suppuration menaçait d'emporter le malade. L'idée nous vint d'appliquer sur cette plaie immense les bandelettes agglutinatives d'après la méthode de Byton, dans le but surtout de prévenir un développement défavorable du membre et permettre aux tissus cutanés de se développer et tendre vers la cicatrisation. Nous arrivâmes par ce moyen au but; la guérison eut lieu, et certes on l'aurait attendue en vain par toute autre méthode de traitement.

J'insiste à dessein sur cette particularité, c'est-à-dire sur l'espèce d'atrophie artificielle que ce traitement produit dans les membres malades, et qui est si favorable à la cicatrisation des ulcères; car c'est là un des avantages les plus réels de la méthode elle-même.

Il nous resterait à dire quelques mots sur les soins consécutifs à donner aux malades pendant le traitement en question. Combien de temps faut-il laisser le bandage en place? Dans les premiers jours, il est nécessaire de le changer une fois par jour; car la suppuration continuant à être abondante pendant quelque temps, on devra renouveler assez fréquemment les bandelettes; mais peu à peu cette suppuration diminuant, les bourgeons charnus s'égalisant à leur tour, on pourra laisser le bandage plusieurs jours en place; on devra même le changer rarement, pour ne pas entraver le travail de la cicatrisation.

Accident particulier qui se présenta dans une opération d'hydrocèle, et qui n'entrava pas la guérison. Réflexions.

M. Roux avait à opérer un hydrocèle double d'une grande simplicité apparente; il y procéda par la méthode ordinaire de la ponction suivie de l'injection vineuse, qui, du reste, lui a toujours donné de bons résultats; mais en opérant du côté gauche, un accident assez grave et assez curieux se présenta, sur lequel il crut devoir s'arrêter quelques instants dans sa leçon clinique. Le trois-quarts fut enfoncé deux fois, et deux fois de la canule introduite ne sortit pas de liquide; ce n'est qu'à la troisième ponction que la sérosité vaginale s'écoula limpide, et tout se passa sans conséquence sérieuse. Le professeur avait pourtant examiné attentivement, à la lumière, la tumeur double du scrotum avant de l'opérer, et il avait cru reconnaître la place du testicule là où il se trouvait ordinairement, c'est-à-dire en arrière de la tumeur elle-même. C'est un accident extraordinaire, dit M. Roux, et qui ne m'est pas arrivé depuis bien long-temps. Je ne crois pas avoir traversé le testicule, mais seulement l'épididyme. D'ailleurs, le malade n'a pas manifesté de douleurs très vives, et il n'est pas sorti une goutte de sang, comme il serait arrivé si le testicule eût été traversé par l'instrument. Le malade maintenant éprouve seulement un peu de pesanteur aux bourses, et rien n'indique que l'accident arrivé aura la moindre influence fâcheuse sur les suites de l'opération.

Il faut croire que le testicule a subi un déplacement extraordinaire pour venir se mettre à la partie antérieure de la tumeur, et que la faute commise par nous a été la conséquence d'une illusion d'optique dans laquelle on tombe souvent dans l'examen des hydrocèles et d'autres tumeurs transparentes. Je m'explique : Quand on examine ces espèces de tumeurs, la transparence du liquide qu'elles contiennent peut être aperçue lorsque les parois de la tumeur sont minces et que le liquide est vraiment diaphane. Dans ces cas, on se croit en droit de prononcer un diagnostic sûr et presque infaillible; et pourtant plus d'une fois on est induit en erreur; et une tumeur solide et sans presque de liquide existe là où on croit distinguer évidemment un liquide limpide. Il peut donc arriver qu'une tumeur du scrotum paraisse transparente sans l'être

réellement. Ne vous est-il pas arrivé plus d'une fois d'observer à travers la lumière un œuf? N'avez-vous pas vu une transparence complète et uniforme dans sa coque, comme si elle ne contenait qu'un liquide transparent; et pourtant il y a aussi un corps solide, tel que le jaune, qui n'est pas aussi perméable aux rayons lumineux que l'albumine. De même, combien de fois vous aurez observé à travers la lumière solaire vos doigts réunis, et ils vous auront semblé à peu près transparents, et vous n'aurez pas distingué dans leur centre les phalanges, qui sont solides et très peu perméables à la lumière ? Cette sorte d'illusion d'optique a lieu très souvent lorsqu'on observe à travers une lumière naturelle ou artificielle une tumeur centrale, où plus d'une fois on aperçoit une transparence uniforme et générale, sans distinguer nullement le testicule, qui est opaque.

Je vous citerai un fait assez curieux, et qui, je pense, frappera votre esprit comme j'en fus frappé à mon tour.

Un riche négociant d'Orléans me fut adressé par son médecin pour être opéré d'une tumeur au scrotum qu'on croyait être un sarcocèle. Le malade désira, avant toute opération, consulter Boyer, et moi-même je fus bien aise d'avoir l'avis d'un chirurgien d'une si grande autorité. N'ayant pu nous trouver ensemble, Boyer vit seul le malade avant moi. Il faut observer que ce chirurgien avait long-temps avant opéré la mère de ce malade d'un cancer du sein, et que l'examen de la maladie du fils a dû être certainement sous l'influence des idées d'hérédité qu'il professait dans ses écrits. Eh bien, malgré cela, après avoir examiné la tumeur à la lumière et vu sa transparence, il déclara qu'il n'y avait pas de sarcocèle, et qu'il s'agissait d'une simple hydrocèle. Je vis le malade à mon tour, et tout en tenant compte du diagnostic de ce grand chirurgien, au milieu de la transpareuce que je voyais aussi, j'arrivai à isoler le testicule, et je pus reconnaître d'une manière positive à sa pesanteur, aux aspérités dont sa surface était parsemée, et à d'autres caractères, qu'il était positivement cancéreux. Dans cette divergence d'opinions entre Boyer et moi, il fut convenu qu'on ferait d'abord une ponction exploratrice. Ainsi fut fait; mais après la ponction il sortit une très petite quantité de liquide, et la tumeur se présenta alors avec tous les caractères du sarcocèle; par conséquent je procédai à l'opération, qui, du reste, réussit parfaitement. La trausparence de la tumeur, dans ce cas, était vraiment telle, que tout chirurgien, même le plus expérimenté, aurait pu être induit en erreur comme le fut Boyer. Je conclus de cela que chez notre opéré le testicule ayant probablement changé de place, donua lieu à une réfraction bizarre et singulière de la lumière qui fit croire à l'existence d'une diaphanéité là où elle n'existait nullement. Cet accident, du reste, n'a ordinairement rien de grave, et n'entrave pas d'une manière sensible les suites de l'opération de l'hydrocèle.

En effet, le résultat de l'opération pratiquée répondit à ce que M. Roux avait dit. Le testicule de l'opéré se gonfla dans le premiers jours, un certain épanchement se fit dans la tunique vaginale, mais aucun accident de quelque gravité ne survint; les choses se passèrent à peu près comme dans les cas ordinaires. Au bout de huit ou dix jours il ne restait plus qu'un peu d'œdème dans les parois du scrotum; le testicule avait repris sensiblement son volume et sa sensibilité normale, et le malade sortit quelques jours après très bien guéri.

Nous n'avons pas voulu laisser passer, sans en dire un mot, ce cas, qui, quoique assez simple, nous a paru présenter un certain intérêt pratique.

HOPITAL NECKER. — M. Chassaignac.

Tumeur encéphaloïde de la paroi recto-vaginale. Ablation par un procédé opératoire nouveau. Guérison.

L'observation que nous allons rapporter ayant trait à des points importants de diagnostic et de thérapeutique chirurgicale, nous avons pensé qu'on excuserait peut-être en cette considération l'étendue qu'elle prendra dans ce Journal: d'autant mieux que les observations de cancer circonscrit des parois du vagin sont peu communes dans la science. En tant que complication et propagation du cancer utérin, et moins souvent de celui de la vulve, le cancer du vagin est commun; il est rare comme affection exclusivement limitée au vagin.

Au nº 9 de la salle Sainte-Marie, est couchée la nommée Mathieu (Marie), âgée de quarante-neuf ans, entrée à l'hôpital Necker le 17 juin 1844, pour une tumeur siégeant à la paroi postérieure du vagin. Interrogée sur les antécédents de sa maladie actuelle, cette femme nous apprend que sa menstruation avait toujours été régulière jusqu'à il y a dix mois; qu'après avoir eu des pertes sanguines répétées et abondantes, elle s'aperçut de l'existence d'une grosseur dans le vagin. Cette grosseur, d'abord peu volumineuse, s'est accrue considérablement, au point de faire saillie à la vulve, sans déborder cependant les grandes lèvres, mais en apparaissant entre les petites.

Les hémorrhagies ont été aussi en augmentant, de manière à mettre en danger les jours de la malade. Les caractères diagnostiques de la tumeur ont offert assez d'intérêt pour que nous croyions devoir y insister; car certaines particularités de la tumeur auraient pu, faute d'un examen raisonné et approfondi, mettre en défaut l'observateur au début de son examen.

Les différents modes d'exploration qui ont été employés successivement sont :

1° Le toucher vaginal;
2° L'exploration par le rectum;
3° L'application du spéculum.

Le toucher vaginal fait reconnaître une saillie fusiforme faisant relief sur la paroi postérieure du vagin, du volume de deux doigts et d'une longueur de trois travers de doigt; c'est assez dire qu'elle remonte vers les parties élevées du vagin. A son extrémité supérieure, la tumeur ne peut être limitée d'une manière bien distincte par le toucher vaginal.

A sa partie inférieure, la tumeur présente ceci de très remarquable, qu'elle se termine par un renflement comme fongueux, ayant, au toucher, la plus grande analogie avec un col d'utérus boursouflé par une désorganisation cancéreuse. Ce qui semble confirmer cette analogie, c'est qu'en pressant avec le doigt on pénètre à son centre dans une cavité qui se laisse dilater par l'extrémité du doigt à la manière d'un orifice utérin largement fissuré dans le sens transversal. Le résultat de ce premier examen, fait par le toucher, laisse quelques doutes sur le caractère de cette tumeur ainsi perforée; mais immédiatement l'on reconnaît qu'elle n'a rien de commun avec l'utérus; car le doigt ayant été introduit profondément au delà des limites supérieures de la tumeur, et la pulpe promenée en divers sens sur le pourtour du fond du vagin, on reconnaît manifestement, pendant que la pulpe est tournée à la partie antérieure, la saillie caractéristique formée par le col de l'utérus chez la femme qui a eu des enfants; savoir, une fente transversale limitée par deux saillies ou lèvres. Les résultats de l'examen par le toucher vaginal ont donc été de faire reconnaître qu'une tumeur rénitente siégeait sur la paroi postérieure du vagin; que cette tumeur n'avait rien de commun avec l'utérus; que cette tumeur pouvait être limitée à sa partie inférieure, et qu'enfin le col de l'utérus se reconnaissait à la partie antérieure et supérieure du vagin. Une saillie formée par une tumeur siégeant à l'intérieur du rectum pourrait se présenter avec quelques-uns des caractères ci-dessus indiqués; il fallait donc, pour compléter un jugement sur le siége de la tumeur, recourir à l'exploration rectale et à l'application du spéculum.

Le doigt ayant été introduit dans le rectum, on reconnut que la paroi antérieure de cet intestin était le siége d'une tumeur bosselée des mêmes dimensions que celle constatée par le toucher vaginal, et qui n'était évidemment que la moitié postérieure de cette tumeur. Le doigt, porté fortement contre la surface de cette tumeur, y pénétrait en quelque sorte, ce qui indiquait le ramollissement de son tissu. Les données recueillies par les deux modes d'exploration que nous avons signalés concordaient donc pour établir qu'une tumeur de nature cancéreuse, et probablement encéphaloïde, s'était développée dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale.

Il s'agissait, pour acquérir des notions plus exactes sur le caractère de la maladie, de recourir à l'examen par le spéculum; c'est ce qui eut lieu. Le spéculum à valves était le seul qui pût fournir des résultats utiles en pareille circonstance, puisque le spéculum plein n'aurait pu que faire connaître l'état des parties situées à l'extrémité supérieure du vagin et non l'état des parois de ce conduit; d'ailleurs, il eût été presque impossible d'introduire cet instrument. Les valves étant écartées dans le sens transversal de manière à recevoir en partie la tumeur dans leur intervalle, on eut le loisir d'examiner cette dernière. et l'on reconnut qu'à son extrémité inférieure elle présentait deux bosselures volumineuses et ramollies, faisant relief sur la paroi postérieure du vagin et descendant au-dessous du lieu de leur inflammation; ce qui donnait lieu à une sorte de fente transversale limitée en avant par ces tumeurs, en arrière par la paroi du vagin, et dans laquelle le doigt s'engageait au moment où on pratiquait le toucher pour la première fois.

Le siége de la tumeur étant dès lors parfaitement précisé, ainsi que sa nature, il s'agissait d'établir avec exactitude ses limites; car, l'abondance des hémorrhagies et l'état exsangue et décoloré de cette femme nous faisant un devoir de porter remède aux accidents qui menaçaient l'existence d'une manière immédiate, la première chose à faire était de bien préciser les limites de la tumeur afin de savoir si, en bonne chirurgie, elle était réellement opérable.

Or, suivant M. Chassaignac, il y a pour les cancers, au point de vue de l'opération, deux limites dont le chirurgien doit tenir compte:

1° La limite topographique;
2° La limite organique.

I. La limite topographique, c'est l'étendue dans laquelle s'étend la tumeur avec ses dépendances immédiates, celles qui font globe avec elles et qui doivent de toute nécessité être enlevées avec la tumeur, sous peine d'une opération essentiellement incomplète, radicalement vicieuse et indigne d'un vrai chirurgien.

II. Par limite organique, nous comprenons l'étendue dans laquelle la propagation aux vaisseaux et aux ganglions lymphatiques a eu lieu.

Afin de préciser la limite topographique, il était nécessaire de voir jusqu'où la tumeur s'étendait en hauteur, jusqu'où elle s'étendait en latéralité. Nous croyons pouvoir donner le conseil, dans l'exploration des tumeurs de ce genre et dans leur délimitation à leur partie supérieure, d'employer le mode qui a été mis en usage par M. Chassaignac dans le cas particulier. Ce mode consiste à imprimer un mouvement de bascule à la tumeur afin d'atteindre sa limite supérieure, en la renversant un peu. Ce n'est qu'à l'aide du doigt introduit dans le rectum qu'on peut exécuter ce mouvement de bascule. Quand la tumeur est un peu renversée, on peut encore confirmer le résultat déjà obtenu en exerçant le toucher simultanément par le vagin et le rectum; et si la tumeur laisse intacte au-dessus d'elle une portion de la paroi recto-vaginale, la pression des deux doigts l'un contre l'autre à travers cette paroi, au-dessus de la limite supérieure de la tumeur, permet d'apprécier exactement l'état organique de cette paroi. Dans le cas particulier, il fut reconnu qu'une portion de la paroi recto-vaginale, parfaitement saine, existait entre le point le plus élevé de la tumeur et l'implantation de la paroi vaginale au col de l'utérus. On comprend toute l'importance de cette exploration pour le chirurgien qui se propose d'opérer une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale. Cette exploration est tellement capitale que, faute de l'avoir faite suffisamment, on commettrait une souveraine imprudence en opérant une tumeur de ce genre avant qu'elle ait donné un résultat clair et précis. C'est d'elle que peut sortir d'emblée, ou une contre-indication formelle, ou la possibilité de tenter une opération. On sait, en effet, que le point qu'a pour objet d'éclairer cette exploration, est celui au niveau duquel le péritoine vient tapisser une certaine étendue de la paroi postérieure du vagin. S'il n'y a point intégrité de cette partie, et si l'on doit être conduit, pour enlever tout le mal, à y porter l'instrument tranchant, l'opération, en bonne chirurgie, se trouve condamnée par avance, et dès lors il est inutile d'aller plus loin; car, malgré le succès de quelques témérités en ce genre, nous estimons que c'est faire une opération condamnable, au point de vue de la pratique et de l'humanité, que d'ouvrir le péritoine en ce point dans le but d'extirper une tumeur cancéreuse. Ayant acquis la certitude que l'on pouvait limiter avec l'instrument, et enlever d'une manière complète la tumeur au-dessous du cul-de-sac péritonéal qui se réfléchit de la paroi postérieure du vagin sur la paroi antérieure du rectum, il s'agissait de déterminer avec la même précision les limites latérales de cette tumeur, car des organes dangereux à atteindre siégent dans l'excavation pelvienne sur les parties latérales du vagin, et il était indispensable, pour faire l'opération avec sécurité, de s'assurer à quelle distance de la ligne médiane on devait porter les incisions. Ce fut encore par le moyen des explorations vaginale et rectale faites simultanément, que l'on parvint à reconnaître qu'il existait sur les deux côtés de la tumeur une étendue de tissu sain suffisante pour que l'on pût enlever la totalité du mal sans s'exposer à blesser aucun organe important. Il résulta donc de cet examen, que la tumeur cancéreuse était susceptible d'être enlevée, non sans de grandes précautions, mais du moins d'être enlevée complétement.

Ce premier point éclairci, il s'agissait de la seconde question, celle de la limite organique, ou, si l'on veut, le point où s'arrête l'irradiation du cancer dans le système lymphatique. Sous ce rapport, nous établissons que l'on doit chercher dans deux régions très différentes les irradiations lymphatiques d'un cancer des parois du vagin : 1° aux régions inguinales, et c'est là qu'il faut surtout diriger son attention, quand le cancer siége dans la moitié inférieure du conduit; 2° à la région ombilicale, sur la ligne médiane et sur les côtés, en déprimant les parois du ventre, lorsque le cancer occupe la moitié supérieure. L'examen de ces diverses régions ne présenta aucune tumeur ganglionaire. On ne trouva non plus aucun engorgement au-dessous des reins, en mettant les parois de l'abdomen dans l'état de relâchement le plus favorable à cette exploration.

La malade n'éprouvait ni coliques, ni vomissements, ni douleur dans l'abdomen après les repas; il n'y avait point non plus d'infiltration des cuisses et des jambres : toutes circonstances qui, en faisant reconnaître une lésion des ganglions lymphatiques abdominaux, auraient dû éloigner de l'idée d'une opération.

Voyant donc que malgré l'état d'affaiblissement et de mauvaise coloration du teint chez cette malade, il n'y avait pas de contre-indication locale suffisante pour empêcher de mener à bien l'opération en elle-même, et que d'un autre part les hémorrhagies répétées menaçaient incessamment la vie de cette femme, on décida qu'une opération serait pratiquée à l'effet d'extirper les parties malades. Les principales préoccupations dominant le plan de l'opération à adopter, se rapportaient 1° au danger d'atteindre le péritoine en détachant la partie supérieure de la tumeur; 2° au danger des hémorrhagies pendant la dissection des parties latérales; car l'anatomie apprend à tous ceux qui ont pratiqué des injections artérielles et veineuses du bassin chez la femme, que des flexus vasculaires particulièrement veineux existent à un degré de développement considérable sur les parties latérales du vagin. On verra par la description du procédé opératoire employée par M. Chassaignac sur cette malade, comment il fut pourvu aux exigences de l'opération, qui fut faite le 24 juin 1844.

Un lavement purgatif ayant été donné le matin même du jour de l'opération afin de vider le gros intestin, la malade fut placée sur une table convenablement garnie, de manière que le bassin débordait complétement l'extrémité de la table. Les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, furent maintenues dans cette position par deux aides. On s'occupa ensuite d'un temps préliminaire de l'opération, qui consista à placer sur les côtés de la tumeur dans les tissus sains et à deux hauteurs différentes de chaque côté, des ligatures doubles dont nous indiquerons l'usage, après avoir fait connaître la manière dont elles furent introduites. L'instrument employé à cet effet est une aiguille analogue à celle qui est nécessaire pour l'opération de la cure radicale de la hernie, par le procédé de M. Gerdy. On sait que cette aiguille renfermée dans une espèce de canule double, peut en sortir par la pression d'un bouton; de telle sorte que renfermée dans sa canule, on peut la conduire à une cavité où l'œil ne pénètre pas, pour ne la faire sortir que quand on a bien précisé le point où les tissus doivent être perforés. Les seules modifications apportées à cette aiguille, dans le cas particulier, consistaient en une diminution de son volume et en une ouverture pratiquée au chas de l'aiguille, de manière à convertir celui-ci en une sorte d'œil de perdrix; de sorte qu'il est facile de débarrasser le fil du chas de l'aiguille quand celle-ci a franchi l'épaisseur de la paroi à traverser, et de la ramener ainsi privée du fil quand elle l'a conduit de l'autre côté de la paroi par laquelle elle est introduite. Ce temps, assez délicat de l'opération, fut exécuté sans beaucoup de difficultés, grâce aux modifications apportées dans la construction de l'aiguille.

Voici maintenant le double but qu'on se proposait en pla-

çant quatre ligatures doubles : on voulait, dans le cas d'une hémorrhagie grave, former pour chaque côté, en unissant l'un des chefs d'une ligature supérieure avec le chef d'une ligature inférieure, former une anse susceptible d'être fermée en un anneau complet, de manière à comprendre dans cet anneau une certaine étendue de la paroi du vagin dans le sens vertical, et à comprimer de cette manière les vaisseaux compris dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale ; d'un autre côté, en unissant ensemble les chefs de deux ligatures correspondantes d'un côté à l'autre, former des anses transversales susceptibles d'amener au contact les lèvres de la perte de substance faite aux parois du vagin.

Les ligatures étant placées, on procéda au temps de l'opération, qui consistait à isoler la tumeur avec le bistouri. Trois érignes à long manche et à deux crochets chacune, furent implantées dans la tumeur, et l'on s'aida de l'introduction du doigt dans le rectum pour faire basculer la tumeur de manière à rendre accessible à l'instrument son point le plus élevé ; car le temps le plus délicat de l'opération consistant à disséquer celle-ci dans sa partie la plus rapprochée du péritoine, on avait à cœur de se débarrasser de prime abord de toute inquiétude de ce côté. Quant à l'implantation de plusieurs érignes, elle doit être considérée comme une condition de première nécessité dans l'extirpation des tumeurs dont le tissu n'a pas beaucoup de consistance, attendu que si on influence une seule érigne et si on exerce une traction un peu forte, elle déchire la partie sur laquelle elle a été implantée, et dès lors elle devient inutile, tandis que si les tractions se trouvent réparties sur des érignes multiples, elles peuvent exercer avec efficacité, sans amener cette déchirure.

Une fois la dissection de la partie supérieure terminée, on s'occupa de la division de celle-ci sur le côté gauche, puis à droite, en ayant soin de faire porter alternativement la tumeur dans le sens opposé au côté sur lequel on pratiquait la section. Lorsque par la dissection de son sommet et de ses parties latérales la tumeur fut susceptible d'être complétement renversée, on acheva la séparation vers la partie inférieure du vagin, en divisant exactement dans les tissus sains. C'est pendant la section des parties latérales que s'écoula une quantité de sang vraiment considérable. Les ciseaux courbes furent employés avec avantage pour cette partie de l'opération, ainsi que pour l'ablation de quelques parties indurées qui n'avaient pas été complétement atteintes par le bistouri. Après avoir reconnu par une exploration attentive que tous les tissus conservés présentaient la souplesse et les autres caractères d'un état tout à fait normal, l'opération fut terminée, et des matières fécales s'échappèrent aussitôt par la plaie qui établissait une communication entre le rectum et le vagin. Les précautions nécessaires en pareille circonstance pour prévenir et pour combattre l'hémorrhagie qui peut succéder à une opération de ce genre, furent prises avec soin, et la malade fut reportée à son lit. Depuis vingt jours que l'opération a été faite, il n'est survenu aucun autre accident qu'une hémorrhagie qui a eu lieu le quatrième jour après l'opération, et dont on s'est rendu maître par des injections d'eau fortement vinaigrée.

Bien que la plus grande partie des matières fécales sortent par le vagin, il commence à en passer une partie par l'anus. Cette femme a repris de la force et de l'appétit ; la coloration de la face s'est considérablement améliorée, et sauf l'infirmité pénible résultant du passage des matières à travers la vulve, elle est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant. On voit avec quelle déplorable facilité survient la récidive du cancer encéphaloïde, et nous sommes loin de nous faire illusion sur la durée de la guérison obtenue. Mais si cette malade, dont la vie était si directement menacée, doit à l'opération qui lui a été faite la conservation de quelques années d'existence, il nous paraît difficile de contester à cette opération le caractère d'utilité, de rationalité que nous nous croyons en droit de lui attribuer jusqu'ici.

Nous ferons remarquer, en outre, que les procédés diagnostiques et opératoires employés dans ce cas particulier, tendent sous différents points de vue à fixer la pratique d'une manière générale dans l'ablation des tumeurs de la paroi recto-vaginale, et c'est surtout à ce titre que nous avons regardé cette observation comme n'étant point indigne de l'attention des praticiens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juillet. — Présidence de M. FERRUS.

M. Moreau interrompt la lecture du procès-verbal, et demande que le conseil fasse des démarches auprès du propriétaire de la salle pour rendre la salle plus sonore.

De toutes parts : Elle l'est trop.

M. le président. Ce que demande M. Moreau a été déjà fait ; on n'a pas encore trouvé le moyen de remédier aux défauts d'acoustique que présente cette salle. Cependant si MM. les membres voulaient observer la règle du silence, on entendrait beaucoup mieux.

Le procès-verbal est lu.

M. Breschet. J'ai deux observations à faire sur le procès-verbal ; la première, c'est qu'il est beaucoup trop long ; un procès-verbal ne doit être qu'une analyse, qu'un exposé succinct de la séance précédente. Ensuite, j'ai vu que M. le secrétaire avait porté un jugement sur le discours d'un membre ; cela n'est pas dans ses droits ; cela est contraire à ses devoirs. Ainsi il s'est servi d'expressions inconvenantes pour caractériser le discours de M. Gerdy.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel. Ma réponse à M. Breschet sera bien simple, quoique son accusation soit très grave. Les expressions qu'il m'attribue ne sont pas de moi ; je n'ai fait que reproduire celles d'un membre qui a parlé après M. Gerdy.

M. Nacquart. C'est là votre tort ; le secrétaire ne doit donner que la substance d'un discours, et modifier, adoucir ou supprimer les expressions vives ou choquantes qui peuvent échapper dans la chaleur de la conversation.

M. Chevallier. Je ne partage pas cet avis, le secrétaire doit tout reproduire ; tant pis pour ceux que la vivacité emporte, le procès-verbal doit constater leur écart.

M. Dubois (d'Amiens). Au milieu de ces opinions contraires, la besogne du secrétaire devient, messieurs, fort embarrassante. Je crois, en effet, comme M. Nacquart, que le secrétaire ne doit pas reproduire tout ce qui se dit dans cette enceinte, et plusieurs fois j'ai supprimé, de mon chef, ce qui ne me paraissait pas digne de figurer au procès-verbal.

Cet incident n'a pas de suite, et le procès-verbal est adopté.

— *M. Bally*. Dans un procès récent, j'ai lu dans les journaux, qu'on médecin avait dit devant la justice qu'une goutte de la solution de Fowler était suffisante pour empoisonner cinq à six personnes. Cette opinion m'a beaucoup étonné ; car, à ce compte, moi qui ai donné cette solution à une dose beaucoup plus élevée, j'aurais empoisonné un bien grand nombre de malades, et je ne crois pas que ce malheur me soit arrivé. Il est peut-être utile de rappeler la formule de cette solution ; elle se compose de :

Eau distillée,	250 grammes.
Acide arsénieux,	2
Carbonate de soude,	2
Eau de lavande,	20

Quand la dissolution est opérée, on élève les proportions d'eau jusqu'à 500 grammes. De sorte que vous voyez que l'acide arsénieux y est contenu presque à dose homœopathique. J'ai administré cette solution de Fowler à la dose de 6, 8, 12 et même 20 gouttes, sans que j'aie eu à constater le plus léger accident. Je crois donc que l'opinion émise par ce médecin est une erreur.

M. Dubois (d'Amiens). C'est probablement dans les journaux politiques que M. Bally a lu la relation de ce procès ; mais ils ont été fort infidèles dans ce qui concerne la déposition des médecins. La *Gazette des Hôpitaux* a très bien fait remarquer que ces relations étaient écrites par des gens qui ne connaissaient pas la matière.

M. Guibourt. Je crois que la solution de Fowler est plus concentrée que ne l'a dit M. Bally. Si ma mémoire est fidèle, elle contient 1/140e de son poids d'acide arsénieux ; 25 gouttes renfermeraient donc 1/6e de grain d'arsenic. La liqueur de Pearson est moins concentrée, puisqu'elle contient 1/567e d'acide arsénieux.

M. Londe. Les formulaires les plus récents prescrivent la solution de Fowler à la dose 5 à 10 gouttes.

M. Mérat lit un rapport officiel sur un travail de M. Ginestet, officier de santé à Castelsarrasin, relatif au suc exprimé de l'ortie comme hémostatique.

Trois observations d'hémorrhagie utérine accompagnent ce travail ; elles ont été toutes les trois arrêtées par le suc d'ortie donné à la dose de 4 à 6 grammes. Ce travail renferme aussi deux observations d'hématémèse guérie par l'emploi de ce moyen. Insertion d'une partie de ce travail et remercîments à l'auteur.

M. Londe. Ce médicament ne peut être prescrit que dans une certaine saison de l'année. Depuis quelque temps on a remis en vigueur un antihémorrhagique puissant, c'est la poudre de sabine que j'ai récemment employée avec le plus grand succès.

M. Gérardin. On a préconisé un grand nombre de moyens contre les hémorrhagies utérines, et ces moyens n'ont pu soutenir l'épreuve de l'expérience. Je crains bien qu'il n'en soit de même du suc d'ortie. Les observations rapportées par l'auteur de ce travail ne sont rien moins que concluantes, elles manquent de détails, et elles sont d'ailleurs toutes différentes entre elles. Avant de donner son approbation à ce mémoire, l'Académie devrait être édifiée par de nouveaux faits et par des faits comparables.

M. Mérat. C'est précisément pour avoir de nouveaux faits que la commission propose l'impression d'une partie de ce travail. En appelant l'attention des praticiens sur le moyen proposé par M. Ginestet, nous espérons qu'ils se livreront à quelques essais.

M. Cloquet donne quelques détails d'anatomie microscopique sur l'organe de *l'urtica urens* qui produit l'urtication.

M. Velpeau. Comme M. Gérardin, je crois que les observations ne sont pas très concluantes. D'un autre côté le suc d'ortie n'est pas un médicament nouveau, il a été souvent préconisé. Mais, comme son emploi paraît être inoffensif, je ne vois pas d'inconvénients à ce qu'on répète les expériences de M. Ginestet.

M. Moreau. Il pourrait y avoir des inconvénients si en présence d'une hémorrhagie foudroyante le praticien allait perdre un temps précieux en administrant le suc d'ortie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Duméril* fait un rapport verbal sur une observation de morsure de vipère guérie par de petits débridements cautérisés par le nitrate acide de mercure.

Le rapporteur n'est pas sûr qu'on eût réellement affaire à une morsure de vipère, car il n'y avait qu'une seule piqûre.

M. Bally expose qu'un médecin de l'Isère, M. Rome, a guéri cinq fois cet accident en approchant le membre piqué d'un foyer très ardent, jusqu'à rubéfaction.

M. Prus. Il faut prendre garde aux remèdes vantés dans ces circonstances. J'ai eu occasion de voir une femme qui avait été piquée par une vipère. Des accidents très graves s'étaient développés, et entre autres un gonflement de tout le corps. J'étais à la campagne, éloigné d'une pharmacie ; je n'avais sous ma main que de l'ammoniaque. J'en fis prendre quelques gouttes à la malade, qui guérit parfaitement. Je crois qu'on a beaucoup exagéré la valeur des cautérisations. Le médecin ne se trouve pas dans la forêt où l'accident est arrivé ; il ne voit le malade ordinairement que plusieurs heures après la piqûre, et alors que le virus a été absorbé.

— *M. Duméril* fait quatre autres rapports verbaux sur diverses observations singulières.

La première est relative à une tumeur développée sur la région du front, qui, incisée, donna issue à deux tænias.

Dans la seconde, il est question de vers lombrics contenus dans un abcès.

Dans la troisième, d'un calcul développé dans les gencives.

Dans la quatrième enfin, d'urines dans lesquelles on voyait des strongles et des tænias.

Toutes ces observations manquant de détails circonstanciés, et les pièces à l'appui n'ayant pas été envoyées, le rapporteur se borne à les faire connaître sans leur donner aucune approbation.

M. Nacquart a été témoin, avec M. Lugol, d'un cas où le malade, qui souffrait depuis long-temps des reins, a rendu par les urines des vers ascarides.

M. Velpeau ne nie pas absolument la possibilité du fait ; mais dans les cas cités, il croit que c'était tout simplement la fibrine du sang décoloré qui a été prise pour des helminthes.

M. Ségalas partage cette opinion. Il a été appelé par un médecin fort grave, professeur de la Faculté, qui venait, disait-il, de rendre un cloporte avec ses urines.

— *M. Robert* continue et termine la lecture de son mémoire sur les fractures du col du fémur.

— A cinq heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 4 juin 1844. — Présidence de M. BELHOMME.

Correspondance. — 1° Demande d'admission de M. le docteur Morel-Lavallée, appuyée de l'envoi d'un Mémoire sur *les luxations de la clavicule*. (Commissaires : MM. Baraduc, Forget et Vernois.)

2° Demande d'admission de M. le docteur Chailly (Honoré), appuyée de l'envoi d'un *Traité sur les accouchements*. (Commissaires : MM. Blatin, Bréon et Lozes.)

3° M. Eugène Picard envoie et soumet à l'examen de la Société deux moules en plâtre, représentant les mâchoires d'une même personne avant et après le traitement d'une déviation des arcades dentaires. (M. Toirac, rapporteur.)

— *M. Félix Legros* présente un jeune garçon de quinze ans (Pierre Hermann, rue des Rosiers, 25) portant à chaque région inguinale une tumeur pour laquelle il était allé demander la veille un avis à la consultation d'un hôpital à la tête duquel se trouve l'un de nos plus grands chirurgiens. Celui-ci, après examen des tumeurs, conseilla au jeune homme de porter un bandage, et de s'en pourvoir rue des Vieux-Augustins, 40. C'était pour lui faire obtenir ce bandage gratis que l'adjoint du maire l'adressa à M. Félix Legros, comme médecin du bureau de bienfaisance.

Après un court examen, il me fut facile, dit M. Félix-Legros, de reconnaître que ce jeune garçon n'avait pas de hernies ; que les tumeurs larges, aplaties, irréductibles, douloureuses qui se trouvent aux aines, sont constituées par les deux testicules arrêtés à l'anneau suspubien. La vacuité des bourses complète les preuves.

Vers le septième ou huitième mois de la vie intra-utérine, les testicules quittent l'abdomen, parcourent le canal inguinal, et guidés par le *gubernaculum testis*, descendent dans le scrotum. De rares exceptions se présentent. Mon jeune malade en est un curieux exemple ; il n'est pas le seul : il y a quelques années, je fus appelé dans la pension Darragon, rue Basse-du-Rempart, pour y voir un jeune homme de seize ans qui ne pouvait supporter un bandage que lui avait fait appliquer un médecin pour une hernie inguinale, laquelle n'était autre chose que le testicule arrêté à l'anneau. Cet accident, outre les erreurs de diagnostic qu'il cause, comme on vient de le voir, s'accompagne souvent de phénomènes insolites tels qu'hydrocèle, hernie, etc. En effet, le testicule arrêté dans l'anneau, la tunique vaginale reste en communication avec le péritoine, le liquide du ventre s'y amasse comme au point le plus déclive ; les intestins eux-mêmes y descendent, ce qui constitue des tumeurs composées fort difficiles à reconnaître, et surtout à opérer lorsque survient un étranglement, ainsi qu'on en trouve un exemple dû à Dupuytren, dans la Médecine opératoire de Sabatier (4e vol.). Un commis de dix-sept ans portait à l'aine droite une tumeur formée d'un mélange de liquide, d'air et de parties molles. Cette tumeur avait été alternativement prise pour une hydrocèle, une hernie ; et le testicule droit qui manquait dans le scrotum. Un bandage n'avait jamais pu être supporté à cause des graves accidents qu'il produisait ; des signes d'étranglement survinrent, et Dupuytren opéra malgré la nature complexe de la tumeur. Il parvint à un kyste séreux, derrière lequel se trouvait un sac herniaire contenant une anse intestinale qui se plongeait dans l'anneau inguinal resté libre et large, mais dont l'orifice supérieur constituait un étranglement formé par le collet du sac. La réduction opérée, après débridement, Dupuytren trouva à la hauteur de l'anneau inguinal, et recouverte seulement par le péritoine, une tumeur qui n'était autre que le testicule, lequel resta, après la guérison, dans le canal qui s'oblitéra par suite des adhérences suscitées par l'opération, et devint ainsi impropre aux récidives.

Pour en revenir à mon malade, il devra suivre un régime de nature à relâcher les liens du testicule, à favoriser sa descente (émollients, bains tièdes, marche modérée), et s'abstenir de porter un bandage qui serait un obstacle au but qu'on veut atteindre. Si ces moyens amènent le résultat désiré, il faudra interposer alors seulement, entre le canal et le testicule, la pelote d'un brayer, dans le double but d'empêcher les testicules de remonter et les viscères de descendre ; des bains froids, des vésicatoires volants, tous les moyens, en un mot, capables de déterminer le resserrement ou l'adhérence des ouvertures, devront être mis en usage ; et en dernier lieu, si l'organe séminal se trouvait étranglé dans le canal sans pouvoir être dégagé, il faudrait pénétrer jusqu'à lui et agir comme pour un étranglement herniaire.

M. Collombe. J'ai vu dernièrement un jeune homme chez lequel l'un des testicules était encore situé dans l'aine. Quelques accidents d'étranglement sont survenus, puis se sont dissipés. Maintenant, j'attends que le testicule descende dans le côté correspondant des bourses.

— *M. Ségalas* présente une femme qu'il a guérie d'une fistule vésico-vaginale. On sait, dit-il, que cette affection est difficile à guérir. Il a même été soutenu à l'Académie que la guérison en était le plus souvent impossible, et l'on s'est appuyé sur une pièce pathologique dans laquelle l'orifice des uretères était intéressé dans l'ouverture fistulaire. On conçoit qu'il puisse résulter d'une telle disposition, de grandes difficultés. Néanmoins, j'ai par devers moi quelques faits qui me prouvent que l'affection dont il s'agit est susceptible de guérison. Chez la malade que je vous présente, la fistule était survenue il y a quatre ans à la suite d'un accouchement laborieux, et une pierre formée sous l'influence de l'inflammation vésicale compliquait la maladie primitive. Je crus devoir d'abord détruire la pierre, ce qui fut fait en deux séances de lithotritie ; j'étudiai ensuite la fistule à l'aide de mon spéculum conique en sens inverse des spéculums ordinaires, c'est-à-dire que la partie la plus étroite correspond à la vulve, et la plus large au fond du vagin, et je remarquai que lorsqu'il était appliqué, l'urine ne coulait pas. Voulant essayer d'utiliser cette circonstance, je plaçai une sonde à demeure dans la vessie, et fixai le spéculum dans le vagin, après avoir cautérisé la plaie. Le spéculum resta appliqué pendant deux jours, après quoi son séjour étant devenu fatigant, je le retirai. Je cautérisai encore à différentes reprises, et je vis une amélioration sensible succéder à ce traitement. La malade se sonda ensuite elle-même. Enfin la guérison devint complète. Il y a maintenant trois ans, et elle ne s'est pas démentie.

M. Forget. Quels étaient l'étendue et le siége de la fistule ?

M. Ségalas. Elle était située au dessus du col de l'utérus, et elle était bien réellement vésicale, et non urétrale, car l'urine s'écoulait d'une manière continue. Elle offrait environ neuf lignes de diamètre transversalement, et existait depuis trois mois. Plusieurs chirurgiens distingués l'avaient déclarée incurable.

M. Blatin. J'ai employé avec avantage dans ces fistules un instrument de M. Félix Darcet, qui empêche l'urine de passer.

— *M. Ségalas* montre ensuite deux pierres que leur forme et leur volume ont rendues réfractaires à la lithotritie, et qu'il a extraites récemment et à quelques jours d'intervalle, par la taille hypogastrique. Ces deux pierres paraissent être d'acide urique. L'une pèse 135 grammes ; elle appartient à un curé des environs de Roanne. L'autre pèse 68 grammes ; elle existait chez le père du concierge d'une maison voisine. M. Ségalas fait observer qu'on ne rencontre plus guère de pierres de cette grosseur que chez des personnes venant de la province. Les deux malades n'ont éprouvé aucun accident, et sont en voie de guérison.

M. Forget. M. Ségalas a-t-il eu toujours à s'applaudir du haut appareil ?

M. Ségalas. Oui, ne pratiquant la taille que pour des pierres très volumineuses, ce procédé offre plus d'avantages et moins d'inconvénients que la taille périnéale. On obtient par lui une ouverture plus étendue. Avec de l'attention on peut éviter la lésion du péritoine, et en plaçant après l'opération une sonde formant siphon, à demeure dans la vessie, on procure à l'urine un écoulement constant, on empêche son passage par la plaie, et l'on prévient son infiltration dans le tissu cellulaire environnant, ainsi que la formation de fistules urinaires.

— *M. Félix Legros* communique l'observation suivante :

Un dentiste, M. Bianchi, arrache la première grosse molaire inférieure du côté gauche, à un garçon boucher âgé de vingt-trois ans,

d'une très forte constitution. Pendant quatorze jours, des hémorrhagies inquiétantes contre lesquelles luttent en vain les médecins du quartier, se déclarent. Le malade, transporté à la Pitié, voit son écoulement de sang arrêté pour quelque temps. Mais à peine sorti de l'hôpital, l'hémorrhagie se montre plus abondante qu'auparavant. En un seul jour, M. le docteur Berthier, aidé de son neveu, le docteur Alph. Lagrange, applique sept fois le cautère actuel. Enfin, tous les moyens connus épuisés, et le malade étant exsangue, le docteur Berthier la fait monter dans un fiacre, et le conduit à l'Hôtel-Dieu auprès de M. Roux, qui, après avoir entendu les détails précédents, se décide à lier l'artère carotide primitive. Pendant les apprêts de l'opération, le patient est mis par des indiscrets au courant de ce qui se prépare, et prend la fuite. On a su depuis qu'à la suite d'une longue syncope, l'hémorrhagie s'était arrêtée, et que ce jeune homme était sujet aux écoulements de sang, que la moindre coupure était suivie, chez lui, d'hémorrhagie. On ajoute que le dentiste Pernet a perdu récemment un de ses opérés par le même accident.

M Ségalas a connu une femme qui est morte de celte manière.

M. Toirac. Les hémorrhagies proprement dites qui peuvent survenir à la suite de l'extraction d'une dent, sont en général de courte durée, et cèdent le plus ordinairement aux collutoires acidulés ou alcooliques, ou bien à une simple pression exercée pendant quelques instants avec le pouce et l'index sur les gencives, afin de favoriser la formation du caillot qui doit, à la manière d'un bouchon, combler l'alvéole. Mais il n'en est pas toujours ainsi, surtout pour l'hémorrhagie qui, au lieu de se manifester immédiatement, se montre dix, vingt, trente heures après l'opération, et cela sans symptômes précurseurs, sans qu'il y ait eu fracture de l'os ou déchirement des chairs. Les astringents les plus énergiques, la cautérisation, le tamponnement avec la charpie, etc., ne suffisent pas toujours. Le moyen qui m'a toujours réussi dans les cas assez nombreux que j'ai été appelé à soigner, est l'emploi de la cire, indiqué d'ailleurs par tous les auteurs, mais qu'il faut appliquer d'une certaine façon pour agir d'une manière efficace. On fait usage plus particulièrement de cire blanche épurée, qui ne se ramollit qu'à une température élevée. On la chauffe jusqu'à ce qu'elle se pétrisse facilement entre les doigts, puis on en met un morceau sur la place vide qu'a laissée la dent, et on le presse de façon qu'il pénètre bien dans toutes les anfractuosités de l'alvéole. On pose ensuite par-dessus un petit rouleau de toile assez gros pour que, les arcades dentaires étant rapprochées, il puisse comprimer la cire et la maintenir en place. Une mentonnière complète le pansement. L'appareil doit être gardé deux ou trois heures au moins sans que le malade ouvre la bouche. Sans le rouleau et la compression indiqués, le morceau de cire est chassé au dehors, et l'on perd alors un temps souvent précieux.

M. Toirac ajoute quelques réflexions sur les fistules dentaires. Ces sortes de fistules, dit-il, vont quelquefois s'ouvrir dans des points assez éloignés des dents malades qui les ont produites et les entretiennent. Il y a plus de vingt ans que j'ai eu l'occasion d'ouvrir un abcès qui s'était développé entre la paupière inférieure et le globe de l'œil. La pus continua à couler jusqu'à ce qu'il fut possible d'enlever un petit fragment de racine abandonné depuis long-temps dans l'alvéole d'une des canines syncrâniennes. Tout récemment j'ai donné des soins à un prince étranger qui portait, lorsqu'il vint me consulter, une tumeur au palais, assez étendue, peu saillante, indolente au toucher, sans changement de couleur de la membrane palatine. Il m'apprit que, quelques mois auparavant, un abcès s'était ouvert dans la fosse nasale gauche. Les dents, examinées avec soin, me parurent toutes parfaitement saines, enchâssées dans une gencive ferme et rose, à l'exception de la petite incisive gauche à laquelle on pouvait imprimer un léger ébranlement en la saisissant avec les doigts, symptôme suffisant pour m'indiquer une maladie dont le siége devait se trouver à l'extrémité de la racine. Malgré toute ma répugnance à sacrifier cette dent belle et blanche à la vue, je résolus pourtant d'en faire l'extraction. L'opération terminée, une pression qu'exerça le malade sur la tumeur, avec la pointe de la langue, fit couler par l'alvéole une humeur presque limpide et légèrement colorée, comme on en rencontre ordinairement dans les kystes communs aux mâchoires. De l'eau tiède que j'injectai par l'alvéole, au moyen d'une canule très mince, pénétrait facilement dans la tumeur. Tout me portait à croire qu'une guérison radicale ne se ferait pas attendre; cependant, les jours suivants, la tumeur continua à se remplir au fur et à mesure qu'elle se vidait. Je me décidai alors à pratiquer une contre-ouverture du côté du palais, au moyen d'un petit cautère rouge enfoncé dans l'endroit qui me parut le plus proéminent. Una injection, poussée dans l'ouverture, passait rapidement par l'alvéole. Dès le lendemain, la tumeur s'était affaissée; et quelques jours après, elle avait entièrement disparu.

Comme fait pratique, je ferai remarquer qu'il convient, dans la plupart des cas, d'ouvrir les tumeurs qui se développent au palais avec le fer chaud pour éviter l'hémorrhagie qui suit souvent l'incision avec l'instrument tranchant, et qui, soit dit en passant, est fort difficile à arrêter.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Action de l'huile volatile de pommes de terre sur l'économie animale; par M. le docteur Edouard Fuerst, de Berlin.

On sait que l'eau-de-vie de pommes de terre doit à la présence d'une huile essentielle particulière l'odeur et la saveur désagréables qu'elle présente lorsqu'elle n'en a pas été complétement débarrassée par une purification convenable. C'est par cette huile que M. Fuerst a entrepris une série d'expériences.

Cette huile, à l'état de pureté, possède les propriété chimiques suivantes. C'est un liquide huileux, incolore, d'une odeur très désagréable, et qui attaque fortement les organes de la respiration; sa saveur est brûlante et âcre; il est plus léger que l'eau, et son poids spécifique est d'environ 0,8. Ses principes élémentaires sont le carbone, l'oxygène et l'hydrogène. Lorsqu'on l'enflamme, il brûle avec une flamme très claire. En versant quelques gouttes d'une solution aqueuse de blanc d'œuf, il se sépare au fond du vase une masse gélatineuse. Par l'addition de quelques gouttes de lait, il se forme un coagulum de couleur blanche.

C'est sur des lapins principalement que M. Fuerst a fait ses expériences avec cette huile; il l'a portée jusque dans l'estomac de ces animaux, à l'aide d'une sonde œsophagienne, à la dose de 4 à 30 grammes.

Les résultats qu'il a obtenus l'ont conduit aux conclusions suivantes:

1° L'huile volatile de pommes de terre doit être rangée, sans contredit, parmi les poisons, parce que, donnée à dose assez forte, elle détermina la mort en très peu de temps. A petites doses, elle n'occasionne plus la mort; mais alors elle produit des effets remarquables sur le *sensorium*. D'abord elle excite fortement, et donne lieu à un état qui rapproche beaucoup de l'ivresse; puis, elle exerce une action déprimante sur tout le système nerveux, en provoquant un assoupissement dont le sujet ne sort qu'au bout de quelque temps.

2° Cette huile agit, immédiatement et par sympathie, de l'estomac sur les autres organes: la grande rapidité de ses effets en est une preuve; car, si ce poison devait être d'abord transporté dans le torrent de la circulation avant d'agir, son action serait beaucoup moins prompte. On en trouve nne autre preuve encore dans l'action énergique qu'elle exerce sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, avec laquelle elle se trouve directement en contact: en effet, l'épithélium et toute la tunique villeuse du tube gastro-intestinal sont entièrement détruits, et même la tunique propre de ce conduit est tellement attaquée qu'on peut la détacher sans difficulté. Ces lésions se rencontrent principalement dans le fond du ventricule, tandis que l'orifice cardiaque ne présente jamais rien de pareil. En outre, on a trouvé, dans la plupart des cas, une extravasation sanguine qui paraissait provenir de la destruction des vaisseaux de la tunique vasculaire.

3° Cette huile est aussi absorbée, ainsi qu'on peut le reconnaître aux faits suivants:

A. Toutes les parties de la cavité abdominale ont constamment laissé exhaler l'odeur propre à cette huile.

B. L'air respiré présentait pareillement celte même odeur, pen de temps après l'injection dans l'estomac.

4° On ne peut pas préciser d'une manière bien exacte en quoi le passage de cette huile dans le torrent de la circulation contribue à la production de l'ivresse; cependant, il est probable que cet effet contribue beaucoup au développement de ce phénomène.

(*Medicinische Zeitung.*)

Sur l'efficacité du grateron dans le traitement des scrofules; par M. le docteur G. Ferramosca.

M. Ferramosca, après avoir signalé l'inconstance d'action des divers agents thérapeutiques conseillés contre la diathèse strumeuse, se loue beaucoup des avantages qu'il a retirés, dans cette affection, de l'emploi du grateron (*Galium aparine*, L.). Il affirme que, lorsque la dyscrasie scrofuleuse est simple et sans aucune complication d'un vice étranger quelconque, l'usage du suc exprimé de cette plante l'emporte sur tout autre moyen pour la guérir complétement, quelles que soient d'ailleurs la forme sous laquelle elle se présente et la période à laquelle elle peut être déjà parvenue. Du reste, il ajoute qu'il a observé qu'on arrive plus rapidement au but désiré en associant à l'usage interne du suc l'application topique de la plante contuse, ou mieux encore réduite en pulpe, sur les parties qui sont le siége apparent du mal, telles que les tumeurs glanduleuses, les ulcères, les croûtes, les tumeurs blanches articulaires, etc.

L'auteur rappelle que l'emploi du grateron a été conseillé dès la plus haute antiquité (par Dioscoride) contre la même affection; que Girolamo Gaspari s'en est occupé dans le même but; que Ciril o écrivait: « *Gallium Aparine, etiam externè adhibitum, struma resolvit* »; que Petagna indiquait les expériences de Gaspari comme bonnes à répéter; et que, malgré tout cela, le grateron n'en est pas moins tombé dans l'oubli. Toutefois, ayant, depuis plusieurs années, entrepris d'expérimenter cette plante, il en a obtenu des effets plus satisfaisants que de quelque autre agent thérapeutique que ce soit. Mais il ajoute que pour en retirer tout le bénéfice attendu, son administration doit être soutenue tous les jours et pendant long-temps, afin qu'elle puisse produira les changements très notables que réclame la composition des solides, et encore que, dans les cas de complications, il convient de lui associer les divers agents qui peuvent être indiqués par les circonstances très variées que présentent les divers sujets.

M. Ferramosca rapporte les résultats obtenus par un pharmacien qu'il a chargé de faire l'analyse chimique du grateron. On y a trouvé de la chlorophylle, de l'acétate de potasse, de l'acide gallique avec un peu de tannin, de la matière extractive et de l'eau.

Il termine son travail par la relation de quelques faits choisis parmi ceux en grand nombre qu'il a recueillis, dans sa pratique, sur l'efficacité du grateron contre les scrofules, et il engage ses confrères à vouloir bien répéter ses essais pour la thérapeutique d'une maladie si fréquente, si rebelle, et qui, comme le dit Clark, est l'unique point de départ de la phthisie pulmonaire. (*Il Filiatro Sebezio.*)

Note sur l'emploi du naphte dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par MM. les docteurs Hasting et Wilson.

MM. Hastiug et Wilson publient chacun une observation de succès da l'emploi du naphte comme antiphthisique. Mais ils recommandent surtout de n'employer que du naphte à l'état de pureté parfaite; parce que, disent-ils, cette huile est parfois mélangée de substances étrangères qui pourraient devenir nuisibles aux malades et donner lieu à des accidents plus ou moins graves.

M. Wilson, qui la prescrit sans l'associer à d'autre médicament, fait commencer par dix gouttes trois fois par jour, et fait augmenter graduellement jusqu'à ce que le sujet en prenne soixante gouttes par prise. Mais chez la malade dont il rapporta la guérison, le naphte, à cette dernière dose ayant déterminé des symptômes cérébraux, force a été de baisser la dose à quarante gouttes trois fois par jour, ce qui a été continué jusqu'à l'entier rétablissement.

H. Hasting associe le naphte à l'opium, d'après la formule suivante:

Pr. Naphte rectifié, 32 grammes;
Laudanum de Sydenham, 8 id.

M. S. A. pour une mixture dont on donne quinze gouttes trois fois par jour.

Chaque prise est administrée dans une demi-tasse d'eau convenablement édulcorée avec du sucre ou avec un sirop approprié.

Le malade qui fait le sujet de l'observation rapportée par M. Hasting, fut guéri tout à fait après avoir fait usage de cette mixture pendant deux mois. (*Schmidt's Jahrbuecher.*)

NOUVELLES.

M. le préfet de la Seine, dans son discours prononcé à l'occasion du renouvellement des juges consulaires, a annoncé que la construction d'un nouvel hôpital venait d'être votée par le conseil municipal.

— Un médecin de Paris, M. Lenglebert, est au nombre des personnes blessées par l'accident arrivé dimanche dernier, au chemin de fer de la rive gauche. Malgré sa blessure, qui consiste dans une fracture du péroné, notre confrère s'est empressé de donner les premiers soins aux autres victimes de l'accident.

— La dernière séance de l'Académie des sciences ne renferme autre chose qui soit relatif aux sciences médicales qu'une lettre de M. Le Roy-d'Etioles, dans laquelle il annonce avoir heureusement extrait par la lithotritie la moitié d'un manche de cuiller à moutarde introduite dans la vessie.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 2 juillet 1844, un concours public sera ouvert le 4 novembre prochain, davant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la place de chef des travaux anatomiquea de ladite Faculté.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 JUILLET 1844. (17e ANNÉE.) N°. 88. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Les ateliers étant fermés dimanche 28 et lundi 29 juillet, le Journal ne paraîtra pas mardi.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Des différentes ulcérations de la cornée. De l'ophthalmie dite scrofuleuse. De la photophobie et de l'épiphora considérés dans leurs rapports avec les ulcères de la cornée.

Nous avons décrit avec soin les caractères de la kératite diffuse; il nous reste à dire quelques mots pour compléter son diagnostic, puis nous parlerons de la kératite ulcéreuse.

La kératite diffuse peut occuper les différents plans de la cornée; et, selon qu'elle siége dans les lames externes, moyennes ou profondes de la membrane, elle doit offrir quelques modifications symptomatologiques.

Quand l'inflammation est superficielle, elle se présente avec tous les caractères que nous avons décrits, et sur lesquels nous ne reviendrons pas. Lorsqu'elle occupe les lames moyennes de la cornée (kératite interstitielle), l'œil paraît déjà au malade recouvert d'un nuage, alors qu'on ne distingue rien encore; la rougeur siége dans l'épaisseur des tissus; on voit que la suffusion occupe l'intérieur de la membrane; la circonférence de la cornée prend une teinte opaline qui masque légèrement l'anneau radié signalé plus haut. Une zone, ou terne, ou lactée, ou jaunâtre, et quelquefois comme purulente, sépare de la portion encore diaphane de l'œil les radiures antérieures de cet anneau vasculaire. Quand l'inflammation de la cornée débutera par les lames profondes, la rougeur et la vascularisation ne subissent pas de changements; mais dans cette espèce, la conjonctive est presque toujours intacte; l'anneau rouge présente une teinte vermillon très vif, et assez souvent ne s'étale pas sur le limbe de la cornée. Enfin, on doit ajouter que le trouble de l'humeur aqueuse, le dépôt d'une matière blanchâtre ou jaunâtre entre la cornée et l'iris, un certain degré de réaction sur cette dernière membrane, complètent à peu près les caractères de la kératite profonde.

Ces trois nuances de l'inflammation de la cornée déterminent dans l'œil des troubles, des nuages, qu'il n'est pas plus difficile de distinguer que les taches indélébiles de cette même membrane. Tous les praticiens savent reconnaître trois espèces de taches de la cornée; celles qui occupent les lames superficielles, moyennes, ou profondes; il en est de même des troubles qu'apportent les kératites superficielles, interstitielles ou profondes, dans la transparence des différents plans dont l'inflammation s'empare.

Dans la kératite ulcéreuse, l'ulcère est tantôt la cause de la phlegmasie, le début de la maladie, tantôt et le plus souvent il n'en est que l'effet, la conséquence. L'ulcère peut être considéré comme le point de départ de la maladie toutes les fois, par exemple, que la kératite survient par suite de l'introduction d'un corps étranger dans l'œil; il n'en est que la conséquence, au contraire, quand l'inflammation, sous l'influence d'une cause quelconque autre que celle-là, vient à se développer dans la cornée et amène à sa suite une ou plusieurs ulcérations.

Autrefois les ulcères de la cornée étaient décrits indépendamment de la kératite, ils étaient considérés comme une maladie à part, on en reconnaissait un nombre infini de variété qui ne sont pas nécessaires à conserver. On était tombé dans l'inconvénient de trop multiplier les espèces, inconvénient qui n'est pas moindre que celui de n'en pas admettre un nombre suffisant.

En définitive, les ulcères de la cornée peuvent être divisés en cinq catégories principales, ce sont :

1° L'ulcère qui peut débuter de prime abord sous la forme d'une petite phlyctène ou d'une petite cupule, ou plutôt l'ulcération débute ordinairement par une phlyctène, mais elle a très peu d'étendue; comme les tissus conservent leur transparence, elle échappe à la vue le plus souvent. La cupule (*bothrion* des anciens) se présente sous l'aspect d'une demi-sphère régulière, bien limitée, circonscrite et conservant ses caractères jusqu'à la fin. Presque toujours elle occupe le centre de la cornée ou du moins la portion transparente de cette membrane; elle s'accompagne de cuisson et de larmoiement. Cette variété s'observe chez les adultes et les individus d'une constitution sèche.

2° L'ulcère serpigineux est une variété qui rampe pour ainsi dire à la surface de la cornée. Le n° 8 de la salle des femmes en offre un exemple. C'est l'*épicauma* des anciens. La couche superficielle est comme écorchée dans cette espèce, la surface de la cornée est chagrinée, semble rugueuse; elle présente des facettes qui donnent l'idée d'un cristal taillé; mais il faut pour cela que la maladie dure déjà depuis longtemps. Ordinairement cette espèce d'ulcération commence par les bords. Les différences entre l'*épicauma* et le *bothrion* sont facilement appréciables. Le dernier naît sous forme d'un petit creux bien circonscrit, parfaitement limité; l'*épicauma*, au contraire, revêt la forme d'une plaque inégale, rugueuse, s'avançant de la circonférence au centre comme pour envahir toute l'étendue de la cornée.

3° Les ulcères lymphatiques ou plastiques commencent par de petits point blancs; ils apparaissent avec les caractères de dépôts de lymphe plastique, de pus dans la cornée; ces points blancs occupent un espace très petit; assez souvent on en voit trois, quatre ou cinq gros comme des piqûres d'épingle, cela n'a jamais lieu pour le bothrion ou pour l'épicauma. Ces ulcères ont une marche qui leur est propre; ils occupent tantôt la couche superficielle et tantôt la couche profonde de la membrane; dans le premier cas, lorsque le petit dépôt vient à s'ouvrir, il leur succède une ulcération grisâtre et une cicatrice opaque; dans le second, ce sont des ulcères dangereux, car il peut arriver qu'ils s'ouvrent en dedans.

4° Les ulcères que nous avons nommés en *coup d'ongle, en arcade*, noms auxquels nous tenons peu, mais dont nous nous servons en attendant qu'on en ait trouvé un plus approprié. Ceux-ci ont des caractères tout à fait spéciaux, et ils sont de tous les plus dangereux. A peu près constamment situés à la circonférence de la cornée, ils s'offrent sous la forme d'une demi-lune de trois, quatre, cinq, six, dix millimètres d'étendue, et peuvent en parcourir toute la circonférence; dans cette variété, la substance de la cornée se creuse; il semble qu'une portion en ait été enlevée avec l'ongle. Cet ulcère est ordinairement le siége d'une douleur brûlante; il s'accompagne de tous les symptômes d'une kératite et d'une conjonctivite intense; c'est-à-dire, que la photophobie, l'épiphora, la douleur, la cuisson sont le plus souvent considérables.

5° Le néphélion qui appartient à la couche superficielle de la cornée, qu'on peut admettre si l'on veut comme cinquième variété, ou qu'on peut sans inconvénient faire rentrer dans la variété d'ulcères plastiques. Avec une loupe on voit que cette espèce est caractérisée par des points blancs et veloutés; c'est à elle qu'on a donné le nom de nubécule.

Telles sont les diverses variétés envisagées seulement sous le point de vue matériel et dégagées des considérations nombreuses auxquelles elles pourraient donner naissance, et dans lesquelles nous entrerons en temps et lieu.

Il était nécessaire de connaître ces différents résultats de la kératite, puisque c'est par eux surtout que nous allons pouvoir expliquer les perturbations fonctionnelles de l'œil dans cette inflammation. Nous avons longuement insisté sur ce point que la vue, dans le commencement même de la kératite, était déjà troublée manifestement; tandis que la conjonctivite franche, au contraire, quelque intense qu'elle puisse être, n'amenait dans l'exercice de la vision que des modifications fort légères. Le développement des ulcères de la cornée donnent l'explication de ce fait; car la kératite ne peut durer que fort peu de temps sans que bientôt les ulcères ne se développent, et que la vue par conséquent ne soit troublée.

La kératite, avons-nous dit, est accompagnée de douleur; mais cette douleur, comme les autres symptômes, est différente selon les espèces d'ulcères. Avant l'ulcération, elle est sourde, obtuse, ressentie dans l'orbite; mais celle qui accompagne l'ulcère, prend des caractères particuliers selon l'espèce. Dans le néphélion et l'ulcère plastique, elle est modérée tant que la lamelle externe n'est pas déchirée, tant que la phlyctène est intacte. Dès que l'ulcération existe, au contraire, dans les différentes espèces, la photophobie, l'épiphora et la douleur deviennent intenses. Sans doute, il est quelques exceptions; en chirurgie et en médecine on trouve des exceptions à toutes les règles, ce qui ne doit pas empêcher de dire que toutes les fois, en général, qu'il y a ulcération, les deux symptômes, photophobie et épiphora, sont portés à un haut degré.

Dans la pathologie oculaire, ces deux phénomènes ont joué un rôle extrêmement important; ils ont été interprétés d'un très grand nombre de manières.

Pour les élèves de l'école de Beer, la photophobie et l'épiphora sont restés les signes pathognomoniques de l'ophthalmie scrofuleuse. Aussi, partant de ce point, ils ont été conduits à admettre que cette ophthalmie était extrêmement fréquente.

Si nous jugeons, en effet, de ce qui se passe ailleurs, parce que nous observons à la consultation de la Charité, nous parlons seulement de la consultation parce qu'on n'admet à l'hôpital que des sujets au-dessus de quinze ans; si, d'un autre côté, nous admettions le principe précédent, nous serions forcés de conclure que les cinq sixièmes des enfants sont scrofuleux, car presque tous se présentent à nous la main appliquée sur les yeux, fuyant, redoutant la lumière, en un mot avec une photophobie et un épiphora considérables, et la cornée malade, ulcérée. Chez presque tous ces enfants, nous observons ce blépharo-spasme dont on a fait le signe de l'ophthalmie dite scrofuleuse.

Ceci déjà tendrait à prouver que l'inflammation accompagnée de ces deux symptômes n'est pas propre, comme on l'a avancé, aux scrofuleux seuls; d'ailleurs, nous l'avons dit, nous ne croyons pas à la scrofule comme on l'entend, comme maladie spéciale; nous en parlons dans ces leçons ainsi que d'une chose admise, afin de nous faire entendre, parce que c'est une opinion qui aurait besoin de longs développements qui ne seraient point ici en leur lieu.

Mais ce que nous affirmons, c'est qu'on rencontre ces deux caractères chez des individus qui ne présentent rien de scrofuleux; c'est qu'on les rencontre, selon nous, non chez les scrofuleux, mais chez les sujets dont la cornée est ulcérée, et si cela se voit chez les enfants plus fréquemment que chez les adultes, c'est que les enfants plus que les adultes sont exposés à la kératite ulcéreuse.

D'ailleurs les enfants parfaitement constitués, sains, vigoureux, nés de parents également sains et robustes, ne sont pas à l'abri de la photophobie et du larmoiement. Ils contractent aussi la kératite ulcéreuse.

Veut-on une preuve plus concluante de ce que nous avançons? Qu'on examine ce qui se passe, quand par suite d'une violence intérieure, la cornée vient à être écorchée; quand, par exemple, un corps étranger siége dans son tissu, comme une paillette de fer, une petite parcelle de pierre, de paille, etc. Eh bien! il y a de la photophobie et de l'épiphora, du blépharo-spasme, en un mot, tous les caractères que certains oculistes assignent aux ophthalmies scrofuleuses seules.

De ces deux symptômes ont été données successivement plusieurs explications; quelques-uns y ont vu une réaction sur la rétine; car, a-t-on dit, on observe des ulcères de la cornée sans photophobie, et de la photophobie sans ulcération; ce qui est vrai.

D'autres ont expliqué ces symptômes par une réaction sur le cercle ciliaire. MM. Bérard, Tavignot, Kant, ont donné des explications qui se rapprochent.

Nous pensons que ces praticiens se sont fait illusion, il peut y avoir épiphora et photophobie dans l'iritis, la choroïdite, la rétine peut être malade et l'on ne rencontre point ces symptômes.

Il est vrai, comme nous le disions tout à l'heure, qu'il existe parfois des ulcères sur la cornée sans épiphora et sans photophobie, mais ce n'est jamais qu'à l'époque où l'ulcération s'est jamais transformée de manière que sa surface est devenue pour ainsi dire une sorte de membrane muqueuse; dans ces cas les deux symptômes manquent.

Mais, en général, pour nous, la raison de la photophobie et du larmoiement, c'est l'ulcère lui-même.

Il nous reste à étudier la marche et le traitement de la kératite, c'est ce que nous ferons la première fois.

PAJOT.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Chorée chez une jeune fille. Réflexions sur le traitement et la marche de cette affection.

Au n° 13 de la salle Sainte-Catherine, a été couchée une jeune fille de neuf ans, malade depuis trois mois. D'une bonne constitution, habituellement bien portante, vaccinée, non variolée; ses parents affirment qu'elle n'a jamais été malade. Il y a trois mois environ, disent-ils, à la suite d'une frayeur très vive, elle éprouva dans la face quelques mouvements convulsifs que l'on prit pour des grimaces, et pour lesquels on lui infligea même quelques légères punitions.

Au bout de huit ou dix jours, les mouvements des muscles de la face devinrent encore plus désordonnés; en même temps des mouvements brusques, saccadés et irréguliers des membres, principalement des membres supérieurs, se manifestèrent. La parole n'a point été embarrassée. On essaya, contre ces phénomènes, quelques moyens peu énergiques, et principalement des bains de pieds sinapisés, la jeune malade se plaignant de maux de tête fréquents. Depuis lors, les symptômes morbides caractérisés par les désordre, tant des muscles de la face que de ceux des membres, allèrent en augmentant; l'enfant se trouvait dans un état d'agitation très considérable et

presque continuel, ce qui détermina les parents à l'amener à l'hôpital.

Voici l'état qu'elle présente au moment du premier examen, à la visite du lendemain :

Le visage, d'une coloration normale, est agité de temps en temps de mouvements convulsifs brusques, irréguliers, non continuels, mais se succédant à intervalles très rapprochés. Ces mouvements affectent principalement la commissure gauche de la bouche. Les yeux et les paupières sont soumis à la même influence convulsive. L'enfant, lorsqu'on lui recommande de tirer la langue au dehors, ne peut le faire qu'avec difficulté, et seulement après avoir essayé en vain pendant quelques instants d'exécuter ce mouvement. La mâchoire inférieure n'éprouve pas de grands mouvements, e la parole est assez facile.

Vue couchée dans son lit, la petite malade ne présente pas d'agitation du tronc, et celle des membres est peu considérable. C'est à peine si les jambes présentent quelquefois de légères secousses. Les bras, quoique plus fortement agités, n'ont point cependant ces mouvements continuels assez communs dans la chorée.

Mais, lorsque l'on fait mettre l'enfant debout, son corps tout entier est agité d'un tremblement extrêmement violent qui lui rend impossible, non-seulement la station, mais aussi la progression. Elle ne peut se tenir en place sans s'appuyer contre les objets qui l'environnent, et encore n'y est-elle jamais un seul moment immobile. Quand elle veut essayer de marcher elle trébuche à chaque pas, ne peut aller en ligne droite, même pendant le plus court espace, et est obligée de se cramponner avec force aux meubles ou aux personnes qui sont près d'elle.

Dans cette position aussi, le tremblement du tronc se communique au cou et à la tête, que l'enfant rejette d'une épaule sur l'autre, sans garder un seul instant la même position. Malgré l'intensité de ces mouvements du col et de la tête, la voix, comme nous l'avons déjà dit, n'a subi aucune modification. On n'observe pas non plus ce cri particulier, assez semblable au cri hystérique que profèrent souvent les choréiques. Les fonctions de la vie de nutrition s'exécutent bien ; les organes des sens ne sont non plus nullement intéressés ; la sensibilité générale de l'enfant et son impressionnabilité semblent un peu augmentées. La moindre contrariété lui arrache des larmes ; elle pleure aussi très souvent lorsqu'elle voit rire de la bizarrerie de ses mouvements les enfants qui sont dans la même salle de l'hôpital. On remarque que les mouvements convulsifs sont presque constamment plus intenses à gauche qu'à droite.

Les symptômes généraux n'offrent rien de particulier à noter. Le pouls est calme, régulier. Pas de douleur dans la région du cou. Elle continue seulement à se plaindre un peu de temps en temps de douleur de tête. Infusion de valériane ; frictions avec l'huile de camomille camphrée ; bains de pieds sinapisés ; une portion ; bain.

Quinze jours du traitement indiqué n'ayant amené aucun résultat, on change la prescription, et on donne à l'enfant, pour tisane, une infusion légère de feuilles d'oranger ; chaque jour, on devra administrer une prise, matin et soir, de valériane en poudre (0,40 par prise). Continuer les frictions avec l'huile de camomille ; bains.

Sous l'influence de cette médication, et de l'administration à l'intérieur de la poudre de valériane, les accidents convulsifs ont semblé diminuer un peu d'intensité ; cependant, ils sont encore assez violents pour que l'enfant éprouve la plus grande difficulté à se tenir debout ou à faire quelques pas. Les mouvements du col et de la tête sont aussi moins rapides et moins continuels. L'odeur de la valériane dégoûte la jeune malade, qui se refuse à en continuer l'usage. On prescrit, à prendre chaque jour, une pilule de 0,025 d'extrait aqueux d'opium ; vésicatoire au cou.

Nous n'entrerons pas dans de plus longs détails sur les progrès qu'a faits la maladie pendant les trois mois que la malade est restée dans les salles de M. Jadelot. Nous dirons seulement qu'au bout de ce temps, ses parents ayant voulu la reprendre chez eux pour l'envoyer ensuite à la campagne, cette jeune fille sortit de l'hôpital, sinon complétement guérie, du moins dans un état beaucoup plus satisfaisant que celui qu'elle présentait à son entrée. Les mouvements convulsifs sont beaucoup moins fréquents et moins prononcés que dans les premiers temps. Les tremblements des membres supérieurs sont presque entièrement disparus, ainsi que ceux des membres inférieurs. L'enfant peut marcher assez franchement, même sans se tenir aux objets qui sont autour d'elle ; mais elle ne suit pas une ligne droite, et trébuche encore quelquefois sans tomber. Les mouvements des jambes sont plus marqués pendant le séjour au lit de la malade, que pendant la station assise ou debout. L'extrême impressionnabilité et la susceptibilité coléreuse de la jeune fille sont aussi moins fortes, et tout fait présager une guérison complète dans un assez court espace de temps.

— Comme celui de la plupart des maladies nerveuses, le siége de la chorée est complétement inconnu ; et bien qu'heureusement les cas mortels soient assez rares, les autopsies cadavériques n'ont rien appris qui puisse éclairer ce point. On a, à plusieurs reprises, constaté des altérations de la substance cérébrale ; mais aucune de ces lésions n'était constante, et l'on a le plus souvent eu affaire à des cas où il y avait absence complète de toute espèce de lésion pouvant présenter un rapport quelconque avec les phénomènes notés pendant la vie. On comprendra facilement qu'il est ici superflu de nous occuper de ces altérations anatomiques, la plupart du temps sans valeur, du moins bien appréciable, chacune de ces altérations pouvant exister sans qu'il y ait chorée, et la chorée pouvant se manifester aussi en l'absence de chacune de ces altérations. Cependant, M. Jadelot croit que très souvent la chorée partielle chronique peut être la suite et dépendre d'une affection organique de l'encéphale.

Nous dirons seulement quelques mots de la marche et du traitement de l'affection, laissant de côté les autres points, sur lesquels nous reviendrons plus tard, s'il y a lieu.

La chorée peut être générale ou partielle. Cependant, plus souvent elle n'occupe qu'une partie du corps, et ne présente pas une très grande intensité. Le plus fréquemment aussi, elle débute d'une manière subite, c'est-à-dire que les premiers phénomènes apparaissent instantanément, sans être cependant parvenus à leur maximum d'intensité. Au contraire, il est rare qu'au commencement de la maladie, les tremblements convulsifs soient aussi forts qu'ils le deviendront par la suite. Quelques grimaces, quelques trémoussements légers et soubresauts des membres inférieurs, selon les uns, des supérieurs, selon les autres, ce qui semblerait presque prouver que ces premiers phénomènes n'affectent pas tel ou tel siége de préférence. Il en est de même de la fréquence avec laquelle la chorée affecte tel ou tel côté du corps, lorsqu'elle est partielle, les uns la considérant comme plus commune à gauche qu'à droite, les autres professant une opinion contraire.

Lorsque la chorée est partielle, c'est le plus ordinairement dans les membres que l'on observe les mouvements convulsifs ; quand ce sont les bras qui sont pris, ils sont plus ou moins rapidement, suivant l'intensité de la maladie, portés dans tous les sens d'une façon irrégulière et désordonnée. Les mouvements volontaires sont difficiles, même impossibles, et rien n'est plus bizarre que les contorsions des malades. Quand c'est la jambe, si le malade est couché, le membre inférieur n'est agité que de tremblements et de secousses brusques ; mais c'est lorsque le sujet veut marcher que les symptômes deviennent curieux et caractéristiques. Le malade tire à lui d'abord le membre malade, puis fait un effort, le soulève, et le jette brusquement en avant, en lançant la pointe la première, et opérant un mouvement de circumduction ; il marche, comme on dit, en fauchant. Lorsque la chorée occupe les deux jambes, la démarche du malade devient sautillante, saccadée, et présente quelques points de rapport avec les mouvements qu'exécutent les pantins dont s'amusent les enfants, et que l'on fait mouvoir à l'aide d'une ficelle.

Lorsque la chorée des membres inférieurs a atteint son maximum d'intensité, l'enfant ne peut se tenir debout ; il chancelle, et malgré ses efforts pour se retenir aux objets qui l'environnent, ses jambes plient et il tombe à terre. La chorée du visage n'est pas rare. Celle du tronc n'existe que lorsque la maladie est générale, par conséquent elle est encore moins fréquente et plus grave. Nous mentionnerons seulement en passant, et sans nous y appesantir, les autres symptômes qui accompagnent la chorée, tels que l'impressionnabilité et la susceptibilité très vive des malades, une disposition très grande à se mettre en colère pour les moindres motifs. La sensibilité générale et l'intelligence sont souvent modifiées. Si M. Rufz a prétendu que jamais il n'y avait eu de céphalalgie, il s'est à coup sûr trompé, comme le prouve chaque jour l'observation des faits, et comme l'on a pu s'en convaincre notamment dans le cas actuel.

Les fonctions intellectuelles conservent leur intégrité normale, lorsque la maladie n'a point encore duré très long-temps ; mais si elle se prolonge trop, on voit se manifester un affaiblissement de l'intelligence, une véritable perte de la mémoire, et même un certain degré d'imbécillité et d'idiotisme.

Une fois déclarée, et nous avons dit qu'elle débutait brusquement, la chorée peut suivre une marche aiguë et chronique. Lorsqu'elle est aiguë, l'agitation reste rarement au même degré pendant tout son cours ; elle présente des alternatives de diminution et d'accroissement, et finit peu à peu par disparaître lorsque l'affection doit se terminer par résolution. La durée en est environ de six semaines à deux mois, lorsqu'on met en usage un traitement énergique et convenable. Quelquefois le mal passe à l'état chronique, et résiste pendant long-temps aux traitements que l'on emploie contre lui. Les troubles de la motilité sont alors moins intenses, mais ils durent plus long-temps, et la guérison en devient de plus en plus difficile. C'est surtout dans la chorée chronique que l'on observe l'affaiblissement intellectuel dont nous avons parlé plus haut. Presque toujours la chorée chronique est partielle et limitée à un des côtés du corps. Une chose assez curieuse, c'est que la chorée chronique débute d'emblée par l'état chronique, et n'est presque jamais la suite d'une chorée aiguë. La chorée peut se terminer de différentes manières. Très souvent elle laisse après elle une susceptibilité nerveuse très prononcée, des tics de la face, des yeux, des paupières ; toujours on doit se défier de la disposition aux rechutes ; et chose assez remarquable, c'est que les rechutes arrivent presque toujours dans la même saison, principalement pendant les grandes chaleurs de l'été.

La terminaison la plus heureuse en même temps que la plus fréquente de la chorée, c'est la guérison complète ; d'autres fois on a vu l'aliénation mentale, l'hystérie, l'épilepsie lui succéder, et alors le pronostic est des plus graves et des plus défavorables. L'examen complet des causes qui peuvent donner lieu à la production de la chorée serait extrêmement curieux. Il reste à peu près certain que de toutes les causes auxquelles on peut la rapporter, ce sont les émotions morales vives et surtout la frayeur qui la déterminent le plus fréquemment ; que de plus, sans être tout à fait inconnue dans les premières années de l'enfance, elle est plus commune de six à quinze ans qu'au-dessous de six ans. L'imitation peut-elle donner lieu à la production de la chorée ? C'est une opinion qui, après avoir long temps régné dans la science, est maintenant à peu près abandonnée.

Quant au traitement, que nous examinerons rapidement, nous devons dire que pour la chorée, la thérapeutique est tellement riche qu'elle doit être considérée comme très pauvre. Il n'est peut-être pas une substance de la matière médicale qui n'ait été employée et qui ne compte des succès.

Comme dans la plupart des affections nerveuses, les pertes de sang au lieu de procurer de l'amélioration, semblent être plus nuisibles qu'utiles. Les bains, principalement les bains un peu froids, à 18 ou 20 degrés centigrades, et dans lesquels on plonge les malades par surprise, en pratiquant une immersion complète, ont été souvent suivis d'heureux résultats. Les affusions froides comptent également des succès ; mais néanmoins, M. Jadelot leur préfère les bains.

Les antispasmodiques, le musc, le camphre, la valériane, ont tour à tour été mis en usage. M. Jadelot prescrit souvent et avec succès l'usage de la racine de valériane en poudre, à dose proportionnée à l'âge et à la constitution du sujet, et même qu'au degré d'intensité de la maladie. L'oxyde de zinc a souvent été mis en usage depuis ces dernières années ; on prétend en avoir tiré de grands avantages, chose dont on doit se garder de donner une assurance formelle d'après quelques faits que présente la science en ce moment.

Les narcotiques viennent naturellement en aide aux antispasmodiques, et peut-être doit-on leur accorder plus de confiance qu'aux premiers. Quoi qu'il en soit, c'est à l'opium et à la belladone qu'on doit principalement s'adresser, et les succès sont nombreux après l'emploi de ces deux substances, principalement de la première et de ses composés.

Les purgatifs ont été administrés par des auteurs distingués ; Sydenham lui-même faisait prendre à ses malades des potions dans la composition desquelles entraient des émétiques, des éméto-catarthiques. On a observé depuis cette époque que la réunion des purgatifs et des antispasmodiques constitue une médication souvent active et ordinairement suivie de succès.

Enfin nous n'oublierons pas les toniques, le quinquina et principalement les préparations ferrugineuses, non plus que les bains sulfureux que M. Baudelocque a substitués aux bains simples, et qui semblent avoir quelque avantage dans le traitement de cette singulière et bizarre affection.

HOPITAL NECKER. — M. CHASSAIGNAC.

De l'inégalité des ouvertures palpébrales chez les sujets qui ont eu des ophthalmies. Observation de spasme du muscle orbiculaire des paupières.

M. Chassaignac a observé, comme conséquence des diverses espèces d'ophthalmies (kératite, iritis, etc.), un phénomène sur lequel il nous a paru de quelque intérêt d'appeler l'attention des médecins. C'est l'état de rétrécissement de l'ouverture oculaire qui subsiste plus ou moins long-temps après la cessation complète de l'ophthalmie.

Voici dans quel état se présentent les malades chez lesquels on observe cette particularité. La paupière inférieure, au lieu de s'élever d'un degré égal et symétrique à celui de la paupière du côté opposé, semble rester lourde et paresseuse, de manière à donner quelque chose de contraint et de disgracieux à la physionomie. On examine l'œil, on le trouve parfaitement sain. On renverse les paupières pour en examiner la face interne ; on n'y trouve aucune ulcération, et l'on se demande quelle peut être la cause de cet état particulier de la paupière. Parmi les circonstances qui pourraient rendre compte de cet état de la paupière, on pourrait invoquer les suivantes :

1° L'habitude contractée par le malade depuis un temps plus ou moins long, de fermer, soit complétement, soit incomplétement, l'œil du côté malade. C'est un fait d'observation que, quand une action musculaire a été soutenue pendant un certain laps de temps, elle a de la tendance à se continuer en l'absence des causes qui l'avaient provoquées. C'est là ce qui explique la production de traits caractéristiques dans la physionomie chez les individus qui ont mis long-temps en jeu l'action de certains muscles de la face. Si cette explication est admise, il faudra voir dans l'habitude de contraction de l'orbiculaire, la cause de cette semi-occlusion des paupières.

2° Il est si commun de voir, chez les individus atteints d'une ophthalmie exclusivement bornée aux parties constituantes du globe de l'œil sans lésion des paupières ; il est si commun, disons-nous, de voir ces voiles membraneux s'engorger plus ou moins pendant les ophthalmies, que l'on pourrait attribuer à un reste d'engorgement palpébral le symptôme dont nous nous occupons à présent.

3° Enfin, y a-t-il, par suite des conditions normales dans lesquelles ont été placées toutes les dépendances de l'œil durant les ophthalmies, une sorte de paralysie complète du releveur de la paupière inférieure ? Voilà ce qu'il nous serait très difficile de décider.

Quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur les causes de ce phénomène, son existence nous a été démontrée par bon nombre de faits, et nous avons dû chercher, pour faire cesser la discordance résultant de cette disposition, les moyens de remédier à la cause organique de cette insuffisance d'élévation de la paupière supérieure, de cette insuffisance de l'ouverture palpébrale. Parmi les moyens que nous avons employé dans ce but, nous mentionnerons l'usage :

1° Du baume de Fioraventi, présenté à distance du globe de l'œil ;

2° Des attouchements avec le sulfate d'alumine sur la face interne des paupières.

Nous n'avons pas encore obtenu des résultats assez décisifs pour éclairer, à cet égard, la thérapeutique oculaire.

Spasme de l'orbiculaire des paupières.

A l'occasion de l'observation précédente sur l'état des paupières à la suite des ophthalmies, nous mentionnerons une observation de spasme des paupières, ou pour parler plus anatomiquement, de contraction spasmodique du muscle orbiculaire

des paupières. D'après la force avec laquelle les paupières étaient maintenues fermées, il y avait lieu de croire à une photophobie très intense, et probablement à quelque lésion, soit de la cornée, soit de l'iris. Ce fut même en raison de ce que l'on supposait l'existence possible de quelque lésion importante à combattre, que M. Chassaignac se décida à employer l'ophthalmostat, à l'effet d'obtenir l'ouverture des paupières à un degré suffisant et pendant assez de temps pour observer l'état du globe de l'œil. Cette présomption d'une lésion photophobique de l'œil avait d'autant plus de probabilité, qu'il y avait larmoiement, et que cette malade présentait les traits caractéristiques des sujets atteints de scrofules, et que l'on connaît la fréquence des ulcérations de la cornée chez les sujets qui offrent les caractères de la constitution scrofuleuse. On eut donc lieu d'être surpris de ne trouver après un examen complet des deux yeux avec l'ophthalmostat à ressort, aucune des lésions qui s'accompagnent de l'occlusion spasmodique des paupières. Le moyen d'examen, l'ophthalmostat, fut aussi dans cette circonstance le moyen de guérison ; car dès le lendemain les paupières s'ouvraient avec facilité. Cette malade, qui était entrée le 8 mai 1844 à l'hôpital Necker, en est sortie le 4 juillet ; c'est une fille de vingt-cinq ans, exerçant la profession de couturière. Elle a déjà éprouvé une autre fois les accidents que nous avons observés chez elle.

SUR L'HÉMORRHAGIE PRODUITE PAR LA PIQURE DES SANGSUES, ET LE MOYEN SIMPLE ET FACILE D'Y REMÉDIER ;

Par M. Emmanuel Rousseau.

L'histoire et l'utilité des sangsues comme moyen thérapeutique sont connues de tous. Leur bouche est, comme on sait, formée de trois mamelons conoïdes ou mâchoires dont les centres, légèrement sillonnés, donnent sortie à une espèce de rondache lamellée, cornée et dentée en forme de peigne. Cet appareil, presque triangulaire, mis en mouvement au gré de l'animal, lui donne la facilité de scier la peau et d'humer le sang en faisant le vide à la manière des ventouses, au moyen de son disque buccal.

Les ouvertures pratiquées par la morsure des sangsues, nécessairement triangulaires, sont d'autant plus profondes que le système vasculaire est lui-même plus enfoncé, ou que la peau est plus fine et plus mince. L'hémorrhagie qui en résulte a trop souvent été fatale, chez de jeunes enfants comme chez des sujets adultes ; des exemples assez nombreux consignés par les auteurs en font foi. Je ne parle pas ici du mauvais résultat d'une déplétion sanguine prescrite et jugée nécessaire par le médecin, mais seulement du désordre occasionné par l'hémorrhagie prolongée au delà de son gré, et rebelle à tous les moyens employés pour y mettre un terme.

Une jeune fille de dix-sept ans, à laquelle je donnais des soins, a été, dans l'espace de moins de douze heures, enlevée à sa famille, dont elle était l'espoir, à la suite d'une application de sangsues, l'une des branches de la veine épigastrique n'ayant pu être assez comprimée pour mettre fin à l'hémorrhagie d'une seule piqûre. J'étais absent, les parents tentèrent en vain divers moyens ; ils n'eurent malheureusement pas recours à un confrère, et lorsque je revins il était trop tard, la malade mourait exsangue.

Frappé plus que jamais d'un danger dont j'avais personnellement un si cruel exemple à déplorer, je fis différents essais, et, finalement, j'imaginai d'agir par pression légère et prolongée au moyen d'un tube de verre. L'entière réussite me porte à recommander le petit instrument dont je me servis ; il est, sans nul doute, susceptible de perfectionnements : mais tel quel, il a déjà une utilité incontestable dont je livre volontiers l'appréciation aux praticiens.

Son peu de volume, la modicité de son prix, son emploi facile pour tous sans exception, tout enfin me fait espérer qu'il sera goûté, et qu'il suppléera efficacement à l'eau froide, aux toiles d'araignée, à l'agaric de chêne, à l'amadou de linge brûlé, à la charpie râpée et autres moyens en usage dans les cas ordinaires ; qu'il évitera l'emploi douloureux de la cautérisation par les acides, le sulfate de cuivre, la pierre infernale, l'usage du stylet rougi au feu, des pinces imaginées exprès pour les piqûres de sangsues, de la pince à torsion des artères quelquefois employée : moyens délicats, très douloureux, et qui ne peuvent être mis en œuvre que par des mains très exercées.

L'instrument que je propose pouvant, sans aucune crainte d'accidents, être employé par tout le monde sans exception, se compose tout simplement d'un corps de pompe et d'un piston.

Un cylindre en verre fort épais (trois millimètres environ sur huit centimètres de longueur et deux centimètres de diamètre), forme le corps de pompe. L'épaisseur du verre est chose essentielle ; ce cylindre ou tube doit être parfaitement droit.

Le piston, calibré dans toute sa longueur sur l'intérieur du cylindre, doit jouer assez librement ; sa partie inférieure, munie d'un disque en liége solidement fixé à demeure, constitue un frottement doux et rend toute pression moins douloureuse et plus complète ; la partie supérieure, destinée à être saisie par les doigts, et tournée convenablement pour cela, forme une tête qui s'adapte au moyen d'un pas de vis sur le corps du piston, creusé lui-même à l'intérieur, et ferme ainsi cette sorte d'étui destiné à contenir une poudre hémostatique.

Voilà tout l'appareil, je crois difficile d'en trouver un plus simple ; son usage le voici :

Le calibre du cylindre est tel, qu'une sangsue de la plus forte taille peut facilement y être introduite, chassée par le piston vers l'orifice inférieur de l'appareil, et, pressée au besoin, elle ne peut manquer de mordre là où l'on veut qu'elle prenne (remarquons en passant qu'un des grands mérites des sangsues est de pratiquer la saignée locale). L'espace est trop circonscrit pour qu'elle puisse faire son choix d'une autre place. Voici pour l'application.

L'essentiel étant d'arrêter à volonté l'écoulement du sang causé par la piqûre, on y procède avec le même instrument, en exerçant, suivant le besoin, une plus ou moins légère pression du piston sur la plaie, soit avec une poudre hémostatique, soit avec du taffetas d'Angleterre par sa face gommée. A cet effet, ayant préparé à l'avance des disques de ce taffetas taillés sur le calibre du tube de verre, on les y introduit sans les humecter, le disque en liége du piston légèrement imbibé d'un corps gras pour éviter toute adhérence, et on les applique à l'aide dudit piston, après avoir étanché aussi bien que possible le sang qui s'échappe de la piqûre. Il suffit d'agir avec promptitude, et de faire une pression suffisante, dont l'effet, en arrêtant la circulation sur un point donné, est presque toujours certain. Si un seul morceau ne suffit pas, de nouvelles applications circulaires et superposées finissent toujours par atteindre le but proposé.

L'expérience m'a fait préférer à tout autre le piston d'épaisseur régulière pouvant se dégager du tube en levant ce dernier ; il permet de mettre tout à fait dehors du tube la sangsue qui, après avoir piqué, adhère souvent à la cavité, et qui peut lâcher prise dans le tiraillement qu'on lui fait subir pour la poser en plein sur le corps. J'ai renoncé pour ce motif à un premier instrument, dont la partie supérieure (la tête du piston) était plus développée et formait botte pour le taffetas d'Angleterre taillé en rondelles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 1er juin. — Présidence de M. Michon.

Modifications dans les maladies depuis 1832. — M. Descuret lit une note sur les modifications survenues depuis 1832 dans la marche des maladies. Il pense qu'avant cette époque les maladies suivaient une marche plus régulière, tandis que depuis le choléra elles sont plus fréquentes, moins graves, et semblent être une modification de cette dernière affection. Cette remarque sur la plus grande fréquence des maladies, n'est pas seulement le résultat de son observation particulière, elle est encore basée sur le relevé des personnes admises dans les hôpitaux. En 1831, il est entré dans les établissements 69,289 malades, et en 1841, le nombre s'est élevé à 74,898 ; en 1842, il a même été porté à 80,180. Les crimes lui paraissent avoir suivi la même marche croissante. En 1831 on en comptait 4,098, et en 1841 ce nombre s'est élevé à 5,016. La même remarque a été faite en Angleterre. De 20,072 crimes qui furent commis en 1833 dans toute l'étendue du Royaume-Uni, le nombre s'est élevé en 1842 à 31,309.

Après la fréquence des maladies, ce qui a surtout frappé l'attention de notre confrère, c'est leur analogie, leur apparition brusque et leur retour périodique chez un grand nombre de personnes à la fois. Aussi dans ces derniers temps a-t-il souvent remarqué que le moindre abaissement de température, surtout par le vent du nord, était suivi de nausées, de crampes, de diarrhée, d'une altération très sensible de la voix, et même parfois de la suppression de l'urine, tandis que ces symptômes disparaissaient rapidement lorsque le repos et la chaleur du lit avaient rétabli la transpiration.

Les affections éruptives lui ont présenté dans leur marche des modifications fort importantes. Il y a une vingtaine d'années, dit-il, quand nous étions appelés pour un enfant qui éprouvait de la céphalalgie et de la lassitude, avec une toux sèche accompagnée de larmoiement, nous pouvions diagnostiquer une rougeole, une scarlatine ou une variole, suivant que ces derniers symptômes étaient accompagnés d'angine ou de vomissements ; mais aujourd'hui, lors même que ces symptômes existent, ce n'est qu'après cinq, six et même parfois neuf jours d'incubation que l'éruption se déclare. La forme et la couleur des éruptions présentent également de nombreuses modifications. Ainsi, la rougeole est tantôt papuleuse ou boutonneuse ; tantôt elle ressemble à la scarlatine ; d'autres fois enfin elle est peu prononcée, ce qui lui a fait donner le nom de roséole. Cette remarque ne s'applique pas seulement aux affections éruptives, mais encore aux maladies des membranes muqueuses. Aussi, d'après les observations de notre confrère, le quart tout au plus des personnes qu'il a eu à soigner lui ont présenté des maladies franches ; tandis que chez les autres, les affections avaient un caractère mixte ou irrégulier.

L'auteur termine cette note par les conclusions suivantes :

1° Depuis dix ans les maladies sont en général plus nombreuses et moins franches. Elles tendent à se confondre les unes avec les autres, et sont plus difficiles à traiter.

2° En disparaissant au milieu de nous, le choléra asiatique nous a laissé endémiques le choléra sporadique, la cholérine, et la grippe simple ou typhoïde.

3° Deux ou trois fois par an, les maladies prennent un caractère congestif et ambulant plus ou moins cholériforme et ataxo-adynamique.

4° Les secousses sociales imprimées à la société depuis quatorze ans, ont rendu les esprits plus irritables, de sorte que les maladies affectent plus spécialement le système nerveux ou les grands centres de la vie.

5° Enfin les changements survenus dans la constitution médicale ont amené de grandes modifications dans le traitement des maladies, ce qui explique en partie les succès obtenus par des moyens souvent opposés.

M. Dumas fait remarquer également que depuis le commencement de l'année, les affections lui ont paru suivre une marche différente de celle qu'on observe en général. Plusieurs personnes qui éprouvaient de la fièvre, une toux violente, des douleurs vives dans le thorax, une expectoration sanguinolente et les autres symptômes d'une pneumonie commençante, ont été très rapidement guéries sous la seule influence d'une transpiration abondante. En général, les affections des voies respiratoires ont été, cet hiver, beaucoup moins nombreuses et moins graves qu'elles le sont ordinairement, mais elles se compliquaient facilement de nausées, de vomissements et d'un état saburral très prononcé.

Retour de la raison aux approches de la mort. — *M. Alibert*, de Castelnaudary, à l'occasion d'un travail de M. Brierre de Boismont, adresse une note sur le retour des aliénés à la raison au moment de la mort. M. Baillarger est chargé de faire un rapport sur ce sujet.

M. Descuret rapporte l'observation d'un ancien officier affecté d'une tumeur blanche du genou, et qui était tombé dans un état d'idiotisme complet. Depuis vingt ans il avoit perdu l'usage de la parole. Pendant qu'on lui pratiquait l'amputation de la jambe, il prononça quelques mots, et il continua de parler encore pendant quelque temps. M. Descuret cite également l'observation d'une autre personne qui depuis quinze ans était restée dans un état de mutisme complet. Dans les souffrances causées par l'opération d'un lipome, elle articula quelques mots ; pendant la suppuration de la plaie, elle continua de parler ; mais après la guérison, elle retomba dans l'état de mutisme où elle se trouvait précédemment.

M. Baillarger cite l'observation d'une femme qui avait cessé de parler depuis long-temps, et qui recouvra cette faculté pendant le travail de l'accouchement.

M. Ménière demande si une douleur très vive ne peut pas causer le délire et la perte de connaissance. Plusieurs membres citent des faits nombreux à l'appui de cette opinion.

— *M. Michon* donne quelques détails sur l'épidémie érysipélateuse qui règne actuellement dans les hôpitaux. Il rapporte que les érysipèles se déclarent avec une très grande rapidité, et pour les causes les plus légères. En général, ils sont accompagnés d'une couleur violacée de la peau, et de petites élevures distinctes comme si on avait injecté de l'eau sous l'épiderme. Dans quelques cas cette affection a pris brusquement un caractère fort grave. Parfois même elle a été suivie d'une mort très prompte. Aussi, à moins de circonstances urgentes, convient-il d'ajourner toute opération, jusqu'au moment de la disparition de cette épidémie.

— *M. Devilliers* père rapporte que depuis le commencement de l'année il a observé un grand nombre d'érysipèles, soit à la tête, soit sur d'autres parties du corps. La même remarque a été faite par M. Ménière à l'établissement des Sourds-Muets.

— *M. Danyau* communique l'observation d'une dame qui éprouva le huitième jour de ses couches tous les symptômes d'une métro-péritonite fort grave. On lui pratiqua deux saignées du bras, on lui fit plusieurs applications de sangsues sur l'abdomen, et on employa les frictions mercurielles à haute dose. Sous l'influence de cette médication, les symptômes de la métro-péritonite se dissipèrent rapidement ; mais au bout de peu de jours la peau de l'abdomen devint très douloureuse et se couvrit d'un large érysipèle, qui présenta les mêmes caractères qui ont été signalés par M. Michon. Depuis long-temps les auteurs avaient remarqué une grande coïncidence entre les érysipèles et les métro-péritonites puerpérales ; les épidémies qui ont régné cette année à l'hospice de la Maternité et dans les hôpitaux, confirment de nouveau cette assertion.

Surdité causée par la syphilis. — *M. Ménière* pense que dans quelques cas la syphilis est une cause de surdité. A ce sujet, M. Cullerier rapporte avoir donné des soins à une sage-femme qui avait eu la syphilis constitutionnelle, et qui avait employé plusieurs traitements mercuriels. Les symptômes de cette affection étaient entièrement dissipés ; mais au bout de huit ans, elle perdit presqu'entièrement la faculté de l'ouïe. Plusieurs praticiens ayant pensé que cette affection dépendait peut-être de la maladie syphilitique, M. Cullerier se détermina à prescrire l'iodure de potassium. Ce moyen fut employé régulièrement pendant long-temps, mais la malade n'en retira aucun soulagement.

M. Ménière pense que dans certaines pharyngites chroniques accompagnées de surdité et qui ont résisté aux divers moyens de traitement généralement employés contre ces affections, la surdité peut très bien dépendre de la syphilis. M. Cullerier partage la même opinion ; il rapporte que dans plusieurs circonstances semblables il a employé avec succès le traitement antisyphilitique, et qu'il ne faut jamais hésiter d'y avoir recours si la surdité a résisté au traitement employé contre la pharyngite.

M. Ménière a remarqué qu'à la suite de la syphilis il survient parfois dans le périchondre de l'oreille un épaississement très notable. Dans quelques cas le temporal d'un côté lui a paru épaissi et hypertrophié ; il a même constaté que par l'effet du gonflement du rocher le nerf de la septième paire était atrophié, et c'est à ces diverses lésions qu'il attribue la surdité qu'il a observée dans quelques cas.

Paralysie de la face symptôme de syphilis. — D'après M. Pinel-Grandchamp, M. Ricord a remarqué plusieurs fois à l'hôpital du Midi la paralysie de la moitié de la face par suite d'une altération de la septième paire, et il considère cette affection comme un symptôme tertiaire de la syphilis.

Le secrétaire de la Société, Dumas.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journal de chirurgie. Juillet 1844.

Recherches historiques et pratiques sur le renversement des cils contre le globe oculaire, et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière et au moins une partie de l'autre sans que l'œil reste découvert ; par P.-N. Gerdy.

La première partie de ce travail, qui a seule paru, est consacrée aux recherches historiques sur les nombreuses opérations proposées pour guérir le renversement des cils et qu'il rattache aux méthodes suivantes :

1° Redressement ou renversement des cils par des moyens mécaniques, des emplâtres comme le faisait Héraclide, et par des ophthalmostats, puisque MM. Middlemore et Tyrrel en ont proposé ;

2° Arrachement unique et répété jusqu'à l'épuisement des bulbes, qui se perd dans la nuit des temps et de l'histoire ;

3° Arrachement et topiques irritants ou cathérétiques pour détruire ou fermer les bulbes ciliaires, comme le faisait Papias, au rapport de Galien ;

4° Cautérisation ou caustication de la paupière unique ou répétée, pour détruire les bulbes, méthode décrite par Celse, puis à toutes les époques de l'art ;

5° Cautérisation ou caustication unique ou répétée de la peau de la paupière, ancienne méthode décrite par Paul ;

6° Ablation de la peau de la paupière avec ou sans incision du cartilage tarse, par incision ou excision de la peau, avec ou sans suture des bords de la plaie, avec ou sans agglutinatifs, méthode fort ancienne décrite dans Celse et Paul d'Egine ;

7° Ablation de la peau de la paupière par pincement ; méthode décrite par Paul, avec procédés à peine différents, proposés par Bartisch, Verduc, etc. ;

8° Excision partielle ou totale du bord de la paupière ; méthoda vulgaire du temps d'Heister, et depuis employée par des procédés divers, par Jœger, Saunders, Vacca, Schreger, etc. ;

9° Blépharotomie extérieure ou sous-cutanée de MM. Ware, Tyrrel, Cunier, etc.

Recherches sur la structure de l'utérus ; par M. Jobert (de Lamballe).

Il résulte des observations exposées dans ce mémoire :

Que le tissu propre de ce viscère n'est point un tissu fibreux jaune, puisque la chimie démontre dans celui-ci l'absence complète de la fibrine, qui se trouve dans la matrice à toutes les époques de la vie ; et qu'en outre l'anatomie comparée prouve que le tissu fibreux jaune ne se transforme jamais en tissu musculaire ;

Que l'état de grossesse ne fait que montrer l'utérus dans un état d'hypertrophie musculaire ;

Que cet organe est constitué par un véritable muscle et non par plusieurs ;

Qu'il existe une muqueuse utérine, mais dépourvue d'épithélium ;

Enfin que la direction des fibres de l'utérus fait voir parfaitement comment celles-ci tendent à effacer ses différents diamètres, et concourent à l'exonération des produits de la conception.

Remarques sur quelques phénomènes de l'amaurose et sur son traitement par la noix vomique, d'après les observations recueillies dans le service de M. Malgaigne ; par F. Neucourt, interne des hôpitaux.

Il n'est question dans ce travail que de l'amaurose incomplète. L'auteur appelle d'abord l'attention sur un phénomène passé inaperçu dans l'histoire de l'amaurose, à savoir : la diplopie. D'après les faits qu'il expose il se croit autorisé à dire que, dans un certain nombre d'amauroses commençantes, on trouvera, au moment de l'invasion de la maladie, une diplopie nettement caractérisée, qui sera un signe confirmatif de la maladie ; elle pourra servir encore en ce sens que, toutes les fois que chez un malade on trouvera une diplopie opiniâtre, on devra se tenir sur ses gardes, et examiner attentivement pour s'assurer s'il n'existe pas d'autres signes d'une amaurose commençante.

L'auteur s'occupe ensuite des objets imaginaires perçus par les amaurotiques. La couleur de ces objets est très variable. Tantôt aussi ils sont fixes, ce qui est le cas le plus rare, mais dont il faut être prévenu pour éviter toute erreur de diagnostic ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ils ne produisent qu'une sensation passagère.

M. Neucourt arrive au traitement de l'amaurose par la noix vomique. C'est surtout dans les cas d'amaurose torpide, dans ceux où la maladie, dégagée des phénomènes qui l'ont précédée ou accompagnée lorsque l'on a lieu de supposer la paralysie partielle de la rétine, que la noix vomique paraît utile. L'auteur rejette la noix endermique comme présentant plusieurs inconvénients déjà signalés par d'autres auteurs. Il recommande l'extrait de noix vomique en pilules de 5 centigrammes : d'abord une, puis deux, et ainsi jusqu'à ce qu'il y ait des secousses produites dans les membres.

Sur les quatre cas qu'il a vus traiter par ce moyen dans le service de M. Malgaigne, il y a eu amélioration extrêmement prononcée dans deux cas. Dans les deux autres cas, le traitement n'a rien produit. Dans les deux insuccès, l'amaurose était complète. Dans les deux cas où la noix vomique a produit de bons effets, la maladie était incomplète. La strychnine, employée d'abord par voie endermique, ne produisit qu'un effet nul ; la noix vomique, administrée en pilules, amena une guérison presque complète au bout de six semaines.

Journal des connaissances médico-chirurgicales. (Juillet 1844.)

Thérapeutique des maladies de la peau ; par M. Gibert.

Rien de neuf.

Clinique chirurgicale, de M. Roux.

Les deux observations rapportées dans ce travail ont été déjà publiées dans la *Gazette des Hôpitaux.*

De l'indication et de la formule de la saignée générale dans les maladies aiguës; par M. Gouraud père.

Article de généralités non susceptible d'analyse.

De l'opération de la cataracte faite sur un seul œil, sans attendre que la cataracte soit formée dans l'œil opposé; par M. A. Bérard.

M. Bérard s'est proposé, dans cet article, de combattre les objections formulées par les praticiens qui veulent qu'on s'abstienne d'opérer un œil, quelque parfaitement cataracté, tant que l'autre est sain, ou tant que la cataracte n'y est point assez avancée pour que la vision soit entièrement abolie.

Première objection. Le cristallin étant détruit du côté que l'on aura opéré, les deux yeux n'ont plus la même force de réfraction : de là un trouble dans la vision, qui empêche le malade de profiter du bénéfice de l'opération. Il peut résulter de cette différence de force de réfraction du strabisme ou de la diplopie.

A cela M. Bérard répond que s'il est vrai que l'absence du cristallin introduise de notables modifications dans la force de réfraction des milieux de l'œil, il n'est point également vrai que dans tous les cas il en résulte du trouble dans l'acte de la vision. Une foule de cas prouvent le contraire. Cependant il est vrai de dire que quelques individus souffrent de l'inégalité de force des deux yeux. Mais on est toujours à même de remédier à cet incommodité en faisant porter des lunettes d'un verre grossissant du côté opéré, et d'un verre plat du côté opposé.

Deuxième objection. L'opération expose non-seulement l'œil sur lequel on agit aux chances d'une inflammation qui peut en déterminer la perte, mais elle compromet parfois l'œil sain, comme cela est arrivé dans un cas rapporté par M. Cloquet.

L'extension de l'inflammation de l'œil opéré à l'œil non opéré, et l'intensité de l'inflammation dans ce dernier portée au point d'en amener la perte, sont des faits tellement rares qu'ils ne peuvent avoir aucune importance dans la question. Qui donc a songé à proscrire la saignée, parce que l'ouverture d'une veine a parfois fait naître une phlébite mortelle? Aucun praticien n'a rencontré de fait pareil à celui de M. Cloquet.

Troisième objection. En opérant successivement chacun des yeux, il arrive souvent qu'on les perd tous deux; tandis que si on détruit la cataracte des deux côtés le même jour et qu'il survienne des accidents, il est fort rare que ceux-ci ne se concentrent pas sur un seul œil, et que l'autre ne récupère pas la vue plus ou moins complétement.

L'observation, dit M. Bérard, n'a point confirmé l'exactitude des assertions sur lesquelles repose cette objection. Il n'arrive que trop souvent qu'à la suite d'une double opération de cataracte, les deux yeux se perdent, par suite des accidents graves que l'opération fait naître dans l'un et l'autre. D'une autre part, on voit tous les jours une seule opération de cataracte être suivie de guérison. M. Bérard ne veut pas dire, par là, qu'il y a plus d'avantage à n'opérer qu'un œil à la fois lorsque les deux sont en même temps atteints de cataracte; il veut seulement établir que chaque opération expose tout autant chaque œil, soit que l'un des yeux, soit que les deux se trouvent soumis à l'action des instruments, et qu'il faut chercher ailleurs que dans cette particularité les causes de l'innocuité ou des dangers de l'opération.

Après avoir réfuté les objections, M. Bérard expose les avantages de la pratique qu'il propose, et les inconvenients qui résultent de l'expectation.

D'abord l'individu est borgne, et est soumis à tous les désagréments de cette infirmité. Si l'autre œil est pris, mais à un degré moindre, on s'expose à attendre un temps quelquefois très long, à soumettre ainsi le malade à tous les inconvénients de sa position, et aussi on s'expose à voir la cataracte, de simple qu'elle était d'abord, devenir compliquée. L'opération faite de bonne heure, a l'avantage de prévenir le développement de ces complications, qui diminuent ou enlèvent toute chance de succès.

Autre avantage. On sait que l'opacité du cristallin reste bien rarement bornée à un seul œil. Presque toujours l'affection s'étend d'un côté à l'autre, surtout dans les cataractes spontanées, sur les personnes avancées en âge. Dans ces cas, il n'est pas rare de voir un œil se prendre le premier, et devenir entièrement aveugle avant que la plus légère opacité apparaisse dans l'œil opposé. Eh bien, en faisant l'opération dans ces circonstances, parfois on détruit cette fâcheuse disposition de la maladie à s'étendre à l'œil resté transparent, et l'on prévient ainsi le développement d'une seconde cataracte. Bien plus, dans les cas où déjà il existe un commencement d'opacité, on voit assez ordinairement la maladie demeurer stationnaire; on la voit même quelquefois éprouver une marche rétrograde, en sorte qu'en opérant une cataracte mûre d'un côté, on agit de la manière la plus heureuse sur l'autre œil, soit qu'on empêche le développement de la cataracte, soit qu'on rende la maladie stationnaire, soit qu'on obtienne même la guérison d'un commencement d'opacité.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi topique de l'huile de foie de morue dans le traitement de certaines affections strumeuses; par M. le docteur Brefeld.

Outre l'administration de l'huile de foie de morue à l'intérieur, M. Brefeld recourt encore à son application topique dans certaines circonstances. Ainsi dans les cas de tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, de la nuque, de la cavité axillaire et de la région inguinale; il prescrit avec grand succès l'emploi de cette huile en frictions sur les parties enflammées et douloureuses. Toutefois il a observé que cette médication topique devient inutile lorsqu'elle s'adresse aux tumeurs qui sont la conséquence de la variole, de la scarlatine et de la rougeole.

Dans le cas d'ulcères scrofuleux consécutifs à l'inflammation et à la suppuration des ganglions lymphatiques, il emploie la pommade suivante :

Pr. Huile de foie de morue,	15 grammes.	
Sous-acétate de plomb liquide,	8	id.
Jaune d'œuf,	12	id.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

On peut, dans la préparation de ce médicament, remplacer le jaune d'œuf par une égale quantité d'axonge de porc.

Cette pommade est appliquée sur les ulcérations à l'aide de plumasseaux de charpie qu'on en enduit légèrement.

Dans l'ophthalmie scrofuleuse, spécialement dans le cas de blépharite avec photophobie, M. Brefeld illine, de deux à quatre fois par jour, les bords des paupières avec de l'huile de foie de morue pure, qu'il applique au moyen d'un pinceau ou d'une barbe de plume.

Lorsqu'il existe une atrophie chez les jeunes sujets, avec tuméfaction et suppuration des ganglions mésentériques, ce praticien prescrit encore des frictions d'huile de foie de morue à la surface de l'abdomen, et, si le ventre est douloureux, il recommande de faire chauffer l'huile pour pratiquer les frictions. Si les douleurs sont très fortes, il a recours, dans les cas de ce genre, à l'emploi du liniment camphré, en remplaçant par l'huile de foie de morue l'huile ordinaire que l'on fait entrer dans la composition de ce liniment. Il n'est pas besoin de dire que, lorsqu'il survient intercurremment quelque affection aiguë des intestins, il est indispensable de suspendre aussitôt l'emploi de l'huile de foie de morue, et de recourir à la médication antiphlogistique. (*Journal fuer Keinderkrankheiten.*)

Note sur les précautions à prendre pour l'emploi du colchique dans le traitement de la goutte; par M. le docteur R. Bentley Todd, de Loudres.

M. Bentley Todd, dans un ouvrage qu'il vient de publier sur la goutte et le rhumatisme (*Practical remarks on gout, rheumatic fever and chronic rheumatism of the joints, etc.*; London, 1843; in-8°) insiste particulièrement sur l'observation des précautions suivantes qui doivent être prises dans l'emploi du colchique contre ces maladies.

1° Le colchique ne doit pas être donné dans la forme asthénique de la goutte.

2° Il ne doit jamais être administré au début d'un paroxysme, et on ne doit le faire prendre qu'après avoir évacué les intestins par de doux purgatifs.

3° On ne doit d'abord l'administrer qu'à petites doses que l'on augmente progressivement et peu à peu.

4° On ne doit jamais l'administrer seul en commençant.

5° On ne doit pas le donner à une dose susceptible de provoquer des nausées, des vomissements ou des purgations, car ces différents effets sont défavorables à son action curative.

6° On peut le considérer comme avantageux lorsqu'il augmente la sécrétion urinaire et l'évacuation de la bile, lorsque les matières fécales sont fermes, mais enduites de mucosités, et que la peau est le siége d'une sécrétion abondante.

7° Les effets du colchique doivent être surveillés soigneusement, parce que, de même que la digitale et certains autres médicaments, il est susceptible de s'accumuler dans l'organisme.

8° Il est surtout utile dans la forme sthénique de la goutte, chez les constitutions robustes et pendant la jeunesse; il est, au contraire, à peine admissible chez les individus âgés et qui ont déjà eu plusieurs accès de goutte; car, chez ces derniers, la maladie est trop enracinée pour que l'emploi temporaire du médicament puisse exercer quelque influence sur elle. (*Schmidt's Jahrbuecher.*)

Traitement de la colique saturnine; par M. le docteur J. Wilson, médecin de l'hôpital de Middlsex.

Comme tous les praticiens le savent, la constipation est, dans la colique de plomb, le symptôme le plus constant et en même temps le plus tenace, puisqu'il faut presque toujours recourir aux purgatifs les plus actifs pour s'en rendre maître.

M. Wilson a constaté, dans cette affection, l'efficacité des lavements d'eau chaude pendant que le malade est plongé dans un bain chaud. Ce médecin rapporte plusieurs observations dans lesquelles cette médication a réussi à calmer les douleurs et à vaincre la constipation. Il cite en outre un cas de constipation non saturnine dans lequel le même moyen ne s'est pas montré moins efficace.

Les résultats avantageux qu'il a retirés de ce mode de traitement l'engagent à en recommander l'emploi aux praticiens toutes les fois que l'occasion se présentera à eux de le mettre en usage. (*Medico-chirurg. Transac.*)

NOUVELLES.

Les conditions d'acoustique de la nouvelle salle de l'Académie de médecine sont si déplorables, qu'il nous arrive quelquefois d'entendre mal, et même de ne pas entendre du tout, ce qui se dit dans cette docte enceinte. De là quelques erreurs bien involontaires Ainsi, dans notre dernier compte-rendu, nous avons mal entendu ce qu'a dit M. Ségalas, dont nous rétablissons ici la phrase, mal interprétée par nous.

« J'ai été appelé par un professeur de la Faculté auprès d'un homme » très grave, qui disait avoir rendu un cloporte dans ses urines. »

Ce n'est donc pas le professeur, comme nous l'avions dit, qui avait éprouvé cette singulière hallucination.

Monsieur le rédacteur,

C'est par erreur que le compte-rendu de la Société médicale du Temple, inséré dans votre numéro d'hier (87), a maintenu les *noms propres* dans ma communication sur les hemorrhagies à la suite de l'arrachement des dents.

Agréez, etc., Félix Legros.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 3 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 90. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 2 AOUT 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous nous proposons de publier tous les samedis une revue clinique des hôpitaux civils et militaires de Paris. Ce sera un examen des faits journaliers, de la pratique et des doctrines individuelles, au point de vue d'une critique impartiale et bienveillante. Aucune considération de personnes ne nous fera préférer ou négliger un service quelconque, soit rapproché, soit excentrique; aucune considération de ce genre n'influera non plus sur nos jugements. Nous rechercherons la vérité, et nous nous efforcerons de la reproduire dans l'intérêt de l'humanité et de la science.

Nous commencerons par un service de chirurgie où les idées raisonnables, de quelque part qu'elles viennent, sont toujours assurées de trouver accueil. Nous avons à parler d'une opération, sinon nouvelle, du moins non encore pratiquée en France jusqu'à ces derniers jours.

On s'occupe beaucoup du varicocèle depuis quelque temps. C'est d'abord le procédé décrit par M. Gagnebé en 1830, dans sa thèse inaugurale, qui a été appliqué par M. Ricord. Ensuite sont venus les procédés de M. Vidal (de Cassis), dont le dernier surtout est remarquable. En effet, non-seulement les veines sont coupées, mais elles le sont sur plusieurs points par suite de leur enroulement, qui a aussi pour effet nécessaire le raccourcissement de ces vaisseaux, c'est-à-dire du cordon lui-même. M. Velpeau vient de pratiquer, à la Charité, sur un jeune Allemand affecté d'un varicocèle très volumineux du côté gauche, une opération qui a pour résultat, non plus le raccourcissement du cordon, mais celui du scrotum, dont on excise une portion considérable, de manière que ce qui reste de cette poche maintient les varices funiculaires.

Voici le procédé suivi : Le sujet étendu sur la table d'opérations, le scrotum a été allongé en forme de tablier, dont la partie supérieure a été traversée de gauche à droite, à de petites distances, avec une aiguille armée d'un long fil. Il va sans dire que des aides maintenaient le scrotum tandis que l'opérateur procédait à ce premier temps. Le long fil s'est trouvé naturellement décomposé en un grand nombre d'anses qui ont été divisées de façon qu'il en résultât des fils isolés.

Cela fait, à l'aide d'un bistouri, M. Velpeau a réséqué toute la portion du scrotum qui se trouvait en avant des fils, et qui pouvait avoir, allongée comme elle l'était, dix centimètres de hauteur. Les fils ont été noués séparément, et l'opération a été terminée. Elle a donné un résultat immédiat très beau. Les testicules se trouvaient fortement relevés et parfaitement maintenus.

Il est à craindre que la peau ne se relâche au bout d'un temps plus ou moins long. Dans l'hypothèse la plus favorable, celle du maintien des parties dans l'état où l'opération vient de les placer, ce procédé ne se présente encore à l'esprit que comme un moyen palliatif. On substitue, pour ainsi parler, un suspensoir naturel au suspensoir artificiel. On ne touche pas aux veines. Le varicocèle reste ce qu'il était. On empêche le tiraillement du cordon et les douleurs qui en sont la suite; mais on ne fait rien pour s'opposer à l'atrophie du testicule, effet de la compression exercée sur lui par les veines dilatées. Or, c'est quelque chose d'étrange qu'un moyen palliatif qui consiste dans une opération sanglante et douloureuse. Toutefois, beaucoup de chirurgiens seront disposés à accepter cette opération précisément parce qu'elle ne touche pas aux veines, dont on n'a pas dès lors à redouter l'inflammation. La résection du scrotum pour la cure du varicocèle a été faite à Londres par M. Bransby Cooper, et n'a point réussi; mais on ne sait pas bien de quelle manière elle fut pratiquée, et M. Velpeau ne s'est point laissé arrêter par cet insuccès. L'opéré de la Charité va très bien. Il n'a pas eu de fièvre.

M. Velpeau a présentement dans son service deux hommes qui justifient les données sur lesquelles il a tant insisté relativement à la production de l'angéioleucite. L'un de ces hommes (n° 38 de la salle Sainte-Vierge) avait un petit ulcère au côté externe du tendon d'Achille. Des stries rouges se sont élevées de ce petit ulcère le long de la jambe et de la cuisse, marquant le trajet des lymphatiques, et un engorgement ganglionnaire s'est formé à trois centimètres environ au dessous du pli inguinal. Cet engorgement est douloureux; il a le volume d'un petit œuf de poule. Le rapport de causalité est évident. On a vu l'inflammation s'élever du petit ulcère du talon au haut de la cuisse. Il ne l'est pas moins dans l'autre cas, qui est plus remarquable encore. Il s'agit d'un homme robuste (n° 7), qui a depuis très long-temps un eczéma de la région dorsale des deux pieds, et chez lequel une adénite chronique s'est développée à chaque cuisse, à trois ou quatre centimètres au-dessous du pli de l'aine. La tumeur n'est pas exactement circonscrite dans ce siége. On sent des ganglions engorgés jusque dans le pli inguinal. Mais le gros de la tumeur, la tumeur apparente, est dans ce point. Le sujet ne serait pas entré à l'hôpital si un coup n'avait fait passer la tumeur de la cuisse droite à l'état aigu. Voilà donc des adénites chroniques liées visiblement à une affection irritative de la peau. M. Velpeau ne croit pas aux scrofules, et explique par le retentissement d'une irritation des parties environnantes toutes les ganglionites dites scrofuleuses.

Au n° 26 de la salle Sainte-Rose, à la Charité (service de M. Gerdy), une femme (Catherine Guillot), âgée de quarante-neuf ans, a succombé récemment dans le dernier degré de la cachexie cancéreuse, après avoir présenté une série remarquable d'accidents. — En 1832, à la suite d'une couche, crevasses et abcès du sein droit. En 1835, sans cause connue, phlegmon mammaire du même côté, qui se résout dans l'espace de deux mois. En 1841, extirpation de ce même sein, devenu cancéreux à l'occasion d'une pression exercée par un paquet de linge. L'année suivante, extirpation d'une petite tumeur cancéreuse développée au voisinage de la cicatrice de la première opération, et de plusieurs ganglions axillaires. Trois mois après, développement de nouveaux noyaux cancéreux dans les régions mammaire et axillaire droites. En 1843, le bras droit devient horriblement douloureux; il est le siége d'élancements. La malade entre à l'hôpital. Le bras est tuméfié, fusiforme. L'os donne, à la pression, la crépitation des kystes osseux; il est flexible. Douleurs et fourmillements jusque dans les doigts. Bientôt une tumeur se forme sur le sternum, du côté droit, à la hauteur de la troisième côte; elle est parfois traversée d'élancements. Teint caractéristique. Constipation opiniâtre. On applique un bandage à fracture sur le bras. Après plus de six mois de séjour à l'hôpital, colliquation; mort. L'autopsie n'a pu être faite qu'à la dérobée. Le tissu de la diaphyse humérale avait fait place à un carcinome médullaire, au sein duquel il ne subsistait plus que de rares débris du premier, l'os ayant été détruit de dehors en dedans par le progrès de la tumeur. La tumeur sternale était de même nature : saillante au dehors, elle plongeait, à travers le sternum, dans la poitrine, où elle adhérait intimement au poumon. — On n'invoquera pas les causes accidentelles pour expliquer le développement et la succession de ces cancers. Il n'est pas de fait qui montre mieux l'antériorité d'un vice dans l'économie. A une diathèse aussi caractérisée, il aurait fallu pouvoir opposer des neutralisants généraux. Mais de tels remèdes existent-ils?

Remarquons, dans ce cas, la prédilection du vice diathésique pour le côté droit du corps. Ce ne fut que dans les derniers temps que quelques noyaux cancéreux se montrèrent sur la région mammaire gauche.

Nous avons vu, dans le même service, une femme qui, à la suite d'un phlegmon de la partie inférieure interne du bras gauche, a présenté une rétraction de l'aponévrose brachiale. L'avant-bras ne pouvait s'étendre sur le bras au delà de l'angle droit. La bandelette fibreuse avait environ six cen-

FEUILLETON.

DES HOPITAUX ET HOSPICES DE PARIS.

Dans notre état social, la bienfaisance n'est pas seulement une vertu, c'est une nécessité. C'est une nécessité aussi que l'organisation des secours publics. De quelque point de vue qu'on envisage la redoutable question du paupérisme, du point de vue odieux de la répression comme l'ancienne monarchie, du point de vue primitif de la charité pure, comme le christianisme, du point de vue noble et moralisateur des législateurs de la Convention, ou enfin du point de vue étroit et mesquin des hommes d'affaires du moment, il n'en faut pas moins reconnaître la nécessité d'une organisation quelconque dans l'administration des secours publics. On peut différer sur les moyens, mais non pas sur le but.

C'est un droit aussi pour la science sociale de rechercher si les moyens employés dans l'administration de la charité publique atteignent le but proposé. Malheureusement de ce sujet triste et pénible, peu d'hommes ont eu jusqu'ici le courage de s'occuper, seuls les médecins des hôpitaux, dans leurs rapports annuels, ont fait de nobles et persévérants efforts pour ramener l'administration dans des voies plus généreuses. Mais en dehors de ces publications isolées, la presse reste généralement étrangère aux importantes questions que soulève l'administration des secours publics.

Aussi est-ce avec satisfaction que nous avons vu la *Revue indépendante* ouvrir ses pages à un écrivain bien intentionné qui a pris ces questions pour sujet de ses recherches et de ses études. M. Ange Blaze a compris qu'il en était peu de plus sérieux et qui offrent au philosophe et à l'économiste un intérêt plus réel. Quand on voit qu'à Paris seulement plus de cent mille citoyens passent annuellement dans les hôpitaux et hospices, on est invinciblement incité à s'enquérir de quelle manière ils y sont traités, quelle est la condition hygiénique de ces asiles hospitaliers, quelles sont leurs ressources, et si l'administration qui préside à leur distribution fait tout ce qu'elle peut, tout ce qu'elle doit pour le soulagement des classes pauvres qui viennent lui demander secours.

M. Ange Blaze a traité ces questions dans un travail étendu, que nous avons sous les yeux. On voit évidemment qu'après ses propres recherches il a pris pour guide, et il n'en pouvait prendre de meilleur, les rapports annuels de la commission des médecins des hôpitaux. Le soin avec lequel nous avons plusieurs fois analysé ces rapports, nous dispense de suivre ce travail dans plusieurs détails déjà connus de nos lecteurs. Nous ne nous attacherons qu'à quelques faits moins généralement répandus.

La ville de Paris possède quatorze hôpitaux et onze hospices. Il y a sept hôpitaux généraux renfermant 3,047 lits, savoir :

L'Hôtel Dieu et son annexe,	900 lits.
La Pitié,	600
La Charité,	426
Saint-Antoine,	278
Necker,	329
Cochin,	114
Beaujon,	400

Six hôpitaux spéciaux contenant 2,458 lits; savoir :

Saint-Louis,	800 lits.
Midi,	300
Lourcine,	300
Enfants-Malades,	500
Accouchement,	420
Clinique,	138
Total :	5,505

Il y a, en outre, la Maison royale de Santé, contenant 175 lits. On n'y admet que les malades payants. Le nombre des lits s'élève donc à 5,680.

Les hospices proprement dits sont :

La Vieillesse (hommes), contenant	3,000 lits.
— (femmes),	5,000
Les Incurables (hommes),	500
— (femmes),	560
Les Enfants-Trouvés et Orphelins,	502

Les maisons de retraite sont :

Les Ménages, contenant	702 lits.
La Rochefoucauld,	213
Sainte-Périne,	182

Les fondations particulières sont :

Hospice Boulard, contenant	12 lits.
Hospice Brezin,	300
Hospice de Villas,	30
Total :	11,001

Les établissements nosocomiaux de la capitale possèdent donc un total de 16,681 lits.

L'année 1842, qui est la dernière année dont nous connaissions les documents statistiques de l'Administration des hôpitaux de Paris, a fourni une occupation permanente de 5,519 lits dans les hôpitaux seulement pendant les 365 jours de l'année. Les 161 lits qui forment la différence, représentent un intervalle de quelques heures seulement entre chaque malade entrant ou sortant.

Quatre-vingt-cinq mille soixante-sept malades ont été reçus en traitement dans cette année 1842. Ils ont été ainsi répartis entre les divers établissements :

Hôtel-Dieu,	11,217
Annexe de l'Hôtel-Dieu,	4,849
Charité,	7,024
Pitié,	12,057
Saint-Antoine,	3,972
Necker,	4,843
Cochin,	2,479
Beaujon,	4,936
Saint-Louis,	8,291
Midi,	3,906
Lourcine,	1,773
Enfants-Malades,	3,126
Accouchement,	7,618
Cliniques,	2,415
Maison royale de santé,	1,490
	79,996
Malades existants le 1er janvier 1842,	5,071
Total,	85,057

Il est curieux de savoir de quelle manière ont été répartis ces nombreux malades sous le rapport du service de médecine ou du service de chirurgie. L'importance du premier de ces services est de beaucoup plus considérable que celle du second, relativement au nombre des malades. Cela ressort du tableau suivant :

Service de médecine.

Sexe masculin (hommes),	28,525	32,960
— (enfants),	4,435	
Sexe féminin (femmes),	26,206	30,548
— (enfants),	4,342	
Ensemble,		63,508

timètres de largeur, et suivait la direction de la veine radiale. On a appliqué des cataplasmes, et administré des brachiluves émollients. La rétraction a diminué sous l'influence de ces moyens, et la malade est sortie en bonne voie de guérison. L'aponévrose s'est-elle enflammée, comme l'a pensé M. Gerdy, ou bien s'est-elle rétractée par suite de l'inflammation du tissu cellulaire environnant condensé? Le peu de vitalité des aponévroses nous porterait vers la seconde supposition. Mais l'une n'exclut pas l'autre. Ce fait, au surplus, méritait d'être noté pour montrer combien l'on s'était mépris en concentrant toute l'attention des chirurgiens sur une seule des causes si variées des rétractions.

— Avant de quitter la Charité, consacrons quelques lignes à un cas intéressant de chirurgie qui s'est présenté dans une salle de médecine. Il existait chez un convalescent du service de M. Andral, et consistait dans un anévrisme variqueux du pli du bras, suite d'une saignée. Le sujet n'a pas trente ans. Le bras, vu à une certaine distance, n'offre rien de particulier, si ce n'est un certain volume de la veine médiane basillique, qui est aussi développée chez beaucoup de sojets. La cicatrice est peu apparente. Il est assez difficile de bien définir la sensation que le doigt, appliqué sur la partie, fait percevoir. Ce sont des battements, plus le frémissement caractéristique qui résulte de l'écrasement de la neige verglacée. Figurez-vous un kyste hydatiforme (ganglion précarpien) avec son bruit particulier, animé de battements artériels, et vous donnant les deux sensations à la fois. Voilà pour le toucher. L'oreille constate un bruit de souffle extraordinaire. Jusque-là rien ne dit que ce soit un anévrisme variqueux plutôt qu'une varice anévrismale. Mais quand on presse avec le doigt en lui faisant parcourir un espace de l'étendue d'une pièce de cinq francs, on distingue une tumeur du volume d'une fève qui établit nettement le caractère de l'anévrisme. Le malade rapporte qu'après la saignée, on lui appliqua un bandage compressif que l'on rendit inamovible avec de l'amidon, et qui le fit beaucoup souffrir. C'est à ce moyen qu'il doit probablement d'avoir un anévrisme variqueux qui ne le gêne pas, au lieu d'un anévrisme diffus ou d'un anévrisme circonscrit dont il aurait pu être affecté.

— Il vient de se présenter, dans le service de M. Bérard, à la Pitié, un cas embarrassant de diagnostic. Il s'agissait d'une tumeur du tiers moyen de la cuisse, développée dans l'espace de deux mois chez un garçon de treize à quatorze ans. Cette tumeur, d'un volume considérable, étendue à toute la circonférence de la cuisse, ovoïde, régulière, sans douleur, rénitente au point de paraître presque fluctuante; profonde, car l'artère crurale était soulevée; exempte de battements autres que ceux de cette artère; sans changement de couleur à la peau; cette tumeur, disons-nous, était regardée par les uns comme un abcès froid; par M. Bérard, qui, toutefois, ne rejetait pas complétement l'idée d'une collection purulente, comme une tumeur encéphaloïde. Le professeur se décida à pratiquer une ponction exploratrice, prêt à amputer le membre si la tumeur était concrète. L'événement donna raison à M. Bérard. La tumeur était très sanguine, et c'est ce qui la rendait rénitente, presque fluctuante, comme nous l'avons indiqué. Les tumeurs encéphaloïdes donnent souvent cette sensation, et l'on a tort de dire alors qu'il y a une fausse fluctuation; la fluctuation est très réelle. Si, après l'amputation ou à l'autopsie la tumeur se montre tout à fait concrète, c'est qu'elle est privée du sang qui l'imprégnait.

— Le mardi, 23 juillet, M. Lisfranc a fait deux opérations: l'excision de la partie antérieure de la coque oculaire, chez une femme affectée de staphylome opaque de la cornée, et l'extirpation d'un sein cancéreux très volumineux, compliqué de la présence d'un grand nombre de ganglions cancéreux qu'il a fallu aller chercher josque sur le scalène antérieur et sur l'articulation scapulo-humérale. La mamelle ayant été circonscrite entre deux incisions semi-elliptiques, et les lambeaux disséqués dans une certaine étendue, M. Lisfranc a saisi la tumeur à pleines mains, et l'a énucléée: elle a laissé à nu les fibres du grand pectoral, dont quelques portions indurées ont été excisées ensuite. M. Lisfranc insiste avec raison sur les avantages de l'énucléation à la région mammaire. Au cou, elle serait très dangereuse, à cause de l'éventualité de l'introduction de l'air dans les veines. Revenons à la femme au staphylome. Celui-ci avait eu pour cause une kératite, suite elle-même d'un érysipèle de la face. Il affectait l'œil gauche; plusieurs taches existent sur le droit. La vue était abolie dans le premier, dont la cornée était entièrement opaque et sillonnée de vaisseaux d'un rouge assez vif. Rien de plus aisé à comprendre que la conicité de l'œil par suite de l'affaiblissement du tissu cornéal, si faible en effet, dans ce cas particulier, qu'à la première implantation de l'érigne, il se déchira. La cornée cède sous l'effort des humeurs de l'œil, comme la paroi abdominale, chez les femmes qui ont eu des enfants, cède au poids du paquet intestinal. L'œil était enflammé et douloureux; mais il est à noter que plusieurs cils de la paupière supérieure étaient retournés de manière à l'irriter. L'extraction de ces cils aurait peut-être amendé suffisamment l'état de l'œil. L'opération a été faite avec toute l'habileté manuelle que l'on connaît à M. Lisfranc; elle a été laborieuse cependant, attendu que la femme, très indocile, fermait ses paupières avec force. M. Lisfranc s'est servi des ciseaux pour faire l'excision de la cornée. Le procédé qui consiste à opérer en commençant comme si l'on voulait pratiquer la kératotomie supérieure, nous semble préférable. Pour éviter les difficultés qui résultent du resserrement des paupières, on ferait bien d'appliquer préalablement le dilatateur de M. Kelley-Snowden. Au reste, nous devons nous demander pourquoi généralement on se croit forcé d'enlever une portion de l'œil dans le staphylome de la cornée. Une incision propre à vider l'œil de l'humeur aqueuse, du cristallin et d'une portion de l'humeur vitrée ne pourrait-elle suffire?

— Nous avons vu, au Val-de-Grâce, M. Baudens traiter avec succès un staphylome de la cornée par des ponctions successives donnant issue à l'humeur aqueuse; procédé suivi par le professeur Rosas dans certains cas déterminés, comme on le voit dans un livre intéressant que vient de publier M. Deval (Chirurgie oculaire, etc.).

— Dans la même séance, M. Hatin (Félix) a essayé de lier un polype avec son instrument, et n'a pu y parvenir, la tumeur ayant diminué depuis une première application qui avait réussi. Cette tentative nous a montré un inconvénient de l'instrument de M. Hatin, d'ailleurs très ingénieux, mais qui tient trop de place pour le peu de largeur qu'il donne à l'anse. Une simple pince recourbée nous paraît très appropriée à l'objet que l'on se propose.

— La clinique chirurgicale de M. Pasquier, aux Invalides, est une des plus intéressantes et des plus instructives que nous connaissions. L'espace nous manque aujourd'hui; contentons-nous d'exposer un procédé employé par ce praticien dans un cas de hernie ombilicale étranglée, et suivi du résultat le plus heureux. Des tentatives réitérées et prolongées de taxis avaient été effectuées par un chirurgien expérimenté au moment où M. Pasquier fut appelé auprès du malade. Nouvelles et vaines tentatives de réduction par les moyens ordinaires. Les accidents devenaient de plus en plus pressants. On était accolé à la nécessité d'opérer. Or, on connaît la gravité de la herniotomie ombilicale. M. Pasquier, saisissant les parties molles de la paroi abdominale au-dessus et au-dessous de l'ombilic avec ses deux mains, souleva le sujet et lui imprima plusieurs secousses. La hernie rentra instantanément et le malade fut immédiatement soulagé. Il est bon de faire remarquer que l'étranglement était récent. Il y aurait danger à suivre ce procédé si l'accident datait de quelques jours. En effet, la portion étranglée, affaiblie par la coarctation, pourrait être déchirée par la forte traction exercée sur la paroi abdominale.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Fracture compliquée de la jambe. Réduction impossible d'abord, puis devenue facile quand on eut reconnu l'entrecroisement des deux fragments. Accidents cérébraux; délire; état comateux; accès de fièvre intermittente causés par un abcès profond. Incision de l'abcès; cessation des accidents fébriles après l'issue du pus. Thérapeutique. Guérison complète le quatrième mois.

Depuis le 16 mars dernier, au n° 14 de la salle Saint-Antoine, est couché un homme qui, en tombant de douze pieds de hauteur, s'est fracturé le tiers inférieur de la jambe gauche. La plaie extérieure donnait issue au fragment supérieur; il était découvert à peu près dans une étendue de deux pouces, mais il ne chevauchait presque pas. Ce chevauchement était tout au plus d'un tiers de centimètre.

En voyant l'étendue de la plaie extérieure, nous pensâmes que nous n'avions pas besoin de débrider pour réduire la fracture. Nous employâmes donc nos forces; mais elles furent insuffisantes. Je fus étonné. Je jugeai qu'il y avait là quelque chose d'extraordinaire, quelque chose d'insolite; et comme la plaie était fort large, j'y portai mes doigts; je rencontrai des esquilles. La fracture était oblique de bas en haut; elle formait un angle de 40 à 45 degrés. Le fragment supérieur, au lieu de glisser sur l'inférieur, était remonté; il s'était croisé avec lui, en sorte qu'il y avait déplacement par entrecroisement des fragments; et quand on tirait, alors le fragment supérieur s'appliquait sur l'inférieur et restait immobile. Ce que je fis dans une circonstance si nouvelle, puisque les annales de la chirurgie n'en offrent aucun exemple; ce que je fis, le voici: je fis tirer sur le pied; je saisis en même temps le fragment supérieur, je le ramenai par un mouvement demi-circulaire au-devant et au niveau du bout du fragment inférieur. Il fut promptement et facilement remis en place, et il resta appliqué sur le fragment inférieur, et si bien appliqué, qu'il y fut constamment immobile et fixé, et telle fut la solidité de cette réduction, qu'elle fut maintenue sans application d'aucun appareil. Le membre resta placé dans une position aux trois quarts fléchi, appliqué sur le lit et sur son côté externe.

Un cas aussi extraordinaire de déplacement des fragments m'a suggéré les réflexions suivantes.

J'ai rencontré dans ma pratique des cas de fractures sur lesquelles je ne pouvais pas opérer la réduction. Ne suis-je pas maintenant fondé à croire que ces cas étaient semblables à celui dont je viens de vous parler? Et la réduction alors, n'était-elle devenue impossible que parce que l'entrecroisement s'opposait aux manœuvres ordinaires? Ce qu'il y a de certain, c'est que, quand je rencontrerai des cas dans lesquels je ne pourrai pas réduire, j'agirai alors comme je l'ai fait sur ce malade.

La plaie dans laquelle se trouvait le fragment supérieur était énorme, très étendue; environ trois pouces en dehors de cette plaie était le fragment supérieur, mis à découvert dans une étendue de près de deux pouces; le fragment inférieur était profondément situé en dedans de cette plaie.

Cet homme est fort et vigoureux; il est d'un tempérament sanguin; la figure habituellement et fortement colorée; il est âgé d'environ trente-six ans.

Dans une fracture aussi grave et compliquée de plaie étendue, avec issue du fragment supérieur, avec esquilles, je me suis interrogé. Dois-je couper un membre où l'on voit des désordres aussi grands, où l'on doit prévoir l'invasion prochaine d'accidents funestes que l'on peut prévenir par l'amputation? A ces diverses questions, j'ai répondu: Certainement, voilà un de ces cas graves où plus d'un chirurgien n'hésiterait pas à amputer le membre; mais j'entrevoyais quelque espoir de le conserver, et je me laissai entraîner par cette espérance.

Je fis pratiquer une petite saignée du bras, elle fut dérivative; mais nous nous sommes bien gardé de revenir à ce moyen, parce que la suppuration s'est bien vite manifestée. On sait qu'au Grenier-d'Abondance, en 1832, sur trente-cinq malades, nous n'en avons pas perdu un seul; et cependant, quelles plaies d'armes à feu!!! que de membres brisés, fracturés! celui de Belleville surtout, sur lequel il y avait beaucoup de fractures! Nous fîmes l'amputation très près de l'épaule; il y avait gangrène, et cette gangrène se propageait sur les parois thoraciques par le développement de gaz méphitiques. Je disséquai, et j'ai réussi, et le malade est encore vivant.

Sur ce malade du n° 14, un violent délire s'est manifesté; mais il n'a pas été suivi de la suppression du pus; mais il n'y a pas eu de fièvre très intense; mais enfin, il n'y a pas eu altération des viscères.

Ces trois circonstances graves, n'ayant pas eu lieu chez ce malade, nous ont donné de l'espoir, et nous ont dirigé dans le choix des moyens que nous avons employés pour combattre un aussi funeste accident.

Nous avons voulu lui faire avaler dix grains de musc; mais le premier jour, il s'y est refusé; le deuxième jour, il a pris ce médicament. La même dose a été renouvelée le troisième jour, et le délire a disparu.

Mais après la cessation de ce fâcheux accident, voilà qu'un autre plus grave encore vient compliquer la fracture.

Voilà un état comateux qui s'empare du malade; il est dans

Service de chirurgie.

Sexe masculin (hommes),		14,294	14,919
—	(enfants),	525	
Sexe féminin (femmes),		6,206	6,640
—	(enfauts),	434	
		Ensemble,	21,559

Ainsi donc le service de médecine ayant reçu 63,508 malades, et le service de chirurgie seulement 21,559, la proportion est comme trois est à un.

Cette population de malades admise dans les hôpitaux a absorbé un nombre de journées qui s'élève au chiffre de 1,986,805. Ce qui donne pour chaque malade une moyenne de 24 jours 94 centièmes.

Quant aux hospices, leur population, d'après le mouvement des entrées et des sorties, s'est élevée à 30,843 individus. Le nombre réel des pensionnaires admis est de 12,685. Cette différence vient des congés et des autres causes de sorties temporaires. 10,036 indigents existaient dans les hospices le 1er janvier 1842. On a reçu dans l'année, 2,649 nouveaux, ainsi répartis:

Hospices.	
Vieillesse (hommes),	1,008
— (femmes),	1,262
Incurables (hommes),	82
— (femmes),	75
Maisons de retraite.	
Ménages,	66
La Rochefoucauld,	36
Sainte-Périne,	37
Fondations.	
Boulard,	2
Brezin,	79
De Villas,	2
Total:	2,649

L'hospice des Enfants-Trouvés et Orphelins n'est pas compris dans ce tableau. On divise ces enfants en trois catégories: abandonnés, orphelins, en dépôt. Les premiers sont ceux délaissés par les auteurs de leurs jours au moment de la naissance; les seconds sont ceux privés, par la mort, de leurs père et mère; les derniers, reçus temporairement par l'hospice, appartenaient à des parents actuellement malades, et qui, par cette raison ou toute autre raison majeure, sont dans l'impossibilité d'en prendre soin.

Du 1er janvier au 31 décembre, l'hospice a reçu 6,202 enfants, dont 3,922 abandonnés, 963 orphelins, 1,317 en dépôt.

62 nourrices sédentaires, 2,592 nourrices à la campagne leur ont donné des soins.

Indépendamment des indigents, les hospices reçoivent des aliénés. Le budget de 1842 accorde à cet effet 1,500 lits à la Salpêtrière, et 900 lits à Bicêtre. Le nombre de ces malheureux admis dans les hospices s'est considérablement accru. En 1801, les établissements consacrés aux aliénés indigents en renfermaient 1,070. En 1842, ils en renfermaient environ 3,000, bien que le nombre des lits accordés par le budget fût de 2,400 seulement. L'insuffisance est telle aujourd'hui, que, faute de place pour les aliénés, l'administration vient de s'entendre avec des établissements de fous dans les départements voisins pour y faire transporter 400 malades.

Malgré la difficulté d'admission, les hospices sont encombrés, et on est obligé de refuser un grand nombre de vieillards et d'infirmes. Les statistiques criminelles en donnent une preuve bien triste. Combien de vieux prolétaires, épuisés par l'âge et le travail, privés de toutes ressources, sans famille, sans appui, réduits à la mendicité et au vagabondage, sont journellement condamnés par les tribunaux à terminer, dans une prison, une vie de labeur et de misère!

Nous terminerons cet article par l'indication du service médical des hôpitaux et hospices de Paris. Il se compose de 88 médecins, 38 chirurgiens, 18 pharmaciens, et à peu près de 200 élèves internes ou externes.

Dans un prochain article, nous nous occuperons du budget de l'administration des hôpitaux.

NOUVELLES.

M. le docteur Bouvier, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, vient d'être nommé médecin de l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. Mailly, décédé.

— Dans la séance du 10 juillet, M. Samson, fabricant d'instruments de chirurgie, et qui vient de recevoir une médaille d'or à l'exposition de 1844, a été nommé l'un des deux fournisseurs de la Faculté de médecine de Paris.

un état de somnolence. Nous le réveillons, nous l'interrogeons ; il nous répond à peine, et avec indifférence. Un frisson s'est manifesté ; est-ce un frisson qui annonce sa résorption purulente ? Mais comme ce symptôme n'est pas toujours caractéristique, j'ai fait donner à ce malade douze grains de sulfate de quinine ; mais malgré cette médication, il a eu encore un peu de coma ; le lendemain, le pouls donnait encore 96 pulsations par minute. Mais le surlendemain de la seconde dose de quinine, le malade répondait nettement et clairement à toutes nos questions. La moiteur et la transpiration qui ont succédé à cette médication, fut pour nous un signe de bon augure. La suppuration devint très abondante ; ce fut encore un très bon signe, car sans la suppuration la plaie serait bientôt flétrie.

Le 26 mars, le malade a pris encore quinze grains de sulfate de quinine à doses fractionnées ; nous lui avons aussi fait donner l'eau de Seltz, coupée avec du lait.

Le 27 mars, 8 grains de sulfate de quinine. Point de sueur ; intelligence complète. Bon appétit, digestion facile, état excellent de la plaie.

Le 28, quatre grains de sulfate de quinine. Continuation de l'amélioration, graduellement augmentée.

Les 29 et 30, même prescription ; le malade est dans les conditions les plus favorables d'une fracture oblique de la jambe avec plaie étendue et profonde.

La suppuration est louable sans être trop abondante.

Mais environ vers le milieu du mois d'avril, le malade se plaint de frissons qui sont suivis de chaleur et ensuite de sueurs abondantes. L'accès se renouvelle le lendemain, et il dure pendant plus de quatre heures.

Nous examinâmes attentivement la plaie : la suppuration était plus abondante ; mais en arrière nous aperçûmes une tuméfaction avec un commencement de fluctuation. Une collection purulente s'était formée ; nous l'ouvrîmes par une large incision, et une quantité considérable de pus s'écoula. Le lendemain l'accès de fièvre ne revint pas : la fièvre intermittente avait disparu.

Pendant les mois de mai et de juin, la plaie continua à fournir un pus louable, dont la quantité diminuait progressivement ; en même temps elle se cicatrisait graduellement, et la cicatrice recouvrait insensiblement l'os, dont la surface blanche nous faisait craindre la nécrose, et cette crainte était d'autant plus fondée que le fragment est resté plus de trois mois a découvert dans l'étendue de deux pouces. Combien de temps cette nécrose va-t-elle se faire attendre ? Et la fistule, et le pus qui en coule, quand se tariront-ils ? Je l'ignore. Eh bien ! voilà plus de trois semaines qu'il n'y a plus ni fistule ni pus, et l'esquille osseuse a été recouverte par la peau.

Faut-il dans ces cas faire une incision et enlever l'esquille ? Non, sans doute, tant qu'aucun accident ne se développe.

Que devient alors cette esquille ? Elle se loge dans les tissus ; elle séjourne au milieu des tissus vivants, à peu près comme une balle ou tout autre corps étranger, qui restent quelquefois des années et la vie entière des malades sans causer aucun accident.

J'insiste sur ces faits, parce qu'il y a des chirurgiens qui ont à tort opéré dans ces circonstances, qui ont fait de profondes incisions dans le but d'extraire des esquilles, et ces opérations ont donné lieu à de graves accidents.

D'ailleurs ces esquilles sont souvent embrassées par le cal ; elles deviennent dures et adhérentes ; il est donc impossible de les extraire, sans occasionner le plus fâcheux désordre.

Aujourd'hui, 31 juillet, le malade marche avec des béquilles, depuis environ quinze jours ; mais il marche avec précaution, parce que nous avons observé que dans ces fractures graves et compliquées de plaies et d'esquilles, le cal se consolidait avec beaucoup de lenteur.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. TANCHOU.

Remarques sur la fréquence du tempérament sanguin chez les femmes affectées du cancer de la matrice.

On ne sait encore rien sur la cause primitive du cancer ; dès lors il nous semble qu'il est aussi bien permis au médecin qu'au mineur de suivre le premier filon qu'il rencontre pour savoir s'il le conduira à la vérité. Nous avons entendu dire tant de fois à M. Tanchou que les femmes d'un tempérament sanguin sont plus disposées au cancer utérin que les autres, que nous avons voulu obtenir quelques renseignements précis à cet égard. En conséquence, nous avons compulsé les registres du dispensaire Sainte-Geneviève qu'il a bien voulu nous confier, et nous avons trouvé cette constitution annotée chez la plupart des femmes qui étaient affectées de cette maladie, et en ce moment sur seize femmes qui sont en traitement, il y en a. . . 9 signalées d'un tempérament sanguin,
4 d'un tempérament sanguin-lymphatique,
1 d'un tempérament sanguin-bilieux,
2 d'un tempérament nerveux.

Total. . . 16

A cette occasion, M. Tanchou nous a fait remarquer qu'on prend en général le tempérament acquis, c'est-à-dire donné par la maladie, pour le tempérament réel ou primitif de la malade. Si on consulte, en effet, sous ce point de vue, les auteurs les plus récents, MM. Récamier, Duparcque, etc., on trouve le tempérament sanguin signalé plusieurs fois chez les femmes affectées de cancer à la matrice, ou bien ces dénominations correspondantes : *Constitution robuste* ; *fortement constituée ; disposée à l'obésité* ; *ayant joui autrefois de tous les attributs d'une santé florissante*, etc., qui semblent attester que le sujet était, sinon d'un tempérament sanguin absolu, moins d'un tempérament mixte où cet élément dominait.

Passant de l'économie générale aux organes en particulier, M. Tanchou croit non-seulement que chacun d'eux a sa constitution propre, mais encore que ceux qui sont d'un tempérament sanguin, c'est-à-dire hypérémiés ou habituellement congestionnés, sont plus fréquemment frappés de cancer. Ce mot tempérament sanguin d'un organe, ne veut pas dire pour M. Tanchou : *subinflammation*, *engorgement chronique*, ni même disposition à s'enflammer, mais tout simplement une manière d'être particulière ou le principe circulatoire domine, et que le mot tempérament sanguin, appliqué à un organe aussi bien qu'à un individu, définit assez bien.

M. Tanchou ne prétend pourtant pas que les femmes d'un tempérament sanguin soient nécessairement affectées du cancer à la matrice, mais il pense qu'elles y sont plus disposées que celles d'un tempérament nerveux, par exemple ; ce qui est en contradiction avec les auteurs, et entre autres, avec l'opinion d'Antoine Dubois, qui la professait dans ses leçons.

Non-seulement cette manière de voir de M. Tanchou s'applique au cancer de la matrice, mais encore à ceux du sein, comme on peut le voir dans l'ouvrage qu'il vient de publier (1), et qu'il répète en quelque sorte dans sa brochure sur la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur les tumeurs fibreuses des mamelles. En effet, il faut le dire, rien ne paraît plus probable que la large part que prend le sang dans la production du cancer. Plusieurs auteurs déjà ont fait cette remarque, et le professeur Lassus, entre autres, affirmait que cette maladie se développait particulièrement sur les femmes d'une belle carnation. Si l'expérience confirmait cette manière de voir, elle aurait une grande influence dans la direction qu'il convient de donner au traitement préventif du cancer, et dans les mesures à prendre pour en empêcher le retour quand il a été opéré. De toute manière, dit M. Tanchou, la thérapeutique ne peut que gagner à examiner cette question nouvelle, que le temps seul et l'observation peuvent éclairer, et nous ne saurions trop inviter les praticiens à multiplier leurs efforts à cet égard, d'autant plus que le système vasculaire sanguin est celui de tous sur lequel nos moyens ont le plus de prise.

Il ne faudrait pas conclure pourtant de ce qui précède, que la saignée soit aussi utile qu'on le croit généralement dans les affections utérines ; nous donnerons dans peu des preuves nombreuses qu'on abuse de ce moyen, dont l'indication d'ailleurs est plus difficile à saisir qu'on ne se l'imagine.

P. GARNIER (de Bagneux).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Juillet 1844.

De la conjecture et de la probabilité en médecine ;
Par M. RÉVEILLÉ-PARISE.

Ce travail échappe à l'analyse.

La fièvre bilieuse ne doit pas être confondue avec la fièvre typhoïde

Un militaire, désireux de ne point abandonner le détachement dont il faisait partie, se met en route par une température fort élevée, et gagne avec une extrême difficulté l'étape à laquelle il doit s'arrêter. Arrivé enfin, il se couche immédiatement, en proie à une fièvre très intense ; il lui est impossible de se tenir de bout ; il a de violents étourdissements, des bourdonnements d'oreilles ; il accuse surtout un sentiment de faiblesse qu'il n'a jamais éprouvé ; l'appétit est complètement éteint ; la face offre une teinte jaune très prononcée ; la langue est saburrale ; il y a quelques nausées. Le ventre est gonflé ; on produit par la pression dans l'une et l'autre région iliaque un gargouillement intermittent. Point de garderobes depuis vingt-quatre heures. La peau offre une chaleur mordicante. Le pouls est très fréquent. Une bouteille d'eau de Sedlitz est prescrite ; des garderobes nombreuses, bilieuses ont lieu, sans coliques marquées. Le malade se sent immédiatement soulagé, et la nuit qui suit cette évacuation est bonne ; le sommeil répare complètement les forces et met fin à ce sentiment de faiblesse, de courbature, dont le malade s'inquiétait surtout. Après quelques jours de repos, ce militaire reprend sa route avec cette conscience de vigueur qui est le signe le plus certain d'une bonne convalescence.

Quelle dénomination, dit l'auteur, imposer à une telle maladie ? Il n'hésite pas à l'appeler fièvre bilieuse, et des considérations exposées dans ce travail il conclut que s'il est une maladie qui ait un ensemble de phénomènes qui lui appartienne, et sur laquelle, quand elle est bien saisie, il est permis à la thérapeutique d'exercer une influence décisive, c'est sans aucun doute la fièvre bilieuse. C'est une maladie très réelle, ou un accident important dans plusieurs maladies, et dans les deux cas elle appelle impérieusement une médication que rien ne remplace.

Mémoire sur la substitution d'une bonne à une mauvaise position dans le traitement des inflammations aiguës des articulations ; par M. BONNET, de Lyon.

De ce travail il résulte que dans les inflammations aiguës du genou, on doit avant tout étendre la jambe sur la cuisse, et faire reposer le membre étendu sur sa face postérieure ; que dans les inflammations aiguës de la hanche il faut étendre la cuisse sur le bassin, faire cesser ses déplacements de latéralité ou de rotation et la ramener à cet état où elle est dirigée parallèlement à l'axe du tronc. Lorsque ce redressement a été opéré, il faut placer le malade dans un des grands appareils inventés par l'auteur, qui entourent le bassin et les deux membres inférieurs ; que dans les inflammations aiguës de l'articulation du pied, on doit empêcher celui-ci de rester étendu sur la jambe et de reposer sur son bord interne ou externe ; le membre inférieur doit reposer sur sa face postérieure, et pour l'empêcher de se renverser en dedans ou en dehors, on doit le placer dans des appareils convenables ; que le redressement des articulations vicieusement placées est constamment suivi, même pendant le cours des inflammations aiguës les plus intenses, d'une diminution prompte et durable de tous les symptômes inflammatoires ; dans des cas où tous les antiphlogistiques proprement dits restent impuissants, l'immobilité dans une bonne position suffit à elle seule pour produire le mieux le plus sensible ; souvent sans elle ce mieux ne peut être obtenu ; que si le résultat immédiat est constant, le résultat définitif est loin de l'être ; il varie suivant la condition où était l'articulation avant l'inflammation ; si celle-ci était saine, la guérison peut être complète ; si elle était affectée d'une altération chronique, cette altération persiste après la disparition de l'arthrite aiguë.

(1) *Recherches sur le traitement médical des tumeurs cancéreuses du sein.* Ouvrage pratique basé sur plus de trois cents faits de guérison. Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Recherches théoriques et pratiques sur l'iléus spécialement observé à la campagne, et sur son traitement ; par le docteur Léon NOLÉ, à Cintegabelle.

Ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

L'iléus n'est point une maladie particulière, mais bien seulement un groupe de phénomènes morbides dont la physionomie et l'allure caractéristiques justifient assez l'étude spéciale qu'on en a quelquefois faite.

Cette affection se rapporte, dans la plupart des cas curables, à une modification nerveuse ou inflammatoire qui a entraîné, d'une manière plus ou moins durable, la cessation des évacuations alvines.

Le diagnostic différentiel des nuances de l'iléus dont il s'agit est en général assez facile. Du reste, la forme nerveuse paraît être l'apanage plus particulier d'un âge avancé et du sexe féminin, et la forme inflammatoire celui de l'âge adulte et du sexe masculin. Quoi qu'il en soit, celle-ci, qui paraît la plus fréquente, du moins dans les campagnes, présente généralement un pronostic moins sérieux ; car l'entérite partielle ou locale qu'elle traduit, la rend plus accessible aux moyens de traitement que l'on peut lui opposer, tandis que la forme nerveuse, au contraire, marche souvent d'une manière insidieuse et peut d'ailleurs se trouver compliquée de lésions que l'autopsie seule est propre à faire reconnaître.

Le traitement de l'iléus nerveux repose essentiellement sur les bains, sur la belladone en frictions ou en lavements, mais sans en abuser. L'opium à l'intérieur est plus nuisible qu'utile, et les antispasmodiques sont généralement insuffisants. La nicotiane ou tabac, en lavements, peut au contraire rendre de grands services. On s'est quelquefois bien trouvé du froid administré *intùs et extrà*. Les laxatifs et les purgatifs, les drastiques même, peuvent être successivement essayés avec avantage ; enfin dans certains cas où l'on avait lieu, d'après l'état stationnaire des accidents, de soupçonner une invagination ou une accumulation d'excréments endurcis, on a réussi à rétablir la liberté du ventre au moyen de quelques doses de mercure coulant. L'abus de ce métal est néanmoins fort redoutable, et il est bon de n'y recourir qu'en désespoir de cause.

Le traitement de l'iléus inflammatoire doit être celui d'une entérite partielle intense. Ainsi, saignées générales et locales répétées coup sur coup, tout en ayant égard à la constitution et à l'âge du malade, mais sans tenir toujours pourtant compte de la faiblesse et de la concentration du pouls, qui ne sont souvent qu'apparentes ; bains, cataplasmes émollients, soit simples, soit laudanisés, etc. Les lavements sont, dans tous les cas, de puissants auxiliaires. Enfin, lorsque la phlogose baisse, l'on peut au besoin se confier, mais avec les plus grandes précautions, aux laxatifs (principalement les huileux), puis aux purgatifs, puis aux drastiques, et enfin, dans certaines circonstances rares, au mercure à l'état métallique.

Monsieur le Président de l'Académie de médecine.

L'honorable M. Bally a cru devoir appeler l'attention de l'Académie dans sa dernière séance, sur une assertion qu'il a trouvé émise dans un journal à l'occasion du procès d'Auch, à savoir : qu'*une goutte de solution de Fowler est suffisante pour empoisonner cinq à six personnes*.

Cette remarque me concernant d'une manière tout à fait directe, je crois devoir faire observer que je ne puis être responsable de toutes les erreurs commises, soit par les journaux judiciaires, soit par les journaux politiques, dans une affaire qui a reçu une aussi grand publicité.

Je n'ai pas dit qu'une goutte de solution de Fowler pût empoisonner cinq à six personnes ; il ne s'est jamais agi de *gouttes au procès ;* mais bien de *cuillerées à bouche*. J'ai dit qu'une cuillerée à bouche pouvait contenir une quantité de solution suffisante pour empoisonner six à huit personnes.

Ai-je besoin d'ajouter qu'ayant succédé à M. Biett, à l'hôpital Saint-Louis, dans son service des maladies de la peau, je prescris tous les jours la solution de Fowler à six, huit ou dix malades.

Que dans un rapport adressé l'année dernière au Conseil des hôpitaux, en même temps que je signalais les dangers de l'administration de ce médicament par gouttes, je proposai une nouvelle formule propre à le doser par grammes, chaque gramme répondant à une goutte de la formule ancienne.

Le Conseil a adopté cette formule nouvelle. Il en a autorisé l'usage dans les hôpitaux ; la préparation y est administrée sous le nom de *solution minérale*, afin que les malades n'en puissent pas connaître la nature. L'Annuaire de M. Bouchardat pour l'année 1844, le Bulletin de thérapeutique, la *Gazette des Hôpitaux*, etc., l'ont fait connaître.

Voici les deux formules :

Liqueur arsenicale de Fowler. (Codex.)

Pr. Acide arsénieux,	5	grammes;
Carbonate de potasse,	5	id.;
Eau,	500	id.;
Alcool de mélisse composé,	16	id.

Liqueur minérale de M. Devergie.

Pr. Acide arsénieux,	1	décigramme;
Carbonate de potasse,	1	id.;
Eau,	500	grammes;
Alcool de mélisse composé;	5	id.
Teinture de cochenille,	Q. S.	pour colorer fortement.

L'addition de la teinture a pour but d'éviter toute confusion dans ces deux liqueurs.

25 gouttes de solution de Fowler contiennent 10 milligrammes d'acide arsénieux.

25 grammes de ma solution équivalent à la même quantité.

Quant à la dose de solution de Fowler que les malades peuvent supporter, il résulte des observations que j'ai faites depuis plus de quatre ans, que l'on ne peut guère dépasser dix-huit gouttes sans que la santé des malades en souffre, et même sans qu'il survienne bientôt des accidents qui obligent à en suspendre l'emploi, quoique l'on soit arrivé d'une manière très graduée à cette dose.

La moyenne du maximum de l'administration journalière est de 12 à 14 gouttes, si l'on veut que les malades puissent faire usage de ce médicament pendant plusieurs mois.

M. Guibourt a fait observer avec beaucoup de raison, suivant moi, que la solution de Pearson, quoique plus faible, était moins facilement tolérée. Les divers inconvénients qui, pour moi, ont surgi de son administration m'ont fait accorder une préférence presque exclusive à la solution de Fowler. — En d'autres termes, on peut, je crois, faire prendre aux malades, avec la solution de Fowler des doses d'arsenic plus élevées qu'avec la solution de Pearson.

Je ne crois pas, ainsi qu'on l'a écrit, que des malades aient pu prendre pendant des mois entiers jusqu'à 40 gouttes de solution de Fowler par jour. Ou les malades ne prenaient pas le médicament, ou le pharmacien ne le livrait pas à cette dose. Ce qui m'a été démontré par de nombreuses observations faites avec le concours de personnes qui préparent avec soin les juleps médicamenteux et de religieuses qui les faisaient boire aux malades devant elles.

Ces divers faits, et toutes les circonstances qui font l'objet de cette

note, prouveront je l'espère à l'Académie, que l'assertion signalée par mon honorable collègue M. Bally, était une erreur de journaliste.

Bien d'autres encore m'ont été signalées ; on m'a fait dire sur les hernies des choses qu'un élève de première année ne dirait peut-être pas.

Quoi qu'il en soit, l'affaire d'Auch est une des plus importantes en fait de médecine légale. Je me propose de lui donner la publicité des journaux de médecine, seul terrain sur lequel une discussion scientifique puisse s'ouvrir, et je me trouverai heureux de fournir ainsi à mes confrères le moyen d'elucider les questions neuves qu'elle a soulevées.

J'ai l'honneur, etc., A. DEVERGIE.

29 juillet 1844.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Accidents d'empoisonnement après l'usage d'une forte tisane de Ledum palustre *et de* Marum verum ; par M. le docteur OPPELER, de Tornowitz.

M. Oppeler fut appelé à la hâte, au milieu de la nuit, pour donner ses soins à une jeune fille de vingt-cinq ans, qu'il trouva dans l'état suivant. Convulsions violentes; contorsion des muscles de la face; bouche béante, langue faisant saillie au dehors, mâchoire inférieure abaissée; visage tuméfié et coloré en rouge foncé; yeux fermés; respiration courte et râlante; pouls plein, fréquent; abdomen ballonné, et permettant néanmoins de reconnaître la matrice dans une situation plus élevée que de coutume et analogue à celle qu'elle présente ordinairement au cinquième mois de la gestation; coma profond; insensibilité complète à toutes les impressions extérieures; vomissement répété à courts intervalles, d'un liquide verdâtre et répandant une odeur camphrée pénétrante.

Les assistants ne purent donner aucun renseignement sur les causes qui avaient pu déterminer cet état alarmant, et les liquides vomis purent seuls faire penser à M. Oppeler qu'il avait affaire à un empoisonnement.

Comme, en pareille circonstance, le plus urgent était de faire la médecine du symptôme, et qu'il y avait impossibilité de faire parvenir des médicaments dans l'estomac, on profita d'une rémission dans les mouvements convulsifs pour pratiquer à l'un des bras une saignée de quatre à cinq cents grammes. En outre, on appliqua sur la tête des compresses imbibées d'un mélange froid d'eau et de vinaigre; on promena des sinapismes sur diverses parties, et on administra des lavements froids d'eau et de lait. Après une demi-heure de l'emploi de ces différents moyens, les convulsions commencèrent à perdre de leur intensité; la malade reprit connaissance, ce que l'on reconnut à l'ouverture spontanée des paupières. Dès lors, M. Oppeler s'appliqua à soutenir le vomissement, et pour cela il eut recours à l'ingestion de fortes doses de lait tiède, bien que la déglutition ne pût encore s'opérer qu'avec une très grande difficulté; à l'aide de cette médication, des vomissements nombreux furent obtenus, au milieu desquels il sortit une masse verte foliacée.

La malade se sentit aussitôt soulagée, et commença à parler à voix basse; elle ne se plaignit plus que d'éprouver un sentiment d'âcreté et de brûlure dans le gosier. Elle fit connaître alors au médecin qu'elle avait pris, avant de se coucher, quatre grandes tasses chaudes d'une forte décoction de romarin sauvage (*Ledum palustre* et d'herbe d'ambre (*Marum verum*), dans le but de rappeler les menstrues qui étaient supprimées depuis plusieurs mois.

Le lendemain, la jeune fille était faible, mais bien portante du reste, et elle avoua qu'elle était enceinte de cinq mois, ce qu'elle avait caché jusqu'alors. Du reste, la boisson qu'elle avait prise n'exerça aucune influence nuisible sur le produit de la conception.

(*Casper's Wochenschrift.*)

Sur les effets de la belladone dans certaines affections du système nerveux ; par M. le docteur HUTCHINSON.

M. Hutchinson a expérimenté la belladone par la méthode endermique, contre la névralgie sciatique, dans des cas où cette maladie avait vainement été attaquée par les autres moyens qui sont ordinairement recommandés contre elle. Son mode d'administration a consisté dans l'application d'un vésicatoire sur la partie affectée, puis, après l'enlèvement de l'épiderme, dans le pansement de la surface dénudée avec la pommade suivante :

Pr. Extrait alcolique de belladone, 4 grammes.
Axonge de porc, 30 id.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Lorsque la plaie formée par le vésicatoire présente beaucoup d'étendue, on rend la pommade moins active en diminuant plus ou moins la proportion de l'extrait, afin de garantir le malade des effets fâcheux qui pourraient résulter de l'absorption du principe narcotique.

Sous l'influence de cette médication, les douleurs ne tardent pas à s'amender ; l'action du médicament est indiquée par des picotements ainsi que par l'engourdissement de la partie malade ; mais tous ces symptômes ne tardent pas à disparaître et à être remplacés par un retour complet à l'état normal.

Pour mieux prévenir la manifestation des effets fâcheux que la belladone détermine du côté de l'encéphale, M. le docteur Hutchinson prescrit habituellement de lotionner la plaie du vésicatoire avec de l'eau acidulée avec de l'acide acétique. En outre, il donne intérieurement huit grammes de ce même sel acide étendus de trente grammes d'eau, et il fait réitérer cette prise toutes les trois heures.

Ce praticien rapporte trois cas de sciatique complétement guéris par ce mode de traitement dans l'espace de trois à quatre jours.

Il a eu recours avec bonheur à la même medication dans trois autres cas de névralgie excessivement intenses et contre lesquelles avaient jusqu'alors échoué toutes les ressources ordinaires de la thérapeutique.

(*The Lancet*)

Heureuse application du tartre stibié au traitement de l'hydrocéphale chez les adultes; par M. le docteur TRUSSEN.

Dans une affection cérébrale propre à certaines contrées marécageuses, où les fièvres intermittentes sont endémiques et où, à la suite de ces pyrexies, on observe des états pathologiques dont les symptômes ont une analogie assez frappante avec ceux des épanchements séreux de la cavité arachnoïdienne ou des ventricules cérébraux, et semblent accuser une compression de l'encéphale, M. le docteur Trussen, après avoir inutilement eu recours, contre ces graves symptômes, aux traitements les plus énergiques, a complétement réussi en prescrivant le tartre stibié.

Ce médecin a administré l'émétique chaque jour, depuis la dose de dix centigrammes jusqu'à celle d'un gramme, et il a dû soutenir cette médication pendant assez de temps, car ces affections comateuses sont généralement caractérisées par une durée fort longue.

(*Journal de Médecine.*)

Note sur la gravidine, ou substance particulière à l'urine des femmes enceintes.

M. le docteur Bird a donné le nom de kiestérine à une substance qui se trouve, sous forme de pellicules, dans l'urine des femmes enceintes.

M. le docteur Stark pense que cette substance résulte de la décomposition d'un autre principe qui se rassemble sous forme de sédiment dans cette urine. Ce sédiment, examiné au microscope, ressemble aux globules du lait qui vient d'être extrait ; il est soluble dans l'eau chaudes, et, par le refroidissement, il s'en sépare sans éprouver de décomposition ; il se dissout également dans les acides sulfurique et azotique : en se décomposant il donne lieu à la formation de pellicules, et ensuite, en raison des réactions qui en résultent, il donne naissance à des phosphates triples dont l'aspect cristallin avait été considéré par M. le docteur Bird, comme un des caractères de la kiestérine.

M. le docteur Letlbley a constaté l'existence de cette substance dans l'urine de quarante-huit femmes enceintes sur cinquante, tandis qu'il n'en a pas trouvé la plus légère trace dans l'urine de dix-sept femmes non enceintes. (*Edinburgh medical and surgical Journal.*)

— *Mortalité de la peste noire au quatorzième siècle.* — Il n'a jamais existé de maladie plus dévastatrice que cette peste noire, qui, dans l'espace de quelques années, enleva à l'Europe plus du quart de ses habitants. Cette affreuse maladie n'offrait aucun caractère du choléra ; c'était la peste d'Orient caractérisée par des bubons. Mais le plus souvent il y avait une hémoptysie, des douleurs de poitrine, et une gangrène des poumons. L'haleine était empestée et la contagion extrême.

La maladie commença par la Chine, l'Inde, l'Asie centrale, l'Asie Mineure, l'Arabie, l'Egypte, Constantinople, et par la Chypre et la Sicile pénétra à Marseille en 1347. Bientôt la Sardaigne, la Corse et Mayorque furent atteintes. Elle régna à Avignon en 1348 ; dans les royaumes du nord, l'Angleterre, l'Allemagne, la Suède, la Pologne en 1349. Elle ne se montra en Russie qu'en 1351.

Le Caire perdit jusqu'à 1,000 et 1,200 personnes par jour ; Alep 500 habitants par jour. Gaza eut à déplorer en six semaines la perte de 22,000 habitants, et Chypre perdit tous les siens.

Paris perdit 50,000 habitants ; l'Hôtel-Dieu avait 500 morts par jour. Avignon perdit 60,000 habitants ; Marseille, en un mois, 56,000 ; Strasbourg, 16,000. Londres perdit au moins 100,000 personnes ; Norwich, 50,000 ; Venise, 100,000 ; Florence, 60,000 ; Valence, 220,000 ; Bâle, 14,000 ; Erfurth, 16,000.

— *Statistique des aliénés en Angleterre.* — Il paraît que dans l'espace des vingt dernières années, le nombre des individus atteints de folie en Angleterre a plus que triplé. Le nombre total se divise ainsi : fous, 6,808 ; idiots, 5,741 ; ensemble, 12,549 : c'est à la population dans le rapport de 1 à 1,000. Dans le comté de Galles : fous, 138 ; idiots, 763 ; total 896 : proportion de 1 à 800.

Il y a en Ecosse 3,652 fous, environ 1 sur 700 ; et, en Irlande, le nombre s'élève à plus de 8,000. Des études faites sur 1,000 individus atteints de folie ont permis d'en donner à peu près les différentes causes avec leurs chiffres respectifs : boisson, 110 ; banqueroute, 100 ; atteints d'épilepsie, 78 ; ambition, 73 ; travail forcé, 73 ; idiots-nés, 71 ; misère, 6 ; caducité, 69 ; chagrin, 64 ; amour, 47 ; accidents, 39 ; dévotion, 29 ; opinions politiques, 26 ; empoisonnement, 17 ; illusions, 12 ; crimes, remords ou désespoir, 9 ; folie prétendue, 5 ; mauvaise conformation du crâne, 4 ; diverses autres causes inconnues, 115.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 91. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Phthisie pulmonaire. Epanchement. Hydro-pneumo thorax. Difficulté du diagnostic.

Au n° 13 de la salle Sainte-Agnès a été couché un malade dont nous allons vous dire brièvement l'histoire, et qui présente deux choses extrêmement curieuses à noter. Il rend des crachats extrêmement fétides au moment même de leur expuition, et son haleine est d'une fétidité excessive au moment de la toux. Hors les moments des quintes de toux, l'haleine du malade n'est nullement repoussante; et ce qui est plus curieux encore, les crachats, après quelque temps de séjour à l'air libre dans le crachoir, perdent le caractère que nous venons de signaler. Nous insistons sur ceci, parce que les crachats fétides n'appartiennent qu'à un petit nombre d'affections, et cependant, quelquefois, leur diagnostic est difficile.

L'autre phénomène est celui-ci : Il y a dans un point limité de la poitrine, principalement dans la région du scapulum, un bruit assez semblable à un gargouillement très fort, qui se propage vers les parties voisines, en perdant de son intensité, à mesure que l'on s'éloigne du scapulum, mais qui conserve toujours le même rhythme. Le bruit reste le même, modifié seulement dans son intensité. Il y a donc une lésion dans le poumon, d'une part, et d'autre part, dans les parties voisines de la poitrine, une modification en vertu de laquelle ce bruit se propage en perdant de son intensité. Je vous signale ce fait, parce que je suis convaincu, par mon expérience, qu'il y a des cas où le gargouillement peut se montrer dans toute l'étendue de la poitrine, et que je suis peut-être le seul qui en ai observé et signalé un grand nombre.

Le premier cas dans lequel j'ai rencontré un gargouillement pareil dans toute l'étendue de la poitrine, fut celui d'un jeune homme de dix-huit à vingt ans, près duquel je fus appelé il y a une quinzaine d'années, avec M. Ollivier (d'Angers). Il offrait dans tout le côté gauche de la poitrine les signes d'un épanchement; égophonie, souffle bronchique, absence du bruit respiratoire, etc. Redemandé par sa famille, ce jeune homme partit pour son pays. Nous le vîmes à son retour, après une absence de trois mois. Il avait une fièvre continuelle, s'affaiblissait de jour en jour, et ses parents étaient dans la plus vive inquiétude. Le premier point sur lequel j'appliquai l'oreille, m'offrit un gargouillement que je retrouvai dans toute l'étendue du thorax avec la même forme, la même intensité, le même rhythme.

J'eus d'abord l'idée que nous avions affaire à des tubercules ramollis. Mais il eût fallu admettre qu'il y avait des cavernes tuberculeuses, et que toutes étaient de la même grandeur; il eût fallu admettre que depuis le sommet jusqu'à la base du poumon, les conditions d'existence de ces cavernes étaient absolument identiques; ce qui était tout à fait impossible à supposer. Presque jamais les cavernes n'occupent tout le poumon; mais encore y en eût-il partout, le gargouillement se ferait entendre avec des formes différentes et des variétés de grosseur dans le son. Notre jeune malade succomba, et nous ne pûmes en faire l'autopsie. Cependant je pensai qu'il y avait une affection tuberculeuse indiquée par le gargouillement, et une modification de l'épanchement qui transmettait le bruit dans toute la cage thoracique.

Quelque temps après, à l'hôpital de la Charité, un malade entra dans mon service, offrant tout à fait les mêmes symptômes, et chez lequel je pus une seconde fois constater un gargouillement général, partout du même calibre. Ce malade fut pris d'un vomissement de pus considérable, qui me confirma dans la pensée que ce gargouillement était produit dans un point limité, et propagé dans le reste de la poitrine par des conditions pathologiques particulières. Après un assez long séjour dans nos salles, cet homme se trouva assez bien pour demander sa sortie, et depuis il ne nous est pas revenu. Peut-être aura-t-il succombé loin de là. Peut-être aura-t-il fini par se remettre complétement; ce qui nous semble peu probable, bien que l'affection dont nous le supposions atteint ne soit pas nécessairement mortelle. Il y a donc à la question une sorte de solution probable, sans être toutefois complète.

Il y a douze ans à peu près, un nègre entra dans notre service à l'Hôtel-Dieu, dans des conditions absolument pareilles. Son mat d'un côté de la poitrine, gargouillement, parfaitement le même partout; ce nègre eut, comme le précédent sujet, une vomique considérable; il rejeta une abondante quantité de pus, et succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes une cavité tuberculeuse communiquant avec la plèvre; circonstance qui nous donna l'explication complète et du gargouillement et de la vomique. Ce troisième fait vint parfaitement confirmer le diagnostic que nous avions porté.

Il y a quelques années enfin, un quatrième sujet se présenta à moi, chez lequel je constatai du gargouillement sous la clavicule gauche, gargouillement qui perdait de son intensité à mesure que l'on s'éloignait de ce point. Jusqu'alors, je n'avais eu occasion d'observer un gargouillement transmis que dans des cas où il conservait la même intensité partout. Ici, au lieu de se transmettre avec la même intensité, il diminuait sensiblement, à mesure que l'on s'éloignait d'un point donné, phénomène de nature à inspirer du doute. Nous trouvâmes une simple induration du parenchyme pulmonaire. Nous n'en fûmes point étonné; car on comprend qu'avec des altérations différentes, on doit observer des phénomènes différents, et des modifications dans les bruits respiratoires. Ceci étant pour ainsi dire la préface de ce que nous avions à dire, revenons à notre malade.

Chez le jeune homme que nous vous avons fait examiner, il existe un gargouillement très fort dans la fosse scapulaire gauche; ce gargouillement semble quelquefois diminuer d'intensité, et se présenter sous forme d'un souffle humide, accompagné de bulles plus ou moins volumineuses. Mais toujours, il se transmet en perdant de son intensité dans toutes les parties de la poitrine; il se transmet moins clairement en haut qu'en bas; on le retrouve jusque vers la partie inférieure de la poitrine, mais avec quelques modifications.

Ce jeune homme, avons-nous dit, rend des crachats purulents et fétides. Le simple aspect nous a suffi pour constater la purulence des crachats; le liquide contenu dans le crachoir était surmonté d'une véritable couche de pus, ce qui n'existe pas chez les phthisiques, qui rendent des crachats *nummulaires.* L'affection dont il est atteint n'est pas récente, et son début remonte à une époque assez éloignée. Il a vingt-neuf ans, et c'est à l'âge de dix-huit ans, dit-il, qu'il aurait commencé à être malade. Il affirme que dès cette époque, il toussait habituellement, et crachait des matières fétides; mais alors, toujours à l'en croire, les crachats étaient jaunâtres, sans l'être autant que maintenant. Si tous ces renseignements sont exacts, on pourrait croire qu'il existe une dilatation des bronches, altération qui s'accompagne souvent de crachats puriformes et très fétides. J'ai vu un assez grand nombre de jeunes gens affectés de cette manière, et chez lesquels le crachoir présentait une nappe de pus véritable à la surface du liquide; il arrive souvent que la quantité de pus expectoré ainsi est énorme; j'en ai vu rendre jusqu'à près d'un demi-litre dans les vingt-quatre heures.

L'expuition de ces crachats se concilie avec les apparences d'une demi-santé, et il ne nous semblerait pas impossible que nous eussions affaire à une dilatation des bronches, si toutefois ce qu'il dit est exact. Il y a un an environ que la maladie s'est aggravée; il est survenu des hémoptysies, phénomène qui se lie ordinairement à l'affection tuberculeuse. On croyait autrefois que les tubercules étaient la suite de l'hémoptysie. On sait maintenant d'une manière positive que l'hémoptysie est le signe de la présence des tubercules dans le parenchyme pulmonaire. Tous les médecins en conviennent, et c'est une vérité qui paraît incontestable.

Depuis ces hémoptysies, le sujet a maigri considérablement; la fièvre ne l'a point quitté, et il a fini par entrer à l'hôpital pour une affection qui a été caractérisée, d'abord, épanchement pleurétique. Il est actuellement dans nos salles depuis six semaines, et nous avons été témoins de cette expectoration fétide, purulente, qui ne ressemble point du tout aux crachats des phthisiques, et dont nous ne saurions mieux comparer l'odeur qu'à celle des macérations anatomiques. Pendant la toux, l'haleine présente aussi cette odeur infecte, qui disparaît pendant la respiration normale.

Ce jeune homme avait peu de fièvre au moment de son entrée; maintenant elle est plus intense; sa faiblesse est plus grande; il a des sueurs pendant la nuit; pas de diarrhée. Le pouls, qui ne donnait que 80 le jour de l'entrée, est maintenant à 130. Quant aux résultats de l'exploration de la poitrine, voici ce que nous avons constaté. A gauche, matité complète dans presque toute l'étendue, ce qui nous fait croire qu'il y a eu en effet un épanchement pleurétique. Le murmure respiratoire ne se fait pas entendre en avant; au-dessous de la clavicule, craquements humides, souffle voilé. Plus bas, au-dessous du point où existe cette respiration caverneuse, et où l'on entend ces craquements, absence complète du bruit respiratoire.

Dans la partie supérieure de la poitrine, il existe des phénomènes qui dénotent bien évidemment l'existence d'une ou de plusieurs cavités, renfermant du pus, dont nous avons indiqué plus haut les propriétés physiques. Mais ce n'est pas tout; il y a nécessairement une autre lésion en vertu de laquelle le bruit de gargouillement se transmet jusqu'à la partie

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une séance de l'Académie impériale de médecine de Pékin. — Grande discussion sur les bouchons de bouteilles. — Retour à la rue de Poitiers. — La candidature académique. — Les ressources de la réclame. — Souvenirs de Juillet.

La dernière malle de l'Inde qui est arrivée par Marseille, a apporté une grande cargaison de journaux chinois. On a remarqué surtout un journal médical imprimé à Pékin, et qui donne les séances de l'Académie impériale de médecine du Céleste-Empire. M. Stanislas Julien, le célèbre sinologue, a pensé qu'un fragment d'une de ces séances pourrait intéresser mes lecteurs, et avec son obligeance ordinaire, il a bien voulu me traduire une partie de la séance du 30 juillet 1843. On y verra, je l'espère, combien notre Académie de médecine est au-dessus de celle de ce peuple qui ose nous appeler barbares, et de quels objets futiles s'occupent les doctes médecins de la capitale de l'empire.

La séance était présidée par le mandarin Fé-Rus.

On appelle à la tribune le lettré Bou-Lay, un des principaux pharmaciens de Pékin.

Les huissiers de l'Académie déposent sur la tribune une grande quantité de bouteilles dont les goulots sont recouverts d'une capsule d'étain. Plusieurs académiciens quittent leur place, et s'approchent pour s'assurer si les bouteilles sont pleines. En apercevant le contraire, leur désappointement est visible, et tout annonce que la séance sera orageuse.

Le lettré Bou-Lay a la parole,

Mandarins et lettrés,

Nos premières paroles doivent être des paroles de reconnaissance envers notre grand ministre du commerce et de l'agriculture, dont la sollicitude éclairée a bien voulu confier à l'examen de l'Académie l'importante question dont je vais vous entretenir. Je n'en connais pas qui soit plus digne de votre attention. (Ecoutez! écoutez!) — Depuis l'invention de la poudre..... de charbon de quinquina, rien d'aussi éminemment utile n'aura été connu dans cette enceinte.

Il s'agit de l'invention des capsules d'étain pour boucher les bouteilles. M. le ministre a demandé l'avis de l'Académie, et la commission, dont je suis l'organe, vient vous présenter le résultat de ses profondes recherches et de ses méditations.

L'invention des bouteilles est presque récente parmi nous; elle ne remonte guère qu'à 3,500 ans, sous le règne de l'empereur Kouartz, le huitième de la troisième dynastie. Nos aïeux se servaient de cruches... (Rumeurs et murmures.)

De plusieurs parties de la salle des voix confuses demandent la parole pour un fait personnel. Le président agite une grosse cloche, qui couvre la voix des interrupteurs.

L'orateur reprend :

..... Mais depuis qu'on fait des bouteilles, on ne voit plus de cruches parmi nous. (Marques générales d'assentiment et de satisfaction.)

Or — suivez bien ce raisonnement — si l'on fait des bouteilles, c'est pour les remplir. (Une voix : Bravo!)

Si on les remplit, c'est pour les vider plus tard... (Bravissimo!) Il faut donc conserver pendant un temps plus ou moins long ce qu'on y met dedans.... (Très bien!)

Si l'on veut conserver, il faut boucher..... (Du banc des apothicaires : Parfait!)

Donc, celui qui aura trouvé le meilleur moyen d'obtenir ce résultat, aura rendu un immense service. (De toutes parts : C'est clair.)

Eh bien! mandarins et lettrés, ce moyen est trouvé!..... (Sensation vive et prolongée.)

Le voilà..... (Ici l'orateur montre une grande quantité de capsules métalliques et de bouteilles de toute forme bouchées par ce procédé qu'il décrit minutieusement, et dont il expose les avantages. Il s'étend surtout sur la parfaite conservation des eaux minérales gazeuses renfermées dans des bouteilles capsulées, et il donne à comprendre que les eaux provenant d'une fabrique située dans le faubourg du Gros-Pavé, à Pékin, conservées par ce procédé, sont supérieures aux autres.)

A cet endroit, l'orateur est vivement interrompu. Vous voulez faire mousser vos eaux gazeuses, dit l'un; il n'y a rien là de médical, dit l'autre. L'agitation est à son comble.

Le mandarin Pa-ri-sette. Messieurs, le vin est tiré, il faut le boire. Tout ceci, d'ailleurs, se réduit à de simples questions :

Est-il utile de boucher les bouteilles?

Le moyen proposé vaut il mieux que les autres?

J'ai dit.

Le lettré Ch-va-li-é. Si le bouchon est bon, la capsule est inutile; s'il est mauvais, elle l'est plus encore. (Vif assentiment sur les bancs de l'opposition.)

De toutes parts on demande les conclusions du rapport.

Le rapporteur Bou-lay. Par tous ces motifs, et pour donner à l'inventeur des capsules une marque durable de l'estime de l'Académie, la commission propose qu'à la mort de cet inventeur, son corps, distillé au bain-marie, soit conservé dans des bouteilles capsulées et déposé dans les archives de l'Académie.

A cette proposition, un violent orage s'élève dans l'assemblée. La discussion prend une tournure des plus tumultueuses; enfin, après plus d'une heure, l'Académie, ne se sentant pas suffisamment éclairée, renvoie le rapport à la commission.

A la séance suivante, la correspondance fit mention de plusieurs lettres curieuses. En voici quelques-unes :

Monsieur le président,

L'Académie impériale de médecine de Pékin, qui avait déjà donné de nombreuses preuves de toute sa sollicitude pour les intérêts véritables de la science et de l'art, en s'occupant longuement soit des pains Gris-si-ni, soit des pois Fri-gé-ri-o, soit de la moutarde blanche, vient d'en donner un nouveau témoignage en discutant les avantages des bouchons de bouteilles. Ceci m'encourage à soumettre à son examen éclairé, un nouveau gilet de flanelle dont je suis l'inventeur et

inférieure de la poitrine. Nous pensons, d'après tout cela, qu'il y a une excavation tuberculeuse, une dilatation des bronches et un épanchement pleurétique. Examinons tour à tour les raisons qui nous font croire à l'existence de ces diverses lésions et leur valeur.

La dilatation des bronches peut avoir existé autrefois, mais il n'est pas prouvé qu'il existe maintenant encore, car les crachats paraissent avoir changé de nature. Cependant, si pendant onze ans il a craché de la même manière, on peut supposer sans trop de témérité que cette disposition pathologique n'a pas cessé; mais, à coup sûr, il y a autre chose encore. Le gargouillement prouve qu'il y a des tubercules en avant sous les clavicules. Quant au gargouillement de la partie postérieure de la poitrine, il se pourrait qu'il y eût une caverne tuberculeuse antérieure communiquant en arrière avec la cavité pleurale où existerait une sorte de poche limitée par de fausses membrane. Souvent les épanchements pleurétiques qui communiquent avec l'extérieur par perforation du poumon présentent cette odeur fétide dont nous vous entretenons. J'ai vu des malades chez lesquels on rencontrait cette odeur fétide et chez lesquels il y avait probablement une communication de l'air extérieur avec la cavité pleurale, communication qui n'a pu être constatée pendant la vie, mais que l'insufflation des bronches sous l'eau nous faisait découvrir à l'autopsie. Disons, en passant, ici que l'insufflation du poumon plongé sous une nappe de liquide est souvent le seul moyen de découvrir la perforation pulmonaire.

Mais, dira-t-on, s'il y a perforation pulmonaire et communication de la cavité pleurale avec l'extérieur, comment le pus épanché dans cette cavité n'est-il pas expulsé au dehors dans tous les cas? C'est que souvent, cette perforation forme soupape. L'air peut entrer entre les feuillets de la membrane séreuse, mais il ne peut en sortir. Il y a tel épanchement dans la plèvre qui se vide par les bronches, sans que l'air puisse pénétrer dans la cavité séreuse; la réciproque peut être vraie. Les deux conditions peuvent exister. La fétidité des crachats n'a presque jamais lieu dans les affections tuberculeuses simples; aussi ce symptôme contribue-t-il beaucoup à nous faire penser qu'il se pourrait bien qu'il existât encore un peu de dilatation des bronches. La gangrène du poumon présente aussi assez souvent la fétidité de l'expectoration, mais l'ensemble des autres phénomènes qui caractérisent cette affection n'existe point chez notre malade. De plus, ce jeune homme ayant eu, il y a quelques mois, une pleurésie, et présentant encore aujourd'hui quelques-uns des signes qui indiquent un épanchement circonscrit, c'est vers cette opinion que nous inclinons.

Dans le plus grand nombre des cas, un tubercule a fourni l'occasion de la perforation. Peut-être même est-ce lui qui a déterminé la formation de la pleurésie purulente? Nous avons encore un autre motif de croire à la pleurésie. Le côté gauche dans lequel nous soupçonnons cet épanchement pleurétique, présente cette augmentation dans le diamètre antéro-postérieur, que nous avons donnée comme caractéristique et sur la valeur de laquelle nous avons longuement insisté dans de précédentes leçons. Cette augmentation est de deux centimètres environ; nous disons environ; car, le sujet n'ayant pas été examiné par nous à l'état sain, nous ne pouvons affirmer que la différence soit toute entière pathologique, les deux côtés de la poitrine n'étant pas toujours parfaitement égaux et symétriques. Et, à ce propos, il me semble utile de vous signaler la nécessité d'examiner à l'état sain les personnes qui, dans la ville, vous choisissent pour leur médecin. Toutes les conditions bien connues de l'organisation du sujet dans l'état sain, deviennent plus tard des éléments précieux de diagnostic.

En résumé, nous pensons donc que le sujet dont nous vous entretenons présente une cavité purulente double, formée en partie aux dépens du poumon tuberculeux, en partie par une poche pleurale limitée par des fausses membranes; il est probable qu'il reste quelque chose de l'ancien épanchement pleurétique. Il serait possible, car ici nous ne pouvons que former des présomptions, que la poche pleurale qui communique avec le poumon fût bornée à la partie supérieure et limitée par des fausses membranes. Si un liquide remplissait également toute l'étendue de la poitrine, le bruit serait transmis partout avec la même intensité. Ce n'est qu'en admettant l'existence des fausses membranes que nous pouvons expliquer les modifications d'intensité du son transmis. Nous établissons ici le diagnostic par induction. L'on ne peut arriver à un diagnostic positif que quand une même série de lésions anatomiques coïncide avec l'observation pendant la vie de symptômes bien tranchés. Je ne puis, comme c'est la première fois que je les rencontre ainsi modifiés, porter un diagnostic positif et incontestable. Peut-être ne serait-il pas impossible qu'il y eût une induration tuberculeuse au sommet du poumon, mais l'opinion plus probable à laquelle je crois devoir me fixer, c'est qu'il y a eu un épanchement pleurétique purulent qui s'est en partie évacué et qu'il subsiste une cavité formée aux dépens du poumon et de la cavité pleurale.

Le pronostic, je n'ai pas besoin de vous le dire, est extrêmement grave, d'autant plus que depuis six semaines que ce sujet est dans notre service son état s'est aggravé bien sensiblement. Le traitement, en conséquence, quel qu'il soit, sera peu efficace. Il se réduira aux substances balsamiques, au moyen desquelles nous chercherons à diminuer l'expectoration. De plus, et bien que l'espoir que nous avons de sauver le malade soit bien faible, deux exutoires seront appliqués avec la pâte de Vienne sur le côté gauche de la poitrine.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Tumeur intra-orbitaire donnant lieu à une exophthalmie considérable avec perte de la vision. Extirpation du globe oculaire en même temps que de la tumeur. Mort au bout de quelques jours d'une méningite successive. Pièce pathologique intéressante. Remarques du professeur.

Il y avait peu de temps qu'il s'était présenté dans le service clinique de l'Hôtel-Dieu un cas assez intéressant de tumeur intra-orbitaire, que M. Roux avait pu extraire sans entamer aucunement l'organe de la vision, et avec un plein succès, lorsqu'un autre cas de maladie semblable, mais d'un traitement plus difficile, se présente dans le même service. C'était un jeune garçon de treize ou quatorze ans, babitant la campagne, d'une constitution assez bonne, et qui portait depuis quelques années la maladie pour laquelle il était venu réclamer les secours de l'art. M. Roux, après mûr examen, se décida à l'opérer.

Ce jeune homme, dit M. Roux, a une exophthalmie à l'œil gauche produite très probablement par la présence d'une tumeur dans le fond de l'orbite, qui repousse le globe oculaire en avant, et, comprimant en même temps le nerf optique, donne lieu à la perte de la vue; car cet œil, quoique en apparence intact et sain dans ses éléments constitutifs, est tout à fait dépourvu de la faculté de voir.

Quelle peut être la nature de cette tumeur intra-orbitaire, il est difficile de le prévoir. Peut-être ne sera-t-elle pas de nature maligne, et pourtant on ne pourrait l'extraire sans enlever en même temps l'œil. Je regrette beaucoup, dit M. Roux, d'avoir à sacrifier un organe si important que celui-ci, et qui a l'apparence d'être sain; mais je ne saurais comment remédier à cette exophthalmie d'une autre manière.

Cet état anormal ou morbide de l'œil, qu'on appelle exophthalmie, peut reconnaître une cause multiple. Sans entrer dans les détails des différentes espèces de tumeurs qui peuvent se développer dans l'orbite et produire ce phénomène, nous dirons seulement qu'il peut être occasionné:

1° Par une maladie organique de l'œil lui même, qui, en acquérant un volume considérable, finit par proéminer plus ou moins hors de l'orbite. On en a vu de tellement volumineux qu'ils dépassaient de beaucoup le rebord orbitaire, et présentèrent d'assez grandes difficultés pour leur extirpation.

2° Par une tumeur quelconque développée dans le fond de l'orbite, et poussant en avant le globe de l'œil, comme ce serait le cas qui nous occupe; et ces tumeurs peuvent être de simples kystes ou de véritables cancers, et principalement de ceux qu'on appelle mélanoses, qui dominent dans cette région plus que toutes les autres.

3° Par un polype qui s'est développé dans une des narines et s'est fait jour dans l'orbite à travers la paroi correspondante de cette cavité; ce sont surtout les polypes fibreux qui peuvent produire ces effets; nous avons eu occasion d'en observer plusieurs cas dans notre pratique.

4° Par une exostose développée sur un des points de l'intérieur de l'orbite, et qui, par sa saillie, repousserait l'œil en dehors.

5° Enfin, par une affection même de la glande lacrymale; et les maladies dont ce petit organe est susceptible, sont assez nombreuses, et nous occuperaient assez long-temps si nous voulions en esquisser l'histoire. Une simple contusion enfin un peu forte exercée sur le globe de l'œil, peut produire l'exophthalmie en ce sens qu'elle peut donner lieu à un travail inflammatoire des parties profondes avec augmentation des liquides, et altération ou épaississement des enveloppes. Nous ne faisons qu'énumérer ces différentes causes de l'exophthalmie, sans ajouter des développements, qui, du reste, peuvent se rencontrer dans les ouvrages cliniques.

L'opération à laquelle nous allons procéder est assez rare pour mériter toute votre attention, quoiqu'elle soit par elle-même simple et peu difficile.

L'opération fut pratiquée par ce professeur; il a dû procéder avec une certaine lenteur pour enlever la tumeur dans toute son étendue. Le pansement fut simple; quelques boulettes de charpie furent introduites dans le fond de l'orbite pour exercer une compression sur les vaisseaux ouverts, et prévenir une hémorrhagie. Une compresse et un bandage circulaire terminèrent le pansement. Le petit malade supporta avec beaucoup de courage cette douloureuse opération, et on ne s'attendait pas à tant de patience de la part d'un jeune garçon de treize à quatorze ans, élevé à la campagne, et destiné aux travaux des champs.

Avant d'entreprendre l'examen de la pièce pathologique très curieuse, le professeur se livre encore à quelques remarques. Je regrette, dit-il encore une fois, d'avoir été forcé d'enlever l'œil pour extraire la tumeur. Avant de procéder à l'opération, la pensée m'était venue que peut-être on pourrait enlever la tumeur sans toucher à l'œil, et qu'ainsi on aurait laissé cet organe à sa place pour servir, sinon pour voir (car je ne croyais pas possible de lui redonner la vue), du moins comme simulacre, ou comme moignon sur lequel plus tard on pouvait appliquer un œil artificiel. Certes, la position du malade aurait été meilleure qu'elle n'est maintenant avec l'orbite vide; mais j'ai pensé aussi que ces avantages, assez grands pour une personne du monde intéressée à masquer une difformité, auraient été minimes pour notre malade destiné à vivre à la campagne. D'ailleurs, l'extirpation de la tumeur isolée, en sauvant l'œil, aurait présenté, tout en étant possible, d'assez grandes difficultés, causé nécessairement de plus vives et plus longues souffrances au malade; de sorte que, tout bien considéré, j'ai cru plus convenable d'agir comme je l'ai fait, en sacrifiant un organe qui d'ailleurs ne pouvait plus servir à l'usage auquel il est destiné par la nature.

L'opération, comme vous avez vu, fut très simple, plus simple même que dans beaucoup d'autres cas où elle est indiquée, lorsqu'on a besoin d'enlever des tumeurs énormes envahissant tout l'œil, et faisant une saillie telle en dehors de l'orbite qu'on est obligé de fendre largement les paupières pour pouvoir pénétrer dans la cavité. Au reste, cette opération ne peut pas toujours être pratiquée comme on le décrit dans les livres; on fait souvent comme on peut, et non comme on veut; l'essentiel est de pénétrer dans la cavité orbitaire, et de contourner l'œil et la tumeur qu'on veut enlever. Les préceptes de médecine opératoire, toujours bons à savoir, ne sont pas toujours susceptibles d'être suivis dans la pratique.

La pièce pathologique présente derrière le globe oculaire, qui semble intact, une tumeur sphéroïdale rougeâtre, lisse dans toute sa surface, et embrassant évidemment le nerf optique, qui est perdu au milieu d'elle. A ce propos, M. Roux ajoute quelques mots sur les tumeurs qui se développent autour ou dans le voisinage des nerfs, et qu'on appelle vulgairement névromes. Ces tumeurs, dit-il, sont remarquables en

---

dont j'envoie un échantillon. Je vous serai fort reconnaissant de nommer une commission qui fasse un rapport favorable.

Agréez, etc., Fil-o-sel, marchand de nouveautés.

Monsieur le président,

Il est reconnu que la plupart des rhumes de cerveau se contractent pendant la nuit. De là l'utilité d'une bonne coiffure pendant le sommeil. Je viens d'inventer un nouveau bonnet de coton qui ne laisse rien à désirer. Je serais fort honoré de l'approbation de l'Académie.

Recevez, etc., Tri-cot, marchand bonnetier.

Monsieur le président,

Les dangers du froid et de l'humidité aux pieds sont universellement reconnus. Inventeur d'une nouvelle babouche imperméable, je viens la soumettre à l'approbation de l'Académie.

J'ai l'honneur d'être, etc., Kou-ne-pié, marchand chausseur.

Fidèle à ses antécédents, et reconnaissant d'ailleurs que tous ces objets ont un rapport direct avec les sciences médicales, l'Académie de Pekin nomma des commissions.

Laissons là, s'il vous plaît, ces mandarins absurdes et ces lettrés ridicules; félicitons-nous de vivre dans un pays où les académies comprennent autrement leur mission, leur dignité, leur importance, et consacrent tout leur temps à des travaux réellement scientifiques. Vrai, en lisant ces chinoiseries, on se sent heureux d'être Français, et je descends bien vite du Céleste-Empire pour retourner vers la rue de Poitiers.

L'Académie qui y siége est à cette heure en travail d'enfantement. Quoique cette compagnie ne soit pas assurément primipare, on craint néanmoins un accouchement laborieux à cause de certaines difformités survenues depuis la dernière parturition. Cependant la délivrance est attendue pour demain mardi, de trois à quatre heures de l'après-midi. Sans figure, c'est demain que l'Académie doit nommer à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Il est toujours fort difficile de parler, à la satisfaction générale, d'une élection académique; mais dans les circonstances actuelles, cela devient plus difficile encore. Ces circonstances sont telles, en effet, que pour un grand nombre d'académiciens cette élection sera, ou un acte d'opposition, ou un témoignage d'adhésion envers un membre de l'Académie; de sorte que la presse, en faisant connaître ses sympathies, risque fort de laisser croire qu'elle suit l'une des deux bannières sous lesquelles, à cette heure, marche l'Académie. Pour mon propre compte il n'en est rien, et quelle que fût l'occasion, je n'hésiterais pas à dire mes préférences. Les six candidats admis sur la liste de présentation sont tous des hommes de mérite et de talent, et qui ont fait leurs preuves; il n'en est aucun dont l'élévation académique fût pour nous un objet de mécontentement ou un sujet de critique; mais nous ne croyons manquer à aucune convenance de la position, en disant que toutes les conditions scientifiques, académiques et littéraires, nous les trouvons surtout réunies sur deux candidats, MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis). Nous estimons que si, en dehors de ces deux candidats, l'Académie peut faire assurément un choix honorable, celui de l'un ou l'autre de ces candidats serait excellent. Si l'Académie tient à se recruter parmi les hommes de science, d'esprit et de style, c'est vers l'un ou l'autre de ces honorables chirurgiens qu'elle doit porter ses voix, ce que nous lui souhaitons, sans trop oser dire que nous l'espérons.

— Réclame, voilà bien de tes œuvres! Tout lui est bon à cette adroite et captieuse reine du moment. Les événements les plus déplorables, les catastrophes les plus cruelles, elle s'empare de tout, elle utilise tout, elle fait tout converger vers son utilité propre. Exemple: J'ai compté sept de mes confrères qui, d'après les journaux, sont arrivés, chacun le premier, sur le lieu du sinistre aux Champs-Elysées. Autre exemple: Un confrère a la jambe cassée par un accident du chemin de fer; les journaux désignent son nom. Huit jours après, réclame dans les journaux ainsi conçue: « L'appareil inamovible placé sur la jambe du docteur X... a eu un tel succès, que le docteur pourra reprendre ses consultations tel jour, à telle heure, telle rue, tel n° ».

— En voyant ce pâle soleil et les fêtes que nous venons de célébrer, à quoi voulez-vous que je pense si ce n'est au soleil de 1830; et que voulez-vous que je fasse si ce n'est quelque triste retour sur les choses d'aujourd'hui comparées à nos émotions d'alors, pleines de gloire et d'espérance! Vous souvient-il de cette ardeur, de cette fièvre de réorganisation médicale, qui s'était emparée de toutes les têtes après 1830: commissions ministérielles, commissions à la Faculté, commissions à l'Académie, et toutes ces commissions donnant lieu à des discussions étendues, animées, solennelles? Polémique vive dans les journaux, brochures, projets et que sais-je encore! Qui n'eût vu dans tous ces phénomènes les signes d'un travail fécond et d'un enfantement prochain? Qui n'eût accepté comme un heureux augure ce souffle organisateur qui agitait le monde médical? Aussi, que d'espérances alors, que d'aspirations vers un avenir que l'on croyait atteindre, que d'émulations généreuses vers un but que l'on croyait là, présent et accessible!

De toute cette agitation qu'est-il resté?..... Un souvenir et des procès-verbaux. Les comédiens habiles qui avaient fait semblant de se mêler au mouvement pour mieux le diriger, s'empressèrent bientôt de jeter d'une main de la glace et de l'autre du plomb sur le corps médical réchauffé et agité par le soleil de juillet. Aussi, dans quelle atmosphère froide et lourde vivons-nous aujourd'hui! quel égoïsme, quel abandon des principes, quel empressement à tout faire converger vers sa personnalité et à ne tirer parti que de son intérêt propre, de la position que l'on occupe! Les hommes qui occupent le sommet de notre échelle médicale sont bien coupables, car c'est de haut qu'est parti ce funeste exemple d'isolement et d'égoïsme qui dévore notre confrérie.

J'en aurais bien long à dire sur ce pénible sujet, que le souvenir de juillet a rappelé à mon esprit. Si je pouvais seulement ranimer dans quelque cœur ardent une étincelle de ce feu si vif et si pur qui brillait parmi nous il y a quatorze ans, serais-je si coupable d'avoir laissé échapper une fois par hasard, dans ces causeries légères, un cri de douleur et de tristesse?

Jean Raimond.

P. S. Je prie monsieur le compositeur d'imprimer une autre fois de la manière suivante le vers de Saurin sur Molière, à l'Académie française:

Rien ne manque à sa gloire, il manquait à la nôtre.

Autre chose. La maison de Fontenay-aux-Roses a été léguée à la commune par Antoine Petit, et non par Jean-Louis, comme je l'avais indiqué par erreur.

ce qu'elles affectent principalement les petits nerfs qui portent le nom de ganglions. Elles sont ordinairement douloureuses, car, en les comprimant, on comprime nécessairement à la fois les nerfs sur lesquels elles se développent ; le plus souvent elles sont d'un petit volume, comme des lentilles, et cette infirmité ne cesse que par l'enlèvement des petites tumeurs. D'autres fois, mais plus rarement, elles se développent autour de nerfs plus considérables, tels que les nerfs médian ou cubital du bras, le sciatique au membre inférieur, etc., qui souvent perdent leur sensibilité et donnent lieu à une paralysie véritable à cause de la compression incessante à laquelle ils sont soumis par la présence de ces tumeurs. Il faut bien distinguer ces tumeurs propres des nerfs de celles qui paraissent quelquefois dans leur voisinage, et qui n'ont aucun rapport intime avec elles, et qu'on peut facilement enlever sans que les nerfs voisins s'en ressentent aucunement. Nous avons enlevé plusieurs tumeurs de cette espèce, entre autres une chez un homme de la rue du Cherche-Midi ; elle était située au milieu des filaments nerveux du cubital : nous pûmes la disséquer sans toucher aux nerfs, et le malade guérit parfaitement.

Une autre tumeur, mais autrement grave, se présenta à notre observation, il y a quatorze à quinze ans, à l'hôpital de la Charité ; c'était chez une jeune personne du reste bien portante ; elle affectait la partie supérieure et postérieure de la cuisse, et occupait précisément la place du nerf sciatique ; grosse comme une pomme, elle devait très probablement avoir des rapports avec le nerf lui-même. Nous nous décidâmes à l'extirpation ; en la disséquant, nous reconnûmes tout de suite que le nerf était embrassé par elle et l'embrochait d'un côté à l'autre ; il nous sembla sain en dehors de la tumeur. Nous procédâmes avec beaucoup de précaution pour enlever toute entière la tumeur et ne pas léser le nerf. L'opération fut bien achevée, mais la tumeur, qui était cancéreuse, se reproduisit avec une rapidité effrayante, et la pauvre malade succomba à cette récidive.

Quelle sera la nature de la tumeur que nous avons sous les yeux, il est difficile de répondre à cette question. Si nous devons nous en rapporter aux renseignements fournis par le malade, qui nous dit n'avoir pas souffert de douleurs bien vives, de ces douleurs lancinantes qui, comme vous savez, sont propres à l'affection cancéreuse, nous serions portés à croire que la tumeur n'est pas mélanique ; du reste, quand on examine la tumeur coupée en deux ; on n'y distingue rien positivement qui ressemble au cancer ; on voit un tissu mollasse, uniforme, comme gélatineux, sans qu'aucune partie soit plus ramollie que les autres. C'est encore là une espèce de tumeur qui n'a pas de nom juste et bien approprié dans la science, comme il en est d'ailleurs de la plupart des tumeurs qui se développent dans l'économie. Cette branche de pathologie chirurgicale est loin d'avoir atteint le développement qu'elle mérite. Malgré toute l'attention qu'on a portée dans l'examen, on n'a pas pu voir de trace du nerf optique dans l'intérieur de la tumeur, et pourtant elle en est comme embrochée ; on dirait que sa texture a disparu, et s'est confondue avec le tissu anormal de la tumeur.

Le petit malade fut assez bien le lendemain de l'opération ; il n'avait pas considérablement souffert dans la nuit. Quelques jours après, un gonflement notable était survenu dans les paupières ; pourtant l'état général était assez bon ; il y avait à peine de la réaction dans la nuit, et on se flattait d'avoir un résultat favorable ; mais bientôt il survient du délire ; la fièvre s'allume ; la suppuration prend un mauvais caractère ; on emploie un traitement énergique convenable pour arrêter la marche de l'affection cérébrale qui va se développant ; tous les efforts de l'art échouent, et le pauvre petit malade succombe avec tous les symptômes d'une méningo-encéphalite.

L'autopsie, faite le lendemain de la mort, confirma le diagnostic porté pendant la vie. Les méninges portaient les traces évidentes d'une inflammation. La dure-mère était épaissie dans plusieurs points de sa surface ; la pie-mère était profondément injectée ; la surface du cerveau, d'une injection générale très vive, offrait çà et là des points ramollis. Le point important à reconnaître, c'était l'état où se trouvait le nerf optique qui avait été coupé ; eh bien, on le trouva avec toutes les apparences d'état normal, a texture ne semblait ni ramollie, ni altérée, mais une suppuration abondante l'entourait et s'étalait bien loin sur la base du cerveau.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARES.

Sur les ecchymoses des paupières. Leçon clinique recueillie par le Dr J.-C. LOUREIRO, de Lisbonne.

L'ecchymose des paupières est une affection en apparence si peu grave qu'il semble, au premier coup d'œil, que ce serait perdre son temps que de s'en occuper. Le malade qui s'est présenté aujourd'hui avec une ecchymose spontanée de la paupière inférieure, nous fournira l'occasion d'étudier un instant cette maladie et sa haute valeur séméiologique dans quelques cas particuliers.

L'ecchymose des paupières est le plus souvent le résultat de coups portés directement sur ces organes, sur l'un des bords de l'orbite. On la voit à la suite des fractures du maxillaire supérieur. Quelquefois elle se montre après que des coups violents ont été portés sur les os du crâne, et devient alors, ainsi que nous le verrons plus bas, un symptôme de fracture de l'orbite. Il est aussi des cas assez communs, et le malade qui est devant vous en offre une preuve, où l'ecchymose apparaît spontanément dans l'épaisseur des paupières, et sans qu'aucun coup ait été porté sur ces organes ou sur les parties voisines. De là trois variétés distinctes :

1° *Ecchymoses* à la suite de lésions direectes;

2° *Ecchymoses* non précédées de contusions directes ou symptomatiques de fractures ;

3° *Ecchymoses* spontanées.

Première variété. — La contusion des paupières, les chutes ou les coups sur le bord de l'orbite ou sur le bord maxillaire supérieur, sont le plus souvent accompagnés d'extravasation de sang dans le tissu cellulaire lâche qui unit ces parties entre elles. La paupière, au fur et à mesure que l'épanchement sanguin augmente, prend un volume de plus en plus grand, et présente peu à peu la couleur brun-noirâtre caractéristique de l'ecchymose. Ses mouvements deviennent alors difficiles, diminuent peu à peu d'étendue, puis disparaissent complétement comme dans tous les autres gonflements morbides de ces parties. Dans d'autres cas cependant, l'épanchement est si brusque qu'on peut, aussitôt après le coup, reconnaître par le toucher la présence du liquide extravasé.

Mackensie et Lawrence rapportent que dans les luttes au pugilat, si communes en Angleterre, il arrive quelquefois que l'un des combattants étant aveuglé tout à coup par le gonflement et l'ecchymose, les témoins font une incision à la peau avec une lancette, pour qu'il puisse lutter plus long-temps. Lorsque l'épanchement est très considérable, les paupières se distendent très largement, et le sang, ne trouvant plus de route en avant, s'en ouvre une en arrière en s'infiltrant d'abord sous la conjonctive bulbaire, puis dans le tissu cellulaire qui enveloppe le globe lui-même. — De là un exophthalmos plus ou moins marqué, qui disparaît peu à peu avec le sang épanché si on l'abandonne à la résorption.

Cette variété d'ecchymose palpébrale ne présente par elle-même aucun danger. Néanmoins, comme elle est symptomatique d'une violence directe, le chirurgien doit rechercher avec soin si un accident plus grave ne serait point à craindre. J'ai vu, entre autres, un homme qui avait reçu sur l'œil la baguette d'une fusée lancée dans un feu d'artifice, présenter une ecchymose accompagnée d'un gonflement si grand, qu'il fut d'abord impossible d'examiner l'œil. Je reconnus bientôt, et après bien des tentatives infructueuses, que la sclérotique, violemment frappée, s'était déchirée dans une grande étendue, et que la chambre antérieure était complétement remplie de sang. Ce malade demeura amaurotique.

Il serait presque superflu d'ajouter que dans quelques cas on a à craindre des accidents encore plus graves, parmi lesquels figurent la fracture directe de l'orbite, la commotion, quelquefois même la déchirure du cerveau. C'est le plus souvent à la suite des coups d'épée ou de fleuret que ces accidents surviennent. Petit de Namur, d'Ammon de Dresde, etc., en rapportent des observations.

Deuxième variété. — Cette ecchymose est symptomatique de la fracture de l'orbite, lorsqu'un coup violent a été porté sur la voûte du crâne. Lorsque l'épanchement sanguin se montre d'abord dans la paupière supérieure, on croit généralement à la fracture de la voûte orbitaire, tandis qu'on doit penser que la solution de continuité existe dans la paroi externe, si la teinte noirâtre de la peau s'est montrée d'abord de ce côté dans la paupière, puis s'est étendue à sa partie antérieure et moyenne.

Un caractère de ces ecchymoses symptomatiques qui a été signalé par les traducteurs de l'ouvrage de M. Mackensie, MM. Laugier et Richelot, c'est qu'elles s'étendent progressivement dans les premiers jours, comme il arrive dans les contusions profondes, et qu'elles ne déterminent que rarement un gonflement notable des paupières, comme cela arrive dans les ecchymoses par lésion directe.

Troisième variété. — Cette ecchymose, plus rare que les précédentes, n'est précédée d'aucune violence directe ni indirecte. Le matin, au réveil le plus ordinairement, elle apparaît et prend quelquefois rapidement un volume considérable. Je l'ai observée le plus souvent à la paupière inférieure, et presque toujours chez des vieillards. L'extravasation du sang remonte quelquefois jusque sous la conjonctive bulbaire, et s'étend alors rapidement à tout le blanc de l'œil. Cet épanchement spontané de sang ne me paraît être que le résultat de la rupture de l'un des vaisseaux nombreux qui rampent dans les paupières. On voit souvent de larges ecchymoses sous-conjonctivales survenir de la même manière sans qu'aucune maladie ait précédé, et s'étendre de là en suivant les lois de la pesanteur jusqu'au rebord inférieur de l'orbite.

Le *traitement* de l'ecchymose des paupières ne présente aucune difficulté. Si l'épanchement de sang est récent et considérable, on peut ouvrir la peau avec la lancette pour diminuer le gonflement, ou tout simplement attendre la résorption. Dans ce dernier cas, on prescrira des lotions légèrement astringentes, et on recommandera une compression douce, qui aura pour résultat d'affaisser peu à peu les paupières tuméfiées en laissant passer mécaniquement le sang dans les parties voisines.

Lorsque le coup qui a provoqué l'apparition de l'ecchymose a porté directement sur les parois de l'orbite, il sera bon, surtout si le malade est un enfant lymphatique, de prescrire l'application de sangsues pour prévenir l'inflammation du périoste et des os, si fréquente chez ces individus à la suite des contusions. La saignée générale, des lotions froides sur les parties malades, des révulsifs sur le canal intestinal, le repos au lit, la diète, seront appliqués dans les cas où l'ecchymose sera symptomatique de lésions plus graves. Si l'on suppose une fracture de l'orbite ou même une plaie pénétrante du cerveau, on se comportera comme on doit le faire dans les blessures graves, où la vie du malade est compromise.

Extrait d'un Mémoire sur les fractures du col du fémur accompagnées de pénétration dans le tissu spongieux du trochanter, lu à l'Académie de médecine, le 23 juillet 1844, par M. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

L'enfoncement du col du fémur dans le tissu spongieux du trochanter, n'est pas seulement un fait curieux d'anatomie pathologique, il a aussi ses symptômes propres, et, au point de vue surtout des indications, il diffère tellement des fractures ordinaires du col du fémur, que le traitement de celles-ci ne saurait lui être appliqué sans de graves inconvénients. Tels sont les motifs qui ont appelé l'attention de M. Robert sur cette espèce de fracture, signalée, il y plus de vingt ans, par M. Hervez de Chégoin, et cependant encore peu connue aujourd'hui.

M. Robert commence par étudier le mécanisme suivant lequel ont lieu, en général, les fractures du col du fémur, et sa théorie diffère essentiellement de celles que l'on a admises jusqu'à ce jour. Il établit d'abord que presque toutes les fractures du col du fémur sont le résultat de chutes sur le trochanter. Recherchant ensuite comment les chocs de cette espèce agissent sur le col du fémur pour le fracturer, il fait observer que le trochanter n'est confondu avec la base du col du fémur que dans la moitié antérieure de son étendue. Si l'on prolonge en dehors l'axe de ce dernier, cet axe vient aboutir non sur le milieu de la face externe du trochanter, mais sur la ligne saillante qui sépare la face antérieure d'avec la face externe de cette apophyse. Enfin, si l'on suppose un plan tangent au milieu de la surface externe du trochanter, et une ligne perpendiculaire à ce plan, passant par le point tangent, cette ligne forme, avec l'axe du col un angle obtus, ouvert en arrière, et son intersection avec cet axe a lieu à la base même du col.

De cette disposition très remarquable et qui n'avait pas encore été signalée, il résulte : 1° que les chutes sur le trochanter tendent à courber le col en arrière, c'est à dire à diminuer l'angle formé par l'axe du col avec la perpendiculaire au plan tangent ; 2° qu'elles doivent fracturer le col plus souvent à sa base que partout ailleurs ; 3° qu'elles doivent déterminer la pénétration de cette base dans le tissu spongieux du trochanter, lorsque la violence de la chute ne s'est pas épuisée en produisant la fracture ; 4° que la pénétration doit être plus considérable en arrière qu'en avant, et déterminer ainsi la rotation du pied en dehors.

Enfin M. Robert fait observer que le plus ordinairement, dans les chutes sur le trochanter, le choc a lieu en même temps sur la face externe de la cuisse, et par conséquent au-dessous du niveau de l'axe du col, ce qui doit rendre la pénétration plus marquée en bas qu'en haut, diminuer l'angle formé par le col et le corps de l'os, et produire le raccourcissement du membre.

L'étude des caractères anatomiques propres aux fractures du col du fémur, confirme pleinement ces dernières théories. En effet, la pénétration est une complication très fréquente des fractures extra-capsulaires du col du fémur. On l'observe spécialement sur les vieillards, les individus robustes, dont le col du fémur, volumineux, n'a point acquis cette fragilité qui le dispose à se fracturer plus près de la tête de l'os.

M. Robert distingue deux degrés à la pénétration :

1° Dans le premier ; celle-ci est partielle, bornée à la partie postérieure et inférieure du col et cependant tellement prononcée quelquefois, que le col est couché en arrière contre le bord postérieur du grand trochanter et en bas sur le petit. On a vu, dans ces cas, la fracture du col du fémur être incomplète, l'os restant intact à sa partie supérieure (Adams).

2° Dans le second degré, la pénétration est complète; la base du col du fémur s'enfonce par toute sa circonférence dans le tissu spongieux du trochanter. Il peut même faire éclater le trochanter, en écarter les fragments, et se mettre en contact avec la bourse muqueuse sous-jacente au muscle grand fessier.

Dans toutes les lésions de ce genre on trouve le trochanter fracturé, tantôt comminativement et comme par écrasement, tantôt, et c'est le plus souvent, dans sa moitié supérieure, qui est détachée du reste de l'os.

Malgré la gravité des désordres que l'on a subis, la consolidation de cette fracture s'effectue assez rapidement. Il se forme d'abord, au dépend du périoste, des productions osseuses qui enveloppent plus ou moins le trochanter, et entourent comme d'un collier le col du fémur dans sa portion libre. Mais ce n'est là qu'un cas provisoire qui disparaît peu à peu, et l'on voit plus tard une continuité parfaite s'établir entre les surfaces des fragments.

Les symptômes de la fracture du col du fémur avec pénétration, sont : 1° un raccourcissement peu considérable du membre (3 centimètre au plus); 2° une rotation modérée du pied en dehors. M. Smith a rapporté un cas où la rotation a eu lieu en dedans ; mais ce cas est exceptionnel et très rare ; il tient sans doute à ce que la chute a eu lieu sur la partie antérieure et externe du trochanter ; une douleur à la région du trochanter, vive et persistant beaucoup plus long-temps que la douleur due à la contusion des parties molles ; 4° une ecchymose très marquée à la face externe de la cuisse ; 5° un gonflement notable du trochanter, dû tantôt à l'écrasement ou à l'*éclatement* de cette apophyse, tantôt aux productions osseuses qui se forment autour d'elle ; 6° la possibilité de se relever et de marcher après la chute, quand la pénétration est profonde, et le col fortement enclavé ; 7° la possibilité de soulever le membre malade, quand la douleur a perdu son intensité première ; 8° la résistance du membre aux efforts d'extension. Cette résistance peut être très considérable. M. Robert a observé un vieillard de quatre-vingt-cinq ans, atteint d'une semblable fracture, que l'on avait prise pour une luxation, et vainement soumise à des efforts de réduction.

De tous ces symptômes, les seuls à peu près constants, sont le raccourcissement du membre, la rotation du pied en dehors, et la douleur trochantérienne; ils peuvent suffire pour faire reconnaître la fracture par pénétration ; car dans les fractures intra-capsulaires il y a raccourcissement modéré du membre, et rotation du pied en dehors; mais la douleur est ordinairement légère ; elle a son siége au pli de l'aine, et non au trochanter. Dans la fracture extra-capsulaire simple, il existe une douleur vive et constante à la région du trochanter, mais le raccourcissement est plus considérable, et la rotation du pied, en général, plus prononcée que lorsqu'il y a pénétration.

Le pronostic de ces fractures est moins grave que celui des autres fractures du col. Les malades sont voués, il est vrai, à une claudication invincible par suite du raccourcissement du membre, et de la déviation du pied ; mais la fracture se consolide sûrement et plus rapidement que les autres, parce que les fragments sont naturellement mis en contact par la cause fracturante elle-même.

Quant au traitement, il est très simple, et consiste à exclure toute tentative de réduction, d'allongement du membre, manœuvre dont l'effet serait de produire l'écartement des fragments, et de rendre impossible le travail de la consolidation ; il faut laisser le malade couché sur le dos, un petit coussin sous le jarret, afin que si l'on soulève le tronc le membre ne pèse pas de tout son poids sur son extrémité supérieure. Il convient aussi d'entourer les hanches avec un bandage de corps bien serré, et maintenu par des sous-cuisses. Vers le quarantième ou le cinquantième jour, le malade peut ordinairement descendre de son lit et s'appuyer un peu sur le membre malade.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de la lobélie renflée dans le traitement de l'asthme ; par le docteur LE CLERCQ, d'Amersfoort.

Quoique, dans ces dernières années, la lobélie renflée (*Lobelia inflata*, L.) ait été fréquemment employée, et souvent avec succès pour combattre les accidents dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle, un accès d'asthme, tous les praticiens néanmoins sont encore loin d'être d'accord sur son action thérapeutique. C'est qu'en effet l'asthme ne re-

connaît pas toujours la même cause pathogénique, et qu'il serait véritablement absurde de prétendre soumettre tous les asthmatiques sans distinction à l'action de ce même médicament.

Cartwright préconise la lobélie comme le moyen qui possède le plus d'efficacité dans les cas de congestion et d'inflammation de la membrane muqueuse des ramifications bronchiques, et il ne balance pas à la considérer comme possédant, dans les cas de ce genre, une spécificité aussi marquée que l'est celle du tartre stibié dans la pneumonie et la pleurésie. Il administre ordinairement l'alcoolé de ce végétal à la dose d'une ou de deux cuillerées à café pour les adultes, et de douze à vingt gouttes pour les enfants ; il fait prendre le médicament, soit à l'état de pureté, soit associé à l'oximel simple ou à l'oximel scillitique.

Schlesier prescrit de faire infuser quatre à six grammes de lobélie dans cent à cent-vingt-cinq grammes d'eau bouillante, puis de passer et de sucrer la colature avec trente grammes de sirop de guimauve, et obtient ainsi une potion que l'on fait ingérer par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Le professeur Morelli a confirmé aussi, par ses observations, l'efficacité de cette lobélie contre l'*asthma spasticum* et la *tussis quinta.* Il administrait l'alcoolé à la dose de vingt à trente gouttes, deux ou trois fois par jour, dans une cuillerée à bouche d'eau.

L'observation suivante vient corroborer l'opinion que professe le docteur Cartwright.

Une paysanne âgée de vingt-cinq ans, grosse et pléthorique, était affectée, depuis plus de deux ans, d'un asthme qui s'accompagnait d'une douleur fixe et permanente derrière la partie inférieure du sternum; elle souffrait en outre d'une toux sèche, et était très irrégulièrement menstruée : son père était asthmatique, l'une de ses sœurs avait succombé à la même maladie.

Le docteur Leclerc, dont les soins avaient été réclamés, la soumit d'abord à un traitement antiphlogistique qui n'amena qu'une diminution momentanée de la douleur. Ayant été appelé, une nuit, en toute hâte auprès de la malade, il la trouva en proie à une très forte oppression, et dans un état voisin de la suffocation : la face était bleuâtre, la voix presque éteinte, le pouls petit, alternativement lent et accéléré. Dans cette position critique, et bien que n'osant plus rien espérer des secours de l'art, il fit la prescription suivante :

Pr. Lobélie renflée,	8	grammes ;
Eau bouillante,	130	id.

Faire infuser, puis passer avec forte expression.

On dut administrer toutes les heures, à la malade, une cuillerée à bouche de cette infusion.

Après l'ingestion de la première cuillerée, l'oppression diminua déjà un peu, et la bouteille n'était pas encore achevée, que déjà la jeune fille pouvait respirer assez facilement et goûter quelques heures d'un sommeil tranquille.

Le lendemain, la respiration était plus facile et plus profonde qu'avant l'accès ; mais la douleur post-sternale persistait au même degré d'intensité.

La malade fut mise alors à l'usage d'une mixture composée de 12 grammes d'alcoolé de lobélie renflée et de 4 grammes d'esprit de corne de cerf succiné ; elle en prit dix gouttes toutes les deux heures, dans une petite quantité d'eau.

Sous l'influence de cette médication, l'asthme disparut complétement, mais la douleur continua. Dès lors, M. Leclerc dut attaquer cette dernière par des vésicatoires volants, qui finirent par la faire céder.

Dans ce cas, comme l'observe avec raison M. Leclerc, la lobélie n'a guéri qu'un symptôme seulement, et l'asthme n'aurait sans doute pas tardé à reparaître, si la cause de la maladie, c'est-à-dire l'inflammation de la membrane muqueuse bronchique, n'avait pas été enlevée. Mais, au moins, il faut convenir que la lobélie a agi comme un très puissant palliatif. (*Nederlandsch Lancet.*)

Efficacité du tartre stibié dans le traitement de la syphilis; par M. le docteur Shee.

M. Shee a constaté les avantages de la médication stibiée sur un grand nombre d'individus affectés de syphilis.

Suivant ce praticien, on doit, dans les cas de ce genre, prescrire le tartre stibié à petites doses souvent répétées, pour en imprégner peu à peu tout l'organisme. Dans ce but, il convient d'administrer toutes les deux ou trois heures de 20 à 60 gouttes de vin stibié, ou encore d'un soluté aqueux d'émétique. Il est indispensable d'en continuer l'usage pendant plusieurs jours après la disparition des symptômes.

Souvent on voit, après vingt-quatre heures de cette médication, les ulcérations syphilitiques offrir déjà une modification sensible et avantageuse dans leur aspect.

Lorsque l'on a affaire au chancre induré, il faut, de toute nécessité, persévérer dans l'emploi du tartre stibié après la cicatrisation de l'ulcère, et continuer ainsi jusqu'à ce que l'induration ait complétement cédé.

Il est indispensable d'augmenter graduellement les doses du médicament ; car, sans cette précaution, l'habitude, qui a pour effet d'affaiblir progressivement l'action des remèdes, ne tarderait pas à en contrebalancer l'action.

Dans le traitement des ulcères phagédéniques, il convient d'associer au tartre stibié quelques toniques, comme, par exemple, la quinine, le fer, le zinc, etc.

Un point d'où l'on peut inférer que le tartre stibié exerce véritablement une action spécifique sur l'affection syphilitique, et non pas sur un de ses symptômes seulement, comme pourrait être entre autres l'inflammation ; c'est que sous l'influence de la médication, on voit la maladie se modifier avec beaucoup de bonheur, quelle que soit, d'ailleurs, la forme symptomatique sous laquelle elle se présente.

(*The London medical Gazette.*)

Sur les propriétés thérapeutiques de la vanille; par M. le docteur H. Hersokmann.

M. Aersokmann, médecin en chef de l'hôpital de l'Archiduc Ferdinand, à Stanislau, pense, avec le docteur L. W. Sachs (*Manuel de matière médicale*, t. III, p. 1177), que la vanille n'est pas un aphrodisiaque ; mais en même temps, il diffère d'opinion avec lui sur les effets curatifs que cette substance peut produire dans les cas d'hystérie et de fièvre nerveuse, effets curatifs que cet auteur révoque en doute.

Suivant M. Hersokmann, les parties constituantes chimiques de la vanille permettent déjà de lui attribuer *à priori*, par analogie, les effets suivants : l'huile volatile qu'elle renferme détermine une douce augmentation de la chaleur animale et de la circulation sanguine, et accroît la turgescence des tissus tout en relevant la sensibilité et l'action des nerfs. D'un autre côté, l'acide benzoïque excite d'une manière douce et bienfaisante et par excellence le système des membranes muqueuses, tandis que la partie résineuse, qui se rapproche beaucoup du baume du Pérou, stimule les appareils utérin et uropoïetique.

La vanille ressemble donc, par rapport à son action pharmacologique, d'un côté à la valériane, et, de l'autre, aux balsamiques et même en quelque sorte au musc, en raison de la promptitude avec laquelle elle agit.

Appuyé sur ces notions, M. Hersokmann a souvent prescrit la vanille en infusion préparée d'après la formule ci-après :

Pr. Vanille,	4	grammes.
Eau bouillante,	100 à 125	grammes.

Faire infuser en vase clos, jusqu'à refroidissement ; passer.

Cette infusion doit être administrée par cuillerées à bouche de temps en temps, de manière à la faire prendre en entier dans les vingt-quatre heures.

On peut, suivant le goût des sujets, l'édulcorer convenablement avec du sucre, ou mieux encore avec un sirop approprié.

M. Hersokmann a obtenu des succès marqués en employant cette infusion dans toutes les fièvres adynamiques qui s'accompagnent d'une *vraie faiblesse directe*, particulièrement :

1° Dans toutes les fièvres nerveuses où la valériane est indiquée, et dans lesquelles cette racine a été employée déjà pendant long-temps, ou n'a pas produit l'effet favorable qu'on en attendait ;

2° Au début de la fièvre adynamique accompagnée de symptômes d'hystérie : dans les cas de ce genre, il convient, après avoir combattu préalablement les symptômes de gastrite et de congestion, d'administrer la vanille en l'associant à de petites doses de castoréum ;

3° Dans les fièvres qui épuisent les forces d'individus très vieux et faibles ;

4° Dans les fièvres adynamiques qui s'accompagnent d'évacuations colliquatives, ou du moins profuses, et spécialement dans cet état de faiblesse ressemblant à une syncope non interrompue qui est la conséquence de saignées pratiquées sans indication suffisante ou même contrairement à l'indication : dans ce dernier cas, la vanille agit d'une manière véritablement surprenante, surtout lorsqu'on l'associe à l'opium.

L'usage journalier du chocolat n'est pas une contre-indication à l'emploi de la vanille, puisque, d'un côté, le beurre de cacao que renferme le chocolat anéantit en grande partie les effets de la vanille, et que, de l'autre, c'est surtout ce mélange qui prouve le mieux l'efficacité de la vanille comme médicament stomachique ; car l'adjonction de la vanille au chocolat fait digérer mieux le beurre de cacao, qui, sans elle, n'aurait pu l'être qu'avec beaucoup de difficulté, et le convertit ainsi en une substance nutritive excellente.

(*Oesterr. med Wochenschrift.*)

Emploi de la solution d'acétate d'oxyde de fer comme contre-poison des préparations arsenicales.

Le peroxyde de fer hydraté s'est toujours montré efficace dans les cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux ou par l'acide arsénique à l'état de liberté ; mais, d'après les expériences de Duflos, il reste toujours complétement impuissant lorsque ces acides sont combinés avec des bases ; par exemple, si la substance vénéneuse ingérée consiste en arsenite de potasse (solution de Fowler), ou en bi-arséniate de potasse (sel double de Macquer), qui est fréquemment employé dans les arts, spécialement dans l'impression sur étoffes, et qu'il est, par conséquent, facile de se procurer.

Ainsi, dans l'incertitude où le médecin peut se trouver de savoir si le poison est un acide arsenical libre ou combiné, il est très important d'administrer l'oxyde de fer sous une forme telle qu'on puisse en attendre un résultat heureux : c'est dans ce but qu'il convient de recourir à la solution d'acétate d'oxyde de fer.

On se procure cette préparation en ajoutant à l'oxyde de fer hydraté obtenu par la décomposition de quatre parties de perchlorure de fer liquide (ce perchlorure est celui qui se trouve dans la *Feuille officielle du Collége médical de Silésie* pour 1836, n° 42), trois parties d'acide acétique d'une densité de 1,06 et de l'eau en quantité suffisante pour former seize parties.

Ce liquide, consistant en une solution d'acétate de fer avec excès de base, précipite les acides arsénieux et arsénique de toutes leurs solutions, qu'ils s'y trouvent à l'état libre ou combinés avec une base quelconque. Trente-deux grammes de cette solution de précipité de fer suffisent pour décomposer entièrement cent vingt-deux grammes de la solution de Fowler.

Ce résultat démontre sans doute d'une manière évidente que le peracétate de fer liquide est la préparation ferrugineuse qui mérite la préférence dans les cas d'empoisonnement par les substances arsenicales. Il faut, du reste, se rappeler que l'effet antidotique est d'autant plus rapide que ce médicament est plus étendu d'eau, et en outre qu'un grand degré de dilution a l'avantage de prévenir toute action irritable de l'acide acétique mis à nu sur les voies digestives. (*Casper's Woch*)

Nouveau moyen de produire extemporairement la vésication.

On ne peut trop répandre l'usage de la pommade ammoniacale pour produire extemporairement la vésication, particulièrement dans les circonstances où il est besoin de recourir à l'emploi de la méthode endermique pour l'administration d'un médicament actif. Mais la préparation de cette pommade offrant quelque difficulté, les médecins qui pratiquent à la campagne peuvent remplacer avec avantage cette composition vésicante par le moyen suivant qui est à la fois et plus sûr et plus expéditif encore qu'elle ne peut l'être.

On verse huit à dix gouttes d'ammoniaque concentrée dans un verre de montre plat ; puis, après avoir recouvert le liquide d'un morceau de linge taillé sur un diamètre un peu moindre que celui du verre, on applique le petit appareil sur la peau, en ayant soin de le maintenir en place à l'aide d'une pression modérée exercée avec les doigts.

Aussitôt qu'une auréole rosée commence à se faire voir autour du verre, l'appareil peut être enlevé, car déjà la vésication est produite. Le temps nécessaire pour obtenir ce résultat est, en général, de trente secondes environ. (*Journal de médecine.*)

NOUVELLES.

On lit dans la *Gazette médicale :*

Le Conseil général des hôpitaux a décidé, dans sa dernière séance, que le cours sur la chirurgie sous-cutanée, commencé à l'hôpital des Enfants, ne serait pas continué. Cette mesure a été motivée sur ce que M. Guérin n'avait pas demandé au Conseil l'autorisation d'ouvrir ce cours, et aussi sur ce que ses conférences embrassaient des matières étrangères à l'objet spécial de son service.

— Darcet, membre de l'Académie des sciences, essayeur en chef de la monnaie, membre du conseil de salubrité et du conseil général des arts et des manufactures, vient de mourir. L'industrie et la science font en lui une perte qui sera profondément sentie. Savant modeste et cœur généreux, il a toujours cherché à faire tourner ses découvertes au soulagement des pauvres et des ouvriers. Les arts insalubres avaient surtout attiré son attention, et les ouvriers doreurs se souviennent de tous les efforts qu'il a faits pour rendre leurs ateliers moins mortels en faisant entraîner par des cheminées de tirage bien disposées, les dangereuses émanations du mercure. Il a également étudié les conditions de ventilation les plus propres à l'assainissement des manufactures dont les ateliers ne contenaient souvent qu'un air méphitique et insuffisant. L'industrie de l'élève des vers à soie lui doit aussi une partie des progrès qu'elle a accomplis depuis qu'elle a été si heureusement introduite dans un grand nombre de nos départements du midi et du centre ; et ses travaux sur la gélatine sont connus et appréciés généralement.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 92. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

De la fièvre typhoïde. — Considérations pratiques.

L'étude de l'affection connue sous le nom de fièvre typhoïde est complexe, et doit embrasser les divers points de vue sous lesquels on peut considérer cette maladie. Le premier de ces rapports est la variété des diverses formes qu'elle présente. Sans vouloir entrer dans de longs détails à ce sujet, nous rappellerons que les auteurs modernes ont, pour la plupart, admis qu'il existait des formes diverses de la fièvre typhoïde qui se rapprochaient des formes établies par Pinel. Ainsi, ils ont distingué une forme inflammatoire, une forme bilieuse, une muqueuse, une adynamique, une ataxique, etc. Je veux bien que ces divisions soient convenables, et que ces dénominations expriment à l'esprit d'une manière satisfaisante l'idée qu'on leur a attachée; à nous elles ne nous semblent pas assez positives, assez *organiques*. Voilà pourquoi nous avons admis une autre division, fondée sur une autre façon d'envisager l'affection, division qui nous semble préférable, et qui est basée sur l'observation des faits. Voici les distinctions que nous établissons.

Nous distinguons une fièvre typhoïde à forme cérébrale, ou avec prédominance des symptômes nerveux; la forme thoracique, ou avec prédominance des symptômes du côté de l'appareil respiratoire; enfin la forme abdominale, dans laquelle on observe un cortége de symptômes plus tranchés du côté du ventre que partout ailleurs. Nous nous sommes aperçu cependant que cette division, bien que satisfaisante pour l'esprit, ne réunissait pas toutes les nuances d'affections typhoïdes. Il existe des cas où il serait absolument impossible de dire quelle est la forme qui existe en réalité. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point et plus en détail, lorsqu'il s'agira du pronostic et du traitement. Avant d'entrer dans l'histoire théorique de la maladie dont nous voulons vous entretenir, nous pensons qu'il n'est pas sans utilité de faire passer sous vos yeux quelques-uns des cas qui se trouvent actuellement dans nos salles.

Salle Sainte-Anne, 23. — Femme de vingt-trois ans, dans nos salles depuis peu de jours. Il y avait déjà long-temps, nous dit-elle, qu'elle souffrait, mais sans que les douleurs et le malaise qu'elle ressentait fussent très vifs. Il y a aujourd'hui cinq jours, le jour de son entrée, on lui a fait une saignée, dont nous avons approuvé, le lendemain, à notre première visite, l'opportunité. Les règles ont paru quelques heures après la saignée. D'une forte constitution, d'un tempérament robuste, d'une coloration vive de la face, cheveux noirs, cette femme porte sous le menton les traces d'un abcès et une cicatrice rouge, boursouflée et saillante; elle est un peu lymphatique, quoique vigoureuse et d'une bonne santé habituelle.

Voici les phénomènes qu'elle a présentés à notre observation:

Décubitus dorsal; expression de stupeur au visage. Notons, en passant, que la stupeur est, dans la fièvre typhoïde, un phénomène extrêmement important. Nous y insisterons plus tard; mais disons encore que si elle constitue un symptôme fâcheux, la stupeur est aussi tellement commune dans la fièvre typhoïde, que le nom même de la maladie vient du mot grec *tuphos*, qui veut dire stupeur.

Cette femme présentait sur les parois de l'abdomen des taches lenticulaires rosées, ou, pour nous servir d'une expression plus commode, des pétéchies, bien que l'on n'attache pas à ces deux mots une signification absolument pareille. La tache lenticulaire rosée est analogue à une piqûre de puce dont on aurait enlevé le point central, et disparaît sous la pression du doigt. La pétéchie est d'un rouge-pourpre ou violacé, et ne s'efface pas sous la pression du doigt. Formée qu'elle est par un petit épanchement de sang, elle constitue une véritable hémorrhagie, tandis que la tache lenticulaire n'est qu'un érythème.

Notre malade avait la langue sèche, un peu brune. On a contesté la valeur diagnostique de cet état de la langue. Cependant, il y a là véritablement une exsudation, une sécrétion morbide que l'on ne rencontre que dans certaines conditions pathologiques. Ce n'est point seulement le passage de l'air qui produit ce résultat; car si le malade ferme la bouche et respire par le nez, la langue reste humide, il est vrai, mais acquiert cette teinte brune caractéristique dont nous parlons. Ainsi, la sécheresse de la langue dépend de ce que le malade respire par la bouche; la teinte brune est tout à fait indépendante, et résulte de la nature même de la maladie.

Du reste, cette femme ne présentait presque aucun phénomène du côté du tube digestif. Pas de dévoiement. Quelques borborygmes dans le flanc droit surtout.

La diarrhée est un des signes les plus communs de l'affection typhoïde. Néanmoins, et par exception, nous vous ferons observer que chez les huit malades que nous avons eu ce moment dans notre service, la constipation s'est montrée plus fréquente que la diarrhée. Le pouls donnait 96-100 pulsations par minute. Il résulte de mes observations ceci, que la fréquence très grande du pouls annonce presque toujours que l'affection sera grave. C'est un signe pronostic presque infaillible à mes yeux. Admettons pour un instant qu'il n'y ait pas d'autre signe que la très grande fréquence du pouls, et qu'un sujet nous soit présenté sans aucun symptôme d'affection organique locale, vous devrez être tout d'abord, d'après l'élévation du pouls, porté à penser qu'il va se développer une fièvre typhoïde. Cependant, si nous avons quelque chose à ajouter, nous ne devons pas être trop exclusif. J'ai cru, pendant quelque temps, pouvoir affirmer, dans tous les cas, la prochaine apparition d'une fièvre typhoïde, chez les sujets qui présentaient une fréquence excessive du pouls. Mais un jour je fus appelé près d'une jeune demoiselle dont le pouls donnait 140 pulsations par minute, et chez laquelle le plus minutieux examen ne faisait découvrir aucun phénomène local. Je pronostiquai une fièvre typhoïde commençante, et dans ce cas particulier je n'eus affaire qu'à une fièvre éruptive. Depuis, j'ai eu occasion de rencontrer plusieurs faits analogues. Nous devons dire, à propos des faits que nous allons vous faire passer sous les yeux, que chez ces sujets le pouls n'a pas été généralement d'une fréquence extrême. Il n'a guère donné plus de 100 battements par minute.

La résonnance était bonne partout; à l'auscultation, respiration normale, sans aucun mélange de râles. Quelques soubresauts dans les tendons survinrent les jours suivants. Les organes des sens étaient normaux, sans exaltation de leurs fonctions, symptôme que l'on observe souvent dans l'affection typhoïde. Il n'y a point eu de trouble dans les idées, mais seulement une faiblesse générale et un affaissement tels que l'on ne pouvait qu'avec peine obtenir des réponses aux questions qu'on lui adressait.

Tel est le petit nombre de caractères qui a suffi, dans le cas qui nous occupe, pour nous faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde. Il s'est présenté chez cette malade une circonstance éminemment pratique et clinique, que pour cette raison nous ne devons pas passer sous silence. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, nous l'avons trouvée dans l'état que nous venons de vous indiquer. Mais ses règles avaient paru pendant la nuit. Ceci mérite d'être noté; en effet, il est difficile au médecin d'agir d'une manière énergique, lorsque les malades ont leurs règles, ou que l'époque de la menstruation est arrivée, sans que la fonction se soit établie.

Les règles existant, peut-on et doit-on faire le même traitement que si elles n'existaient pas? La réponse ne me semble pas douteuse. De deux inconvénients, il faut choisir le moindre. Si la maladie est grave, le premier précepte à remplir, c'est de sauver la vie; on ne doit point dans ce cas avoir égard à la menstruation, et c'est ce que nous aurions fait chez cette jeune femme, si l'indication se fût rencontrée. Nous n'avons respecté la marche de la nature que parce que nous avons pensé qu'il n'y avait pas lieu à faire une nouvelle émission sanguine. De jour en jour, sous l'influence de cette saignée naturelle, nous avons vu les accidents se dissiper; le mouvement fébrile a diminué d'intensité; il n'y a que cinq jours que la malade est dans nos salles, et déjà elle marche franchement vers la convalescence. Nous croyons pouvoir attribuer en grande partie la guérison rapide de l'affection typhoïde à la menstruation. Peut-être, en toute autre circonstance, eussions-nous fait une seconde saignée; peut-être eussions-nous prescrit des bains, ce que les règles nous ont empêché de faire; mais, en tout cas, nous n'eussions pas obtenu un plus beau résultat. Disons, en terminant, que nous regardons ce cas comme un exemple de fièvre typhoïde légère.

Salle Sainte Agnès, 28. — Homme de trente-deux ans, entré dans notre service il y a huit jours. C'est le plus âgé des huit malades dont nous vous entretenons. Un si petit nombre de faits ne constitue pas la règle; en effet, c'est de quinze à vingt-cinq ans que l'affection typhoïde est la plus commune, ainsi qu'il résulte des relevés généraux publiés par tous les praticiens. La maladie de ce sujet n'a rien présenté de spé-

FEUILLETON.

De l'hydropisie chez les aliénés buveurs, et de sa guérison par l'usage modéré du vin et de l'eau-de-vie; par M. le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT.

L'excès des boissons alcooliques détermine des symptômes fort graves dont les principaux se manifestent par des désordres de la sensibilité et de la motilité qu'on a réunis sous le nom de *delirium tremens*. Il s'en faut cependant beaucoup que la maladie comprise sous cette dénomination donne une idée exacte de tous les troubles que peut occasionner l'abus des liqueurs fermentées. Souvent la lésion de la motilité manque; le désordre des idées ne reflète pas toujours la profession de l'individu; enfin les hallucinations, cachet du délire des ivrognes, et qui sont fréquemment caractérisées par la vue d'animaux qui rampent, glissent sur les couvertures, les murailles, le plafond, n'ont pas été convenablement étudiées. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, que nous avons examiné ailleurs; il ne sera question ici que d'un des accidents qui se manifestent après la privation des boissons alcooliques chez les individus qui en font un usage habituel et immodéré.

On amène chaque année dans mon établissement bon nombre de personnes qui ont perdu la tête par suite d'ivrognerie. Beaucoup guérissent par le seul régime, quelques-unes par les bains avec affusion, d'autres par l'opium; mais, chez un certain nombre d'entre elles, la privation du vin, de l'eau-de-vie ne tarde pas à être suivie d'une hydropisie qui se manifeste aux extrémités inférieures, gagne le tronc, les membres, la face, résiste à tous les moyens pharmaceutiques et ne cède qu'à l'emploi rationnel de la cause qui a produit la perte de la raison. Voici dans les faits qui se sont présentés à notre observation, deux exemples qui nous paraissent offrir un certain intérêt.

Première observation. — *Démence suite de l'abus de liqueurs alcooliques. Plusieurs attaques d'aliénation furieuse. Infiltration des extrémités inférieures. Traitement par le vin pur et l'eau-de vie. Hallucinations de la vue et de l'ouïe.*

M. C., étranger, âgé de cinquante ans, replet, fort, de taille moyenne, de tempérament lymphatique, a contracté l'habitude des liqueurs fortes. Depuis quelques années cette passion est si violente, qu'il prend tout ce qui lui tombe sous la main pour le vendre et boire. Deux et trois bouteilles d'eau-de-vie sont avalées en peu d'instants. Ces excès répétés ont amené une attaque de *delirium tremens*, il y a huit ans; cette maladie, dont les symptômes ne nous ont été décrits que d'une manière incomplète, a laissé un affaiblissement de l'intelligence.

Depuis plusieurs mois, M. C. exige une surveillance de tous les instants; le perd-on une minute de vue, il s'échappe, entre chez le premier marchand de vin qui s'offre à lui, et laisse sa montre, son chapeau, son gilet pour payer sa dépense.

C'est à la suite d'une de ces équipées qu'il est conduit dans mon établissement. Sa physionomie est amaigrie, son teint jaune, ses yeux ternes, sans expression. Sa langue est blanchâtre; l'appetit nul: à toutes les questions qu'on lui adresse, il répond: Du vin, de l'eau-de-vie; s'emporte quand on ne lui apporte pas ce qu'il demande. La nuit, il est tranquille dans son lit. Sa démarche est assurée; il n'y a pas de tremblement dans les membres. Sa mémoire est affaibli, on lui répète vingt fois la même chose sans que cela paraisse avoir produit une impression sur son esprit.

Pendant les trois premiers jours il ne prend presque pas d'aliments, on lui donne de l'eau rougie à boire. Peu à peu il s'habitue à la maison, mange comme les autres, et ne demande plus de liqueurs. Deux mois après son entrée, nous remarquons que son appétit diminue de jour en jour; sa figure prend une teinte jaunâtre, terreuse, maigrit; il reste dans un coin, sans faire de mouvement. Bientôt ses jambes deviennent le siége d'une infiltration qui augmente tous les jours. Je prescris la position horizontale, des boissons nitrées et des purgatifs répétés. Pendant quelques jours l'infiltration diminue pendant la nuit; elle reprend sa dimension le jour, puis elle devient stationnaire.

La peau des jambes est énormément distendue, luisante; l'enflure a gagné les cuisses. Je continue le nitrate de potasse à haute dose, l'eau de sureau, les purgatifs; je joins à ces remèdes la compression. L'infiltration cesse avec les moyens contentifs; mais dès qu'on en discontinue l'emploi, l'hydropisie reparaît aussitôt. La perte d'appétit est toujours la même, l'amaigrissement fait des progrès sensibles, la langue est blanchâtre; l'altération des traits annonce une atteinte grave portée à l'organisation.

Le mode de traitement suivi jusqu'alors n'ayant amené aucune amélioration, et la maladie faisant au contraire des progrès, je pensai que l'hydropisie était due à la soustraction des excitants habituels du malade; en conséquence, je prescrivis une demi-bouteille de vin pur à chaque repas, avec un verre d'eau-de-vie. A peine M. C. avait-il été soumis huit jours à ce régime, qu'un changement des plus remarquables s'opéra dans tout son être. L'infiltration diminua, la physionomie prit une expression meilleure; l'appétit se rétablit; et sans qu'il fût nécessaire de recourir aux bandages, l'enflure guérit radicalement en moins de quinze jours. Plusieurs années se sont écoulées depuis cette époque, et jamais l'accident n'a reparu.

L'isolement et l'emploi modéré des boissons fermentées eurent une heureuse influence sur son intelligence. Ce malade, qui était entré en pleine démence un an après son admission, pouvait causer fort raisonnablement, quoique ses idées fussent affaiblies sur certains sujets. Sa mémoire, qui semblait perdue, avait recouvré presque toute sa force; il racontait les événements de sa vie, décrivait les procédés qu'il avait observés dans l'industrie, et désirait vivement retourner dans sa famille. Une hallucination lui était restée; tous les jours, à trois heures, il voyait entrer sa femme; elle parlait à diverses personnes de la maison, mais ne lui adressait jamais la parole. M. C. a quitté l'établissement rétabli; mais il est presque certain que le goût des liqueurs lui occasionnera une rechute.

cial. Il avait, au moment de son entrée, un peu de céphalalgie, de stupeur ; quelques taches lenticulaires rosées sur le ventre et la base de la poitrine. Dans la série de malades dont nous nous occupons aujourd'hui, c'est l'éruption qui a paru être le symptôme prédominant. Les sudamina ont été moins nombreux ; nous ne les avons guère observés que dans la moitié des cas.

Chez cet homme, la langue était blanche à la base, rouge à la pointe et sur les bords. Il avait un peu de diarrhée depuis plusieurs jours, au moment de son entrée. Le pouls était peu développé. Chez lui, comme chez la malade précédente, la poitrine ne présentait aucun phénomène morbide. C'est presque uniquement par la présence des taches, la stupeur et l'affaissement général du malade que s'est caractérisée l'affection. Il n'y a point eu de symptôme grave. Partant, nous devons admettre ici encore un exemple de fièvre typhoïde légère.

Salle Sainte-Agnès, 29. — Jeune homme de vingt-trois ans, malade depuis quinze jours ; brun, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin. Voici les symptômes qu'il offrait le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu : La langue était couverte d'un enduit assez prononcé ; il y avait inappétence, goût pâteux de la bouche, soif assez vive ; météorisme du ventre avec résonnance un peu tympanique. Depuis le commencement de la maladie, il y a eu chez ce malade alternative de dévoiement et de constipation.

Du côté de l'appareil pulmonaire, accélération des mouvements respiratoires, ronchus sibilant et sonore grave dans presque toute l'étendue de la poitrine. Pouls à 92-96. Rien de notable du côté des fonctions sensoriales et de l'intelligence ; pas de délire. Sur l'abdomen et à la base du thorax, on remarquait des pétéchies nombreuses et des sudamina. Nous avons déjà plusieurs fois prononcé devant vous ce mot de sudamina, sans nous expliquer sur ce que l'on désigne sous ce nom, et sans dire quelle valeur on doit attacher à leur apparition. Les sudamina sont de petites élévations de l'épiderme soulevé par un liquide transparent. Jamais le liquide des sudamina ne devient trouble. Dans certaines maladies, dans la fièvre miliaire, par exemple, le liquide change de caractère et se présente sous forme de véritable pus ; mais alors c'est un symptôme propre à l'affection spéciale qui se développe, et il ne constitue point ce que l'on désigne sous le nom de sudamina.

L'éruption des sudamina a, depuis quelques années surtout, fixé l'attention des pathologistes. On s'est demandé s'ils avaient véritablement la valeur que veulent leur accorder certains auteurs ; s'ils pouvaient exister dans toutes les maladies ; s'ils étaient caractéristiques de la fièvre typhoïde, et s'il existait une véritable suette miliaire. Toutes ces questions, qui sont résolues pour nous, trouveront leur place dans l'histoire des symptômes que nous exposerons plus loin avec détail.

Chez ce malade, la marche de l'affection a été beaucoup plus grave que celle des deux cas précédents. Il y a une atteinte profonde portée aux fonctions de la nutrition ; aussi le pronostic a-t-il dû être beaucoup plus grave. Dès le troisième ou quatrième jour, le malade s'est notablement amaigri ; les joues se sont creusées, le nez s'est effilé, et la face a commencé à revêtir ce caractère que l'on a désigné sous le nom de *face hippocratique*. Les membres et le tronc lui-même ont participé à cette émaciation, symptôme des plus graves à nos yeux. La forme a été franchement abdominale, et le cas a dû être rangé parmi les cas graves. Bientôt sont survenues des selles involontaires, et le malade a rendu ses urines sous lui.

Pour le traitement, on n'a pu, en raison de ces symptômes, insister long-temps sur les émissions sanguines, et nous avons cru devoir recourir aux lavements laudanisés, et particulièrement à une formule qui nous est propre et que voici. Lorsque le choléra-morbus a sévi à Paris, il y a douze ans environ, j'avais remarqué que l'abondance des évacuations jetait rapidement le malade dans un collapsus le plus souvent mortel ; mon but fut donc tout d'abord de chercher à diminuer l'abondance de ces évacuations alvines, et voici le mélange auquel je m'arrêtai après bien des tâtonnements. Le lavement que je prescris en pareil cas est composé de quatre élémens. Chacun de ces éléments combinés deux à deux ne produit rien ; réunis ensemble, ils arrêtent souvent la diarrhée la plus opiniâtre. Dans les cas analogues, je fais faire une dissolution à chaud d'amidon et de gomme adragant dans une décoction de riz, et j'ajoute vingt gouttes de laudanum ; un quart de ce mélange est administré toutes les six heures. Chez le malade dont nous vous entretenons, au bout de vingt-quatre heures, la diarrhée avait complètement cessé. Sans avoir la certitude de guérir ce sujet, son état est maintenant assez satisfaisant pour nous donner beaucoup d'espoir.

Salle Saite-Agnès, 31. — Le malade qui fait le sujet de cette observation n'a rien présenté qui doive long-temps fixer notre attention, si ce n'est une éruption de taches lenticulaires fort nombreuses qui se sont montrées jusque sur les membres, et une éruption non moins nombreuse de sudamina. Aujourd'hui les sudamina sont affaissés, l'éruption a pâli, le pouls a repris son type normal ; le malade entre en convalescence.

Dr A. FOUCART.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Gangrène spontanée du pied et de la jambe gauches. Amputation du membre au-dessous du genou. Mort.

Au n° 49 de la salle Sainte-Marthe, est couché un homme âgé de cinquante et quelques années, affecté de gangrène spontanée du membre inférieur gauche.

Ce malade a été militaire, et dit avoir joui d'une bonne santé. Au reste, malgré l'état d'hébétude et d'affaissement où il se trouve maintenant à cause de l'affection actuelle si grave, il montre une constitution forte. Les premiers phénomènes de la maladie se sont montrés il y a douze à quinze jours.

La dénomination de gangrène spontanée, qu'on donne à toute espèce de gangrène dont la cause n'est pas connue ou appréciable (quoiqu'elle existe nécessairement), nous semble mauvaise, considérée d'une manière un peu absolue ; car si on veut se donner la peine de bien chercher, on finira, le plus souvent, par découvrir cette cause inconnue. Tous les observateurs en ont parlé sans trop s'occuper de chercher ces causes, ou, le plus souvent, les rapportent à un lent et graduel affaiblissement des ressorts de la vie.

Dans la grande majorité des cas, cette espèce de gangrène est la conséquence d'une altération vasculaire, principalement de quelque vaisseau artériel. On voit souvent d'abord se développer une artérite qui occupe une partie plus ou moins étendue d'une grosse artère dans un membre, et plus tard se déclare la gangrène dans la partie inférieure de ce membre même. Cette artérite est accompagnée de douleurs très aiguës, d'un sentiment de brûlure extrêmement pénible, et elle se montre non-seulement chez les sujets avancés en âge, mais très souvent aussi chez les jeunes gens. Nous pourrions en citer plusieurs exemples remarquables. A l'époque où le choléra moissonnait la population de la capitale, on remarqua dans les hôpitaux et en ville un nombre de ces gangrènes beaucoup plus considérable que dans les temps ordinaires. Etait ce l'effet du simple hasard, d'une pure coïncidence, ou le résultat de l'influence qu'exerçait l'épidémie régnante, je ne saurais trop le dire.

A cette époque, j'ai dû donner mes soins à une pauvre dame, la femme d'un de nos confrères de Paris, qui fut prise de la même maladie dans un membre supérieur. D'après une consultation faite avec plusieurs praticiens, on devait l'amputer du membre malade ; mais, avant de procéder à l'opération, l'ayant bien examinée, j'ai trouvé que la gangrène avait fait des progrès tels, que l'opération serait très probablement faite en pure perte, et j'ai cru devoir épargner à la pauvre femme des tourments que je croyais inutiles, et en même temps ne pas compromettre la dignité de l'art. La malade, en effet, succomba bientôt aux progrès rapides de la maladie.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette grave question, dont l'étude est bien loin d'être avancée. Nous ne faisons que l'effleurer pour le moment, nous proposant de la développer plus tard.

D'autres fois la gangrène succède à un travail organique lent du système vasculaire, qui donne lieu à un épaississement ou à des ossifications dans les parois des vaisseaux. Dans ces cas, et pour cette cause, la gangrène spontanée s'observe presque exclusivement chez les vieillards, et attaque le plus souvent les membres inférieurs.

Quelquefois enfin on dirait que cette maladie a pour avant-coureur une affection nerveuse du membre où elle se développe, telle qu'une névralgie ou une névrite de la branche principale des nerfs qui se distribuent au membre. Nous l'avons vue plus d'une fois débuter par une sciatique très douloureuse ; et entre autre cas, nous vous rappellerons la dame dont nous vous avons entretenus tout à l'heure, chez laquelle la maladie commença par une affection de cette nature.

Chez notre malade, la gangrène se développa d'une manière rapide, au point qu'il nous a rendu un compte obscur et très infidèle des phénomènes qui ont précédé. Il y a trois jours, en l'examinant pour la première fois, nous avons vu le pied du membre malade ayant une couleur bleu-noirâtre, un raccourcissement particulier des orteils et un refroidissement général très caractéristique. Quand ces caractères se trouvent réunis, il est difficile de se tromper dans le diagnostic, et souvent même le seul abaissement de température peut suffire au praticien exercé pour diagnostiquer la maladie. Pourtant, il faut en convenir, on s'expose souvent à des mécomptes, et il est, par conséquent, utile de se tenir dans une sage réserve jusqu'à ce que les symptômes précurseurs soient nets et clairs à ne pouvoir pas s'y tromper.

Il n'y a pas long-temps que je fus appelé en consultation près d'une dame du Marais par le docteur Fleury ; c'était une dame déjà avancée en âge, qui présentait les prodrômes ordinaires de la gangrène spontanée du pied. J'ai cru à l'imminence de cette grave maladie, et j'ai porté un diagnostic fâcheux, me réservant pourtant de proposer l'amputation en temps et lieu. Eh bien ! je me suis trompé ; il s'agissait d'une pseudo-gangrène, car le pied malade recouvre peu à peu la température et la couleur normales, et tous les dangers qu'on redoutait ont cessé. Il y avait dans ce cas une espèce d'asphyxie locale qui a disparu peu à peu sans donner lieu à la mortification véritable de la partie. Ces fautes de diagnostic sont assez nombreuses. Lamothe, ce grand praticien, qui quoique exerçant sur un petit théâtre, guidé par son esprit profondément observateur, a recueilli des faits très utiles à la pratique, et nous a laissé des remarques très judicieuses ; Lamothe raconte avoir vu un jeune garçon de billard qui à la suite d'un coup de queue reçu sur le coude avait cette partie engourdie, violacée, froide, avec tous les signes ordinaires d'une mortification, et qui pourtant peu à peu revint à son état primitif et normal.

De même que les médecins légistes s'occupent des questions d'asphyxie générale, il faut que les chirurgiens aussi ne négligent pas l'étude de ces asphyxies locales, de ces morts partielles apparentes qui peuvent souvent en imposer pour de véritables gangrènes, et exposer à des bévues très désagréables.

Chez le malade qui nous occupe la gangrène est bien réelle et bien caractérisée. Il se présente ici la grande question, savoir : s'il convient d'opérer tout de suite et d'amputer la jambe ou d'attendre que la gangrène, par les efforts de la nature soit bien limitée pour procéder alors à la séparation de la partie sphacelée. Les avis des chirurgiens sont encore partagés à cet égard. Néanmoins, si nous consultons l'expérience, il semblerait qu'il y a un grand avantage à attendre, à abandonner ces gangrènes spontanées à elles-mêmes plutôt que de se hâter de faire l'amputation ; car le plus ordinairement la gangrène s'empare du moignon, et les malades succombent assez vite à un affaiblissement général des forces vitales.

Notre malade se trouve dans un état d'affaissement considérable ; son intelligence se ressent de ce trouble général ; ce matin pourtant le pouls est un peu relevé. Nous verrons ce qui en résultera ; mais nous avons bien peu d'espoir de sauver ce malheureux.

Deux jours après, M. Roux a procédé à l'amputation de la jambe gangrenée. Voici les raisons qui l'ont décidé à cette mesure extrême, malgré les idées qu'il a exposées contrairement à cette conduite dans les cas de gangrène spontanée.

La gangrène s'est de plus en plus limitée, et les forces du malade, qui étaient très abattues, se sont aussi considérablement relevées. Si nous abandonnons, dit M. Roux, la maladie aux seules ressources de la nature dans cette circonstance, il y a fortement à craindre qu'elles ne suffisent pas à faire les frais de la séparation lente des parties sphacelées et de la suppuration abondante qui en résultera jusqu'à la complète cicatrisation du moignon, d'autant plus qu'il s'agit d'un individu déjà avancé en l'âge et d'une constitution détériorée. Tandis que, en le débarrassant par une opération sanglante de toute la portion malade, nous mettons pour ainsi dire le membre dans des conditions assez favorables pour une guérison plus prompte et rapide. Tout en restant donc dans les principes que nous avons professés dans nos dernières remarques à ce sujet, nous croyons devoir agir contrairement dans ce cas exceptionnel, dans l'intérêt du malade. Ainsi, s'il s'agissait d'une gangrène limitée au pied, par exemple, et si les os de la jambe n'avaient aucun danger à courir, on pourrait abandonner la maladie à elle-même, car la séparation des portions malades se ferait dans l'articulation même, etc. ; mais dans notre cas la maladie a envahi toute la moitié inférieure environ de la jambe, et n'a pas de limites aussi tranchées que dans une articulation. Il est à redouter que l'affection envahisse la totalité des tissus dans la continuité de la jambe et que nous soyons forcés un peu plus tard de porter le couteau jusque sur la cuisse ; ce qui aggraverait notablement la position du malade. Ainsi nous nous hâtons de l'opérer aujourd'hui même.

L'amputation fut faite à peu près au tiers supérieur de la jambe, au niveau du lieu d'élection des anciens. Elle n'a présenté rien de remarquable. Ayant examiné après la pièce pathologique, nous avons trouvé les muscles flasques et d'une

---

Deuxième observation.— *Délire suite de l'abus du vin. Anasarque. Diarrhée opiniâtre. Emploi du vin. Guérison.*

Un petit nain d'environ trente ans, qu'on a pu voir dans les fêtes publiques, avait pris le goût du vin ; il buvait souvent des quantités considérables de champagne. Les moindres contrariétés qu'il éprouvait, les plus légères discussions, étaient autant de prétextes pour s'abandonner à son penchant.

A la suite de plusieurs excès de ce genre, il éprouva des symptômes de congestion et perdit connaissance. Lorsque le docteur Allié fut appelé près de lui, il le trouva sans sentiment, les membres dans la résolution ; le pouls avait de la force et de la fréquence ; la respiration était suspirieuse ; les pincements ne déterminaient que des mouvements obscurs. M. Allié, persuadé qu'il avait affaire à une apoplexie ou du moins à une forte congestion cérébrale, pratique trois saignées dans l'espace de trois jours, fit mettre de la glace sur la tête, des sinapismes aux pieds et prescrivit des boissons laxatives.

Une amélioration prompte se manifesta d'abord, mais de nouveaux symptômes firent craindre une rechute ; le malade, qui avait parlé, retomba dans l'assoupissement, puis il eut des accès de fureur, délira, mit en pièce ses bandes ; il devint impossible de le traiter chez lui.

Lorsqu'on l'amena dans mon établissement, il était dans un état de somnolence complet ; il ne répondait point aux questions, ronflait sans cesse. Je lui fis poser des vésicatoires aux jambes et prendre dix grains de calomel à l'intérieur. Le lendemain il était moins assoupi, répondait de temps en temps, puis il tenait des propos incohérents, voyait des personnages de tout genre, entrait en fureur, criait à la garde, au voleur, à l'assassin. Il voulait s'élancer de son lit : on fut obligé de lui mettre la camisole.

En l'examinant avec plus d'attention, je m'aperçus que les bras, les jambes, les cuisses et l'abdomen étaient le siége d'une infiltration. La peau des extrémités conservait l'impression du doigt. Six jours après son entrée, il se manifesta une diarrhée abondante ; le malade allait dix à douze fois à la garderobe. Les traits s'altérèrent promptement et sa figure devint semblable à celle d'un vieillard. La peau était chaude, sèche, le ventre légèrement douloureux, le pouls petit mais fréquent. Le malade demandait souvent à boire ; mais le plus ordinairement ne prenait rien. J'ordonnai l'usage de cataplasmes sur le ventre, des lavements avec le laudanum, l'eau de riz gommée à l'intérieur ; la diète était d'ailleurs rigoureusement observée par le malade.

A l'aide de ce régime, la diarrhée diminua mais ne cessa point ; la faiblesse augmentait journellement, la figure s'altérait de plus en plus. Vers le milieu de la journée, les pommettes prenaient une teinte très rouge, le pouls s'accélérait, l'anasarque avait fait des progrès sensibles. Toutes les nuits il avait des hallucinations de la vue, tenait conversation avec des êtres imaginaires qui le querellaient.

La constitution débilitée de ce nain ; le traitement antiphlogistique auquel il avait été soumis, sa faiblesse, me firent penser que les moyens toniques et la nourriture, offriraient seuls des chances de succès. En conséquence je lui fis donner chaque jour trois bouillons et trois verres de vin sucré.

Aucun changement ne fut d'abord observé ; l'état restait stationnaire, mais les signes fâcheux s'étaient arrêtés. Huit jours après, nous commençâmes à noter quelques symptômes favorables ; la diarrhée avait presque entièrement cessé, le mouvement fébrile quotidien ne se montrait plus. Au bout d'un mois, l'anasarque avait complètement disparu ; les hallucinations et les rêvasseries de la nuit étaient remplies par un sommeil paisible ; l'appétit était excellent.

Ce nain a repris ses exercices ; il jouit maintenant d'une excellente santé, et s'il ne cède point à ses habitudes, il peut éviter le retour de pareils accidents.

— Les deux faits que nous venons de rapporter, et auxquels on pourrait en ajouter d'autres ; montrent que dans le délire produit par l'abus des liqueurs fermentées, il faut prendre en considération la nature de la cause, et ne pas perdre de vue que la privation complète de l'excitant auquel l'économie est habituée depuis long-temps peut produire de graves désordres physiques qui ne cèdent qu'à l'emploi modéré de ces mêmes excitants.

couleur lie-de-vin; de sorte que malgré toutes les précautions prises pour s'éloigner suffisamment du mal, il est à craindre que le couteau soit tombé sur des parties déjà un peu malades.

Le 10 mai, l'opéré ne va pas mal, eu égard à la gravité de son état. La peau du moignon conserve jusqu'ici toute son intégrité ; mais les chairs sont flasques, comme nous l'avions déjà remarqué le jour de l'opération, et apparemment peu vitales. Il ne s'est pas encore développé le degré d'inflammation suppurative qui serait nécessaire pour que le travail de cicatrisation des parties coupées s'accomplisse ; ainsi, bien que l'état général se conserve encore bon, on ne peut pas être sans crainte sur les résultats définitifs de l'opération et de la maladie.

Le 16, le malade a succombé. Son état général a empiré tout à coup. Une suppuration de mauvaise nature et fétide s'est développée dans le moignon, et le malade s'est éteint de ce subdélirium que nous avons signalé du commencement. Ce résultat funeste avait été, du reste, prévu par M. Roux, qui, lorsqu'il se décida à l'opérer, n'omit pas de faire remarquer combien peu de malades échappaient à une terminaison funeste à la suite d'amputations pratiquées dans ces circonstances.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Huguier.

Fistules vulvaires et vaginales. — De leur traitement.

Dans une précédente leçon, nous avons passé en revue plusieurs moyens conseillés par les auteurs et mis journellement en usage pour remédier à ces fistules. Nous allons nous occuper aujourd'hui d'un procédé dont on se sert très fréquemment, et qui produit souvent d'heureux résultats ; nous voulons parler de la cautérisation.

La cautérisation s'emploie surtout dans les cas de fistules qui ont un corps. Dans les affections de ce genre, la cautérisation opérée soit avec les caustiques solides, soit avec les liquides, est plus souvent suivi de succès que dans les simples perforations. Voici comment on peut se comporter. D'abord, on peut aussi avoir recours à la cautérisation à l'aide d'injections. Les liquides caustiques dont on se sert peuvent consister dans des solutions simples de nitrate d'argent. Elles suffisent fréquemment pour amener la guérison. D'autres fois on met en usage le vin aromatique ; ces dernières suffisent quelquefois, lorsque le canal fistuleux est assez étroit pour ne point laisser de passage aux matières excrémentitielles. Le vin aromatique produit une légère inflammation, à la suite de laquelle la réunion complète finit par s'effectuer. Mais, nous le répétons, il faut que l'extrémité rectale de la fistule soit extrêmement étroite, et permette tout au plus le passage de quelques mucosités, sans que les matières fécales puissent s'y engager.

Lorsque les injections de cette espèce ont échoué, on a recours au proto-nitrate acide liquide de mercure. Pour le mettre en usage, il est à prendre quelques précautions importantes, dont la négligence pourrait entraîner des accidents plus ou moins graves. Ainsi, un spéculum de petite dimension sera introduit dans le rectum d'une part, et d'autre part, un spéculum ordinaire sera placé dans le vagin, de telle sorte que les deux extrémités du conduit fistuleux puissent être facilement examinées. En effet, si en injectant ce liquide énergique, vous ne preniez point garde aux points qu'il peut toucher, vous pourriez produire une eschare sur la membrane muqueuse du rectum, et déterminer les plus graves accidents. Il est nécessaire, aussitôt après l'injection faite avec le nitrate acide de mercure, de diriger dans le rectum un courant d'eau tiède prolongé pendant quelque temps, afin d'enlever jusqu'aux dernières traces du caustique qui aurait pu s'y répandre. L'insensibilité des parties rend le plus souvent ces cautérisations indolentes.

Qu'arrive-t-il une fois la cautérisation faite ? Quelques heures après il se développe une véritable inflammation, puis du gonflement, un sentiment de chaleur et de douleur ; souvent même, accélération de la circulation et mouvement fébrile. Le trouble produit dans les parties voisines du point cautérisé est quelquefois tel, que l'on a vu se produire des abcès dans le tissu cellulaire environnant. Lorsque les suites de l'opération sont normales, on voit au bout de quelques jours l'eschare produite par le caustique se détacher, des bourgeons charnus se montrer au dessous, et la réunion des parois du trajet fistuleux s'effectuer. Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; lorsque la cautérisation par les liquides a échoué, et si le malade n'éprouve pas trop de répugnance, s'il a pleine confiance en vous, il ne vous reste plus qu'à vous servir du cautère actuel ; les deux formes dont on fait le plus souvent usage sont le cautère en roseau et le cautère en haricot. Mais dans ce cas, comme dans le précédent, vous employez les deux spéculums placés l'un dans le rectum, l'autre dans le vagin. On peut remplacer ce dernier par une gouttière formant la moitié ou les trois quarts d'un cylindre creux, et dont vous appliquez la convexité sur la paroi du vagin opposée à l'ouverture de la fistule.

Un procédé chirurgical ancien, et par ancien nous voulons dire relativement à ceux que nous venons de décrire, c'est la suture. Lorsque l'on s'est aperçu que l'on échouait fréquemment dans le traitement des fistules par la compression au moyen de compresses ou de bourdonnets de charpie, on s'est imaginé d'essayer la suture. Ici encore, plusieurs procédés existent. Le moyen le plus simple, en même temps que le plus anciennement employé, c'est la suture à points séparés. On se contentait de placer un point vers la partie supérieure, et un autre vers l'extrémité inférieure, puis on serrait les fils. Mais comme il restait un intervalle entre chaque fil, les humidités du rectum passaient entre les fils, et l'on n'obtenait qu'un demi-succès ; souvent même on n'obtenait aucun résultat. Enfin, dans des cas qui n'étaient malheureusement pas excessivement rares, on avait agrandi la fistule ; il n'est pas besoin de vous dire que le peu d'efficacité de ce mode de suture y a fait renoncer presque complétement.

On essaya plus tard de substituer à ce mode la suture entortillée, celle que l'on emploie dans l'opération du bec de lièvre, et qui consiste, dans l'affection dont il s'agit, à placer sur chacun des bords de l'ouverture fistuleuse des aiguilles sur lesquelles on jette des anses de fil pour les rapprocher l'une de l'autre. Mais par ce procédé, les tissus de la partie, qui sont naturellement lâches, sont faiblement unis entre chaque aiguille, et les lèvres ne sont pas exactement affrontées, et souvent il reste ainsi deux petites fistules, au lieu d'une seule. M. Roux a tenté de remplacer la suture entortillée par la suture enchevillée, modifiée de la façon suivante. Au lieu d'employer un fil double, il met deux fils, un double et un simple dans le chas de l'aiguille ; en ayant soin de se servir de fils de différentes couleurs. Le fil double est destiné à embrasser les petites baguettes longitudinales à l'aide desquelles on pratique la compression ; puis, comme les bords se trouvent naturellement renversés à droite et à gauche, le fil simple est noué par le chirurgien comme dans la suture à points séparés. De cette manière, on pratique du même coup deux sutures au lieu d'une seule.

Malgré toutes ces précautions, on voit souvent échouer cette suture comme les précédentes. Aussi M. Colombat (de l'Isère) a-t-il à son tour conseillé un nouveau mode, qui consiste à faire la suture dite *en surjet*, ou suture *du pelletier ;* mais vu la difficulté que l'on éprouve à la pratiquer, il a cru devoir inventer l'instrument particulier que je vous présente. Il consiste en une sorte de tire-bouchon, terminé par un fer de lance percé d'un chas. Ce fer de lance, qui peut s'enlever à volonté, a trois millimètres environ de longueur, et est légèrement recourbé sur le plat. Un fil étant placé dans le chas du fer de lance, et les bords de la fistule étant rafraîchis avec le bistouri, on imprime à l'instrument un mouvement circulaire sur son axe, et l'on traverse ainsi dans toute la longueur de la fistule les portions de la membrane muqueuse que l'on veut réunir. Parvenu à l'extrémité du trajet fistuleux, on dégage la pointe qui porte le fil, et par un mouvement de rotation circulaire en sens inverse, on retire l'instrument ; puis on arrête le fil à son extrémité supérieure et inférieure. Nous devons dire que cette opération, très simple au premier abord, très facile à exécuter sur le cadavre, est loin d'être aussi aisée sur le vivant, et qu'en raison de sa difficulté, elle n'est pas très usitée.

On ne s'en est point tenu là pour le traitement des fistules recto-vaginales ; et vous devez voir, par les détails dans lesquels nous entrons, la vérité de cette proposition que nous avons déjà plusieurs fois émise devant vous, que la richesse de la thérapeutique dans le traitement d'une maladie est un véritable signe d'impuissance. Le moyen qui nous reste à examiner est l'incision. Lorsque la fistule a son extrémité supérieure dans le rectum, mais que son ouverture inférieure vient aboutir à la vulve, vous pouvez, dans la plupart des cas, vous contenter de prendre le bistouri et d'inciser le trajet fistuleux dans toute sa longueur ; le plus souvent, on obtient par ce moyen bien simple une guérison complète. Cette opération a réussi plusieurs fois, notamment entre les mains de M. Velpeau et de M. Colombat (de l'Isère). Nous-même, nous avons eu occasion de la pratiquer une fois, et elle a été suivie de succès.

Les procédés dont nous venons de vous exposer en détail, bien qu'un peu rapidement, l'historique et la description, constituent l'ensemble des moyens thérapeutiques que possède aujourd'hui la science pour remédier aux fistules recto-vulvaires et recto-vaginales. Il en reste encore un dont nous n'avons rien dit, et dont nous ne vous entretiendrons point ici ; c'est l'autoplastie, opération qui dans ces derniers temps a pris une extension qu'on n'aurait pu prévoir. Dans le cas qui nous occupe, on lèverait un lambeau, soit aux dépens de la muqueuse vaginale, soit aux dépens des téguments des grandes lèvres ou de la partie interne et supérieure des cuisses. On imprime au pédicule du lambeau un mouvement de torsion, et on en affronte les bords saignants avec les bords préalablement rafraîchis de la fistule. Bien que peu employée jusqu'à présent, cette opération ne devrait point cependant être dédaignée, si les moyens précédents avaient échoué, et le devoir du chirurgien lui commanderait d'y avoir recours, quelque faibles que fussent les chances de réussite.

Polypes.

Les polypes peuvent se développer dans différents points de l'appareil génital de la femme. Nous examinerons successivement les principaux points de leur histoire, insistant particulièrement sur ceux dont nous pourrons vous présenter des exemples.

Il peut se développer, et le cas n'est pas très rare, des polypes dans l'urètre. Ces tumeurs consistent dans une espèce de végétation de la membrane muqueuse, du tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse avec développement et dilatation anormale des vaisseaux qui se rendent à cette partie. Rarement les polypes de l'urètre sont très volumineux. Le plus fréquemment leur volume est celui d'un pois ordinaire, et les cas sont excessivement peu communs où ils dépassent celui d'une prune de mirabelle. Les symptômes auxquels on les reconnaît sont ordinairement les suivants : dysurie, envies fréquentes d'uriner, sensation de chatouillement dans le canal de l'urètre ; constriction spasmodique du sphincter de la vessie. Les malades ; et l'on sait que les femmes peuvent dans l'état de santé conserver long-temps l'urine dans la vessie, les malades éprouvent cinq à six fois par jour, quelquefois plus, un besoin impérieux et irrésistible de rendre leurs urines. Insomnies presque continuelles, qui fatiguent les malades. Disons, en passant, que ces polypes de l'urètre constituent une des causes les plus fréquentes d'insomnies dans la vieillesse. Les mouvements de la marche déterminent une sensibilité très vive et douloureuse de la partie malade.

La miction devient également pénible ; on ne saurait se figurer, lorsqu'on n'a point eu occasion de soigner des malades atteintes de cette affection, combien une maladie aussi légère peut causer de souffrances.

Voici ce que l'on constate par l'exploration directe. Les polypes de l'urètre se présentent sous forme d'une petite tumeur arrondie d'un rose vif ; cependant la couleur peut varier suivant la nature des vaisseaux qui prédominent dans l'organisation de la tumeur. Si ce sont les vaisseaux veineux qui sont le plus développés, la tumeur est plus violacée ; si ce sont les vaisseaux artériels, la couleur tire généralement sur le rouge rutilant.

Leur forme n'est pas moins variable. Il est des cas où le polype présente un pédicule ou base d'une étroitesse remarquable ; d'autres fois ils sont, pour nous servir d'une expression qui nous semble rendre parfaitement notre pensée, *sessiles*, c'est-à-dire pédiculés ; ils ressemblent à des crêtes de coq, dont la base est aussi large que le sommet. Comme nous n'avons point en ce moment d'affection de ce genre à faire passer sous vos yeux, et qu'il n'entre pas dans notre plan de vous faire ici des leçons théoriques, mais bien un cours clinique et essentiellement pratique, nous n'entrerons pas dans plus de détails sur ce point, et nous arriverons de suite au traitement.

On emploie, pour détruire le polype de l'urètre, différents moyens thérapeutiques, qui peuvent se réduire à trois : la ligature, la cautérisation, l'excision. La cautérisation semble être le moins efficace. Rarement on parvient par les caustiques à détruire complétement ces tumeurs. De plus, on est obligé d'y revenir à plusieurs reprises, sans quoi l'on ne pourrait espérer d'enlever la tumeur dans toute son étendue. La ligature est de beaucoup préférable ; mais outre qu'elle ne peut être pratiquée que sur les polypes à base étroite, l'étroitesse du canal la rend souvent impraticable.

Reste donc l'extirpation, qui nous semble devoir être préférée dans la grande majorité des cas. On saisit le polype avec une pince dont la forme, la longueur et la force varient selon les circonstances, soit que l'on se serve de la pince à pansement, ou de la pince à griffes, ou de la pince de Museux, on l'attire au dehors par une traction ménagée, puis on l'excise à l'aide de ciseaux courbes. Un ou deux coups suffisent le plus habituellement pour opérer cette section. Une fois la tumeur enlevée, on passe sur la surface saignante un caustique dont le but est de détruire jusqu'au germe du polype, et d'arrêter l'écoulement de sang, ordinairement assez considérable, mais sans danger, qui peut survenir. Il est rare qu'après une opération bien faite on observe des récidives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 août. — Présidence de M. Ferrus.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire.

La commission avait proposé les six candidats suivants, placés par ordre alphabétique.

MM. Denonvilliers, Huguier, Laugier, Malgaigne, Robert, et Vidal (de Cassis).

Le scrutin annonce 99 votants; la majorité est de 50.

M. Laugier obtient	52 voix,
M. Malgaigne,	21
M. Robert,	10
M. Vidal,	7
M. Huguier,	7
M. Denonvilliers,	2.

M. Laugier ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

— *M. Bally* lit un fragment d'un travail sur la maladie indienne ; c'est ainsi que l'auteur désigne le choléra asiatique.

— *M. Velpeau* lit un rapport sur le mémoire de M. Vidal (de Cassis), relatif au traitement du varicocèle.

Le rapporteur fait une analyse étendue de ce travail, dont nous avons nous-même reproduit une grande partie. Il conclut à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur, et à ce que son mémoire soit renvoyé au comité de publication.

— *M. Velpeau* donne lecture d'une observation que lui a adressée M. Estevenet, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Il s'agit d'un cas fort extraordinaire de chute spontanée de l'utérus.

Nous publierons prochainement cette observation.

— *M. Bérigny,* médecin de l'hospice civil de Meulan, présente un enfant vivant double à partir de la sixième vertèbre dorsale. (Nous donnerons la description de cette monstruosité.)

— *M. Gerdy* présente un malade affecté de paralysie du nerf facial. Le bruit qui se fait dans la salle nous empêche d'entendre en quoi ce fait diffère des faits analogues.

La séance est levée avant cinq heures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Revue médicale. (Juin 1844)

De l'opportunité de la trachéotomie dans le traitement du croup ; par J. Garin.

Cette question, faut-il, oui ou non, pratiquer la trachéotomie dans le croup, après des épreuves souvent renouvelées, n'a reçu des faits qu'une solution incomplète ; elle est toujours en litige devant la raison commune, et malgré les débats contradictoires qu'elle a tant de fois provoqués, bien des esprits en suspens attendent encore une décision définitive. Pour l'auteur, cette décision est arrivée ; il professe que la trachéotomie, pratiquée en temps opportun, c'est-à-dire de bonne heure, est une opération plus innocente et aussi utile que la taille, la lithotritie, le débridement dans le cas de hernie, la paracentèse dans l'hydropisie. — Du reste, aucun fait nouveau dans ce travail.

Observations sur l'emploi thérapeutique de l'alcali volatil fluor contre la coqueluche ; par le docteur LEVRAT-PERROTON.

L'exposé d'une observation suffira pour donner une idée de la méthode de traitement employée par l'auteur.

Un enfant de dix-huit mois, encore allaité, est atteint d'une coqueluche si violente, qu'après chaque quinte surviennent des convulsions effrayantes. Le 15 février 1839, les convulsions sont tellement fortes qu'on désespère un moment des jours du petit malade. Des sinapismes sont apposés sur tous les membres ; des frictions éthérées sont pratiquées sur tout le corps, et notamment sur la tête. Ces moyens ne procurent aucun soulagement prompt. Témoin de cette scène affligeante, qui dura plus d'une heure, l'auteur conseilla, sans trop de confiance, quatre sangsues à chaque bras sur la face antérieure de l'articulation cubito-humérale, et de faire prendre par cuillerée, d'heure en heure, aussitôt que le malade pourrait avaler, la potion composée comme ci-après :

Pr.	Eau distillée de laitue,	125 grammes.
	— de fleurs d'oranger,	8
	Sirop de pivoine,	30
	— de belladone,	8
	Alcali volatil fluor,	6 gouttes.
M.		

Il quitta le pauvre petit enfant dans la soirée avec la douloureuse pensée que le lendemain matin on viendrait lui annoncer sa mort ; mais heureusement il n'en fut point ainsi ; on vint au contraire lui dire qu'il avait bien passé la nuit, en le priant de lui continuer ses soins. L'état de cet enfant s'est amélioré de jour en jour sous l'emploi soutenu de la potion alcaline, et le 10 mars il est en pleine convalescence.

Dans trois autres cas, tous très graves, la même médication a obtenu le même succès.

Du sarcocèle et de l'opération de la castration à propos de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse développée dans les enveloppes des vaisseaux spermatiques ; par Ant. BOUCHACOURT.

La tumeur dont il est question a été bien étudiée par les auteurs : elle appartenait à la transformation squirrheuse et encéphaloïde, et ne pouvait disparaître qu'à la condition d'être enlevée complétement.

L'auteur fixe particulièrement l'attention sur son siége, ses relations celluleuses, et la laxité de ces mêmes connexions, ce qui a permis de l'enlever en ménageant les parties importantes avec lesquelles elle était en rapport ; sur l'allongement exclusif du cordon tiraillé par la tumeur et sa réascension dans l'abdomen au moment où ce poids lui fut enlevé ; sur l'état sain du testicule et de la tunique vaginale qui permit de ménager et de conserver la glande et l'épididyme ; sur les inconvéniens de la suture, à laquelle il n'aurait pas recours, si pareil cas se représentait ; enfin sur les bons effets du traitement antiphlogistique immédiatement après l'opération, au moment où la réaction inflammatoire était portée à son maximum, et l'heureuse influence du traitement tonique, soit local, soit général, tel qu'il fut continué plus tard.

Études pratiques sur l'affection scrofuleuse des enfants ;
par M. GUIET.

Exposé bien fait, mais qui n'offre rien de nouveau de l'état actuel de la thérapeutique de l'affection scrofuleuse.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison d'une épilepsie consécutive par l'administration de l'ammoniure de cuivre ; observation recueillie par M. le docteur G. MANFREDONIA.

S'il est vrai que l'épilepsie est une de ces maladies qui cèdent rarement à l'emploi des moyens dont le thérapeutiste peut disposer, on doit reconnaître que la difficulté de sa guérison dépend parfois aussi de la manière d'agir de certains médecins qui, ne pouvant renoncer à leurs idées sur l'efficacité des remèdes spécifiques dits antiépileptiques, prétendent la combattre avec ces agents, sans se mettre d'ailleurs en peine d'en rechercher l'origine, le siége et la nature. L'utilité de ces investigations est démontrée par ce passage de l'illustre Boerhaave : « In- » de intelligitur quæ hereditaria ? cur ea nunquàm sanabilis ? quæ idio- » pathica ? cur rarò sanabilis ? quæ sympathica ? cur sæpè curabilis ? »

Une paysanne, âgée de vingt-six ans et mère de plusieurs enfants, née de parents parmi lesquels il ne s'en trouvait aucun qui eût jamais été affecté d'épilepsie, était au milieu de ses règles lorsqu'elle éprouva tout à coup une frayeur excessive à l'occasion d'un incendie qui se manifesta dans son domicile. Aussitôt le flux menstruel se supprima, et bientôt après il survint un accès épileptique. A partir de cette époque, l'accès se reproduisit toutes les trois semaines, mais à des heures indéterminées : son retour était précédé ou par une épistaxis abondante, ou par un vomissement de mucosités blanchâtres peu copieuses, mais très épaisses ; ou enfin, par une plus grande fréquence des pulsations des artères temporales.

Après l'emploi d'un grand nombre de remèdes dans l'espace de plusieurs années, toujours sans le moindre succès, la malade fut confiée aux soins de M. Manfredonia, qui, à la vue du premier accès dont il fut témoin, reconnut qu'il s'agissait d'une véritable épilepsie, bien que, depuis quelques jours, il fût survenu une fièvre gastrique.

Après s'être rendu maître de cette complication, et ayant remarqué des signes de congestion utérine, il prescrivit une application de sangsues aux grandes lèvres, et des pédiluves à plusieurs reprises. Il passa ensuite, mais sans en obtenir le moindre avantage, à l'usage prolongé des médicaments anti-épileptiques les plus renommés, tels que l'oxyde de zinc sublimé, l'herbe de colonna (armoise?), le castoréum, le succin, les feuilles d'oranger, le nitrate d'argent. Plus tard, il fit prendre successivement le carbonate de fer, l'*asa-fœtida*, le safran oriental, le quinquina, etc., et malgré l'emploi de ces diverses médications, continuées pendant trois années entières, il ne put parvenir à régulariser la menstruation.

Se rappelant que de Haen avait donné avec beaucoup de succès l'*Ens veneris* à une jeune fille de dix-huit ans qui, depuis six ans, avait cessé d'être réglée par suite d'une vive impression morale ; et, d'un autre côté, sachant que Locher, à l'hôpital de Saint-Marc (de Vienne), avait reconnu, dans beaucoup de cas d'épilepsie, que l'ammoniure de cuivre ne le cédait à aucun des médicaments les plus vantés contre cette affection, M. Manfredonia se décida à prescrire ce médicament à sa malade. Il le lui fit prendre d'abord à la dose de 8 milligrammes environ (un sixième de grain) par jour, et il alla graduellement en augmentant jusqu'à 10 centigrammes en quatre prises dans les vingt-quatre heures. Le médicament fut continué à cette dose, malgré les nausées qu'il provoquait, accidents que l'on pouvait, d'ailleurs, prévenir ou du moins calmer par l'emploi de fomentations tièdes sur l'abdomen. Sous l'influence de ce traitement, l'écoulement menstruel se rétablit peu à peu, et, au bout de cinq mois, l'épilepsie disparut pour ne plus revenir. (*Il Severino*)

Sur l'inconvénient signalé de l'adjonction de l'eau de fleurs d'oranger aux potions qui contiennent de l'iodure de potassium.

L'iodure potassique est, comme on le sait, l'un des agents thérapeutiques les plus sûrs et en même temps les plus usités de nos jours ; tout ce qui est relatif à son emploi dans la pratique de l'art de guérir doit donc être porté à la connaissance de nos lecteurs. Or, M. Sauvon a fait dernièrement observer qu'il existe une cause d'altération de ce précieux médicament dans certaines formules où il entre comme agent principal. Voici quelle est la cause signalée par cet auteur.

L'hydrolat de fleurs d'oranger, qui sert si souvent à aromatiser les potions, est presque toujours, dit-il, contenu dans des vases de cuivre étamé, connus sous le nom d'*estagnons*. Il en résulte que cette eau distillée tient fréquemment de l'acétate de plomb en dissolution. Or, l'affinité de ce dernier corps pour l'iodure de potassium étant très marquée, il s'opère, lors du mélange, une double décomposition qui donne naissance à de l'acétate potassique et à de l'iodure de plomb, dont les propriétés ne sont plus celles de l'iodure de potassium.

Cette observation pourrait assurément devenir, pour les praticiens, une cause suffisante de rejeter la forme de potion lorsqu'ils auraient à administrer le médicament dont il s'agit ; cependant cette forme est une des plus commodes que l'on puisse mettre en usage, et, conséquemment, il serait fâcheux d'être obligé d'y renoncer. Mais le reproche adressé par M. Sauvon à l'hydrolat de fleurs d'oranger est-il fondé ? Nous ne le pensons pas, et, en effet, quel est le pharmacien assez négligent pour ne pas s'assurer de la pureté des produits qu'il reçoit par la voie du commerce avant de les faire servir à la préparation des médicaments composés qu'il a à préparer ? Or, l'essai de l'eau distillée de fleurs d'oranger doit toujours être fait dans les officines à l'ouverture de chaque nouvel estagnon ; et lorsque ce médicament contient un sel de plomb, il est altéré et doit être rejeté comme impropre aux usages auxquels il est destiné : le pharmacien qui en agirait autrement en pareil cas se mettrait en contravention avec les lois qui régissent l'exercice de son art et s'exposerait à toutes les peines qui sont portées par ces mêmes lois.

Que les médecins se rassurent donc s'ils ont pu être inquiétés par l'article de M. Sauvon, et qu'ils ne se gênent pas plus que par le passé de prescrire l'iodure de potassium en potion avec l'eau de fleurs d'oranger, lorsque l'occasion s'en présente dans leur pratique.

Guérison de la fièvre intermittente rebelle par l'emploi d'un médicament topique ; par M. le docteur DIEUDONNÉ, de Bruxelles.

Ce moyen a été importé des Indes en Hollande, où il a été expérimenté avec succès par plusieurs praticiens distingués. Il consiste dans la préparation suivante :

On prend un demi-jaune d'œuf, un volume égal de savon noir et d'huile de camomille, puis on bat le tout ensemble jusqu'à ce que le mélange soit parfait.

La moitié de ce mélange sert à préparer deux emplâtres de la grandeur d'une pièce de cinq francs, que l'on applique, pendant la durée de l'intermittence, au poignet, c'est-à-dire à la partie inférieure de la face palmaire de chaque avant-bras. L'accès suivant est ordinairement plus violent. Lorsqu'il est terminé, on applique deux nouveaux emplâtres préparés avec le restant du mélange, et généralement la fièvre ne reparaît plus. Si cependant elle reparaissait, il suffirait de revenir encore une ou deux fois à la même application.

Du reste, pour que cette médication réussisse bien, il est nécessaire que, pendant une huitaine de jours, le malade s'abstienne de se laver les mains.

M. Dieudonné connaît une personne qui a dû à l'emploi de ce traitement topique la guérison d'une fièvre intermittente que l'on avait vainement attaquée, pendant plusieurs mois, par le sulfate de quinine et par diverses préparations de quinquina.

(*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Emploi avantageux de la teinture de cantharides dans les cas de rétention d'urine par refroidissement ; par M. le docteur PAULI.

L'emploi des moyens spécifiques n'est malheureusement pas assez répandu en général. Voici, par exemple, une indication toute spécifique, que l'alcoolé de cantharides est apte à remplir d'une manière tout à fait satisfaisante, si l'on croit le dire de M. le docteur Pauli.

D'après ce praticien, dans les cas où, par suite d'un refroidissement subit, il survient une rétention d'urine, en administrant à l'intérieur la teinture de cantharides, avec toute la précaution que réclame l'usage interne d'un médicament aussi énergique, on peut très bien se dispenser de recourir à l'emploi du cathétérisme.

Il n'est pas besoin de dire qu'on ne peut compter sur le succès qu'autant que la rétention d'urine ne se trouve compliquée d'aucune lésion organique. (*Casper's Wochenschrift fuerdie gesammte*, etc.)

Traitement du choléra-morbus en Chine.

On lit dans le numéro de juillet des *Annales de la propagation de la Foi*, les détails suivants sur le traitement mis en usage chez le vicaire apostolique de Hou-Kouang, qui était atteint de choléra-morbus.

« Entre autres assauts livrés à ma santé, raconte ce prélat, j'ai eu le choléra-morbus, et j'aurais dû en mourir dans les vingt-quatre heures, si le mal n'avait été traité à temps par un bon médecin. Voici le traitement le plus ordinaire et le plus facile qu'on emploie pour en arrêter les progrès ; c'est celui qu'on a pratiqué sur moi. Avec un couteau de table ou une lame de cristal, on couvre la langue de piqûres, pour provoquer une abondante saignée ; puis, tandis que les uns étirent de vive force les *nerfs* principaux, d'autres frappent à grands coups sur la poitrine, sur le dos, les cuisses et les reins, jusqu'à ce qu'il en jaillisse des ruisseaux de sang. Quand la crise est passée, le patient en est pour quelques jours avec ses cicatrices, ses contusions, et sa peau aussi noire que celle d'un nègre. »

NOUVELLES.

Les obsèques de M. Darcet, membre de l'Académie des sciences, ont eu lieu hier à midi, à l'église Saint-Germain-des-Prés, en présence d'un grand nombre de personnes parmi lesquelles on remarquait beaucoup de membres de l'Institut. Après la cérémonie religieuse, le cortége s'est dirigé vers le cimetière du Père La Chaise, où les dépouilles mortelles de l'honorable défunt ont été déposées.

— Le *Traité de la menstruation*, de M. Brierre de Boismont, vient d'être traduit en allemand par M. Kraffl. M. le docteur Mosery a mis de nombreuses notes.

— La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien présenté de relatif aux sciences médicales.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 93. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 9 AOUT 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un homme affecté de *purpura hæmorrhagica* a succombé dernièrement à la Charité. Il avait trente ans, jouissait d'une bonne santé habituelle, et était devenu malade sans cause connue.

Symptômes de l'invasion : lumbago intense, céphalalgie, épistaxis, rougeur des conjonctives. Il entra à l'hôpital le 17 juillet. A la visite du 16, la peau était uniformément rouge et parsemée de boutons acuminés, à sommet blanc, les uns plus gros que les autres. Taches ecchymotiques d'un bleu pâle sur l'épigastre; lumbago toujours très intense; épanchement sanguin sous-conjonctival. On fit une saignée de quatre palettes. A deux heures, délire. Sinapismes. Vers quatre heures le malade avait sa raison; le lumbago lui arrachait des cris; il se tordait. Pétéchies aplaties, les unes de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes, les autres plus petites; ici violacées, là d'un bleu pâle, à la surface du tronc et des membres. Face cyanosée; peau fraîche; pouls insensible; mort.

A l'autopsie, faite trente-six heures après le décès, la putréfaction était très avancée; les ecchymoses avaient disparu; l'intestin était ramolli; il offrait quelques plaques et des follicules saillants; une plaque était ulcérée. Epanchement de sang sous-péritonéal dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Rate triplée de volume, en bouillie, pleine de sang noir fluide. Foie pâle; reins putréfiés. Epanchement sanguin sous-pleural dans plusieurs points du poumon; cœur flasque; cerveau en bouillie.

A ces caractères, qui pourrait douter d'une altération primitive et subite du sang, sous une influence inconnue? Mais nous avons un complément de certitude dans l'analyse du sang de la saignée; analyse faite par M. Roulier, interne des hôpitaux, et dont voici les résultats :

Fibrine,	0,905
Eau,	795,244
Globules,	121,701
Matériaux solides,	83,465

Chez ce jeune homme, en raison de la force de la constitution et de l'état de santé, on peut supposer que la proportion de fibrine était de 3,2; cette proportion avait donc diminué tout à coup de plus des deux tiers; de là l'effusion du sang à travers ses canaux, et la perte de cohésion des solides. Il y a des cas dans lesquels la diminution de la fibrine peut être raisonnablement attribuée à ce que cet élément n'est point sécrété. Mais ici, bien évidemment, il a été détruit. La soudaineté des accidents ne permet pas d'autre supposition. Qu'est devenu la fibrine? Quel agent l'a détruite? Questions insolubles quant à présent.

Au point de vue de la thérapeutique, ce cas remarquable prêterait à de longs commentaires; contentons-nous de faire remarquer le mauvais effet de la saignée, qui fut suivie en très peu de temps du délire.

— Il faut le reconnaître, les tumeurs des bourses muqueuses sont généralement peu connues des praticiens, et deviennent l'occasion d'erreurs fréquentes de diagnostic.

Toute bourse muqueuse peut être le siége d'une collection de liquide, et former tumeur; or, les bourses muqueuses sont très répandues dans l'économie; les tumeurs dont il s'agit doivent donc se présenter dans une foule de points différents du corps.

Les anciens en ont mentionné ou décrit quelques-unes sous le nom de *ganglion*. Hippocrate parle déjà du ganglion, mais vaguement. Celse et Galien précisent. Ambroise Paré est très explicite : « Ganglion, dit-il, est une petite tumeur ronde qui vient souventes fois aux poignets des mains, ou près les chevilles des pieds, combien qu'elle se face aussi aux autres parties du corps, et s'engendre à la superficie du cuir, et non au profond. La cause est quand le nerf ou tendon estant débilité par contorsion ou extension... » etc. Ainsi, Ambroise Paré ne connaît de tumeurs synoviales que le long des tendons. Pour lui, l'humeur « s'accumule à l'entour des fibres, et mesme en la propre substance des tendons..... » La notion de la gaîne synoviale n'existe pas encore. Elle ne date que de 1746, et l'honneur en revient à Eller (*Exposition anatomique de l'origine et de la formation du ganglion* dans les *Mém. de l'Acad. roy. des sciences de Berlin*, anc. cit.). Cet auteur explique comment chaque fibre musculaire étant enveloppée d'une membrane cellulaire, tous ces petits étuis, à l'endroit où commence le tendon, forment, en se réunissant, la *gaîne* de ce dernier. « Cette gaîne serait plus embarrassante qu'utile aux tendons, si elle n'était en même temps l'organe des excrétions d'une humidité extrêmement molle, tendre et visqueuse, qui enduit partout les fibres tendineuses aussi bien que les parois ou la surface intérieure de la dite gaîne, ce qui les rend fort glissants l'un contre l'autre, et facilite extrêmement le mouvement du tendon. » C'est ce liquide qui forme la tumeur, en s'amassant dans le tissu cellulaire du pourtour de la gaîne, celle-ci ayant été déchirée, ou dans la gaîne ellemême privée de son ressort en un point. Telle est la théorie d'Eller, dont l'article entier, retrouvé par M. Marchal (de Calvi), est plein d'intérêt.

Ce n'est que dans un temps assez rapproché de nous qu'ont été décrites les *bourses muqueuses sous-cutanées normales*, dont la plus connue existe au-devant de la rotule, et les *bourses muqueuses sous-cutanées accidentelles*, comme celles qui se forment aux malléoles chez les tailleurs par suite du frottement de ces éminences sur l'établi, ou au sommet de l'incurvation dorsale chez les gibbeux, par un mécanisme analogue.

Avant la connaissance de ces deux classes de bourses muqueuses, leurs tumeurs étaient confondues dans l'histoire générale des *loupes*. Plus tard, on les fit rentrer dans le *ganglion*. Quelques auteurs, cependant, leur ont donné le nom d'*hygroma*, qui devrait leur être conservé, afin de distinguer dans la pathologie ce qui est distinct dans l'anatomie. Ainsi, les tumeurs des bourses tendineuses seront des ganglions; celles des bourses sous-cutanées des hygromas. Nous n'avons entendu parler que des tumeurs formées par la collection du produit *normal* de la sécrétion de ces bourses (hydropisie).

Ces réflexions nous sont suggérées par plusieurs tumeurs de ce genre que nous venons d'observer dans différents services des hôpitaux de Paris.

Parlons d'abord d'un ganglion de la gaîne du muscle jambier postérieur, que portait un garçon d'une quinzaine d'années. La tumeur suivait le contour de la malléole interne, et avait le volume d'un gros œuf de pigeon. Tout l'espace compris entre la saillie précitée et le tendon d'Achille en était rempli. La tumeur était rénitente, sans changement de couleur à la peau, et généralement sans douleur. Le sujet n'a pu indiquer aucune circonstance productrice de la tumeur; seulement, celle-ci était plus volumineuse et devenait douloureuse après une longue course. Le sujet portait au gros orteil du même côté les traces récentes d'une artropathie : cette circonstance explique jusqu'à un certain point l'erreur commise par le médecin qui vit le premier le malade, et qui crut à une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. M. Velpeau, dans le service duquel le jeune sujet fut admis, reconnut la nature de l'affection, et évacua une quantité assez notable d'un liquide filant, *synovial*, par une ponction avec la lancette. L'intention du professeur était de laisser la poche se remplir de nouveau, pour la vider et l'injecter avec le liquide iodé. Mais le malade a été obligé de quitter l'hôpital.

Un chirurgien militaire distingué, M. Barthélemy, a préconisé la section sous-cutanée du ganglion, qui est fendu en deux par un ténotome approprié glissé le long du kyste. M. Velpeau n'a pas trouvé que ce procédé mît à l'abri de la récidive, et il préfère l'injection iodée, accusée à son tour, par M. A. Bérard, qui l'a expérimentée à la Pitié, de ne pas donner toujours un résultat définitif.

C'est par son injection iodée que M. Velpeau a opéré récemment un ganglion précarpien (tumeur en bissac, kyste hydatiforme) existant chez une femme, et développé huit ou neuf ans auparavant à la suite d'une chute sur la paume de la main. La tumeur était trilobée : un des lobes se trouvait à l'avant-bras; l'autre correspondait à l'éminence thénar; le troisième à l'éminence hypothénar. Les deux premiers avaient le volume d'un œuf de pigeon; l'autre était moindre : ils communiquaient entre eux. On percevait aisément le frémissement caractéristique. La flexion des doigts était bornée, difficile, et la malade fort empêchée de sa main. Une ponction faite avec un trois-quarts assez gros sur la portion antibrachiale du kyste donna issue à une certaine quantité de liquide filant, opalin, mêlé de concrétions fibrineuses qui parfois obstruaient la canule, que l'on dégorgeait avec un stylet. Une injection iodée fut poussée dans la poche, où M. Velpeau, selon son habitude, laissa une petite quantité du liquide irritant. Il se développa une inflammation qui se maintint dans des limites modérées. Des frictions avec la pommade d'iodure de plomb furent faites sur la partie, qui plus tard fut enveloppée de bandelettes de diachylon propres à effectuer une compression soutenue. La malade a guéri : les mouvements des doigts et de la main sont parfaitement libres.

Vers le même temps une autre tumeur fut opérée par M. Velpeau, qui l'incisa simplement; elle correspondait à la patte d'oie, et renfermait des concrétions. Son siége en fait un cas remarquable. Il y eut menace de phlegmon. Des sangsues devinrent nécessaires. Revenons au ganglion précarpien.

Il s'en est présenté dernièrement un autre exemple dans le

FEUILLETON.

DES HOPITAUX ET HOSPICES DE PARIS.

Le budget des hôpitaux se divise en deux parties, les recettes et les dépenses.

Les recettes sont ordinaires, extraordinaires ou supplémentaires.

Les recettes ordinaires se sont élevées, pour l'exercice 1842, à la somme de 12,534,298 fr. 26 c., ainsi répartie :

Ressources des hospices, y compris celles des fondations,		6,874,034 f. 64 c.
Subvent. municip. pour dépenses annuelles,	4,926,284 f. 21 c.	5,163,240 f. 46 c.
Subvent. municip. p. service des enfants trouvés,	200,000 f. »	
Subvent. municip. p. traitement des filles vénér.	36,956 f. 25 c.	
Subvent. départ. p. le service des enfants trouvés,	397,023 f. 16 c.	497,033 f. 16 c.
Subvent. départ. p. le service des aliénés,	100,000 f. »	
Ensemble,		12,534,298 f. 26 c.

Les recettes extraordinaires se composent, comme les recettes ordinaires, de fonds appartenant aux hospices et de subventions, avec une distinction spéciale, en dehors des dépenses proprement administratives.

Ces recettes se sont élevées à 2,784,130 f. 27 c.

Les recettes supplémentairs se composent des rapports de recettes d'une année à l'autre, des recettes à recouvrer des exercices précédents, des recettes non prévues au budget primitif;

Elles se sont élevées à 2,706,570 fr. 64 c.

En résumé donc, les recettes se sont élevées à la somme totale de 18,024,999 fr. 17 c.

Les dépenses ont été ainsi fixées :

Dépenses ordinaires,	11,476,903 fr.	26 c.
— extraordinaires,	1,639,529	13
— supplémentaires,	2,515,486	68
Restant à payer,	558,709	68
Total,	16,190,628 fr.	75 c.

Il y a donc eu un excédant des recettes sur les dépenses, de 1,834,370 fr. 42 c.

Il est curieux de descendre dans les profondeurs de ces chiffres, et de voir, par exemple, combien absorbe le service de santé des hôpitaux comparativement aux employés de toutes sortes. Voici ce que dit le budget à cet égard :

Les traitements, appointements et salaires des employés de toutes classes, se sont élevés à la somme de 964,973 fr. 48 c.

Le service de santé (médecins, chirurgiens, pharmaciens et élèves), à la somme de 238,006 fr. 53 c.

Voulez-vous voir quelle répartition équitable a été établie dans ces dépenses du personnel? Consultons les divers chapitres, et nous voyons que les membres de la commission administrative, au nombre de cinq, reçoivent chacun 9,000 fr.; le secrétaire-général, 6,000 fr.; les médecins, 840 fr.; les chirurgiens, 1,000 fr.; les pharmaciens, 1,966 fr.; les internes, 480 fr.; les sœurs, 800 fr.; les infirmiers et infirmières, 150 fr.

Chaque malade a coûté par jour à l'Administration :

Dans les hôpitaux,	1 fr.	81 c.	21 m.
Dans les hospices,	1	12	86.

La dépense moyenne du traitement de chaque malade a été, savoir :

Dans les hôpitaux généraux, de	40 fr.	42 c.
Dans les hôpitaux spéciaux, de	51	11
A la Maison de Santé, de	104	04

La dépense moyenne de chaque lit a été :

Dans les hôpitaux généraux, de	641	33
— — spéciaux, de	650	42
A la Maison de Santé, de	1,599	87
Dans les hospices, de	401	11
Dans les maisons de retraite, de	470	04
Dans les fondations, de	545	38

Le chapitre dans lequel M. Ange Blaize a traité de la mortalité dans les hôpitaux et hospices de Paris, mérite la plus grande attention.

Il y a eu, en 1842, 7,677 décès; 1,306 de plus qu'en 1841, dans les hôpitaux, et 1,707 dans les hospices; en tout 9,384.

La mortalité est dans des proportions très différentes, non seulement selon la diversité des hôpitaux, mais encore dans les établissements ayant la même destination; c'est ce qui ressort d'un tableau trop étendu pour pouvoir être mis sous les yeux de nos lecteurs, mais dont voici le résumé général :

La mortalité a été dans les hôpitaux généraux de	1 sur 8 91
— hôpitaux spéciaux de	1 sur 15,86
— hospices de	1 sur 5,69
— maisons de retraite de	1 sur 6,70
— fondations de	1 sur 6,54
— enfants trouvés de	1 sur 3,40

M. Blaize cherche à apprécier les causes d'une mortalité aussi considérable. « Le compte administratif, dit-il, attribue la mortalité extraordinaire de l'exercice de 1842 à l'intensité des maladies dans les hôpitaux, au degré d'infirmités et à l'affaiblissement physique des personnes admises dans les hospices. C'est là un de ces aveux qui ne compromettent personne, surtout quand on ajoute que les malades ne cessent d'être l'objet des soins de toute nature. Nous admettons volontiers avec l'Administration, que si l'on meurt c'est que l'on ne se porte pas bien, que l'intensité de la maladie n'est pas une raison de guérir, pas plus que la destruction des forces et la vieillesse ne sont des raisons de santé et de longue vie. Mais ceci n'explique pas pourquoi

service de M. Gerdy, sur un cocher, âgé de vingt-sept ans. La tumeur, bornée au poignet, dont elle augmente de quatre centimètres la circonférence, sans rougeur, ni chaleur, ni douleur ; bruissant à la pression ; causant de la gêne dans les mouvements des doigts, à ce point que le sujet laissait souvent tomber les objets qu'il avait saisis, s'était développée, il y avait dix ans, à la suite d'une grande fatigue de la main droite, le malade ayant scié du bois. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide filant. Des sangsues, des cataplasmes, la compression, ne modifièrent en rien la tumeur. Le 11 du mois dernier, M. Gerdy, ayant fait une ponction à la peau de l'avant-bras au-dessus du kyste, introduisit par la petite ouverture un ténotome à l'aide duquel il incisa la paroi antérieure de la poche. Un liquide onctueux s'écoula, entraînant des concrétions, dont quelques unes avaient le volume d'une petite amande. On appliqua un carré de diachylon sur la plaie et un bandage légèrement compressif. Il ne se développa aucun accident.

Un homme qui se trouve encore dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, a présenté également un ganglion précarpien, développé à la suite d'efforts habituels (le sujet est un emballeur). La tumeur était très volumineuse, en bissac. Le malade faisait lui-même passer le liquide et les concrétions qui la remplissaient, de la portion pulmonaire du kyste dans la portion antibrachiale, et réciproquement. On a incisé la tumeur à la paume de la main, et il n'y a pas eu d'accidents inflammatoires. Le soir du jour de l'opération il a fallu arrêter une petite hémorrhagie. Aujourd'hui, il existe à la partie inférieure de la région antérieure de l'avant-bras une tumeur allongée, rénitente, sans communication avec la paume de la main. La portion antibrachiale du kyste commun s'est constituée en tumeur distincte qu'il faudra opérer.

Voilà donc trois cas de ganglion précarpien et trois modes de traitement différents : 1° injection iodée (M. Velpeau) ; 2° ponction sous-cutanée (M. Gerdy) ; 3° incision simple (M. Breschet). Malgré le défaut d'accidents dans le cas de M. Breschet, et la confiance que nous inspire, en général, l'injection iodée, nous donnerions la préférence à la méthode suivie par M. Gerdy, comme étant celle qui expose le moins à ce que l'inflammation passe du mode adhésif au mode suppuratif. L'inflammation phlegmoneuse est terrible au milieu d'une foule de tendons : la crainte qu'elle inspire l'emporte sur toute autre, et celle d'une récidive n'est rien en comparaison. La *ponction* sous-cutanée du ganglion (nous ne disons pas la *division*) date de 1825, et a été décrite par M. Cumin, moins le nom.

Il ne faudrait pas croire que les tumeurs des bourses muqueuses ne soient curables que par une opération. M. Michon, à l'hôpital Cochin, a fait disparaître plusieurs hygromas du genou au moyen de compresses trempées dans une forte dissolution d'hydrochlorate d'ammoniaque ; moyen conseillé par divers chirurgiens, notamment par Monteggia.

Dernièrement un chirurgien militaire avait fendu sous la peau un hygroma postolécranien, suivant le procédé de M. Barthélemy, modifié par M. Marchal, de Calvi (on enfile le kyste au lieu de le diviser par le côté.) Il était sorti un grand nombre de concrétions analogues à des grains de riz cuit. La tumeur ne tarda pas à se reproduire, et le malade fut renvoyé au Val-de-Grâce, où M. Baudens le soumit à des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, qui le guérirent.

Ces faits doivent engager les chirurgiens à tenter la résolution avant d'en venir aux opérations. Mais s'il est possible de résoudre les hygromas, les ganglions se montrent généralement réfractaires à l'action des résolutifs, et le ganglion précarpien, en particulier, résiste à toute espèce de topique.

— On vient de pratiquer dans le service de M. Breschet la ligature de l'artère radiale à sa partie supérieure, sur un homme qui s'est blessé lui-même en travaillant. Une des artères fournies par la radiale, près de son origine, a été coupée net dans le point même où elle se détachait du tronc. Il est sorti du sang vermeil par jets, puis il s'est fait un épanchement assez volumineux (anévrysme faux diffus). La partie où siégeait l'épanchement était animée de battements artériels visibles. On a lié (c'est l'interne qui a fait l'opération) la radiale au-dessus de la solution de continuité artérielle, et on a compris dans une seconde ligature cette même radiale au-dessous de la blessure, plus l'extrémité de la branche artérielle séparée.

— Un de nos confrères vient de lier l'artère brachiale à la suite d'une saignée malheureuse. Il avait espéré en la compression. Une quinzaine de jours se sont passés. Les collatérales ont eu le temps de se développer, et, quand il a fallu opérer, la compression de l'artère brachiale était impuissante à empêcher le sang de revenir par le bout inférieur : circonstance qui a ajouté aux difficultés de l'opération. Ce fait vient à l'appui de la doctrine à laquelle nous nous sommes rangé dans notre précédent article, et qui consiste à pratiquer sans différer la ligature de l'artère blessée, haut et bas.

— On s'est fort ému d'un moyen introduit par M. Vidal (de Cassis) dans le traitement de l'orchite : le débridement du testicule. Ce serait une erreur de croire que M. Vidal y a recours dans tous les cas ; il ne l'emploie que quand la douleur est violente, intolérable, se propage dans le ventre et suspend le sommeil. Il arrive maintenant que les malades, éclairés par des succès répétés, demandent eux mêmes à être opérés.

Le n° 11 de la salle 12 (hôpital du Midi), affecté d'orchite blennorrhagique droite, souffrait beaucoup, et avait même des vomissements. M. Vidal incisa la tunique albuginée dans l'étendue d'un centimètre environ. Il y eut bientôt une détente sensible. Le malade dormit, tandis qu'il avait passé la nuit précédente au milieu de vives souffrances. Mais, dit-on, que devient le testicule ? Il devient ce qu'il était, si ce n'est qu'il reste adhérent au scrotum par un point de sa surface. Voici comment raisonne M. Vidal : quand les douleurs sont aussi vives, il est à craindre que le testicule ne passe à la suppuration. Or, la suppuration du testicule, c'est sa destruction. En arrêtant l'inflammation par un moyen qui jusqu'ici n'a pas échoué, on empêche la perte de l'organe.

M. Velpeau, dans les cas ordinaires, obtient de bons résultats de simples piqûres du sac vaginal faites avec une lancette, et donnant issue au liquide presque toujours renfermé dans ce sac quand le testicule est enflammé. Avant d'en venir au moyen de M. Vidal, il serait bon d'essayer cette petite paracentèse. Nous ne saurions trop répéter, d'ailleurs, que dans aucun cas, les craintes exprimées par quelques personnes sur les suites de la division de l'albuginée par rapport au testicule, ne se sont réalisées, ou même n'ont paru, un seul instant, devoir se réaliser.

— Un homme livré à de honteuses pratiques, s'était introduit un verre à boire dans le rectum. Ce verre était évasé ; son fond avait près de sept centimètres de diamètre ; ses parois étaient épaisses. Le sujet fut amené à l'Hôtel-Dieu, où l'interne de service essaya d'extraire le corps étranger au moyen du forceps. Le verre se rompit dans sa moitié supérieure pendant ces premières manœuvres. M. Velpeau étant attendu au parvis Notre-Dame pour une séance de concours, on différa jusqu'à son arrivée. Ce professeur ayant fait subir au corps étranger une sorte de version par laquelle son fond fut tourné en bas, parvint à le bien saisir et à l'extraire. Un phlegmon diffus du bassin s'est développé et le malade a succombé. Nous pensons qu'il y aurait avantage, dans un cas semblable, à fendre le sphincter et le rectum en arrière. Les manœuvres d'extraction seraient singulièrement facilitées, et l'on éviterait les contusions et les déchirements de parties situées au milieu d'une atmosphère celluleuse dont l'inflammation est très redoutable.

— L'individu que M. Velpeau a opéré pour un varicocèle, et dont nous avons parlé dans notre précédent article, est guéri de son opération. La plaie s'est cicatrisée par première intention. Mais déjà la crainte que nous avons formulée, celle du relâchement ultérieur du scrotum raccourci, semble une prochaine réalité. Les testicules sont loin d'être aussi bien maintenus qu'ils l'étaient immédiatement après l'opération. Les parties environnantes ont des téguments en abondance au service des bourses. Cette circonstance, contraire au succès de l'opération tentée par M. Velpeau, est très favorable dans d'autres cas. C'est ainsi que nous venons de voir, dans le service de M. Breschet, un homme dont les testicules ont été complétement dépouillés par suite d'un érysipèle phlegmoneux du scrotum, et chez lequel il se fait une autoplastie naturelle aux dépens des téguments voisins.

— Le jeune amputé de M. Bérard (carcinome du fémur) a succombé à une phlébite. La veine était occupée par un caillot qui l'oblitérait incomplétement ; de sorte que la suppuration avait pu remonter avec le sang. La doctrine savamment exposée par M. Teissier n'a plus besoin d'être réfutée aujourd'hui, sans quoi ce fait pourrait être invoqué contre elle.

X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Relevé des pneumonies reçues dans le service pendant les mois de février, mars et avril.

Premier article. — *Deux cas de peumonies au second degré, traitées par le tartre stibié à haute dose. Terminaison par la mort. Quelques réflexions à ce sujet.* Par M. le docteur LEMAIRE (de Bourges), ex-chef de clinique de l'hôpital de la Charité.

Bien que ces deux observations aient été recueillies à une époque un peu antérieure à celle des pneumonies dont je présenterai l'analyse dans de prochains articles, j'ai pensé toutefois qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de les mettre en parallèle avec ces dernières. De cette manière, le lecteur pourra, jusqu'à un certain point, apprécier la valeur thérapeutique de la méthode dite contro-stimulante comparée à celle des saignées à haute dose ; et pour qu'on puisse bien juger de l'influence de ces deux méthodes sur la modification des symptômes, la marche et la terminaison de la maladie, je serai obligé de tracer jour par jour l'historique de nos deux malades. Ces détails, peut-être un peu longs pour quelques personnes, deviennent indispensables à ceux qui veulent approfondir la question.

Première observation. — La malade qui fait le sujet de cette observation était âgée de soixante-un ans. C'est le 8 janvier 1844 qu'elle fut transportée à l'hôpital de la Charité, et couchée au n° 11 bis de la salle Sainte-Madelaine. Sa constitution est assez faible, son tempérament lymphatico-nerveux. Elle a cessé d'être réglée à l'âge de quarante ans ; elle a eu cinq enfans. Ses couches ont été naturelles et sans suites graves. Elle n'a jamais fait de maladies bien sérieuses dans sa vie.

Il y a trois mois, elle fut prise d'un peu de toux avec diarrhée assez abondante, qui a persisté jusqu'au moment de l'entrée. Ces phénomènes ne l'empêchèrent point de continuer ses occupations jusques il y a huit jours, époque à laquelle elle éprouva tout à coup, dans le côté gauche de la poitrine, une douleur assez vive avec toux très fréquente et expectoration de crachats légèrement ensanglantés, puis en même temps perte d'appétit, fièvre intense et insomnie. Elle ne ressentit pas de gêne bien notable du côté de la respiration. Elle est restée tantôt levée, tantôt couchée, à partir du jour où elle a ressenti sa douleur de côté. Pour tout traitement, chez elle une infusion de violettes et des loochs. Elle est venue à pied à l'hôpital, mais très difficilement, et soutenue par deux personnes de sa connaissance.

Voici les phénomènes que je constatai le soir même de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le visage assez animé aux pommettes. La respiration à 40 par minute ; le pouls à 92, assez développé, eu égard surtout à la constitution du sujet, sans intermittences ni irrégularités. Rien de bien notable au cœur. La température abdominale à 38 un quart. La percussion de la partie antérieure de la poitrine fournit les résultats suivants : à droite, matité complète depuis le sommet jusqu'au troisième espace intercostal ; matité qui se prolonge jusque sur la partie latérale externe. Respiration très faible dans les points correspondant à la matité, avec crépitation très fine dans la région sous-claviculaire, à bulles un peu plus grosses dans le creux axillaire, où l'on constate un souffle bronchique très bien marqué pendant l'inspiration, avec retentissement éclatant de la voix. Quelques quintes de toux sans expectoration. Rien de particulier pour les fonctions digestives. La diarrhée a cessé depuis cinq à six jours. Potion gommeuse ; sol. sir. gom. 2 pots.

Le 9 janvier, la malade dit se trouver mieux. La douleur de côté a en partie disparu. Toutefois, la respiration est encore à 36-40. Le pouls à 100, assez développé, un peu fluctuant, régulier. Les phénomènes fournis par l'auscultation sont absolument les mêmes que la veille. Quelques crachats visqueux d'une teinte verdâtre. Potion gommeuse avec 4 décigrammes de tartre stibié et 20 grammes de sirop diacode ; vésicatoire à la partie antérieure de la poitrine du côté droit ; guim. s. g. 3 p. ; diète.

Le 10 janvier, trois vomissements d'une matière verdâtre ; quatre à cinq selles liquides ; dyspnée toujours très marquée ; pouls à 112. Persistance du souffle bronchique s'entendant tout à la fois dans le creux de l'aisselle et la région sous-claviculaire, où il est des plus prononcés. Trois ou quatre crachats visqueux d'une teinte jaunâtre. Même prescription que la veille, un bouillon coupé.

Le 11, elle a pris sa potion tout entière sans vomir ; quatre à cinq selles. Prostration telle, que la malade peut à peine parler. Pouls à 120. Chaleur, et même prescription.

Le 12, la potion a été supportée. Prostration plus considérable que la veille ; tendance à l'assoupissement avec suspension momentanée de la respiration, qui se relève ensuite avec gémissements plaintifs ; 36 à 40 inspirations par minute. Même état de la poitrine. Quelques spumes desséchés dans le crachoir avec une teinte brunâtre. Commencement du râle trachéal. La mort arrive sur les cinq heures et demie du soir.

Autopsie. — Organes respiratoires. Le poumon droit pré-

---

la mortalité est si considérable dans les hôpitaux et les hospices. Aux causes générales qui déterminent les maladies et les décès correspondent des moyennes générales ; à l'aggravation de l'état des malades et des indigents doivent correspondre des causes particulières, et ce sont celles-là surtout que l'Administration aurait dû nous faire connaître. Nous essaierons de suppléer à son silence. »

A l'exemple de toutes les commissions médicales qui se sont succédé en 1830, M. Blaize signale l'encombrement, les vices de construction, le régime alimentaire, etc. Il est évident, dit-il, qu'un système d'alimentation comme celui pratiqué à la Salpêtrière, n'a lieu qu'aux dépens de la vie des vieillards ; que le bouillon hollandais ou de gélatine, des viandes dures et sans saveur, des legumes d'une digestion difficile, de l'eau bourbeuse et impotable, sont peu propres à favoriser la convalescence.

Un point qui arrête longuement l'auteur, et avec juste raison, est l'effroyable mortalité qui règne à la Maternité de Paris. « Tenon nous apprend dans ses mémoires, qu'à Wanenda, dans l'espace de vingt-cinq années, la mortalité des femmes en couches était dans la proportion de 1 sur 55 ; à Leipsik, de 15 sur 65 ; à Gotha, de 1 sur 69 ; à Berlin, de 1 sur 87 ; à Londres, de 1 sur 51. A l'Hôtel-Dieu de Paris, de 1776 à 1785, la proportion des accouchées mortes aux accouchées sorties vivantes était, année commune, de 1 sur 15 3/4. Dans cet espace de temps, il y avait eu 18,877 accouchées, il en était sorti vivantes 16 734 et mortes 1,142. On est justement alarmé, ob-
» serve Tenon, de voir que dans aucun endroit de l'Europe, en au-
» cune ville, en aucun village, en aucun hôpital, rien n'est compara-
» ble à la perte qu'on fait des accouchées à l'Hôtel-Dieu de Paris. »
De nos jours, en Prusse, la mortalité des femmes en couches est à la mortalité constatée en France, comme 1 est à 3. En Angleterre, il meurt 1 accouchée sur 60 ; à Vienne, 1 sur 100 ; et à Paris, la mortalité, en 1842, a été sur les femmes en couches à la Maternité, de 1 sur 15 1/2 !

M. Blaize termine ce chapitre par les réflexions suivantes, que nous nous faisons un plaisir et un devoir de reproduire :

« Toutes ces causes relatives de mortalité dépendent, jusqu'à un certain point, de l'organisation des hôpitaux, et, par conséquent, on peut en demander compte à l'Administration, qui doit et qui peut les prévenir...... Nous lui rendrons cependant cette justice que de grandes améliorations ont été effectuées, et ces améliorations ont leur sanction dans le chiffre général de la mortalité. En 1803, il était de 1 sur 5,05 ; en 1842, il est de 1 sur 10,33. Nous rappelons toutefois que le service des femmes en couches fait exception, et qu'il ne présente pas de meilleurs résultats que ceux obtenus à l'Hôtel-Dieu avant la révolution. Nous insistons d'autant plus sur ce point que l'accouchement n'est pas une maladie, mais une fonction, et qu'il faut des circonstances toutes spéciales pour troubler les fonctions de la vie, violenter la nature, et apporter dans la loi sacrée de la reproduction des éléments de destruction et de mort.

Si le chiffre actuel de la mortalité générale présente, dans les hôpitaux, des résultats relativement plus favorables que dans les temps antérieurs ; si le nombre des malades traités s'est élevé de 34,256, chiffre de 1803, à 85,067, chiffre de 1842, c'est, sans doute, un progrès notable, et dont il faut tenir compte ; mais si nous comparons la mortalité des hôpitaux à la mortalité de la ville, de douloureuses réflexions viennent nous assaillir. En 1842, la statistique donne un total de 28,331 morts, dont 18,947 à domicile, et 9.384 dans les hôpitaux civils. C'est donc un tiers de la population qui meurt à l'hôpital. Et chaque jour, on parle de la richesse nationale, de la prospérité publique ! Il est vrai que pour les maîtres de la société, l'homme n'est rien comme homme ; s'il est quelque chose, c'est comme instrument. Est-il vieux, malade, infirme, usé par le travail, épuisé par la souffrance, on le repousse du pied comme un être malfaisant. Trop heureux, si on lui accorde, au lieu de la prison, un asile où il viendra mourir loin des siens, dans les angoisses du désespoir et de l'isolement.

« Après dix-huit siècles de christianisme, a dit M. de Lamennais
» avec une désolante vérité, nous vivons encore sous le système païen.
» On a proclamé au nom du souverain auteur des choses, du Père-
» Celeste qui embrasse tous ses enfants dans un même amour, l'éga-
» lité, la liberté, la fraternité humaine : et l'inégalité est partout, la
» servitude partout ; partout le peuple gémit sous une sacrilége op-
» pression, partout, au lieu de la grande et douce figure du Christ, on
» voit se dresser le spectre de Caïn. »

sente un volume évidemment beaucoup plus considérable que le poumon gauche ; quelques fausses membranes de date assez récente à sa partie postérieure et inférieure; son lobe supérieur et le moyen ne crépitent nullement sous le doigt qui les comprime ; ils ont la consistance du foie, et offrent partout l'état connu sous le nom d'hépatisation grise (ramollissement gris). Le lobe inférieur est moins dur que les deux autres lobes. Son tissu est d'un rouge vineux un peu foncé, comme dans les cas de spléuisation ou ramollissement rouge. Il n'existe nulle part de traces de tubercules. Le poumon gauche est parfaitement sain.

Tube digestif. Rougeurs assez vives de la membrane muqueuse du gros intestin ; l'estomac sans trace d'inflammation. Il existe à la partie moyenne de l'œsophage plusieurs granulations blanchâtres avec quelques petites ulcérations à leur centre. La membrane muqueuse du pharynx est le siége d'une semblable éruption.

Rien de notable pour les autres organes.

Deuxième observation. — La nommée Annette Auger, âgée de soixante-onze ans, entra le 5 janvier à l'hôpital de la Charité, et fut couchée au n° 3 de la salle Sainte-Madelaine. Sa constitution est très chétive, son tempérament lymphatique. Elle ne fut réglée que jusqu'à l'âge de vingt ans, époque à laquelle ses règles se supprimèrent brusquement à la suite d'une émotion très vive. Elle a, du reste, toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est depuis huit mois qu'elle est sujette à un peu de toux avec gêne de la respiration et léger mouvement fébrile de temps en temps. Depuis huit jours la toux est devenue beaucoup plus fréquente, et la gêne de la respiration plus marquée sans expectoration notable, puis en même temps perte d'appétit, chaleur fébrile très intense et insomnie. Alitée depuis le début ; pour traitement une tisane pectorale. Elle attribue sa maladie à un refroidissement.

A la visite du soir, sur les quatre heures, la malade présentait l'état suivant : Le visage assez animée ; 52 inspirations par minute. Le pouls à 112, un peu étroit, mais assez bien détaché. Les bruits du cœur un peu sourds et rudes. En avant, la résonnance de la poitrine est assez bonne ; la respiration vésiculaire un peu plus faible à droite qu'à gauche, avec quelques bulles de râle crépitant dans la région sous claviculaire. En arrière du côté droit, matité dans les deux tiers supérieurs. La respiration à peu près nulle dans les points où existe la matité avec crépitation très abondante dans la fosse sous-épineuse. Souffle bronchique bien marqué, avec bronchophonie principalement. Vers l'angle inférieur de l'omoplate un peu de toux, sans expectoration. Langue saburrale, rouge à la pointe. Soif vive. L'intelligence bien conservée.

Le 6 janvier, à peu près même état que la veille. Le pouls encore à 108. La respiration à 52. Pot. gomm. avec 5 décigr. de tartre stibié ; 20 gramm. de sirop diacode ; 1 vésicat. part. post. côt. droit.

Le 7, elle dit se trouver un peu moins mal. Elle n'a pas vomi, mais est allée un grand nombre de fois à la selle. Pouls à 108-112, petit, offrant quelques intermittences. La respiration à 40-44. Même prescription que la veille.

Le 8, la potion a été très bien supportée. La respiration à 36 ; chaleur modérée. Le pouls à 104-108. Quelques crachats légèrement rouillés. Sol. sir. gom. 2 pots. Mauve s. gom. Potion stibiée, *ut suprà.*

Le 9, la malade dit avoir passé une très mauvaise nuit. Trois vomissements bilieux à la suite de la potion. Ce matin, le visage exprime un abattement des plus marqué. Le pouls à 112, très petit et très faible. Le souffle bronchique est peut-être un peu moins fort, avec retour d'une crépitation assez abondante. Le voile du palais et toute l'arrière-gorge sont tapissés de petites pustules blanchâtres. On supprime la potion stibiée, et on la remplace par un julep avec sirop de thridace. Mêmes tisanes.

Le 10, elle dit se trouver un peu moins mal. Toutefois, la prostration est des plus considérables, et l'articulation des mots des plus difficiles ; le pouls à 128, filiforme ; ni toux, ni expectoration ; plusieurs selles diarrhéiques depuis la veille. A partir de ce jour, la malade va toujours en s'affaiblissant de plus en plus, et meurt le 14 janvier, à neuf heures du soir.

Autopsie. — Le poumon droit présente vers le lobe supérieur tous les caractères de la pneumonie au deuxième degré. Il y a solidification d'une partie du sang avec teinte lie-de-vin ; toutefois, on trouve dans différents points un commencement de résolution. Il existe plusieurs adhérences anciennes à la partie antérieure et inférieure du poumon gauche ; celui-ci est aplati et carnifié, sans traces de tubercules.

Tube intestinal. Rougeur vive de toute la membrane muqueuse du gros intestin.

L'œsophage est le siége de quelques granulations blanchâtres avec des rougeurs çà et là.

Epaississement et teinte opaline des valvules gauches du cœur.

Réflexions. — Quelques personnes se demanderont sans doute pour quel motif M. Bouillaud a cru, dans cette circonstance, devoir substituer à sa méthode l'emploi du tartre stibié à haute dose. Cette question mérite, en effet, d'être examinée.

Si la nouvelle formule des saignées a sur l'ancienne, ainsi que sur plusieurs autres moyens thérapeutiques, une supériorité incontestable ; si les résultats constants et presque inattendus qu'elle a fournis jusqu'à ce jour dans son application aux nombreux cas de phlegmasies aiguës, sont des faits désormais acquis à la science, il faut cependant reconnaître, et M. Bouillaud est complétement de cet avis, qu'il est des cas où elle cesse d'être applicable, et pourrait même, entre des mains inexpérimentées, produire de funestes accidents. Il faut donc, avant tout, s'appliquer à bien distinguer les cas : c'est là, en effet, un des points les plus importants et peut être un des plus difficiles de la médecine clinique, sur lequel M. Bouillaud ne cesse chaque jour d'appeler l'attention des élèves et des jeunes praticiens qui assistent à ses leçons... Gardez-vous, leur dit il, d'agir trop précipitamment. Il ne suffit pas d'avoir déterminé le siége et la nature de la maladie pour se croire autorisé à appliquer la nouvelle formule des saignées, on doit encore rechercher s'il n'y a pas quelques contre-indications formelles à son emploi ; et pour cela, il faut interroger tour à tour l'âge et la constitution du sujet, l'époque à laquelle a commencé la maladie, l'étendue qu'elle occupe et, par-dessus tout, ses différents degrés, c'est-à-dire les transformations pathologiques qu'elle a pu développer dans l'épaisseur des tissus, puis enfin ses diverses complications. Ce n'est qu'après avoir sérieusement réfléchi sur toutes ces circonstances, qu'il vous sera permis alors de faire choix d'un traitement. Tels sont les principes que nous avons toujours entendu professer à M. Bouillaud, et qui chaque jour le guident encore dans sa pratique médicale ; principes assurément fort sages, et complètement en désaccord avec les vues systématiques que quelques confrères charitables ont si gratuitement prêtées à l'auteur de l'*Essai sur la philosophie médicale*.

On comprendra maintenant, je pense, sans qu'il soit nécessaire d'y insister davantage, les raisons qui ont pu déterminer M. Bouillaud à ne pas faire usage des saignées chez nos deux malades. Ce n'est pas que dans quelques cas, en apparence aussi graves, on n'ait vu sa formule couronnée d'un plein succès ; mais ici, les conditions défavorables où se trouvaient les individus étaient telles qu'il a fallu nécessairement y renoncer. Il s'agissait, en effet, de deux pauvres femmes d'un âge déjà avancé, d'une constitution très chétive, toutes deux affaiblies par une affection catarrhale ancienne, et actuellement sous le coup d'une hépatisation pulmonaire datant de plus de huit jours. On eût pu, sans doute, tenter chez elles une ou deux saignées générales, et peut-être une application de ventouses scarifiées ; mais en supposant que cette médication eût amené quelque soulagement, il était impossible qu'elle pût enrayer la marche de la maladie, et comme il n'eût pas été permis de porter plus loin les émissions sanguines, il était beaucoup plus prudent de s'en abstenir, que de compromettre la seule méthode qui puisse être considérée comme essentiellement curative de la pneumonie. Que faire cependant en pareille occurrence? Il fallait nécessairement agir, ne fût ce que pour tranquilliser l'esprit des malades. M. Bouillaud pensa que c'était le cas, ou jamais, de soumettre à l'expérience clinique le tartre stibié à haute dose ; méthode dont la plupart des praticiens s'accordent à reconnaître l'efficacité, et qui, suivant d'autres, est bien loin de mériter la réputation qu'on lui a faite. Quelques mots à ce sujet.

S'il ne s'agissait que de constater les modifications qui surviennent dans l'organisme, sous l'influence du tartre stibié administré à dose rasorienne, la question sans doute serait facilement jugée. Ces modifications, qui n'ont pu échapper à aucun praticien tant soit peu éclairé, consistent, comme l'on sait, en un ralentissement manifeste du pouls et des mouvements respiratoires, auquel s'ajoute une prostration des plus considérables ; c'est en effet ce dont nous avons été témoin chez nos deux malades, à part toutefois l'etat du pouls qui a présenté à peu près la même fréquence pendant tout le cours de la maladie. Mais de ce que l'émétique détermine une action toute spéciale sur plusieurs fonctions importantes de l'économie, s'ensuit-il qu'il déprime et fait languir, pour me servir du langage des contre-stimulistes, l'excitement de l'organe malade? Cette opinion est loin d'être démontrée. Il me semble au contraire, et ici la théorie l'indique, que cette dépression des forces, que cette lenteur extrême de la circulation et de la respiration sont des conditions éminemment favorables à la stase du sang et des fluides dans le parenchyme pulmonaire, et que, conséquemment, elles doivent s'opposer à la résolution de la pneumonie... Mais laissons de côté les théories, et discutons les faits.

Lorsqu'on veut apprécier d'une manière exacte les résultats qu'a pu fournir jusqu'à ce jour le tartre stibié à haute dose dans les inflammations aiguës du poumon, il faut nécessairement établir une distinction entre les cas où ce médicament a été employé seul ou bien concurremment avec les émissions sanguines. Quant aux observations de pneumonies traitées exclusivement par le tartre stibié, elles sont en trop petit nombre et pour la plupart trop incomplètes pour qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, d'arriver à quelque conclusion rigoureuse à ce sujet. Celles au contraire où l'on a eu recours à une méthode mixte sont infiniment plus nombreuses, et, en effet, il est peu de personnes aujourd'hui qui ne fassent précéder l'administration du tartre stibié d'une ou de plusieurs émissions sanguines. Voici, du reste, comment s'exprime à cet égard M. le professeur Trousseau : « Presque tous les auteurs, dit-il, ceux mêmes qui ont préconisé l'antimoine avec le plus de vivacité, sont aujourd'hui d'avis que dans le début de la pneumonie, c'est-à-dire dans les quatre ou cinq premiers jours, les émissions sanguines doivent être employées. Il est vrai que dans un autre passage le même auteur déclare que pendant l'épidémie qu'il observait à Paris en 1831 et 1833, les pneumonies les plus intenses, chez les individus les plus jeunes et les plus vigoureux guérissaient en peu de jours et sans émissions sanguines, ce qu'il croit devoir attribuer à la constitution médicale ; tandis que depuis 1834 et aujourd'hui encore, les antimoniaux ne peuvent seuls mener à bien les pneumonies, et que les pertes de sang sont d'une nécessité évidente. »

Mon intention n'est pas d'élever en ce moment une discussion sur l'influence que peuvent exercer les constitutions médicales sur la marche et le traitement des maladies. Je dirai seulement qu'en dépit de ces mêmes constitutions, M. Bouillaud, depuis plus de douze ans, est demeuré fidèle à sa formule de traitement et que le chiffre des guérisons a toujours été aussi élevé.

Ainsi, il reste démontré, de l'aveu même de ceux qui se sont le plus spécialement occupés du sujet, que les chances de succès seront d'autant plus nombreuses qu'on aura su combiner les antiphlogistiques avec la méthode dite contro-stimulante. Rasori le premier donna l'exemple de cette pratique, et nous le voyons prescrire de nombreuses saignées à ses malades, pendant qu'il administre des doses considérables de tartre stibié. Les professeurs les plus distingués de l'école italienne sont restés fidèles à ces principes. En France, Laennec suivit à peu près la même marche que Rasori, si ce n'est toutefois qu'il restreignit beaucoup le nombre des saignées et formulât l'émétique à des doses beaucoup moins élevées. Malheureusement, il faut bien le dire, cet auteur, qui, pendant plusieurs années de suite, se livra à de nombreux essais sur l'emploi de l'émétique à haute dose, n'a laissé aucune observation détaillée qui pût jeter quelques lumières sur cette importante question ; il ne nous fournit que des notes écrites dans le cabinet d'après de vagues souvenirs, et nous sommes obligés de le croire sur parole. Enfin M. Trousseau, de son côté, et plusieurs autres ont expérimenté l'émétique à haute dose dans la pneumonie, et c'est encore la combinaison des deux méthodes indiquées qui leur a fourni les résultats les plus avantageux.

Nous venons d'établir, d'après des autorités imposantes en médecine, que dans le plus grand nombre des cas de pneumonie traitée heureusement par l'émétique, on avait préalablement fait usage des émissions sanguines. Or, il s'agit maintenant de décider auquel de ces deux agents thérapeutiques nous devons attribuer les effets curatifs obtenus. Telle est, suivant moi, la partie la plus importante du problème, et qu'on a toujours négligé de résoudre. *La saignée*, nous dit-on dans un ouvrage récemment publié sur la pneumonie, *n'est faite que pour préparer l'économie à recevoir plus utilement l'influence du tartre stibié.* N'est-ce pas là, convenez en, une pure spéculation de l'esprit, une théorie que vous avez créée, mais qui ne s'appuie sur aucun fait ! D'ailleurs l'expression *préparer* dont vous vous servez ici n'appartient plus qu'à la vieille médecine, et la science, aujourd'hui si sévère, si précise dans son langage, ne saurait l'accepter.

La manière d'agir des saignées dans la pneumonie n'est plus un mystère. Les changements aussi heureux que rapides qu'elles déterminent dans l'organe malade sont, grâce à l'auscultation, des plus faciles à analyser. Et le rôle immense qu'elles jouent dans le traitement des phlegmasies aiguës du poumon est un fait que personne n'oserait contester : vous-même êtes forcé de le proclamer dans plusieurs passages de votre ouvrage. Eh bien ! s'il en est ainsi, je vous le demande, comment pouvez-vous calculer la puissance curative du tartre stibié, si vous l'employez au moment même où un travail de résolution commence à s'opérer sous l'influence d'un autre modificateur déjà mis en action.

Mais, direz-vous, la maladie continuait de faire des progrès malgré les émissions sanguines et le mieux s'est manifesté immédiatement après l'emploi de l'antimoine. Je dois, en réponse à cette objection, faire une remarque importante qui, du reste, appartient à M. Bouillaud. Ce professeur a plusieurs fois attiré notre attention sur certaines pneumonies qui, ayant opiniâtrément résisté à des émissions sanguines assez nombreuses, cédaient tout à coup et comme par enchantement à une dernière saignée. Eh bien ! supposez, et c'est en effet la conduite que tiennent plusieurs praticiens, que le matin même où cette dernière saignée est pratiquée on prescrive en même temps la potion stibiée, n'est-il pas évident qu'un esprit tant soit peu prévenu sera tout disposé à rattacher à l'action contro-stimulante de l'émétique une amélioration qui, en définitive, ne tien qu'à la saignée !

Parmi les condition si nombreuses qu'il faut observer quand on étudie les effets soit médiats soit immédiats des médicaments, il en est une essentielle, indispensable et sans laquelle notre appréciation est toujours infidèle, c'est que la substance médicamenteuse soit administrée seule pendant tout le cours du traitement. Or, nous avons vu que pour ce qui concerne le tartre stibié cette condition a été omise, ou du moins qu'elle n'a été remplie que très imparfaitement, et que, par conséquent, tout est à refaire sur ce point. Quant aux deux observations que je viens de publier, elles sont loin, comme on a pu s'en convaincre, d'être favorables à l'émétique. Sans doute il est des cas où celui-ci a paru agir d'une manière très avantageuse ; c'est qu'alors il s'agissait de ces pneumonies si légères que le repos et la diète eussent suffi pour en faire justice. L'émétique, on peut le dire avec M. Rayer, n'est vraiment qu'un moyen accessoire, et dans toutes les circonstances où il a été donné avec les saignées, c'est à ces dernières, on n'en saurait douter, qu'il faut attribuer les succès. De sorte qu'on peut, en définitive, considérer la méthode antiphlogistique comme formant la base principale du traitement de la fluxion de poitrine.

Mais comment doit-on saigner, et existe-t-il réellement une formule des saignées qui abrége la durée de la maladie et diminue notablement la mortalité ; c'est là une question fort importante, dont je dois entretenir le lecteur dans un prochain numéro.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 6 juillet. — Présidence de M. MICHON.

Observation de stupidité. Diarrhée. Retour de la raison. — *M. Baillarger* fait un rapport favorable sur l'observation suivante, qui avait été adressée par M. Allibert dans la séance précédente.

Le nommé Bergeot (Jean), habitant Courcival, entra à l'Asile des aliénés de la Sarthe le 15 avril 1841. Son éducation avait été peu soignée ; ses mœurs étaient fort douces ; il n'avait pas eu dans sa famille de parents aliénés. Les causes de son aliénation étaient entièrement inconnues, et on apprit seulement que sa folie se caractérisait chez lui par une grande tendance à la taciturnité et à l'isolement. Quelques tentatives de suicide le firent conduire à l'Asile des aliénés.

Dès les premiers jours de son entrée, il eut quelques hallucinations fugaces de la vue, et l'on s'aperçut, à quelques mots échappés de sa bouche, qu'il voyait le diable. Plus tard, ce malade s'enferma dans un silence que rien ne pouvait lui faire rompre; il était habituellement assis et sans mouvement, les bras pendants, le tronc légèrement incliné en avant, la tête penchée dans la même direction, les yeux fixes ou ne se mouvant qu'avec une grande lenteur, la bouche entr'ouverte, les lèvres pendantes et laissant la salive s'écouler sur les vêtements. Le pouls était moins accéléré que dans l'état physiologique. La maigreur du malade était assez grande; il rendait son urine et les matières fécales involontairement. On était obligé de le nourrir d'aliments liquides, et de les lui porter à la bouche pour les lui faire avaler; il se serait refusé à tout mouvement de mastication.

Vers la fin de décembre, Bergeot sortit de la léthargie profonde dans laquelle il était toujours resté jusque là. Il se lamenta t vivement de ce que la terre était toute en feu. M. Allibert l'ayant engagé à ne pas se désespérer, disant que toutes ses visions finiraient, celui-ci lui répondit : « C'est une chose impossible, je ne guérirai jamais. » Ce malade avait depuis quelque jours un écoulement de matières alvines fort abondant; mais ces déjections, qui l'avaient fort affaibli, cessèrent par l'effet d'un régime convenable. Pendant quelque temps Bergeot parut moins absorbé par ses idées : il causait quelquefois avec les infirmiers, très rarement cependant; mais il répondait toujours brièvement et juste aux questions qu'ils lui faisaient. Il avait plus d'appétit qu'autrefois; mangeait volontiers (rarement seul), et l'on put substituer des aliments solides aux aliments liquides.

Le 11 janvier le malade était au lit, quand, rompant tout à coup son silence, il s'écria en pleurant : « Est-il possible ! Est-il possible ! je ne guérirai jamais ! » etc., avec l'accent d'une douleur bien sentie. L'infirmier qui rapporta ce fait nous apprit en même temps que depuis deux jours Bergeot avait la diarrhée.

Le 14 janvier, la diarrhée persistant toujours, on aperçut sur les orteils quelques points gangreneux. Pendant que M. Allibert faisait sur eux des fomentations convenables : « Ce que vous faites-là est inutile, lui dit Bergeot; ne voyez-vous pas combien je suis maigre ! » Malgré toutes les médications, la diarrhée redoubla d'intensité.

Le 25 janvier, pendant qu'il le pansait, M. Allibert lui ayant annoncé qu'un de ses amis lui avait demandé de ses nouvelles : « Mes amis ne me verront plus, » lui dit-il en pleurant.

Le 2 février, Bergeot était plus mal qu'à l'ordinaire; les déjections alvines avaient lieu presque sans interruption; le pouls était petit, accéléré, analogue à celui de la fièvre hectique; l'œil était devenu plus brillant, et la face semblait avoir pris un peu d'animation. Un officier de santé, aussi aliéné, dit à haute voix : « En voilà un qui partira bientôt; voyez son marasme. Ce serait le premier que j'aurais vu revenir de si loin. » Bergeot comprit ce fâcheux pronostic porté sur son compte par un fou dont les paroles avaient une certaine valeur auprès des autres fous; il jeta sur lui un regard plein de tristesse, et se prit à pleurer.

Le 3 février, à l'agonie, la figure, pâle, semblait avoir les traits moins relâchés qu'autrefois, et les yeux étaient plus vifs. Bergeot dit à l'infirmier : « Je n'aime pas la soupe; va me chercher une bouillie. » Et à un autre : « Et toi, je t'ai donné bien de l'embarras; mais tu ne dois pas m'en savoir mauvais gré, ce n'était pas ma faute; bientôt je ne t'en donnerai plus. » L'infirmier voulut l'excuser : « Si, je le sais, répondit Bergeot; mais ce ne sera pas long; j'étais bien sale; cela ne durera pas long-temps, je suis trop malade. »

Ces paroles furent prononcées à midi, et le malade mourut à six heures du soir.

L'ouverture du corps fut faite 42 heures après la mort.

Tête. Crâne bien conformé. Injection hypostatique des téguments de la partie postérieure du crâne. Très léger épanchement de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette dernière membrane n'offre pas de coloration anormale ni d'adhérences avec la substance du cerveau. Cet organe est plus mou que dans l'état naturel. Les ventricules latéraux contiennent chacun environ trente grammes de sérosité limpide. Des incisions sont faites dans la substance de l'encéphale, et les deux lèvres de l'incision écartées l'une de l'autre par traction laissent apercevoir à l'angle de jonction des filaments de la pulpe cérébrale qui s'isolent assez nettement les uns des autres, et de telle façon qu'ils paraissent en quelque sorte s'être grossis. Cette particularité, qui s'observe dans toutes les parties du cerveau, n'est pas partout également prononcée. Les filaments vasculaires du cerveau les plus ténus se séparent (pendant qu'on soumet cet organe à la manœuvre précédente) de la pulpe qui les entoure, d'une manière plus remarquable encore. Plusieurs ont été ainsi isolés dans l'étendue d'un pouce. A la facilité avec laquelle se fait cette séparation, on dirait que tous les vaisseaux sont des linéaments tout à fait étrangers au cerveau, et n'ayant avec lui aucune connexion. Le cervelet présente les mêmes particularités, mais à un degré moins prononcé peut être. Il existe un épanchement de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère rachidienne. La moelle est dans un état normal.

En résumé, ajoute M. Allibert, on voit, dans cette observation, que le retour à la raison s'est effectué : 1° chez un aliéné stupide; 2° sous l'influence de la diarrhée; 3° si l'on admet sur la cause de la stupidité l'opinion de M. Etoc-Demazy, la diarrhée comme moyen de dérivation expliquerait très bien un pareil effet. On remarquera, en effet, que le retour à la raison a plusieurs fois coexisté avec une abondante diarrhée, et les altérations rencontrées à l'ouverture du corps prouvent que le cerveau était infiltré. — Dans l'observation citée par M. Brierre de Boismont, le retour à la raison eut lieu après un mutisme de cinquante-deux ans.

Accouchement spontané à terme malgré une viciation prononcée du bassin. — *M. Danyau* communique l'observation suivante : Une femme de vingt-six ans, d'une faible constitution, mais habituellement bien portante, de quatre pieds quatre pouces, (133 centimètres 90 millimètres) de hauteur, qui n'avait commencé à marcher qu'à l'âge de quatre ans, dont les fémurs arqués en dehors, les tibias aplatis et portés en dedans attestaient qu'elle avait été autrefois atteinte de rachitisme, était accouchée pour la première fois à l'aide de forceps, et après trente-huit heures de souffrance, d'un enfant mort. Le 14 juin 1844, elle éprouva les premières douleurs d'un second enfantement. Le travail ne se déclara pourtant franchement que le 17 à une heure du matin. C'est alors que notre collègue, M. Cointet, fut appelé auprès d'elle. L'insuffisance des contractions utérins après la dilatation complète du col et de la rupture des membranes, l'engagèrent d'abord à faire prendre du seigle ergoté; ce fut en vain. Il ne fut pas plus heureux avec le forceps qu'à deux reprises, et pour la seconde fois, après une large saignée, il appliqua sans pouvoir faire avancer la tête. M. Cointet m'écrivit alors à la Maternité pour réclamer mon assistance. Je n'y était déjà plus. La femme fut transportée à l'hospice. Elle était très abattue; elle avait les lèvres et la langue sèche, les dents fuligineuses, la peau chaude, le pouls fréquent, l'orifice utérin était complétement dilaté, la tête était élevée, une tumeur volumineuse du cuir chevelu était seule engagée; elle empêchait d'atteindre l'angle sacro-vertébral; mais la facilité avec laquelle on arrivait à la face antérieure du sacrum faisait présumer un rétrécissement au détroit supérieur. Quoique fortes, permanentes, et soutenues par des efforts assez énergiques, les contractions étaient sans effet. Avant tout, il parut convenable de laisser reposer la femme, et elle fut mise au bain jusqu'à midi. Elle resta calme ensuite jusqu'à une heure et demie. Alors les contractions augmentèrent d'intensité; bientôt par un effort brusque le détroit abdominal fut franchi, et à deux heures l'accouchement se termina spontanément. L'enfant, dont on n'avait pu sentir les pulsations cardiaques, était mort. La peau de la face, du col, de la poitrine, était violacée. Les membres supérieurs étaient un peu raides et légèrement fléchis. La raideur et la flexion était très prononcées sur les membres inférieurs. La mâchoire inférieure pouvait être abaissée sans peine. Une dépression de la largeur d'une pièce de cinq francs, de 4 lignes (9 millimètres) de profondeur, existait un peu en avant et à droite de la fontanelle antérieure. Quelques instant après la naissance, cette dépression avait sensiblement diminué, et bientôt elle avait complétement disparu. L'autopsie de cet enfant, dont le poids était de six livres un quart (3 kilogr. 125 gram.), et dont la tête avait des dimensions au moins ordinaires (diamètre occipito frontal 4 pouces 1 ligne; diamètre occipito-mentonnier, 4 pouces 11 lignes; diamètre bi-pariétal, 3 pouces 5 ligne; diamètre sous-occipito-bregmatique ou syncipital, 3 pouces 11 lignes) fit reconnaître un état congestionnel considérable de tout le système sanguin cérébral, sans épanchement intra-crânien. Les os, minces et souples, n'offraient aucune trace de lésion; on ne trouvait pas même sur les parties molles les traces des deux applications du forceps; ce qui indique assez les ménagements gardés par notre honorable confrère. La mère eut les suites de couches les plus heureuses, et quitta l'établissement quelques jours après en très bon état. Avant sa sortie de nombreuses mesures furent prises. Je signalerai seulement l'étendue de la distance sacro-sous-pubienne prise avec le doigt; elle était de 3 pouces 4 lignes; le petit diamètre du détroit supérieur était donc de 3 pouces environ.

M. Danyau fait ensuite remarquer les points remarquables de cette observation, la possibilité d'un accouchement spontané à terme malgré une viciation prononcée du bassin, la condition de cette expulsion, c'est-à-dire la flexibilité et la dépressibilité des os du crâne; il insiste particulièrement sur l'état de raideur des membres supérieurs et inférieurs, et rappelle à ce sujet les courtes remarques qu'il a insérées récemment dans le Journal de chirurgie (juin 1844) à la suite d'un fait analogue communiqué par le docteur Thélu, de Dunkerque. Il termine en disant qu'il n'y a point d'espoir pour la cliente de notre collègue, M. Cointet, de mettre au monde un enfant vivant, si vers le septième mois et demi ou huitième mois d'une nouvelle grossesse, elle ne consent à se soumettre à l'accouchement prématuré artificiel.

Les auteurs admettent généralement que les artères, à mesure qu'elles se divisent, présentent une capacité plus grande, et ils attribuent à cette augmentent totale de diamètre le ralentissement de la circulation. M. Martin ne partage pas cette opinion. Dans des expériences qu'il a faites depuis long-temps avec son ami M. Descot, il a reconnu que, dans le plus grand nombre des cas, la somme du calibre des branches artérielles ne l'emporte pas sur celui des troncs qui les fournissent. Les artères du tube digestif lui paraissent faire exception à cette règle, mais elle s'applique aux divisions des bronches, et dans des cours anatomiques, il a démontré depuis long-temps que la somme du calibre des ramifications bronchiques ne l'emporte pas sur celui de la trachée artère.

— *M. Poyer* fait hommage à la Société d'une notice qu'il vient de publier sur le croup.

Accouchement artificiel et avant terme chez une femme à bassin vicié. — *M. Pinel Granchamp* communique une observation sur un accouchement laborieux. La femme, dont le bassin, dans ses diamètres, avait six lignes à un pouce de moins qu'à l'ordinaire, éprouva des accidents fort graves; toutefois elle se rétablit fort bien. Redevenue enceinte, il y a un an, elle alla trouver M. Pinel; mais ce praticien, convaincu que l'accouchement naturel était impossible, et craignant que la vie de l'enfant fût compromise si l'accouchement était abandonné lui-même, se détermina à le provoquer avant terme. A l'aide de l'éponge préparée il dilata peu à peu le col de l'utérus, et quand la dilatation lui parut suffisante, il fit l'application du forceps, et il eut la satisfaction d'extraire assez facilement un enfant bien portant, bien qu'il ne fût âgé que de sept mois. La mère se rétablit parfaitement bien et l'enfant continue à jouir d'une bonne santé. Chez les femmes dont le bassin est vicié et dont l'accouchement est impossible, M. Pinel Granchamp voudrait qu'on eût recours à l'accouchement artificiel et avant terme. L'opération césarienne étant toujours mortelle pour la mère et pour l'enfant, il pense que désormais on devrait renoncer à la pratiquer, et adopter d'une manière définitive l'accouchement artificiel avant terme.

M. Danyau ne pense pas que chez une femme dont le bassin ne présente dans ses divers diamètres que neuf lignes de moins qu'à l'ordinaire, on ait jamais conseillé de pratiquer l'opération césarienne; mais il partage les opinions de M. Pinel Granchamp sur l'accouchement artificiel. Ce moyen est aujourd'hui généralement conseillé lorsque l'accouchement naturel a été reconnu devoir être impossible, et, dans beaucoup de cas, il a été employé avec succès.

A cinq heures la séance est levée.

Le secrétaire de la Société, DUMAS.

Traitement de l'insomnie consécutive à de fortes hémorrhagies; par M. le docteur PAULI.

Pour combattre avec succès l'insomnie qui suit les pertes de sang considérables, M. le docteur Pauli prescrit l'administration de bains de pieds pris froids et immédiatement avant de se mettre au lit, ou plutôt avant le moment où l'on désire que les malades puissent se livrer au sommeil.

Sous l'influence de cette médication si simple, ce praticien dit avoir toujours vu l'insomnie céder, même quand elle s'était montrée rebelle à l'emploi de tous les autres moyens conseillés en pareil cas.

(*Casper's Wochenschrift, etc.*)

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Le rapport de M. Velpeau sur le traitement du varicocèle, me donne l'occasion de parler du moyen palliatif bien simple que j'emploie contre cette maladie depuis cinq à six ans. Je l'appelle palliatif, parce qu'il est au varicocèle ce qu'un bandage est à une hernie. Il ne le guérit pas, mais il en fait disparaître les inconvénients. Il consiste à tirer en bas la peau des bourses, du côté malade, et à l'entourer d'un lien circulaire. Le testicule se trouve ainsi remonté; les veines variqueuses disparaissent sur-le-champ, et avec elle toutes les incommodités qu'elles entraînent.

La première fois que j'employai ce moyen si simple, c'était sur un jeune homme qui devait se marier incessamment, et qui n'aurait pas eu le temps de se faire opérer. Il s'en trouva si bien, qu'il ne chercha pas mieux.

J'ignore quelle espérance de succès plus ou moins complet on pourrait fonder sur cette ligature serrée à certain degré et long-temps prolongée. Je n'ai pas revu depuis long-temps le malade dont je viens de parler. Un autre qui ne portait cette ligature que depuis peu de temps, revint tout dernièrement avec son père me dire qu'il avait été examiné par un médecin qui n'avait rien trouvé de particulier dans l'état des bourses qu'on avait entouré d'un cordon, et l'avait engagé à l'ôter.

Entre cette visite et la mienne les veines avaient reparu et le père reconnut la différence qui existait entre un côté des bourses et l'autre. Le cordon a été de nouveau appliqué, et on a obtenu le même succès que la première fois.

Il y a quinze jours un jeune homme de dix-neuf ans se présenta à la consultation de la Maison de Santé avec un varicocèle du côté gauche, qui causait tous les malaises qu'il détermine ordinairement. J'appliquai la ligature serrée seulement au degré nécessaire pour ne pas tomber : il revint huit jours après; il ne souffrait plus. J'ôtai la ligature. Ce ne fut que quelques instants après qu'on sentit les veines se tuméfier.

Ce moyen est le même, en principe, que celui de Bransby-Cooper; mais il n'est pas douloureux et n'offre point le danger attaché à toute opération. C'est, comme je l'ai dit, un moyen palliatif; c'est le temps qui apprendra s'il pourrait devenir curatif.

HERVEZ DE CHÉGOIN.

Nous annonçons avec plaisir que madame Breton a obtenu du jury de l'Exposition de 1844, un Rappel honorable de la médaille d'or qu'elle avait obtenue pour ses Bouts de sein et Biberons.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 94. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Phlegmon de la fosse iliaque. Tumeur développée dans les parois de l'abdomen. Diagnostic différentiel.

Au n° 8 de la salle Sainte-Agnès, a été couché un homme de soixante-cinq ans, autrefois militaire, terrassier depuis vingt ans environ. D'une constitution autrefois forte, habituellement bien portant; il raconte, d'une manière assez singulière, le début de sa maladie actuelle. Suivant lui, il y aurait un mois environ, il voulut boire à même une bouteille, se renversa en arrière et fut tout surpris de ne pouvoir avaler le liquide. Il serait plus naturel de penser qu'une douleur se serait fait sentir dans le flanc droit, d'après les symptômes qu'il présente aujourd'hui, et que ce serait à cette douleur qu'il faudrait rapporter la difficulté de la déglutition qu'il éprouva, difficulté qu'il rattache, lui, à une difficulté de respirer. Quelques heures après ce singulier événement, il but en mangeant, comme à son ordinaire, ce qui pourrait contribuer à faire croire que la douleur du flanc existait déjà depuis quelque temps, et qu'elle fut seulement plus forte au moment où il voulut se renverser.

Deux jours après cet accident, douleur assez vive dans la région de la fosse iliaque droite; un peu de frisson, mais pas de fièvre. Il put encore travailler pendant quelques jours, tout en ressentant cette douleur; mais elle finit par faire des progrès tels qu'elle l'obligea enfin à s'arrêter. Un jour il survint un vomissement de matières bilieuses, ce fut son dernier jour de travail; et le lendemain il entra dans notre service, il y a quinze jours environ.

Voici les symptômes qu'il présentait au moment de son entrée :

Douleur dans la fosse iliaque droite; rénitence considérable dans un espace de quatre à cinq pouces de diamètre, depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la ligne blanche. On sent dans ce point une tumeur de forme à peu près arrondie, sensible à la pression, non point cependant assez pour arracher des cris au malade. Le visage, naturel, n'exprime pas une douleur extrêmement intense. La palpation la plus exacte et la dépression des parois abdominales ne font constater aucune fluctuation. La résonnance de cette région à la percussion est, sinon tout à fait mate, au moins beaucoup plus obscure que dans le reste de l'abdomen. Pouls à 80; langue blanchâtre; appétit conservé cependant; le malade n'a pas cessé de prendre des aliments, mais il paraît avoir réduit la quantité de ceux qu'il prenait chaque jour, par raison, dit-il, plutôt que par nécessité. Quelques frissons passagers, mais qui ne se sont pas renouvelés. Les autres fonctions ne se sont pas troublées d'une manière sensible.

L'existence de cette tumeur n'a déterminé la production d'aucun œdème des membres inférieurs. Il n'existe aucune douleur dans le tube digestif, aucun signe d'occlusion de ce canal; affection qui serait beaucoup plus grave que celle dont il est réellement atteint. Ce n'est que dans les cas tout à fait exceptionnels que l'on rencontre des signes d'étranglement, les vomissements sterraux. Ici rien de tout cela ne s'est présenté. Nous avons dû explorer le rectum, afin de constater la situation et les dimensions de la tumeur, et voir si elle faisait de ce côté une saillie considérable.

Ainsi, pour nous résumer, tumeur dure, sensible à la pression, dans la fosse iliaque droite, qu'elle remplit en totalité, tumeur qui s'est développée rapidement, puisque son existence ne datait que de cinq à six jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, tels étaient les symptômes que présentait ce sujet, et qui nous parurent ne pouvoir constituer qu'un phlegmon, une tumeur inflammatoire. Ce n'était point une tumeur résultant d'une lésion chronique organique d'un appareil contenu dans l'abdomen. Le siége de cette tumeur ne pouvait être que le tissu cellulaire de la fosse iliaque dans laquelle elle s'était développée. Jamais l'inflammation intestinale ne donne lieu, en effet, à une rénitence aussi grande et à une matité aussi intense et profonde. La tumeur, selon nous, était donc évidemment phlegmoneuse, et le phlegmon avait son siége dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite qui unit l'appendice cœcal et le cœcum aux parties voisines.

Ce genre de phlegmon n'est point rare; il est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et survient principalement chez elle à la suite de couches. On l'observe aussi plus souvent à droite qu'à gauche, et peut-être la présence de l'appendice cœcal n'est-elle pas tout à fait étrangère à cette sorte de prédilection du phlegmon pour la fosse iliaque droite.

Les causes du phlegmon iliaque sont assez difficiles souvent à déterminer. Il faut reconnaître que le tissu cellulaire est souvent susceptible de s'enflammer d'une manière spontanée. Cette expression de spontanée que nous employons ici ne veut pas dire qu'il n'y a point de cause; elle signifie simplement que cette cause, quelle qu'elle soit, nous échappe. Parmi les inflammations, il y en a dont nous pouvons saisir les causes; mais d'autres, et celles-ci sont peut-être en plus grand nombre, dont aucun moyen d'investigation ne peut parvenir à faire déterminer la cause occasionnelle. C'est pour ces cas que l'on emploie le mot de : *Inflammation spontanée.*

Il faut reconnaître que dans la fosse iliaque droite, par suite des dispositions anatomiques des parties, il y a des circonstances particulières qui peuvent donner lieu à une inflammation qui présente, elle aussi, un caractère particulier. Ces circonstances peuvent être, soit l'inflammation du cœcum ou de l'appendice cœcal, soit un arrêt des matières fécales dans le cœcum, quelle qu'en soit la cause. Quelquefois un corps étranger peut s'engager dans l'appendice cœcal, et une perforation peut s'ensuivre; d'autres fois, cet accident ne donne lieu qu'à une inflammation circonscrite. La fréquence du phlegmon de la fosse iliaque, comparativement à ceux des autres parties du corps, peut s'expliquer jusqu'à un certain point par ces dispositions anatomiques. Mettant de côté les conditions de l'état puerpéral, c'est, sans nul doute, là une des causes qui rendent le phlegmon plus fréquent dans la fosse iliaque droite que dans la gauche.

Dans des cas de cette espèce, on est en droit de se demander s'il n'y a pas derrière ce phlegmon une circonstance qui lui donne plus de gravité qu'il ne paraît en avoir, une inflammation, par exemple, ou une perforation de quelques-unes des parties voisines. Dans le cas dont nous vous entretenons, nous ne le croyons pas. Quel pronostic doit-on porter, et comment avons-nous l'espoir que se terminera cette affection?

Dans les premiers moments, nous avons cru qu'elle se terminerait par suppuration; fondant cette opinion sur l'intensité des symptômes, sur l'étendue et le volume de la tumeur. Cependant, depuis quelques jours, il s'est manifesté une diminution assez sensible, sans que les selles ou les urines aient rien présenté de particulier, pour nous faire revenir sur nos premières craintes. Il y a dans la diminution de la tumeur quelques motifs d'espérer que la résolution ne sera pas tout à fait impossible. Nous ne sommes aujourd'hui qu'au vingt-septième jour, et il n'est pas sans exemple que des abcès de ce genre soient entrés en résolution à une époque encore plus avancée. Le peu d'intensité du mouvement fébrile, l'absence de ces frissons toujours si redoutables dans les affections où se manifeste de la suppuration, l'intégrité des fonctions essentielles à la vie, de l'appétit, qui a toujours été presque normal, l'intégrité aussi de l'intelligence, tout se réunit pour nous permettre d'espérer une résolution complète et prochaine du phlegmon.

Nous avons une seconde fois exploré le rectum; nous avons dit que le résultat du premier examen de cet organe avait été négatif, et que nous n'avions, avec le doigt profondément introduit, rien rencontré qui pût nous faire concevoir des craintes sérieuses. Aujourd'hui, du côté gauche, nous n'avons rien rencontré, ni tumeur, ni même empâtement. Le doigt atteint partout les parois internes de la moitié gauche de l'excavation pelvienne. Du côté droit, il n'en est pas de même. Dans un point assez élevé dans le rectum, on sent une rénitence bien prononcée; il y a dureté à la pression, cette dureté offre au toucher le caractère d'une tumeur phlegmoneuse. Ainsi, la tumeur a diminué au dehors et s'est affaissée; au dedans, elle a fait des progrès : mais du côté de l'excavation pelvienne, et hors cette tumeur dure et résistante, il n'y a pas de ramollissement, pas de fluctuation, pas d'empâtement, ce qui arrive toujours lorsqu'il existe une infiltration purulente, surtout dans les abcès du bassin. Quand cette infiltration s'est produite, un signe caractéristique se rencontre qui aide puissamment au diagnostic. Le doigt, appuyé sur le point ramolli, y laisse son empreinte, une dépression qui ne s'efface que peu à peu et lentement, comme celle qui se forme dans les cas d'œdème. Nous n'avons pas rencontré ce signe ici; donc, pour nous, la tumeur n'est évidemment pas œdémateuse.

Il serait possible, à la rigueur, que le pus se fît jour par le rectum, mais peut-être aussi serait-ce le point le plus favorable; et si l'abcès doit s'ouvrir, nous ne concevrions pas, à vrai dire, de crainte bien sérieuse de cet accident. D'un côté, nous sommes à peu près certain que la tumeur englobe une partie des intestins. En exerçant une compression sur les parois de l'abdomen dans ce point, on détermine la production d'un gargouillement assez fort. Il serait, à la rigueur, possible que là où les intestins sont englobés par la tumeur il se fît un jour à la suppuration.

Ainsi donc, nous voyons une tumeur phlegmoneuse venant

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'élection académique. — Les sections à l'Académie de médecine. — Motifs de la nomination de M. Laugier. — Les Chinois de Pékin. — Les apparitionnistes. — Un certificat naïf. — Les médecins et les avocats relativement à la barbe. — L'hydropathie détrônée. — La dipsopathie. — La lactopathie. — Le concours du bureau central.

Madame de Tencin expliquait fort ingénieusement pourquoi les hommes d'esprit étaient exposés à faire plus de sottises que les imbéciles. C'est, disait-elle, ou à peu près, que les hommes d'esprit mesurent tous les autres à leur aune, et qu'ils se placent difficilement dans un milieu différent du leur (je n'ai pas le texte sous les yeux, mais c'est la pensée). Les hommes d'esprit, qu'ils agissent individuellement ou collectivement, produisent à peu près les mêmes résultats. Où en trouvera-t-on une collection plus nombreuse et mieux choisie qu'à l'Académie de médecine? Nulle part, n'est-ce pas; eh bien! cette compagnie fait de temps à autre, je ne dirai pas des sottises, comme madame de Tencin, le mot serait peu académique; mais de ces choses qu'on ne peut très bien ni comprendre ni qualifier, et qui jettent les petits esprits comme moi, dans une singulière perplexité et un profond étonnement. Voyez, par exemple : il s'agissait mardi dernier de nommer un académicien dans la section de médecine opératoire. — Et à ce sujet, comme parenthèse, je dois dire qu'on ne se rend pas très bien compte des raisons qui ont fait diviser l'Académie en sections telles qu'elles sont instituées. L'Académie, qui est, en général, tant soit peu hydrophobe à l'endroit des spécialités, en a cependant institué dans son sein un grand nombre. Il faut néanmoins leur rendre cette justice, c'est que ces spécialités ne sont rien moins que spéciales et ne répondent absolument à rien. Ainsi, il y a à l'Académie une section de médecine opératoire et une section de pathologie chirurgicale; à quoi bon? et quels avantages y trouve-t-on? MM. Lisfranc, Bérard, Amussat, qui font partie de la première, ne sont-ils donc que des opérateurs; et MM. Velpeau, Blandin et Jobert, qui sont classés dans la seconde, sont-ils donc inhabiles à manier le bistouri? Si je ne cite que ces noms, c'est que ceux-là seuls me reviennent à l'esprit. Ainsi, pour la pathologie médicale et l'anatomie pathologique; par exemple : MM. Chomel, Fouquier, Louis, figurent dans la seconde, où ne se rencontrent ni M. Andral, ni M. Bouillaud, ni M. Rostan, classés dans la première. Toutes ces distinctions ne sont-elles pas parfaitement arbitraires et complétement inutiles? Que pour la facilité des études et la possibilité de l'enseignement, on scinde ces diverses parties de la science dans les facultés, cela se conçoit; mais dans une académie de médecine aucun motif raisonnable ne peut être invoqué pour soutenir des divisions pareilles, que l'on n'utilise, du reste, que dans les jours d'élection.

J'en reviens donc à l'élection de mardi dernier. Nous vous avons donné les noms des candidats, et nous avons dit assez explicitement, qu'en tout état de cause, l'Académie, fort heureusement, était dans l'impossibilité de faire un mauvais choix. C'est beaucoup, assurément; mais pour les esprits difficiles ce n'est pas tout, et il y a en toutes choses un bien et un mieux relatif dont il est impossible d'empêcher l'opinion publique de se préoccuper. C'est ce qu'elle a fait en cette occurrence. M. Laugier a été nommé; c'est bien, a dit l'opinion; mais c'eût été beaucoup mieux si certains candidats eussent été nommés à sa place. Pourquoi cela? Eh mon Dieu! il faut bien le dire, puisque tout le monde le sait, c'est que dans la balance scientifique et littéraire, les candidats qui ont succombé l'emportaient de beaucoup sur le candidat qui a été vainqueur. A quoi donc attribuer le résultat? L'explique qui voudra ou qui pourra. Je crois, pour mon compte, que tout simplement la question a été décidée par les registres de l'état civil. L'Académie s'est dit : les compétiteurs de M. Laugier sont encore jeunes et actifs; ils peuvent courir encore une longue et fructueuse carrière; ne les endormons pas sitôt sur la banquette académique, la science, nous et le public médical aurions trop à y perdre. Leur tour viendra, c'est indubitable, et, pour le hâter, que de travaux sérieux et importants ne vont-ils pas entreprendre?

Tout compté, ne trouvez-vous pas que cette explication en vaut bien une autre? Ne trouvez-vous pas qu'elle vaut mieux surtout que celle hasardée par la Gazette médicale, qui attribue le succès de M. Laugier à je ne sais quelles étroites et mesquines passions blessantes également pour l'Académie et pour M. Laugier? Qu'il y ait dans l'Académie des partisans et des adversaires d'une certaine individualité, je ne le nie pas; car je l'ai reconnu moi-même dans mon dernier article; mais qu'on fasse du succès de M. Laugier une question de victoire ou de défaite pour certaines choses et certains hommes, c'est ce que je nie résolument, et ceux qui entonnent l'hymne d'actions de grâce le savent encore mieux que moi. Qu'entre M. Laugier d'un côté, et MM. Malgaigne et Vidal, de l'autre, l'orthopédie sous-cutanée chante le *Te Deum* du succès de M. Laugier, je le veux bien et même je l'approuve par cette raison excellentissime, qu'entre deux ennemis, il faut choisir le moindre. Mais dire que tous les vieux amis de Laugier le père, qui en avait beaucoup; que le banc entier des pharmaciens (ils sont vingt-huit!) aient voté en haine des principes de la liberté de discussion; non, mille fois non; je ne peux accorder cela; ou bien, foi de Jean Raimond, je retourne à Pékin.

A propos de Pékin, M. Pariset, qui est un grand..... sinologue, a eu la bonté de me faire observer que les Chinois ne connaissaient pas l'R. — Cela n'est vrai que pour les Chinois de Pékin, lui a répondu naïvement Jean Raimond.

Du reste, cette élection nous a procuré l'inestimable plaisir de voir à l'Académie des membres qui, pour se conformer strictement aux Commandements de l'Eglise, y viennent au moins une fois l'an. Au moment même où on lisait la correspondance, un groupe de ces apparitionnaires s'est montré à la porte, groupe composé de MM. Marjolin. Chomel, Récamier, Bouillaud, groupe dont la vue a tellement impressionné l'assemblée, que M. Pariset s'épuisait en vain à faire connaître les articles de la correspondance. Il n'y manquait que M. Serres, que depuis dix ans je n'ai aperçu qu'une fois sur la banquette académique; que M. Magendie, que je n'y ai vu qu'une demi-fois, lors de l'élection de M. Poiseuille, et M. Rostan, que je n'y ai pas vu du tout.

aboutir près du sacrum, ayant diminué de volume et d'étendue dans sa portion iliaque, ayant pris de l'accroissement dans la région sacrée, et nous avons quelque espoir qu'elle pourra se terminer par une résolution complète ou incomplète. Dans quelques cas, les tumeurs de ce genre se terminent par une résolution insuffisante; on retrouve, après l'évacuation du pus, une induration, ou bien un reste de l'abcès. Plus les sujets sont jeunes en général, plus la résolution complète est facile. Mais il ne resterait qu'un peu d'induration, que nous ne regarderions pas cette terminaison comme bien fâcheuse.

Nous venons de dire que l'abcès, s'il venait à suppuration, pouvait s'ouvrir dans le gros intestin. Il peut aussi se faire jour dans la vessie. Il peut arriver encore autre chose; il se peut faire, et la chose s'est vue, que dans quelques points il y ait suppuration, dans quelques autres résolution.

Bien que notre sujet soit d'un âge avancé, et que dans le cas où il surviendrait de la suppuration on doive craindre qu'il ne reste un décollement des tissus consécutifs à l'ouverture de l'abcès, nous croyons pouvoir considérer le pronostic comme offrant plus de chances favorables que de chances malheureuses. La diminution notable du volume de la tumeur au dehors peut, nous le répétons, faire espérer que le phlegmon se terminera par résolution.

Quant aux moyens de traitement à mettre en usage, comme il n'y a pas eu beaucoup de fièvre, une application de sangsues qui avait été faite avant l'entrée du malade dans nos salles, et une que nous avons prescrite depuis, nous ont paru constituer une médication antiphlogistique assez énergique pour la gravité du cas. Des laxatifs assez fréquemment renouvelés, dans la crainte où nous avons été pendant quelques jours qu'il ne survînt une occlusion fâcheuse du tube digestif, accident secondaire toujours redoutable, et la plupart du temps mortel; l'amas des matières fécales, et leur arrêt dans le cœcum, peut favoriser une occlusion; aussi une des premières et plus importantes indications est-elle de tenir le ventre libre au moyen de laxatifs doux, précaution à laquelle nous n'aurions eu garde de manquer. Puis, nous avons fait faire à plusieurs reprises des frictions mercurielles sur les cuisses et sur la tumeur pour tâcher d'obtenir la résolution, qui, même incomplète, est toujours une chance de plus de la guérison du sujet.

Le phlegmon de la fosse iliaque est une affection qui est loin d'être rare, et que l'on rencontre fréquemment dans la pratique civile et dans celle des hôpitaux. On doit donc la soupçonner toutes les fois qu'il y a des symptômes locaux morbides du côté de cette région. L'histoire et le diagnostic par conséquent de cette maladie étaient peu connus autrefois, surtout avant les remarquables travaux de Dance. C'est pourquoi nous avons jugé à propos de nous étendre longuement sur ce sujet, afin d'y fixer votre attention d'une façon toute particulière.

Nous avons dans nos salles un autre cas, dont nous allons dire quelques mots, et qui s'observe beaucoup moins fréquemment. Il est relatif à un homme de vingt-deux ans, serrurier, qui est entré dans notre service il y a environ huit mois. D'une forte constitution, d'une santé robuste et habituellement bonne, d'un tempérament sanguin, cet homme, malgré toutes les apparences de la santé la plus florissante, présentait dans la région ombilicale, du côté droit, une tumeur très volumineuse de 12 à 15 centimètres de diamètre environ, de forme globuleuse, et presque exactement sphérique. Cette tumeur existait, nous dit-il, quand nous le vîmes pour la première fois, depuis environ quatre à cinq mois. Deux ans avant son admission à l'Hôtel-Dieu, il avait éprouvé des douleurs dans le flanc droit, douleurs après l'apparition desquelles on avait commencé à sentir dans cette région une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Les douleurs ne durèrent pas très long-temps, et disparurent pendant dix-huit mois. Il y a cinq mois, elle se reproduisirent avec une intensité plus grande que la première fois. Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, et malgré la présence de cette tumeur, cet homme avait toute la fraîcheur de la santé. Il avait de l'embonpoint encore, bien qu'à son dire il eût sensiblement maigri.

Ayant examiné cette tumeur de toutes parts, et constaté son volume et sa situation dans l'abdomen, voici ce que nous remarquâmes. On pouvait, en déprimant violemment les parois abdominales, introduire les doigts entre la tumeur et le bord inférieur du foie, preuve incontestable que cette tumeur était complétement indépendante de l'organe. Jamais, même pendant les moments où il souffrait le plus vivement, il n'avait présenté de teinte jaune de la peau. La tumeur descendait vers la fosse iliaque droite, mais on pouvait l'en isoler aussi, et se convaincre qu'elle n'avait pas son siége dans cette partie de l'abdomen.

En arrière, la tumeur s'étendait vers les lombes, et son diamètre antéro-postérieur était, on le voit, assez considérable. Mais en même temps qu'existait dans la cavité abdominale une tumeur de ce volume, on n'observait aucun désordre dans les fonctions digestives. L'appétit était conservé, les digestions faciles; il n'y avait pas d'ictère; le cours des matières excrémentitielles était parfaitement normal; les selles étaient libres, faciles; cependant, il y avait un peu de constipation; mais le malade nous affirma qu'il avait toujours été sujet à cette constipation, qui était habituelle chez lui, et qu'elle n'avait point augmenté. Le canal digestif et tout l'appareil de la nutrition était donc complétement en dehors de l'affection.

La tumeur pouvait bien occuper le rein droit, à la rigueur. Cependant nous noterons que jamais ce sujet n'avait rendu de graviers, et que jamais il n'avait observé dans ses urines la moindre trace de sang ou de pus. D'ailleurs, si nous avions eu affaire à une affection des reins il aurait dû nécessairement y avoir des symptômes généraux; et d'après le dire du malade et son aspect extérieur, nous étions fondé à croire qu'il n'en avait point présenté.

Quel était le siége, quelle était la nature de cette tumeur? Il nous a paru comme chose très probable que nous avions affaire à une tumeur développée dans les parois de l'abdomen plutôt que dans la cavité du ventre. Si elle eut été située dans la cavité abdominale, elle eût dû occuper un des viscères que nous avons indiqués, soit le foie, soit le rein, soit le tube digestif; et comme elle était en dehors de ces viscères, nous étions par voie d'exclusion forcément conduit à supposer qu'elle s'était formée aux dépens des parois de la cavité ellemême.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Phthisie pulmonaire avec excavation tuberculeuse. Autopsie.

Au n° 22 de la salle Saint Jean, a été couché le nommé Schneider, âgé de treiz ans, entré le 13 juin. D'une constitution assez chetive, détériorée, malade depuis cinq à six mois environ; cet enfant, jusqu'à cette maladie actuelle, avait toujours joui d'une bonne santé. Cependant, il avait eu dans les premières années de sa vie une rougeole légère qui n'eut aucune gravité. Vacciné, non variolé. Son père et sa mère sont morts, l'un à trente-quatre ans, l'autre à vingt-sept, de la phthisie pulmonaire. Il y a six mois environ, il contracta un rhume qu'il négligea, et dont plus tard il ne put parvenir à se guérir. L'état de maigreur et d'affaiblissement auquel il est arrivé aujourd'hui l'a déterminé à entrer à l'hôpital.

Voici l'état qu'il présente à son entrée:

Visage pâle, amaigri; amaigrissement général du tronc et des membres. Pouls à 104, petit, peu développé. Peau chaude, sudorale. Sueurs abondantes pendant la nuit. Toux fréquente, accompagnée d'une expectoration puriforme nageant au milieu d'un liquide albumineux abondant. Matité presque complète à la percussion sous les clavicules, à gauche surtout. Résonnance assez bonne dans le reste de l'étendue de la poitrine, bien que beaucoup moins claire qu'à l'état normal. L'auscultation fait entendre dans les deux régions sous-claviculaires un mélange de râle bumide à grosses bulles et de véritable gargouillement, produit sans aucun doute dans une excavation tuberculeuse. A la partie antérieure de la poitrine, dans les deux tiers inférieurs, on entend assez bien la respiration, mais mélangée de râle sibilant et ronflant. Un peu de dyspnée. Bruits du cœur normaux, un peu secs, sonores. Julep gommeux diacodé; mauve gommée; deux cautères sous la clavicule gauche; deux bouillons.

Le 16 juin, même état que le jour de l'entrée, sans aucun changement. La toux seule aurait subi une légère modification dans sa fréquence, qui est moindre. L'eschare des cautères commence à se détacher. Même traitement.

Le 20 juin, mêmes phénomènes à l'auscultation. On constate à la percussion un bruit de pot fêlé bien distinct, qui ne se produit que lorsque l'on a soin de faire tenir au malade la bouche entr'ouverte. Un peu de diarrhée depuis avant-hier. Même traitement. Lichen coupé avec du lait, deux tasses.

Le 22 juin, l'expectoration devient de plus en plus abondante; elle présente au plus haut degré le caractère de purulence tuberculeuse. Pouls à 124; toux très fréquente. Gargouillement dans les deux clavicules.

Le 26 juin, hier dans la journée le jeune malade s'est senti plus affaissé que les jours précédents. Expectoration toujours très abondante. La religieuse de la salle dit lui avoir trouvé, dans la journée, la figure très altérée. Ce matin, à quatre heures, il a vomi du sang mélangé à de la matière tuberculeuse, 125 grammes. Ce matin il paraît un peu moins faible. Il crache du sang mélangé, mais non combiné avec la matière puriforme des crachats. Pâleur extrême du visage; quelques douleurs dans la poitrine. Le membre supérieur gauche, et surtout la main et le poignet, sont le siége d'un œdème assez considérable. Sinapismes aux jambes. Même traitement du reste.

Le 27 juin, l'enfant a dormi une partie de la journée. Un peu d'agitation et de loquacité vers le soir. Le crachoir contient encore quelques traces de sang; il n'y a point eu de nouveaux vomissements de sang. Pouls à 152, très petit, filiforme. Respiration à 36. Orthopnée. La main gauche, toujours infiltrée, a pris une teinte cyanosée. La main droite commence à présenter aussi un peu d'œdème, mais moins marqué que celui du membre correspondant du côté opposé. Râle sonore grave des deux côtés de la poitrine. Souffle caverneux très fort à gauche.

Le 28 juin, crachats mucoso-purulents présentant à peine une légère teinte brunâtre due à la présence de la matière colorante du sang. Cyanose et refroidissement des deux mains. Sueur froide et visqueuse sur tout le corps, et principalement à la naissance du cou. Le malade, qui a toute sa connaissance, et répond bien aux questions qu'on lui adresse, quoique d'une voix faible, dit ne sentir de douleurs nulle part. Décubitus sur le côté droit. Mort à neuf heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort.

Appareil respiratoire. — En enlevant la paroi antérieure de la poitrine, on constate que le poumon gauche est complétement attaché dans toute sa hauteur à la plèvre pariétale par des adhérences bien organisées et déjà anciennes. Le péricarde, qui a été ouvert, présente une surface interne blanchâtre, lisse, et renferme une petite quantité de sérosité citrine, environ cinquante grammes. Le poumon droit, libre dans toute son étendue, présente une coloration morbide que l'on ne peut constater sur l'autre poumon, à cause des adhérences morbides que nous avons décrites, et qu'il a fallu inciser pour isoler l'organe. Cette coloration consiste dans une pâleur générale, parsemée de taches grisâtres, comme purulentes, comme si une substance de cette nature se trouvait emprisonnée sous la plèvre pulmonaire. Vers la partie inférieure du lobe supérieur est une collection d'un liquide de couleur brune assez considérable, pour que la première incision que l'on a faite à la paroi thoracique en ait fait jaillir au dehors une certaine quantité. Dans ce liquide nage une multitude de flocons albumineux, blanchâtres, semblables, moins la densité, qui est beaucoup plus faible, à de l'albumine coagulée par la chaleur.

Le poumon gauche se laisse difficilement enlever, à cause des adhérences intimes qui l'unissent en arrière à la plèvre pariétale. Le parenchyme pulmonaire est très friable, infiltré de tubercules ramollis. Les deux lobes du poumon sont unis

— Un confrère, excessivement naïf, appelé par l'autorité pour donner son avis sur la cause de la mort instantanée d'un jeune enfant, a commencé son rapport de la manière auivante: « Je aoussigné, etc., » appelé pour constater la mort du nommé X....., âgé d'un an, célibataire, aans profession, » etc.

— Je ne perdrai jamais la plus petite occasion de montrer combien notre corporation contient en germe des sentiments de dignité plus élevés, plus délicats, plus susceptibles que toute autre corporation, même que celle qui modestement semble vouloir s'en attribuer le monopole exclusif. Voyez ce qui se passe et ce qui s'est passé à l'égard des moustaches et de la barbe des médecins et des avocats. Il y a moins de deux aus, deux professeurs de notre faculté se mirent à la tête d'un mouvement révolutionnaire en faveur de la barbe. Leur face s'ombragea bientôt d'une toison épaisse et; bravant tous les périls de cette innovation hardie, on les vit professer et consulter à la façon barbue de Fernel et de Paré. Je dois dire cependant que de ces grands hommes ils ont l'un et l'autre hérité de beaucoup plus que de la barbe. L'exemple parti de si haut devenait menaçant, et déjà sur un grand nombre de mentons on voyait poindre le poil accusateur. Qu'a-t-il fallu pour mettre un frein à cette révolution pileuse? quelques lignes du feuilleton; il est vrai que ces lignes étaient du docteur Lyrac, dont les lecteura de ce journal n'ont pas perdu le souvenir. Et encore, le feuilleton, qui ne veut des allures d'un Jupiter quelconque, ne fronça pas le sourcil le moins du monde; il eut une mimique plus gracieuse, il tira seulement en haut et en arrière aes commissures labiales, c'est-à-dire qu'il sourit, et aussitôt barbes et moustaches furent immolées sur l'autel du feuilleton. A l'heure qu'il est vous ne trouveriez plus dans Paris, qu'une seule barbe doctorale; mais, circonstancs atténuante, elle a poussé depuis le feuilleton.

Les avocats, eux, ont fait un bruit enragé de leurs moustaches. Il faut que l'univers entier s'intéresse aux poils de leurs mentons et, pour décider si leurs lèvres pourraient s'ombrer d'une façon quelconque, ils ont usé des rames de papier timbré, fait couler des fleuves d'encre, appelé les voix les plus éloquentes, et épuisé tous les degrés de la juridiction. Le feuilleton se moque quelquefois et à bon droit des séances de notre Académie; mais n'est-ce pas dans la même semaine où elle s'occupait si doctement des bouchons de bouteille, que les graves magistrats de la cour de cassation délibéraient non moins doctement sur les moustaches des avocats? L'une de ces questions vaut l'autre assurément, et tout compte fait j'aime mieux les bouchons.

— Les *Annales de la Société de médecine de Gand* publient l'article suivant:

Les extrêmes se touchent.

Naguère on ne parlait que d'hydrothérapie et d'hydrosudopathie. L'eau était le remède par excellence. De l'eau et rien que de l'eau était la prescription d'un grand nombre de médecins. Hélas! s'il faut maintenant en croire quelques hommes, le règne de l'eau est fini. Des partisans d'un système tout opposé se sont fait connaître et font sonner bien haut les succès qu'ils obtiennent en privant leurs malades pendant quatre, cinq et même huit jours de toute boisson. L'établissement où s'opèrent chaque jour ces cures merveilleuses, est situé dans la délicieuse vallée de Lindiviene, et à la distance d'une lieue aeulement de l'établissement de Priesnitz. Il est également dirigé par un homme qui se vante de n'avoir jamais lu un livre d'anatomie, de physiologie ou de médecine. Toute la théorie du célèbre Schrott, qui se dit le rival de Priesnitz, se résume en deux mots: Si vous voulez que lea humeurs morbides aortent du corps, empêchez d'abord que d'autres n'y viennent, puis favorisez l'élimination de celles qui s'y trouvent. Pour obtenir ce résultat, il s'agit uniquement d'empêcher le malade de boire, l'activité des reins fait le reste. L'écoulement des urines a lieu dans tous les cas, mais chez l'individu qui ne prend aucune boisson, elles sont constituées par les humeurs peccantes seules, par les sels, etc. Pour favoriser cette élimination des humeurs, l'ancien élève de Priesnilz a soin d'envelopper ses malades de trois chemises mouillées, afin que le liquide; en passant de la peau à la vessie, entraîne avec lui les matières nuisibles qui se trouvent sur son passage. Cette nouvelle méthode, appelée assez improprement *dipsopathique,* ne peut manquer, d'après Schrott, d'augmenter l'absorption cutanée. Elle est infaillible (si l'on en croit le guérisseur) dans tous les cas d'épanchement, ainsi que dans la plupart des maladies analogues.

Parlez-moi de l'Allemagne pour inventer de ces choses renversantes. Je fais le pari que M. Schrott aura bientôt distancé M. Priesnitz, dont les filles sont recherchées en mariage par des princes et des ducs de l'empire. Le cher homme, il est vrai, aurait gagné, dit-on, quelques millions dans son honnête commerce d'eau froide. J'en connais qui font des frais de combustible pour la faire chauffer, et qui courent après le chaland. Le bon homme Tobie dans *Tristram* avait bien raison, les idées les plus simples sont les meilleures.

Cependant, ne soyons pas impitoyables envers nos bons voisins les germains. Nous voyons leur paille, et nous n'apercevons pas notre poutre. Et, par exemple, diriez-vous qu'à Toulouse la savante, cette ville universitaire entre toutes, un nouveau système médical a surgi tout aussi logique que l'eau froide et l'abstinence d'eau? Ce nouveau système s'appelle la *tactopathie*, mot hybride et mal fait qui explique néanmoins que ce docteur galactophile traite tout son monde par le lait.

Où allons-nous, mon cher lecteur, et que devenons-nous?

— Je m'abstiens aujourd'hui de tous commentaires sur la décision du jury du concours actuellement pendant au Bureau central des hôpitaux. Trente et un concurrents s'étaient présentés à ce concours; aux termes formels du règlement, il a fallu en éliminer vingt et un. La manière dont cette élimination a été faite, donne lieu à des récriminations nombreuses et fort vivea. C'est tout ce que je veux constater aujourd'hui, me réservant de me renseigner pour faire justice à qui de droit.

Car, après tout, vous avez beau dire, messieurs les dédaigneux de la presse, c'est un tribunal plus élevé et dont la compétence s'étend plus loin que vous ne croyez et que vous ne voudriez peut-être; mais à une condition, c'est que sa justice soit juste.

Jean RAIMOND.

entre eux par des adhérences analogues si intimes, qu'ils semblent ne former qu'une seule masse. Au sommet du poumon, un coup de scalpel pénètre dans une caverne tuberculeuse de la grosseur d'un petit œuf de poule. Le doigt, introduit dans cette caverne pour en explorer l'étendue et la surface interne, y rencontre des brides cellulo-fibreuses qui la traversent, jetées comme un pont d'une paroi à l'autre. On y trouve, en prolongeant les incisions, des débris reconnaissables de vaisseaux aériens et sanguins. La surface interne de la caverne est grisâtre, rugueuse, formée par de la substance tuberculeuse inégalement ramollie.

Au-dessous de cette première excavation on en trouve une seconde qui paraît communiquer avec la première par une portion rétrécie, et se prolonge jusque dans le lobe inférieur. Elle n'offre pas le même aspent que la caverne supérieure; le liquide purulent qu'elle renferme présente une teinte plus rouge que celui de la caverne supérieure. On voit à la surface extérieure du poumon plusieurs points où la plèvre, déchirée en se séparant de la paroi thoracique, lui permet de communiquer avec l'extérieur. En faisant tomber un filet d'eau dans cette caverne largement ouverte, on remarque que les parois n'en sont pas grisâtres et mamelonnées comme celles de la caverne supérieure. Elles sont rougeâtres et comme formées par du lissu pulmonaire tassé et comprimé par la pression d'un liquide. Cette surface semble formée par un tissn vasculaire,

Le poumon droit offre, près de son sommet, une caverne dont la capacité pourrait contenir une noisette; un peu plus bas, mais encore dans le lobe supérieur, existe une autre caverne beaucoup plus grande. Le lobe moyen est le siége d'un grand nombre de granulations et de quelques tubercules plus volumineux. Les taches grisâtres signalées à la superficie ne sont autre chose que ces tubercules situés immédiatement au-dessous de la plèvre pulmonaire.

Le lobe inférieur, engoué, présente quelques granulations vers son bord inférieur. Les ganglions bronchiques offrent de la matière grise, indurée, mêlée à de la substance noire. D'autres contiennent un noyau de matière tuberculeuse jaune. Trois d'entre eux sont enkystés.

Organes circulatoires. — Les cavités droites et gauches du cœur, remarquable par sa maigreur et son petit volume, sont remplies de caillots d'un saug uoir.

Les ganglions mésentériques sont développés, indurés, pour la plupart, et présentent l'aspect d'une substance grise ou lardacée, résistante sous le scalpel. Le foie, la rate, parfaitement sains. Le tube digestif n'offre rien de particulier à noter; un peu d'injection de la membrane muqueuse du gros intestin : le cerveau un peu pâle.

— Bien que la phthisie pulmonaire soit une des maladies les plus malheureusement fréquentes que l'on ait occasion de rencontrer, soit dans les hôpitaux, soit dans la ville, nous avons pensé que l'on ne lirait pas sans quelque intérêt l'observation qui précède, et ceci pour plusieurs raisons. D'abord, l'affection a présenté dans son cours différentes particularités assez importantes sur lesquelles nous reviendrons; puis la phthisie pulmonaire, chez l'enfant, mérite d'être le sujet de quelques réflexions. Bien que souvent la pathologie du jeune âge ne diffère de la pathologie de l'âge adulte que sous le rapport de la force de la constitution des sujets, partant sous le rapport des modifications que ces conditions de force et de constitution doivent introduire dans la thérapeutique, cependant il est des cas où l'âge du sujet constitue une circonstance tellement importante, qu'il semble qu'une description spéciale doive être faite de la maladie selon qu'elle se développe à telle ou telle époque de la vie. On s'est peu occupé, jusqu'à présent, de la phthisie pulmonaire chez l'enfant; et, à l'exception des auteurs que nous avons souvent occasion de citer, MM. Rilliet et Barthez, nous ne sachions pas qu'aucun pathologiste ait fixé jusqu'à ce jour l'attention des praticiens sur ce point de la plus haute importance. Nous commencerons par présenter quelques réflexions pratiques sur le cas actuel, puis nous chercherons à indiquer successivement les diverses modifications que peut introduire dans la marche de la maladie qui nous occupe, la condition de l'âge chez les jeunes sujets.

Relativement au fait actuel dont nous venons de raconter les détails, plusieurs circonstances dignes d'intérêt ont été notées avec soin : et d'abord, sous le rapport des symptômes, le bruit de pot fêlé, qui fut noté quelques jours après l'entrée du jeune malade dans le service de M. Guersant; bruit sur la valeur duquel on a été pendant quelque temps en désaccord. Disons en passant, que si pendant les premiers jours on n'avait pu constater ce bruit, c'est que probablement les autres signes étant assez manifestes et suffisants pour établir le diagnostic, et ce signe, quoique précieux, étant ici à peu près inutile, on avait négligé, pendant la percussion sous-claviculaire, de faire ouvrir la bouche à l'enfant, condition sans laquelle ce bruit particulier peut bien se manifester, mais n'est jamais aussi net, aussi tranché.

Le bruit de pot fêlé, comme la plupart des autres bruits que l'on perçoit par l'auscultation et par la percussion, ne constitue pas, à lui seul, un signe pathognomonique. Chez l'adulte, la poitrine étant parfaitement saine, il suffit que le sujet soit un peu maigre pour que ce bruit puisse se produire. Chez l'enfant à la mamelle, lorsque l'on percute la poitrine, principalement lorsqu'il crie, on produit presque à chaque instant le bruit de pot fêlé, sans que ce bruit indique autre chose qu'une prompte et rapide expulsion de l'air du poumon. D'autre part, il arrive souvent, chez l'adulte, que des cavernes existent, même considérables, sans que l'on puisse produire le bruit de pot fêlé, ce qui semble arriver surtout lorsque les cavernes sont entièrement remplies de liquide, ou qu'elles sont situées très profondément et à une grande distance des parois que l'on percute. Ce que nous venons de dire ici suffira, quant à ce sujet, et le bruit dit de *pot fêlé* est trop connu et trop commun pour que nous devions chercher à en faire la description. Nous rappellerons seulement, comme mécanisme de sa production, qu'il semble être le résultat de la circonstance suivante : une vaste caverne existaut, remplie d'une quantité d'air considérable; l'imperforation de la caverne du côté de la plèvre forçant l'air à s'échapper par les tuyaux bronchiques à chaque impulsion des parois, le timbre du son caverneux résultant de la percussion sera tellement modifié, qu'il ressemblera plus ou moins exactement à celui que produirait un choc sec sur un vase en grès d'une certaine capacité, qui présenterait une fissure étendue.

Nous avons, chez notre malade, observé et noté la sécheresse, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et la sonoréité des battements du cœur, bien que le cœur ait été trouvé, à l'autopsie, parfaitement normal, plutôt un peu petit et fort maigre, ce qui n'est nullement étonnant vu l'état d'émaciation du malade. Ce retentissement, qui n'a rien d'extraordinaire chez les sujets maigres, et qui tient à la maigreur même des parois thoraciques, est, du reste, encore plus fréquent, toutes choses étant égales d'ailleurs, chez l'enfant que chez l'adulte. Il arrive souvent que chez l'enfant cette sonoréité est poussée à un si haut degré, que les bruits du cœur se fassent entendre dans presque toute l'étendue de la poitrine, presque aussi distinctement que dans la région précordiale.

Pendant les derniers jours de sa vie, l'enfant dont nous avons raconté l'histoire présenta, indépendamment de l'expectoration mucoso-purulente habituelle aux phthisiques, une hémoptysie assez abondante d'abord, puis enfin un véritable et abpndant vomissement de sang. Ce signe est extrêmement précieux pour le diagnostic, et nous ne saurions le passer sous silence. C'est la phthisie pulmonaire qui est le plus souvent la cause de l'hémoptysie, et ceci est tellement vrai, que si un sujet, même ne présentant aucun signe d'affection tuberculeuse, venait à être atteint d'une hémoptysie abondante ou plusieurs fois renouvelée, on devrait, *à priori*, admettre presque toujours l'existence de tubercules commençants.

Ici le cas n'était point le même. Des cavernes existaient bien manifestement déjà depuis long-temps, lorsque se déclara un vomissement de sang provenant évidemment du poumon. On pouvait se demander si ce sang provenait de la rupture par suite d'ulcération tuberculeuse d'un vaisseau sanguin pulmonaire, ou si plutôt, comme cela arrive dans la grande majorité des cas, il n'était pas le résultat d'une exsudation capillaire faite à la surface interne de la caverne par suite d'un mouvement congestionnaire. Dans le fait actuel, nous ne serions pas étonnés que l'hémorrhagie pulmonaire eût dépendu d'une ulcération d'un vaisseau sanguin. Ce qui nous fait pencher vers cette opinion, c'est la présence de brides cellulo-fibreuses existant dans l'intérieur de la caverne, et formées par des vaisseaux aérifères et sanguins disséqués en quelque sorte par le travail de tuberculisation. Rien ne s'opposerait à ce qu'un de ces vaisseaux se fût, en effet, ulcéré et eût livré passage à une quantité de sang assez considérable pour constituer un véritable vomissement. Du reste, la rareté des hémorrhagies par suite d'ulcération des vaisseaux se conçoit et s'explique facilement par l'oblitération de nombreux rameaux vasculaires placés au centre de l'inflammation chronique, comme l'ont prouvé les injections faites dans les vaisseaux de poumons tuberculisés, injections que l'on voit s'arrêter presque toujours dans le voisinage et à une certaine distance des parois de la caverne.

Enfin nous mentionnerons, avant de terminer ce qui est relatif à ce malade, l'œdème qui est survenu dans les deux membres supérieurs, principalement dans le gauche (côté de la lésion la plus profonde et la plus étendue). Cet œdème est assez commun, soit dans les membres supérieurs, soit plutôt dans les membres inférieurs, chez les sujets tuberculeux parvenus à la dernière période de la maladie, et provient, on le comprend facilement, de la gêne de la circulation. Chez quelques sujets, chez le précédent en particulier, cet œdème, quand il se prolonge, donne lieu à une teinte cyanosée remarquable de la peau.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 août 1844. — Présidence de M. Elie de Beaumont.

M. Millon lit un mémoire qui lui est commun avec M. *Laverons*, sur le passage de quelques médicaments dans l'économia animala et sur les modifications qu'ils y subissent.

Les observations les plus nombreuses des auteurs portent sur l'administration du tartrata double de sonde et de potassa. Ils en ont suivi 268 ingestions; le sulfate de soude a été administré quinze fois, le soufre quatre fois, et la salicine a été prise par dix malades différents. La recherche des substances administrées à leur sortie de l'économie, a porté exclusivement sur les produits de la sécrétion urinaira.

Tartrate double de soude at de potasse (sel de seignatte). Sur 268 ingestions, 175 ont été suivies d'urines alcalines à différents degrés, 87 d'urines acides, et 6 d'urines sensiblement neutres. On peut, en suivant certaines règles, provoquer l'expulsion complète du sel de seignette par le tube intestinal. Le passage du sel par les urines est alors un cas infiniment rare. On peut, au contraire, faire pénétrer le même sel par les voies de l'absorption, et saturer ainsi les urines d'une dosa énorme de carbonate alcalin. L'évacuation du tartrate par les sellss devient alors l'exception, et encore l'évacuation alvine du tartrate estelle toujours incomplète. Il était alors constant que le sel de seignette ne pouvait s'échapper par les urines à l'état de tartrate, et que calui qui prenait cette voie était entièrement converti en carbonate.

Lorsque le sel de seignette est pris en peu de temps et à haute dose, de 40 à 50 grammas en une seule fois, son effet tend à se concentrer sur les voies digestives. Les vomissements sont très rares, mais l'ingestion est toujours suivie de plusieurs selles liquides. Ce n'est qua d'une manière exceptionnelle que les malades n'éprouvent rien du côté du tube digestif, mais ils rendant alors des urines alcalines.

Prescrit au contraire, à petites doses, ou bien à dose fractionnée, de sorte que 30 ou 40 grammes ne soient pris qu'en huit ou dix heures, le tartrate produit des effets opposés. Dans ce cas, la purgation est l'exception, l'alcalinité des urines devient l'état habituel. Un seul litre d'urine peut saturer jusqu'à cent cinquante divisions de la burette alcalimétrique.

De sorte qu'en ne tenant compte que du tartrate doubla de soude et de potasse, on voit qu'à haute dose, il est directement expulsé par la mouvement de l'intestin et par les fluides sécrétés à la surface de la membrane muqueuse qui la recouvra; tandis que de petites quantités, bien que leur ingestion soit réitérée, pénètrent l'économie, sont transformées par elle, amenées au dernier terme d'oxidation dans la partia combustibla de leurs éléments, et enfin, éliminées par les urines, à l'état de carbonate alcalin. Dans le premier cas, il y a indigestion; dans le second, assimilation, sécrétion. Ici, c'est plutôt un médicament, là un aliment.

Les hommes forts, atteints d'indispositions légères, montrent la meilleure aptitude à digérer les tartrates. C'est dans cette catégoria que se rencontrent les cas exceptionnels d'une digestion partielle da sel de seignette en une seule fois, à haute dose. La faiblesse des sujets établit une disposition inverse et amène la purgation. La constipation habituelle, celle qui dépend d'une maladie appréciable du cerveau ou de la moelle épinière, est une condition favorable à l'absorption. Les individu atteints de dérangements du tuba digestif ont très peu de capacité absorbante pour le sel da seignette.

Une fois bien fixés sur les moyens de transformer le tartrate double en carbonate alcalin, les auteurs ont cherché quelle pouvait être son utilité thérapeutique. Les premières tentatives furent dirigées sur des malades atteints de pneumonie aiguë et de rhumatisme articulaire. Sur dix saignées dont l'analyse fut faite, ils ont reconnu que la fibrina ne diminuait pas de quantité et que le sang se chargeait d'une couenne aussi forte qu'en l'absence du tartrate. Malgré la formation du carbonate alcalin, les rhumatismes aigus et les pneumonies suivaient leur cours ordinaire.

L'accélération des forces oxydantes conduisait à l'emploi du tartrate dans les cas où il est nécessaire d'activer la nutrition languissante. Son efficacité en pareil cas a reçu la confirmation la plus générala. L'amélioration surtout a été fort remarquable sur les phthisiques. Les maladies caractérisées par une sécrétion anormale d'acide uriqua ont été aussi très favorablement influencées.

Le sulfate de soude suit, dans son passage, les mêmes règles que le sel de seignette. Quant au soufre, les moyens analytiques les plus propres à le déceler, quelle que fût sa combinaison, il a été impossible de la découvrir.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 10 et 24 juin. — Présidence de M. Alexandre Thierry.

Correspondance. — Envoi par M. le docteur Feldman, de Munich, d'un Mémoire sur la kératoplastie, et demande d'admission comme membre honoraire. (M. Szokalski est nommé rapporteur.)

M. Ratier fait hommage à la Société d'un opuscule intitulé : *Lettre sur la syphilis.* (M. Gaide, rapporteur.)

— *M. Bourdin* fait son rapport sur le mémoire de M. Stefani envoyé à l'occasion de sa candidature, et ayant pour titre : *Considérations générales sur les tumeurs cancéreuses.*

Le travail de ce médecin ne portant que sur les points principaux de l'histoire du cancer, la critique ne portera, en conséquence, que sur eux.

Le candidat se demande d'abord si les tumeurs squirrheuses, encéphaloïdes, polypeuses appartiennent au cancer ou en diffèrent. Il admet avec tous les observateurs éclairés que le squirrhe est la première période du cancer, et que le cancer est toujours cancer depuis son début jusqu'à sa terminaison; mais il croit devoir rattacher l'encéphaloïde aux productions tuberculeuses, en se fondant sur leur développement avant la naissance, à toutes les époques de la vie, sur sa plus grande fréquence dans le sein des femmes, sa reproduction plus facile, sa période de crudité plus courte, sa moindre consistance, et sur des caractères microscopiques qu'il n'indique pas malheureusement. Le cancer présente des caractères opposés; un seul leur est commun, c'est la reproductibilité. M. Bourdin s'oppose à cette conclusion, en maintenant que les symptômes principaux sont les mêmes, à savoir : la tendance permanente à l'ulcération, les douleurs lancinantes, la résistance à la guérison spontanée et la tendance à la récidive; leur prédilection pour certains organes, leur présence simultanée dans les mêmes tissus, leur transformation successive.

Dans la seconda proposition, l'auteur, étudiant les polypes mous et durs, établit qu'ils diffèrent d'abord du cancer, et se fondant sur des recherches au microscope, il nie l'existence du tissu fibreux accidentel.

En effet, suivant l'auteur, le microscope ne démontre dans les tumeurs fibreuses de l'utérus que des globules graisseux mêlés à des globules de lymphe; leur tissu se compose de cellules irrégulières, différentes du tissu cellulaire. Le tissu cellulaire qu'on croit y voir quelquefois ne lui paraît résulter que de l'accumulation des différentes couleurs de la matière.

M. le rapporteur croit devoir s'élever avec force contre l'abus du microscope, et ne pense pas que des faits trouvés sous le foyer trompeur de l'instrument puissent faire rejeter d'une manière absolue l'existence des tumeurs fibreuses.

Le cancer est héréditaire par suite de la prédisposition congéniale, tandis que l'encéphaloïde est directement transmissible.

Le cancer est toujours général, il naît sous l'influence d'une diathèse dite cancéreuse. L'opinion de l'auteur est si absolue à cet égard, qu'il n'admet pas la généralisation d'un cancer supposé primitivement local. M. Bourdin n'est pas de cet avis. Pour lui, beaucoup de cancéreux vivent sous l'influence d'une diathèse spéciale; mais aussi il est des cas où la cause du cancer est évidemment extérieure, quoiqu'ils soient fort rares.

L'auteur ne peut décider la question de contagion du cancer, malgré les expériences tentées.

La cause du cancer, pour M. Stefani, réside dans le trouble « des actions vitales internes, » les causes externes ne sont qu'occasionnelles.

La douleur et la forme suffisent pour établir le diagnostic différentiel; mais, dit le rapporteur, ces caractères n'ont pas de valeur réelle. N'y a-t-il pas des cancers indolents jusqu'à la mort, et que peut-on voir de plus vague et de plus incertain que le symptôme forme?

Pour le candidat, le cancer est susceptible de guérison spontanée, en vertu des grandes lois organiques de la conservation; à plus forte raison quand il est aidé par un traitement approprié. Celui qu'il propose, d'après M. Lisfranc, consiste dans l'ablation de la tumeur et un traitement interne convenable.

Il affirme avoir vu cette pratique suivie de résultats remarquables « dans une foule de maladies de cette nature. » Le rapporteur n'accepte pas une affirmation aussi positive.

Relativement au moment de l'ablation, M. Stefani divise les tumeurs en bénignes ou locales et malignes ou générales. On doit enlever les premières, si elles nuisent d'une façon quelconque; quant aux secondes, se fondant sur la reproductibilité, le danger de l'opération, sur la longévité de certains malades, il rejette toute opération même quand le cancer est ulcéré, certains chirurgiens regardant l'ulcère cancéreux comme un émonctoire salutaire.

Félicitant l'auteur de ses recherches microscopiques, qui cependant l'ont entraîné trop loin et l'ont séduit, M. Bourdin espère que les micrographes, plus heureux que les anatomo-pathologistes, ne feront pas dévier la médecine de sa véritable voie, qui est le salut des malades. En finissant son travail, M. le rapporteur croit de son devoir de relever un reproche contre l'Ecole de Paris, que l'auteur du mémoire accuse de s'attacher trop au diagnostic local et de négliger ou de mal diriger la thérapeutique, en attaquant les phénomènes morbides et non

la « maladie elle-même. » Cette accusation tombe évidemment sur les écoles anatomo-pathologique, organiciste et éclectique ; mais en dehors de ces écoles, dit-il, il existe encore des médecins qui sont restés fidèles au culte des grands maîtres et particulièrement à l'hippocratisme.

Après cette lecture, M. Stefani est nommé membre correspondant, à l'unanimité des suffrages.

Communication de faits pratiques. — *M. Homolle* rapporte que les fièvres typhoïdes régnantes lui ont paru revêtir pour caractère commun une extrême tendence à l'adynamie, qui l'ont forcé de bonne heure à renoncer aux émissions sanguines et aux purgatifs, et à avoir recours aux toniques, tels que quinquina, eau vineuse, malgré la sécheresse et la fuliginosité de la langue et des dents, qui semblaient une contre indication à cette médication qui lui a parfaitement réussi.

Il a également observé un cas de fièvre intermittente avec les trois stades dans lequel le sulfate de quinine employé a empêché le retour d'un accès nouveau.

Il communique ensuite l'observation suivante :

Un vieillard de soixante-quinze ans, débile de constitution, mais d'une activité remarquable, depuis l'âge de trente ans était sujet à des affections pulmonaires diverses sous forme de pneumonie, bronchite, catarrhe, qui se renouvelaient fréquemment. En 1842 il eut une fièvre intermittente tierce avec caractère pernicieux et forme pneumonique ; ainsi il présenta frisson initial, point de côté, toux, dyspnée, crachats rouillés, râle crépitant fin à la partie postérieure et moyenne du poumon droit, pectoriloquie sous la clavicule droite. Après une apyrexie de trente heures avec complète disparition des symptômes, il survint un accès nouveau avec prédominance cérébrale. Le sulfate de quinine, administré, diminua l'intensité du troisième accès, et finit par faire disparaître la fièvre.

Le 13 mai, après une longue marche, il éprouva du malaise et de la courbature.

Le 14, une heure après s'être couché, il fut pris de toux avec point de côté, dyspnée, tremblement musculaire général, claquement de dents, pouls petit et fréquent. On se borne à l'administration d'une infusion légèrement aromatique ; le lendemain matin il était mieux, la toux moins pénible, les crachats opaques, mais rouillés, une moiteur survient, et tout rentre dans le calme.

La pyrexie dure vingt-heures environ. Au second accès, arrivé le 16, la toux est sèche, pénible, incessante. A huit heures du soir, tremblement convulsif, froid des extrémités ; dyspnée intense, expectoration nulle ; le matin, moiteur, retour de l'expectoration et du calme, seulement lassitude et faiblesse extrême. L'extrait de quinquina est ordonné, mais la maladie abandonne le caractère intermittent pour devenir rémittente.

Le soir du 17, un nouvel accès a lieu, moins bien dessiné que les deux autres ; les bronches s'angorgent, et il en résulte un râle trachéal qui dure jusqu'à midi.

Le 18, à midi, quatrième accès, avec symptômes de catarrhe suffocant, altération des traits, teinte cyanosée de la face, pouls filiforme, anxiété extrême, jactitation, voix éteinte, froid des extrémités, ongles violets ; râle trachéal, toux fréquente et sans expectoration. Administration de l'émétique qui fait vomir le malade et le fait aller à la selle, vésicatoire sur le sternum ; le soir, le calme se rétablit, moiteur le matin.

Le 19, au soir, nouvel accès. C'est le cinquième ; mêmes symptômes ; distension de l'estomac, paralysie de l'œsophage, qui laisse tomber les liquides dans l'estomac comme dans un vase inerte, ballonnement du ventre, odeur cadavéreuse. Vers le matin le calme renaît. Cet accès fut encore suivi de quelques autres, qui chaque fois faisaient craindre l'agonie ; mais après bien des peines, le malade se débarrassa de fièvre intermittente pernicieuse, et guérit. Le sulfate de quinine a été administré sous plusieurs formes.

— *M. Aubrun* demande la parole pour communiquer une observation d'hémorrhagie cérébrale.

Une dame de soixante-dix ans environ, alitée pour une affection intestinale organique, est prise tout à coup, un matin, d'une douleur violente du côté droit de la tête ; elle y porte précipitamment la main, arrache son bonnet ; quelques minutes après, paralysie du côté gauche ; le lendemain, disparition de la sensibilité, l'intelligence s'obscurcit de plus en plus, et elle tombe dans un coma profond. Le traitement se composa d'une saignée, de sangsues derrière les oreilles, de révulsifs aux extrémités et de quelques laxatifs.

Cet état se prolongea pendant cinq jours. Le sixième, la parole et la connaissance revinrent. Le lendemain elle parlait très-bien, seulement avec une volubilité extrême et inaccoutumée ; le mouvement avait repris, mais non la sensibilité. L'âge de la malade, la faiblesse du pouls et sa fréquence firent hésiter M. Aubrun à saigner de nouveau ; mais un confrère consulté, attribua cette excessive prolixité de paroles à une nouvelle congestion, et conseilla la saignée nouvelle. Aussitôt cette opération terminée, elle s'endormit de nouveau, et perdit successivement la parole, l'intelligence et l'usage de ses sens ; elle tomba dans le coma le plus profond, et mourut le lendemain.

M. Aubrun, en terminant, appelle l'attention de la Société sur le début brusque de cette hémorrhagie, sur les douleurs aiguës qui l'ont accompagnée, et principalement sur les effets fâcheux et déplorables de la saignée à la deuxième période de la maladie.

M. Homolle fait, à cette occasion, remarquer qu'un traitement formulé d'une manière générale est souvent nuisible et faux ; qu'il y a des cas où les médications en apparence les plus rationnelles et les plus en rapport avec la lésion morbide, doivent cependant subir des modifications profondes. La communication de M. Aubrun lui rappelle un fait qui vient l'appuyer, et démontrer que la même affection morbide peut réclamer des médications diverses dans les différentes périodes.

Une femme de cinquante-deux ans, sujette à la migraine, éprouvait depuis plusieurs jours des étourdissements, une céphalalgie continuelle, avec inappétence, insomnie, tremblement nerveux et engourdissement des membres, lorsque, le 30 mai, des mouvements convulsifs plus violents dans tout le côté droit, et une faiblesse extrême de la jambe gauche qui fléchit sous elle, la forcèrent de s'aliter. Appelé immédiatement, M. Homolle la trouve avec la face vultueuse, anxieuse, les yeux brillants, parlant avec difficulté à cause des mouvements convulsifs. Ces mouvements sont douloureux, et ont l'apparence des secousses produites par la strychnine. En même temps tout le côté gauche est paralysé incomplètement, puisqu'il participe aux secousses générales dans les convulsions les plus violentes. L'intelligence était conservée. On lui pratiqua une forte saignée. A peine terminée, cette opération est suivie d'une convulsion épileptiforme avec perte de connaissance, congestion de la face, affaissement général, mais sans écume à la bouche et sans coma. Application de douze sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement salé, sinapismes, deux verres d'eau de Sedlitz. Cette médication dissipa promptement les accidents, et la malade est considérée comme convalescente. Mais quelques jours après, survinrent de nouveau de la céphalalgie, du tremblement avec une oppression pénible et éructation de gaz par la bouche. Un traitement analogue est inutilement mis en usage, et les accidents ne cédèrent qu'à l'emploi des antispasmodiques, valériane, castoréum, asa-fœtida.

M. Charrier ne pense pas qu'une congestion cérébrale seule puisse rendre compte des phénomènes de cette observation. Il admet, ainsi que M. Homolle, qu'il y a eu congestion simultanée du cerveau et de la moelle.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. Août 1844.

Deux nouveaux cas de paracentèse du thorax, pratiquée dans la période extrême de la pleurésie aiguë ; par M. TROUSSEAU.

Dans le premier de ces cas l'opération a été suivie de succès, dans le second elle n'a pas réussi. Voici l'exposé du cas de succès. Une dame, dont l'âge n'est pas indiqué, fut prise d'accidents pleurétiques le 9 juin, qu'un médecin attribue à un état de chlorose, et pour lesquels il prescrivit une nourriture généreuse, du bon vin, de l'exercice à l'air. La pauvre patiente n'exécuta que trop ponctuellement cette fatale prescription ; elle lutta avec énergie contre la fièvre qui l'accablait, enfin, vaincue par le mal, elle se mit au lit le huitième jour de la pleurésie, et manda le docteur Patin. Celui-ci n'eut pas de peine à reconnaître la maladie. Le côté gauche de la poitrine était complétement mat du haut en bas, et ses espaces intercostaux étaient dilatés ; le cœur était déjeté à droite. Une médication énergique n'améliora pas l'état des choses, et M. Patin envoya chercher M. Trousseau. Il trouva la malade dans l'état suivant : face pâle, anxieuse ; yeux largement ouverts ; narines agitées de mouvements violents ; respiration extrêmement difficile, dilatation énorme et matité complète du côté gauche de la poitrine. Le cœur bat sous les cartilages du côté droit du sternum. Pouls misérable, très fréquent. Peu de toux. Dans tout le côté gauche, souffle et bronchophonie, sans mélange de râles. La pleurésie était grossièrement évidente ; l'épanchement était énorme ; la mort était menaçante. « Notre parti fut bientôt pris, dit M. Trousseau, et la paracentèse fut résolue.

» Nous fîmes entre la septième et la huitième côte une petite ponction à la peau, en dehors de la mamelle, un peu en arrière d'une ligne qui eût été menée du bord antérieur de l'aisselle à l'épine de l'os des iles. La peau fut relevée jusqu'à ce que la ponction correspondît à l'espace intercostal immédiatement supérieur, et alors, introduisant dans notre petite ouverture un gros trocart à paracentèse abdominale, nous l'enfonçâmes le long du bord supérieur de la côte inférieure à 3 centimètres de profondeur. Le dard retiré, le liquide jaillit avec impétuosité.

« Pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine, s'il survenait de la toux et de grandes inspirations, nous avions enroulé autour du pavillon de la canule un morceau de baudruche qui, soulevé facilement par le jet du liquide qui sortait, venait s'appliquer exactement contre l'ouverture de la canule pendant les grandes aspirations, de manière à l'obturer entièrement. Un aide embrassait l'abdomen avec les deux mains, et refoulait vigoureusement le diaphragme ; moi-même, un peu plus tard, je comprimai avec énergie le côté gauche de la poitrine.

» Nous retirâmes ainsi, sans aucune difficulté, et dans l'espace de quelques minutes, deux litres de liquide qui furent mesurés exactement. La soupape de baudruche fit merveilleusement son office ; il ne s'introduisit pas une bulle d'air dans la plèvre.

» Quand nous jugeâmes que la quantité d'eau évacuée était suffisante, nous retirâmes vivement la canule tout en pressant la peau dessus ; la petite plaie reprit aussitôt sa place, et les deux lèvres naturellement affrontées furent maintenues avec un morceau de taffetas d'Angleterre.

» Il est facile de comprendre le soulagement extraordinaire que dut apporter l'évacuation de plus de seize palettes de sérosité. La pauvre malade était revenue à la vie ! le cœur avait repris sa place, et le pouls était plein, régulier, quoique assez fréquent encore ; l'oppression avait cessé. La malade, couchée presque à plat, respirait avec calme, et éprouvait un peu de besoin de dormir. »

Les jours suivants, l'amélioration suivit une marche progressive, et le seizième jour après l'opération, ayant été pendant tout le temps qui la suivit soumise à une infusion de digitale, à un petit vésicatoire, elle put faire une longue course à pied.

M. Trousseau rapporte trois autres faits : dans le premier, sur une femme nouvellement accouchée, la paracentèse n'a pas empêché la terminaison funeste ; dans le second, le traitement antiphlogistique a suffi pour guérir la maladie ; dans le troisième, il s'agit d'une pleurésie puerpérale qui résista aux saignées coup sur coup et aux vésicatoires. De ces faits, M. Trousseau tire les conclusions suivantes :

La pleurésie aiguë peut tuer par l'excès du liquide épanché ;

Elle peut tuer en tant que phlegmasie, indépendamment de la quantité de l'épanchement ;

Chez le même individu, il peut y avoir excès d'épanchement capable de tuer, indépendamment de l'influence réactionnelle de la phlegmasie ; et phlegmasie capable de causer la mort, indépendamment de l'excès d'épanchement ;

Dans le premier cas, la paracentèse est un moyen puissant, exempt de danger ;

Dans le deuxième cas, la paracentèse est au moins nuisible ;

Dans le troisième cas, elle est utile en ce sens qu'elle prolonge certainement la vie, et que, par conséquent, elle ouvre quelques chances au malade.

De la tolérance pathologique chez les aliénés ; par le docteur FABRÈGE.

Les personnes qui ont vécu parmi les aliénés savent très bien que les lésions organiques les plus graves peuvent exister chez eux, sans que rien ou presque rien en révèle la présence. Ce sont trois cas de ce genre que publie M. Fabrège, dans lesquels on voit les désordres anatomiques les plus profonds ne donner lieu à aucun phénomène pathologique appréciable.

De l'analogie du croup avec les fièvres éruptives ; par M. GARCIS.

L'auteur cherche à soutenir cette opinion, savoir, que le croup est une espèce de fièvre éruptive locale. Il naît dans les mêmes circonstances d'insalubrité que les fièvres éruptives qu'il accompagne souvent et auxquelles il succède ; il est épidémique comme elles ; comme elles il est contagieux. Enfin, à leur exemple, n'attaquant de préférence que les premiers âges de la vie, il ne sévit aussi qu'une fois sur les victimes ; comme elles aussi, quand la mort n'est pas très rapide, il affecte une marche régulière, et une terminaison par desquammation par élimination des fausses membranes. Ces relations entre le croup et les fièvres éruptives paraissent à l'auteur de la plus haute importance pour éclairer peut-être un jour ce point de doctrine encore fort obscur, à savoir : quels sont dans ces maladies les éléments vitaux lésés, et quels sont les moyens thérapeutiques susceptibles d'en opérer la guérison ?

NOUVELLES.

Le jury du concours au bureau central des hôpitaux, pour trois places de médecin, a fait connaître, samedi dernier, les noms des dix candidats qui sont seuls appelés à continuer leurs épreuves. Ce sont MM. Behin, Boulay, Burghière, Becquerel, Gouraud, Moissenet, Lambert, Raciborski, Vernois et Vigla.

Vingt et une éliminations ont dû être faites.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 6 août, M. Ducrotey de Blainville, membre de l'Institut, présenté en première ligne par la Faculté des sciences et par le Conseil académique, est nommé professeur de zoologie et physiologie comparées à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Geoffroy Saint-Hilaire, décédé.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 95. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 14 AOUT 1844.

Nous étions bien loin des bouchons de bouteille, hier à l'Académie de médecine, et c'est merveille de voir combien d'aptitudes variées renferme cette docte compagnie ! Elle peut suffire en effet, à tous les besoins, à toutes les nécessités, à tout l'imprévu des situations diverses dans lesquelles elle se trouve placée. Quoi de plus imprévu que la discussion qui a surgi hier ? Et qui nous aurait dit, il y a huit jours, que dans cette même enceinte où s'agitait une question puérile et indigne, nous entendrions parler avec autant de dignité et d'élévation le langage de la science ? C'est à M. Virey que revient l'honneur d'avoir, pour ainsi dire, passé l'éponge sur les dernières fautes de l'Académie, et d'avoir rappelé dans son sein de hautes et savantes questions.

Trop hautes, en vérité, surtout quand elles tombent ainsi sans préparation et d'une manière si inopinée. Voyez, en effet. Dans un mémoire, riche surtout de ce style abondant et poétique familier à l'auteur, M. Virey a soulevé les plus profondes questions et les plus ardues de philosophie physiologique. Il a relevé la bannière du vitalisme en faisant le procès à la philosophie épicurienne, au système de Leibnitz, au panthéisme des Allemands, à Spinosa, à Schelling, Lamarck, Cabanis, etc. Du fond de tous ces systèmes divers, un seul principe commun à tous surnage et apparaît, et ce principe, M. Virey le formule ainsi : *La matière seule règne.*

Contre ce principe, M. Virey s'est élevé avec force. Dans la matière, il aperçoit d'abord deux aptitudes bien différentes. Une partie de cette matière est susceptible d'organisation, l'autre ne l'est pas. Avec du carbone, de l'azote, de l'hydrogène, etc., la nature produit tous les corps organisés. Avec du granit, de la silice, de l'arsenic, elle ne forme jamais que des minéraux anorganiques. En d'autres termes, deux propriétés dans la matière, propriétés éternelles et inaliénables ; l'une cristallise, l'autre s'organise. De ce principe, M. Virey fait découler tous les axiomes propres à asseoir le vitalisme sur les débris de tous les autres systèmes impuissants à expliquer la vie. Pour lui, la vie c'est le mouvement ; l'organisation n'en est que l'instrument. C'est une cause agissante, essentiellement intelligente, bien que dépourvue d'intellect extérieur. De là à l'autocratie interne d'Hippocrate il n'y avait qu'un pas ; aussi M. Virey l'a-t-il proclamée résolument, et s'est-il rangé sans ambiguïté parmi les médecins naturistes.

Comme on le pense bien, ce n'était pas l'affaire de M. Rochoux, qui n'aurait pas eu besoin d'être provoqué par une attaque directe contre son vieil ami Epicure, pour répondre à M. Virey. Ce spirituel et savant académicien a rejeté bien loin les distinctions de son antagoniste. Il n'y a pour lui qu'un règne dans la nature, c'est le règne des atomes. Ceux-ci se combinant un à un, deux à deux, trois à trois, etc., forment ici le minéral, là le végétal, plus haut l'animal. Entre un champignon et l'homme, il n'y a, pour M. Rochoux et pour Epicure, son maître, qu'une différence d'atomes en plus ou en moins. Entre la moisissure et la pensée, il n'y a qu'une question de chiffres. Idée hardie, dont l'expression excite toujours une certaine répulsion, mais que M. Rochoux a lancée avec un inexprimable dédain contre les théories vitalistes de son adversaire.

M. Royer Collard a fait descendre le débat des hauteurs un peu abstraites où on l'avait placé. Le ramenant aux véritables termes d'une question de physiologie transcendante, il s'est demandé quelles atteintes nouvelles le discours de M. Virey avait portées à la doctrine de ceux qui admettent comme légitime l'introduction des sciences physiques et chimiques dans les recherches de physiologie. Dans une improvisation brillante, et que nous avons dû renoncer à reproduire, occupé que nous étions à écouter sa parole accentuée, l'orateur a vivement prouvé que les arguments de M. Virey, vieux d'ailleurs et surannés, ne détruisaient aucune des raisons d'un emploi mesuré de la physique et de la chimie ; que les vitalistes remplacent par des hypothèses tout aussi peu légitimes, les hypothèses qu'ils combattent ; que le reproche de panthéisme adressé à ceux qui croient à une chimie vivante, n'est pas soutenable ; qu'en un mot, dans les sciences physiologiques, le vitalisme doit être borné dans le domaine purement physiologique, le domaine organique légitimant toutes les recherches et acceptant tous les secours dans une juste mesure.

Tout écourtée qu'ait été cette discussion, elle n'en a pas moins produit une certaine impression sur l'assemblée, qui écoutait avec plaisir les développements inaccoutumés de ces hautes questions. Certes, de temps à autre un peu de philosophie ne gâte rien, et repose d'ailleurs les infatigables rapporteurs des remèdes secrets.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

Du pronostic de la kératite et de la thérapeutique qui lui convient.

Nous avons discuté, la dernière fois, les différents caractères des ulcères de la cornée comme conséquences, comme ombre de la kératite ; nous avons cherché à démontrer les rapports existant entre la photophobie, l'épiphora et les ulcérations. Nous ajouterons que pour se faire une idée parfaitement exacte de ces deux symptômes, il suffit d'examiner dans quelles maladies de l'œil on les rencontre. Or, s'il est vrai que dans la rétinite, l'iritis, la kératite et la sclérotite, ils peuvent être observés tous deux, il ne l'est pas moins que la première et la dernière de ces maladies sont fort rares ; que d'ailleurs, il n'y a pas alors de vascularisation ; que dans l'iritis ils existent, ils coïncident alors avec d'autres symptômes ; qu'enfin la kératite est la seule affection de l'œil où on les voie portés à un si haut degré. Sans doute il serait difficile de différencier seulement par la photophobie et l'épiphora les diverses maladies, iritis, kératite, conjonctivite, etc., avec lesquelles se montrent ces deux phénomènes, parce que dans ces affections ils ne varient que du plus au moins ; mais pour chacune de ces phlegmasies, il est d'autres caractères qui, joints à ceux-ci, permettent d'établir le diagnostic d'une manière précise.

Si nous recherchons maintenant l'explication de la production de ces deux symptômes, il nous semble qu'il n'est pas besoin de recourir à celles qu'on a données déjà, dans lesquelles la rétine et le cercle ciliaire jouaient le principal rôle.

Tout le monde ne sait-il pas que la dénudation de la peau rend cette enveloppe extrêmement douloureuse ; l'ulcération de la cornée n'a-t-elle pas avec cette dénudation la plus grande analogie ; ce tissu mis à nu ayant un genre de sensibilité tout particulier, remue profondément les voies lacrymales, d'où résultent la photophobie et l'épiphora. Nous avouons que cette explication nous satisfait suffisamment pour qu'il ne nous soit pas besoin d'invoquer une maladie du cercle ciliaire afin d'expliquer la crainte de la lumière et le larmoiement qui accompagnent les ulcères de la cornée.

Le pronostic de la kératite est, en général, assez grave ; il diffère essentiellement de celui de la conjonctivite. En effet, cette dernière maladie ne compromet que rarement la fonction, et ne laisse après elle aucune trace qui puisse devenir un obstacle à la vision. Il n'en est pas de même de la kératite. Quand cette maladie acquiert quelque intensité, le trouble de la cornée ne tarde pas à survenir ; il y a de la soffusion, des ulcères, et quand l'inflammation elle-même est tombée, quand la maladie a disparu, ses traces survivent ; très souvent les grumeaux de matière plastique épanchée ne se résorbent pas complétement, et des taches plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, subsistent après la guérison.

Or, on comprend la gravité de ces suites de la kératite, quand la maladie a duré un certain temps, s'il reste quelque point opaque dans la cornée ; si ce point opaque correspond à la pupille, la fonction doit nécessairement en être gênée ; si même ce point opaque répond précisément au centre de la pupille, la cécité en est la conséquence fatale.

Lorsque la tache se trouve hors du champ de la pupille, le malade n'est point alors exposé à ce malheur ; mais, bien que la vue soit saine, il n'en résulte pas moins une difformité toujours fâcheuse.

Ce ne sont pas là les seuls dangers qu'entraîne la kératite avec elle ; il peut se faire que les ulcérations qu'elle amène creusent la cornée, la perforent ; l'iris alors vient s'appliquer à cette perforation pour la fermer, d'où résultent la procidence de cette membrane, la déformation de la pupille, un trouble dans la vision, et encore sont-ce, dans ce cas, les meilleures terminaisons, et celles qu'on puisse souhaiter pour les malades ; car s'il arrivait que l'iris ne vînt pas s'appliquer sur une perforation un peu considérable, l'œil pourrait se vider, se fondre, la vision serait abolie à tout jamais.

Nous laissons encore de côté, comme conséquence de la kératite, la fonte de la cornée, qui fait perdre l'œil si rapidement. L'on voit par ce que nous venons de dire que toutes ces raisons sont suffisantes pour motiver le pronostic grave que nous avons assigné à la kératite.

Avant d'entrer dans la discussion des moyens thérapeutiques qui conviennent contre la kératite, il est nécessaire de prévenir que tout ce que nous allons dire, comme tout ce que nous avons exposé jusqu'ici, ne doit s'entendre que des ophthalmies aiguës, et que nous n'avons encore parlé de rien qui se rattachât aux maladies chroniques de l'œil, sujet que nous traiterons à part avec tous les détails qu'il comporte.

S'il était besoin d'une nouvelle preuve, après toutes celles que déjà nous avons données, de la nécessité d'une distinction entre les diverses inflammations de l'œil, la thérapeutique de la kératite aiguë viendrait nous la fournir. En comparant les moyens qui réussissent le mieux à combattre la conjonctivite avec ceux qui obtiennent le plus de succès dans l'inflammation de la cornée, on se convaincra par le plus léger examen que les deux médications sont essentiellement différentes.

Le traitement local comme le traitement général dans chacune de ces deux maladies sont très distincts, et tel ordre de médicament regardé comme principal contre l'une, ne doit être considéré que comme un moyen fort accessoire quand il s'agit de l'autre. Pour n'en citer qu'un exemple, les topiques qui agissent par contact direct (nous avons expliqué, à propos des conjonctivites, ce que nous entendons par là), ces topiques, disons-nous, qui sont d'un si grand secours dans l'inflammation de la conjonctive, ne sont que très faiblement efficaces dans la kératite ; ce sont eux qui peuvent tout au plus être regardés comme des accessoires quelquefois utiles, mais qui réussissent fort peu par eux seuls, nuisent quelquefois même, et aggravent la maladie.

Le traitement général varie tout autant. Dans la conjonctivite, les révulsifs purement cutanés, les purgatifs, les frictions, les ventouses, les bains, peuvent être administrés avec avantage, quelquefois la saignée, les sangsues ; dans la kératite, les émissions sanguines, phlébotomie et sangsues, les ventouses scarifiées, sont des moyens principaux qui forment la base du traitement. Comme révulsifs extérieurs, les vésicatoires, les sinapismes, les révulsifs purement cutanés, en un mot, n'ont qu'une efficacité contestable ; le séton et le cautère ont une action très marquée. Il est vrai que ce sont deux moyens tellement désagréables aux malades, qu'on est forcé d'en restreindre l'emploi plus qu'il ne conviendrait, car outre la douleur assez vive qu'ils déterminent, ils laissent à leur suite des cicatrices qui les font rejeter ; mais leur efficacité n'en est pas pour cela moins réelle. Nous-même sommes forcé de les employer rarement pour ces raisons, heureusement qu'il est d'autres moyens avec lesquels on peut s'en passer à la rigueur.

Parmi les médicaments internes possédant une action très favorable à la guérison des kératites, il faut mettre en première ligne le calomel à doses fortes, mais fractionnées, et administré de manière à provoquer rapidement la salivation.

Nous avons actuellement dans les salles deux exemples frappants des résultats de l'emploi de ce médicament, donné d'après les règles que nous indiquons. Au n° 24 de la salle des femmes, est couchée une jeune fille affectée d'une kératite intense ; chez elle déjà un grand nombre de remèdes avaient été employés sans produire aucune amélioration. Le calomel lui a été administré ; tant que la bouche n'a pas été prise, aucun changement ne s'est manifesté dans l'état de la malade ; mais dès que les premiers signes de la salivation se sont montrés, l'œil a commencé à blanchir, et l'affection a marché rapidement vers la guérison.

Une autre femme, dans la même salle, affectée aussi de kératite, et traitée par les moyens ordinaires sans aucun succès, a été soumise ces jours-ci à cette même médication. Ce matin seulement, 6 août, la bouche commence à se prendre, et déjà l'œil droit, siége du mal, est dans un état très satisfaisant.

Le calomel est donc un agent véritablement efficace dans le traitement des inflammations de la cornée ; malheureusement ce genre de médication provoque de la part de beaucoup de monde des répugnances invincibles, car la salivation est considérée par un grand nombre de personnes comme pouvant amener des accidents sérieux du côté de la bouche. On redoute l'ébranlement, la chute des dents, la nécrose des bords alvéolaires, la gangrène de la bouche même ; il est certain qu'on a cité des faits de désordres semblables provoqués par la salivation. Hâtons-nous d'ajouter que de tels cas sont rares, qu'ils sont et doivent être excessivement rares même quand la salivation est sagement gouvernée.

Depuis dix ans que nous employons le calomel dans la kératite et dans l'iritis, et l'on peut juger que nous en avons fait usage aujourd'hui dans plusieurs milliers de cas, d'après le nombre de ces maladies que nous voyons chaque année, nous pouvons dire n'avoir jamais vu survenir ces graves accidents dont nous venons de parler.

Sans doute la salivation est un traitement désagréable ; mais voici la suite des propositions que nous émettons.

1° La kératite ulcéreuse un peu grave menace l'œil, fait craindre la perte de la fonction.

2° La kératite ne se laisse modifier que par un petit nombre de moyens.

3° Parmi ces moyens, la salivation provoquée par l'administration du calomel à hautes doses, mais fractionnées, peut

être considérée comme un des meilleurs.

4° La salivation est un moyen désagréable, mais qui est exempt de dangers quand elle est sagement conduite.

Nous demandons de conclure, que choisira-t-on? Il nous semble qu'entre ces deux alternatives, risquer la perte de la vue, ou se soumettre à un traitement, pénible si l'on veut, mais exempt de danger, le choix ne saurait être douteux.

Quand on s'est résolu à employer le calomel contre la kératite, voici de quelle manière on doit s'y prendre. S'il est nécessaire que la bouche devienne malade pour que le traitement agisse avec toute l'efficacité dont il est susceptible, il est inutile que la salivation devienne excessive ou même intense. Sitôt donc que les gencives se prennent, il faut se faire une loi de suspendre le médicament.

Du reste, nous possédons un moyen de gouverner pour ainsi dire à notre gré la salivation que nous avons produite. Ce moyen, c'est l'emploi de l'alun. A l'aide d'un gargarisme composé de deux à cinq et six grammes d'alun pour cent-vingt-cinq grammes d'eau miellée, on modère facilement les salivations légères, et il est rare qu'elles acquièrent une grande intensité. Mais si la stomatite mercurielle est considérable, si elle marche rapidement, s'il est nécessaire de l'arrêter avec promptitude, on le fera avec sûreté en appliquant directement l'alun lui-même sur les parties malades. Pour cela, on se contente tout simplement de se mouiller le doigt, de le charger suffisamment d'alun et de frotter ainsi l'intérieur de la bouche dans tous les points où se remarquent les lisérés gris caractéristiques. Avec ce médicament mis en usage de cette manière, on se rend maître de la salivation, et on la régit comme on le pense nécessaire.

En somme, de tous les médicaments internes, le calomel est le seul qui ait une action marquée, évidente sur la kératite; c'est le seul qui agisse de manière à ne pouvoir nier son influence sur la maladie qui nous occupe. Les autres purgatifs, le colchique et la térébenthine, qu'on a donnés dans la kératite, ne jouissent certainement pas de propriétés comparables; cependant ils ont été vantés; mais c'est qu'il est en thérapeutique des médicaments qui guérissent bien, et il en est d'autres qui guérissent peu ou pas, quoi qu'ils soient présentés comme doués d'action dans telle ou telle maladie. Il est, en effet, des substances d'une influence tellement sensible, claire, évidente dans les maladies, qu'aucune contestation ne peut s'élever à leur sujet; mais il en est d'autres dont l'efficacité mal établie, douteuse, mal ou pas assez observée, n'est acceptée que par les esprits trop faciles à se laisser convaincre par quelques faits dans lesquels ces médicaments ont semblé jouer un rôle actif. Il est bon d'être en garde contre les erreurs thérapeutiques qui doivent nécessairement résulter de l'emploi de médicaments préconisés comme devant guérir, alors que leur part dans la guérison est loin d'être clairement établie.

Le calomel, dans le traitement de la kératite, nous paraît devoir être rangé dans les médicaments évidemment utiles, à la condition qu'on l'administrera d'après les règles que nous avons posées.

Il y a un an environ, nous avions pensé à modifier l'administration de ce médicament, de manière à provoquer rapidement la salivation. Nous nous étions basé sur les idées émises par M. Mialhe. Ce chimiste avait pensé que la salivation n'avait lieu, après l'ingestion du calomel, que parce qu'il se formait dans le tube digestif une certaine proportion de deutochlorure, de telle sorte qu'on serait arrivé plus vite à faire saliver les malades en donnant des fractions extrêmement minimes de sel mercuriel, qui aurait plus de facilité alors à s'emparer des proportions nécessaires pour être transformé en sublimé. Nous nous rappelons même qu'on pensait aider cette transformation en mêlant aux aliments des quantités notables de chlorure de sodium. Soit que le calomel n'eût pas été préparé convenablement, soit, pour toute autre raison restée ignorée, toujours est-il que nous ne réussîmes pas, et qu'il fallut en revenir à notre mode ordinaire.

Quant à ce qui concerne la dose de calomel à faire prendre aux malades dans la kératite, elle ne peut être fixée d'une manière absolue; outre les conditions communes à tous les médicaments, conditions d'âge, de sexe, de force, il est des sujets chez lesquels la salivation ne survient qu'après des doses énormes; il en est d'autres, au contraire, qui salivent dès le lendemain de l'administration du médicament.

Voilà ce que nous avons à dire des remèdes généraux à mettre en usage contre la kératite; nous de nous étendrons pas à discuter l'emploi des autres moyens essayés tour à tour, l'expérience nous a convaincu qu'ils doivent être regardés comme inutiles.

Les moyens locaux successivement employés contre l'inflammation de la cornée, sont beaucoup plus nombreux que ceux énumérés contre la conjonctivite, et ici la raison est toujours la même, c'est constamment celle retrouvée en thérapeutique toutes les fois que de nombreux agents ont été dirigés contre une maladie : cela se traduit par une inefficacité presque totale de la plupart des médicaments employés. Cependant, il est une remarque digne d'intérêt, et nous allons y insister. On se souvient qu'à propos de la conjonctivite, nous avons divisé les topiques en deux espèces : ceux qui agissent sur le lieu même de leur application, sur le point avec lequel ils sont en contact, et ceux dont l'action se fait sentir dans une région plus ou moins éloignée de celle où ils ont été appliqués. Or, nous avons dit que les premiers, les topiques à action directe, convenaient surtout à la conjonctivite; ajoutons aujourd'hui que les seconds sont principalement utiles dans l'inflammation de la cornée.

Les collyres avec les sulfates de zinc, de cuivre, la pierre divine, la pierre calaminaire, le nitrate d'argent, etc., ont peu d'efficacité dans la kératite, si ce n'est peut-être dans une seule espèce sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Les collyres laudanisés, opiacés; les pommades belladonées, opiacées, mercurielles, trouvent leur application dans la kératite. Ces médicaments, on le comprend bien, n'ont pas besoin d'être mis en contact immédiat avec la partie malade; ils agissent par absorption et peuvent être appliqués au voisinage du mal. Il n'en est pas de même des premiers; tous les astringents que nous avons nommés ci dessus, et le nitrate d'argent entre autres, doivent être placés sur le point affecté. Nous venons de dire qu'ils pouvaient être utiles dans une espèce de kératite, c'est en effet dans la kératite diffuse très superficielle qu'il faut s'en servir. Leur utilité n'étonnera pas dans cette variété de l'affection, si l'on réfléchit que la couche externe de la cornée est pour quelques anatomistes une portion de la conjonctive elle-même et si l'on se souvient à quels heureux et prompts résultats conduisent ces médicaments dans la conjonctivite.

Mais dans la kératite superficielle, il ne faudrait pas employer les astringents, et le nitrate d'argent en particulier, aux doses conseillées dans l'inflammation de la conjonctivite; de cinq à dix, à vingt centigrammes au plus pour trente grammes, telles sont les limites qu'on ne devra pas franchir.

Les pommades, dans la kératite, ne seront d'aucune efficacité; cela se comprend facilement. A peine en contact avec le point malade, elles seraient repoussées par les mouvements de l'œil et les larmes. Il est inutile d'y insister.

Il est un genre de médication qui mérite quelques détails, nous voulons parler de l'emploi des sangsues dans la kératite. Dans la conjonctivite les applications de sangsues sont rarement nécessaires, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'une céphalalgie considérable; ce qui n'est pas le cas le plus commun; mais dans la kératite, on y a assez fréquemment recours, seulement on n'est guère d'accord sur le lieu où il convient de les placer.

On les a appliquées sur la conjonctive, sur les paupières, à la tempe, et derrière les oreilles. Nous-même avions conseillé vers 1817 de les placer sous la conjonctive; mais, à cette époque, comme nous confondions toutes les ophthalmies entre elles, ainsi que le faisaient tous les praticiens, il nous est impossible de nous rappeler si les succès que nous avons obtenus se rapportaient à des cas de conjonctivite, de kératite, ou d'iritis. Ce que nous avons vu depuis, c'est que dans les conjonctivites ce moyen avait réussi. Du reste, nous devons ajouter qu'il n'est guère de médication plus désagréable pour le malade et pour le chirurgien, les sangsues devant être appliquées une à une et par le chirurgien lui-même. On a conseillé de les mettre sur les paupières, autour de l'orbite; mais il survient ordinairement, à la suite de leur application en ce lieu, de larges ecchymoses et un boursouflement considérable qui effraient un assez bon nombre de malades, et que quelques médecins redoutent eux-mêmes. Nous pensons que c'est à tort qu'on s'alarme de ces suites, les sangsues nous ont toujours paru agir là mieux qu'ailleurs; ce boursouflement et ces ecchymoses se dissipent ordinairement seuls, et nous n'avons pas vu qu'ils fussent suivis de ces érysipèles dont s'étaient effrayés certains médecins.

Enfin les sangsues ont été placées à la tempe et derrière les oreilles, la première région vaut mieux que la seconde quand la maladie est sans complication; s'il y a céphalalgie intense, la seconde est préférable à la première.

En définitive, quand on emploie les sangsues dans la kératite, elles agissent d'autant mieux qu'elles sont placées plus près du siége du mal; mais leurs inconvénients sont d'autant moindres, qu'elles en sont plus éloignées.

Il est encore un moyen qu'il ne faut pas négliger, et qu'on nous voit employer souvent; c'est le petit vésicatoire placé sur le front, au-dessus de l'orbite.

Restent encore la cautérisation directe des ulcérations, l'excision de la conjonctive et les moyens de faire disparaître les taches consécutives à la kératite; nous traiterons ces sujets la première fois.

PAJOT.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Fièvre typhoïdes. — Considérations pratiques. (Suite.)

Salle Sainte-Agnès, 44. — Homme de vingt ans environ, de forte constitution, tempérament sanguin, entré dans le service depuis près d'un mois, malade depuis six jours au moment de l'entrée. Lorsqu'il se présenta à la visite, ce jeune homme n'avait encore que des prodromes de l'affection typhoïde. Cependant les symptômes généraux étaient assez développés pour qu'il offrît un peu de stupeur, lenteur dans les réponses; comme symptômes locaux, langue saburrale, blanche, bouche pâteuse; inappétence, soif vive; un peu de diarrhée. Météorisme du ventre; pas de phénomènes du côté du système nerveux.

Au bout de peu de temps (nous ne donnons que le sommaire très abrégé de l'observation), il s'est montré un délire qui a peu à peu augmenté d'intensité, à tel point que l'on a été obligé de l'attacher dans son lit. Hallucinations accompagnées de vociférations, de cris; les phénomènes abdominaux sont devenus plus graves; il y a eu même des selles involontaires. Le ventre et la base de la poitrine se sont couverts de taches rosées lenticulaires et de sudamina. Puis des eschares gangréneuses au sacrum, etc.; enfin tout le cortége des symptômes qui caractérisent l'affection typhoïde parvenue à un très haut degré d'intensité.

L'observation de ce malade n'a pas été seulement curieuse et intéressante pour la gravité de l'affection et les symptômes qu'elle a présentés, elle l'est encore, et beaucoup plus, sous le rapport thérapeutique. Voici le traitement que nous avons mis en usage. D'abord, deux saignées générales ont été faites, et deux applications de sangsues à l'anus, émissions sanguines qui nous ont semblé indiquées, les premières par les phénomènes généraux, les locales par les phénomènes abdominaux; puis les émollients pendant quelques jours. Le malade étant tombé dans une sorte d'état adynamique, nous avons dû recourir aux toniques, au vin de quinquina en petite quantité; nous n'avons pas négligé les révulsifs extérieurs, et nous avons fait appliquer aux cuisses deux vésicatoires, que le malade porte encore. Nous ne sommes pas, pour le dire en passant, de l'avis de ceux qui regardent les vésicatoires non-seulement comme toujours inutiles, mais comme toujours nuisibles dans l'affection typhoïde. Nous aurons plus d'une fois occasion de vous faire remarquer l'influence favorable de ces révulsifs dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, et après ce traitement mixte, nous avons vu notre malade revenir peu à peu dans un état meilleur, et aujourd'hui la convalescence est si satisfaisante, qu'il demande à manger continuellement, circonstance heureuse à la fois et fâcheuse, en ce sens que ce désir immodéré d'aliments pourrait bien faire commettre à notre malade des excès, si on ne le surveillait de la manière la plus instante.

— Après avoir ainsi fait passer sous vos yeux quelques-uns des faits les plus remarquables d'affections typhoïdes que nous puissions vous faire observer, nous allons, dans un exposé théorique rapide, vous exposer nos idées sur le siége, la nature, la symptomatologie de cette maladie, afin d'arriver au traitement, la partie la plus essentielle de cette histoire, celle à la détermination de laquelle doivent tendre toutes les autres.

Symptomatologie.

Nous commencerons par vous rappeler les divisions dont nous vous avons entretenus en commençant ces leçons. Nous vous avons dit que nous admettions quatre espèces de fièvres typhoïdes, la fièvre simple, puis la fièvre typhoïde avec prédominance des symptômes encéphaliques, thoraciques ou abdominaux, symptômes qui donnent leur nom à la forme. Cette division, sans être parfaite, nous a semblé être commode pour la description et pour l'étude. Nous avons admis que dans la fièvre typhoïde tous les systèmes peuvent être frappés à la fois avec prédominance cependant de tel ou tel appareil de symptômes.

Mais ce n'est pas tout; sous le rapport graphique, il y a des distinctions à établir, et l'on a pour cela décrit différentes périodes de la maladie. Hildbrant a distingué sept périodes. Selon nous, cette division est beaucoup trop complexe. Ainsi la période d'*opportunité* qu'a admise cet auteur, ne peut véritablement être définie, et nous semble un non-sens. La période de convalescence n'est pas une période de la maladie. Il n'y a pas affection typhoïde quand on n'est pas encore malade, et quand on ne l'est plus. Aussi rejetterons-nous, en même temps que la période de convalescence, la période d'incubation que décrit le même auteur, période dans laquelle il comprend les jours qui précèdent le développement de l'affection. La période d'infection et celle de développement pourraient être conservées. Mais nous ne procéderons pas, dans notre description, en suivant les périodes; nous prendrons chaque symptôme isolément, et nous l'examinerons dans chacune des périodes où il peut se présenter.

Ce qui frappe tout d'abord l'observateur, l'habitude extérieure du malade, est une chose d'une haute importance. Il semble que la nature nous ait adressé tout exprès un exemple pour pouvoir vous faire remarquer de quelle valeur peut être, dans l'affection typhoïde, l'examen de l'état extérieur du sujet. Nous avons, au n° 27, un sujet qui ne présente d'autres phénomènes que des phénomènes extérieurs. Les autres signes manquent complétement, ou du moins sont si peu marqués que, seuls, ils n'auraient aucune valeur. L'état extérieur est donc une chose très importante, puisque, à lui seul, il peut suffire pour permettre d'établir un diagnostic, dans quelques cas.

L'habitude extérieure consiste dans l'attitude, la position du sujet; le malade est-il dans le décubitus dorsal, il est livré aux forces physiques seulement; comme un corps inerte, il est immobile, et tout annonce ordinairement en lui un état très grave.

Au décubitus, vous joindrez l'expression du visage, souvent liée à l'état des centres nerveux. Bien que l'on eût quelque raison de vouloir repousser plus loin cet ensemble de symptômes, comme il fait partie de l'état extérieur du sujet, c'est ici que nous croyons qu'il trouve sa véritable place. La face présente une expression d'hébétude, d'étonnement, de stupeur, de tristesse ou de douleur. La coloration du visage n'est point non plus à négliger, et vous tirerez un pronostic différent d'une animation anormale, ou d'une pâleur livide, terreuse, etc. Souvent, à une période avancée, et dans les cas graves, les lèvres se séparent, et les malades montrent les dents recouvertes d'un enduit sec de couleur brunâtre.

Un symptôme sur lequel nous avons appelé déjà votre attention, c'est la présence des taches lenticulaires rosées. Elles sont rarement confluentes, le plus souvent disséminées, en nombre plus ou moins considérable. D'une couleur rosée, moins violettes que les piqûres de puce, elles s'effacent sous la pression du doigt, pour reparaître quand la pression a cessé. Elles ont ordinairement un ou deux millimètres de diamètre, leur siége de prédilection est la peau des parois de l'abdomen et de la base de la poitrine; quelquefois on en trouve sur les membres supérieurs, rarement au visage. On constate très bien leur présence chez les malades dont la peau est naturellement blanche et fine. Le plus souvent, la tache lenticulaire rosée ne fait aucune saillie; cependant il est des cas où le doigt promené sur la peau perçoit une légère saillie, assez semblable à celle que fait la piqûre de puce dont on se sert fréquemment comme d'un point de comparaison.

Quelle est la valeur diagnostique de cette tache? Quand les autres signes ne sont pas nombreux, c'est alors qu'elle devient un signe précieux, et confirme souvent une opinion que l'on n'aurait pu suffisamment baser sur eux seuls. Quant au pro-

nostic, je n'ai pas vu que les malades qui ont eu beaucoup de taches fussent plus gravement affectés que ceux qui n'en ont offert qu'un petit nombre. Elles ne fournissent non plus aucune indication thérapeutique. Dans le typhus nosocomial, j'ai vu souvent les taches dont je vous parle. Mais l'éruption du typhus est ordinairement beaucoup plus considérable que celle de la fièvre typhoïde simple. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elles se montrent, sur les membres, beaucoup plus souvent à la partie postérieure qu'à la face antérieure. Dans le véritable typhus, elles affectent une forme particulière; nous en avons vu qui simulaient assez exactement le dessin d'une carte de géographie.

C'est ordinairement à la fin du premier septenaire que ces taches se montrent dans le typhus nosocomial. Nous croyons les avoir observées le dixième jour de la maladie. D'après les ouvrages publiés dans ces derniers temps, cette époque semblerait être trop rapprochée du début, et nous devrions attribuer l'époque prématurée des éruptions que nous avons observées à l'inexactitude des renseignements que nous auraient donnés les malades sur le début et la durée de l'affection avant leur entrée à l'hôpital.

Quelquefois l'éruption prend un autre caractère. Les taches, d'une couleur plus violette, ne s'effacent pas sous la pression du doigt; elles constituent alors de véritables hémorrhagies, et prennent le nom de *pétéchies*. La présence des pétéchies est presque toujours un signe fâcheux, surtout lorsqu'elles sont nombreuses, et semblent indiquer une décomposition du sang, ou du moins un défaut de plasticité très avancé. Il est une autre espèce de taches que nous devons vous signaler, et que l'on a décrites assez souvent. Ce sont des taches violettes, dont les bords sont mal déterminés, assez semblables à des taches de vin; c'est principalement vers la partie supérieure des cuisses que l'on observe ces taches, qui ont chacune environ la largeur de l'ongle.

Les sudamina constituent un autre genre d'éruption non moins constant, non moins remarquable, et sur la valeur duquel on a souvent discuté. Ce n'est le plus ordinairement que vers la fin du troisième septenaire qu'ils apparaissent, et chez les malades surtout qui ont eu des sueurs très abondantes. Alors, vers le pli de l'aine, dans le creux sus-claviculaire, aux environs de l'ombilic, se montrent une quantité plus ou moins considérable de petites élévations de la grosseur d'une tête d'épingle, contenant un liquide transparent sous une couche très mince d'épiderme. Le nom de sudamina que l'on a donné à cette sorte d'éruption est d'une exactitude et d'une justesse précieuse en ce sens qu'ils ressemblent véritablement à des gouttelettes de sueur; et puis, autre raison qui nous fait approuver ce nom, c'est qu'il est nécessaire que le malade ait éprouvé des sueurs pour présenter ce symptôme: ils ont moins d'importance diagnostique que les taches rosées lenticulaires, en ce sens qu'il ne serait pas impossible qu'un sujet affecté de toute autre maladie que la fièvre typhoïde, présentât ces sudamina, s'il avait éprouvé pendant long-temps des sueurs abondantes.

Relativement au pronostic, les sudamina ne paraissent pas avoir une grande importance; cependant, il est préférable que le malade n'en présente pas. Un fait curieux, c'est que les sudamina semblent avoir été plus fréquemment observés autrefois que maintenant. Ne serait-ce pas à la thérapeutique ancienne, essentiellement excitante, que l'on devrait attribuer cette différence?

Une éruption assez semblable au premier abord aux sudamina, c'est la suette et la miliaire; elles présentent une grande partie des caractères que nous venons de vous indiquer. Mais ce qui les différencie des sudamina, c'est que leur base est ordinairement entourée d'une aréole rosée, et que le fluide qu'elles contiennent, au lieu d'être transparent comme celui des sudamina, devient promptement trouble et même purulent.

Tout récemment, un auteur a signalé l'existence d'une éruption lenticulaire sur le sacrum et les régions voisines. Bien qu'elle paraisse avoir été rencontrée plusieurs fois, nous n'avons point encore eu occasion de la vérifier.

Un phénomène toujours très important, et d'autant plus qu'il est fort grave, c'est le développement des eschares gangréneuses dans la région sacrée. Le malade couché au n° 44 de la salle Sainte-Agnès, et dont nous vous avons raconté brièvement l'histoire, a offert cette complication, toujours fâcheuse, souvent mortelle. Cependant, et par une heureuse exception à la règle commune, il est aujourd'hui en voie de guérison. Les eschares paraissent reconnaître pour cause la pression qu'exerce le poids du corps du malade en ces parties. Il se produit d'abord une tache rouge, violacée, plus ou moins large; puis la peau s'écorche, puis enfin les téguments se gangrènent, se détachent, et laissent au-dessous d'eux une plaie proportionnée à la largeur de l'eschare qui s'est détachée; cette plaie est quelquefois assez profonde pour que l'on puisse apercevoir au fond le sacrum dénudé. Toutes les parties où la peau n'est séparée des os que par une mince épaisseur de tissus mous, sont exposées à devenir le siége de ces eschares gangréneuses. Le plus souvent, après le sacrum, ce sont les régions trochantériennes où on les observe, les malades se couchant souvent sur le côté pour changer de position.

On peut observer encore des eschares gangréneuses dans les points où l'on pose soit des sinapismes, soit des vésicatoires; pour nous résumer, tous les points saillants sur lesquels le corps des malades peut appuyer, toutes celles qui sont devenues le siége d'une irritation vive et prolongée de la peau, peuvent présenter des eschares gangréneuses.

Telles sont les circonstances principales et les renseignements que fournit l'examen extérieur du malade. Nous allons passer maintenant à l'examen des fonctions des organes intérieurs; et d'abord, celles de l'appareil digestif: les raisons qui nous font commencer par cet appareil, c'est que les phénomènes caractéristiques de l'affection typhoïde ont le plus souvent leur siége dans ces organes. Les cas sont rares où les phénomènes typhoïdes se montrent dans une affection pure et simple de l'appareil thoracique ou encéphalique.

Les lèvres, les gencives, les dents et la langue sont les premières parties que nous devions examiner. Les lèvres sont ordinairement sèches, non pas dans le commencement de la maladie, mais lorsque l'affection arrive à sa seconde période. Elles se couvrent d'écailles jaunâtres qui se feuillent, deviennent luisantes, puis, à mesure que la maladie fait des progrès, prennent cette teinte brune caractéristique que nous avons dit appartenir essentiellement à l'affection typhoïde.

A une certaine époque de la maladie, les dents offrent ordinairement une coloration blanche, mate le plus souvent, quelquefois brillante, qui provient du dessèchement du mucus, et les revêt comme une sorte de vernis. Dans ces derniers temps un médecin d'Orléans a publié un mémoire sur une concrétion diphthéritique qui se forme sur les gencives des sujets atteints d'affections typhoïdes. Nous croyons, pour notre part, que cet auteur a attaché beaucoup trop d'importance à ces concrétions, que nous n'avons rencontrées que deux ou trois fois.

Des signes plus importants sont ceux qui se tirent de l'examen de la langue, et sur ce point nous ne pouvons partager l'indifférence de certains auteurs pour les signes qu'elle nous offre. Pendant les premiers jours, elle s'éloigne peu de l'état naturel; elle est blanche, villeuse: chez les jeunes sujets, elle prend d'autres caractères: l'enduit qui la recouvre est plus épais, plus tenace que chez l'adulte. A mesure que la maladie marche, cet enduit se dessèche, devient d'un gris jaunâtre d'abord, puis brun-noirâtre. Dans certains cas, la langue est rouge, râpeuse, puis brune et fuligineuse, sans que l'on ait remarqué d'abord aucune trace d'enduit saburral; enfin, elle peut être tout à fait noire, indépendamment des conditions de sécheresse ou d'humidité, qui dépendent de ceci: que le malade respire la bouche ouverte ou la bouche fermée.

On apprendu dans ces derniers temps que les divers enduits de la langue avaient peu de valeur diagnostique, parce que ces enduits ne dépendaient que du passage de l'air par la bouche. La bouche est, dans la fièvre typhoïde, le plus souvent entr'ouverte en effet, et cela peut favoriser la sécheresse et la production de ces enduits; mais nous avons dit plus haut que l'on peut rencontrer des enduits noirâtres avec humidité de la langue chez les malades qui respirent par le nez, la bouche étant fermée. Nous croyons, nous, qu'il y a, dans l'affection typhoïde, une sécrétion morbide particulière et caractéristique.

Dr A. FOUCART.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 août. — Présidence de M. FERRUS.

M. Desportes annonce la mort de M. Daumats, de Metz, membre correspondant.

— *M. Virey* lit un mémoire intitulé: *Examen critique des faits touchant le vitalisme.*

Selon plusieurs physiologistes actuels, la *nature est une*, les *sciences physico-chimiques* paraissent tellement se confondre avec les sciences physiologiques qu'elles suffiraient pour établir d'elles seules le phénomène de la vie et de l'organisation. D'après cette opinion, *la matière seule règne*, les divers matériaux telluriques possèdent intrinsèquement les forces éparses de la vitalité. Tel est le système panthéistique des Allemands, et aussi l'hypothèse des *monades* de Leibnitz, reprise avec développement par Spinosa et, de nos jours, par Schelling, Lamark, Cabanis, etc., sous d'autres formes.

Mais M. Virey établit que toute matière n'est pas apte à recevoir la vie, comme les minéraux bruts, le granit, la silice, et surtout l'arsenic, le cuivre et d'autres métaux.

Ensuite, que cette matière anorganique cristallise et ne s'organise pas. Kant a dit qu'elle possède en elle-même la raison de son existence. Au contraire, les seules substances organisables sont des corps combustibles: carbone, azote, hydrogène, etc. Aussi l'organisation exprime un concours harmonique d'éléments équilibrés, s'associant en un *centre d'unité* pour constituer l'individu ou le *moi*, avec tendance à l'absorption, à l'assimilation de matériaux analogues, puis à un but de conservation et de propagation par génération.

La vie est le *mouvement*, l'organisation est l'*instrument*. La vie peut s'interrompre dans l'œuf, dans la graine, par froidure ou dessiccation. Donc les éléments ne vivent point par eux-mêmes, mais par le jeu centralisant de leur association temporaire. Selon M. Virey, il y a donc deux règnes distincts, le *minéral* pouvant subsister par lui seul antérieurement à toute organisation, et qui ne peuvent se putréfier, même en se décomposant; puis les *règnes organiques* (animal et végétal) produits d'une génération normale, et se nourrissant par intussusception, pour se reproduire et mourir. Les corps purement minéraux qui pénètrent dans les organismes ne vivent pas, quoiqu'ils participent au mouvement de la *planète* qui les entraîne dans sa sphère d'action.

L'auteur cite les principaux systèmes physiologiques, et montre qu'ils sont incapables de rendre compte de l'organisme dans toutes les hypothèses physico-chimiques; ni l'*irritabilité* hallérienne, ni l'*incitabilité* de Brown, ni la *chimie vivante* des modernes, ni les *propriétés* dites *vitales* de Bichat et d'autres; qu'au contraire, la chimie tue l'organisation intime du sang, du lait, du sperme; tandis que la vie les défend contre toute putréfaction.

M. Virey prend ensuite à tâche de démontrer combien l'harmonie des parties, des sens et des membres, chez les animaux surtout, est inexplicable et incompatible avec l'opinion des générations spontanées, jusque dans les moindres insectes, les mousses, les infusoires. Le microscope qui a fait découvrir les ovules, les germes des êtres les plus chétifs, repousse par là toutes les idées de productions émanées de la pourriture ou du hasard. Les faits d'instinct, les rapports des sexes, la disposition des pollens et des spermes pour n'être acceptés que par telle espèce afin d'empêcher tout *mélange adultérin*, manifestent bien un ordre de vie merveilleux. M. Virey en conclut que la vie est une cause agissante, essentiellement intelligente, bien que dépourvue d'intellect extérieur. Elle aspire à rétablir l'équilibre dans les maladies, comme à compléter les individus imparfaits (réparer les parties amputées, chez certains animaux inférieurs). De là, cette *autocratie interne*, reconnue par d'anciens philosophes, comme par Hippocrate, pour présider à l'économie.

Enfin l'auteur expose les axiomes résultant de ces principes développés et conclut l'existence d'une force agissante dans les structures organiques, aidée du concours des corps environnants, l'air, l'eau, la chaleur, la lumière, se mettant en harmonie avec les mouvements diurnes et annuels de notre planète, pour mesurer le cours de l'existence de ces corps vivants, animaux et végétaux.

M. Rochoux. M. Virey a dit qu'il accepterait avec plaisir les objections qu'on pourrait faire à son travail, il sera satisfait. Il faut laisser le panthéisme allemand à ceux qui croient pouvoir le comprendre; il ne faut pas faire plus de cas de l'atomisme de Leibnitz, qui n'est que l'épicuréisme dégradé; mais il faut revenir franchement à l'atomisme d'Epicure, qui seul peut résoudre les difficultés sous le poids desquelles M. Virey a cru pouvoir écraser les unitaires. Il suffit, en effet, pour montrer la vérité de leur système, de rappeler que l'atome existe, possède de toute éternité une activité, une forme et une solidité qui restent invariablement les mêmes. L'indivisibilité ou solidité est prouvée par les limites qui arrêtent la décomposition chimique, et donne lieu aux compositions qui recommencent ensuite. La forme de l'atome a pour preuve l'existence des formes dans tout ce qu'il nous est donné d'observer, formes qui ne pourraient pas se montrer si l'élément n'était pas lui-même figuré. Avec ces trois qualités, il est facile de dire comment, à mesure que les combinaisons d'atomes se compliquent, les composés ou agrégats développent des facultés de plus en plus élevées, et cela sans qu'il soit nécessaire de recourir à une force active indépendante de la matière. Car puisque M. Virey reconnaît que des éléments dépourvus de raison peuvent se prendre en cristaux réguliers dans les sels, il n'est pas plus difficile d'admettre que d'autres combinaisons puissent produire une moisissure, un champignon, une fleur, et enfin tous les animaux de l'ordre le plus élevé. D'où il suit que toute distinction disparaît entre le règne organique et le règne inorganique, qu'il n'y a ni ne peut y avoir de hasard dans la production de phénomènes qui tiennent à des propriétés invariables, et qu'enfin tous les faits d'inertie de la matière invoqués par M. Virey, comme l'exemple de la graine qui reste long-temps sans germer, ne sont que des cas d'équilibre, où l'on voit des forces agir en sens opposé, et produire ainsi un repos apparent, qui, en réalité, est une action incessante.

M. Virey. M. Rochoux ne me semble pas avoir répondu au but principal de mon travail. Il s'agit de savoir si certaines substances sont incapables d'organisation. Oui, l'arsenic, par exemple, est dans ce cas. L'honorable académicien n'a pas dit un mot de cette distinction que j'ai établie entre les corps susceptibles d'organisation et ceux qui ne le sont pas.

M. Rochoux. Personne n'a jamais dit que la colonne Vendôme pût être en état de faire une objection à M. Virey. (On rit.) Mais ce qu'on soutient c'est qu'une réunion d'êtres insensibles peut produire un être sensible. Le soufre et l'oxygène combinés de certaine façon produisent un corps qui n'a aucune des propriétés de ses éléments primitifs et qui en possède de toutes différentes.

M. Virey. Mais cela n'a rien de commun avec la vie.....

M. Rochoux. Sans doute; mais poussez plus loin les combinaisons, et vous arriverez à des phénomènes plus compliqués. En définitive, il n'y a qu'un règne dans la nature, et la vie n'est qu'un résultat de combinaisons.

M. Royer Collard, dans un discours brillant et écouté avec faveur, combat les opinions de M. Virey. (Voir l'analyse de ce discours à l'article premier Paris.)

M. Virey répond quelques mots à cette brillante improvisation, qui n'arrivent pas jusqu'à nous.

M. Castel se plaint du préjugé qui règne dans les sciences depuis un demi-siècle, et qui consiste à ne voir que des individualités sans lien, sans coordination. On peut admettre le vitalisme sans rejeter l'intervention de la physique et de la chimie. On peut rejeter cette intervention sans être vitaliste. La vie n'est inexplicable que pour ceux qui roulent exclusivement dans ces deux ordres d'idées. Pour lui, à l'aide de deux principes, qui représentent deux phénomènes, tout s'explique et devient clair; ces deux phénomènes sont la sensibilité et l'irritabilité.

Aucun membre ne demandant plus la parole, cette discussion est close.

— *M. Dufresse* lit deux observations d'anus artificiel pratiqué avec succès par la méthode de Littre, en 1795 et 1811, par Daguesseau, médecin à Madurec (Charente).

— *M. Bell*, pharmacien, commence la lecture d'un mémoire dans lequel il propose un nouveau mode d'administration de quelques médicaments. Cette lecture soulève la susceptibilité de quelques membres, et après une courte discussion le mémoire de M. Bell est renvoyé à une commission.

— *M. Josse* lit des réflexions sur la hernie crurale étranglée.

— *M. Rienski* lit des réflexions sur quelques exanthèmes.

La séance est levée après cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des 10 et 24 juin. — Présidence de M. Alexandre THIERRY.

(Suite du numéro précédent.)

M. Thierry communique l'observation de deux luxations assez rares dans la pratique. Un polonais d'une très grande force, âgé de quarante-six ans, se prit de dispute avec un autre individu, et lui administra un coup de poing tellement bien asséné, qu'il en résulta une luxation du pouce. Le premier métacarpien passa par-dessus la phalange.

Plusieurs chirurgiens tentèrent la réduction avec l'extension et la contre-extension ordinaires, et ne purent réussir.

M. Thierry s'y prit de la manière suivante: le bras est mis dans une demi-flexion. Le métacarpien est appuyé sur un point fixe, sur une canne solide, qui formait la contre extension, en y maintenant la main. Le pouce étant entortillé dans un lacs, on tira dessus en bas et en avant de manière à le mettre dans une flexion forcée. La réduction fut heureusement terminée.

Quelques jours après il eut occasion de rencontrer une luxation semblable de l'indicateur, qui fut réduite aussi heureusement et par le même procédé.

M. Tessereau rapporte qu'il a été appelé pour une semblable luxation du pouce, le métacarpien ayant également passé par-dessus la phalange chez un enfant.

La luxation fut heureusement et promptement réduite par un procédé très simple.

La main qui faisait l'extension chassait avec l'indicateur la phalange et la pressait dans ce sens, tandis qu'elle faisait d'autre part l'extension et fléchissait fortement la phalange.

— *M. Homolle* demande la parole pour communiquer une nouvelle observation.

Un petit garçon de cinq mois, d'une bonne santé, allaité par sa mère, est pris, le 10 juin dernier, tout à coup, et sans qu'on puisse savoir à quoi l'attribuer, d'une suffocation intense, avec cris, expression d'angoisse extrême, d'agitation; cyanose de la face et surtout du pourtour des lèvres. A cet état alarmant, succède brusquement une pâleur profonde et un affaissement considérable. On crut avoir affaire à une indigestion. Le lendemain, tout était rentré dans l'ordre. Trois jours après, le 14 du même mois, les mêmes phénomènes se reproduisent, mais avec plus d'intensité, et cyanose des ongles. La bouche est pleine de salive; une sueur abondante inonde la tête et le tronc; un râle trachéal et laryngé annonce une exhalation pulmonaire exagérée, ou la

diminution momentanée de l'absorption. L'auscultation, pratiquée immédiatement, fait percevoir un bruit de souffle unique remplaçant le double bruit du cœur. Une pâleur mortelle accompagnée d'un affaissement considérable succède brusquement à cette crise ; quelques bâillements et pandiculations ont lieu, et l'enfant s'endort. Bientôt une réaction s'opère ; la face se colore vivement, et, après le sommeil, l'enfant se réveille aussi frais, aussi dispos qu'avant la crise. Quelques crises semblables eurent encore lieu, mais de moindre intensité. Plusieurs confrères consultés, ont cru voir dans cette maladie une angine de poitrine, d'autant plus que le bruit de souffle a persisté encore après la crise. Un vésicatoire fut placé sur la région précordiale, et l'enfant soumis aux frictions mercurielles.

M. Bourdin a observé des phénomènes de ce genre chez une petite fille ; il avait conseillé avec succès l'emploi du musc administré à la dose d'un douzième de grain, de deux heures en deux heures.

M. Szokalski pense qu'on a eu affaire à une angine de poitrine, et recommande dans ces cas-là l'usage de l'asa-fœtida.

— *M. Cerise* fait un rapport étendu sur l'ouvrage envoyé récemment (Traité de l'Hypochondrie) par M. Brachet (de Lyon), membre correspondant de la Société. A l'occasion de ce rapport, M. Belhomme s'élève contre les prétentions trop absolues des médecins psycologistes et, sans chercher à descendre dans les profondeurs de la psychologie, il insiste sur ce point : L'hypochondrie est-elle essentielle ou symptômatique? Dans le premier cas, c'est une névrose sans altération appréciable des tissus nerveux ou des organes auxquels il se distribuent. Dans le second, c'est une maladie purement sympathique d'une affection viscérale. M. Cerise a parlé de l'idée combinée avec la sensation pour expliquer l'hypocondrie. M. Belhomme demande si ces explications sont bien en rapport avec ce qui a été dit jusqu'à présent sur cette maladie. Le mot névrose, pour M. Belhomme, n'explique rien en somme; mais comme il est impossible de remonter bien haut dans ces questions ardues, il l'accepte comme un fait et ne va pas plus loin. L'hypocondrie est souvent symptomatique d'une irritation viscérale inflammatoire ou nerveuse. Cette irritation réagit sur le cerveau. De là vient l'idée de souffrance, de maladie dont se plaint le malade. Dans la première période de l'hypocondrie, tout peut être dans la *conception délirante*; mais lorsque la maladie est ancienne, il y a toujours lésions viscérales. M. Belhomme appelle encore l'attention sur la prédisposition. Elle n'atteint, dit-il, que les individus prédisposés ; et la preuve, c'est que nous sommes tous soumis aux mêmes causes, sans pour cela être affectés des mêmes maladies. Il y a pour l'hypocondrie comme pour les maladies mentales, une condition organique appartenant au système nerveux, qui suffit pour expliquer le développement de la maladie sous l'influence de la cause la plus légère. En disant que l'hypocondrie est essentielle, c'est admettre la maladie sans mélange d'affections viscérales; l'appeler symptomatique, c'est voir la lésion appréciable des viscères réagissant sur le cerveau, et quand on dit cerveau, c'est dire intelligence.

M. Cerise, revenant sur les explications et les divisions admises et traitées dans son rapport, soutient que l'hypochondrie peut exister seule, isolée, sans liaison avec des affections viscérales même éloignées, et que, par conséquent, on est bien forcé d'admettre que le délire de l'hypochondrie est souvent psychique, et ne résidant que dans la prédominance d'une idée triste, fixe, et relative à des sensations diverses plus ou moins douloureuses, plus ou moins réelles. Il ne conteste pas, du reste, les hypochondries naissant sous l'influence des lésions viscérales ; loin de là, il les regarde comme formant la règle, tandis que les premiers font exception.

M. Mercier pense que, dans bien des circonstances, le mot névrose n'est qu'un masque derrière lequel se cache notre ignorance. Lorsqu'il était interne à Bicêtre, il lui est arrivé bien des fois de rencontrer sur le cadavre d'individus qu'on regardait comme hypochondriaques, des lésions organiques graves et profondes qui avaient été méconnues pendant la vie. D'autres fois, ces lésions sont très minimes, et il peut, sans aucun doute, y en avoir de tellement faibles qu'elles peuvent échapper à l'observateur le plus attentif, et à tous les moyens d'investigation que la science possède.

Un homme se plaignait continuellement de constipation, et disait éprouver diverses sensations dans son abdomen ; on le crut hypochondriaque, et à son autopsie on trouva l'S iliaque remonté jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen, et présentant diverses adhérences. Il est probable que cette mauvaise disposition de l'intestin gênait le cours des matières, et déterminait chez lui le malaise qui le fit accuser d'hypochondrie. Il en est de même des maladies de la vessie, de la prostate, des pertes séminales, etc.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, D.-M.-P.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Guérison d'une fistule à l'anus par l'emploi de la teinture d'iode; par M. le docteur C. CLAY.

Après avoir rappelé les heureux résultats qui ont été obtenus dans le traitement de l'hydrocèle par le moyen de la teinture d'iode, M. Clay rapporte un cas de fistule à l'anus dans lequel il a eu recours à l'injection de ce médicament. Cette injection fut suivie d'une douleur très vive pendant quelques minutes, puis d'un prurit qui persista pendant deux ou trois heures.

On répéta l'injection sept jours de suite : au bout de ce temps, le trajet de la fistule était parfaitement oblitéré, et son orifice externe était entièrement fermé.

Il est nécessaire, fait observer M. Clay, pour arriver à ce résultat, que le liquide injecté s'étende dans tout le trajet fistuleux et se trouve en contact avec tous les points de la surface. Pour pouvoir s'assurer qu'il en est ainsi, on introduit dans le rectum une tente de charpie, et on la fait parvenir jusqu'à l'orifice interne de la fistule; on reconnaît que le liquide a pénétré comme il est nécessaire, lorsque cette tente reste colorée. Dans l'observation de M. Clay, l'orifice rectal de la fistule était oblitéré dès la troisième injection.

L'auteur termine en disant que, pour le traitement des fistules, la teinture d'iode doit être employée à l'état de pureté; tandis que pour la cure de l'hydrocèle, il convient de l'étendre d'une quantité d'eau déterminée. *(Medico chirurgical Review.)*

Formule d'une pommade antipériodique; par M. Dr C. SPINELLI.

Pr. Sulfate de quinine,	2 grammes
Sous-carbonate de péroxyde de fer,	60 centigrammes.
Opium pur,	15 centigrammes.
Axonge récente,	80 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

L'auteur se sert de cette pommade lorsque, dans le cours des paroxysmes périodiques, l'intermittence n'est pas assez marquée pour qu'il soit possible de faire prendre les préparations de quinquina à des heures déterminées ou fixes.

En général, on peut établir que l'emploi de cette médication est spécialement indiqué :

1° Lorsqu'on a affaire à des enfants très jeunes affectés de fièvres périodiques, et chez lesquels on ne peut employer le sulfate de quinine autrement que par la méthode iatraleptique ;

2° Dans les cas de fièvres d'accès à paroxysmes trop rapprochés pour permettre l'administration du quinquina ou de ses alcaloïdes;

3° Dans les cas de fièvre intermittente accompagnée de vomissements ou de dysphagie;

4° Dans les fièvres intermittentes pernicieuses et dans les fièvres rémittentes de mauvais caractère;

5° Lorsque, les paroxysmes n'existant plus, on veut combattre les conséquences et prévenir les récidives;

6° Lorsque l'on veut couper rapidement la fièvre, et, dans ce cas, il convient d'associer à l'emploi de la pommade l'usage interne du sulfate de quinine.

On applique cette pommade sur la région vertébrale; après avoir préalablement lavé cette région avec de l'eau de savon, on pratiqua, pendant trois jours consécutifs, trois frictions avec cette pommade, à deux heures de distance les unes des autres. *(Il Filiatre Sebezio.)*

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

Voici quelques détails sur la communication que j'ai faite le 6 août à l'Académie de médecine. L'enfant vivant que j'ai présenté est du sexe féminin ; elle est âgée de trois semaines et un jour, et fortement constituée ; elle promet évidemment de vivre. Son père est âgé de vingt-sept ans ; sa mère a vingt-un ans. L'un et l'autre sont d'une bonne constitution. A l'âge de dix-sept ans cette femme a eu un premier enfant qui, fortement développé, a conséquemment quatre ans aujourd'hui. Elle a porté la grossesse de l'enfant que vous avez eu sous les yeux, sans que le moindre symptôme pût faire pressentir la monstruosité qu'elle allait mettre au monde. Elle ne se rappelle pas avoir ressenti la moindre émotion, avoir fait aucune chute, avoir reçu de choc pendant sa grossesse. Sa petite fille est venue au monde en première position, après trois heures de fortes douleurs. Je pense que cette enfant doit être rangée dans l'ordre des diplogénèes, d'après les idées émises par M. Breschet sur la classification des monstres, bien qu'elle ne soit double, je le répète, qu'à partir de la région lombaire. Mais là commence un second individu parfaitement formé comme le premier. Seulement le volume de ces deux individus superposés l'un sur l'autre, agrandissant trop, pour la capacité normale de l'utérus, le diamètre antero-postérieur qui passerait par les deux régions sacro-pubiennes, la ligne qui commence le second individu a été divisée et reportée naturellement à gauche, ce qui a permis à la jambe de ce côté de contourner la hanche du premier individu et de venir s'appliquer sur son abdomen. Quant à la jambe droite, elle est restée fléchie sous le siége, et par cette raison a acquis un volume un peu moindre que celui de sa congénère, qui est bien développée.

M. Gerdy me demandant si l'anus et les organes génitaux du second individu étaient à l'état normal, j'ai répondu que les ouvertures naturelles étaient indiquées, mais non perforées.

J'ai dit à l'Académie que, pour le moment, je ne faisais que lui présenter cette enfant, parce que je ne voulais pas lui laisser ignorer plus long temps l'existence de cette monstruosité qui, d'ailleurs, pouvait bien mourir, attendu que déjà la semaine dernière elle avait eu quelques légères convulsions ; mais qu'aussitôt que j'aurais suffisamment examiné cette enfant, j'aurais l'honneur de lui adresser un mémoire dans lequel je signalerais les détails anatomiques et physiologiques que j'aurais observés, mémoire dont le but serait de solliciter une commission qui donnerait son avis sur la question de savoir s'il y aurait péril pour les jours de l'enfant à tenter un moyen pour faire disparaître le second individu.

Agréez, etc. BÉRIGNY, D.-M.-P.

Meulan, 9 août.

NOUVELLES.

Un de nos confrères de Sussy-sur-Loire, M. le docteur A. R., nous écrit pour nous faire observer qu'il s'est glissé une erreur de chiffres dans l'appréciation de la quantité d'acide arsénieux contenue dans une proportion donnée, soit de la liqueur arsénicale de Fowler, soit dans la solution minérale de M. A Devergie (voyez *Gazette des Hôpitaux*, 5 août 1844.) 25 gouttes de solution de Fowler ne représentent pas 10 milligrammes ou 1/5e de grain d'acide arsénieux ; mais bien 5 milligrammes ou 1/10e. — 25 grammes de la solution de M. Devergie contiennent la même proportion.

Si, comme le dit M. Devergie, les malades ne peuvent supporter que 15 à 18 gouttes dans l'administration journalière de la solution de Fowler prolongée pendant un certain laps de temps, il s'ensuivrait qu'ils ne peuvent prendre qu'un peu plus de trois milligrammes d'acide arsénieux à dose médicamenteuse, ou 1/17e de grain environ de cet acide.

— M. le docteur PAJOT commencera, le 17 août, à deux heures, des Conférences publiques sur les accouchements, pour les sages-femmes, rue du Paon, 8.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 96. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 15 AOUT 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le cas de *purpura hæmorrhagica* dont nous avons parlé dans notre dernier article, nous a inspiré quelques réflexions nouvelles que nous exposerons après avoir analysé rapidement un fait analogue qui vient de se passer. Une femme, enceinte de quatre mois environ, éprouvait, à la suite d'une fausse couche, une métrorrhagie abondante. On vint chercher du secours à la Charité. Un interne se rendit auprès de la malade, et la délivra avec difficulté, car le col était déjà en très grande partie revenu sur lui-même. Ce qui frappa l'interne, ce fut beaucoup moins la métrorrbagie, simple épiphénomène, quoique fort grave assurément, qu'un *purpura* des plus confluents, régnant sur toute l'étendue du corps. La malade rendait du sang avec les crachats. Malgré la délivrance, la métrorrbagie continua et la femme mourut. Le purpura et l'expuition sanguine dataient du matin même.

Nous devons interrompre ici le récit du fait pathologique, pour donner place à un détail administratif fâcheux. On va en juger. L'interne, voyant la métrorrhagie continuer malgré la délivrance, et ne pouvant, à cause de son service, rester plus long-temps auprès de la malade, voulut la faire entrer à l'hôpital, et emmena, à cet effet, des hommes à la Charité, pour qu'ils eussent à se munir d'un brancard. Mais le concierge, d'après l'ordre du directeur, s'opposa à ce que ce moyen de transport sortît de l'hôpital. Il fallut aller chercher un brancard ailleurs, perdre du temps, et ce fut pendant que l'on remplissait de misérables formalités que la patiente acheva de perdre son sang et mourut. Nous ne doutons pas que le directeur n'ait agi selon son devoir; mais son devoir est déplorable. Il y a, entre le personnel de santé et le personnel administratif, dans tous les hôpitaux, une hostilité sourde ou patente. Il ne peut en être autrement. L'administration représente l'Etat économe; le personnel médical représente l'Etat bienfaisant. C'est aux médecins à triompher des difficulté qu'on leur oppose, en ralliant à leur cause, qui est celle des malades, celle de l'humanité, tous les esprits honnêtes et généreux.

Revenons à notre observation. L'autopsie fut pratiquée 36 heures après la mort. L'habitude extérieure était celle d'une jeune femme pleine de vigueur. Il existait sur la plus grande partie du corps, mais particulièrement à la face, à l'abdomen et aux cuisses, une abondante éruption de pétéchies, dont les plus volumineuses avaient la largeur d'une grosse lentille. Quelques-unes de ces taches étaient d'un rouge-violacé; les plus nombreuses étaient livides, ou même de la couleur de l'encre. En les incisant, on voyait que l'hémorrbagie n'affectait que le corps muqueux de la peau; la couche fibreuse était intacte. Quelques taches se présentaient sous la forme de petits points, comme ceux que l'on obtiendrait en touchant la peau avec la pointe d'une épingle trempée dans un liquide coloré en rouge ou en rouge-brun. Il n'y avait qu'un *piqueté* de ce genre à la face, qui était, en outre, cyanosée, couleur violet-ardoisé. Ces petites taches sont spécifiées par Frank (J.-P.) comme les plus alarmantes; Mais elles peuvent dépendre d'un simple effet cadavérique, l'épanchement disparaissant, hormis le centre. Au haut des cuisses, dans le point où les taches étaient en plus grand nombre, existait un emphysème considérable, effet de la putréfaction. Là surtout, l'épiderme se détachait avec une grande facilité. Les cheveux étaient remplis de poux. Le poumon était engoué; le foie, décoloré, laissait suinter à l'incision une quantité notable de sérosité *roussâtre.* L'intestin grêle était tacheté comme la peau; seulement les taches étaient d'un rouge vif. L'aorte offrait, à l'intérieur, une bande d'un rouge éclatant comparable à celui du carmin. La coloration n'était pas superficielle. La membrane interne, facile à détacher, en était imprégnée, et ne s'est point décolorée dans l'eau. Le sang de la saignée n'a pas été examiné. Mais l'interne qui a délivré la malade nous a dit que celui qui sortait de la matrice était très fluide, et qu'il ne lui a presque pas poissé les mains.

Ces détails ne sont pas complets, mais ils suffisent pour donner une idée du fait; nous venons de les exposer tels que nous avons pu les recueillir rapidement.

Maintenant, nous pouvons reprendre le cas dont nous avons entretenu nos lecteurs samedi passé. Nous n'avons point assez fait ressortir, dans cette première observation, la coïncidence du *purpura* avec les caractères anatomiques intestinaux de la fièvre typhoïde. Il y avait des plaques développées, des follicules saillants, et particulièrement une plaque ulcérée. Dans quel rapport l'altération du sang s'est-elle trouvée avec les lésions intestinales? Celles-ci ont-elles déterminé celle-là, ou plutôt ne faut-il pas voir dans l'éruption intestinale et dans l'éruption cutanée (le purpura) les deux effets d'une même cause, l'altération du sang, avec cette différence que l'un de ces effets a été tardif? Nous avouerons que notre préférence est acquise à la seconde hypothèse.

Mais, dans l'autre fait, celui de la femme, il n'y avait pas d'altérations dans le tube digestif, autres que les taches de purpura (nous avons spécialement et expressément examiné la fin de l'intestin grêle et le cœcum). Il faut donc admettre une altération subite du sang frappant une malheureuse femme au milieu de la plus brillante santé, et dans un moment (celui de la grossesse) où le sang est plus riche en fibrine que dans l'état habituel; circonstance qui donne à l'observation un plus grand intérêt et plus d'étrangeté encore. Dans l'hypothèse que nous avons acceptée, le premier cas, celui de l'homme, différerait du second par cette circonstance notable que, dans l'un l'altération du sang aurait précédé de tout le temps nécessaire à la production des lésions intestinales l'éruption hémorrhagique ou le purpura, tandis que dans l'autre l'altération du sang aurait été soudaine et à peine séparée de la manifestation du purpura. Reste la question étiologique: Comment une telle altération peut-elle se produire? Nous avons eu tort de faire à cette question une réponse absolue. Non, la question n'est pas entièrement insoluble. Sans doute le plus grand nombre des causes sont voilées; mais quelques-unes sont saisissables. Une vive et profonde impression morale peut amener un trouble mortel dans la composition du sang. Un homme meurt en peu de jours dans l'état typhoïde le plus caractérisé après avoir éprouvé un violent chagrin, et on ne trouve, à l'autopsie, aucune altération dans les solides. A quoi a-t-il pu succomber, si ce n'est à une altération du sang, et la cause de cette altération n'est-elle pas évidente? Le cas auquel nous venons de faire allusion a été rapporté par M. le baron Michel (*Statistique médicale*, etc.).

— Les abcès du poumon sont rares chez l'adulte. Nous parlons des abcès péripneumoniques. M. le professeur Trousseau vient d'en observer un exemple dans son service de femmes à l'hôpital Necker. La malade était entrée avec une pneumonie du lobe supérieur droit au troisième degré (hépatisation blanche). Les crachats étaient jus de pruneaux. Au bout de quelques jours on entendit un gargouillement de plus en plus distinct, et une sonorité circonscrite là où précédemment on avait constaté de la matité et l'absence de bruit respiratoire. Sur ce signe, M. Trousseau diagnostiqua une vomique péripneumonique, diagnostic qui a été, malheureusement, vérifié à l'autopsie. Le foyer était plus gros qu'un œuf. Son siége pouvait donner à penser qu'il s'agissait d'un abcès tuberculeux; mais l'examen le plus attentif a convaincu l'observateur qu'il s'agissait d'un abcès purement phlegmoneux, sans la moindre trace de tubercules.

— M. Velpeau a extirpé de la grande lèvre droite, chez une jeune femme, une tumeur d'une espèce rare. Cette tumeur avait le volume et la configuration d'une bille de billard de moyenne grosseur; elle était indolore, sans changement de couleur à la peau; mollasse; donnant la sensation de concrétions situées au milieu d'un tissu moins résistant; non fluctuante; plusieurs fois, au dire de la malade, la tumeur avait augmenté de volume, pour diminuer par le repos; la peau était mobile à sa surface. Quelques personnes croyaient à un kyste hématique avec concrétions fibrineuses dans son intérieur. M. Velpeau diagnostiqua une tumeur concrète. L'extirpation fut pratiquée au moyen d'une incision elliptique comprenant une portion de peau. La tumeur, vue à l'extérieur, offrait l'aspect serré d'un kyste cellulaire dense; mais ce kyste n'était pas, à beaucoup près, aussi distinct à l'intérieur, et se confondait de ce côté avec la substance de la tumeur; en un mot, il n'y avait pas de kyste proprement dit; seulement, la couche la plus excentrique s'était condensée et isolée du tissu cellulaire environnant. La surface de l'incision au moyen de laquelle on divisa cette tumeur offrait l'aspect gélatiniforme, et était traversée en divers sens par un assez grand nombre de filaments fibreux, nacrés, très distincts; en comprimant la tumeur, on en faisait suinter une quantité considérable de sérosité, et l'on put constater, par l'expression complète, que la proportion de liquide était au moins pour moitié dans la masse totale. M. Velpeau a appelé cette tumeur une *tumeur éléphantiasique de la grande lèvre.* Il n'est pas douteux, en effet, que ce ne fût là essentiellement le tissu éléphantiasique. On trouvera dans la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* (t. I, p. 36), une observation de M. Denonvilliers qui offre une grande ressemblance avec le fait qui vient d'être rapporté. Il ne faut pas oublier que souvent ces tumeurs semblent tenir à une diathèse, et récidivent.

— Chez un jeune garçon opéré par M. Blandin d'un bec-de-lièvre compliqué de déviation en avant de l'os inter-maxillaire (l'opération avait été faite par le procédé de ce professeur) la lèvre inférieure était restée disgracieusement longue et épaisse; de plus, et c'est là une circonstance bien singulière, cette lèvre présentait deux orifices de la largeur d'une grosse lentille, conduisant dans deux canaux d'environ un centimètre et demi de profondeur; il suintait de ces ouvertures, placées au centre de la lèvre, l'une près de l'autre, un liquide analogue au mucus. C'était, d'après M. Blandin, et très vraisemblablement, les orifices de deux follicules très volumineux: leur présence ajoutait beaucoup à la difformité. Ils furent compris dans une incision en V. Trois épingles furent passées et on pratiqua la suture entortillée. M. Blandin a un moyen fort ingénieux d'introduire les épingles; il se sert de pinces à ressort, creusées de manière à pouvoir loger la tête de l'épingle, qui est, en outre, solidement fixée, et fait corps, pour ainsi dire, avec la pince. L'introduction des épingles est singulièrement favorisée par ce moyen. Nous ne devons pas omettre un détail important: la mère de l'opéré, que nous avons examinée, portait le même vice de conformation que lui. Elle avait été opérée de son bec-de-lièvre compliqué; mais les deux trous de la lèvre inférieure persistaient. Cette femme a eu cinq enfants; sur ce nombre, trois ont présenté le même vice de conformation.

— Au moment où nous formulions notre jugement définitif sur la méthode opératoire de M. Bransby Cooper pour le varicocèle, un médecin distingué faisait connaître un procédé analogue et à coup sûr ingénieux de cure palliative (voir *Gaz. des Hôpitaux*, n° du 10 août). Mais de deux choses l'une, ou le lien qui embrasse les bourses sera peu serré, et alors il s'échappera facilement, ou il sera fortement étreint, et alors est-on bien certain qu'il n'irritera pas le scrotum au point de produire un érysipèle phlegmoneux? Nous ne voyons pas, d'ailleurs, quelle commodité plus grande et quel avantage il pourra y avoir pour le patient à se ficeler les bourses plutôt qu'à porter un suspensoir. C'est, du reste, un moyen fort simple et qu'on peut essayer.

— Un cas de spina-bifida, intéressant par l'opération qui a été pratiquée, vient de se présenter à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Baron.

Le sujet était âgé de six jours. La tumeur était située dans la région lombaire, et avait le volume d'un œuf de poule. Elle était transparente, fluctuante, susceptible de réduction. Quand le liquide avait été repoussé dans le canal rachidien, on sentait l'écartement des lames vertébrales. C'était donc bien un spina-bifida (*hydrorachis dehiscens* des classiques), et non point un de ces kystes qui ne communiquent pas avec l'intérieur des enveloppes de la moelle, et sur lesquels M. Velpeau a justement appelé l'attention (*Médecine opératoire*, t. III, p. 272, 273).

Les enveloppes de la tumeur s'amincissaient et la peau rougissait. Il fallait se décider à opérer, ou se résigner à laisser le kyste s'ouvrir de lui-même. Or, l'ouverture spontanée, c'est l'établissement d'une voie permanente à l'introduction de l'air dans le canal méningo-rachidien.

En 1841, M. Dubourg, médecin de l'hôpital de Marmande, conçut l'idée d'une opération hardie, et mit cette idée à exécution. Le succès répondit à son attente.

Dans le bec-de-lièvre avec écartement des os, la réunion des bords de la solution de continuité labiale exerce une influence favorable sur l'écartement osseux, qui tend à diminuer. C'est ce fait incontestable qui a servi de point de départ à M. Dubourg, dont le procédé a aussi pour résultat de faire éviter le contact prolongé de l'air avec la moelle. Voici en quoi consiste ce procédé: on pratique une incision elliptique à la base de la tumeur; la sérosité s'écoule, et l'opérateur met le doigt sur la plaie, de manière à prévenir l'introduction de l'air dans le canal méningo-rachidien. Les lèvres de la solution de continuité sont ensuite affrontées et maintenues en contact au moyen de la suture entortillée. On place de petites compresses sous la pointe des épingles, et on applique un bandage de corps. M. Dubourg a obtenu deux succès sur trois cas, dans lesquels il a pratiqué cette opération.

M. Tavignot proposa au procédé de M. Dubourg des modifications contre lesquelles ce dernier s'éleva avec force, et qui, cependant, nous paraissent très acceptables.

C'est M. Tavignot qui a opéré le petit sujet du service de M. Baron, d'après l'autorisation de ce médecin expérimenté. Voici comment il a procédé: Ayant embrassé la tumeur à l'aide d'une pince dont les mors ne se touchent pas du côté du manche (si les mors se touchaient partout, ils ne pourraient pas saisir également la tumeur dans toute son étendue; c'est-à-dire que la tumeur serait très serrée par la partie la plus reculée des mors, et de moins en moins à mesure que l'on se rapprocherait de leur extrémité libre), il divisa le kyste en ayant soin de serrer davantage les mors de la pince à mesure que le liquide s'écoulait. Par cette manœuvre, trois choses ont eu lieu en même temps et graduellement: l'incision du kyste, l'écoulement du liquide et le rapprochement des bords de l'incision. On comprend que, de cette manière, l'accès de l'air dans le canal soit rendu difficile, et il nous paraît convenable d'agir ainsi, préférablement à l'incision abrupte de M. Dubourg. L'incision faite et le liquide évacué, les lèvres de la plaie étant maintenues affrontées par la pince,

M. Tavignot excisa deux ou trois branches nerveuses qui se trouvaient dans l'épaisseur des parois du kyste, afin de ne pas les comprendre dans la suture, et passa en avant des pinces cinq aiguilles sur lesquelles un fil fut enroulé, comme chacun sait que cela se pratique pour la suture entortillée. Quelques bandelettes agglutinatives furent appliquées, et l'on mit un bandage de corps.

Il n'y eut pas d'accidents pendant les trois premiers jours, et l'on pouvait se flatter de l'espoir d'un succès; mais le quatrième jour on s'aperçut que les téguments s'étaient ulcérés autour de l'une des aiguilles, et que du liquide s'écoulait par l'ouverture. On en conçut de justes craintes; car l'ouverture par laquelle le liquide se faisait jour pouvait donner accès à l'air : c'est probablement ce qui eut lieu. L'enfant éprouva de l'agitation et cessa de prendre le sein; il poussait des cris. Le cinquième jour après l'opération il mourut. Peut-être aurions nous à enregistrer un succès si l'on n'avait pas laissé aux aiguilles le temps d'ulcérer les parties qu'elles traversaient. Notons que la plaie était cicatrisée au moment où l'on s'aperçut de l'existence de l'ouverture fistuleuse. Le chirurgien devra donc, dans un cas semblable, enlever les aiguilles aussitôt que la plaie lui semblera en bonne voie de cicatrisation. Il serait bon de découper les bandelettes agglutinatives assez longues pour faire plusieurs fois le tour du corps du sujet au niveau de l'incision. On ajouterait ainsi un moyen contentif très efficace à la suture entortillée, et l'on pourrait sans inconvénient enlever les aiguilles promptement. Toutefois, chez les jeunes sujets, il faut prendre garde aux agglutinatifs, dont l'action sur un tégument nécessairement très fin, est parfois très irritante.

Les autres moyens applicables au *spina-bifida* sont : les ponctions réitérées avec une aiguille à cataracte, suivant la pratique d'A. Cooper, qui a obtenu deux succès de cette manière; la compression graduée, qui a procuré aussi un succès à A. Cooper, et qui est attribuée à Abernethy; enfin, la ligature.

L'exiguïté de l'ouverture, dans le cas de ponction avec une aiguille à cataracte, garantit contre l'introduction de l'air dans le canal, à condition de presser sur la tumeur en même temps que l'aiguille pénètre, et de fermer immédiatement et exactement la petite perforation. On ne comprendrait guère que la guérison pût s'opérer par ce seul moyen, s'il ne se produisait un certain degré de phlogose, à la faveur de laquelle les parois du kyste reviendraient sur elles-mêmes, ou à moins que l'on ne fît suivre la ponction de quelque compression. En effet, la seule ponction ne peut que donner issue au liquide, lequel se reproduit incessamment. Quel que soit le mécanisme de ce moyen, il ne faut pas oublier qu'il a réussi deux fois à A. Cooper.

La compression, ainsi que nous l'avons dit, a donné un succès à A. Cooper; mais il y a des cas dans lesquels la réduction du liquide amène des accidents analogues à ceux de la compression cérébrale, comme on le voit dans une autre observation du célèbre chirurgien anglais, et dans lesquels par conséquent cemoyen serait inapplicable.

Quant à la ligature, elle réaliserait en partie le résultat obtenu par M. Dubourg; mais elle suppose un *spina-bifida* dans lequel la tumeur serait pédiculée, et ce cas doit être très rare.

Nous avons dit que les modifications proposées par M. Tavignot au procédé opératoire de M. Dubourg, nous paraissent acceptables. Pourtant M. Dubourg a réussi deux fois sur trois, tandis que M. Tavignot a échoué dans le seul cas où il ait opéré. Mais tout le monde comprendra que ce n'est point là une objection dans l'espèce. L'insuccès ne vient pas du manuel.

L'introduction de l'air dans le canal est prévenue par l'application de la pince; elle ne l'est point quand on suit les indications de M. Dubourg; ensuite les aiguilles doivent être plus facilement passées à travers les lèvres de la plaie maintenues par la pince, que lorsque ces lèvres sont abandonnées à elles-mêmes. Telles sont les raisons qui nous feraient adopter le manuel de M. Tavignot pour pratiquer l'opération de M. Dubourg.

Nous venons de nous montrer fort préoccupé de la crainte du contact de l'air avec la moelle : c'est qu'en effet là paraît être le danger. Lorsque le *spina bifida* est abandonné à lui-même, tant que la tumeur est intacte, généralement les accidents sont nuls; ils ne se développent qu'après l'ouverture.

L'opération de M. Dubourg a sur la méthode des ponctions répétées, l'avantage de supprimer le kyste immédiatement, et peut-être de favoriser, suivant la pensée de l'auteur, le rapprochement des bords de l'ouverture osseuse. Mais, dans un certain nombre de cas, on serait exposé à enlever une portion de la moelle, puisque MM. Cruveilhier et M. Voillemier ont vu celle-ci se perdre dans les parois du kyste hydro-rachitique (*Bull. de la Soc. anat.*, XIVe année, p. 123). Ce danger donnerait l'avantage aux ponctions répétées, et à la compression.

En définitive, dans un cas de *spina bifida*, nous essayerions d'abord la compression avec de larges bandelettes agglutinatives entourant tout le corps du sujet; si ce moyen était insuffisant ou inexplicable, nous aurions recours aux ponctions répétées, et ce n'est qu'en troisième lieu que nous appliquerions le procédé de M. Dubourg.

Il est impossible de songer au spina-bifida, pas plus qu'à aucun vice de conformation, sans éprouver le désir de remonter à la cause de la monstruosité. Nous voyons dans l'écartement des lames vertébrales le résultat d'un arrêt de développement absolument comparable à celui qui a pour effet l'écartement des os incisifs dans le bec-de-lièvre compliqué. C'est donc la lésion osseuse qui, dans le spina-bifida, déterminerait l'hydropisie partielle des méninges rachidiennes, à moins de supposer que l'écartement congénial des lames vertébrales ne soit dû précisément à un excès du liquide encéphalo-rachidien.

Constatons, en terminant sur ce sujet, les progrès de la thérapeutique du spina-bifida depuis une époque très rapprochée de la nôtre. Voici, en effet, ce qu'écrivait Itard dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* : « L'hydrorachis congéniale est une maladie mortelle. Il faut s'abstenir de tout traitement. Nous ne savons pas s'il est convenable de prendre des moyens pour prévenir l'ouverture de la tumeur, et prolonger ainsi de quelques jours ou de quelques mois la végétation d'un être qui n'est pas né viable. » Ces paroles, à part ce qu'elles ont de trop absolu et d'erroné au point de vue thérapeutique, sont répréhensibles sous le rapport moral. La vie humaine, dans aucun cas, ne saurait être considérée comme une *végétation* par le médecin. Il doit l'envisager abstractivement, indépendamment du mal, indépendamment du malade, et mettre tous ses soins, toujours, à la prolonger, ne fût-ce que d'un instant.

X...

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant père.

Phthisie pulmonaire avec excavation tuberculeuse. Réflexions sur cette affection dans l'enfance. (Suite.)

Nous avons, dans un précédent article, donné les détails d'une observation de phthisie pulmonaire qui nous a paru curieuse et intéressante sous plus d'un rapport, et nous l'avons fait suivre de quelques considérations sur le fait particulier. Nous avons ajouté que, jusqu'à présent, malgré son importance, la phthisie pulmonaire n'avait encore été l'objet d'aucune étude spéciale chez l'enfant, chez lequel cependant on la rencontre fréquemment, et où elle affecte une marche qui n'est point tout à fait la même que celle qu'elle suit chez l'adulte. Nous allons rapidement passer en revue les symptômes, la marche de l'affection dans cette période de la vie, puis nous examinerons le traitement que l'on doit mettre en usage, et les différences que peut offrir l'anatomie pathologique dans ces deux circonstances.

Selon ses différentes périodes, la tuberculisation pulmonaire est caractérisée par des symptômes d'auscultation et de percussion les plus variés, et qui semblent même souvent les plus contradictoires. La difficulté devient encore plus grande, lorsque, ce qui arrive souvent, l'affection est parvenue dans différents points à des périodes différentes, et que les symptômes se mélangent, se combinent ou se détruisent, de manière à jeter l'observateur dans les plus grandes incertitudes.

1° *Granulations, et tubercules miliaires.* — Lorsque, dans la première période de l'affection tuberculeuse le poumon est rempli d'un grand nombre de granulations et de tubercules encore à l'état miliaire, le seul symptôme appréciable est une diminution de l'expansion vésiculaire, de l'ampleur du murmure respiratoire, et une certaine rudesse de ce murmure, ordinairement doux et moelleux. En même temps il y a une prolongation assez constante de l'expiration. Bien que ces phénomènes se rencontrent toujours au début de la phthisie pulmonaire, cependant ils ne sont pas essentiellement propres à cette affection, et peuvent se rencontrer, sinon tous, du moins isolément dans d'autres affections. C'est donc à tort que l'on a cru pouvoir, dans ces dernières années, leur attribuer une valeur beaucoup plus grande qu'ils n'en ont réellement. Du reste, nous rappellerons, en passant, et sans vouloir y insister plus longuement, un fait que nous avons observé nous-même, et dans lequel l'auteur auquel nous faisons allusion a pris une chlorose pour une phthisie pulmonaire, chez une femme qui offrait quelques-uns de ces caractères. Il est assez rare d'assister au début de la phthisie pulmonaire, à moins qu'elle ne revête la forme de *phthisie aiguë;* cas auquel elle offre des particularités sur lesquelles nous reviendrons plus tard, tant sous le rapport de sa marche que de ses symptômes.

Même dans les cas où l'on croit être le plus certain de son fait, on ne peut affirmer si la respiration rude appartient à des tubercules miliaires ou à des granulations. On peut présumer que ce sont des tubercules lorsque les symptômes sont plus tranchés et plus évidents, et surtout quand il y a retentissement de la voix. La dureté du bruit respiratoire dépend d'un frottement peu considérable qui s'exerce par le passage de l'air dans les petites ramifications bronchiques. Ce symptôme, que l'on ne rencontre pas toujours, mérite d'autant plus d'être étudié chez les enfants, que quelquefois on ne le distingue qu'avec peine de la respiration puérile. Il est inutile de dire que la respiration est d'autant plus dure, que les tubercules sont plus nombreux, et qu'il en est de même de l'intensité du retentissement de la voix; enfin, que les tubercules sont plus communs et plus nombreux au sommet qu'à la base du poumon, partant, que les symptômes pour cette raison et aussi un peu pour la disposition anatomique des parties, sont plus marqués dans ce point du thorax.

L'intensité des symptômes dont nous venons de parler semble être en rapport avec la durée de la maladie. Tandis qu'il semblerait plus rationnel qu'une lésion venue tout d'un coup donnât plus de symptômes, et plus manifestes qu'une affection développée lentement; on observe ici tout le contraire. Enfin, les symptômes concomitants d'une affection intercurrente peuvent encore modifier ou masquer ces légers bruits qui ne reparaîtront que dans les cas ou les râles muqueux ou sibilants de la complication auront disparu par une cause quelconque. La respiration rude et l'expiration prolongée sont encore couvertes lorsque des symptômes très tranchés d'affections étendues se font entendre dans la portion loin des tubercules. Le plus souvent alors, la respiration paraît normale. Enfin, quand il existe des tubercules miliaires, en même temps qu'un développement tuberculeux des ganglions bronchiques, il peut y avoir respiration bronchique ou même caverneuse. Ainsi l'on voit que, tandis que les symptômes peuvent souvent manquer dans les cas d'acuité de l'affection, de complication d'autres affections thoraciques, du développement des tubercules à la partie inférieure du poumon, le développement des ganglions bronchiques augmente au contraire leur intensité.

2° *Infiltration tuberculeuse.* — Lorsque l'infiltration jaune est isolée de toute autre affection pulmonaire, il y a diminution de sonoréité à la percussion, et faiblesse ou absence de bruit respiratoire. Mais il est rare que cette affection soit isolée, existe seule; et le plus souvent, les symptômes en sont modifiés par les symptômes concomitants de quelque autre lésion. L'étendue de la matité et de l'absence du bruit respiratoire varie suivant l'étendue de l'infiltration jaune, dont le mode d'action, relativement à ces phénomènes, est le même que celui, par exemple, de l'hépatisation de la pneumonie, c'est-à-dire qu'un corps dense prend la place d'un tissu léger, souple et perméable à l'air. Lorsque la masse tuberculeuse est profondément située, le tissu pulmonaire sain l'environnant de toutes parts, il arrive souvent que la résonnance reste bonne et la respiration normale.

Jamais quand il existe un amas de matière tuberculeuse, on n'entend de râles, à moins que cette substance ne se soit ramollie; de même aussi les râles sonores ou sibilants que l'on entend quelquefois se passent dans les bronches voisines remplies de mucosités, et non dans la masse tuberculeuse elle-même. Après le ramollissement du tubercule, et l'évacuation par les communications bronchiques de la substance ramollie, on entend le souffle caverneux et la pectoriloquie, tous symptômes sur lesquels nous passons rapidement, connus qu'ils sont de nos lecteurs. Mais nous ne devons pas passer sous silence la propriété importante des masses tuberculeuses non ramollies, de transmettre au loin des symptômes stéthoscopiques dus à d'autres affections pulmonaires éloignées du point où siége le tubercule lui-même, propriété qu'ils doivent à ce que, par leur présence, ils augmentent la densité du parenchyme, qui fait alors l'office de corps solide, et par conséquent transmet beaucoup mieux les sons.

L'intensité des sons devient encore plus grande lorsque, chose fréquente chez les enfants, les ganglions bronchiques sont indurés et forment de grosses masses tuberculeuses. Quant à l'infiltration grise, il est tellement rare de la rencontrer isolée, qu'il serait difficile d'en apprécier bien exactement les signes. Cependant nous pouvons dire que, comme l'infiltration jaune, elle est caractérisée par la diminution ou l'absence de la sonoréité, et du murmure respiratoire. Mais quant à distinguer l'infiltration jaune de l'infiltration grise, les auteurs les plus récents n'ont encore pu parvenir à ce résultat.

3° *Cavernes tuberculeuses.* — Les signes des excavations tuberculeuses sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte lorsque ces lésions présentent la même disposition que chez l'adulte relativement au siége à la partie supérieure du poumon, et relativement au développement lent et graduel lorsqu'elles sont la suite d'une tuberculisation lente et chronique. La respiration caverneuse, le râle muqueux à plus ou moins grosses bulles, le gargouillement, la pectoriloquie, ne sont pas toujours chez l'enfant le signe d'une mort très prochaine. Souvent il arrive que les jeunes malades présentent pendant long-temps ces signes fâcheux, tandis que d'autres sont emportés rapidement après leur apparition. De plus, il est essentiel de noter que les cavernes tuberculeuses ne donnent pas toujours lieu, surtout chez les enfants, aux symptômes que nous pourrons appeler caverneux. Souvent la respiration bronchique, la bronchophonie, la matité sont les seuls symptômes que l'on puisse constater; et d'un autre côté, que ces symptômes auxquels on rattache ordinairement l'existence d'une caverne, peuvent exister même en l'absence de toute excavation tuberculeuse. Dans ce dernier cas, les symptômes généraux, l'état extérieur du sujet, les renseignements antérieurs recueillis avec soin devront être pris en sérieuse considération et serviront à aider au diagnostic.

Nous avons assez longuement insisté sur la valeur du bruit de pot fêlé pour ne point être obligé d'y revenir ici; mais quoique souvent incertain, et de peu d'importance, s'il est seul, il sera un des éléments du diagnostic s'il est rapproché des autres phénomènes morbides qui indiquent l'existence d'une caverne au sommet du poumon.

Le siége de la caverne, avons-nous dit, est chose importante, en ce sens qu'au sommet de l'organe l'excavation tuberculeuse est toujours beaucoup plus facile à reconnaître que si elle siége à la partie moyenne ou postérieure, entourée qu'elle peut être, dans ces derniers points, de tissu pulmonaire resté sain en assez grande quantité pour que les bruits pathologiques de la respiration ne puissent arriver jusqu'à l'oreille, et soient couverts entièrement par des râles ou par la respiration normale. L'âge des malades influe puissamment sur le diagnostic, les symptômes caverneux se trouvant la plupart du temps modifiés d'une manière notable. Les très jeunes sujets, nous voulons dire ceux qui n'ont point encore atteint l'âge de six ans, présentent rarement les symptômes auxquels on reconnaît chez l'adulte les excavations pulmonaires, bien qu'ils offrent à l'autopsie des cavernes proportionnellement plus considérables que celles qui chez les individus plus âgés sont indiquées par l'existence de ces symptômes. Chez les enfants qui ont passé la première enfance, la symptomatologie de l'affection pulmonaire ressemble, à peu de chose près, à celle de l'adulte.

Quelle est la cause de cette différence? D'abord, nous ferons observer, relativement à l'anatomie pathologique, que les cavernes chez l'enfant très jeune sont souvent creusées au centre de masses tuberculeuses très considérables; mais, lorsque les mêmes circonstances se rencontrent chez des sujets plus âgés, comment se fait-il que les symptômes soient perceptibles malgré l'épaisseur considérable de la masse tuberculeuse au milieu de laquelle est creusée la caverne? Peut-être, a-t-on dit, la raison de cette différence se trouve-t-elle dans

la petitesse du calibre des tuyaux bronchiques, étroitesse qui suffirait pour empêcher la production des symptômes caverneux. Nous donnons cette explication, comme l'ont donnée les auteurs, tout en avouant qu'elle ne nous paraît pas suffisante.

Si, sous l'influence des conditions que nous venons d'indiquer, les signes des cavernes diminuent ou disparaissent, il est d'autres circonstances qui peuvent, au contraire, augmenter leur intensité, ou les modifier de telle sorte qu'ils sembleraient indiquer l'existence de lésions qui, en réalité, n'existent pas. Ainsi, chez l'enfant, la respiration caverneuse revêt très facilement la forme amphorique, et les bulles de râle muqueux prennent un timbre métallique analogue à celui de l'hydropneumothorax. La percussion peut accuser une résonnance plus que normale qui remplace la matité. Aussi, est-il nécessaire d'envisager toujours, dans les cas où les phénomènes ne sont pas très simples et bien tranchés, l'ensemble des autres symptômes locaux et généraux propres à rectifier le diagnostic. Du reste, et pour le dire en passant, il est rare que tous les symptômes se modifient à la fois, et il n'y en a guère qu'un ou deux à la fois qui puissent en imposer à l'observateur, les autres restant normaux et réguliers.

Nous croyons en avoir dit assez sur les symptômes physiques de la tuberculisation pulmonaire chez l'enfant, pour mettre dans la plupart des cas l'observateur à l'abri des erreurs graves qui pourraient entraîner de fâcheux résultats sous le rapport du traitement. Il nous reste à apprécier la valeur de quelques symptômes que l'on appelle rationnels et qui ne sont pas sans importance : nous voulons parler de l'expectoration d'abord, puis de l'hémoptysie, enfin de la conformation du thorax.

L'expectoration, qui est si précieuse dans l'âge adulte, n'a plus que peu de valeur dans la première enfance, tant à cause de sa rareté que pour les circonstances dans lesquelles elle a lieu. On voit très rarement expectorer les jeunes phthisiques. MM. Rilliet et Barthez ont vu un enfant de six ans rendre des crachats caractéristiques, et jamais au-dessous de cet âge ils n'ont observé ce phénomène. Au-dessus de sept ans et d'autant plus que l on se rapproche de l'âge adulte, l'expectoration devient plus fréquente. Le défaut d'expectoration chez l'enfant ne tient pas à l'absence des produits qui la constituent plus tard, mais seulement à ce que l'enfant les avale lorsqu'ils sont arrivés dans le pharynx après les efforts de la toux. Il est rare que chez les sujets de la seconde enfance qui sont atteints de phthisie, il y ait de l'expectoration hors les cas où existe une caverne, ou bien une complication de bronchite ou de pneumonie aiguë. On conçoit, d'après cela, qu'il soit utile de s'assurer de la nature des crachats, nature qui peut fournir des moyens de distinction entre ces trois affections.

Chez l'enfant, dont les crachats n'offrent pas les caractères bien tranchés qu'ils présentent dans l'âge adulte, les crachats mouillés, adhérents sont rares dans la pneumonie tuberculeuse. Rarement aussi l'on trouve des traces distinctes de tubercules dans les matières expectorées. Presque toujours l'expectoration consiste dans un mélange de mucus et de sérosité verdâtre, amorphe ou nummulaire déchiqueté. Cependant, en général, quand il y a pneumonie, l'expectoration est plus visqueuse et plus adhérente au vase que dans la bronchite ou dans la tuberculisation simple. Chez l'enfant, il paraît à peu près impossible de distinguer l'expectoration bronchique simple de l'expectoration tuberculeuse simple aussi.

Sous le rapport des indications que peut fournir l'expectoration pour le traitement, nous devons dire que la première sera, sans contredit, de chercher à la diminuer si elle est très abondante, parce qu'elle détermine un affaiblissement notable et toujours fâcheux du sujet malade. Ce n'est que dans les cas où elle est très visqueuse et adhérente, où l'expulsion des crachats est pénible et fatigante, que l'on devra chercher à soulager le malade et à diminuer ses efforts en facilitant l'expectoration par tous les moyens que la thérapeutique met à la disposition du médecin.

Par les mêmes raisons que nous venons d'indiquer, l'hémoptysie, soit initiale, soit terminale, est rare chez l'enfant. Cependant elle semble être plus fréquente à la fin de l'affection, et souvent alors, quand elle est abondante, elle annonce une fin très prochaine. L'enfant, dont nous avons cité l'observation en détail, a présenté ce phénomène à un tel degré d'intensité, que l'hémoptysie a chez lui dégénéré en véritable vomissement de sang, et nous avons précédemment agité la question de savoir si on devait l'attribuer dans le cas particulier à une exsudation à la surface interne de la caverne ou à une destruction ulcéreuse des parois d'un vaisseau sanguin pulmonaire. L'hémoptysie terminale paraît assez rare chez les sujets qui n'ont de tubercules que dans le tissu pulmonaire, et dont les ganglions bronchiques ne sont point affectés. Chez le jeune sujet dont nous avons rapporté l'autopsie, nous avons trouvé une preuve de cette assertion, qui repose, du reste, sur l'observation de nombreux faits particuliers. Ce qui nous ferait, jusqu'à un certain point, pencher à croire qu'il a pu y avoir ici destruction des parois d'un vaisseau sanguin, c'est que chez l'enfant, les brides qui traversent les cavernes sont beaucoup plus souvent perméables aux injections que chez les sujets adultes, dans les poumons desquels, nous avons dit, on voit souvent la matière injectée s'arrêter à une assez grande distance de la caverne. Il est évident, vu la gravité de cette hémorrhagie terminale, et bien que l'on ne puisse jamais savoir, pendant la vie, si elle est le résultat d'une exsudation ou d'une ulcération vésiculaire, il est évident que quelque faibles que soient les ressources que possède la science on devra, par tous les moyens possibles, chercher à la suspendre, ou du moins à en diminuer l'abondance.

(La fin à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Onzième pneumonie. Anémie consécutive. Guérison.

Le 27 juin 1844, est entré un homme âgé de cinquante ans, imprimeur. Ce malade prétend avoir eu déjà *dix pneumonies*. Il est sorti il y a un mois du service de M. Bouillaud, où il avait une pneumonie qui l'y retint un mois et demi, et pour laquelle on lui fit six saignées et deux applications de vésicatoires. Quinze jours auparavant il avait eu une maladie semblable traitée dans le même service et de la même manière. Enfin, trois mois plus tard, il avait encore eu une autre pneumonie. Depuis la dernière, il y a environ trois semaines, le rétablissement n'a jamais été complet, et le malade n'a pu reprendre son travail.

Dans la nuit du 25 au 26 juin, il fut pris d'un point de côté à l'hypochondre gauche, avec frisson et chaleur.

Le 26, il y eut un vomissement de boissons. On lui a pratiqué une saignée chez lui.

Le 27, le malade se présente dans l'état suivant :

Température peu élevée de la peau ; pouls vibrant, à 124 pulsations ; 40 inspirations ; pas de bruit anormal au cœur ni aux artères. Pas de céphalalgie ; douleur à l'hypochondre gauche et à la partie postérieure et inférieure de la poitrine du même côté. Dans ce point, vers le tiers inférieur, souffle, bronchophonie, pas de râle crépitant. Rien d'appréciable en avant ; crachats rouillés, langue humide, blanchâtre ; sensibilité générale du ventre, surtout de l'épigastre, où s'avance le lobe gauche du foie. Soif assez vive ; deux selles liquides. Une saignée de 4 palettes le matin, une autre le soir ; ventouses scarifiées sur le côté malade ; diète.

Le 28, le malade se trouve mieux. Pouls à 108 ; 16 respiration. La douleur de l'hypochondre a disparu, celle de la partie postérieure gauche du thorax a beaucoup diminué. Le souffle persiste. Les crachats sont en nappe et visqueux, un peu rouillés et assez abondants ; la langue est humide, l'épigastre toujours sensible ; selles naturelles. Le caillot des deux saignées est couvert d'une couenne épaisse. Deux nouvelles saignées.

Le 29, pâleur du visage. 88,20. Le malade a dormi quelques heures. Les crachats ont perdu leur caractère. Râle crépitant de retour mêlé à un peu de souffle dans les points précédemment indiqués. Sentiment d'oppression à la pointe du sternum ; bruit de souffle léger et intermittent dans les carotides. Soif assez vive. Les deux saignées sont couvertes d'une couenne inflammatoire. Un vésicatoire sur le côté gauche ; potion diacodée ; diète.

Le 30, 84,16. Disparition du râle crépitant ; souffle et bronchophonie dans le cinquième inférieur du poumon. Diminution de la gêne épigastrique ; premier bruit du cœur soufflant. On administre la potion stibiée.

Le 1[er] juillet, le malade a eu de nombreux vomissements déterminés par les premières cuillerées de la potion. Trois selles. Du reste, le souffle a disparu ; on entend du râle crépitant dans les fortes inspirations. Les crachats sont sans valeur. Même potion.

Le 2, pâleur générale ; bruit soufflant à la base du cœur. Le tartre stibié est toléré. Même prescription.

Le 3 et le 4, les signes fournis par l'auscultation de la poitrine ont disparu ; la respiration et la sonoréité sont devenues normales. On donne quelques aliments au malade, dont la pâleur augmente sensiblement.

Le 7, la décoloration est générale ; pouls à 100 ; bruit de souffle intermittent dans les carotides. On administre les préparations ferrugineuses. Limaille de fer, 50 centigrammes ; 2 portions.

Le 8, 80, régulier ; souffle continu dans la carotide gauche, intermittent dans la droite ; premier bruit du cœur flottant. Sentiment d'oppression et palpitations pendant la marche. Face pâle ; bouffie ; douleurs dans les masses musculaires des membres inférieurs après une demi-heure de station verticale. L'urine est jaunâtre, sans dépôt, très acide, ne donne rien par l'acide ni par la chaleur.

Le 12, le malade accuse depuis quelques jours un œdème assez considérable aux extrémités inférieures, et qui se forme surtout le soir après la fatigue de la marche. L'œdème occupe encore, à la visite du matin, les deux malléoles et les jambes ; l'impression du doigt est assez profonde. Le malade dit avoir déjà eu, dans la convalescence de sa dernière pneumonie, un œdème pareil. Il n'y a de notable rien du côté des voies digestives, si ce n'est une soif plus grande qu'il éprouve depuis les saignées nombreuses qui lui ont été pratiquées. L'urine conserve ses caractères négatifs. Limaille de fer, 1 gram. ; 3 portions.

Le 13 et les jours suivants, l'oppression est moindre ; l'œdème persiste aux membres inférieurs ; il augmente un peu le soir ; il est nul aux membres supérieurs. Le malade continue à ressentir, après la marche, des douleurs assez vives dans les muscles des cuisses et des jambes.

Le 16, l'œdème des jambes et des pieds a sensiblement augmenté. On porte la dose de fer à 4 grammes ; 3 portions. Le 20, même état. Limaille de fer, 5 grammes ; 4 portions.

Le 22, l'œdème diminue ; on n'entend plus dans les carotides qu'un murmure sourd.

Le 24, les jambes sont encore œdématiées et conservent l'impression des doigts. Mêmes douleurs dans les masses musculaires des jambes. Limaille de fer, 6 grammes.

Le 27, l'œdème a presque disparu. Le visage est moins bouffi, sa couleur moins pâle. Limaille de fer, 7 grammes.

Depuis ce jour jusqu'au 8 août, époque de sa sortie, le malade continue à bien aller. Les bruits anormaux du cœur et des carotides ont disparu. Il n'y a plus d'œdème ; la coloration du visage est redevenue celle de l'état de santé, et les forces permettent au malade de reprendre ses occupations habituelles.

— Cette observation présente un cas d'anémie des plus tranchés, succédant à des émissions sanguines abondantes et fréquemment répétées. En effet, depuis le mois de mars, le malade a subi dix huit saignées et quatre à cinq applications de ventouses, ce qui porte la quantité de sang perdu à environ soixante palettes depuis quatre mois.

Elle est remarquable aussi en raison des nombreuses pneumonies dont le malade a été atteint. Il en était à sa onzième, sans que rien puisse expliquer cette disposition particulière à contracter la même maladie, et sens que la dernière attaque l'ait cédé en rien aux premières sous le rapport de la durée et de l'intensité des symptômes.

Cette dernière considération a nécessité l'emploi énergique des saignées coup sur coup, et cette méthode a été suivie d'un plein succès, et a abrégé notablement la durée de la pneumonie.

A mesure que la convalescence de cette dernière s'établissait, les progrès de l'anémie devenaient plus manifestes ; en sorte qu'il fut urgent de soumettre le malade aux préparations de fer, dont on augmenta successivement la dose.

La marche de cette anémie a été lente, insidieuse même ; car l'on ne prévoyait pas qu'elle aurait autant d'intensité. Cette circonstance n'est pas rare, et doit engager à surveiller attentivement l'effet des émissions sanguines chez certains sujets.

Cet effet est quelquefois difficile à apprécier de prime abord. On s'exposerait à commettre des erreurs si l'on ne s'en rapportait qu'au caractère du pouls, qui peut ne perdre ni de sa force, ni de sa fréquence, et au caractère du sang, qui, comme on le sait, peut être couvert d'une couenne dans la chlorose et l'anémie. Mais il existe d'autres signes qui viennent lever toute incertitude ; c'est l'état des forces, c'est la pâleur du tégument externe, la décoloration des membranes muqueuses, et enfin l'examen du cœur et des artères, qu'on ne doit jamais négliger, et dont l'importance ne saurait être révoquée en doute. Ces divers phénomènes indiquent assez bien la limite définitive des émissions sanguines ; limite que l'on ne pourrait franchir sans occasionner des accidents.

Les conditions particulières dans lesquelles se trouvait le malade dont il est ici question, expliquent parfaitement, sans qu'on ait lieu de s'en étonner, l'anémie qui a accompagné la convalescence de sa dernière pneumonie. Il paraîtrait même, d'après son dire, que son avant-dernière pneumonie avait été suivie d'accidents à peu près semblables.

Nous sommes donc porté à croire que déjà depuis quelque temps il y avait chez lui diminution considérable des globules par suite des déperditions sanguines auxquelles il avait été soumis.

Serait-ce à cet état du sang, qui faisait augmenter la fibrine d'une manière relative, qu'il faudrait attribuer la fâcheuse disposition du malade à contracter des phlegmasies thoraciques?

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 juillet 1844. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance renferme :

1° Deux demandes de diplômes.

2° La thèse du concours de M. Giraldès, qui est présent à la séance. La Société profite de cette circonstance pour s'empresser de féliciter son honorable membre, qui le soir même avait été nommé agrégé en chirurgie après un concours aussi brillant que difficile, en raison du talent des nombreux concurrents. Elle lui exprime toute sa satisfaction d'un succès si légitime.

3° Une thèse de M. le docteur Charles-Camille Laurès (de Fère en Tardenois). L'auteur, ancien interne, envoie, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, ce travail, intitulé : Considérations sur les engorgements et ulcérations de la matrice.

Commissaires : MM. Barth, Forget, et Laborie.

4° La thèse de concours de M. le docteur Boinet, intitulée : De l'inamovibilité dans le traitement des affections chirurgicales, à l'appui de sa demande de membre résidant de la Société.

Commissaires : MM. Laborie, Giraldès et Forget.

5° Une notice sur les eaux minérales de Hombourg, une clinique des maladies des enfants, et une notice sur l'organisation médicale en France, par M. Victor Stæber.

Rapporteur : M. Caffe.

6° Le numéro de juillet de la Clinique vétérinaire, par M. Leblanc.

— Une discussion s'élève, et des communications sont faites à propos de l'exhumation des restes mortels de Bichat, et du désir que M. Serres a exprimé publiquement qu'ils fussent conservés dans l'intérieur des bâtiments de Clamart.

MM. La Corbière, Laborie, Belhomme, et presque tous les membres, protestent contre cette intention, propre à amoindrir la portée de l'hommage que la médecine française veut rendre à Bichat.

M. Larrey parle également de ces projets formés par M. Serres et d'autres personnes, et il désire, comme la Société, que les résolutions antérieures de celle-ci soient promptement poussées à bien. Cependant il fait observer que l'artiste qui a fait la statue de Bichat à Bourg, offre son modèle gratuitement, et croit qu'il serait plus favorablement placé dans les pavillons de Clamart, du moins au point de vue de l'art.

M. Caffe insiste pour qu'on fasse simplement exécuter l'ordonnance du roi que la Société a sollicitée, et sur laquelle elle ne saurait revenir.

M. Thierry fait, au sujet des dispositions que l'on aurait dans les bureaux pour faire garder à Clamart même les restes de Bichat, les communications que lui a permis de recueillir sa position de membre du conseil municipal. Ces dispositions étaient le résultat de démarches qui auraient été faites pour ainsi dire au nom de l'Académie de médecine et de la Société médicale d'émulation. Mais M. Thierry a fait remarquer combien il trouvait peu convenable que le monument et les dépouilles de Bichat se trouvassent au milieu de débris de dissection. M. Thierry s'offrant à toute espèce de démarches dans un sens ou dans l'autre, la Société le prie de pousser à ce que sa première décision et l'ordonnance du roi accordant un terrain dans le cimetière de l'Est, soient exécutées.

— *M. Barth* lit un rapport sur le *delirium tremens.* (Nous le publierons dans un prochain numéro.)

M. Piédagnel fait observer qu'il n'a jamais vu, comme l'auteur, de *delirium tremens* sans tremblement. Il se plaint du manque de recherches anatomiques, et déclare être arrivé de son côté à ce résultat, que toujours le *delirium tremens* s'accompagne d'un affaissement du

cerveau. C'est ce qu'il démontrera d'après des faits nombreux dans un mémoire à ce sujet.

M. Barth répond qu'aucun auteur n'a donné ses recherches là-dessus, que les autopsies sont très rares, que M. Bougard n'a vu qu'une fois la mort terminer la maladie, et que M. Rayer déclare, dans ces cas, n'avoir rien vu de particulier dans le cerveau.

M. Piedagnel croit, au contraire, que la mort est très fréquente dans le vrai *delirium tremens*. Il dit que Dupuytren pensait de même; mais que si ce chirurgien avait préconisé l'opium, il était, lui, d'après ses recherches, autorisé à préconiser l'ammoniaque.

M. Forget rappelle que ce dernier médicament est déjà recommandé dans un mémoire de M. Chabrely, médecin à Bordeaux.

M. Larrey fait observer que dans les blessures, le délire traumatique, quoique ne présentant pas de tremblements, si ce n'est quand il y a tétanos, est souvent confondu avec le *delirium tremens*.

M. Barth fait la même observation que M. Larrey, et ajoute que Dupuytren regardait aussi comme identiques les deux délires, nerveux et *tremens*. Mais M. Bougard, qui est le premier à dire d'ailleurs que le tremblement manque très rarement dans le vrai *delirium tremens*, s'efforce précisément de trouver à celui-ci un caractère distinctif.

Il le croit d'une nature identique quand il le retrouve produit par les mêmes causes; mais pour sortir de la confusion d'une mauvaise synonymie, il propose de l'appeler *délire des buveurs*.

M. Brierre ne croit pas à la gravité de ce délire, qui guérit très bien; il a cependant vu des cas où la mort est arrivée, et il est à remarquer que les malades avaient été saignés.

M. Gillette croit que l'on n'a pas assez insisté sur le caractère spécifique, que l'on peut tirer de la loquacité perpétuelle du malade, que rien n'arrête. Il a eu cette année cinq observations très curieuses à recueillir; et il croit que des cas très graves, même avec fureur et tremblement, guérissent fort bien par du sommeil. Les cas suivis de mort sont ceux qui se compliquent de lésions étrangères à l'action directe de l'alcool, comme des angines, des pneumonies, etc...

Dans un cas, un malade, au lieu d'agitation, présentait une sorte d'affaissement; il tremblait très peu, et marmottait en s'affaiblissant continuellement. Cet homme buvait chaque jour un verre d'eau-de vie et cinq litres de vin; il en était privé depuis quelque temps pour le traitement d'une fièvre intermittente, et cette privation lui causait son mal, analogue à celui qu'un médecin anglais a décrit au sujet des soldats qui, dans les Indes, manquent d'eau-de-vie. Un peu de vin a, ici, guéri le malade.

Un autre malade n'offrait que de la céphalalgie et des symptômes légers du délirium. Il a toujours soutenu qu'il ne buvait pas. Exposé par son état aux vapeurs d'acide carbonique, qui, disait-il, le grisaient quelquefois, la cessation de cette action, un peu analogue à celle du vin, aurait-elle produit son mal? C'est une question que M. Gillette ose à peine se poser.

M. Belhomme pense que l'auteur du mémoire a souvent confondu le vrai delirium tremens avec ce qui ne l'était pas. Le premier, outre le tremblement, présente un symptôme à peu près constant, c'est celui des hallucinations. Les malades voient surtout des insectes voltigeant, montant après eux, ce qui les agite constamment. Une constitution particulière est nécessaire pour le vrai délirium tremens. Les tempéraments sanguins et nerveux, et l'usage du vin blanc le matin, y prédisposent tout particulièrement. Ce délirium dure rarement moins de deux à huit jours, et celui qui cède en 24 heures et sans tremblement, n'est pas le vrai. Souvent reproduit, il devient chronique. Alors plus d'agitation, mais toujours tremblement, et souvent paralysie générale. L'opium en excès a pu causer plusieurs cas de mort qu'il a observés. Il faut en être très sobre; car c'est seulement le sommeil qui guérit et que l'on cherche à obtenir.

— Après cette discussion, M. le docteur Bougard, auteur du mémoire, est nommé à l'unanimité membre correspondant.

— *M. Caffe*, ancien chef de clinique ophthalmologique des hôpitaux, lit son rapport sur le travail de M. Florent-Cunier, relatif au danger de quelques collyres mal formulés ou mal préparés, dans les cas d'ulcération de la cornée.

Vous m'avez chargé, messieurs, de vous faire un rapport sur le travail de M. Florent Cunier relatif à ce sujet. Je vous dirai immédiatement que le titre de ses recherches est imparfait; il fallait en effet y comprendre les collyres inutiles, et ce sont les plus nombreux. Dans les maladies des organes de la vision, et surtout dans les altérations de la cornée, il y a toujours urgence à bien diriger promptement une modification salutaire, et c'est toujours nuire que de laisser perdre un temps précieux par l'emploi de moyens inutiles.

Par respect pour les heures que nous consacrons à nos réunions scientifiques, je me garderai de vous faire la longue énumération historique de tout ce que l'on a conseillé contre les maladies des yeux, et que l'on trouve mentionné dans des ouvrages estimés à plus d'un titre; parmi ces topiques, quelques-uns sont aussi ridicules que dégoûtants; on y trouve même sérieusement débattue la question de savoir s'il faut préférer la fiente d'un coq à celle d'une poule. Bomister fait connaître que beaucoup de chirurgiens prescrivent très-souvent avec grande confiance les vers pilés provenant de la putréfaction de vipères dans du fumier. Scarpa lui-même recommande les cataplasmes de mie de pain, de lait et de safran; les cataplasmes de pommes cuites, etc... Topiques qui ne doivent jamais trouver leur indication en bonne oculistique.

Aujourd'hui, grâce aux connaissances chimico pharmaceutiques généralement étudiées, on n'a plus à redouter l'emploi de tant de moyens ridicules, abandonnés maintenant au vulgaire ignorant.

Cependant, il est quelques substances nuisibles dans certaines affections oculaires qui sont journellement prescrites, telles sont les préparations d'eau de Goulard, les eaux chargées de différents sels de plomb, qui agissent défavorablement sur les ulcères de la cornée. Elles arrêtent ou diminuent la sécrétion sans modifier favorablement la surface, et laissent déposer sur les ulcères de la cornée une couche blanchâtre; c'est alors le carbonate de plomb ou l'oxyde de plomb, suivant que le collyre est resté ou non exposé à l'air ambiant, qui se précipite et s'incruste dans la plaie, d'où résulte quelquefois une taie, une opacité plus ou moins forte, que l'on a plus tard une grande difficulté à faire disparaître. Ces effets sont visibles soit à l'œil nu, soit à la loupe; les érosions, les ulcères de la cornée sont donc suivis de facettes opaques d'autant plus étendues, que l'on a fait usage de préparations saturnines plus concentrées et pendant un temps plus long. Le seul moyen efficace que l'on ait pour ramener la transparence de la cornée est délicat et douloureux, c'est l'abrasion de la surface malade. L'addition du laudanum ou de l'opium au sous-acétate de plomb liquide, ne fait que favoriser la décomposition du collyre; il en est de même pour les sels de barium, de cadmium, de calcium, de zinc, de fer, d'antimoine, de bismuth, de mercure, d'argent et d'or, qui sont parfois prescrits contre des affections oculaires, mais alors les incrustations qui en résultent ont une nuance beaucoup moins éclatante; elles ressemblent pour la couleur à un fragment de paille salie, ou à une aile d'insecte. M. Florent-Cunier a rencontré de ces incrustations sur les bords palpébraux d'une jeune fille, chez laquelle une blépharite ulcérée avait été traitée par l'eau de Goulard, et en dernier lieu par une pommade composée de 2 grammes de sous-acétate de plomb, 15 gouttes de laudanum, et 8 grammes d'axonge. Après peu de jours, les pommades de sous-acétate de plomb, même sans addition de laudanum, se décomposent toujours, il se forme des oléates, des margarates, et des stéarates de plomb insolubles, dont l'introduction entre les paupières est fâcheuse.

Les astringents végétaux, contenant de l'acide tannique ou gallique, forment des gallates ou tannates insolubles de morphine en décomposant l'opium qu'on leur associe. Les solutions de gomme et les différents mucilages mêlés au sous-acétate de plomb donnent naissance à des gommates insolubles de Berzélius, tous corps solides qui peuvent s'incruster dans la cornée.

M Florent-Cunier a été amené à des considérations générales sur le danger de certains collyres, par une observation très intéressante de brûlure de l'œil par l'ammoniaque, contre laquelle on employa un collyre saturnin additionné de vin d'opium; il en résulta une incrustation formée par le méconate de plomb, et qui fut traitée pendant trois années pour un albugo. On pratiqua alors l'abrasion de l'incrustation, et la guérison en fut la conséquence.

Il s'agit d'un gentilhomme anglais qui, le 27 novembre 1839, fit des efforts pour ouvrir un flacon contenant de l'ammoniaque; le bouchon sortant tout à coup, l'ammoniaque jaillit sur la joue et l'œil gauches. Un médecin anglais prescrivit sur-le-champ des lotions froides. Un collyre dont la composition est restée inconnue, fut intolérable. Dès le soir même, on prescrivit des sangsues, et le calomel fut donné à l'intérieur jusqu'à salivation. Jusqu'au 15 février 1842, le malade reçut successivement les avis de plusieurs médecins, et ceux d'Alexanders à Londres. Tous ordonnèrent des préparations dont la base était toujours le mercure et l'opium, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; des révulsifs cutanés furent aussi mis en usage. Tous les médecins consultés ne voyaient qu'un albogo compliqué de kératite et d'inflammation des parties plus profondes. Les douleurs oculaires ne firent jamais que s'assoupir pendant peu de temps, et se réveillaient plus intenses sous les moindres causes d'influence de température, de chaleur ou de lumière, à tel point que l'usage de l'œil était perdu. M. Cunier éprouva beaucoup de difficultés pour examiner avec soin l'œil du malade; il fut obligé de répéter cet examen plusieurs fois, et à plusieurs jours d'intervalle: c'est après cela qu'il distingua une tache sur la cornée, qui en occupait un tiers de la surface; elle était d'un aspect luisant, blanc-jaunâtre; plusieurs vaisseaux variqueux, procédant des angles orbitaires, s'arrêtaient brusquement au niveau de l'opacité, et des vaisseaux très capillaires la circonscrivaient. Des lotions avec la solution d'extrait alcoolique de belladone calmèrent les douleurs. L'ouverture pupillaire dilatée dépassa les limites de l'opacité cornéenne, et permit au malade de distinguer les objets, ce qu'il n'avait pas pu faire depuis si long-temps. M. Riéchen, médecin du roi Léopold, partagea plus tard l'opinion de M. Cunier sur la véritable nature de l'opacité, ce qui vint encore confirmer la connaissance que l'on eut de la prescription exécutée au début de la maladie, le pharmacien ayant transcrit sur ses registres la copie de la première et de la seconde ordonnance, qui furent ainsi formulées:

Pour le premier jour:

Solution de sous-acétate de plomb,	256 grammes.
Vin d'opium,	16 grammes.

Le deuxième jour:

Eau distillée,	32 grammes.
Extrait de saturne,	10 gouttes.
Vin d'opium,	15 gouttes.

Malgré la conviction parfaitement éclairée de ses deux médecins, le malade ne consentit à se soumettre à l'opération proposée que lorsque lui-même, qui avait déjà tant souffert inutilement, serait persuadé qu'il n'y avait pas d'erreur possible sur la nature de son affection et sur l'opération à pratiquer pour la faire disparaître. Un lapin fut choisi pour l'expérimentation, et servit ainsi de contre-épreuve. Il fut facile de produire des ulcérations sur la cornée de cet animal, de les entretenir pendant quelques jours, et d'employer un collyre en tout semblable à celui qui avait servi au malade. La cornée se revêtit d'incrustations de la même couleur que celle qu'il s'agissait d'attaquer. Après cette démonstration, presque mathématique, il n'était plus possible d'hésiter, et l'opération fut pratiquée, en différents temps et à plusieurs jours d'intervalle, en raison de quelques circonstances secondaires qui ne permirent pas d'achever en une seule séance. M. Cunier se servit d'une rugine de son invention, il fixa l'œil avec une pince érigne et saisit la conjonctive en bas et en dehors à deux lignes de la cornée. L'albugo artificiel enlevé, on vit la cornée parcourue par des vaisseaux injectés et qui étaient la continuation de vaisseaux qui semblaient se terminer brusquement sur le limbe de l'incrustation. Des soins consécutifs et un mois de temps suffirent pour que la vision fût rétablie au même degré que pour l'autre œil toujours resté sain.

Cette observation très détaillée est pleinement confirmative de l'importance qu'il faut mettre dans la prescription des médicaments désignés sous le nom de collyres, quelle que soit leur forme, mous, liquides ou gazeux. Si les connaissances chimico-pharmaceutiques plus généralement répandues ont affranchi la pratique de notre époque des substances inertes ou ridicules, ces mêmes connaissances, que l'on ne juge pas assez indispensables, ne suffisent pas encore pour mettre le plus grand nombre des médecins à l'abri de ces formules contenant des substances incompatibles à divers degrés.

C'est ainsi qu'il n'est pas nécessaire qu'un collyre renferme un corps insoluble, au moment où l'on en fait usage, pour qu'il puisse déterminer l'obscurcissement de la cornée, il suffit pour cela que l'agent médical employé appartienne à la classe des substances désignées par mon collègue, M. Mialhe, sous le nom de *coagulantes* ou *plastifiantes*, tels sont, par exemple, les sels des quatre dernières sections de Thénard, les acides minéraux, l'alun, le tanin, etc.

De tous les sels métalliques employés en collyre, celui qui est le plus apte à produire des incrustations, comme je m'en suis assuré moi-même un grand nombre de fois, c'est le sous-acétate de plomb, à cause de l'énorme proportion d'oxyde qu'il renferme, trois atomes d'oxyde pour un d'oxyde, tandis que les sels neutres contiennent un atome de chaque.

Je ne puis abandonner ce sujet sans citer quelques exemples de collyres défectueux. Je souhaite, en effet, bien davantage, vous faire connaître les erreurs à éviter, que de satisfaire trop facilement cette faiblesse triviale qui ambitionne d'étiqueter son nom sur une formule prétendue nouvelle de collyre ou de pilules.

Les collyres faits avec de l'eau de plantain, le sulfate de zinc, l'acétate de plomb et le laudanum, donnent lieu à une incompatibilité qui se traduit par une double décomposition; d'abord, réaction de sulfate de zinc sur l'acétate de plomb; ensuite les sels de plomb réagissent sur le laudanum, et précipitent la matière colorante du safran et les principes actifs du laudanum.

Les collyres dans lesquels il entre de l'eau distillée de laitue et de laudanum sont mal à propos formulés. Peu de temps après la préparation de l'eau de laitue, il se forme de l'ammoniaque en assez grande quantité, cet alcali réagit sur les sels d'opium et les précipite. MM. Planche et Boullay ont démontré ce fait chimique dans le tome V du *Journal de Chimie*.

Le collyre de Lanfranc, de Lemery, si vanté, est un mélange dangereux. Il est composé de vin blanc, d'eau de roses, de plantain, de sulfate jaune d'arsenic, d'oxyde de cuivre, de myrrhe. Le sulfate d'arsenic et l'oxyde de cuivre restent en suspension, et les corps caustiques, pour la cornée, y causent des ravages. Il en est de même de l'eau céleste, qui est un mauvais médicament.

Quand on fait préparer une solution d'azotate d'argent, il faut recommander que l'eau soit distillée deux fois. Quand on doit conserver cette solution quelque temps, il faut faire envelopper le flacon d'un papier noir; sans cette précaution indispensable, l'azotate d'argent passe à l'état d'oxyde noir et se dépose sur les bords du flacon.

Lorsque dans un collyre simple d'eau distillée de roses et d'acétate de plomb, il y a trouble au delà d'une teinte opaline, c'est que l'eau n'est pas pure; elle est mélangée. En général, quand un médecin prescrit un collyre dans lequel il n'entre que des préparations solubles, il sera toujours convenable d'ordonner que la liqueur soit filtrée; car dans les eaux distillées il se trouve souvent des matières végéto-minérales qui se déposent sous forme de flocons; et puis, autant que possible, il faut faire des mélanges peu compliqués; car sur six médicaments mêlés dans une seule fiole, il n'est pas rare d'y voir s'y former des réactions que la chimie n'explique pas encore, ou qu'elle explique mal.

Dans l'emploi des extraits, le médecin doit toujours indiquer l'espèce d'extrait dont il s'agit, aqueux ou alcoolique avec privation de fécule. Si quelques erreurs sont pardonnables chez un médecin, il ne saurait en être de même dans un journal spécial de chimie médicale; cependant le n° de mai, à la page 299, contient une formule de collyre, d'un médecin spécialiste, qui lui donne son nom, et dans lequel il mêle à des eaux distillées de l'alcoolé de quinquina, étendu par le double de son poids d'eau. La résine de quinquina cesse d'être tenue en dissolution, se précipite et devient corps étranger insoluble.

En finissant à regret ce chapitre des collyres liquides, me réservant de traiter plus tard les autres espèces de collyres, je dirai que les fautes ne sont pas toujours commises par les médecins, les pharmaciens doivent aussi prendre leur part de culpabilité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

M. Lévêque, chirurgien-major de 1re classe à la succursale d'Avignon, est décédé.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 20 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 97. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Stomatite pseudo-membraneuse. Quelques réflexions sur cette maladie chez l'enfant.

Au numéro 5 de la salle Sainte-Catherine, a été couchée une fille de dix ans, malade depuis quatre jours. D'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, vaccinée, non variolée, cette enfant a eu la rougeole et la scarlatine ; la dernière de ces deux maladies il y a cinq mois environ. A l'exception de ces deux affections, qui, du reste, ont été assez légères, l'enfant a toujours joui d'une bonne santé. Il y a quatre jours environ, sans cause connue, elle se plaignit d'une sensation de chaleur et de douleur dans la bouche, augmentant lorsqu'elle mangeait, et principalement lorsque les aliments étaient un peu chauds. On y fit peu d'attention pendant les deux premiers jours. Ce n'est qu'hier que la mère de l'enfant, en regardant dans sa bouche, aperçut un assez grand nombre de petites plaques circonscrites, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à la largeur d'une grosse lentille, sur la face interne des joues, sur les gencives et les bords de la langue ; plus confluentes à droite qu'à gauche.

L'enfant a été amenée hier soir à l'hôpital, et voici l'état qu'elle présentait le lendemain à la visite.

Le visage est un peu rouge, animé ; les yeux larmoyants. La petite malade pleure et se plaint de douleurs dans la bouche, et principalement sous le cou. Elle tient sa tête immobile, comme les sujets affectés de torticolis, et ne la tourne à droite ou à gauche qu'avec difficulté. Elle se refuse également à ouvrir la bouche, et ce n'est qu'avec peine que l'on peut la lui faire ouvrir pour en examiner l'intérieur. La face interne des lèvres, des joues, des gencives et les bords de la langue sont rouges, gonflés et parsemés çà et là, mais principalement dans la moitié droite de la cavité buccale, de petites exsudations blanchâtres, de forme et de grosseur diverses. L'haleine exhale une odeur assez fétide. Le toucher fait reconnaître sous la mâchoire inférieure un gonflement assez considérable des ganglions sous-maxillaires, qui sont douloureux au toucher. Ce gonflement est la cause de l'immobilité dans laquelle l'enfant maintient sa tête, les mouvements produisant de la douleur. Du reste, ni toux, ni expectoration. Aucun phénomènes morbides du côté de la poitrine, tant par la percussion que par l'auscultation. Le ventre normal, indolent. Ni diarrhée, ni constipation. Pouls à 80, sans développement anormal, régulier. Mauve sucrée ; gargarisme avec la décoction de racine de guimauve tiède ; bains de pieds ; cataplasmes autour du cou ; diète.

Le surlendemain, l'état de la malade est à peu près le même. Les plaques blanches persistent sur la muqueuse buccale, qui est toujours gonflée et rouge ; les ganglions sous-maxillaires sont également tuméfiés et douloureux au toucher ; le pouls continue à être régulier, peu développé, à 80 par minute. Même traitement, 6 sangsues au cou, trois de chaque côté, au-dessous des angles de la mâchoire ; diète.

Sous l'influence de cette application de sangsues et de la perte de sang qui en fut le résultat, une amélioration sensible se manifesta dans l'état de la petite malade, quant au gonflement et à l'endolorissement des ganglions ; mais l'état de la bouche ne devint pas plus satisfaisant, et les plaques pseudo-membraneuses qui couvraient la membrane muqueuse, loin de diminuer d'étendue, devenaient plus larges et plus confluentes, non plus bornées au côté droit, mais occupant presque toute l'étendue de la cavité buccale. La respiration toujours libre ; la membrane muqueuse du pharynx rouge, tuméfiée, mais sans aucune trace de cette exsudation qui ne manque pas de se propager dans l'arrière-cavité de la bouche et dans les organes respiratoires, limitée qu'elle est à l'isthme du gosier. Gargarisme émollient ; diète.

Le septième jour, on constate un état plus grave encore de la muqueuse qui tapisse l'intérieur des joues et des gencives. Le boursouflement de la muqueuse est tel, que les dents ont laissé leur empreinte sur les côtés de la langue, qui est tuméfiée et ne sort que difficilement, et sur la paroi interne des joues. Les plaques d'exsudation pseudo-membraneuse sont plus larges, d'un gris-brunâtre environné d'un cercle rouge-violet un peu saillant. Les fausses membranes sont adhérentes et ne paraissent pas encore près de se détacher. La fétidité de l'haleine est plus forte que les premiers jours. La langue est sèche, la malade respirant le plus souvent la bouche entre ouverte. Pouls à 96-100, petit, peu développé, non redoublé. Mêmes boissons et gargarismes ; 4 sangsues au cou ; cataplasmes.

Le dixième jour, le mouvement fébrile a considérablement diminué depuis deux jours. Le pouls est retombé à 80 ; le gonflement et la rougeur de la membrane muqueuse buccale a diminué. Les plaques pseudo-membraneuses, toujours grises et larges, commencèrent, dans certains points, à perdre de leur adhérence et à se détacher vers leurs bords. Les ganglions sous-maxillaires ont repris leur volume normal, et ne sont plus douloureux au toucher. La déglutition devint plus facile. Gargarisme avec miel rosat ; toucher les plaques diphthéritiques avec une solution légère d'acide chlorhydrique ; mauve sucrée ; un bouillon coupé.

A partir de ce moment, l'amélioration que l'on avait remarquée dans l'état local de la malade augmente de jour en jour. Le topique, appliqué cinq à six fois par jour sur les points de la muqueuse recouverts de l'exsudation diphthéritique, ont amené rapidement un décollement presque complet de ces plaques, et une modification rapide de l'état de la muqueuse elle-même, qui n'est plus que rosée, à peine violacée dans quelques points rares, et reprend son aspect presque normal. L'enfant a repris sa gaieté, se lève dans la journée et demande à manger. Le pouls donne 72 à 76 par minute. Les mouvements du cou sont bien rétablis, et la pression exercée par les doigts sous la mâchoire, ne cause plus aucune douleur.

— Si nous avons rapporté avec détail et aussi longuement le fait qui précède, c'est que les cas de stomatite pseudo-membraneuse, qui sont assez fréquents dans le jeune âge, présentent rarement autant de gravité que chez cette jeune fille, et cèdent plus facilement qu'on ne l'a vu ici.

Le plus habituellement, la stomatite diphthéritique est locale, circonscrite, limitée dans un point. Elle acquiert une telle gravité, lorsqu'elle est générale ou fort étendue, qu'on ne trouvera point surprenant que cette maladie nous fournisse l'occasion de quelques réflexions.

Et d'abord, sa fréquence chez l'enfant ne doit point surprendre. Il n'est personne qui ne sache avec quelle facilité les phlegmasies des muqueuses revêtent, chez l'enfant, cette forme particulière qui se caractérise par la formation de fausses membranes, et qui, depuis les beaux travaux de M. Bretonneau, est connue sous le nom de *diphthérite*. Pour ceux qui observent souvent des enfants malades, l'assertion que nous venons d'émettre ne saurait être l'objet du moindre doute ; la fréquence, à cette période de la vie, des phlegmasies pseudo-membraneuses, des angines pharyngées et laryngées, de la bronchite pseudo-membraneuse ou croup. etc., sont autant de preuves de cette vérité. Le fait est tellement hors de doute, répétons-nous, qu'il nous semblerait fastidieux, ou tout au moins inutile, d'y insister plus long temps. Nous passerons également sous silence l'opinion de certains auteurs, qui ne voient dans cette exsudation membraniforme qu'un degré de l'intensité de la phlegmasie. Cette opinion ne nous semble résulter d'autre chose que de ceci ; à savoir, que la médecine de l'enfance n'est pas toujours la même que celle de l'adulte, et que, faute d'une observation assez fréquente, on se laisse souvent égarer par un esprit systématique fâcheux pour l'intérêt de la vérité.

Nous ferons remarquer en passant que la stomatite pseudo-membraneuse, ou diphthéritique, est très différente, pour les symptômes et la marche, de la stomatite aphtheuse et de la stomatite crémeuse, plus connue sous le nom de *muguet*. Cette dernière ne se rencontre guère que chez les très jeunes sujets, presque toujours chez les enfans à la mamelle. Enfin, elle diffère essentiellement de la stomatite gangréneuse, dans laquelle la membrane muqueuse et les tissus sous-jacents, les parois molles ou solides de la bouche, sont frappées de mort. Souvent, il est vrai, l'on rencontre de grandes analogies entre ces deux affections ; souvent le point de départ, anatomiquement parlant, est le même, mais la marche et le pronostic en sont tellement dissemblables, que l'on ne peut se refuser à voir dans ces deux espèces de stomatites deux maladies bien distinctes, bien tranchées.

Nous examinerons successivement, avant de passer au traitement, les symptômes divers, locaux et généraux, de cette affection. Et d'abord, le symptôme principal, celui qui est caractéristique de la maladie, l'exsudation pseudo-membraneuse, mérite de fixer notre attention. Nous avons dit que le plus ordinairement l'affection reste locale, circonscrite, et que dans ces cas elle offre peu de gravité. D'autres fois, les plaques envahissent peu à peu la presque totalité de la cavité buccale, restant cependant presque toujours plus confluentes d'un côté que de l'autre. L'apparition des plaques diphthéritiques est toujours précédée d'un gonflement et d'une rougeur notables de la membrane muqueuse. Ce caractère a paru quelquefois manquer, et la maladie a semblé débuter d'emblée par des plaques blanches constatées au premier examen. Mais nous ferons remarquer que très souvent, chez l'enfant, si le début d'une maladie paraît irrégulier, cela tient à des causes

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les philosophes de l'Académie. — Une débutante. — Misère du feuilleton.

Il a été dit de fort belles choses à l'Académie de médecine mardi dernier. Je suis de ceux que ces questions amusent, et à vrai dire, je ne conçois pas l'indifférence en matière de philosophie. Je comprends qu'on soit animiste, panthéiste, matérialiste, sceptique, épicurien, etc. ; mais je ne comprends pas que par indifférence pure on ne soit rien de tout cela, à moins qu'on ne soit ce que je suis, et ce que probablement je serai long-temps encore, c'est-à-dire, chercheur de la vérité au milieu de toutes ces doctrines. J'avoue, et je vous ferai grâce de mes motifs, que la vérité pour moi a été loin de luire dans la discussion philosophique de mardi dernier. Pour combattre les idées matérialistes, M. Virey s'est écrié : La vie, c'est le mouvement. Le mouvement de quoi? Si c'est de la masse, tout est doué de vie ; car dans la nature il n'y a pas un seul corps en repos. Si c'est de la molécule, de l'atome, comme dirait M. Rochoux, il faut chercher la vie là où certainement M. Virey ne voudrait pas la placer, et par exemple, dans cet admirable et mystérieux phénomène durant lequel la pâte qui vient d'être pétrie, s'anime, se divise, se boursoufle, se creuse en aréoles innombrables pour devenir du pain. Certes, si le mouvement, c'est la vie, en voilà du mouvement, et M. Virey consentirait-il à chercher le secret de la vie dans le pétrin du boulanger ?

L'honorable académicien vitaliste répugne aux explications empruntées à la chimie et à la physique ; je n'ai pas très bien compris ses motifs, mais enfin voici une petite réflexion que je me faisais tout à l'heure. J'ai là une petite lampe à alcool avec laquelle je fais chauffer mon café. Je l'allume et je vois la mèche, ou plus exactement l'alcool dont la mèche est imbibée, brûler ; son carbone et son hydrogène se convertissent en eau et en acide carbonique, et produisent un dégagement de chaleur et de lumière. Tant que dure l'alcool, la mèche reste intacte ; mais l'aliment vient-il à lui manquer, aussitôt l'action de l'oxygène de l'air se porte sur la mèche elle-même qui donne encore, par sa destruction, naissance à de l'eau, de l'acide carbonique, de la chaleur et de la lumière. Mais n'est-ce pas là un phénomène qui se passe incessamment en nous-même ? Ne sommes-nous pas une mèche incessamment allumée dont le sang est l'alcool, qui brûle au contact de l'oxygène de l'air ? L'huile — le sang — vient-elle à manquer, c'est-à-dire, les aliments ne sont-ils pas assez réparateurs pour fournir un sang assez riche ; notre mèche ne vient-elle pas aussi à brûler, c'est-à-dire notre graisse d'abord, et puis nos muscles eux-mêmes ne viennent-ils pas servir d'aliment à la combustion ? N'est-ce pas un phénomène physique par excellence, et toutes les explications vitalistes valent-elles celle-là ?

J'avoue néanmoins ne pas comprendre davantage certaines opinions de M. Rochoux l'épicurien. Ne voir entre la truffe et la pensée qu'une différence d'atomes, ma raison ne peut atteindre à cette abstraction sublime. La conscience, la liberté morale, la perfectibilité surtout, me semblent mal s'harmoniser avec les lois générales, immuables et éternelles de la matière. Je ne comprends pas, il est vrai, par quelle puissance un sel cristallise toujours de la même manière ; mais je vois que le fait est constant. La pensée humaine, au contraire, est tout ce qu'il y a de plus variable et de plus différencié. Entre Newton et le Crétin du Valais, quel abîme! Dans le Gaulois barbare et Cuvier retrouvant les créations d'un monde anéanti, ma raison se refuse à voir les mêmes atomes obéissant aux mêmes lois fatales.

Qu'est-ce donc que ces éternelles et mystérieuses questions toujours jeunes d'intérêt et de poésie, qui ont traversé toutes les littératures et toutes les civilisations, que nous ont léguées toutes les écoles, sans que jamais une solution scientifique ait pu leur être donnée? Matière, esprit, qu'êtes-vous ? Quelle est votre essence, et quelles sont vos destinées ? La philosophie de tous les temps s'est posé ces problèmes redoutables sans les résoudre ; ne demandons pas à l'Académie de faire ce que Platon, Aristote, l'école alexandrine, les Pères de l'Eglise, et tous les philosophes modernes ensemble n'ont pas fait.

— Le rédacteur en chef d'un de nos recueils mensuels les plus estimés, reçut ces jours passés la visite d'une dame et d'une demoiselle pour lui inconnues. Après les premiers mots d'usage, la dame exposa ainsi à notre confrère le but de sa visite :

— Nous venons, monsieur, ma fille et moi, vous faire une visite intéressée.

— De quoi s'agit-il, madame, et en quoi puis-je vous rendre service ?

— Vous pouvez nous en rendre un bien grand par votre journal si répandu et si estimé.

— Je ne comprends pas trop en quoi mon journal peut vous être utile.

— Le voici : ma fille, qui a eu de grands succès en province, débute demain au théâtre du Palais-Royal, dans les rôles de Déjazet. Elle vient solliciter votre indulgence et vous prier de lui être favorable auprès de vos lecteurs.

Et alors la petite, prenant la parole, le supplia de sa voix la plus mielleuse et de ses œillades les plus assassines.

Or, notre confrère est un homme fort grave et fort austère, fort peu habitué à ce petit manège.

— Mais, mesdames, leur dit-il, savez-vous bien chez qui vous êtes et quel est le journal que je rédige ?

— Mais, c'est la *Gazette des Théâtres !*.....

En comprenant enfin le quiproquo, notre confrère se mit à rire de bon cœur, et les solliciteuses aussi en apprenant qu'elles demandaient l'appui d'un grave journal de médecine.

— A propos d'actrice, voici ce que rapporte le *Journal du Havre :*

La diligence des Messageries générales, partie jeudi soir de Paris, n'est arrivée vendredi matin, contre son habitude, au Hâvre qu'à huit heures. La cause de ce retard est assez extraordinaire pour être citée.

Une jeune actrice, que le public du Havre a distinguée parmi les artistes du théâtre provisoire, et dont le nom, triplement représenté dans la carrière dramatique, a notamment brillé sur l'une des premières scènes de la capitale, avait pris place, à Paris, dans la voiture. Elle

étrangères à la maladie elle-même. Souvent, soit crainte d'être privés d'aliments, soit crainte des remèdes, soit enfin que ces premiers phénomènes ne soient pas accompagnés de douleurs, on n'est appelé à examiner les sujets qu'à une époque où l'affection est déjà pleinement développée, et lorsque l'engorgement des ganglions sous-maxillaires est tellement douloureux, que l'enfant ne peut s'empêcher de se plaindre, on se trouve forcé, par la douleur, de s'abstenir de toute nourriture.

La marche, le développement des plaques pseudo-membraneuses sont les mêmes dans la stomatite que dans les autres affections du même genre; elles augmentent d'épaisseur par la formation de couches successives, changent peu à peu de coloration, et de blanches deviennent grises et même noirâtres; puis elles se détachent par un point, et si la maladie n'est point en voie de résolution, une nouvelle exsudation se montre au-dessous, et la maladie peut se perpétuer fort longtemps et passer à l'état chronique. Lorsque la résolution commence à s'opérer au-dessous des plaques qui se détachent, on voit reparaître la muqueuse, qui se recouvre graduellement d'un épithélium nouveau, et il ne reste d'autre trace de la maladie qu'une rougeur plus ou moins vive, qui persiste pendant plusieurs jours. Le gonflement de la muqueuse buccale est quelquefois si considérable, qu'il n'est point rare de voir les dents empreintes sur la face interne des joues et le pourtour de la langue, comme on en a pu voir un exemple dans le fait précédent.

Lorsque la maladie est fort intense et dure long-temps, les gencives sont tellement attaquées que les dents se déchaussent, s'ébranlent et finissent par tomber. Ce fait est heureusement, nous devons le dire, excessivement rare.

L'haleine est plus ou moins fétide, ce qui varie suivant l'intensité et l'étendue de l'affection. C'est là peut-être le rapport le plus intime, et la ressemblance la plus frappante qu'ait la stomatite diphtéritique avec la stomatite gangréneuse. Dans les cas graves où l'on observe ce symptôme, il n'est pas rare de voir s'écouler de la bouche entr'ouverte un salive abondante, épaisse, visqueuse. Cette disposition de la bouche, qui reste souvent entr'ouverte, est la cause à laquelle on doit rapporter l'état de sécheresse de la langue que l'on observe quelquefois, et qui a été noté particulièrement dans le fait dont nous avons rapporté les détails.

Nous avons mentionné, sans nous y arrêter plus longuement, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, comme un symptôme de la maladie quand elle est intense. L'importance de ce caractère a surtout été signalée par M. Guersant, qui pense, contrairement à quelques auteurs, qu'il se rencontre fréquemment. Sans suivre précisément une marche aussi aiguë et aussi rapide que les tumeurs phlegmoneuses, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires peut devenir très considérable, au point qu'ils soient douloureux à la moindre pression, et empêchent les malades de tourner la tête; symptômes qui, dans un examen superficiel, pourrait en imposer pour l'existence d'un torticolis.

Lorsque l'on palpe avec soin les tissus tuméfiés, on s'assure facilement qu'ils sont mous et flasques, et qu'il n'existe pas de noyaux inflammatoires durs, résistants, que l'on rencontre dans les cas de gangrène de la bouche. La peau qui recouvre extérieurement ces parties n'est ni rouge, ni tendue, ni luisante, comme elle le serait si les tumeurs avaient de la tendance à prendre le caractère phlegmoneux.

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, nous avons vu que la stomatite couenneuse n'est pas toujours apyrétique. Ce fait vient, du reste, à l'appui de la description qu'en a donnée M. Guersant, qui dit avoir souvent observé, dans la période d'intensité de la maladie, une animation anormale du visage, une accélération notable du pouls, de la céphalalgie, de l'insomnie, caractères qui témoignent de l'acuité et de l'intensité de la stomatite dans certains cas.

Dans l'immense majorité des cas, la marche, la durée et le pronostic dépendent, dans cette affection, comme, du reste, dans toutes les maladies aiguës, du mode de traitement et de son énergie. S'il est assez commun de voir la stomatite couenneuse, en l'absence de tout traitement, passer à l'état chronique et durer plusieurs mois, il est vrai de dire que du moment où l'on dirige contre elle un traitement méthodique et convenable, les symptômes diminuent rapidement d'étendue et d'intensité, et que la guérison ne se fait point attendre. Lorsque les plaques diphthéritiques sont bornées et circonscrites, la guérison est aussi beaucoup plus rapide et plus facile à obtenir que quand elles occupent toute la muqueuse de la bouche.

Un mot encore avant d'aborder la thérapeutique. La stomatite pseudo-membraneuse peut se montrer à tous les âges. Cependant, elle paraît plus fréquente de cinq à dix ans qu'à toute autre époque de la vie. Elle se développe sans cause connue, particulièrement chez les enfants de la classe pauvre, et probablement les mauvaises conditions hygiéniques, la malpropreté, la mauvaise alimentation ne sont pas sans une grande influence sur sa production. Elle survient souvent dans la convalescence de certaines maladies aiguës, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc. Enfin, elle se développe dans toutes les saisons, principalement dans les saisons froides et humides, et revêt quelquefois la forme épidémique. Elle est endémique dans certaines localités. Elle ne paraît pas être contagieuse.

Le traitement de la stomatite diphthéritique est excessivement simple. La première indication est de soustraire l'enfant aux causes appréciables, s'il y en a, sous l'influence desquelles la maladie s'est développée; puis on combat les symptômes au fur et à mesure de leur production. Pendant la première et la seconde période, lorsque la maladie est à son apogée, on s'en tiendra aux moyens conseillés dans la stomatite simple, c'est-à-dire aux émollients, aux gargarismes adoucissants, aux cataplasmes autour du cou, et même on aura recours aux applications de sangsues au-dessous de la mâchoire inférieure, si les ganglions sont le siége d'un engorgement inflammatoire considérable, et s'ils sont douloureux. Aussitôt la période inflammatoire enrayée, les astringents, et même les caustiques, dont on fera varier la force et le degré de concentration suivant l'intensité de l'affection et son étendue, seront formellement indiqués. La solution de nitrate d'argent, l'alun réduit en pâte avec un peu d'eau, l'acide hydrochlorique plus ou moins étendu, ou mélangé avec du miel, en forme de collutoire, suffisent le plus souvent pour faire disparaître les derniers symptômes, et rendre à la muqueuse son aspect et sa vitalité normale. Dans ces derniers temps, M. Bouneau a substitué avec succès, mais sans cependant qu'il paraisse y avoir une grande supériorité dans cette pratique sur les moyens que nous venons de passer en revue, le chlorure de chaux sec appliqué sur les parties malades.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Phlegmon de la fosse iliaque. Tumeur développée dans les parois abdominales. Diagnostic différentiel. (Suite.)

Nous avons exposé dans un précédent paragraphe les raisons qui nous portaient à croire que la tumeur dont nous avons donné la description était développée dans l'épaisseur des parois abdominales plutôt que dans aucun des organes contenus dans l'abdomen lui-même, et nous avons dit que nous avions été conduit à cette opinion par voie d'exclusion rigoureuse. Voici d'autres raisons encore qui venaient à l'appui de notre assertion.

La marche de la maladie était lente, et il n'y avait pas eu de perturbation dans l'accomplissement des fonctions de ces organes. Il y avait alors cinq ou six mois que la maladie durait; maintenant il y a treize à quatorze mois, et le sujet dit n'avoir pas maigri sensiblement. Depuis que nous le voyons, en effet, nous n'avons observé aucun changement dans son habitude extérieure. Depuis son entrée dans nos salles, il mange quatre portions, et reçoit chaque jour quatre tasses de vin, la plus forte dose d'alimentation que nous puissions accorder, et ses fonctions digestives se font parfaitement bien.

Nous avons cru d'abord que la tumeur dont nous parlons était constituée par un abcès froid profond. Nous pensions qu'à une époque quelconque on verrait la tumeur se ramollir insensiblement, et le pus s'ouvir un passage soit en dehors soit en dedans, par une ouverture spontanée, qui se ferait dans un des points où la résistance serait moindre. Notre opinion bien arrêtée était donc ou qu'il y aurait résolution lente de la tumeur, ce qui aurait constitué la terminaison la plus heureuse, ou suppuration. Nous prescrivîmes en conséquence, pour arriver à ce résultat, des frictions résolutives avec la pommade iodurée, puis avec l'ongueut mercuriel. Sous l'influence de cette médication, il est arrivé en effet une diminution notable de la tumeur, sous le rapport de son volume. Maintenant, elle présente à peu près quatre à cinq centimètres de diamètre de moins qu'au moment où nous examinâmes le sujet pour la première fois. Des cautères furent établis sur l'abdomen, et plusieurs fois nous crûmes que la tumeur allait se vider sur un des points où les cautères avaient été placés. Une fluctuation s'était fait sentir dans un de ces points. Un cataplasme suffit pour déterminer l'ouverture du petit accès, duquel il sortit une cuillerée de pus environ. Au bout de quelques jours, cette ouverture était complétement fermée.

Cinq ou six mois après, le même phénomène se reproduisit et se termina de la même manière. Plusieurs fois, dans les examens, j'ai fait voir ce malade, qui présente, comme vous voyez, un fait pathologique des plus curieux à cause de son obscurité. Plusieurs fois, ceux qui l'examinèrent crurent sentir une fluctuation profonde. Pour ma part, je dois avouer que je ne l'ai jamais bien évidemment distinguée. Au moment où je vous parle, la fluctuation n'existe certainement pas. A deux reprises, comme nous l'avons dit, la tumeur s'est ouverte, une petite quantité de pus s'est écoulée au dehors, et une fois cela fait, la tumeur est restée absolument la même qu'auparavant, dense, ferme, résistante, sans aucune apparence de fluctuation.

Dans l'espoir d'arriver à un résultat plus prompt, nous avons fait placer sur un seul point un cautère à l'aide de la pâte de Vienne. Cinq à six fois depuis l'entrée du malade à l'hôpital, nous avons répété l'emploi de cet agent, sans jamais dépasser, il est vrai, la profondeur d'un centimètre et demi. Disons, en passant, qu'il y aurait de l'imprudence à dépasser cette limite; une pratique plus audacieuse pourrait avoir des inconvénients graves, et occasionner, dans le doute où nous sommes du véritable siége et de la nature de la tumeur, une inflammation de poitrine. C'est surtout sous l'influence de cette médication révulsive énergique que la tumeur semble avoir perdu de son volume.

La santé générale est assez bonne. Le malade a un peu maigri; nous pensons que l'affection qu'il présente est un phlegmon à marche lente des parois de l'abdomen. Que si l'on s'étonnait qu'un phlegmon se fût développé dans le tissu cellulaire des parois de l'abdomen, nous pourrions citer d'autres faits du même genre, ou du moins présentant la plus grande analogie avec celui-ci. Nous avons vu un homme qui présentait à la partie supérieure de la cuisse un abcès puriforme qui dura plusieurs mois, et finit par se terminer par une résolution lente et par induration. Cet abcès avait présenté un volume énorme; aujourd'hui, le noyau d'induration qui persiste a à peine le volume d'une noix. Il n'y avait pas là d'intestin qui pût, par son inflammation partielle, expliquer la production de cet abcès. Ici, nous le répétons en terminant, le diagnostic est obscur, et nous n'avons donné le nôtre que comme probable. Nous ne pensons pas que la tumeur occupe l'intérieur de l'abdomen, car alors le trouble des fonctions des organes qui le remplissent viendrait éclairer le diagnostic. Quoi qu'il en soit, il constitue un fait très curieux dans lequel nous avons mis en usage un traitement très actif, l'iode à l'intérieur, l'huile de foie de morue qui n'agit que par l'iode qu'elle contient et que l'on peut administrer à la dose de 10 à 12 gouttes à la fois, les cautères appliqués plusieurs fois sur le même point, etc., médication sous l'influence de laquelle nous avons vu se produire une amélioration notable.

Diabète. Réflexions sur le traitement.

Au n° 1 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme de cinquante-sept ans, ciseleur en cuivre. Il exerce également la profession de fondeur, et se trouve très fréquemment, et pendant de longues heures, exposé à une chaleur très vive, de 70° à 80° quelquefois. Il y a près d'un an qu'il a presque entièrement abandonné la ciselure pour la fonte du cuivre. Ce n'est aussi que depuis cette époque qu'il est malade. La chaleur à laquelle il était exposé était cause qu'il buvait en énorme quantité.

Les deux phénomènes de la soif physiologique et de la soif morbide ont été confondus ensemble chez ce malade. Cependant, il y a deux mois environ, cette soif devint tellement intense et tellement inextinguible, que le malade finit par s'en apercevoir et y faire attention. Il dit qu'à ce moment, et depuis lors, il ne peut faire la plus petite course sans boire.

Cet homme nous dit avoir beaucoup maigri depuis un an à peu près. Depuis près d'un mois, ses forces ont tellement diminué qu'il n'a pu continuer ses travaux. Il évalue la quantité de boissons qu'il a prises pendant les jours où la soif le tourmentait le plus, à vingt ou vingt-cinq litres environ; en même temps, il rendait une énorme quantité d'urine, près d'un seau, dit-il, dans l'espace de vingt-quatre heures. Au moment de son entrée, ce malade buvait quatre litres de liquide par jour, et rendait six litres d'urine contenant 10 pour 100 de matière sucrée. Au moment où nous vous parlons, la quantité de sucre a diminué; elle n'est plus que de 5 pour 100, et le sujet ne rend plus guère que quatre litres d'urine.

Nous avons dû rechercher quelles étaient les circonstances qui ont précédé ledéveloppement de cette maladie. Le sujet, assez sobre, ne paraît pas avoir fait d'excès de boissons. Il était dans une condition telle, quant à sa profession, que pla-

---

était à un degré fort avancé, comme on le verra, dans cet état intéressant où la reine d'Angleterre se trouve régulièrement à cette époque. Tant que le véhicule roula doucement sur les rails engourdissants du chemin de fer, la nature ne dit mot; mais lorsqu'à Rouen il fallut prendre le pavé, elle se réveilla aux durs cahots de la route, et bientôt parla si hautement qu'il fallut bien faire droit à ses instances. On était alors à Barentin, dont la population, ensevelie dans le lourd sommeil de minuit, ne songeait guère à l'accroissement qu'elle allait recevoir, tant il est vrai que le bien vient toujours en dormant. On arrêta; on réveilla les habitants d'une maison, où l'intéressante voyageuse fut descendue, et tant bien que mal, grâce à l'assistance empressée des compagnons de route, qui persistèrent à offrir leur concours officieux, et suppléèrent aux soins d'un homme de l'art, absent pour le quart d'heure, la délivrance fut opérée avec un tel succès, que la jeune dame put reprendre en partie double la place qu'elle n'avait payée que pour elle seule, et acheva le voyage.

Nous avons le plaisir d'annoncer que la mère et l'enfant se portent bien.

— Dans quelques jours, dit la *Chronique du Palais*, le magnétisme en personne comparaîtra devant la Cour de cassation. Le magnétisme! ce puissant thaumaturge! ce mystérieux faiseur de miracles que l'on a tué vingt fois sous les flèches du ridicule et qui vit toujours! Les savants ont nié, et, malgré leur persiflage, malgré leurs affirmations, les hommes du monde ont cru, et les adeptes se sont agenouillés. A l'heure qu'il est, la science de Mesmer est une religion qui a des autels dans tous les salons, et des dévotes dans tous les boudoirs.

Un des pontifes du culte nouveau, M. Ricard, avait été à Bressuire l'objet de poursuites correctionnelles. Une somnambule, d'une lucidité merveilleuse, mademoiselle Virginie, était impliquée dans la poursuite. Le procureur du roi, M. Dufresse-Lafeuillade, avait dirigé l'instruction.

Traduit devant le tribunal de première instance, le magnétisme avait succombé. La Cour royale de Niort confirma la sentence des premiers juges. Pourvoi en cassation; l'arrêt est cassé, et la Cour royale d'Angers acquitte M. Ricard et mademoiselle Virginie.

Les dieux ne pardonnent pas aisément. M. Ricard, dans une brochure consacrée à l'exaltation de la doctrine, excommunia le procureur du roi qui avait failli lui donner les palmes du martyre. La magistrature porta plainte.

La chambre des mises en accusation traduisit le délinquant par-devant la Cour d'assises de Niort. C'est contre cette dernière décision que M. Ricard a protesté par un pourvoi en cassation.

Ce n'est donc là qu'un prologue d'une comédie qui promet d'être divertissante. Quelle que soit l'issue du procès actuel, le jury va être appelé à prononcer sur cette grande question qui préoccupe tant de têtes en France, en Allemagne, en Angleterre, où le jeune *Alexis* fait en ce moment une tournée triomphale. Le défenseur de M. Ricard sera Me Charles Ledru, l'avocat né de toutes les excentricités judiciaires.

Me Charles Ledru, au reste, est fort compétent en matière de magnétisme. C'est chez lui, s'il faut en croire les rumeurs du palais, qu'un chancelier d'Angleterre, lord B.. .. s'est converti à cette croyance nouvelle qu'il avait jusque-là dédaigneusement rejetée. C'est dans ses salons, au milieu d'une soirée brillante, que cet autre Saül, ébloui par les clartés de la révélation divine, a été vaincu dans son incrédulité.

Vingt expériences avaient eu lieu. Lord B... avait toujours sur les lèvres le demi-sourire du scepticisme. Enfin, il veut faire lui-même un essai décisif. Il se retire dans un coin du salon, arrache une feuille de son carnet, y écrit un mot, renferme le papier dans sa main, qu'il pose ensuite sur le cœur du somnambule. Le somnambule fait de violents efforts; la sueur tombe à grosses gouttes de son front. « C'est un mot anglais, balbutie-t-il avec peine; je ne puis le prononcer. Je vais nommer les lettres. » On l'entoure, on attend avec anxiété. Sa bouche s'ouvre, et il épèle le mot *Chester*. Il ne s'était pas trompé. Lord B .. fut convaincu.

Le narrateur de ce fait n'a oublié qu'une chose, c'est de nous dire la morale de ce fromage.

Jean Raimond.

sieurs heures par jour il était dans un état de sueur continuelle et très abondante, et qu'en sortant de ses fourneaux, il s'exposait sans précautions à l'air extérieur. Il y a là, sans nul doute, quelques circonstances qui pourraient rendre compte des causes qui ont pu produire le développement de la maladie pour laquelle il est venu réclamer nos soins.

Quelques auteurs ont pensé, relativement à la nature de la maladie dont nous vous entretenons, que les reins, dans le diabète, n'étaient que secondairement affectés, et que les premiers troubles se montraient dans les voies digestives. D'autres ont prétendu, et ont cité des résultats d'autopsies à l'appui de leur opinion, que les reins étaient le siége d'une congestion sanguine intense. En face de ces assertions contradictoires, la plupart des auteurs sont à peu près convaincus que l'anatomie pathologique ne peut fournir aucun renseignement sur ce sujet, malgré les quelques observations dans lesquelles on a constaté des hypérémies et des augmentations de volume des reins. L'opinion qui semble jusqu'à présent la plus répandue est celle-ci, qu'il survient dans les organes digestifs des troubles fonctionnels, et dans la composition du sang des modifications qui entraînent secondairement des modifications dans la sécrétion et dans la composition des urines. Dans cette dernière hypothèse, les reins ne formeraient pas le sucre qui se trouve dans l'urine, mais le laisseraient simplement passer.

Le diabète est-il toujours précédé de troubles digestifs? Le sujet dont nous parlons ici jouissait d'une bonne santé; ses fonctions nutritives s'opéraient bien régulièrement, il avait de l'embonpoint, lorsque, sous l'influence des causes que nous vous avons indiquées, apparurent les premiers symptômes de l'affection, sans que les fonctions digestives parussent offrir la moindre altération. Nous devons, du moins dans le cas actuel, avouer que les modifications qui ont pu survenir de ce côté ne nous paraissent pas avoir été suffisantes pour expliquer la production des accidents diabétiques.

Nous vous avons brièvement indiqué les changements survenus dans l'état de ce malade depuis son entrée à l'hôpital. Il a toujours, depuis ce moment, bu et uriné dans la même proportion. Morgagni dit avoir vu des sujets affectés de diabète, et chez lesquels il n'y a aucune proportion entre la quantité de boissons ingérées et celle des urines rendues. Sans être aussi fréquents que les autres cas, ceux-ci ne sont cependant pas très rares. Il y a des sujets diabétiques qui, malgré la soif ardente qui les dévore, ne veulent point boire, dans l'espérance de tarir la source de la sécrétion abondante dont ils sont affectés, et qui cependant urinent beaucoup. Afin que ce fait ne vous paraisse pas très extraordinaire, hâtons-nous de vous dire qu'il y a des hydropiques qui présentent le même phénomène, c'est-à-dire qu'ils ne boivent pas, et qu'ils augmentent tous les jours de volume dans une proportion effrayante.

On s'est demandé comment il pouvait en être ainsi, comment on pouvait uriner sans boire. On a pensé que l'absorption pouvait suffire pour porter dans l'économie les liquides en vapeur contenus dans l'atmosphère, et l'on a même été jusqu'à dire que c'était l'absorption pulmonaire qui jouait le principal rôle dans la production de ce phénomène. Sans adopter tout à fait ces idées qui ont besoin de la confirmation d'une longue expérience, on doit cependant, ce nous semble, supposer que l'absorption cutanée et l'absorption pulmonaire ne sont pas tout à fait étrangères à ce qui se passe en pareille circonstance, et suffisent même dans quelques circonstances pour introduire dans l'économie la quantité de liquides expulsés, proportionnellement plus abondants que les liquides ingérés, puisque la quantité d'urine rendue s'est trouvée quelquefois double de la quantité des boissons.

Le pronostic du diabète est toujours très grave; il est rare de rencontrer des individus qui en guérissent complétement. Sous ce rapport, il y a un rapprochement intéressant à faire entre la maladie de Bright (albuminurie, néphrite albumineuse des auteurs) et le diabète. Dans l'une comme dans l'autre de ces deux maladies, les cas de guérison doivent être regardés comme des faits exceptionnels, si toutefois elle est jamais complète. Seulement, entre ces deux affections, il y a cette grande différence que, dans la maladie de Bright, les individus peuvent souvent lutter pendant fort long-temps contre la désorganisation des reins, restent maigres, sécrètent beaucoup d'urine, et ne succombent qu'après un long espace de temps, quand il survient une exacerbation des symptômes, tandis que l'affection diabétique se termine ordinairement plus rapidement.

Le traitement du diabète a été l'objet de recherches et d'expériences nombreuses et de diverse nature. On a considéré le régime gras comme le moyen le plus actif de combattre cette maladie. D'autres, au contraire, ont conseillé le laitage presque exclusivement. Entre ces deux manières de voir, il n'y a qu'un seul point de ressemblance, c'est que les substances alimentaires, dans les deux cas, sont empruntées au règne animal. Les principales indications, dans le traitement du diabète, sont d'empêcher le sucre d'entrer dans l'économie tout formé et d'empêcher aussi l'entrée des substances capables de concourir à la formation du sucre. Mais, une fois la maladie guérie, les circonstances sous l'influence desquelles se forme le sucre se reproduisent ordinairement, et le sucre reparaît dans l'immense majorité des cas, preuve évidente que la guérison n'était ni complète ni permanente.

En même temps que l'on prescrivait un régime alimentaire particulier, on a cherché à attaquer la maladie dans sa nature, dans son siége, et à employer des médicaments actifs. On a secondé l'usage de la viande et des aliments azotés par le pain de gluten inventé par le pharmacien en chef de cet hôpital, M. Bouchardat. On a obtenu des succès; mais à peine rentrés dans la vie commune et soumis à la nourriture générale, les malades ont vu leur urine reprendre les mêmes caractères.

Comme moyens thérapeutiques autres que l'alimentation, on a conseillé des agents susceptibles d'opérer une révolution sur les autres organes de l'économie. Ainsi, et en première ligne, les purgatifs doux ou drastiques. Mais les sujets diabétiques sont toujours affaiblis par la maladie; il faut donc éviter de les affaiblir encore. Par cette raison, on a assez rarement recours à cette médication essentiellement débilitante.

On a cherché à provoquer une transpiration abondante. Cette manière d'agir est plus rationnelle; la transpiration cutanée constitue une fonction opposée à la sécrétion urinaire; un homme qui sue abondamment urine toujours peu. Ce sera donc une indication logique que de provoquer les sueurs, et de tendre ainsi à diminuer d'autant la quantité de l'urine. Nous avons fait prendre à notre malade des bains de vapeur, de la poudre de Dower, pour boissons des infusions de bourrache chaudes, et par ces moyens nous avons obtenu une sensible amélioration, une diminution notable de la quantité de l'urine et de la proportion des principes sucrés.

Quelques auteurs ont pensé que l'on devait chercher à modifier l'action des reins. En vertu de cette théorie, qui présente du reste quelque chose de satisfaisant à l'esprit, on a essayé d'administrer aux malades une certaine dose de cantharides; ce sont des excitants de l'appareil urinaire. Peut être, s'est-on dit, risquons-nous, par leur usage, de provoquer une phlogose de cet appareil; mais à coup sûr ce serait préférable à une dégénérescence incurable. Nous avons fait mettre dans un julep une goutte de teinture de cantharides, dose que nous augmenterons peu à peu si le malade la supporte facilement, et si l'urine se modifie dans sa composition et dans sa quantité. Enfin, nous pensons que l'on peut en désespoir de cause recourir aux balsamiques, à la térébenthine, au copahu, lorsque tous les moyens précédents ont échoué.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 juillet 1844. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

(Suite du numéro précédent.)

Delirium tremens. — *M. Barth* fait le rapport suivant :

Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un travail imprimé qui vous a été adressé par M. le docteur Bougard (de Bruxelles). C'est une thèse d'agrégation sur le *delirium tremens*, ou folie des ivrognes. Dans une courte introduction l'auteur rappelle que la maladie dont il s'agit est bien connue depuis un bien petit nombre d'années seulement, et que les écrits publiés jusqu'à ce jour laissent encore beaucoup à dire. D'ailleurs, aucun écrivain belge n'en avait fait l'objet de ses recherches, et comme chaque pays a sa constitution médicale, chaque peuple ses mœurs et même sa boisson favorite, ces circonstances ont pu avoir une certaine influence et imprimer dans cette contrée de l'Europe un cachet particulier au délire des buveurs.

Après un court aperçu historique des travaux publiés depuis Guillaume Saunders, qui le premier signala cette maladie, jusqu'au mémoire de Léveillé publié en France en 1833, l'auteur passe en revue toutes les dénominations successivement employées. Il signale rapidement les inconvénients attachés à chacune d'elles; c'est ainsi que le mot *œnomanie* ne s'appliquerait justement qu'aux gens qui ne pensent qu'à boire du vin, tandis qu'en Belgique cette liqueur n'entre peut-être que pour 1/200 dans une statistique étiologique de la maladie. Le terme de *delirium tremens* n'est lui-même pas toujours exact, puisque le tremblement peut manquer. L'auteur se trouve ainsi conduit à préférer la dénomination de *délire des buveurs*, et il le définit : Un désordre extrême, essentiellement aigu et non fébrile des facultés mentales, ordinairement avec tremblement des membres, et produit par l'effet des liqueurs alcooliques sur l'organisme humain.

Passant ensuite à l'étude des causes, soit prédisposantes et occasionnelles, soit déterminantes, il trouve que cette maladie est plus fréquente au printemps et en été, plus commune dans le nord de l'Europe, et plus habituelle dans les grandes villes;

Qu'on l'observe le plus ordinairement entre trente et cinquante ans, beaucoup plus rarement chez les femmes que chez les hommes; qu'elle affecte indistinctement tous les tempéraments; enfin qu'on la rencontre plus souvent dans les classes ouvrières que dans les classes aisées de la société et principalement chez les individus qui ont le plus occasion de boire ou que des causes morales y poussent accidentellement.

L'auteur nie l'influence des maladies internes ou des affections traumatiques sur le développement du *delirium tremens*. Tout en admettant que le délire s'empare facilement des ivrognes quand ils sont malades, il conteste que ce soit un *delirium tremens* véritable.

Il nie aussi que l'abstinence des boissons, chez les personnes qui ont l'habitude de boire, puisse provoquer le délire.

Quant à l'influence d'une amosphère chargée de molécules alcooliques, il ne la considère que comme prédisposante, et la cause déterminante est exclusivement l'usage abusif des boissons alcooliques. Il n'est pas nécesseire, selon lui, que la dose des spiritueux soit portée jusqu'à l'ivresse; il suffit que le sujet en fasse un usage habituel, et qu'une cause occasionnelle, telle qu'une grande chaleur, vienne renforcer la caus efficiente.

Parmi les boissons fortes, celle qui en Belgique produit le plus souvent le délire des buveurs, c'est le genièvre, après vient l'eau-de-vie, puis d'autres liqueurs; le vin rarement, et la bière plus rarement encore.

L'invasion du *delirium tremens* est ordinairement subite; il est cependant quelquefois précédé de symptômes précursurs tels que du malaise, de la lassitude, de l'anorexie, de la céphalalgie, etc.

Qu'il se déclare subitement ou qu'il soit précédé de ces phénomènes, le délire arrive parfois en moins de quelques heures à son summum d'intensité, ou augmente graduellement pendant dix-huit, vingt quatre ou trente-six heures pour atteindre sa plus grande violence.

Il est calme ou furieux, continu ou rémittent, s'exalte ou diminue d'un moment à l'autre sans aucune régularité; souvent gai ou tendre, il est ailleurs morose, grossier, violent, et l'on est obligé de maintenir le malade pour éviter qu'il ne brise tout ce qui lui tombe sous la main.

Quelle que soit sa forme, le délire a le plus souvent rapport aux occupations habituelles des malades; on y retrouve une idée fixe relative à leur genre de vie, à une affaire qui les avait fortement préoccupés avant la maladie, ou bien à un penchant, à une passion dominante. Ils ont des visions, des hallucinations diverses, et souvent ils simulent les manœuvres auxquelles ils sont habitués par leur profession.

Du reste, leur attention est facile à fixer. Si on les entretient de ce qui leur est familier, on trouve une certaine liaison dans leurs propos; mais dès qu'on s'éloigne du sujet sur lequel se concentrent leurs idées, ils déraisonnent complétement.

Enfin, leur mémoire présente cette singulière observation, que, pendant le délire, ils rendent assez bien compte de tout ce qui s'est passé précédemment; tandis qu'après leur guérison, ils ne conservent d'ordinaire aucun souvenir de ce qui leur est arrivé.

Mais parmi tous les phénomènes qui caractérisent ce délire, le premier, et le plus essentiel, est le tremblement musculaire. Souvent borné aux membres supérieurs, il se propage quelquefois aux membres pelviens et même, dans le plus haut degré de ce symptôme, au tronc et aux parois abdominales.

Du reste, le tremblement n'existe pas toujours; il a manqué trois fois sur vingt-cinq malades, mais c'était chez des individus qui s'adonnaient depuis peu de temps aux boissons alcooliques. Quelquefois il revient par accès; il peut persister après que le délire a cessé, et il est d'autant plus fort que le sujet est depuis plus long-temps enclin à l'ivrognerie.

Aux phénomènes qui précèdent se joint une insomnie opiniâtre. Quelques malades demandent de l'eau de-vie; et on reconnaît l'odeur alcoolique de l'haleine, quand le délire survient peu de temps après la dernière ingestion d'alcool.

Quelques symptômes accessoires complètent ce tableau. Les malades ne se plaignent ordinairement d'aucune douleur physique. Leur physionomie présente une infinité d'expressions de nuances variées, mobiles ou permanentes, et modifiées selon la forme du délire. La soif est peu intense; il y a souvent de l'anorexie, de la constipation. Les urines sont retenues; mais il arrive parfois que leur excrétion, ainsi que celle des matières fécales, se fait à l'insu du malade. La respiration est libre; le pouls lent et développé, et s'il est quelquefois fréquent et accéléré, cela dépend de l'agitation du malade plutôt que de la maladie elle-même. La chaleur de la peau est naturelle si le délire est tranquille, élevée si le malade se livre à des efforts musculaires.

Enfin, on retrouve généralement chez ces sujets une habitude particulière que l'auteur désigne sous le nom de *cachexia potatorum*, dont il trace un tableau frappant, et qui peut servir au diagnostic de la maladie.

Lorsque le délire des buveurs doit se terminer par la santé, l'auteur a toujours vu l'agitation diminuer avec rapidité; le malade tombe dans un sommeil profond et réparateur qui dure six, huit, dix, douze ou quinze heures, après quoi la raison reprend son empire, et toutes les fonctions leur exercice normal. Le délire des ivrognes est généralement aigu, continu ou rémittent, et M. Bougard ne reconnaît pas le délirium intermittent admis par Georget, et quelques faits de ce genre cités par le médecin de la Satpêlrière, et dans lesquels les accès reparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés, ne lui paraissent pas authentique. Il nie de même l'existence du *delirium tremens* chronique admis par Sutton et Léveillé. L'affection décrite par ces deux auteurs n'est, selon lui, autre chose que l'aliénation mentale produite par le vin et les liqueurs dont parlent Pinel et Esquirol.

Quant aux complications, les maladies qui sont le résultat ordinaire des boissons spiritueuses peuvent exister en même temps que le *delirium tremens*, et le compliquer, ou bien en être compliquées sans avoir avec lui aucune liaison de rapport ou de solidarité.

La *durée* du délire des ivrognes est variable. Il peut se terminer en vingt-quatre heures, même sans médicaments, et ne se prolonge généralement pas au delà de deux ou trois jours quand on administre le remède convenable. Sur quarante accès environ, le plus long que l'auteur ait observé a duré six jours; des trente-neuf autres, il n'en a pas vu un seul dépasser le quatrième jour.

Le retour à la santé est la *terminaison* la plus fréquente. Cependant on a vu la mort survenir; mais le chiffre de la mortalité varie grandement dans les statistiques publiées en divers pays. C'est ainsi que la proportion en décès a été très considérable à Copenhague, d'après les docteurs Lind et Herold; elle a été encore fort élevée à Paris d'après le relevé de Léveillé, tandis qu'à Bruxelles le chiffre de la mortalité est réduit presqu'à zéro.

Après avoir tracé le tableau de la maladie dont nous venons de donner un très court aperçu, M. Bougard essaie d'en déterminer la nature, et arrive par voie d'exclusion à la considérer comme une affection *sui generis* dont la nature intime nous est totalement inconnue.

Vient ensuite un chapitre important sur le diagnostic, dans lequel l'auteur rappelle sommairement les phénomènes caractéristiques du délire tremblant, et signale les traits différentiels qui le distinguent de la manie, de la phréoésie, et surtout du délire nerveux, avec lequel il a le plus d'analogie. Quand ce dernier survient chez des individus qui n'ont pas l'habitude des boissons alcooliques, le diagnostic n'est point difficile; mais que le délire se déclare chez un buveur quelques jours après une fracture, il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un délire nerveux ou du *delirium tremens* véritable. Cependant les douleurs survenant dans le siége du mal, la céphalalgie, puis la continuité et l'intensité du délire, la difficulté de fixer l'attention du malade, l'absence du tremblement, etc., peuvent encore faire éviter une erreur.

M. Bougard, se fondant sur les faits qu'il a observés, regarde le pronostic du délire des buveurs comme le plus généralement favorable.

Il n'a eu occasion de faire qu'une seule autopsie et seulement un mois après que le délire avait cessé. Le cerveau ne présentait aucune altération; mais en raison de l'espace de temps qui s'est écoulé entre la mort et l'accès, on ne peut tirer de ce fait aucune conséquence, et, sous ce rapport, M. Bougard n'a rien appris de plus sur le *delirium tremens*, dont les recherches entreprises jusqu'à ce jour n'ont pas encore pu découvrir les véritables altérations anatomiques.

Aux détails nosologiques qui précèdent, M. Bougard a joint un chapitre intéressant sur le délire des ivrognes considéré sous le point de vue médico-légal. Il admet que parmi les malades atteints de cette affection, il en est qui éprouvent un entraînement irrésistible pour les boissons alcooliques, qui, à chaque récidive du délire, deviennent plus méchants, et qui finissent par mettre en danger leur famille et compromettre gravement la sûreté publique. Selon lui, ces malades doivent être considérés comme aliénés, traités comme tels, et soumis aux mesures de sûreté que réclame l'aliénation mentale. Pour appuyer son opinion, il cite l'exemple d'une femme que Gall rencontra dans les prisons de Bamberg. Dès qu'elle avait bu, cette malheureuse éprouvait un vif désir de mettre le feu à quelque maison; à peine cette irritation était-elle passée, elle avait horreur d'elle-même; néanmoins elle avait commis quatorze incendies avant d'être renfermée.

Passant enfin au chapitre du traitement, M. Bougard expose en peu de mots les diverses méthodes thérapeutiques successivement mises en usage. Après avoir signalé ce qu'elles laissent souvent à désirer par leur peu de succès, et quelquefois à regretter par les fâcheux effets dont quelques-unes, comme la saignée, sont fréquemment suivies, il arrive au traitement par l'opium, qu'il regarde comme le plus efficace, et qu'il préconise comme le véritable moyen de guérison. Il indique avec soin le mode d'administration des opiacés, l'époque où il convient de les prescrire, la préparation que l'on doit préférer, les doses auxquelles il est prudent de s'arrêter, et la durée qu'il est convenable de donner à cette médication.

Décrivant enfin le traitement tel qu'il doit être pratiqué, il expose la marche à suivre depuis le moment où le médecin est appelé près du malade jusqu'à celui de la convalescence, et termine ce chapitre par un article riche de considérations intéressantes sur le traitement moral de cette maladie, c'est-à-dire sur les moyens d'en prévenir les récidives.

On a pu voir, par l'analyse qui précède, que le travail de M. Bougard n'a point ajouté considérablement à ce que l'on savait sur le *delirium tremens*. Mais l'auteur, en rapprochant des résultats antérieurement obtenus ceux qui ressortent des vingt-cinq observations qui lui sont propres, a su faire de son livre un traité consciencieux sur cette maladie, et l'on y trouve encore quelques considérations neuves et intéressantes. Sa brochure constitue ainsi une monographie complète aussi instructive qu'attachante. Les faits qu'il rapporte y jettent de la variété. Tous les détails sont coordonnés avec ordre, exposés avec précision, et le style du livre est à la fois clair et correct. L'ouvrage de M.

Bongard mérite en conséquence votre approbation, et nous proposons de lui adresser des remercîments et de lui accorder le titre de membre correspondant de la Société.

— *Foyers sanguins du placenta.* — *M. E. Laborie* fait à la Société la communication suivante :

Dans une dernière séance, j'ai eu l'honneur de vous présenter un placenta sur lequel on pouvait voir les traces d'une hémorrhagie ancienne, avec transformation remarquable du sang ; je veux aujourd'hui faire passer sous vos yeux un autre placenta qui vous permettra d'apprécier d'autres transformations de foyers sanguins qui ont souvent pu donner le change, et faire croire à une altération organique de nature squirrheuse.

La jeune malade sur laquelle j'ai trouvé cette pièce pathologique était primipare ; seulement, coup sur coup, avant la grossesse pour laquelle je lui ai donné des soins, elle a eu deux avortements, l'un à deux mois, l'autre à trois mois.

Devenue enceinte pour la troisième fois, la grossesse se poursuivit jusqu'au huitième mois, mais avec des accidents dont, du reste, nous pourrons lire les traces sur le placenta que je vous présente.

A trois mois, la malade fit une chute sur le ventre ; elle éprouva à la suite quelques contractions utérines, mais sans issue de sang au dehors. Le repos lui fut prescrit par son médecin habituel ; les choses reprirent leur cours normalement en apparence.

Au cinquième mois, la malade voulut soulever un fardeau pesant, et ne pouvant en supporter le poids, elle se laissa violemment tomber sur les genoux. A la suite de cet accident, nouvelles contractions utérines suivies d'hémorrhagie peu abondante du reste. On se contenta encore de conseiller le repos, qui parut suffire ; car peu de jours après la malade reprit ses occupations.

Enfin, au huitième mois, nouvelle chute suivie d'hémorrhagie peu abondante. Dès ce moment, la malade ne sentit plus les mouvements de son enfant. On me fit appeler alors. La malade, quinze jours après, accoucha d'un enfant mort et putréfié.

Rien de particulier quant à l'accouchement en lui-même ; le placenta seul mérite examen. Voici, en effet, ce qu'il présente :

D'abord il est d'un volume bien moindre que celui que l'on devrait admettre pour un œuf parvenu à cette période de l'évolution fœtale. Sa teinte générale est pâle. Au centre on trouve un noyau gros comme une noix, de substance jaunâtre, ossifié, d'aspect à peu près squirrheux, c'est là sans doute le résidu fibrineux d'une première hémorrhagie survenue sans doute lors de la chute de la malade au troisième mois de la grossesse ; le sang est resté au lieu de l'épanchement sans se faire jour au dehors.

Sur un des bords on trouve une masse à peu près semblable, mais moins densifiée ; ce serait la trace de la deuxième hémorrhagie ; puis enfin, sur un autre bord les traces d'une hémorrhagie beaucoup plus récente.

Je présente en outre à la Société un placenta présentant une anomalie intéressante, surtout au point de vue de ses conséquences pratiques. Le cordon s'insère sur les membranes, non pas en se divisant comme cela a lieu d'ordinaire ; mais en masse et conservant tous ses éléments unis jusqu'au moment où il gagne le placenta.

Quand le cordon se divise, la tête de l'enfant, en s'engageant, ne comprime pas nécessairement tous les vaisseaux, qui s'écartent pour la laisser passer. Dans le cas opposé, au contraire, il y a tout à craindre de cette compression et de ses effets : les résultats sont exactement semblables à ceux qui suivent la procidence du cordon. Dans ce cas en particulier, quoique le travail eût été prompt l'enfant vint asphyxié ; on put néanmoins le ramener à la vie en pratiquant l'insufflation laryngienne.

Accouchement, rupture des membranes quatre jours avant l'expulsion du fœtus, écoulement des eaux, putréfaction du placenta et de ses membranes ; possibilité de l'introduction de l'air dans la cavité de l'amnios ; par madame MERCIER, maîtresse sage-femme.

Madame X..., âgée de vingt-sept ans, d'une constitution lymphatique, ayant toujours joui d'une bonne santé, enceinte pour la première fois, eut une grossesse très pénible, sans cependant présenter de graves accidents. Arrivée au terme de la gestation, les membranes se rompirent dès les premières douleurs, à huit heures du matin, le 14 décembre 1843. Un écoulement d'eau abondant eut lieu pendant toute la journée, accompagné de faibles douleurs. A minuit, les douleurs cessèrent complètement, ainsi que l'écoulement ; le col présentait une dilatation de la grandeur d'une pièce d'un franc.

Le 15, la journée fut tranquille ; elle ne perdit qu'une très petite quantité d'eau verdâtre, bourbeuse et infecte. Pendant la nuit, la malade eut quelques douleurs ; l'écoulement des eaux fut un peu plus abondant ; elles présentaient toujours le même aspect.

Le 16, la malade était agitée, tourmentée, dans un état de malaise général. Presque pas d'écoulement ; les mouvements du fœtus étaient faibles ; les bruits de son cœur forts et réguliers. Un bain calma cet état d'agitation de la mère.

Le 17, même état de la malade ; les mouvements du fœtus se sont fait sentir plusieurs fois dans la journée, le col n'était pas plus dilaté que le premier jour. A dix heures du soir, les contractions utérines se manifestèrent ; elles se succédèrent avec régularité, et, à minuit, le col présentait une dilatation du diamètre d'une pièce de cinq francs. La tête, en position occipito-iliaque gauche-antérieure, était fortement appliquée sur l'orifice ; une petite tumeur existait sur la partie postérieure du sommet. A dater de cette époque, malgré l'énergie des contractions, la dilatation du col ne fit plus de progrès, le pourtour de son orifice se tuméfia, devint dur, chaud et douloureux. Je portai dessus, à une demi-heure d'intervalle, quatre capsules ansdines faites avec du beurre emprisonnant quelques gouttes de laudanum, d'après le procédé de M. le professeur Moreau. Après l'administration de ce médicament, la rigidité du col diminua.

Le lendemain, 18, à six heures du matin, la dilatation commença à s'opérer d'une manière continue ; à neuf heures elle était complète, et la tête avait franchi le col ; à onze heures l'accouchement s'était terminé naturellement.

Lorsque la tête fut hors de la vulve, l'enfant jeta un léger cri, fit quelques efforts d'inspiration ; mais la poitrine était comprimée, et la respiration ne put s'effectuer. Les épaules ne pouvant se dégager, je dus aller à leur recherche et extraire le tronc au moyen des deux doigts indicateurs placés dans le creux axillaire. Je m'empressai de couper le cordon, qui était flétri, mortifié, et ne donnant aucune pulsation. La section faite, il s'écoula par les deux bouts un sang noirâtre visqueux, et ressemblant assez à de la mélasse. L'enfant, du sexe masculin, d'une grosseur ordinaire, ne donnait que quelques signes de vie ; il exhalait une odeur très fétide ; toute sa surface cutanée était d'une pâleur plombée, les cavités splanchniques n'étaient point déprimées, et les membres ne présentaient pas, comme chez les anémiques, une mollesse caractéristique, la respiration était presque nulle, la bouche et le nez se trouvaient remplis par une matière glaireuse, concrète, d'une ténacité assez grande, offrant une forme cylindrique de la grosseur de gros tuyaux de plumes, arrondis et légèrement aplatis. Je parvins à les extraire au moyen des doigts avec de grandes précautions. Elles plongeaient jusque dans l'arrière-bouche et la trachée artère ; elles avaient une longueur de 12 centimètres environ. Aussitôt leur extraction, l'enfant respira librement et jeta des cris forts et bien articulés ; une heure après il déglutait parfaitement. Quelques frictions faites sur tout le corps et principalement sur la région précordiale, contribuèrent à rappeler à la vie cet enfant qui a survécu parfaitement à tous ces accidents ; car aujourd'hui, 1er août, j'apprends que sa santé est parfaite, et c'est ce qui m'a décidé à publier cette observation, qui me paraît fort intéressante. J'essaierai plus tard d'en faire ressortir les faits les plus saillants.

La délivrance se fit peu d'instants après l'expulsion de l'enfant. Le placenta ainsi que les membranes présentèrent le phénomène remarquable d'une putréfaction avancée ; ils exhalaient l'odeur nauséabonde de la putréfaction ; les tissus de ces organes tombaient en lambeaux, et la crépitation due au dégagement de gaz avait lieu. L'odeur était tellement forte et repoussante, qu'elle fut cause que la malade tomba en syncope, malgré la promptitude que l'on mit à éloigner ce foyer d'elle. La matrice revint parfaitement sur elle-même. Les lochies s'établirent normalement, mais en petite quantité. La fièvre de lait s'est manifestée quarante-huit heures après l'accouchement, et la montée du lait a été très abondante ; les suites de couche n'ont présenté aucune particularité digne d'être notée.

Cette observation offre à l'esprit les deux questions suivantes :

1° Par quelle cause le placenta s'est-il putréfié ?

2° Le placenta s'étant putréfié, comment l'enfant a-t-il pu vivre ?

On ne peut expliquer, ce me semble, la putréfaction du placenta que par son décollement dès les premières douleurs et son séjour pendant quatre jours dans la matrice après la destruction de ses adhérences naturelles.

Quant à l'explication de la persistance de la vie de l'enfant après le décollement du placenta, ne pourrait-on pas la trouver dans la possibilité de l'introduction d'une certaine quantité d'air dans la cavité de l'amnios après l'écoulement des eaux, et par conséquent dans l'exécution de la respiration de l'enfant avant son expulsion, comme sembleraient l'indiquer les concrétions trouvées dans les premières voies aériennes ?

Nous ne faisons ici, bien entendu, qu'une supposition que nous livrons au jugement du lecteur.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur le matico, nouveau médicament astringent ; par M. le docteur HUNTER LANE.

Le matico est un végétal de l'Amérique méridionale, où il jouit d'une grande réputation à cause de ses qualités styptiques. Les feuilles sont les seules parties qui soient employées ; elles ont de huit à seize centimètres de longueur sur un à trois centimètres de largeur ; elles sont lancéolées, acuminées, légèrement crénelées, fortement ridées, d'une couleur brune foncée à leur surface supérieure, d'une teinte verte pâle à leur surface inférieure. On les importe en masses presque sphériques.

Les formes médicamenteuses sous lesquelles on les met en usage comme médicament sont l'infusion et la teinture alcoolique.

L'infusion se prépare avec trente grammes de ces feuilles pour un litre d'eau bouillante. Après deux heures de contact dans un vase clos, on passe ou l'on filtre.

Pour préparer la teinture, on emploie soixante-quinze grammes de feuilles pour un litre d'alcool rectifié. On fait macérer pendant quinze jours ; puis, au bout de ce temps, on passe avec forte expression et on filtre.

En soumettant le matico à la décoction, on retire aussi une grande proportion de principe actif : il est même probable que ce mode de préparation serait préférable pour l'usage externe.

Dans sa pratique, M. le docteur Hunter fait prendre de quinze à soixante grammes de l'infusion, et de quatre à huit grammes de la teinture alcoolique.

Suivant lui, l'usage de ce médicament est infaillible dans les leucorrhées, il est plus avantageux dans les cas de ce genre que le nitrate d'argent. Il remplace aussi, avec non moins de succès, le bistouri et les caustiques dans le traitement des hémorrhoïdes internes. Il donne également d'heureux résultats dans les cas de diarrhée et de gonorrhée.

Enfin M. Hunter recommande encore le matico contre les hématémèses, les hémoptysies, les dysenteries et certaines hématuries ; il ajoute même que, dans un cas de diabète, cette plante, associée au benzoate d'ammoniaque, lui a parfaitement réussi. (*The Lancet.*)

Traitement de la spermatorrhée ; par M. le docteur DOUGLAS, de Glasgow.

La cautérisation par l'azotate d'argent, conseillée pour combattre cette affection, ayant à la fois le très grave inconvénient de forcer les malades à garder la chambre, et celui de les effrayer et de leur occasionner des douleurs assez vives, M. Douglas a eu l'idée de substituer à son emploi l'usage d'injections composées comme il suit :

Pr. Extrait aqueux d'opium,	5 centigrammes ;
Acétate de plomb,	12 id. ;
Mucilage,	30 grammes.

M. S. A.

En même temps qu'il fait pratiquer ces injections, ce médecin prescrit l'administration de bains d'ondée et l'usage interne de la teinture de chlorure de fer. (*The prov. med. and surgical Journal.*)

Emploi de l'extrait de cascarille contre la diarrhée des enfants ; par M. le Dr MAUTHNER, de Vienne (Autriche).

M. le docteur Mauthner recommande, contre les diarrhées muqueuses continues qui se présentent si souvent dans le jeune âge, l'administration de l'extrait de cascarille.

Ce praticien prescrit cet extrait à l'état de solution dans une eau gommeuse qu'il fait édulcorer convenablement, soit avec le sucre, soit avec un sirop approprié. (*Journal fuer Kinderkrankheiten.*)

NOUVELLES.

Sur la demande du ministre de la guerre, le ministre de l'instruction publique vient de décider que les candidats aux emplois de chirurgien élève militaire seront admis à se présenter, *extrà tempora*, aux épreuves du baccalauréat ès-lettres, mais seulement après avoir fini leur cours complet de rhétorique et de philosophie, conformément aux règlements, aucune exception sur ce point ne pouvant être autorisée.

— Sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur, MM. Tenturier, chirurgien major de 2e classe au 19e léger ; Lelouis, chirurgien aide-major de 1re classe au 2e escadron du train des équipages militaires ; Rosaguti, *idem*, au 8e bataillon de chasseurs d'Orléans ; Candé, *idem*, en Algérie. (Ordonnances des 28 juin et 14 juillet.)

La SIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, complétant le tome deuxième, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle contient la fin des Maladies des reins, et une partie des Maladies de la vessie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 22 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 98. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Compte-rendu des fractures des membres traitées à la clinique externe du Val-de-Grâce, pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler; par M. MARTURÉ, aide de clinique.

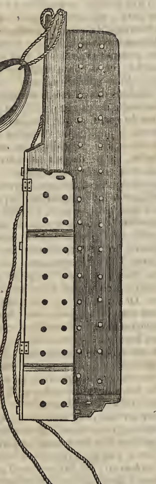
Fractures de cuisse.

Il y a eu cette année trois fractures de cuisse dans le service; toutes trois simples et siégeant sur le corps du fémur. Ces trois fractures ont été traitées avec le succès le plus complet par l'appareil à extension, contre-extension et coaptation permanentes imaginés par M. Baudens.

Nous croyons utile, avant de parler de ces faits, d'entrer dans quelques détails sur la composition et l'application de cet appareil si avantageux et si peu connu en même temps, bien qu'il fonctionne depuis plus de dix ans entre les mains de ce professeur.

Les pièces qui constituent cet appareil sont les suivantes :

1° Une *boîte de chêne* à ciel ouvert, plus longue que le membre auquel elle est destinée, formée de quatre parois, une inférieure, ou plancher, deux latérales et une terminale, appelée digitale par opposition à l'extrémité pelvienne, qui est plane et non fermée.



La *paroi inférieure* est horizontale; c'est le plancher de la caisse. Elle a 23 centim. de largeur sur 1 mètre 30 cent. de longueur. Ce plancher, dans sa portion pelvienne, est réduit à une simple planchette sans côtés, étroite, et longue de 31 cent. afin de permettre au siége de reposer sur le lit et de pouvoir passer un bassin sous le malade quand il en sent le besoin. Cette réduction dans la largeur du plancher vers la région pelvienne, a lieu, comme on le conçoit, aux dépens de la portion interne. Le rebord de l'extrémité de cette planchette est échancré pour le passage des liens de la contre-extension.

Parois latérales. La paroi latérale externe a 1 mètre 10 centimètres de long, sur 23 centimètres de hauteur. L'interne est aussi haute, mais elle n'a que 90 centimètres de longueur. Cette différence de longueur tient à ce que la paroi externe doit remonter jusqu'au niveau de la crête iliaque, tandis que l'interne s'arrête au-dessous des bourses. Ces deux parois sont percées chacune de deux rangées parallèles de trous, au nombre de quatorze à chaque rangée de la paroi externe, et de dix à chaque rangée de la paroi interne. Ces trous ont environ 3 centimètres de diamètre, et sont distants l'un de l'autre de 5 centimètres; ils servent à fixer les liens coaptateurs. Un petit nombre d'entre eux suffit à cet usage, et la plupart restent sans emploi. On les a multipliés afin de pouvoir se servir de la même caisse pour toutes les fractures du col et du corps du fémur, quel que soit leur siége.

Les deux parois latérales verticales s'articulent par des charnières avec le plancher; elles peuvent s'abattre au niveau de ce plancher, se relever et être fixées par des crochets à la paroi digitale.

Paroi digitale. Cette quatrième et dernière paroi, située à l'extrémité digitale de la cuisse, ferme la boîte de ce côté; c'est une planchette verticale, large, et haute de 23 centimètres. Mobile, elle est articulée par deux charnières avec le plancher; quand elle est relevée, deux crochets la tiennent fixée aux parois latérales. Cette espèce de chevalet est percé de six trous disposés sur deux rangées parallèles; trous destinés à recevoir les liens de l'extension et de la contre-extension. Cette planchette présente en outre sur son bord supérieur trois échancrures, pour donner au besoin passage aux liens extenseurs.

Les différentes mesures que nous venons de donner ont été prises sur un appareil appliqué à un malade de taille moyenne. Inutile de dire qu'il faudrait avoir une boîte de plus grande dimension si l'on avait affaire à un blessé de haute stature.

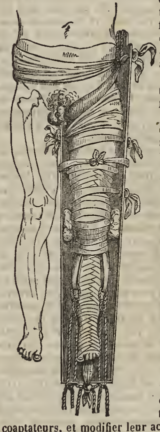
2° Un *anneau de crin* recouvert en peau de daim, épais et assez large pour embrasser facilement la racine du membre fracturé. Cet anneau est destiné à la contre-extension. A cet effet, deux cordes longues et solides sont fixées sur un des points de sa circonférence.

3° Un coussin en crin, fait à l'aide d'un drap plié en plusieurs doubles, et ayant la longueur et la largeur de la boîte. Il sert à isoler du plancher la face postérieure du membre, et à la soutenir comme sur un matelas.

4° Un second coussin en crin beaucoup plus petit que le précédent, de forme allongée; il doit protéger le talon, d'où le nom de *talonnière* qui lui a été donné.

5° Plusieurs petits coussins disposés en pyramide et destinés à être mis sous le jarret, pour que le membre soit légèrement fléchi.

6° Enfin, des bandes plus ou moins nombreuses pour faire l'extension de la coaptation; du coton cardé, une solution de gomme de consistance de bouillie, et une serviette pliée en cravate.



La figure 2, représentant d'un côté un appareil à fracture appliqué, et de l'autre une fracture du grand trochanter, dessinée par une ligne oblique, a été faite d'après nature, il y a deux ans, au Val-de-Grâce.

Le fragment supérieur, attiré en dehors par le muscle fessier, est reporté en dedans par plusieurs liens coaptateurs disposés en éventail, embrassant le côté externe et supérieur du membre, et venant se nouer sur les trous de la paroi interne de la boîte. Au-dessous un bout de bande disposé en forme de lien embrasse la partie interne du membre, et porte en dehors le fragment inférieur. Ce lien, concurremment avec ceux dont il vient d'être parlé, constitue la coaptation. Le troisième lien, noué par une rosette au milieu de la cuisse, est destiné à empêcher le fragment inférieur de se porter en avant; il agit d'avant en arrière, comme on le voit. Au-dessous de lui, existe un quatrième lien soutenant le fragment inférieur en dehors. On peut, on le conçoit, changer à volonté la disposition de ces liens coaptateurs, et modifier leur action selon les indications.

Les deux bourrelets situés sur les côtés du genou représentent assez mal la pyramide de coussins placée sous le jarret afin de mettre le membre dans une légère flexion. Les liens destinés à l'extension et à la contre-extension, la serviette passée autour des hanches, et dont les chefs se fixent dans un trou pratiqué au sommet de la paroi externe, sont facilement compris.

A l'aide de ces préliminaires, l'exposition qui suit n'offrira plus de difficulté.

La boîte étant déployée, on étend sur son plancher le long coussin en crin, espèce de matelas qui doit dépasser la paroi inférieure de plusieurs centimètres en tout sens, et qu'il faut avoir le soin de rendre plus épais dans les points qui doivent correspondre aux dépressions de la face postérieure du membre. Par-dessus ce grand coussin, on dispose la talonnière de manière à lui faire représenter un plan légèrement incliné, s'abaissant du talon vers le mollet.

On s'occupe ensuite des liens de l'extension; ils doivent être fixés, d'une part, sur le pied, et, d'autre part, sur le genou. A cet effet, le membre étant tenu soulevé par des aides, et la jambe étant enveloppée d'une couche de ouate depuis le pied jusqu'au-dessus du genou, mais plus épaisse autour de ces articulations, on commence par appliquer sur le pied le bandage de l'étrier sans le serrer. Après avoir fait quelques tours de bande pour maintenir le coton, on place sur la plante du pied, dans une direction parallèle à l'axe de cette partie, la portion moyenne de deux bandes d'une longueur d'un mètre environ, et on les fixe en ce point par de nouveaux tours de bande qui terminent le bandage de l'étrier. On entoure alors la jambe d'un bandage roulé à doloires très rapprochées, pour augmenter sa solidité; lorsqu'on est parvenu au niveau du bord supérieur de la rotule, on place sur chaque côté du genou la partie moyenne d'une longue bande que l'on maintient comme celle du pied par quelques tours de bande. Le chef supérieur de la bande ainsi fixée sur le côté de l'articulation, est renversé de haut en bas pour suivre la même direction que le chef inférieur; en sorte qu'au lieu d'un lacs extenseur de chaque côté du genou, on en a deux. Le lacs réfléchi est encore maintenu par de nouveaux tours de bande.

Dès l'application de ces diverses bandes, il résulte que l'on peut disposer de quatre lacs extenseurs au pied, dont deux supérieurs et deux inférieurs; et de quatre lacs extenseurs au genou, deux de chaque côté. Une précaution indispensable sur laquelle nous insistons, consiste à bien matelasser avec de la ouate le cou-de-pied, les malléoles et les condyles du fémur, pour prévenir une pression trop forte, douloureuse, et même des excoriations.

Le bandage est ensuite entièrement couvert d'une solution épaisse de gomme (trois parties de gomme sur une partie d'eau), afin de les solidifier et de les rendre inamovibles. Vingt heures, même en hiver, suffisent pour qu'il soit sec; la gomme forme alors un vernis brillant, solide, et permet de faire agir les liens extenseurs. Pendant ce temps, le membre reste placé dans la position légèrement fléchie à l'aide de coussinets mis sous le jarret, position que, du reste, il conserve pendant la durée du traitement.

Les agents d'extension étant appliqués, on engage le membre dans l'anneau contre-extenseur muni de ses deux cordes, et l'on fait remonter cet anneau aussi haut que possible jusqu'à la racine de la cuisse, en ayant soin de les relever au-dessus du grand trochanter. Les choses disposées de la sorte, des aides glissent la boîte déployée sous le membre soulevé, et celui-ci est alors reçu sur la paroi inférieure de la cuisse. Toute l'étendue de sa face postérieure repose médiatement sur la planche de la boîte, dont elle se trouve séparée par le matelas en crin et par les petits coussins placés sous le jarret. Ce matelas, par sa souplesse et son élasticité, permet au membre de se mouler exactement sur lui et éloigne toute pression douloureuse.

Quant à la talonnière, elle s'emboîte sous le tendon d'Achille sans empiéter sur le calcanéum, et ne remonte pas au delà du milieu de la jambe. Elle soutient efficacement le talon tout en le laissant complétement libre, et prévient des douleurs si souvent intolérables par les appareils ordinaires. On ferme ensuite la caisse en relevant ses deux parois latérales en même temps que le chevalet, et l'on les fixe dans cette position par les deux crochets de l'extrémité digitale. Le membre se trouve ainsi placé au fond de la boîte. Comme le coussin sur lequel il est étendu le déborde en tout sens, on le replie sur les côtés du membre, de manière à faire des espèces de faux-fanons que soutiennent les parois de la boîte.

Tout étant convenablement disposé comme nous venons de le dire, on procède à la réduction de la fracture. Pour opérer la contre-extension, on fait passer les deux cordes fixées à l'anneau contre-extenseur dans les échancrures du rebord de l'extrémité pelvienne de la cuisse qui font l'office de poulies de renvoi, puis on les ramène de haut en bas sous le plancher de la boîte jusqu'à son extrémité digitale; on exerce sur elles une forte traction qui fait remonter l'anneau et lui fait prendre son point d'appui sur la branche ascendante du pubis, et lorsqu'on sent que la contre-extension est suffisante, on les engage dans les trous du chevalet pour les nouer ensemble. Une serviette pliée en cravate passée autour des hanches, et dont les chefs sont attachés à un des trous de la paroi externe de la caisse, sert à maintenir le bassin dans sa rectitude normale.

L'extension se fait à l'aide des lacs fixés à la plante du pied et sur les parties latérales du genou. Après avoir opéré à l'aide des mains des tractions plus ou moins fortes, dès que l'on suppose que le membre est suffisamment allongé on noue les liens extenseurs aux trous de la planchette digitale, pour l'empêcher de remonter. M. Baudens ne tente pas ordinairement de rendre au fémur, dès le premier jour de l'extension, sa longueur normale; il n'y arrive que graduellement en trois ou quatre jours. Ainsi faite, l'extension est facile et sans souffrances. Au moyen des trous et des échancrures du chevalet,

les lacs peuvent ramener le pied dans la direction la plus convenable, à droite ou à gauche, en haut ou en bas.

La coaptation, obtenue d'abord par les mains du chirurgien, devient permanente par un nombre variable de bandes larges de six à sept centimètres et longues d'un mètre. Pour placer ces liens coaptateurs, il faut ouvrir la boîte en détachant les petits crochets qui fixent les parois latérales du chevalet; celui-ci, maintenu par les lacs extenseurs reste immobile et vertical, en sorte qu'il n'en résulte aucun inconvénient pour l'extension et la contre-extension; les parois latérales seules sont déployées et abaissées au niveau du plancher.

La boîte ouverte, il est facile de glisser les bandes entre le coussin et la cuisse fracturée; puis on ferme la caisse. Les lacs coaptateurs sont destinés à remplacer les mains du chirurgien; ils peuvent remédier au déplacement suivant l'épaisseur et suivant la direction; c'est pourquoi ils seront diversement disposés selon l'indication à remplir. Si, par exemple, l'un des fragments de l'os fracturé tend à se porter en dehors, on appliquera un lacs qui, embrassant tout le côté externe de la cuisse au niveau de ce fragment, ira se nouer sur un des trous de la paroi interne de la boîte et s'opposer de cette manière au déplacement suivant l'épaisseur. Si, au contraire, un des fragments tend à se porter en dedans, on appliquera un sacs en sens opposé. Dans le cas où les deux fragments ou bien un seul des fragments se porteraient en avant, on remédierait à ce déplacement suivant la direction, par l'application d'un lacs embrassant la face postérieure du membre et dont les deux chefs traversant l'un des trous des parois latérales de la cuisse, viendraient se nouer en avant du membre ou sur un de ses côtés. Cette pression antéro-postérieure peut être graduée et portée à un très haut degré d'intensité par l'addition de compresses pyramidals. Il est évident que l'on ne peut pas déterminer à l'avance le nombre de lacs qu'il faudra appliquer pour établir la coaptation.

Pour empêcher le drap et les couvertures de peser sur les orteils, on place sur la partie digitale de la caisse une petite tige de fer courbée en arc de cercle, dont les extrémités sont engagées dans deux petits trous crusées sur le bord supérieur des parois latérales.

Dans l'application de cet appareil la cuisse reste à découvert, sinon en totalité, du moins dans tous les points où elle n'est pas embrassée par les liens plus ou moins nombreux de la coaptation. La jambe, au contraire, est complètement entourée par un bandage légèrement contentif, sans lequel elle deviendrait le siége probable d'un engorgement plus ou moins prononcé, occasionné par la compression faite sur les genoux pour fixer les lacs supérieurs de l'extension.

Avant de faire fonctionner son appareil d'une manière notable, M. Baudens combat les accidents inflammatoires et le gonflement des parties molles par les saignées générales et la glace tenue en permanence sur le foyer de la fracture. Ce n'est que lorsque ces accidents ont en partie disparu que les liens de l'extension, de la contre-extension et de la coaptation sont sollicités d'une manière puissante. D'ordinaire on continue encore pendant quelques jours l'usage de la glace, concurremment avec les moyens de réduction ci-dessus indiqués. Voici les principaux avantages de l'appareil que nous venons de décrire :

1° Il peut être appliqué pour toutes les fractures du corps ou du col du fémur.

2° Il permet au chirurgien de faire, sans aucun aide, soit l'application, soit le renouvellement des pièces qui le composent.

3° Il est surtout utile dans les fractures compliquées de plaie. Dans ces cas, en effet, le foyer du mal reste à découvert, ou n'est recouvert que par des lacs coaptateurs qu'il est facile de détacher; de plus, les pansements peuvent être faits sans causer la moindre secousse ni la moindre douleur au membre, puisque l'extension et la contre-extension sont permanentes, et que l'immobilité de la partie fracturée reste toujours la même. Dans l'appareil de Scultet, au contraire, le membre, pendant le pansement, doit être tenu par des aides qui, malgré la plus grande attention, lui font toujours éprouver quelques secousses nuisibles au travail du cal.

4° Le membre restant à découvert, on peut toujours s'assurer s'il est dans une direction convenable, si on lui a rendu sa longueur naturelle; on peut en outre apprécier à chaque instant les changements divers dont la cuisse est susceptible par suite de l'engorgement et autres accidents inflammatoire.

5° Aussi immobile lorsqu'il est appliqué que l'appareil inamovible, il a sur ce dernier l'avantage que présente les appareils amovibles.

6° Il maintient la fracture réduite par une extension douce et graduée agissant comme la main des aides, et non par une compression latérale si souvent nuisible, comme cela a lieu quand on se sert d'attelles. Ces attelles, en effet, ont souvent le grave inconvénient dans les fractures compliquées de pousser plus avant dans les chairs les esquilles qui ont échappé aux recherches du chirurgien.

7° Avec un peu de soin on prévient toute espèce de raccourcissement et de déviation du membre, puisqu'on peut faire toujours l'extension, la contre-extension et la coaptation d'une manière permanente. Cette extension permanente n'est point douloureuse, comme on serait porté à le penser; cela provient de ce qu'elle est toute passive; il n'y a de douloureuse que l'extension active, celle dans laquelle le membre étendu n'est soutenu par aucun appui. On peut d'ailleurs l'effectuer graduellement, si l'irritabilité du malade s'oppose à ce qu'elle s'opère d'une manière complète dès le premier jour.

8° Enfin le membre, après la levée définitive de l'appareil, n'est point amaigri, ainsi que cela arrive lorsqu'il a été placé dans un appareil de Scultet ou un appareil inamovible qui exerce une pression générale sur toute la périphérie du membre, et en détermine l'atrophie.

D'après ces considérations, on voit que l'appareil dont il est ici question jouit à la fois des avantages propres à l'appareil de Scultet et à l'appareil inamovible, et qu'en même temps il n'a les inconvénients ni de l'un, ni de l'autre. Ajoutons qu'il est assez facile à appliquer, qu'il ne cause aux malades aucune gêne, et n'a aucun des inconvénients reprochés aux appareils extenseurs. Il a d'ailleurs sur eux tous l'avantage de combiner la coaptation à l'extension et à la contre-extension; ce qui n'avait pas encore été obtenu.

La difficulté qu'on éprouve à maintenir les fractures du fémur exactement réduites par les appareils ordinaires, fait qu'on n'obtient qu'avec beaucoup de peine une consolidation sans difformité, sans raccourcissement. Les faits que nous allons rapporter témoignent hautement de la supériorité de l'appareil de M. Baudens.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

De la chorée, et de son traitement.

Au n° 4 *bis* de la salle Saint-Bernard a été couchée une jeune fille de quatorze ans, d'une assez forte constitution, atteinte d'une affection nerveuse des plus remarquables, en ce sens que les muscles, chez elle, agissent sous deux influences opposées; sous l'influence de la volonté d'une part, et d'autre part contrairement à la volonté; les contractions musculaires se trouvent soumises à ces deux influences, et ceci en même temps, de telle sorte qu'il se trouve à la fois deux pouvoirs agissant dans l'économie, dans deux sens diamétralement opposés. Il résulte de cette singulière disposition, que cette malade peut parvenir à exécuter une foule de mouvements qu'elle a dessein d'exécuter réellement; mais comme lorsqu'elle veut porter un membre dans un sens, en même temps que ce membre obéit à la volonté, il obéit aussi à l'autre pouvoir qui lutte contre le premier, il en résulte ceci que pour arriver au résultat, but du désir de la malade, il faut qu'il passe par une série de mouvements irréguliers et désordonnés pour que ce résultat s'accomplisse.

Une fois arrivé au but, il semble que le membre se cramponne, si nous pouvons nous servir de cette expression, et fasse les plus grands efforts pour se maintenir dans la position qu'il est parvenu à occuper. Veut-elle prendre un verre, par exemple, une fois qu'elle est parvenue à s'en saisir, les doigts se roidissent autour de l'objet, de crainte de le laisser échapper; et quand la jeune fille est arrivée à le porter à sa bouche, elle avale avec avidité la liqueur qu'il contient, de peur qu'une contraction involontaire ne vienne à l'en écarter de nouveau.

Les mouvements ne sont donc sous l'influence exclusive d'aucune de ces deux puissances, mais également sous l'influence de l'une et de l'autre. Si on lui commande de rester immobile, cette immobilité lui est également impossible à conserver complétement, malgré les efforts qu'on lui voit faire pour obéir. Veut-on la faire marcher, elle précipite sa marche, puis fait de très petits pas, puis enfin elle saute pour approcher du point auquel elle veut atteindre. Les membres supérieurs sont tellement agités de secousses involontaires, qu'elle ne peut en aucune manière les maintenir appliqués le long du corps. Le visage est soumis aux mêmes lois de désordre, et grimace continuellement. Les yeux sont dirigés en tout sens en quelques instants, et le sujet ne peut fixer un seul moment le même objet. Quand elle parle, les muscles articulateurs de la parole sont également sous l'influence de ces mouvements doubles; enfin, d'un moment à l'autre, on observe en elle des modifications essentiellement pathologiques.

Cette affection, que l'on désigne sous le nom de chorée, ou plus vulgairement sous celui de danse de Saint-Guy, n'est pas rare à l'époque de la vie où se trouve cette jeune fille. Il n'est pas commun de la rencontrer après la puberté, à moins que chez la jeune fille la menstruation ne soit dérangée. La chorée est une maladie essentielle à l'enfance et à la première jeunesse. Remarquons ici, en passant, et à propos de la menstruation, qu'à quatorze ans notre jeune malade n'est point encore sujette à l'écoulement menstruel. Elle a été prise de la première atteinte de cette affection à la suite de légères contrariétés, qui cependant, dit-elle, ne l'affectèrent pas à un point extrême; mais il arriva pour elle ce qui arrive presque toujours chez les enfants au commencement de la maladie. Dans l'état qu'elle exerce, elle est obligé d'enfiler des perles avec une aiguille. Le premier jour, après avoir subi cette émotion morale, elle fut tout étonnée de ne pouvoir parvenir à faire son ouvrage accoutumé. Sa maîtresse d'apprentissage lui administra des corrections manuelles, à la suite desquelles les mouvements involontaires ne firent qu'augmenter. Après quelques jours passés chez elle sans amélioration notable par le repos, elle arriva à l'Hôtel-Dieu présentant les accidents dans le détail desquels nous venons d'entrer, mais sur le développement desquels nous ne croyons pas cependant avoir trop longuement insisté.

La chorée chez cette jeune fille est d'une intensité médiocre. On rencontre souvent des cas où elle est beaucoup plus grave, d'autres où elle est plus légère. Dans ces derniers, l'irrégularité des mouvements ne se fait guère remarquer que dans les membres supérieurs, et principalement dans les mains. C'est à peine alors si les extrémités inférieures participent à la maladie, et si l'on observe pendant la marche un peu de déviation ou de sautillement. Quelquefois même on ne trouve aucun symptôme dans les parties inférieures du corps, et la démarche est parfaitement libre. C'est là la forme la plus légère de la maladie qui nous occupe. Souvent alors, il n'est pas tout à fait impossible aux sujets de manger eux-mêmes en se servant d'une cuiller. La jeune fille dont nous racontons l'histoire ne peut en aucune façon porter à sa bouche un liquide avec une cuiller. Les mouvements opposés dont le bras est agité, ont bientôt fait répandre sur son lit le lait ou le bouillon dont elle est remplie. Mais il y a des degrés où la chorée est moins intense que dans celui-ci; où en rencontre souvent où elle est plus violente.

Alors, ce n'est plus seulement par un désordre plus grand dans les mouvements des muscles soumis à la volonté qu'elle se manifeste; les muscles aussi sont affectés, qui ne sont point soumis à l'empire de la volonté du malade. Chez des sujets aussi profondément atteints, la parole devient presque impossible, et l'on ne peut souvent distinguer les mots qu'ils essaient de prononcer. La déglutition devient de plus en plus difficile. Le pharynx ne peut recevoir les aliments, sans aussitôt en rejeter au dehors la plus grande partie. Il y a plus encore. Les mouvements du diaphragme peuvent être frappés de la même irrégularité; la respiration devient confuse, irrégulière, et si cet état se prolonge, la vie peut se trouver compromise. En même temps que la respiration, la circulation souffre de cet état anormal du système nerveux; les mouvements du cœur deviennent irréguliers, et le rhythme de ses battements est détruit.

Dans les circonstances où la chorée est la plus forte, il y a souvent des phénomènes tellement intenses qu'à moins de les avoir observés soi-même, on ne peut s'en faire une idée. On est obligé d'attacher étroitement les malades dans leur lit, précaution sans laquelle ils se heurteraient et pourraient se blesser, soit contre les montants du lit, soit en tombant par terre.

Bien que la chorée, dans la grande majorité des cas, ne soit pas une maladie très dangereuse, lorsqu'elle est portée à ce degré d'intensité, elle se termine souvent d'une manière funeste; mais, nous le répétons, ces cas sont heureusement fort rares. L'examen nécroscopique des sujets qui ont succombé à des attaques de chorée est complétement négatif, et n'apprend le plus souvent rien à l'observateur. Il en est de cette affection comme du tétanos, sur la nature duquel l'anatomie pathologique ne fournit aucune donnée certaine, et dont le siége précis reste ignoré. On sait bien que ces maladies ont leur point de départ dans le système nerveux. Mais lorsque l'on veut arriver à la connaissance exacte de la nature de la lésion, il est impossible de s'en assurer. On peut seulement se convaincre que dans la plupart des cas, où il y a mort par suite d'accidents choréiques, presque toujours la mort est le résultat d'une asphyxie déterminée par la confusion, le désordre et l'irrégularité des mouvements respiratoires et circulatoires. La preuve matérielle en est l'aspect extérieur du sujet dont la face prend une coloration violacée, et l'examen anatomique de ces deux appareils essentiels à la vie, les poumons et le cœur, dans lesquels, mais principalement dans le premier, on rencontre des traces évidentes de congestion pathologique.

Le diagnostic de la chorée est le plus souvent facile. En effet, il n'est point d'affection dont les caractères aient une analogie complète et une parfaite ressemblance avec elle, partant qui les puisse faire confondre. Cependant, ce serait une erreur que de croire qu'il n'est aucune affection cérébrale qui ait quelques phénomènes communs avec la chorée. Dans ce cas, la confusion pourrait avoir lieu si l'on se contentait d'un examen superficiel, et si l'on n'établissait avec soin le diagnostic différentiel. Nous avons eu occasion, soit dans des affections aiguës, soit dans des affections chroniques du cerveau, d'observer une sorte de chorée partielle et particulière, bornée à un des côtés du corps, et que l'on pourrait désigner sous le nom de chorée hémiplégique. Mais les mouvements irréguliers et involontaires qui caractérisaient cette maladie étaient symptomatiques, et ne doivent point être confondus avec les phénomènes de la chorée idiopathique.

La chorée symptomatique est surtout intéressante sous le rapport du diagnostic, pour la détermination duquel elle fournit des données extrêmement précieuses. Le plus souvent, la chorée n'est pas égale dans les deux moitiés du corps, et les mouvements convulsifs sont plus violents et plus irréguliers d'un côté que de l'autre. Je me rappelle avoir vu, il y a quelques années, une jeune fille de la campagne qui fut atteinte d'une chorée intense, mais anormale, au point qu'elle avait été considérée par un médecin appelé avant moi, comme une véritable hémiplégie. Or, ce n'était qu'une hémiplégie chronique. Une différence essentielle à noter entre la chorée idiopathique et celle qui n'est que symptomatique, c'est que cette dernière est toujours bornée à un seul côté.

Nous avons dans nos salles une femme âgée de trente-sept ans, mère de cinq enfants, et habituellement d'une mauvaise santé. D'après les renseignements qu'elle a pu nous donner, elle paraît avoir été prise dans son enfance, à l'âge de sept ans, d'une faiblesse et d'un tremblement dans les membres supérieur et inférieur du côté droit seulement. Comme il est arrivé à la jeune fille dont nous venons de vous entretenir, et comme il arrive à presque tous les enfants en pareil cas, elle fut réprimandée d'abord, puis subit des corrections manuelles. A la suite de ce tremblement, elle fut atteinte d'une paralysie complète du côté droit, paralysie qui dura plusieurs années, et qui l'obligeait à maintenir son bras soutenu par un fichu attaché au cou. Dans cet état, elle aurait été admise à l'hôpital Saint-Louis, et pendant son séjour à l'hôpital, la menstruation s'étant établie, tardivement, il est vrai, la malade aurait été guérie, du moins en partie, se servant passablement de ses membres. Depuis lors, elle est restée dans le même état; elle a de temps en temps des secousses dans les membres du côté primitivement affecté, et ces secousses sont suivies de mouvements involontaires et irréguliers. Dans ces moments, la jambe droite est tellement tremblante que la malade est obligée de placer la jambe gauche sur celle du côté affecté, pour l'empêcher de se soulever aussi violemment.

Cette femme est évidemment affectée d'un tremblement de

nature choréique, et, chose remarquable et peu commune dans la succession des phénomènes qui caractérisent cette maladie, l'affection a commencé par un tremblement choréique auquel a succédé une hémiplégie, et elle se termine par un tremblement pareil à celui que l'on a observé pendant la première période de la maladie. Nous avons cité ce fait comme un exemple d'une affection, sinon franchement choréique, du moins se rapprochant beaucoup de la danse de Saint-Guy, et cependant bornée à une seule moitié du corps.

Cette femme présente encore autre chose d'intéressant à noter. Lorsque l'on examine les deux membres supérieurs ou inférieurs, comparativement, et que l'on cherche à établir un rapport entre les dimensions de ceux d'un côté et de l'autre, on remarque une différence énorme entre eux. Le membre droit est d'une dimension, d'un volume beaucoup moindres que le membre gauche correspondant. Il y a, en partie, une véritable atrophie des membres, ou plutôt il y a en par le fait même de la maladie un arrêt de développement du système musculaire. Ce fait, et ceux qui lui sont analogues, peuvent nous donner un exemple manifeste et extérieur de ce qui se passe dans certains cas pendant la vie fœtale et pendant le développement de l'embryon. Chez la femme qui fait le sujet de ces quelques réflexions, la différence est très évidente surtout aux mains, au point que la main gauche étant conformée sous tous les rapports comme celle d'une adulte, la main droite ne présente que les dimensions d'une main d'enfant de dix ans environ. Si l'on place les deux jambes à côté l'une de l'autre, de manière à pouvoir embrasser d'un seul coup d'œil leur ensemble, on note également une grande différence dans le volume, et près de six centimètres de longueur de moins pour l'un que pour l'autre.

Une simple modification de l'innervation a suffi pour empêcher l'un des membres de prendre son développement régulier, tandis que l'autre passait par toutes les phases d'un accroissement normal. C'est un fait extrêmement curieux, que cet arrêt de développement, cette atrophie, survenue sous l'influence d'une modification de l'appareil encéphalique, et sous ce rapport encore nous devions arrêter votre attention sur ce point. Pour nous résumer en quelques mots, nous dirons donc que l'on ne peut confondre la chorée idiopathique qu'avec la chorée symptomatique d'une affection cérébrale ; mais que dans les cas de cette espèce le diagnostic sera presque toujours facile à établir, si l'on réfléchit que la chorée symptomatique est toujours bornée à un seul côté du corps.

Le pronostic est différent suivant la rapidité, l'intensité, la fréquence des mouvements convulsifs qui la caractérisent. Quand elle est intense, le pronostic est on ne peut plus fâcheux, et nous avons dit qu'on la voyait se terminer quelquefois d'une manière funeste. Quand elle est légère, les malades finissent presque toujours par guérir, circonstance importante à savoir, car, si l'on n'en tenait compte, on pourrait être porté à attribuer au traitement ce qui n'est que le résultat de la marche naturelle de la maladie, et maintenant il est prouvé que la chorée légère guérit de toute manière, avec ou sans traitement.

Les méthodes thérapeutiques les plus opposées ont réussi dans le traitement de la chorée ; aussi serait-il impossible d'en citer une seule qui fût infaillible, et que l'on dût conseiller dans tous les cas. Quelques auteurs, Sydenham entre autres, ont préconisé la saignée. Bien qu'elle puisse être quelquefois utile, on doit être sobre de ce moyen. Autant une saignée générale ou locale produit d'heureux effets quand elle est faite à propos, autant elle est dangereuse dans les affections nerveuses quand elle est inopportune, et ce n'est pas sans raison que l'on a dit : *Sanguis frenat nervos, sanguis nervorum moderator*. L'usage journalier et long-temps prolongé des bains tièdes, souvent presque froids, les boissons délayantes prises en abondance lorsque l'affection n'est point assez intense pour empêcher la déglutition, un régime peu excitant, un exercice modéré, constituent l'ensemble des moyens hygiéniques indiqués pour la combattre.

On a conseillé, mais nous n'oserions vous engager à recourir à ce moyen, la frayeur comme moyen de guérir les malades choréiques. La frayeur, qui produit souvent un mouvement irrégulier et involontaire des membres, pourrait souvent plutôt aggraver les accidents que les faire cesser. Aussi proscrivons-nous l'immersion par surprise, que certains auteurs ont employée.

Comme agents thérapeutiques internes, les opiacés, les stupéfiants, les substances auxquelles on a donné le nom d'antispasmodiques : la valériane, l'asa fœtida, le musc, le camphre ont pu quelquefois amener une amélioration marquée. Les toniques, les préparations de quinquina, les ferrugineux, ont réussi dans les cas où l'état anémique semblait, sinon avoir produit, du moins entretenir la maladie. Enfin l'on devra, pendant l'usage de tous ces traitements, surveiller attentivement les malades et leur éviter tout espèce de contrariétés, de frayeurs, d'émotions morales, toutes conditions qui favorisent les troubles et les désordres du système nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 août. — Présidence de M. FERRUS.

Après la lecture du procès-verbal, *M. Delens* se plaint de la brièveté du compte-rendu de l'Académie. Dans les journaux de médecine les séances de l'Académie sont présentées d'une manière plus exacte et plus complète que dans le *Bulletin*.

M. Dubois (d'Amiens). Ce que dit M. Delens est d'autant plus étonnant que les orateurs communiquent eux-mêmes leurs discours au *Bulletin*. Il faudrait en conclure que les journaux rendent mieux la pensée des auteurs que les auteurs eux-mêmes. (On rit.)

— *M. Laugier*, après la lecture de l'ordonnance du roi qui approuve sa nomination, est invité à prendre place au milieu de ses collègues.

— *M. Barbier* (d'Amiens), membre correspondant, est présent à la séance.

— *M. Pariset* a la parole pour un rapport sur un mémoire lu par M. Louis De La Porte, chirurgien de la marine royale, relatif aux foyers, aux causes, à la reproduction de la peste et finalement au temps que dure l'incubation.

Dans le premier chapitre l'auteur s'attache à démontrer que la peste est une maladie très ancienne. Il cite à l'appui de cette proposition les paroles énigmatiques de la sibylle, un mot très équivoque d'Hérodote et quelques traits empruntés çà et là des saintes Ecritures. L'Ecriture parle, en effet, de maladies caractérisées par frisson, fièvre, tumeur et charbon. Mais le frisson et la fièvre sont partout ; les tumeurs, les charbons avec frisson et fièvre, constituent des maladies spéciales ; ils peuvent appartenir à la peste, mais ils peuvent également appartenir à de tout autres maladies. Il n'est pas vrai qu'Hippocrate ait décrit la peste ; il est certain que Galien n'en parle pas, et Galien avait étudié à Alexandrie. Que l'admirable hygiène pratiquée par l'ancienne Egypte lui ait été suggérée par de grandes épidémies de peste, et que par conséquent la peste lui ait préexisté ; c'est ce qu'a supposé Volney, c'est ce que suppose M. De La Porte ; mais les témoignages historiques nous manquent. La possibilité d'un fait n'en établit pas la réalité ; et quand le fait serait réel, il prouverait qu'avant tous les temps connus l'Egypte a été ce qu'elle est encore aujourd'hui, un véritable foyer de peste ; or, dit M. Pariset, c'est à quoi nous souscrivons très volontiers.

La détermination des causes est l'objet du second chapitre. Selon M. De La Porte, l'infection est la première, et cette infection il l'a rencontrée à Alexandrie, à Jaffa, à Smyrne, à Constantinople, à Rhodes, à Jérusalem. Dans ces lieux si divers, dans les villes, dans les villages, partout des rues étroites, tortueuses, crevassées, presque toutes sans pavés ; partout des eaux croupissantes, des habitations de terre, de boue, de carcasses d'animaux, pour les pauvres ; dans les maisons riches, des rez-de chaussée bas, obscurs, humides ; partout des matières animales et végétales pourrissant à la surface du sol, et jusque dans l'intérieur des maisons.

Le rapporteur suit M. De La Porte dans l'examen des autres causes, *circumfusa, ingesta, gesta*, et trouve que tout ce qui peut concourir à la génération spontanée de la peste est réuni en Egypte et sur une surface de plusieurs centaines de lieues carrées. De telle sorte que le merveilleux serait, non de voir la peste en Egypte, mais de ne l'y voir pas.

Toutefois des médecins ont élevé des doutes sur les pernicieux effets de l'infection. M. De La Porte répond à ces doutes par des faits péremptoires, et cite entre autres celui que rapporte Dower. Dower, l'inventeur de la poudre qui porte son nom, Dower l'élève de Sydenham, pirate et médecin tout ensemble, dont l'equipage à Guayaquil en Amérique eut la peste après avoir passé la nuit dans une église dont les tombeaux avaient été fouillés.

Dans le troisième chapitre, l'auteur s'occupe de la propagation de la peste, ou des voies par lesquelles cette maladie se reproduit. M. De La Porte est donc partisan de la contagion, ou plutôt de la transmission, expression plus générale et plus juste. Quelles sont ces voies de transmission ? M. De La Porte se prononce pour le contact, mais avec de grandes restrictions. Les voies de transmission sont ensuite les voies respiratoires et les voies digestives. Mais les moyens les plus redoutables de transmission sont, à ce qu'il semble, les effets qui ont été à l'usage des malades, les vêtements qu'ils ont portés, le linge qui les a touchés et qui s'est imprégné de leurs émanations. Les exemples de ce mode de propagation sont innombrables. En 1835, à l'hôpital du Caire, le 15 avril, deux pestiférés moururent, laissant leurs chemises, leurs camisoles et leurs caleçons trempés de sueur. On en revêtit sur-le champ deux condamnés ; on les mit ainsi équipés dans les lits encore chauds des malheureux qui venaient d'expirer. Le 19, l'un de ces condamnés eut la peste, et une peste mortelle. L'autre ne l'eut que le 21, et il se rétablit. Expérience équivoque, a-t-on dit. En voici une qui l'est peut-être moins. Les chrétiens d'Abyssinie ont toujours quelques-uns de leurs religieux à Jérusalem pour la garde du Saint-Sépulcre. La peste vint à Jerusalem. Loin de la redouter, les religieux abyssins la considèrent comme un bienfait du ciel qui va leur ouvrir le paradis. Quelques-uns furent pris et succombèrent. Les autres, empressés de les suivre dans l'éternelle félicité, prennent leurs vêtements, se mettent dans leurs lits, et tous meurent en quelques jours. Ils étaient au nombre de dix-sept.

L'expérience a démontré que ces vêtements, que ces effets laissés par les morts, doivent être détruits ou purifiés et par des lotions, et par une longue exposition à l'air libre. Si, au contraire, on les replie sur eux-mêmes, si on les cache dans des coffres, dans des armoires, dans des malles, à l'abri de l'air extérieur, non-seulement le venin dont ils sont pénétrés se conserve, mais il y prend une énergie qui le rend beaucoup plus dangereux qu'il ne l'était dans l'origine. Il se fait là des combinaisons que la chimie n'a pas encore étudiées, et dont elle ne connaîtra peut-être jamais ni le degré, ni la durée.

Du reste, M. De La Porte ne dissimule pas que la transmission de la peste, ou la contagion, n'est pas un fait constant, inévitable, absolu. On a sur ce point les exceptions les plus étonnantes. Quoi de plus surprenant, en effet, qu'une femme grosse qui n'a pas la peste, et qui met au monde un enfant qui a la peste ; qu'une femme grosse qui a la peste, et qui met au monde un enfant qui ne l'a pas !

Il est un dernier moyen de transmission que M. De La Porte semble rejeter sans réserve ; ce sont les marchandises. Le rapporteur ne se prononce pas sur ce point aussi résolument que l'auteur du mémoire. Il cite plusieurs exemples où la peste semble avoir été communiquée par cette seule voie.

Dans le dernier chapitre, l'auteur traite de la période d'incubation. M. Pariset a renfermé l'examen de ce point dans l'examen d'un mémoire récemment adressé par M. de Cigalla. Dans ce mémoire, l'auteur parle de vingt apparitions de peste qui ont eu lieu dans les Cyclades depuis 1832 jusqu'aux premiers mois de 1844, c'est à-dire dans le cours de douze années. Toutes ces pestes, que cite M. Cigalla, sont venues sur autant de bâtiments, et ces bâtiments n'ont eu, l'un dans l'autre, qu'un assez petit nombre de malades. Parmi les faits que cite M. Cigalla, on trouve le suivant : La peste est dans un lieu de Turquie qu'on appelle Jocia. Le docteur Manfredi, médecin du pacha-gouverneur, se retire à la campagne avec sa fille, son fils, âgé de quinze ans, et ses domestiques. Le jeune garçon avait un chien qu'il aimait beaucoup. Ce chien s'absente deux jours ; il revient ; grande joie pour l'enfant. Mais en prenant le chien pour le caresser, il s'aperçoit que cet animal a un bubon dans l'aine. Il en avertit son père, qui veut sur-le-champ faire tuer le chien. L'enfant demande grâce ; on met le chien dans une chambre. Le soir même l'enfant a la peste : céphalalgie, fièvre, vomissement. Le troisième jour l'enfant et le chien meurent. En même temps la fille de M. Manfredi et un de ses domestiques tombent malades et meurent. Pour sauver les autres et lui-même, M. Manfredi, privé de ses enfants, quitte la Turquie et se réfugie à l'île de Scio.

Quant à la durée de l'incubation, M. De La Porte s'arrête à une période de sept jours. M. Cigalla flotte entre sept et quinze jours ; mais dans une note additionnelle, il avoue que la période peut être encore beaucoup plus longue, et que la question est encore indécise.

M. le rapporteur cite à ce sujet le fait suivant : En 1819, un jeune Suédois vint d'Alexandrie à Marseille ; il entra au lazaret ; il y eut la peste, et n'en sortit qu'après sa guérison. Or, à cette époque, on n'avait point de bateau à vapeur, et le voyage d'Egypte en France ne prenait guère moins de trente jours. Aujourd'hui, dit-il, en France et en Angleterre, le gouvernement n'impose que vingt et un jours de quarantaine, y compris le temps du voyage. Cette réduction est, ce lui semble, tout ce qu'elle peut être, pour concilier les intérêts du commerce et les intérêts sacrés de la santé publique. A Livourne et à Trieste, on est plus rigoureux.

Pour conclusions finales, M. le rapporteur propose :

1° D'adresser des remercîments à MM. De La Porte et Cigalla ;

2° De déposer honorablement leurs mémoires dans les archives de l'Académie ;

3° D'insérer leurs noms sur la liste des futurs correspondants.

M. Rochoux. Deux théories ont régné sur la peste. La première est la doctrine de la contagion telle qu'on l'a déduite de l'ouvrage de Fracastor. D'après cette théorie, un virus analogue à celui de la variole est l'unique cause de la peste ; par conséquent, si l'on parvient par la séquestration, l'isolement et autres mesures analogues, à se défendre de l'action du virus, on se préserve efficacement de la peste. La seconde théorie consiste à considérer la peste comme prenant sa source dans des sources d'insalubrité, qu'on désigne sous le nom d'infection ; et depuis quelques années, cette manière de voir a reçu de telles confirmations, qu'on doit s'attendre à la voir bientôt généralement adoptée. Je n'en voudrais d'autre preuve que les mémoires dont vous venez d'entendre l'analyse. On y trouve mentionné une accumulation de causes morbides à laquelle des hommes, habitués à vivre dans un pays civilisé, ne voudraient pas croire, si elle ne leur était attestée par des observateurs dignes de foi. Mais, en reconnaissant que telle est vraiment l'origine de la peste, il faut bien aussi déclarer que les individus atteints de cette maladie peuvent communiquer leur mal à des sujets sains. C'est comme le typhus nosocomial qui, introduit à Paris en 1814, a fait de nombreuses victimes de sa contagion, mais ne s'en est pas moins promptement éteint, parce qu'il ne s'est presque jamais reproduit au delà d'une deuxième ou troisième communication d'un sujet à un autre. Pareille chose a certainement lieu par rapport à la peste. Cela veut dire que, pour en arrêter les progrès, il faut disperser les malades au lieu de les rassembler dans des lazarets ; cela veut dire que toutes nos mesures sanitaires sont au moins inutiles, quand elles ne sont pas nuisibles. Je me contenterai de citer, pour toute preuve à l'appui de cette assertion, l'exemple des Anglais, qui depuis vingt ans ont supprimé les quarantaines, sans que malgré l'activité d'un commerce et la rapidité des communications, dont aucune époque ne nous offre l'exemple, on ait vu un seul cas de peste se montrer dans les trois royaumes.

M. Castel. La question de la contagion de la peste a été long-temps, souvent discutée, mais jamais résolue. C'est qu'elle est mal posée. Il faut l'envisager non pas dans sa généralité, mais relativement. Il n'y a pas de maladie qui ne puisse devenir contagieuse. Les mots infection et contagion ne servent qu'à envenimer une erreur. La contagion est un épiphénomène.

M. Hamont, membre associé. (Une singulière discussion s'engage avant que M. Hamont ne prenne la parole. M. le président soutient que M. Hamont peut parler, parce que l'Académie n'élève aucune opposition à ce qu'il prenne part à la discussion, en sa qualité de membre associé étranger. M. Hamont conteste que l'Académie puisse s'opposer à ce qu'il prenne la parole, et il la réclame non comme une faveur, mais comme un droit. M. Dubois (d'Amiens) trouve étrange que l'on veuille pour ainsi dire s'imposer à l'Académie. L'Académie a toujours accordé la parole aux associés et aux correspondants, mais seulement par courtoisie. Il nie absolument le droit invoqué par M. Hamont. M. Hamont insiste, et M. le président, sans rien préjuger sur la question, lui accorde la parole, tout en se réservant de faire connaître l'article formel du règlement.)

Le fait le plus important de ce débat est, sans contredit, la question de la contagion. Il y a des faits qui prouvent péremptoirement que des bâtiments infectés ont donné la peste aux lazarets. M. Hamont en cite un certain nombre. Après cela, dira-t-on qu'il faut détruire les lazarets ? Ce serait le plus grand malheur qui pût arriver. Mais l'orateur reconnaît que l'organisation actuelle de ces établissements sanitaires est vicieuse ; il partage les idées de M. Rochoux sur les dangers de l'entassement des malades ; il lui paraît certain que tous les dix ans la peste prend un caractère de malignité qu'elle n'a pas dans l'intervalle. Il proposerait que les bâtiments avec patente nette fussent soumis à une quarantaine de quinze jours, voyage compris, et qu'avec patente brute la durée de la quarantaine fût laissée à la disposition des autorités sanitaires locales.

Après cette allocution, M. le président déclare qu'en effet, en vertu du règlement, M. Hamont a voix délibérative dans les discussions de l'Académie.

M. Londe trouve inexplicable le fait cité par M. Pariset, de développement de la peste après trente jours d'incubation. D'Alexandrie à Marseille, la durée de la traversée n'a jamais été plus longue que dix-sept jours.

M. Pariset tient le fait de l'ambassadeur de Suède. Avant les bateaux à vapeur il assure qu'il fallait souvent de quarante à cinquante jours pour faire le trajet indiqué.

M. Adelon. En portant la question de la peste devant l'Académie, on a souvent confondu deux choses bien différentes, la question scientifique et la question législative. La première seule est du ressort de l'Académie. La nature, les causes, le développement, la propagation, le traitement de la peste, voilà ce qui incombe naturellement à la compagnie, voilà seulement ce dont elle doit s'occuper. Quant à la question législative, l'Académie doit être très sobre sur ce point ; elle doit la laisser résoudre à ceux qui ont mission pour cela, et qui s'éclaireraient sans doute des lumières de la science. Il y a des lois qui régissent la matière ; ce sont des lois du pays ; il faut savoir les respecter et s'y soumettre. Après tout, de la manière inopinée que cette question se présente, la discussion ne peut mener à rien. Il y a là une foule de points qui, à eux seuls, demandent de longues recherches et des études patientes. L'orateur propose que sept à huit membres de l'Académie qui par zèle, par position ou par devoir veulent s'occuper de cette question se réunissent en commission et travaillent à la solution de ces difficultés. C'est le seul moyen d'arriver à quelque chose, et d'empêcher l'Academie de perdre son temps dans des discussions stériles et sans but.

Plusieurs membres. Appuyé ! appuyé !

M. le président, après avoir mis aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées, met aussi aux voix la proposition de M. Adelon, qui, malgré l'opposition de M. Rochoux, est adoptée.

— *M. Ségalas* commence la lecture d'un mémoire sur l'influence des lésions de la moelle épinière sur la sécrétion urinaire. L'honorable membre, vu l'heure avancée, ne communique que la première partie de son travail, et remet à la prochaine séance la fin de sa lecture.

MM. Desportes, Velpeau et Prus présentent quelques réflexions, mais, sur l'observation de M. le président, que cette discussion pourra être entamée avec plus de fruit quand M. Ségalas aura terminé sa lecture, la discussion est ajournée.

Après cinq heures la séance est levée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Juillet 1844.)

De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique; par le docteur HENRI ROGER.

Nous avons donné l'analyse et les conclusions de ce mémoire dans nos compte-rendus de l'Académie des sciences.

De la vaginite granuleuse; par M. Amédée DEVILLE, interne des hôpitaux.

Cette maladie a été presque entièrement passée sous silence par les

auteurs, et cependant ce n'est point du tout une maladie rare. L'auteur donne ce nom à une maladie du vagin de forme essentiellement chronique, se montrant principalement chez les femmes enceintes, mais pouvant exister chez d'autres femmes, caractérisée par le développement sur le vagin de granulations rouges, en général assez volumineuses, indolentes, tantôt éparses et isolées sur le vagin, tantôt et presque toujours confluentes, occupant soit une partie limitée, soit la totalité du vagin depuis les caroncules myrtiformes jusqu'au col utérin qu'elles envahissent même parfois, accompagnée d'un écoulement vaginal purulent, abondant, plus ou moins verdâtre. Ces granulations paraissent identiques à celles qui existent assez souvent d'une manière isolée sur le col utérin, nommées par Dugès et Boivin *métrite granuleuse;* seulement, sur le vagin, elles acquièrent d'habitude plus de volume.

Sur le siége et la nature de la maladie, l'auteur reste encore dans une réserve prudente, les faits ne lui indiquant rien de précis à cet égard.

Quant aux causes, elles paraissent encore très obscures. L'âge a varié de dix huit à trente-cinq ans dans quatorze cas. Le plus grand nombre de ces malades avaient de vingt à vingt-quatre ans. Le tempérament et la constitution ne paraissent avoir aucune influence. Huit de ces malades avaient toujours joui d'une excellente santé; aucune n'avait eu des antécédents syphilitiques. Une seule présentait des végétations; mais M. Deville considère ce phénomène comme tout à fait en dehors de la syphilis. L'état des règles n'a contribué en rien au developpement de la maladie.

Neuf malades sur quatorze étaient enceintes au moment où la maladie a été reconnue, et la maladie paraissait toujours, ou presque toujours, avoir commencé avec la grossesse ou depuis son début, sans autre cause efficiente; de sorte que, de toutes les causes de la vaginite granuleuse, l'auteur est porté à conclure que la grossesse est la plus efficiente, sans lui accorder néanmoins une importance exagérée, puisque cinq malades sur quatorze n'étaient point dans cette condition.

Ce mémoire doit être continué.

Revue des recherches modernes sur les maladies; par M. Valleix, médecin des hôpitaux.

Travail d'analyse et de critique impossible à résumer.

De quelques hernies étranglées; par M. Voillemier.

Un des points les mieux établis du traitement des hernies, c'est que, dans le cas d'entérocèle étranglée, formée par toute une anse d'intestin, et dont la réduction n'a pu être obtenue, il faut recourir à une opération sanglante pour lever l'étranglement et pour replacer dans l'abdomen les viscères herniés. Tous nos grands chirurgiens s'accordent à reconnaître que la maladie, abandonnée à elle-même, amènerait infailliblement la mort ou, tout au moins, une infirmité dégoûtante et souvent incurable; mais ils sont loin de s'entendre sur la conduite à tenir, quand il s'agit d'une entérocèle formée par un simple pincement de l'intestin. Les uns, tout en reconnaissant que la maladie est moins grave, veulent que l'opération de la hernie étranglée soit pratiquée dès que les moyens ordinaires de réduction ont échoué; ils se proposent de faire cesser ainsi les accidents généraux, et surtout de prévenir la gangrène des parties herniées. Les autres se bornent à combattre les accidents inflammatoires, proscrivent toute opération sanglante, et laissent marcher la maladie, espérant ou une réduction spontanée de la hernie, ou une gangrène très limitée qu'ils regardent comme une terminaison heureuse. Ce sont ces deux pratiques opposées que M. Voillemier examine dans cette note.

Il résulte du travail de M. Voillemier, que les entérocèles n'intéressant qu'une portion de la circonférence de l'intestin, diffèrent notablement de celles qui en comprennent toute la circonférence: 1° sous le rapport du diagnostic, par la continuation du cours des matières fécales; 2° sous le rapport de la marche, par l'intensité moins grande des accidents d'étranglement; 3° sous le rapport du traitement, en cela qu'elles réclament rarement l'opération de la hernie étranglée, que l'on peut attendre assez long-temps avant d'y avoir recours, et enfin que la gangrène de la portion d'intestin herniée n'est pas, le plus souvent, suivie d'accidents graves.

Annales de la Société de médecine d'Anvers. (Juillet 1844.)

Observation de fièvre typhoïde; par le docteur Van Meerbeeck.

Rien de nouveau.

Observation d'étranglement du pénis. par M. Van den Beregh.

Le 23 novembre 1843, l'auteur fut appelé chez un jeune garçon âgé de cinq ans, bien développé. On lui dit qu'il était atteint d'une maladie des organes génitaux. A l'examen, il trouva un gonflement œdémateux du pénis, et à la racine de cet organe, une plaie circulaire pénétrant profondément dans le corps caverneux. Cet enfant avait passé la nuit dans de fortes souffrances. On ne put rien lui apprendre concernant les causes de ces accidents. Il examina de nouveau la plaie avec beaucoup d'attention, et il reconnut dans sa profondeur un corps étranger de forme circulaire. Le jeune garçon, interrogé à cet égard, avoua enfin avoir noué un fil autour de la racine du pénis dans le but de n'être plus forcé de se lever pour uriner. Il réussit, non sans peine, à couper et à ôter ce fil. Il pansa la plaie avec du cérat, et des compresses imbibées d'eau de Goulard furent appliquées sur le pénis. Ce traitement simple fit disparaître le gonflement du pénis qui menaçait de tomber en gangrène, et amena une guérison rapide.

On peut se demander si, comme le dit l'auteur, le corps caverneux avait été réellement attaqué. L'absence de toute hémorrhagie doit faire penser le contraire. Du reste, les faits analogues ne sont pas très rares.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la fièvre puerpérale; par M. le docteur Smith, de Beulfeld.

M. le docteur Most a annoncé que, dès le premier ou le second jour de la fièvre puerpérale, il supprimait cette maladie à l'aide de la médication suivante:

Pr. Elixir acide de Haller, 4 grammes.
Laudanum liquide de Sydenham, 2 id.
M. S. A.

Pour une mixture dont on administre quinze à vingt-cinq gouttes toutes les trois heures dans un verre d'eau d'orge.

Lorsque l'administration de ce médicament a été soutenue pendant vingt-quatre heures on doit en suspendre l'usage et observer les effets produits.

M. Most a produit à l'appui de son assertion deux observations incomplètement rapportées, et c'est d'après ces deux observations que M. Smith s'est décidé à prescrire l'elixir acide de Haller associé au laudanum de Sydenham. Le succès a dépassé son attente, et les faits que ce praticien a recueillis et publiés ne paraissent pas laisser désormais le moindre doute sur l'efficacité de ce moyen.

Cependant, en admettant avec Eisenmann que les fièvres puerpérales prennent leur origine, s'engendrent, se propagent sur la surface de la matrice qui reste blessée par le décollement du placenta, et s'étendent ensuite de ce siége primitif et principal sur d'autres tissus, il serait sans aucun doute raisonnable d'agir aussi de prime-abord sur le point de départ de la contagion, c'est-à dire sur la matrice, par des injections altérantes et désinfectantes répétées de trois à cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Suivant M. Smith, la femme en couches doit être considérée comme une blessée, et par conséquent on doit redouter pour elle l'absorption des miasmes et des lochies âcres, putrides, qui peuvent donner lieu à une infection du sang. Dans les expériences qui ont été faites sur des femelles d'animaux vivantes, dans l'utérus desquelles on a injecté des lochies putrides et corrompues, on a obtenu des résultats qui confirment pleinement cette proposition. Or, dans cette affection, les substances acides agissent non-seulement sur le système circulatoire à titre de tempérants, de rafraîchissants, d'astringents, mais encore à titre d'antiseptiques, c'est à dire en s'opposant à la dissolution des matières organiques; ce qui arrive ordinairement lorsque cette maladie avance rapidement.

Toutefois on a reconnu que les acides agissent surtout d'une manière favorable dans le cas où ils sont associés aux narcotiques et particulièrement à l'opium; car, dans chaque affection, quelle qu'en soit la nature, la sensibilité est exalté morbidement et réclame par conséquent, spécialement dans la fièvre puerpérale, l'emploi bien raisonné des deux ordres de moyens.

Du reste, M. Smith a soin de faire observer, comme l'a fait avant lui M. Most, que la médication dont il s'agit offre surtout des chances de succès lorsqu'on l'emploie dans le commencement de la fièvre puerpérale, tandis qu'elle se montre tout à fait impuissante lorsque la maladie est déjà parvenue du cinquième au septième jour de l'invasion.

Une remarque ajoutée par ce praticien, et qui nous semble véritablement importante, parce qu'elle est basée sur son expérience, c'est que, dans la plupart des cas où les malades ont dépassé le neuvième jour, on peut les considérer comme étant presque à l'abri d'une terminaison fatale, quel qu'ait été d'ailleurs le traitement mis en usage.

(*Journ. des conn. méd.-chirurg.*)

Cas de rupture du cœur suivie de mort instantanée; observation recueillie par M. le Dr T. Taylor.

Une paysanne, âgée de cinquante-trois ans, d'une taille moyenne, d'une maigre conformation, et se plaignant assez souvent d'embarras dans la respiration, fut prise, dans le courant de décembre 1842, d'une fièvre qui s'accompagna d'une inflammation de poitrine. Malgré cet état, elle fit une course de cinq milles, chargée d'un fardeau. Dans la nuit qui suivit cet exercice trop fort pour elle, elle fut réveillée, vers trois heures et demie du matin par une toux très violente, avec difficulté de respirer. Après avoir donné des marques d'une grande souffrance à la région de la gorge, elle se dressa subitement, puis elle tomba de son lit la face contre terre; elle fut relevée morte.

Tels furent les renseignements qui furent fournis à M. le docteur Taylor, lorsqu'il vint examiner le cadavre deux heures après la mort. Le cadavre avait les jambes dans un état de relâchement complet; la face, et en général la peau dans toute son étendue, étaient très pâles; il existait un goître qui ne présentait aucune tension, et dont le volume ne permettait pas d'y soupçonner la cause de la mort.

L'autopsie ayant été pratiquée trois heures après la mort, les poumons s'affaissèrent faiblement à l'ouverture de la poitrine; le péricarde était flasque, sans graisse. Le cœur, dans une position normale, était augmenté de volume et chargé de tissu adipeux; le ventricule droit, affaissé vers le milieu de sa face antérieure, offrait, près du septum, une dépression occasionnée par une ouverture qui pénétrait jusque dans sa cavité, et qui était assez large pour admettre une plume d'oie et pour laisser apercevoir les colonnes charnues. Le péricarde, dont la face inférieure était marquée de deux taches blanches, contenait environ 50 grammes de sang liquide épanché. Le cœur, débarrassé du sang qu'il contenait, pesait environ 350 grammes. Un dépôt de graisse jaune se faisait voir sous la membrane séreuse et autour des artères coronaires et à la face antérieure. Les vaisseaux superficiels étaient fortement injectés. La graisse était interposée entre les fibres du tissu musculaire qui paraissait pâle et flasque.

Le ventricule droit, dilalé et à parois très amincies, présentait un millimètre d'épaisseur au voisinage de la rupture, et, dans ce point, il existait une grande quantité de graisse. L'ouverture, formée par une déchirure irrégulière, avait son grand diamètre en travers, à 4 millimètres du septum; le reste était sain. Les parois du ventricule gauche offraient 20 millimètres d'épaisseur dans leur partie moyenne. La membrane de l'aorte, teinte d'une couleur rouge, était marquée d'un grand nombre de points blancs.

Les poumons adhéraient presque partout à la plèvre; leur tissu, fortement congestionné, était crépitant à la pression. Les bronches contenaient des mucosités en abondance; leur membrane et la trachée étaient injectées partout; les glandes bronchiques étaient dilatées et renfermaient un noyau de matière calcaire.

Le goître, dû au développement de la glande thyroïde qui avait atteint le volume d'une orange, présentait une structure celluleuse et un centre fibrineux.

Le point par lequel cette observation paraît surtout mériter l'attention des anatomo-pathologistes, c'est la quantité si faible du sang qui s'est épanché par une déchirure aussi grande que celle qui s'est produite.

(*The Lancet.*)

NOUVELLES.

Sur l'avis du Conseil supérieur de santé des armées, le **DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE** du docteur Fabre, vient d'être adopté par M. le ministre de la guerre pour les hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. Gibert, ayant terminé son Cours d'été sur les *maladies de la peau*, continuera tous les lundis ses visites cliniques suivies de la consultation publique (8 heures 1/2).

— Le 23 août, M. Edouard ROBIN ouvrira, par la physique, la chimie, l'histoire naturelle et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au premier examen de médecine.

— D'après notre compte-rendu, le 15 août courant, de la séance de l'Académie de médecine du 13, le nom de l'auteur d'un mémoire sur un nouveau mode d'administration de quelques médicaments serait *M. Bell;* c'est *M. Pennes* qu'il faut lire.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 100. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.—M. VIDAL (de Cassis).

Revue clinique du service; par M. DUMOULIN, interne à l'hôpital des Vénériens.

J'ai publié dans les numéros des 18 mai et 8 juin de la *Gazette des Hôpitaux*, plusieurs faits intéressants relatifs aux affections du testicule, et provenant de la clinique de M. Vidal. De ces faits, le plus remarquable est certainement l'inflammation du parenchyme du testicule, contre laquelle M. Vidal emploie si heureusement le débridement de la tunique albuginée. Deux observations nouvelles sont venues démontrer encore l'heureuse influence de ce moyen thérapeutique. C'est donc par ce qui est relatif à cette forme de l'orchite que je commencerai cette revue clinique; puis je rapporterai les observations les plus remarquables que j'ai recueillies depuis le mois de juin.

§ Ier. *De l'orchite parenchymateuse et du débridement de la tunique albuginée.*

Comme l'a dit le rédacteur des Revues hebdomadaires de ce Journal, cette opération a causé un certain émoi dans le monde médical, et plusieurs objections ont été directement ou indirectement adressées à ce que j'ai avancé dans un article sur la clinique de M. Vidal. Mais comme c'est surtout par des faits que j'aime à répondre, je vais en publier encore deux qui réfutent parfaitement mes contradicteurs. Cependant, avant tout, je désire fixer l'attention du lecteur sur quelques réflexions qui ont été inspirées à M. Vidal par certains critiques.

On a feint, dit M. Vidal, de croire que nous portions le fer sur tous les testicules dans toutes les orchites. On nous a prêté ainsi une pratique que rien ne pourrait justifier. L'orchite ordinaire, qui n'est autre qu'une épididymite simple, guérit *sans aucune espèce de médication*. Si on la traite, soit par les émissions sanguines, soit par les topiques actifs, soit par la compression, on ne modifie en rien sa marche, ou si on la modifie, c'est dans un sens défavorable. Ainsi, l'épididymite simple peut ne pas être traitée. Il est bien entendu que nous ne négligeons pas l'hygiène.

On ne doit réellement traiter l'orchite que quand il y a des accidents. Vomissements, coliques; douleurs térébrantes tensives, du côté du testicule, remontant vers la fosse iliaque et vers les lombes, descendant vers le membre inférieur correspondant; insomnie, fièvre, etc. Quand ces accidents éclatent, il faut agir. Eh bien ! ici vous échouerez encore avec les émissions sanguines, les topiques, et vous aggraverez le mal par la compression.

Quelques-uns de ces symptômes se manifestent quelquefois sans inflammation parenchymateuse du testicule. Il y a alors, dans le plus grand nombre des cas, inflammation de l'épididyme et de sa tunique vaginale; il y a épididymite avec hydrocèle suraiguë. C'est dans ces cas qu'une ponction qui ne va pas jusqu'au testicule, et qui ne fait que vider la tunique vaginale, calme quelquefois les accidents d'une manière assez rapide; aussi, imitant ici M. Velpeau, nous pratiquons fréquemment cette opération.

Ainsi, quand le rédacteur de la Revue hebdomadaire a conseillé cette pratique, il nous a, quant à nous, trouvé parfaitement disposé à suivre un conseil dont nous constatons l'excellence tous les jours depuis près de trois ans. Mais il est des cas où il faut agir plus profondément: c'est quand le mal est plus profond; c'est quand, au lieu d'une phlegmasie membraneuse, on a à traiter une inflammation parenchymateuse. En effet, dans certaines circonstances pathologiques encore difficiles à apprécier, et ordinairement chez les malades les plus jeunes de notre service (dix-neuf, vingt ans), surviennent des inflammations qui envahissent le tissu propre du testicule, inflammations avec étranglement, et qui, si on les laisse marcher, ou, ce qui revient au même, si on les traite par les moyens jusqu'ici usités, se terminent par la perte du testicule, car sa substance est emportée par la suppuration. Ces cas sont rares; ils existent cependant, et tous ceux qui ont été à la tête d'un service chirurgical un peu important les ont observés.

C'est pour ces inflammations parenchymateuses du testicule que nous pratiquons le débridement de la tunique fibreuse de l'organe, comme on pratique le débridement des tissus fibreux de la main pour faire cesser l'inflammation de cette partie, ou la rendre moins compromettante.

Ce traitement est donc exceptionnel, si on le considère comme traitement de l'orchite en général; il est toujours applicable s'il s'agit de l'orchite parenchymateuse, qui elle-même est une orchite exceptionnelle. Grâce à ce traitement, pendant une année nous n'avons vu aucun testicule détruit par la suppuration; tandis qu'il n'en était pas de même avant l'adoption de cette méthode dans notre service, tandis qu'il n'en est pas de même encore aujourd'hui dans le service des personnes qui n'ont pu se mettre à même d'observer les résultats avantageux de cette opération, et qui ont préféré lui faire adresser des critiques sans fondement.

Ce qu'il y a de remarquable et ce qui peint admirablement, nous ne dirons pas l'esprit, mais les sentiments d'un de nos critiques, c'est qu'après s'être récrié sur l'excentricité du moyen il en attribue l'invention à J.-L. Petit. Pour nous, c'est là une découverte d'érudition qui nous rassure complétement sur le sort de cette opération; car, à l'abri d'un pareil nom, un procédé peut affronter bien des critiques. On a demandé s'il ne serait pas plus convenable, avant de débrider, de saigner, d'appliquer des sangsues, d'épuiser enfin tout l'appareil des moyens antiphlogistiques et calmants. Non certes, car les saignées et les sangsues sont dans l'impossibilité de faire rétrograder une inflammation du parenchyme testiculaire. Les sangsues surtout pourraient hâter non la résolution, mais la suppuration, c'est-à-dire, qu'elles pourraient perdre un peu plus tôt le testicule. Pour cela il faudrait les répéter, les appliquer en très grand nombre après les saignées. Or tant d'émissions sanguines peuvent avoir des inconvénients, tandis que le débridement n'en a aucun.

On a demandé ce que devient le testicule après cette opération. 1° L'inflammation dont il était atteint passe à l'état de résolution; 2° la plaie qui a été faite à la membrane fibreuse se confond avec la plaie de l'enveloppe séreuse, avec celle de la peau. Une seule cicatrice les réunit toutes trois; 3° cette cicatrice finit par devenir linéaire; le point d'adhérence du testicule avec les enveloppes est toujours plus faible; 4° enfin le testicule recouvre son entière liberté, son volume ordinaire, sa consistance normale. Ceci a été constaté par M. Morel-Lavallée, par M. Marchal (de Calvi), par M. Rousseau, et par tous les élèves qui suivent notre visite, et nous offrons de le faire constater par qui voudra s'en donner la peine, car nous ne sommes pas de ceux qui portent la modestie jusqu'à cacher leurs succès. D'ailleurs M. de Castelneau a déjà, dans le journal de M. Cazenave, établi les avantages de ce débridement par des faits et des raisonnements qu'on n'a pas cherché à combattre.

Après ces réflexions de M. Vidal, je vais exposer les deux faits recueillis à la clinique de ce chirurgien, et qui viennent à l'appui de ses principes et de sa pratique.

Première observation.—Le nommé D..., âgé de vingt ans, entré à l'hôpital le 27 juin, couché au n° 12, salle 11, contracta il y a deux ans une blennorrhagie qui, après trois mois de durée, alors que l'écoulement n'était plus que très peu abondant et séreux, tomba dans les bourses du côté gauche. Cet accident eut probablement pour cause occasionnelle une très longue marche, car l'affection se développa dans la nuit même. Je ne saurais dire si ce fut l'épididyme ou le testicule gauche qui fut affecté, car aucun noyau d'induration ne révèle le siége primitif; la résolution a été complète; cependant, j'ai tout lieu de croire que ce fut une épididymite, même assez légère, puisque des cataplasmes émollients et un peu de repos en triomphèrent aisément.

Aujourd'hui une véritable orchite, à droite, amène ce jeune homme à l'hôpital. Il eut une nouvelle blennorrhagie il y a un mois; après avoir offert une marche aiguë, elle était à sa fin quand l'orchite arriva. Le malade présume s'être froissé les bourses en portant un fardeau. Dès le début, les douleurs furent assez vives, mais supportables; il y avait déjà six jours de durée lors de l'entrée du malade, et l'on pouvait très bien constater l'inflammation du testicule; il formait une tumeur globuleuse, dure, offrant au moins deux fois le volume du testicule normal, et situé au devant de l'épididyme un peu engorgé, mais faiblement; la peau du scrotum était déjà d'un rouge érysipélateux. La douleur devint de jour en jour plus vive, s'irradiant le long du cordon spermatique jusque dans les lombes, et aussi dans la cuisse correspondante jusqu'au jarret. L'écoulement blennorrhagique est nul; seulement, le malade accuse de la chaleur dans l'urètre pendant l'émission des urines. — Cataplasmes sur la tumeur, petit lait; une portion d'aliments. Repos au lit.

Le 30 juin, les douleurs étaient plus vives la nuit; le malade ne put dormir, tant étaient grandes les angoisses; nausées, vomissements, coliques.

Le 1er juillet, M. Vidal incise la tumeur couche par couche dans l'étendue d'un centimètre et demi environ; il fut très facile de constater le débridement du périteste, et de voir à nu la substance du testicule. La tunique vaginale ne contenait pas une seule goutte de sérosité.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La peste à l'Académie. — Ingénieuse invention des commissions. — Une Indignité noblement relevée. — Progrès dans les mœurs médicales. — La garde nationale et les médecins. — Les variétés de l'ivresse. — Une conspiration de parapluies. — L'administration des hôpitaux et les jambes de bois. — Attention délicate d'un médecin. — Un tissu de nouvelle formation.

La peste régnait, mardi dernier, à l'Académie de médecine, c'est-à-dire qu'on y dissertait de ce fléau redoutable (style académique) qui porte la désolation et la mort sur les populations épouvantées. En vérité, si l'Académie n'eu sait pas plus long sur ce sujet qu'elle n'en a dit, elle aurait très sagement fait de ne pas exhiber sa misère à cet endroit, misère complète, profonde qui a presque arraché des larmes à ce bon et sensible M. Adelon, dont le discours pathétique a eu pour résultat de faire renfermer au plus vite ces guenilles académiques imprudemment mises au grand jour. « Que faites-vous, a dit l'honorable académicien? Et pourquoi voulez-vous qu'on vous prenne ainsi vêtus? Allez-donc d'abord prendre mesure d'un habit neuf, si vous voulez faire figure décente. » Sous cette parabole hardie, M. Adelon cachait un sens profond; il voulait dire: Etudiez, éludiez la question, et vous en disserterez ensuite. Et comme tout doit se dire académiquement à l'Académie, il a sollicité la nomination d'une commission qui serait chargée d'*examiner* les diverses questions relatives à la peste. C'est une excellente invention que les commissions académiques pour enterrer les questions un peu gênantes. Comptez bien, et vous trouverez au moins quatre ou cinq propositions depuis plusieurs années pendantes devant des commissions. Les générations académiques se succèdent, et tout reste dans le *statu quo;* il arrive enfin un moment où ces propositions ne se présentent plus que comme un vague souvenir d'un autre âge, comme une tradition à demi effacée qui n'intéresse plus que les antiquaires et les historiens. C'est ainsi que la proposition Louis sur les médecins voyageurs est presque passée à l'état de mythe; c'est ainsi qu'il n'est pas plus question de la proposition Royer-Collard sur la police médicale, que de l'inscription de Rosette ou du zodiaque de Denderah. De même il en sera pour la peste; M. Adelon a demandé une commission, c'est à dire que la fosse est creusée; demain ou quelque mardi suivant, le conseil viendra en grande pompe nommer les commissaires; ce sera l'enterrement, et, de sa voix sonore, M. Dubois (d'Amiens) entonnera le *Requiescat in pace*. L'Académie en chœur répétera joyeusement *Amen*, et tout sera dit.

— Vous ne vous imagineriez jamais à quel excès d'indignité un de nos honorables confrères vient d'être tout récemment exposé. Qui est-ce donc qui parle de la dégradation de nos mœurs médicales? Je soutiens depuis long-temps que pour la dignité nous valons mieux que nos ancêtres, et que nous avons des idées plus nobles et plus élevées de l'honorabilité de notre profession. Je fais mieux que le dire, et en toute occasion je cherche à le prouver. En voici donc une nouvelle preuve: Un de nos confrères est devenu depuis peu le médecin d'un très aristocrate et noble personnage, dont la résidence d'été est située aux environs de Paris. Ce confrère reçut l'invitation d'aller dîner tous les dimanches au château de ....., et dimanche dernier il se rendit pour la première fois à cette invitation. On se met à table; quelle est la surprise et l'indignation du confrère, de trouver un double louis sous sa serviette!... Rougissant jusqu'au blanc des yeux, il interroge du regard son noble client qui, de ce ton légèrement impertinent propre aux grands seigneurs, lui répond: Mon cher docteur, c'est un ancien usage de ma maison que je tiens à faire revivre. — Sans mot dire, notre digne confrère se leva de table, jeta la piece d'or à un laquais, et quitta cette maison où une si grave offense venait d'être faite à notre dignité professionnelle.

C'est bien, c'est très bien; la leçon a été sévère; mais elle était méritée. Il n'y a cependant pas un demi-siècle que ces impertinences-là passaient pour des faveurs. Quel médecin aujourd'hui oserait en subir de pareilles? Donc, il y a progrès dans nos mœurs, et c'est ce que je suis heureux toujours de constater. Sans doute il y a de flétrissantes et de tristes exceptions, et c'est parce qu'on ne voit qu'elles, que nos Jérémies et nos Brutus pleurent et s'indignent. Mais considérons donc la masse qui est saine et honorable.

— Les médecins de Paris subissent de fort mauvaise humeur l'impôt de la garde nationale. Il est certain qu'ils font valoir de fort bonnes raisons pour obtenir l'exemption du service actif. Cependant là comme ailleurs, leur ministère est quelquefois utile. A preuve, c'est ce qui arriva l'autre jour au poste d'une mairie qu'il ne faut pas certainement désigner. Un sous-lieutenant, nouvellement nommé, commandait pour la première fois et, selon l'habitude, il lui fallut payer sa bienvenue. Un punch immense, et trois fois renouvelé, mit le poste en entier dans un état fort grave. Un de nos confrères, de garde ce jour-là, mais appelé au dehors par les devoirs de sa profession, rentra précisément au moment où ses douze camarades, y compris le lieutenant, présentaient le tableau le plus complet de toutes les phases et de toutes les variétés de l'ivresse. Celui-ci était ivre-mort et en proie à une congestion cérébrale des mieux conditionnées; celui-là, furieux avait dégaîné son sabre; l'un riait et chantait, l'autre pleurait; les autres étaient dans cet état où les fils de Noé trouvèrent leur respectable père. La dose était si forte que le tambour lui-même, éponge insatiable, avait été vaincu. La besogne du confrère fut fort rude. Une saignée à l'un, des dérivatifs à l'autre, contenir le furieux, de l'ammoniaque à quelques autres, et de l'eau fraîche à tous; telles furent les ressources de sa thérapeutique, qui fut couronnée du plus brillant succès.

A moi-même il arriva qu'un soir, sous le frac national, je fus appelé à secourir un camarade. On nous avait envoyés, quatre hommes et un caporal, faire une petite promenade sous le prétexte de patrouille. C'était fort inhumain, car il pleuvait à verse. Nous étions vers le milieu de la rue de Sèvres, quand le caporal s'arrête tout à coup:

— Chut! nous dit-il, j'aperçois quelque chose.

J'écarquillai mes yeux, et je vis, en effet, à la lueur des pâles réverbères et à cinquante pas devant nous, douze ou quinze grands corps immobiles, disséminés à petites distances et ressemblant assez bien à

Le soir, à quatre heures, je trouvai le malade dans un état très satisfaisant; plus de douleurs, toute réaction générale avait disparu; il put dormir très tranquillement la nuit. Depuis lors, la résolution marcha franchement; il s'établit une union entre le testicule et les feuillets de la tunique vaginale au point du débridement, en sorte que le testicule adhérait aux parties situées au devant de lui. C'est un fait sur lequel j'ai appelé l'attention dans le numéro du 18 mai de cette année. Cette adhérence peut faire obstacle au développement d'une hydrocèle; or, on sait que celle-ci a souvent pour cause l'orchite. Et, s'il se faisait un épanchement dans la tunique, l'on pourrait avoir affaire à une hydrocèle multiloculaire.

Toutefois cette adhérence n'est pas toujours intime; elle se relâche et peut même disparaître totalement, comme je l'ai observé chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire.

Deuxième observation. — Le nommé B..., âgé de dix-neuf ans, couché au n° 2 de la salle 9e, est entré à l'hôpital le 25 juillet. Il contracte une hémorrhagie il y a deux mois; elle était à peu près guérie quand il se livra à des excès alcooliques le 20 juillet; dans la nuit même, le testicule gauche devint malade; il augmenta peu à peu de volume jusqu'au 25, jour de l'entrée du malade, sans provoquer des douleurs bien vives; mais, à partir du 25, elles devinrent de plus en plus intenses.

Le 27, elles étaient insupportables; point de sommeil, pouls fébrile, soif vive, quelques nausées, mais pas de vomissements; coliques très-vives dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant dans les reins du même côté. M. Vidal incisa la tunique albuginée, et les accidents cédèrent aussi promptement que chez le premier malade. Rien depuis lors n'a entravé la résolution. — La blennorrhagie a repris le caractère purulent depuis la cessation de l'orchite; ce malade est encore à l'hôpital.

Voilà deux faits bien certains d'orchite, et dans l'un et l'autre le débridement a été d'un grand secours, sans amener après lui le plus léger accident; la petite plaie s'est cicatrisée promptement; le testicule n'a souffert aucune perte de substance.

§ II. — *Du sarcocèle syphilitique.*

Un écrivain distingué, M. Castelneau, critiquant avec raison A. Cooper, admettant trop facilement le testicule vénérien, et admettant surtout trop facilement des faits incomplets, M. Castelneau est allé trop loin, selon nous, en niant le testicule vénérien et en lui substituant toujours l'orchite chronique. Dans cette tumeur on distingue bien l'épididyme des parties voisines; dans la seconde, c'est impossible; on ne trouve qu'une masse indurée assez régulièrement arrondie, dans laquelle sont confondus et le corps du testicule, et l'épididyme. En outre, si l'on assiste à la période du début, on peut se convaincre que l'affection envahit le testicule avant l'épididyme; on distingue bien encore celui-ci alors que celui-là est déjà très volumineux. A Cooper, qui avait déjà noté ce fait, pensait même que la tunique albuginée pouvait bien être le siége primitif de l'affection. C'est une hypothèse que l'examen anatomique n'a point confirmée. On observe souvent l'engorgement syphilitique sans que le malade ait eu jamais d'épididymite antérieure; les deux observations qu'on va lire en sont des exemples.

Première observation. — Le nommé D..., âgé de 26 ans, couché au n° 11 de la salle 10e, est un homme d'une constitution assez forte, d'un tempérament un peu lymphatique; il a toujours joui d'une bonne santé; il n'a jamais eu dans l'enfance d'engorgement ganglionaire.

En 1835, il eut une blennorrhagie compliquée de balanoposthite; elle fut guérie promptement. En 1842, une nouvelle blennorrhagie qui dura trois semaines. Je ferai remarquer que cet homme, d'ailleurs très intelligent, affirme que ni l'une ni l'autre de ces blennorrhagies ne s'est compliquée d'épididymite.

Au mois de juillet 1843, il entra dans le service de M. Vidal pour un chancre phagédénique serpigineux qui disséqua peu à peu toute la partie supérieure de la circonférence du prépuce; la cicatrisation n'était point totalement achevée quand le malade sortit, malgré M. Vidal, le 24 février; il restait encore à la face inférieure de la verge un petit point ulcéré de la largeur d'une petite lentille. Le malade avait pris 96 pilules de Dupuytren, et avait ensuite été soumis à l'iodure de potassium.

La petite ulcération restante diminue encore d'étendue d'abord, mais ensuite elle s'agrandit, reprend le caractère serpigineux, détruit peu à peu toute la peau de la verge presque jusqu'à sa racine, et force le malade à rentrer à l'hôpital le 24 avril. A cette époque, c'était un vaste ulcère très fétide, sanguinolent en quelques points, couvert d'une fausse membrane grisâtre dans d'autres; les bords étaient irrégulièrement découpés, un peu gonflés, mais non indurés; le plus léger contact déterminait des douleurs intolérables. On ne peut rapporter la réapparition de l'ulcère à aucune cause appréciable: point de rapport sexuel, point d'excès alcooliques, point de privations d'aucun genre.

M. Vidal soumet de nouveau ce malade à un traitement mercuriel; un pansement simple répété deux fois le jour fut appliqué sur l'ulcère. Celui-ci revêtit de plus en plus le caractère diphtéritique (lotions avec l'eau chlorurée et pansements avec l'onguent styrax). L'ulcère reprit peu à peu une couleur vermeille, des bourgeons charnus se développèrent à sa surface, des points de cicatrisation se formèrent, et enfin celle-ci fut achevée vers la fin de juillet 1844. Après le traitement mercuriel (104 pilules de proto-iodure de mercure), emploi long-temps prolongé de l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour.

Pendant le séjour de cet homme à l'hôpital le testicule gauche devint malade; dans la dernière quinzaine du mois de mai, il était déjà assez gros pour attirer l'attention; c'était une tumeur assez régulièrement arrondie, offrant l'aspect d'une sphère un peu aplatie sur ses parties latérales, de la grosseur d'un œuf environ, et dans laquelle il était difficile de distinguer ni testicule ni épididyme. Elle était dure au toucher, non facilement dépressible, et ne donnait en aucun point la sensation d'un liquide épanché ou d'un ramollissement partiel; la peau était intacte et mobile. Cette tumeur ne fut jamais le siége de douleur; elle ne déterminait qu'une pesanteur bien marquée dans les bourses, dans l'aine gauche et dans les reins.

Sous l'influence de l'iodure de potassium, elle a un peu diminué de volume, mais fort peu; elle forme encore une masse dans laquelle tout est confondu.

Cet exemple de testicule syphilitique est intéressant sous deux rapports. D'abord on voit un chancre phagédénique s'accompagner durant son cours d'un accident grave, le sarcocèle syphilitique; or, on sait que des auteurs prétendent que le chancre en question est très rarement suivi d'accidents ultérieurs; ensuite, entre l'affection du testicule et le chancre phagédénique, aucune lacune, aucun laps de temps, aucun sympôme intermédiaire, point de syphilides. Dans le chancre phagédénique, le virus n'épuise donc point toujours toute son action sur l'ulcère; d'autres affections concomitantes ou postérieures peuvent en être, sinon souvent, au moins quelquefois, les manifestations. Du reste, la difficulté de la résolution dans le cas qui nous occupe, puisque ce sarcocèle a résisté à un traitement mercuriel bien fait et à l'iodure de potassium, vient confirmer la gravité habituellement très grande des accidents ultérieurs du chancre phagédénique, que cela tienne soit à une différence dans la nature des virus du chancre simple et du chancre phagédénique, ce qui me semble fort peu probable, soit à des conditions individuelles particulières, ce qui paraît plus rationnel.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

(Suite du numéro 98.)

Première observation. — *Fracture oblique du corps du fémur gauche vers sa partie moyenne.*

Au n° 33 de la salle 31, était couché le nommé Dillenseger, soldat au 13e de ligne, âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution. Ce militaire travaillait, dans la soirée du 9 octobre 1843, aux fortifications d'Ivry, lorsqu'un éboulement considérable de terre le renversa brusquement sur une brouette. Dans cette chute, la cuisse gauche porta à faux, et l s'en suivit une fracture du fémur. Le blessé fut immédiatement transporté au Val-de-Grâce, où la crépitation, la déformation et le raccourcissement du membre firent reconnaître sans peine une fracture oblique du corps du fémur vers le milieu de sa longueur, sans plaie ni autre complication. Une saignée de 500 grammes fut pratiquée par le chirurgien de garde, et des fragments de glace furent mis en permanence sur le point de la blessure.

Le lendemain, 10 obtobre, la cuisse fracturée est le siége d'un engorgement et d'une tension considérable; elle est douloureuse, surtout lorsqu'on vient à lui imprimer quelques mouvements. Elle offre sur sa face externe une convexité très prononcée, qui tient à la tendance du fragment inférieur à se diriger en haut et en dehors. Le pied se porte aussi dans la rotation en dehors. Il y a un raccourcissement de 5 à 6 centimètres dans la longueur du membre. — Diète; limonade; continuation de la glace.

Le 11, les accidents inflammatoires, au lieu de faire des progrès, ont un peu diminué. On entoure les jambes d'un bandage roulé, et l'on dispose sur le pied et sur le genou les lacs destinés à l'extension. Tout le bandage est couvert d'une solution gommeuse très épaisse.

Le 12, on trouve le bandage complétement sec; et, comme les accidents sont encore allés en diminuant d'intensité, M. Baudens applique ce matin son appareil.

Par suite de l'extension et de la contre-extension, on fait disparaître le raccourcissement et l'on rend au membre sa longueur normale. Le fragment inférieur se portant en haut et en debors, on remédie à ce déplacement par l'application d'un lacs coaptateur dont les chefs sont dirigés et noués sur la paroi interne de la caisse. A l'aide des lacs extensifs, on ramène en dedans le pied, qui a de la tendance à se porter en dehors, de manière à lui donner une direction convenable. (On continue les applications de glace et l'on prescrit une alimentation très légère.) Le malade se trouve bien dans l'appareil.

Le 13, on remarque que le lacs coaptateur est un peu relâché par suite de la diminution de l'engorgement. On le serre de nouveau, et l'on rend la coaptation plus efficace en appliquant sur le membre deux autres liens disposés, comme le précédent, au-dessous duquel on les place. Et comme en même temps on s'aperçoit que le fragment supérieur est tiré en dedans, un lien dirigé en sens opposé est appliqué au niveau de ce fragment pour obtenir sa déviation.

La glace a été continuée jusqu'au 16. A cette époque, il n'existe plus ni tension, ni engorgement dans les parties. On se borne à faire des applications d'eau froide, que l'état satisfaisant du membre rend bientôt inutiles à leur tour.

L'on a soin de resserrer les liens soit extenseurs, soit contre-extenseurs, soit coaptateurs, toutes les fois qu'on le trouve relâchés. Aucun accident n'est venu entraver le travail de la cicatrisation osseuse.

Le 6 janvier, l'appareil est enlevé, et l'on observe une consolidation parfaite de la fracture. Le col offre si peu de volume, et les fragments sont soudés d'une manière si exacte, qu'il est difficile de trouver, de prime abord, le point où a existé la solution de continuité. A l'endroit de la fracture, le fémur n'est presque pas plus volumineux que dans les points voisins.

Il n'y a pas le moindre raccourcissement, et le membre n'est nullement déformé ni amaigri. Les articulations tibio-tarsienne et tibio-fémorale sont le siége d'un peu de raideur, contre laquelle on prescrit les mouvements fréquemment répétés de ces jointures, et des frictions avec un liniment camphré.

Quelques jours après, le blessé se lève et marche avec des béquilles, qu'il ne tarde pas à remplacer par un simple petit bâton.

Le 20 février, il sort de l'hôpital bien guéri, ne boitant pas et marchant sans appui d'aucune espèce.

---

des hommes de haute taille enveloppés de grands manteaux bruns.

— C'est bien sûr quelque conspiration, dit le caporal.

Je regardai le caporal; il paraissait fort ému.

— Qui... ii vi.. i... ve? S'écria-t-il d'une voix qu'il voulait rendre assurée?

Silence complet, et même immobitilé de la part des conspirateurs.

L'indécision était visible dans notre corps d'armée, et je dois avouer que mes camarades et le chef faisaient une mine on ne peut moins belliqueuse.

Cependant l'amour-propre l'emporta: Croisez baïonnette, commanda le caporal; en avant, marche! Et nous voilà courant avec intrépidité sur l'ennemi.

L'ennemi ne fuyait pas, faisait bonne contenance et pour cause: nous l'atteignimes donc.

Ici rappelez-vous, s'il vous plait, la scène des mannequins, si admirablement jouée par Potier, dans les *Inconvénients de la diligence*. Nos conspirateurs n'étaient autre chose, en effet, que les immenses parapluies qui abritent les marchandes du marché de la rue de Sèvres, et qui fixés dans le sol et repliés pendant la nuit, nous avaient produit l'effet d'hommes en manteaux bruns.

Le caporal fut superbe de modération et de générosité. Mais il y avait parmi nous un citoyen, honorable cordonnier de son état, qui à la vue des parapluies, ne fut plus maître de son indignation et de sa colère; il voulait à toute force transpercer l'ennemi de part en part, et nous fûmes obligés de le ramener au poste dans un état d'agitation extrême. Là, des phénomènes nerveux se manifestèrentt; il y eut une attaque épileptiforme fort violente qui exigea tous les secours de notre art et que je fus très heureux de lui donner, tout en riant un peu, néanmoins de l'aventure.

— Voici qui est plus sérieux et aussi plus actuel. Je tiens le fait d'un chirurgien très haut placé, et je le livre sans commentaires aux admirateurs *quand même* de l'administration des hôpitaux.

Le nommé Maupuis (Jacques-Denis), âgé de dix-huit ans, a subi l'amputation de la jambe dans le tiers inférieur, à l'hôpital de la Charité. La plaie guérie, demande a été faite d'une jambe mécanique, afin que ce malade pût sortir de l'hôpital. L'administration a offert une jambe de boie, dite *à pilon*, qui ne peut s'appliquer qu'aux amputations du membre dans la partie supérieure, et a refusé complétement le membre artificiel indispensable.

Or, comme le faisait remarquer le chef du service dans lequel ce fait vient de se passer, par cette mesure, l'administration forcera les chirurgiens à pratiquer dans tous les cas l'amputation dans les régions supérieures, opération beaucoup plus compromettante pour la vie des malades. De sorte que si l'administration persévère dans cette voie, ce ne seront plus les appareils qu'on devra façonner pour le membre, mais le membre qu'il faudra tâcher d'approprier à l'appareil.

— Un brave médecin américain a changé de quartier dans la ville qu'il habite, et s'est logé tout près des cimetières. En annonçant ce changement de domicile, il espère, dit-il, que les malades lui sauront gré de cette attention délicate.

— Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, un honorable, argumentant sur le mémoire de M. Ségalas, a beaucoup parlé du *tissu musculaire* du rein. Ce tissu, de formation toute récente, a beaucoup étonné les anatomistes de l'endroit.

Jean RAIMOND.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 août 1844. — Présidence de M. DUMAS.

M. Baudelocque adresse deux observations d'imperforation du rectum opérées et guéries.

Dans le premier de ces cas, il y avait imperforation du rectum avec continuité du colon descendant; dans le second cas, au contraire, imperforation du rectum sans continuité, ni contiguïté du colon descendant. Dans le premier cas, il conduisit sur la face palmaire du petit doigt de la main gauche, l'extrémité mousse d'une sonde, dont il avait eu le soin de placer auparavant le dard tout près de cette extrémité. Quand le bec de la sonde fut arrivé à la membrane qui touchait le rectum, et qui lui faisait former une sorte de dés, il passa le dard avec le pouce de la main droite, de sorte qu'il put traverser de plusieurs millimètres la membrane obturatrice, puis il retira la sonde; aussitôt l'enfant poussa le méconium au dehors, et des vents en quantité.

Dans le second cas, M. Baudelocque employa le procédé de Callisen, ou entérotomie lombaire.

M. Barkow, professeur allemand, envoie la description d'un ganglion nouveau, trouvé par lui chez l'hommme; il l'appelle *ganglion arythénoïdien*. Le nerf laryngé inférieur envoie de la partie latérale inférieure du cartilage cricoïde un filet qui, d'après M. Blandin, monte entre la face antérieure du cartilage cricoïde et le muscle crico-arythénoïde postérieur en se dirigeant en arrière et en haut, qui passe ensuite au-dessus de la marge supérieure du cartilage cricoïde, et entre dans les intervalles des fibres du muscle arythénoïde. A cet endroit, le nerf de chaque côté se gonfle pour former un ganglion de la grandeur à peine d'une ligne et d'une forme plus ou moins arrondie ou oblongue. Des filets nerveux fins, partent de ce ganglion, se ramifient vers toutes les directions et les plus internes de ces filets pénètrent jusqu'à la muqueuse du larynx. M. Barkow n'a pu trouver ce ganglion chez le bœuf; il ne l'a pas cherché chez d'autres animaux.

M. Pappenheim adresse un travail sur la structure de l'utérus.

M. Ackermann adresse la description d'un nouveau sac et d'une nouvelle giberne d'ambulance.

NOUVELLES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 19 août 1844, M. Senx, docteur en médecine, est nommé suppléant près l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

— M. Boullon-Lagrange, directeur de l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie, etc., vient de mourir. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui, 26 août, au milieu d'un concours nombreux de professeurs, de savants et d'élèves.

— M. le docteur Sigaud, médecin de l'empereur du Brésil, ayant eu l'honneur, pendant son séjour en France, d'offrir à S. M. un exemplaire de son ouvrage sur le climat et les maladies du Brésil, le Roi a fait remettre à ce savant français, comme un témoignage de sa satisfaction, un bague avec son chiffre, enrichie de diamants.

Deuxième observation. — *Fracture oblique du fémur droit vers son tiers moyen.*

Dans le lit précédemment occupé par Dillenseger, se trouve couché un soldat du même régiment, le nommé Le Châton, âgé de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Dans la nuit du 9 mars, ce militaire s'est cassé la cuisse droite en se laissant tomber d'un lit de camp sur le sol. Transporté immédiatement d'Alfort au Val-de-Grâce, voici ce que l'on constate le 10 janvier au matin :

Il existe une fracture oblique du fémur droit vers la partie moyenne de son corps. Il y a un raccourcissement de 9 centimètres ; la cuisse offre une déformation considérable due à la fois au déplacement des fragments et à l'engorgement assez fort survenu dans les parties molles ; elles forment en dehors une courbure très prononcée, disposition convexe qui est déterminée par la tendance des fragments supérieurs à se porter en dehors. Quant au fragment inférieur, il est tiré en dedans et en baut. Le membre, mesuré au niveau de la fracture, a dans sa circonférence 8 centimètres de plus que celui du côte sain. La crépitation est facile à percevoir à la main et à l'oreille, malgré la tuméfaction et la tension des parties. Les manœuvres que l'on exécute pour la sentir sont peu douloureuses. Le blessé ne peut mouvoir le membre fracturé ; il n'y éprouve point de douleur. On ne remarque ni plaie, ni contusion à la peau. Le pied est fortement tourné en dehors. Point de réaction générale ; pouls normal.

M. Baudens entoure le pied et la jambe jusqu'au-dessus du genou d'un bandage roulé qui sert à la fois à exercer une légère compression et à fixer sur le pied et sur le genou les liens destinés à l'extension. Ce bandage est ensuite recouvert d'une solution gommeuse trèe concentrée. — Diète ; limonade pour boisson ; saignée du bras de 500 grammes, et application continue de glace sur la fracture. Le membre est mis dans la demi-flexion sur un coussin en crin.

Le 11, on trouve le blessé dans un bon état ; il a dormi une bonne partie de la nuit, et n'éprouve pas de douleurs dans la cuisse affectée. L'engorgement et la tension des parties ont notablement diminué. Absence du mouvement fébrile. Le bandage est entièrement sec. Le membre est placé dans l'appareil et soumis à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation. Cette dernière est opérée par deux bandes, dont l'une, supérieure, agit de dehors en dedans pour combattre la direction vicieuse du fragment supérieur, et l'autre, inférieure, agit, au contraire, de dedans en dehors pour s'opposer au déplacement en dedans du fragment inférieur. Le pied est ramené et maintenu dans une position convenable à l'aide de lacs extensifs. Par suite de ces diverses manœuvres, le membre a repris sa longueur et sa direction normales. — On continue les applications de glace.

Le 18, il n'existe plus d'engorgement ni de tension dans les parties molles, qui ont repris leur souplesse. On resserre les liens relâchés. On remarque que la cuisse tend à se bomber en avant. Pour remé lier à cette tendance, un nouveau lien coaptateur est appliqué, qui exerce une compression modérée sur la partie antérieure du membre, au niveau de la fracture. La glace est supprimée et remplacée par des fomentations froides qui sont suspendues à leur tour au bout de peu de jours. Afin d'agir plus efficacement contre la rotation du pied et de la jambe en dehors, on porte et l'on maintient les genoux légèrement en dedans au moyen d'une bande, dont le plein est appliqué et fixé par une forte épingle sur la partie externe de l'articulation et dont les chefs sont engagés obliquement en bas dans les trous de la paroi interne de la caisse et noués sur cette paroi.

L'appareil a été enlevé le 28 mai. La fracture est parfaitement consolidée, sans raccourcissement ni difformité. Le cal forme une très petite tomeur à peine appréciable, difficile à distinguer du corps du fémur. Point d'amaigrissement du membre. Il y a un peu de raideur au coude-pied, et surtout au genou. — On prescrit des frictions huileuses sur ces articulations.

Le 3 juin on permet au malade de marcher avec des béquilles. Sous l'influence de l'exercice, des frictions et des douches, les mouvements articulaires se sont parfaitement rétablis dans les membres ; et aujourd'hui Le Châton marche très bien sans la moindre claudication et sans se servir d'aucun appui.

Troisième observation. — *Fracture oblique du fémur droit dans son tiers moyen.*

Au n° 32 de la salle 31, est couché le nommé Pérasse, soldat au 16e léger, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution. Il travaillait, dans la matinée du 11 avril, aux fortifications de l'enceinte, à Saint-Mandé, lorsqu'il fut subitement renversé par un éboulement de terre qui occasionna une fracture de la cuisse droite. Transporté aussitôt au Val-de-Grâce, on diagnostique une fracture oblique du corps du fémur vers sa partie moyenne, accompagnée des phénomènes suivants : Déformation considérable de la cuisse, qui est fortement convexe en dehors, sens dans lequel se porte le fragment supérieur ; tuméfaction et tension des parties molles (le membre, au niveau de la fracture, a en circonférence 9 centimètres de plus que celui du côté sain) ; crépitation facile à apercevoir ; raccourcissement de 6 centimètres ; mobilité anormale de la cuisse dans le point qui correspond à la solution de continuité osseuse ; impossibilité, de la part du blessé, de mouvoir le membre, qui devient douloureux à la moindre pression, au moindre mouvement qu'on lui imprime ; enfin, rotation du pied en dehors. Point de plaie aux téguments, point de réaction fébrile.

On place le membre dans la demi-flexion, sur un coussin en crin, et l'on prescrit : diète ; limonade ; saignée de 500 gram. ; application continue de glace sur la fracture.

Le 13, application d'un bandage roulé autour du pied et sur la jambe ; on dispose en même temps les lacs extensifs sur ces parties. Le bandage est enduit d'une solution épaisse de gomme. Il y a un peu de fièvre depuis hier ; la tuméfaction de la cuisse a notablement diminué.

Le 14, on trouve le bandage gommé tout à fait sec. Le membre est placé dans l'appareil, et il est ramené à sa longueur et à sa forme ordinaires par la réduction de la fracture. Un lacs coaptateur agissant de dehors en dedans combat avantageusement le déplacement en dehors du fragment supérieur. On s'oppose à la rotation du pied en dehors en dirigeant et fixant à la partie interne du chevalet les liens extensifs qui partent de la région plantaire. — Les applications de sangsues sont continuées.

Le 16, la fièvre a cessé et la tuméfaction de la cuisse a bien diminué. — On supprime la glace.

Le 28, on resserre les liens relâchés ; il n'existe plus d'engorgement dans les parties. L'état général est aussi satisfaisant que l'état du membre malade.

Le 1er mai, la cuisse offre, en dehors, une convexité anormale. L'application de deux nouveaux lacs coaptateurs agissant de dehors an dedans fait disparaître cette disposition vicieuse, tenant au déplacement en dehors du fragment supérieur. A l'aide d'une troisième bande placée sur le genou et dirigée dans le même sens, on maintient dans une position convenable la jambe et le pied, qui ont toujours une grande tendance à se porter en dehors.

A mesure que les liens se relâchent on les resserre ; c'est à quoi désormais se bornent les soins du chirurgien. Aucun accident, du reste, n'est venu entraver le travail de la consolidation.

Le 3 juillet, levée de l'appareil. On trouve la fracture très bien consolidée, sans la moindre difforminé ni le moindre raccourcissement. La tumeur du cal est très peu volumineuse ; il faut même de l'attention pour pouvoir la distinguer du corps de l'os. La cuisse est à peine amaigrie. Roideur très faible du genou et du coude-pied, contre laquelle on prescrit l'exercice et les frictions huileuses. Au bout de peu de jours cette raideur a disparu, et aujourd'hui le blessé marche très bien sans appui et sans boiter le moins du monde.

— Chez les malades qui font le sujet des observations que nous venons de rapporter, nous avons pu nous convaincre que le cal était solide dès le quinzième jour. Mais M. Baudens recommande de ne pas laisser marcher les malades avant quatre-vingts à quatre-vingt-dix jours, surtout quand la fracture est oblique, sous peine de s'exposer à un raccourcissement consécutif par suite du glissement des fragments.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 juillet 1844. — Présidence de M. Fouquier.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Souberbielle s'apprête à demander de nouvelles explications à M. Tanchou au sujet de l'enlèvement de la tumeur cancéreuse dont il a entrenu la Société dans la dernière séance. M. le président lui fait observer que ces interpellations viendront à leur place lorsque l'ordre du jour ramènera la discussion sur le cancer.

Nouvelle cause de rétention d'urine. — *M. Guillon* montre une production graisseuse retirée par lui, en trois séances, de la vessie d'un général au service de l'Angleterre. Il l'avait déjà débarrassé complétement il y a quelques années de deux rétrécissements très anciens de l'urètre, au moyen des incisions intro-urétrales dont il a introduit l'usage dans la pratique chirurgicale. Cette substance amenait souvent la rétention d'urine en bouchant l'orifice interne de l'urètre, comme l'aurait pu faire une pierre très mobile, et bien qu'une bougie de grande dimension pénétrât avec facilité.

M. Guillon dit que les auteurs qui ont écrit sur les calculs vésicaux n'ont point signalé cette production ; elle est grisâtre, a la consistance du suif, s'écrase facilement entre les doigts, comme les substances graisseuses. Exposée à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, elle entre en fusion, puis s'enflamme en laissant un résidu noirâtre ; elle se dissout promptement dans l'éther sulfurique.

Le sujet de la vessie duquel notre confrère a extrait cette substance à l'aide d'un petit lithotriteur, est d'une forte complexion, petit de stature, et âgé de quarante-neuf aos.

M. Guillon communiquera à la Société l'analyse chimique à laquelle on va procéder.

Les urines de ce malade ayant toujours été très acides à l'époque où il rendait cette production en urinant, et comme elles le sont encore actuellement, M. Guillon a cru devoir conseiller l'eau de Vichy, dans l'espoir de modifier l'action des reins, organes où cette substance graisseuse paraît se former.

Notre collégue ajoute qu'il a vu il y a sept ou huit ans une autre personne qui avait rendu en urinant plein deux cuillerées à café d'une substance de couleur et de consistance de raisiné en petits morceaux, et qui lui sembla être un mélange de fibrine et de graisse. Mais des circonstances indépendantes de sa volonté ne lui ont pas permis de l'examiner et de le faire analyser, ainsi qu'il se l'était proposé.

M. Guillon montre un instrument à l'aide duquel il espère ramener au dehors ce qui peut rester de cette substance dans la vessie ; c'est sa sonde évacuatrice, dont l'extrémité vésicale se termine par une cuiller. Par cette extrémité, il introduit dans la vessie une anse en baleine assez large qui lui servira à pêcher pour ainsi dire cette substance graisseuse, et à l'amener près de la sonde conductrice sans retirer celle-ci.

Cette communication, dit notre confrère, a pour but d'appeler l'attention des praticiens sur ce sujet, de manière à leur suggérer la pensée de consigner dans quelques-uns de nos journaux de médecine ce qu'ils pourraient avoir observé d'analogue ou de semblable.

— *Accidents causés par une forte infusion de digitale.* — *M. Perthus* rapporte qu'une femme de vingt-huit ans, très forte et bien constituée, mais sujette à des palpitations de cœur accompagnées d'un pouls très fréquent, ayant avalé dans le courant de la journée, par le conseil de son médecin, une infusion de quatre grammes de feuilles de digitale dans quatre tasses d'eau, fut prise dans la soirée d'anxiété, de vomissements ; le lendemain, les accidents redoublèrent après l'injection de la première dose de la même infusion. Les vomissements de liquide bleuâtre devinrent continus ; le refroidissement se propagea à tout le corps ; le pouls ne battait plus que vingt-cinq ou trente fois par minute. Ces symptômes parurent effrayants à notre confrère ; il les combattit par des infusions de thé, de café, et en promenant des sinapismes sur différentes parties du corps : la malade se rétablit enfin, après avoir souffert toute la journée du lendemain. M. Perthus ajoute que c'est là première fois qu'il a vu de pareils accidents suivre l'administration de quatre grammes de digitale administrée en quatre doses.

M. Chéneau trouve, au contraire, cette dose exagérée. Il a vu deux de nos plus célèbres praticiens ne pouvoir continuer au delà de quinze jours l'administration d'une décoction de quinze centigrammes ; il ajoute que tous les formulaires, un seul excepté, recommandent d'administrer cette substance à doses trèc fractionnées.

M. Serrurier a vu des accidents semblables à ceux rapportés par M. Perthus, survenir après l'administration par la bouche d'une cuillerée de teinture de digitale qu'on devait administrer en frictions.

— *M. Duhamel* a été appelé, le 25 avril 1844, près d'un jeune homme retenu au lit par une fièvre très intense ; le bassin et le bas-ventre étaient couverts de taches scarlatineuses violacées ; il n'y avait point de mal de gorge. On prescrivit des boissons émollientes. Jusqu'au 30, l'état du malade reste le même ; seulement l'éruption se propage au reste du corps : à l'exception des bras et des avant-bras, où se manifesta une éruption de rougeole bien évidente. Aussi, à cette époque, les amygdales s'injectèrent et devinrent douloureuses.

Le 1er mai, des taches varioleuses apparaissent sur la poitrine ; le malade mouche et crache du sang ; la nuit, il rend par les selles deux pots d'un sang noirâtre. Le 2, les hémorrhagies augmentent ; toutes les muqueuses deviennent bleuâtres ; des vésicules survenues à la suite de l'application des sinapismes se remplissent de sang.

M. Sterlin. C'est un purpura avec éruption varioleuse à la poitrine.

M. Duhamel nie qu'il y ait eu purpura ; l'éruption se manifestait sous forme de taches plus ou moins rapprochées.

M. Perthus rapporte qu'il a traité chez lui un parent qui fut atteint de purpura et d'une éruption variolique vésiculeuse confluente : ces deux éruptions ont marché simultanément. Dans des circonstances semblables il préfère les toniques aux émissions sanguines.

Ces éruptions marchent simultanément et se rencontrent fréquemment suivant M. Faveau. Notre confrère dit avoir eu occasion d'observer une triple éruption de variole, de rougeole et de vaccine. En cette occasion il s'est bien trouvé de la saignée, et croit que dans la pratique de la ville on se montre trop avare de ce moyen.

— *M. Terrier* revient sur l'observation communiquée par M. Duhamel, et s'étonne qu'il n'ait pas mentionné l'état fébrile qui précède d'ordinaire l'éruption. Notre, confrère lui répond que le malade s'est plaint d'avoir éprouvé du malaise quelques jours avant de prendre le lit, mais que les adultes marchent et prennent souvent des aliments alors même qu'ils ont la fièvre.

— L'ordre du jour amène la discussion sur le cancer.

— *M. Tanchou.* Avant de reprendre notre entretien, je désirerais que M. Souberbielle reproduisît ses questions.

M. Souberbielle. Je voudrais que M. Tanchou dît si l'opération que j'ai pratiquée lui a paru indiquée ; si elle était urgente et nécessaire, et s'il répond par la négative, je demanderai par quels moyens il eût pu éviter l'opération.

M. Tanchou. Il est très difficile de répondre sur un fait qu'on n'a point suivi. Si j'avais vu la malade, j'aurais dit mon avis ; mais on nous présente une tumeur conservée dans l'alcool ; c'est un squirrhe un peu altéré dans son centre. Aurait-on pu se conduire autrement ? C'est une question que je n'oserais résoudre de crainte de me tromper ; je dirai cependant, qu'à moins que M. Souberbielle n'ait omis de nous rapporter certains faits, je dirai qu'il a opéré de but en blanc sans avoir rien essayé.

M. Souberbielle. Les faits, les voici : Une glande se manifesta dans le creux de l'aisselle ; d'abord très petite, elle prit de l'accroissement ; un cordon se porta de cette glande à la mamelle du même côté. La tumeur du sein grossit dans l'espace de quatre ans, elle acquiert le volume du poing. Le médecin ordinaire prescrivit et administra tous les fondants à l'intérieur et sous forme d'emplâtres. Soins inutiles, la malade consulte M. Blandin, qui lui dit qu'il n'est que temps de l'extirper ; M. Lisfranc lui propose un lit dans une de ses salles ; elle m'écrit qu'elle veut être opérée par moi ; je la débarrasse de la tumeur du sein ; avec le bistouri et sans blesser de vaisseaux importants, je détache celle de l'aisselle ; la malade va bien, la plaie sera bientôt fermée, voilà ce que j'ai fait.

M. Léger. Je vois dans le procès-verbal que M. Tanchou a déclaré que jamais on ne trouverait de spécifique contre le cancer. Cette assertion est grave, et fût-elle juste, cet anathème aurait été mieux placé dans toute autre bouche que la sienne ; mais enfin il avait demandé à M. Souberbielle ce qu'il prétendait faire pour prévenir la récidive du cancer après l'opération ; et interrogé à son tour sur les moyens que lui-même emploierait, il nous avait promis des explications, et je ne vois pas qu'il nous les ait données ; il ne tente que ce que tentent les autres praticiens. Je ne vois pas qu'il nous ait appris rien de nouveau ; il combat le tempérament sanguin par la saignée, le tempérament lymphatique par les stimulants ; est-ce là du nouveau ?

M. Tanchou. M. Léger croit que je me suis trop avancé en disant qu'on ne trouverait point de spécifique contre le cancer ; c'est une maladie complexe, et on trouve rarement des spécifiques contre ces sortes de maladies ; il me reproche de n'avoir rien dit de nouveau ; mais je déclare que mon intention n'a jamais été de dire du nouveau. J'ai voulu seulement ramener la maladie à un traitement médical, persuadé que des praticiens étaient souvent parvenus à améliorer, sinon à guérir, l'état des cancéreux. J'ai voulu essayer si l'emploi judicieux de ces moyens ne pouvait pas dispenser dans beaucoup de cas de recourir au bistouri. Si vous me demandez comment j'agirai, je répondrai : c'est selon ; mais si on m'interpelle sur les symptômes, je suis prêt à répondre.

M. Charles Masson. Notre honorable confrère a fait de louables efforts pour trouver un traitement, sinon plus nouveau, au moins plus judicieux et plus profitable aux cancéreux. A-t il réussi, a-t-il quelques probabilités pour réussir ? J'en doute, et ce simple raisonnement amène cette conviction peu consolante.

Il dit, et ceci est important, car toute l'idée de ce traitement repose sur ces deux points, que le cancer se manifeste chez les individus doués d'un tempérament sanguin ou sur ceux doués d'un tempérament lymphatique. Il ne nous dit pas, il est vrai, sur quoi se fonde son opinion, qui est en contradiction avec celle des auteurs, qui prétendent que le cancer survient plutôt chez les bilieux et les nerveux. Mais je ne pense pas que les auteurs soient plus fondés dans leurs prétentions que notre confrère dans les siennes. Supposons cependant le fait vrai, constant, que les tempéraments sanguins et lymphatiques disposent seuls aux affections cancéreuses.

Si le tempérament est sanguin, notre confrère saigne, soumet à un régime débilitoire, trouvant le sang trop rouge, trop épais, et regardant cette condition comme une cause du cancer, par les saignées, les mercuriaux et tous les moyens possibles, il amène l'individu à un état de décoloration, de débilité extrême. Le but est atteint, lorsque la goutte de sang laisse sur le linge une tache pâle environnée d'une auréole aqueuse. Pensez-vous qu'alors le mal s'arrêtera ? Laissez faire au cancer, il aura bientôt amené l'état que vous provoquez ; pensez-vous guérir en procédant comme le squirrhe lui-même ? Non, plus le malade s'affaiblit, plus le mal grandit ; ce n'est pas le raisonnement, c'est l'expérience de chaque jour qui le démontre. Votre moyen de guérison n'est pas seulement impuissant, il est dangereux ; il hâte la marche funeste de la maladie.

Mais si le sujet est débile, lymphatique, si le sang est pâle et décoloré, ce que vous regardez aussi comme une cause du cancer, vous cherchez à soutenir les forces, à rendre au sang sa couleur naturelle ; vous donnez du bon vin, des viandes succulentes, du fer, etc., ici du moins vos efforts sont louables, intelligents ; je les louerais même, s'ils n'étaient impuissants ; car la tumeur grossie, se ramollit, s'ulcère ;

vos viandes sont repoussées par le malade, qui les prend en horreur ; vos vins lui semblent amers ; si vous vous obstinez à les faire prendre le dévoiement survient, amène l'infiltration et la mort.

C'est qu'il est une cause cachée dans l'économie, une diathèse générale qui rend l'ablation de la tumeur si souvent inutile, et contre laquelle viendront échouer vos efforts.

M. Tanchou. On fait des théories, on argumente dessus; je ne puis pas y répondre, ce sont des hypothèses, et je parle pratique. Je dirai seulement quant aux tempéraments, que si les auteurs ont attribué le cancer aux tempéraments nerveux et aux tempéraments bilieux, c'est qu'ils ont confondu le tempérament fait par la maladie avec le tempérament primitif. Je ne crains pas d'affirmer que toutes les femmes interrogées sur leur état antérieur à la maladie, vous répondront qu'elles étaient douées d'un des deux tempéraments que j'ai indiqués.

M. Charles Masson. Je ferai remarquer que ce n'est point moi qui ai inventé les hypothèses des tempéraments sanguins ou lymphatiques connus du cancer, suivant M. Tanchou, quant aux suites de la maladie, à l'inutilité du traitement, c'est une vérité trop bien démontrée par l'expérience.

M. Sorlin. C'est beaucoup s'avancer que de dire qu'on peut modifier à sa guise les tempéraments.

M. Tanchou. Je les améliore; je puis toujours amener un peu de bien chez les personnes affectées de cancer au sein ou à l'utérus.

M. Sorlin. Si vous n'avez pas créé une méthode nouvelle, au moins avez-vous la prétention d'en suivre une plus rationnelle; je vous vois donner de la baryte, de la ciguë. Cette manière d'agir se rapproche de l'empirisme.

M. Tanchou. Précisément.

M. Sorlin. J'espère que dans la première séance vous nous indiquerai les préparations que vous opposez au cancer.

Le secrétaire annuel, Charles MASSON.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Afin d'éviter les fausses interprétations que l'on pourrait donner à une affaire judiciaire dans laquelle j'ai été forcément entraîné à l'occasion des bandages dits Francs-Comtois, je viens vous prier d'avoir l'obligeance d'insérer cette lettre dans votre excellent journal. Je raconterai d'abord les faits tels qu'ils se sont passés, et je démontrerai que M. Pernet n'était nullement fondé à obtenir un brevet d'invention, puisque depuis plus d'un siècle on connait les bandages à ceinture fixe et à pelotte formant soufflet au moyen d'un ressort en spirale, bandages qui ne diffèrent en rien des siens, qui sont loin de valoir les bandages à ceinture à ressort ou autres employés généralement, et de la fabrication desquels je m'occupe depuis long temps, comme aussi de ceux qui me sont demandés par les médecins ou les malades qui veulent bien m'honorer de leur confiance.

J'avais déjà livré un bandage que j'avais fait acheter chez M. Pernet, lorsque quelque temps après je reçois une lettre pressante par laquelle on me demande un bandage à ceinture fixe et à pelotte élastique; je pensai de suite qu'il m'en restait un seul venant également de chez M. Pernet; mais la ceinture n'allant pas à la taille de l'individu qui le demandait, je fus obligé de la faire changer. Cet individu qui se disait employé au château de Neuilly, revint au bout de quelques jours, examine le bandage, mais ne veut l'emporter que le lendemain. En effet, il arrive chez moi ce jour là, paie le bandage et le met sous son bras. Aussitôt arrive, accompagné de M. Pernet, un commissaire de police qui, au nom de la loi, me déclare qu'il va faire chez une perquisition, me livrant, dit-il, à la contrefaçon du bandage de M. Pernet. Après des recherches minutieuses on ne trouve pas de traces de bandages de ce dernier; mais un procès-verbal est rédigé et signé par M. Pernet, vis à vis duquel je fais des efforts inutiles pour le convaincre que le bandage saisi a été acheté chez lui, et que la ceinture seule a été confectionnée dans mes ateliers; que, par conséquent, il exerce un droit qui ne lui appartient en aucune manière. A la suite de cette saisie, M. Pernet m'a intenté un procès en contrefaçon, et de mon côté j'ai cru devoir, pour sa conduite inqualifiable, le poursuivre en dommages et intérêts, et en déchéance du brevet d'invention, puisque je savais dès long temps que son brevet n'était pas nouveau. Tels sont les faits dans toute leur exactitude.

Maintenant je vais démontrer que le système de bandages à pelottes en soufflet, munies de spirales, est connu depuis long-temps :

1° Dans un ouvrage de De Blegny, intitulé : l'Art de guérir les hernies, etc., imprimé à Paris en 1688, on trouve l'indication précise des bandages dont nous parlons, dans une planche où sont représentés d'autres appareils destinés à maintenir les hernies.

Ainsi sous la lettre O, on lit : bandage de fil de fer avec ressort en spirale ;

P, bandage d'acier, dont la pelotte en soufflet est poussée par un ressort de fer en spirale ;

T, bandage d'acier ayant une surpelotte poussée par un ressort de fil de fer en spirale.

N'y a-t-il pas déjà dans ce livre plus qu'il n'en faut pour détruire les prétentions de M. Pernet ?

2° Mais ce n'est pas tout : Dans le Recueil des Bulletins de la Faculté de médecine de Paris, etc., tome IV, 1814, on lit ce qui suit, page 476 : « Le sieur Hart dépose sur le bureau des modèles de bandages, sur l'utilité desquels il sollicite le rapport de la Société ; MM. Deschamps et Mérat sont nommés commissaires. » Or, parmi ces bandages, il s'en trouve un dont le mécanisme est en tout semblable à ceux dits Francs-Comtois, et il fait partie des collections d'appareils de la Faculté de médecine.

3° En 1838 ou 1839, M. Huan, de Brest, vint à Paris, et présenta à l'Académie royale de médecine des bandages également à ceintures sans ressorts et à pelottes en spirale qu'il croyait de bonne-foi avoir imaginés : MM. Thillaye et Amussat, membre de cette société savante, furent nommés commissaires pour examiner la valeur de ces appareils; mais la découverte qu'ils firent du bandage de M. Hart présenté en 1814, ne permit pas à MM. Thillaye et Amussat de faire un rapport à l'Académie. Dès lors il ne fut plus question des bandages de M. Huan, pour lesquels il avait pris un brevet d'invention plusieurs années avant qu'on eût entendu parler de M. Pernet.

En résumé, je tenais à prouver :

1° Que M. Pernet a fait saisir chez moi son bandage qui avait été acheté chez lui ;

2° Que je ne me suis jamais livré à la contrefaçon de ses bandages;

3° Qu'il y a près de cent cinquante ans que l'on connait les bandages à ceintures sans ressorts, et à pelotes en soufflet au moyen d'un ressort en spirale, et que le même système de bandages a été reproduit en 1814 par M. Hart, et tout récemment encore par M. Huan, de Brest ;

4° Enfin, que le brevet de M. Pernet n'a aucune valeur, et que ses bandages doivent entrer dans le domaine public.

Agréez, etc.

CHARRIÈRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 101. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Violente contusion. Considérations générales sur les effets tardifs et très graves de ces contusions siégeant plus spécialement au sein, sur le périoste ou sur le tissu osseux. Moyens de prévenir ces effets.

Au n° 37 de la salle Saint-Louis, est couché un malade qui est entré dans le service pour une contusion causée par un coup de pied de cheval à la partie interne et supérieure du bras. Un épanchement sanguin qui existait dans le principe à l'endroit de la contusion, a promptement disparu ; mais il est resté, au même point, une induration sur laquelle je veux fixer votre attention. Rien n'est plus fréquent que de voir ces légers engorgements qui suivent les contusions devenir le centre de tumeurs volumineuses qui peuvent, en dégénérant, faire éclater dans l'économie une funeste diathèse. Ces exemples ne sont nulle part plus fréquents qu'au sein, et ce n'est pas sans raison que la plupart des femmes affectées de tumeurs de cet organe font remonter l'origine de leur maladie à un coup qu'elles ont reçu dans cette région, à une époque plus ou moins éloignée. Voici, en général, ce qui s'est passé : Si à la suite de cette contusion, la malade n'a pas souffert, elle a le plus souvent négligé d'appeler le médecin ; si elle l'a appelé, celui-ci n'a pas agi, ou s'est borné à prescrire un cataplasme; s'il s'est décidé à faire appliquer des sangsues, il en est resté là ordinairement. Le sein peut ne présenter aucune tumeur, ni être le siége d'aucune douleur ; seulement, à l'époque des règles, il devient douloureux dans un point circonscrit. Pourquoi cette douleur à l'époque des règles seulement, sur un point anciennement contus ? Faites-y bien attention ; il y a là un travail morbide caché que la congestion menstruelle vient mettre au jour, et si vous ne vous hâtez de l'arrêter à sa naissance, il envahira les tissus environnants, et finira peut-être par infecter toute l'économie.

Telle est l'histoire d'un grand nombre de tumeurs cancéreuses du sein. Pour les prévenir, on doit s'attacher à combattre avec opiniâtreté ces effets tardifs et consécutifs des contusions, quelque peu importants qu'ils paraissent au premier abord. On emploiera dans ce but, suivant les indications, les antiphlogistiques, les révulsifs et les narcotiques.

J'ai observé à la clinique, il y a quatre ou cinq ans, un malade qui quelques mois avant son entrée avait, à la suite d'un violent coup de pied de bœuf, éprouvé une contusion à la partie inférieure de la cuisse. Sous l'influence du repos et de quelques applications de sangsues, la tumeur avait disparu, mais il était resté de la douleur pendant la marche ; le malade n'en avait pas tenu compte, et s'était livré à ses travaux ordinaires. L'examen de la cuisse nous fit constater que le fémur avait décuplé de volume, et qu'il présentait des saillies osseuses sur différents points ; la plus considérable de ces saillies formait un prolongement osseux qui s'élevait au-dessus de la branche horizontale des pubis. Il est difficile de ne pas voir, dans ces graves altérations du fémur, un effet éloigné de la contusion dont il avait été primitivement le siége. Si donc on avait de bonne heure traité convenablement cette douleur consécutive, due au moins ordinairement à une subinflammation, on aurait sans doute arrêté la maladie dans son principe.

Pessaire enclavé dans le vagin et y séjournant depuis dix-huit ans. Extraction de ce pessaire sans qu'on ait eu besoin de le diviser. La dilatation du canal utéro-vulvaire ne pourrait-elle pas remplacer la section de cet instrument ? Pessaire très avantageux de M. Bergeron.

Au n° 3 de la salle Saint-Augustin est couchée une malade qui portait lors de son entrée, et depuis dix-huit ans, un pessaire en forme de bilboquet, et présentant à sa partie supérieure un chapiteau de largeur ordinaire, enclavé dans le vagin. M. Lisfranc avait imaginé, pour l'extraire, de glisser entre les parois du vagin et sa circonférence, deux lames métalliques superposées et susceptibles de s'écarter parallèlement au moyen d'une vis de pression. A la faveur de cette dilatation graduelle, le pessaire fût devenu mobile, et eût pu être extrait facilement et sans danger. Mais ayant éprouvé de grandes difficultés pour placer cet instrument, je parvins, dit M. Lisfranc, à glisser mon doigt en arrière sous le chapiteau du pessaire. Le vagin, rétréci en ce point, envoyait sous cette partie de l'instrument un prolongement en forme de lame circulaire; je la portai en arrière, je la refoulai ensuite au-dessus du chapiteau ; puis je fis exécuter à la totalité du pessaire un mouvement de bascule à l'aide duquel, en même temps que je portais sa tige en avant, je l'abaissais. Quelques efforts légers, et d'ailleurs peu douloureux, suffirent pour son extraction. Mais je trouvai malheureusement une induration du vagin, et un cancer incurable de l'utérus. Quelques injections émollientes sont pratiquées dans le vagin, qui ne présente d'ailleurs aucune excoriation, La malade sort de l'hôpital.

Un fait très remarquable est le suivant : M. Lisfranc l'a presque toujours observé ; c'est que le pessaire ne présentait aucune incrustation de matières concrétées de sécrétion, bien que, nous le répétons, il fût resté en place depuis dix-huit ans. Il en est tout autrement lorsque l'instrument sustentateur est en gomme élastique. Toujours, jusqu'aujourd'hui, M. Lisfranc y a observé, dans les cas qui nous occupent, ces matières concrétées de sécrétion accumulées quelquefois en quantité très considérable. Il n'est pas besoin de dire combien elles contribuent par leurs inégalités, qui ne sont pas rares, à la perforation des cloisons recto-vaginale et vagino-vésicale.

Il n'est pas nécessaire, à beaucoup près, d'un séjour aussi prolongé d'un pessaire, pour que des accidents sérieux se manifestent. Après vingt jours, et quelquefois plus tôt, les pessaires commencent déjà dans beaucoup de cas à s'incruster de matières calcaires, et à irriter plus ou moins les parties avec lesquelles ils sont en contact. Ce n'est donc pas tous les deux ou trois mois seulement, comme beaucoup de médecins le prétendent, qu'il importe d'extraire ces instruments pour les nettoyer, mais bien tous les huit ou quinze jours. L'omission de ce précepte est fréquemment suivie d'écoulements blancs abondants et fétides, d'irritations, d'inflammations dangereuses, de concrétions calcaires qui peuvent être la cause des dégénérescences et des perforations que nous venons de signaler. Au reste, les injections fréquentes dans le vagin, l'extraction et le nettoiement du pessaire tous les huit ou quinze jours, ne mettent pas à l'abri de tous les accidents. Les frottements suffisent quelquefois pour amener des ulcérations qui, n'étant pas douloureuses, passent inaperçues et deviennent incurables sous l'influence des irritations sans cesse renouvelées produites par le pessaire. Il est donc indispensable, même quand il n'y a pas d'engorgement utérin, de passer les femmes au spéculum au moins tous les mois. Dans tous les cas où l'on découvrirait une ulcération, on devrait s'attacher d'abord à la guérir, et ne replacer le pessaire que douze ou quinze jours après la disparition de la solution de continuité, pour donner à la cicatrice le temps de se consolider.

M. Lisfranc a été appelé il y a quelques années auprès d'une princesse portant une affection de l'utérus, et sur laquelle un des accoucheurs les plus distingués de Paris avait appliqué un pessaire en or, qu'on laissa plusieurs années en place ; une ulcération se développa; elle fut malheureusement accompagnée de symptômes légers; malgré les conseils d'un chirurgien très distingué, le médecin ordinaire jugea qu'il était inutile de pratiquer le toucher, et de mettre le spéculum en usage. Lorsque j'arrivai, je constatai l'incurabilité du cancer, et les événements ont justifié mon diagnostic.

Après vous avoir entretenue de quelques-uns des accidents que peuvent produire les pessaires introduits dans le vagin, je veux appeler votre attention sur les difficultés très grandes que l'on éprouve souvent à les y maintenir et à les faire tolérer par les malades, et vous faire part d'un nouvel appareil qui m'a parfaitement réussi dans des cas où tout avait échoué.

Le vagin, surtout après de nombreux accouchements, présente quelquefois une très grande largeur. L'enceinte osseuse du détroit inférieur elle-même, peut être plus ou moins agrandie ou vicieusement disposée. Dans ces cas, tous les moyens échouent ordinairement contre le prolapsus de la matrice. M. Bergeron, bandagiste distingué, a eu l'idée de fixer les pessaires à la pelote d'un bandage crural ordinaire au moyen d'une tige métallique qui contourne l'arcade des pubis. Les malades peuvent marcher et s'asseoir sans que la tige métallique touche les organes et les incommode. Dans plusieurs cas où tout avait été inutilement employé, cet appareil a admirablement réussi. Je puis citer entre autres une malade attachée aujourd'hui au service de cet hôpital, et qui a été long-temps dans nos salles pour un prolapsus de la matrice. Après un grand nombre de tentatives infructueuses, nous fûmes forcé d'abandonner la maladie à elle-même, et cette femme avait la matrice pendante entre les cuisses. Le bandage de M. Bergeron a parfaitement réussi.

Revenons à l'extraction des pessaires enclavés. M. Lisfranc pense que si, quand il n'existe aucun corps étranger dans l'intérieur du vagin, on parvient ordinairement à diminuer plus ou moins les rétrécissements de ce canal à l'aide des moyens dilatateurs connus, parmi lesquels celui de M. Petit fils, de Corbeil, me semble tenir le premier rang, il ne serait probablement pas impossible, si l'on pouvait introduire un corps dilatant convenable entre le pessaire enclavé et les parois vaginales, d'obtenir une dilatation lente et suffisante pour permettre même facilement l'extraction de ce pessaire. Ce procédé paraît avantageux, bien que M. Charrière ait imaginé des instruments très ingénieux avec lesquels on fait beaucoup plus facilement qu'autrefois la section de l'instrument sustentateur en un assez grand nombre de fragments.

Hydrocèle parfaitement transparente et offrant la fluctuation la plus manifeste. La tumeur contenait une grande quantité de petits kystes agglomérés et à parois minces, renfermant eux-mêmes de la gelée à demi liquide. Ponction presque infructueuse. Opération par incision. Modification de cette incision.

Au n° 10 de la salle Saint-Antoine, est couché un malade qui est entré dans le service pour une hydrocèle. La tumeur, du volume ordinaire et parfaitement transparente, était le siége d'une fluctuation très marquée. Je fais la ponction ordinaire, il ne sort pas de liquide, et c'est en vain que je comprime assez fortement la tumeur. Je fais une seconde ponction sans retirer complétement l'instrument ; il sort trois cuillerées environ de sérosité. Dans les deux cas, la partie de la canule située dans la tumeur exécutait des mouvements de bascule comme si cette tumeur eût renfermé exclusivement un liquide. Je fais l'injection, il n'entre qu'une très petite quantité de liquide, qu'il est impossible de faire ressortir.

J'opère par incision. On voit alors sortir des kystes à loges multiples remplis d'une matière analogue à de la gelée. Voilà un exemple frappant de l'incertitude du diagnostic chirurgical et qui fait voir que dans les cas en apparence les plus simples, il faut se tenir prêt à faire l'incision. Il ne faut point oublier alors que si l'incision s'étend seulement jusqu'à la partie inférieure de la tumeur, à mesure que celle-ci est vidée et qu'il s'écoule quelque temps depuis cette évacuation, les tissus cessant d'être distendus, reviennent sur eux-mêmes. Or, l'angle inférieur de la solution de continuité remonte pendant que les tissus qui marchent d'ailleurs dans tous les sens de la circonférence au centre de la plaie y sont amenés d'arrière en avant, d'où résulte nécessairement bientôt un cul-de-sac dans lequel les matières de sécrétion s'accumulent. Pour éviter cet inconvénient, M. Lisfranc prolonge l'incision, non pas seulement jusqu'à la partie inférieure de l'hydrocèle, mais encore il lui fait contourner cette extrémité inférieure, afin de la faire remonter en arrière à deux, quatre ou six centimètres, suivant le volume de la tumeur. Ainsi, malgré le mouvement organique dont nous venons de parler, le pus trouve toujours une issue facile.

Epaississement de la cornée transparente indurée dans certains points et ramollie dans d'autres. Résection de l'œil. Modification du pansement.

A la suite d'ophthalmies qui avaient passé alternativement de l'état aigu à l'état chronique, un staphylôme de la cornée transparente s'était développé du côté gauche, chez le malade du n° 2 de la salle Saint-Augustin. Il formait déjà une saillie assez considérable entre les paupières, dont les mouvements le soumettaient à une irritation presque constante. Cette femme éprouvait déjà depuis long-temps sur le point malade des douleurs lancinantes fréquemment répétées. Ce point saillant de la cornée était sur certains endroits épaissi, induré, squirrheux, et sur d'autres on le trouvait déjà ramolli. L'affection morbide ayant résisté à la thérapeutique ordinaire, une opération devait être pratiquée, afin d'éviter le cancer de l'œil, si déjà il n'existait auparavant sur cet organe. M. Lisfranc aurait seulement vidé l'œil, si la cornée transparente n'avait été qu'amincie, comme on l'observe d'ordinaire, mais elle était épaissie, etc. Nous le répétons, l'on devait donc nécessairement, pour éviter un carcinome qui se serait pour ainsi dire sûrement développé, quoique les humeurs de l'œil eussent été évacuées, pratiquer la résection d'une assez grande étendue de la partie antérieure du globe oculaire.

Il est évident que le resserrement des paupières, surtout chez les malades indociles, gêne beaucoup l'opération, et qu'un ophthalmostat peut alors devenir très utile pour écarter et contenir ces voiles mobiles ; mais lorsque, comme chez la femme dont nous citons l'observation, il faut retrancher l'œil dans une grande étendue de son diamètre antéro-postérieur, afin de se mettre mieux à l'abri de la récidive, il n'est pas possible de mettre cet instrument en usage. On conçoit qu'il couvrirait les parties sur lesquelles la section doit porter.

L'érigne destinée à fixer l'œil et à le porter en avant, les paupières étant tenues écartées le plus possible, déchira les tissus qu'elle avait embrassés. M. Lisfranc se servit alors d'une pince à disséquer, et il fit avec des ciseaux la résection du globe oculaire. Il enleva ainsi plus de la moitié de l'éten-

due du diamètre antéro-postérieur de cet organe : il coula peu de sang. Tout s'est passé à l'ordinaire. La malade est presque entièrement guérie.

Lorsque M. Lisfranc enlève l'œil soit en partie, soit en totalité, ou bien lorsqu'il vide en grande partie l'orbite des tissus qu'elle renferme, il conseille de n'introduire d'abord aucune pièce d'appareil dans cette cavité, hors le cas d'hémorrhagie, car la compression même très légère du bandage destiné à les assujettir rendrait leur présence dangereuse ; elle s'opposerait au développement inflammatoire des tissus, d'où naîtrait beaucoup d'irritation, une sorte d'inflammation par étranglement, dont il serait inutile de signaler les dangers ; M. Lisfranc, qui fait renouveler fréquemment les pansements quand la suppuration a lieu, panse donc *à plat*, mais c'est seulement jusqu'à l'époque où les tissus enflammés ont pris tout le développement dont ils sont susceptibles, et lorsque la phlegmasie des tissus a beaucoup baissé.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons sur les maladies des centres nerveux. Lésions de la sensibilité et de l'intelligence. (Suite.)

La sensibilité a-t-elle, dans le cerveau, un siége particulier et différent de la motilité? On ne saurait, sans hésiter, se prononcer sur cette question, et cependant on concevrait difficilement qu'il en fût autrement. Le raisonnement conduit à reconnaître qu'il y a dans le cerveau, et qu'il doit nécessairement y avoir un point spécialement consacré à la sensibilité, un centre de l'exercice duquel dépendent les mouvements. Les expériences des physiologistes ont à peu près démontré d'une manière certaine qu'il existe deux espèces de nerfs, les nerfs qui président au mouvement, ceux qui président au sentiment, nerfs bien séparés dans leur action, et dont la distinction fonctionnelle est bien tranchée. Nous avons dit plus haut que cette disposition était facilement explicable, en ce sens que la sensibilité était purement passive, pendant que la motilité était essentiellement active. En résumé, nous ne savons s'il y a réellement deux points particuliers du cerveau pour la sensibilité et la motilité; mais bien certainement il existe deux sortes de nerfs. La question relative au centre nerveux étant loin d'être résolue, et rien ne faisant prévoir qu'elle puisse l'être de sitôt, nous sommes obligé de vous présenter l'état actuel de la science.

La sensibilité est très fréquemment altérée; quelquefois elle est augmentée; mais le cas est rare. J'ai été consulté par un jeune médecin pour son père, qui présentait ceci de singulier que, depuis la tête jusqu'aux pieds, la moitié du corps était le siége d'une sensibilité excessive; on ne pouvait le toucher, si légèrement que ce fût, sans lui faire pousser des cris. La moitié du tronc était en même temps rouge et chaude. Cette disposition dura plusieurs années. Les mouvements étaient libres, et rien du côté de la motilité ne dénotait un état pathologique. Il nous est impossible de supposer même quelle était la portion cérébrale affectée, et quelle était la nature de la lésion existante. Lorsqu'il existe une exagération de la sensibilité d'un membre, on suppose qu'il y a inflammation de la substance cérébrale dans un point particulier, mais que l'on ne connaît point.

L'exaltation générale de la sensibilité est plus commune que l'exaltation partielle. Les malades qui se trouvent dans cette condition ne peuvent supporter le moindre contact sans jeter des cris, et sans donner les signes de la plus vive souffrance. Nous ne connaissons point les lésions qui peuvent produire ces résultats ; mais comme le plus ordinairement l'exagération de la sensibilité n'est pas le seul phénomène, et s'accompagne d'autres symptômes, le diagnostic n'est pas aussi difficile que si elle existait seule. Nous ne voulons point parler ici de l'état névralgique. Les lésions de la sensibilité dont on a le plus souvent à s'occuper, c'est la diminution et l'abolition complète de cette fonction.

Dans la grande majorité des cas, la sensibilité est altérée en même temps que le mouvement. Nous pensons, du reste, que dans cette circonstance il faut qu'il y ait une lésion plus profonde dans le cerveau que s'il y avait lésion simplement de la motilité. Il est évident, en effet, que pour empêcher une fonction active de s'exercer, fonction qui exige une certaine force de la part du sujet, il n'est pas nécessaire que la lésion soit aussi profonde que celle qui devrait exister pour s'opposer à une fonction passive. Pour que l'impression des sensations produites par les objets extérieurs se fasse sentir, il faut beaucoup moins d'efforts que pour la production du mouvement. La sensibilité doit donc être moins souvent et moins facilement altérée par le mouvement.

Bien qu'elle soit rare, la paralysie du sentiment, seule et indépendant de la paralysie du mouvement, peut quelquefois se rencontrer. Nous en avons eu à la Clinique de la Faculté un homme dont j'ai fait prendre l'adresse par M. Delaberge, et que je me proposais de faire revoir chaque année à mes auditeurs. C'était un sujet de vingt-sept ans, qui, après avoir présenté tous les symptômes caractéristiques de l'hémorrhagie cérébrale, avait conservé, à la suite de cette attaque d'apoplexie, une paralysie du sentiment bornée à une moitié du corps. Les individus qui sont dans le même cas s'aperçoivent bien par la résistance qu'un objet extérieur leur oppose, qu'ils touchent quelque chose. Ils peuvent même prendre cet objet dans leur main; mais ils ne le sentent pas, et n'ont pas la conscience d'un contact. Je vois en ville, dans ce moment, une jeune personne de dix-huit ans, qui a une perte complète de la sensibilité dans tout un membre thoracique. Elle ne sent point quand on la pince, et j'ai vu plusieurs fois pendant qu'elle jouait du piano, sa sœur lui enfoncer une épingle dans le bras, sans qu'elle s'interrompît.

Je dois ajouter que cette jeune fille est rachitique, qu'elle présente une courbure très prononcée de la colonne vertébrale, et je pense que les points par lesquels sortent les nerfs qui concourent à former le plexus brachial étant déviés de leur direction normale, ces nerfs se trouvent plus comprimés à leur partie postérieure qu'à l'antérieure, et que c'est à cette cause que l'on doit rapporter l'anesthésie du membre supérieur. Enfin, il m'est arrivé de donner mes soins à une dame chez laquelle une moitié du tronc était complétement paralysée du sentiment. Mais j'ignore si, dans ce cas, c'était à une altération des nerfs ou à une lésion du centre cérébral que l'on devait attribuer cette perversion de la sensibilité.

La douleur est donc un véritable bienfait, une nécessité pour les êtres organisés. C'est une sentinelle vigilante que la nature a donnée à l'homme pour veiller à sa conservation. Ce n'est point sous ce rapport que je prétends l'envisager ici. Nous ne l'étudierons que sous le rapport des éléments qu'elle peut fournir pour la détermination du diagnostic dans les affections du cerveau, dont nous allons nous occuper.

Et d'abord, nous ferons voir le parti que nous avons tiré de la céphalalgie relativement au diagnostic. On l'observe souvent dans le ramollissement; elle n'existe jamais dans l'hémorrhagie. Dans la congestion, elle peut se rencontrer quelquefois, mais elle n'est que gravative et générale. La douleur de tête, persistante, fixée dans un point isolé du cerveau, est un des meilleurs indices que l'on puisse rencontrer, qu'il se forme un travail local dans l'intérieur du crâne. Lorsqu'elle persiste pendant un temps assez long, elle est un des signes les plus sûrs du ramollissement cérébral.

Il y a d'autres altérations de la sensibilité très importantes à connaître ; ce sont les fourmillements, les picotements, les engourdissements, tous phénomènes que nous regardons comme étant de la plus haute valeur dans l'étude de certaines affections cérébrales. Leur existence peut quelquefois devenir le signe presque assuré de telle ou telle maladie ; elle est donc très précieuse pour la connaissance de la nature de différentes lésions cérébrales que l'on ne pourrait déterminer en leur absence. Nous n'avons pas ici la prétention de passer en revue tous les symptômes dont l'ensemble est nécessaire à posséder pour étudier les affections du cerveau. Nous nous bornons aux plus importants, à ceux dont la description nous a paru nécessaire pour l'intelligence des principes dont nous les ferons suivre.

Depuis les travaux de M. Foville, travaux dont chaque jour vient confirmer en grande partie l'exactitude, on a reconnu que lorsqu'il y avait délire, c'était principalement la substance grise ou corticale du cerveau qui était atteinte. Cependant, on trouve quelquefois dans les auteurs des observations de délire chez des malades qui, à l'autopsie, n'ont point présenté de lésions de la substance grise.

A ce propos, je dois vous parler de suite d'une haute question, relative au siége de l'intelligence. M. Lallemand avait fait du délire le signe capital de l'arachnitis. Je me suis élevé de toutes mes forces contre cette opinion : ce ne sont pas, disai.-je, les méninges qui sont l'organe de la pensée, c'est la substance cérébrale. Si dans la méningite il y a souvent délire, et vous savez qu'en effet ce phénomène est fréquent alors, cela doit tenir nécessairement à ce que les méninges étant si voisines de la substance nerveuse, et surtout de la substance grise, il est difficile que les membranes soient enflammées d'une manière un peu intense, sans que la substance grise participe également à l'inflammation. Quand c'est la pulpe cérébrale qui est le siége principal, le point de départ de la phlegmasie, le délire est alors direct; dans le second cas, ce n'est qu'un phénomène secondaire, produit en quelque sorte par le contrecoup de l'inflammation méningée. Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est que nous avons trouvé plus d'une fois des méningites avec suppuration dans les mailles de la pie-mère, chez des sujets qui n'avaient pas eu de délire pendant la vie, mais chez lesquels aussi la substance cérébrale était parfaitement saine; tandis que, d'un autre côté, nous avons toujours observé le délire chez les sujets qui présentaient les traces d'une inflammation de la substance cérébrale sans la moindre lésion des méninges.

Les faits observés depuis le moment où nous avons fait cette observation pour la première fois, n'ont fait que confirmer notre opinion. Souvent il nous est arrivé, appelé près d'un malade atteint d'une congestion cérébrale ou de toute autre affection aiguë du cerveau, de prédire d'une manière péremptoire les phénomènes qui allaient survenir, l'affaiblissement des fonctions intellectuelles, etc., à mesure que devenait plus intense et plus profonde la lésion organique qui donnait lieu à ces symptômes. Pour nous, et d'après les faits que nous avons observés, il est hors de doute que le siége des manifestations extérieures est dans la superficie du cerveau, dans la substance grise. Maintenant, quelles sont les variétés que peuvent présenter les lésions de l'intelligence? Elles peuvent, comme la plupart des fonctions organiques, être augmentées, diminuées, perverties ou abolies complétement.

Il est rare que les facultés intellectuelles puissent être augmentées. Cependant, on lit dans les auteurs des observations relatives à des sujets qui, aux approches de la mort, ont présenté un développement anormal et extraordinaire des facultés intellectuelles, et même ont fait voir qu'ils possédaient des facultés nouvelles qui n'existaient pas chez eux dans l'état de santé. On a vu des individus qui n'avaient pas grande mémoire, réciter, quelques heures avant de mourir, des livres entiers de Virgile, et des vers qu'ils avaient appris dans leur enfance, mais qu'ils avaient complétement oubliés.

Toutes les facultés intellectuelles sont susceptibles d'être malades, soit toutes ensemble, soit isolément. C'est une chose fort singulière que la diminution de certaines parties de l'intelligence dans les maladies. J'ai été consulté dernièrement par un malade âgé de vingt-huit à trente ans, qui a été procureur du Roi, et qui a été obligé d'abandonner sa place parce qu'il avait perdu complétement la mémoire. Cette perte de la mémoire est tellement prononcée qu'il oublie le nom de l rue où il demeure, et le numéro de sa maison. Fréquemmen il m'est arrivé d'être consulté par des malades qui se plai gnaient de perdre la mémoire, de ne plus pouvoir s'occu per, même à lire, ou qui ne retenaient absolument rien d leurs lectures. Ceci est extrêmement fréquent, et il vous arr vera souvent de voir venir chez vous des malades dans de conditions analogues. Les modifications qui peuvent surveni dans les fonctions intellectuelles sont, du reste, si nombreu ses qu'il nous serait impossible de les énumérer. Ce qui es curieux encore dans ceci, c'est que les malades ont la con science de leur état. Ce n'est point une aliénation mentale, ils sentent cet affaiblissement graduel de l'intelligence, et s'e inquiètent beaucoup. Dans les cas de cette espèce, le médeci est d'autant plus embarrassé qu'il ne sait à quel ennemi s'at taquer, et quelle marche suivre dans le traitement.

Je dois vous signaler ici une singulière sensation que m'on accusée plusieurs malades ; il me semble, disait l'un d'eux, que lorsque je marche je pose les pieds sur du coton; je n puis parvenir à poser mes pieds par terre. D'autres ont seule ment des étourdissements momentanés, sans cause connue appréciable, et ne se rattachant à rien de particulier. D'autre enfin ont un trouble passager de l'intelligence. Tous ces phé nomènes sont extrêmement intéressants à étudier. Mais pou déterminer quelle est la partie lésée, et dont l'affection en dé termine la production, c'est une chose qui nous est encor complétement inconnue.

Dans un grand nombre d'affections, l'intelligence est dimi nuée; dans l'affection typhoïde, par exemple, cet acciden n'est pas rare; c'est que, sans nul doute, le cerveau est altér dans ces circonstances. La diminution de l'intelligence nous fourni un signe diagnostique précieux pour distinguer le ramollissements de l'hémorrhagie. Quelques auteurs ont cr et ont écrit qu'il y a stupeur dans l'hémorrhagie, et que c phénomène n'existe pas chez les individus affectés de ramollis lement. Je pense tout à fait le contraire; et ici, comme tou jours, je m'appuie sur des faits. Selon moi, le ramollissemen commence toujours par un état de stupeur tout particulier semblable à celui que l'on rencontre dans certaines période de la fièvre typhoïde.

La diminution et l'abolition de l'intelligence peuvent présen ter différenrs degrés, et se montrer suivant différents mode d'invasion. Ainsi, elle peut avoir lieu graduellement, ou bie il peut y avoir perte subite de connaissance. Nous appelon perte de connaissance, l'état dans lequel se trouve un suje qui a perdu momentanément la sensibilité, le sentiment d l'impression des objets extérieurs, et qui ne peut réagir su ces objets extérieurs. Voyez une hystérique au milieu d'un attaque convulsive. Elle ne peut communiquer avec les per sonnes qui l'entourent; elle ne peut répondre aux question qu'on lui adresse; mais, revenue à l'état normal, elle se rap pelle ce qu'on lui a dit, ce que l'on a fait près d'elle. Il n'y a point eu là perte de connaissance; car si elle ne pouvait ré pondre aux impressions extérieures, elle les percevait encor et se les rappelle après l'accès.

Il est une autre perte de connaissance; c'est celle des idiot et des déments. Ces individus n'ont aucune conscience de c qui se passe autour d'eux; ils ne connaissent pas la valeur de mots; ils ne poesèdent ni l'intelligence, ni la conscience de c que l'on fait près d'eux ou de ce qu'ils font eux-mêmes. Aprè avoir tâché de différencier ces diverses espèces de l'état qu l'on désigne sous le nom de perte de connaissance, dans quel cas rencontre-t-on ces diverses nuances? La perte de con naissance complète se rencontre dans le narcotisme et dan l'ivresse, dans la syncope, l'asphyxie. Vous la rencontrez dan toutes les affections cérébrales avec coma, dans l'asphyxie fort ou centrale, dans le ramollissement du cerveau quand il es étendu et profond. On rencontre encore la perte de connais sance dans la méningite, dans l'encéphalite; dans la plupa des affections directes du cerveau, toutes les fois qu'elles son étendues. Enfin, elle accompagne le coup de sang, et peut êtr complète quand la congestion cérébrale est intense. Alors auss ordinairement elle est de courte durée.

Dr A. FOUCART.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA PITIÈ. — M. A. BÉRARD.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX.

De la photophobie.

Introduit en France par Guillié, le mot *photophobie* est rest dans la pratique pour désigner un état particulier de l'œil e des paupières caractérisé par une tendance irrésistible à fui l'impression des rayons lumineux.

Le phénomène photophobique a eu, en oculistique, le mêm sort que beaucoup de perturbations fonctionnelles de nos or ganes; mal compris d'abord, vicieusement interprété, plu tard, il a été rattaché à une série d'altérations des élément de l'œil, avec lesquelles on l'avait vu coexister. La grande ten dance qu'a, dans l'appareil oculaire, l'inflammation à se pro pager d'un tissu à l'autre, fait que fort souvent, en ne tenan compte que de la coïncidence, on pouvait arbitrairement ex pliquer la photophobie par l'inflammation de la choroïde, d la rétine, de la cornée, de l'iris, etc. C'était bien encore, il es vrai, de l'observation; c'était aussi presque de la logique, mais une observation brute et inintelligente, mais de la logi que spécieuse et péchant par sa base.

Pour bien apprécier et sagement interprêter la photopho bie, il fallait procéder d'une autre façon, c'est-à dire étudie le phénomène sur une plus grande échelle. Il était indispen sable de l'examiner en lui-même, d'en bien saisir tous les ca ractères, de le suivre en quelque sorte dans sa marche et dé gagé de ses complications.

Il restait ensuite à aborder l'étude des complications de la photophobie, à examiner la fréquence relative de telle ou telle d'entre elles, à les suivre dans leur marche, à voir leur degré d'acuité de manière à pouvoir saisir dans ces diverses évolutions morbides la maladie ou les maladies de l'œil qui pourraient plus raisonnablement expliquer l'horreur de la lumière.

Une dernière tâche enfin restait à remplir; c'était celle d'interpréter la photophobie en se rendant compte du mode d'action de la cause qui la déterminait. Ce n'est pas notre faute si, dans cet exposé de doctrines que nous allons faire, la théorie a souvent devancé les faits; si l'imagination a pris plaisir à empiéter sur l'observation. L'esprit humain est ainsi fait, qu'il aime mieux voir ce qui devrait être que ce qui est en réalité!

1° *Photophobie expliquée par la rétinite et la choroïdite.* — Après avoir considéré la choroïde comme l'agent direct de la perception lumineuse, on la dépouilla de ce rôle pour en charger la rétine, qui en parait aujourd'hui en possession à peu près exclusive. Quelques oculistes ont accordé également à la choroïde la propriété d'être impressionnée douloureusement par le contact de la lumière lorsqu'elle venait à s'enflammer. Restait la démonstration du fait. Ce n'était pas assurément le plus aisé. Il fallait démontrer l'inflammation aiguë de la choroïde, et non pas seulement les altérations organiques que cette membrane peut offrir à la longue. Or, de cette inflammation aiguë il n'y avait qu'un symptôme bien tranché qui pût lui être rattaché, c'était la photophobie; et, sous peine de tourner dans un cercle vicieux, il ne pouvait pas être invoqué à l'appui.

D'ailleurs, ce n'était pas tout; la photophobie est un phénomène fort commun; et la choroïdite peut-elle être considérée comme fréquente? Non, assurément, jusqu'à démonstration du contraire. Mais l'objection eût-elle de la valeur, il resterait à examiner quelle est la partie de la choroïde dont l'inflammation cause la photophobie. Est-ce la membrane tout entière ou seulement une de ses deux lames? Il resterait à voir si la lumière arrêtée et absorbée par le pigmentum peut arriver jusqu'au tissu véritablement organique de la choroïde; puis enfin il faudrait savoir si la sensation douloureuse produite par la lumière est perçue par la choroïde, comme membrane; ou bien si les nerfs ciliaires qui la traversent n'en seraient pas le siége. Toutes ces questions sont encore ou à poser, ou à résoudre.

Ceux qui invoquent la rétinite comme cause de la photophobie, ont une raison en apparence fort raisonnable. C'est la rétine qui perçoit la lumière; il paraît donc très simple que cette membrane enflammée ressente par son contact une impression pénible à laquelle elle cherche tout naturellement à se soustraire. La plupart des objections que nous avons faites à la choroïdite peuvent être reproduites ici. De plus, on le sait, les nerfs ont peu de tendance à l'inflammation. Or, la rétine n'est qu'une expansion nerveuse. Nous ne nions pas d'ailleurs l'inflammation de la rétine, mais à coup sûr elle n'est pas commune, tandis que la photophobie s'observe tous les jours. Ajoutez à cela que si la rétine s'enflammait aussi souvent que les Allemands l'ont prétendu, cette membrane, une fois l'inflammation dissipée, devrait se ressentirait bien quelque peu de la perturbation dont elle a été le siége, tandis qu'habituellement, une fois la photophobie dissipée, la vision redevient ce qu'elle était auparavant, s'il n'existe pas d'autre complication dans le tissu de l'œil. Vouloir rattacher encore aujourd'hui la photophobie à la rétinite ou à la choroïdite, ce serait donc, à notre sens, faire preuve de singulières préoccupations.

2° *Photophobie expliquée par l'iritis.* — Ce serait se rendre mal compte de la photophobie que d'invoquer l'inflammation de l'irir; car on commettrait gratuitement une erreur évidente. La photophobie se développe fort bien, en effet, en l'absence de l'iritis; et lorsque l'inflammation de l'iris est produite, non-seulement on peut ne pas observer le phlépharospasme photophobique, mais encore la photophobie, si elle existait, se trouve souvent amendée, ou disparaît même quelquefois complétement. L'iritis améliore donc l'état photophobique, loin de le faire naître.

3° *Photophobie expliquée par la kératite.* — Une chose doit être admise sans conteste, c'est que fort souvent la photophobie s'accompagne de lésions de la cornée; mais on a tiré de cette circonstance la conclusion que ces états morbides étaient la cause de la photophobie; et cette conclusion, qui paraît assez naturelle et admissible, lorsqu'elle est envisagée de plus près ne saurait satisfaire de tous points les esprits qui jugent avec rigueur et impartialité. Nous rejetterons cette théorie pour les raisons suivantes:

A. On a invoqué la coïncidence fréquente; nous l'accordons, mais en observant néanmoins qu'il y a des cas de photophobie sans lésion appréciable de la cornée. On dit alors: Mais elle ne tardera pas à se développer. Soit; mais pourquoi l'effet précède-t-il la cause? Et d'ailleurs, elle ne se développe pas toujours, quoi que l'on ait dit à cet égard.

B. On veut que la kératite rende compte de la photophobie; mais alors, comment se fait-il que toutes les kératites aiguës ne s'accompagnent pas du même phénomène, que telle kératite peu intense et très limitée sera avec photophobie, et telle autre plus grave et plus étendue en sera exempte? Expliquera-t-on davantage, dans cette théorie, la cessation de la photophobie à une époque où la lésion cornéale est loin d'être encore guérie? Pourquoi telle variété de kératite interstitielle, telle forme d'ulcère rendent-elles les malades photophobes, et non pas tels autres?

C. On a dit que la dénudation de la peau rendait le tissu extrêmement douloureux, et on paraît vouloir, par analogie, en conclure que la cornée doit être dans les mêmes conditions. Mais d'abord, la photophobie existe, nous l'avons déjà dit, sans destruction de la surface cornéale (cornée saine, kératite interstitielle, etc.). Et puis, que signifie cette analogie que l'on invoque? La peau est dénudée, douloureuse, dites-vous? Douloureuse, dans quelles circonstances? Est-ce spontanément, et par le fait seul de la destruction de sa surface? Mais alors, il n'en est pas de même de la cornée ulcérée; n'exposez pas le malade à la lumière, et il ne sera pas photophobe. Est-ce au contact des corps extérieurs que la peau dénudée est douloureuse? Mais alors, pour la cornée ulcérée, il faudrait éviter toute sorte de frottement, et la première chose que le malade devrait faire instinctivement, serait d'ouvrir les yeux tout grands pour diminuer le frottement des voiles palpébraux. Est-ce au contact de l'air, enfin, que la peau dont vous parlez est douloureuse? Mais encore ici la comparaison n'est pas possible, car les photophobes cessent de l'être dans l'obscurité où l'air ne leur manque assurément pas. Ce que craignent ces malades, ce n'est pas l'air, c'est la lumière; il sont bien photophobes, mais non aérophobes. Maintenant, s'il est impossible de supposer qu'on ait voulu dire que la peau dénudée était douloureuse sous l'influence des rayons lumineux, comme, dans l'hypothèse que nous combattons, le serait la cornée, je n'hésite donc pas à regarder la comparaison invoquée pour interpréter la photophobie comme parfaitement inexacte et méritant d'être rejetée.

D. Mais en accordant un instant que c'est le contact de la tumeur sur la cornée malade qui produit la photophobie, il nous resterait encore à présenter une objection d'une certaine valeur. Voici un sujet affecté de photophobie d'un seul côté; ayez soin de fermer l'œil sain et faites entr'ouvrir l'œil photophobe; vous y réussirez si vous avez pris soin de faire assez d'ombre au-devant de lui. Jusque-là rien que de très naturel. Mais voici la contre-partie de l'expérience qui est plus significative: si vous venez à ouvrir l'œil sain et à laisser arriver sur lui les rayons lumineux, l'œil malade reviendra photophobe quelle que soit l'obscurité dont vous l'entourerez. Pourquoi ce changement? Parce que sous l'influence de la contractilité de l'iris du côté sain, l'iris du côté malade se contracte à son tour par une sorte de consensus sympathique, et agissant brusquement sur le ligament enflammé, il produit dans le système ciliaire un tiraillement douloureux dont le blépharospasme sera l'expression. M. A. Bérard à mainte et mainte fois répété ces expériences devant les élèves de sa clinique; c'est donc aujourd'hui un fait définitivement acquis à la science.

4° *Photophobie expliquée par une névralgie du système ciliaire.* — Quelques auteurs ont eu la prétention de se rendre compte de la photophobie, en admettant une lésion dynamique de la cinquième paire. Il y a dans cette opinion du vrai en ce sens que les nerfs ciliaires sont évidemment les agents du phénomène en question; mais une névralgie, c'est une maladie à part en nosologie; elle existe sans altération organique appréciable. En est-il de même de la photophobie? Non assurément, puisque le plus habituellement on rencontre dans les tissus élémentaires de l'œil des lésions plus ou moins graves. La névralgie alors n'est plus une névralgie, c'est un simple phénomème de sensibilité générale, et on est en droit de se demander pourquoi cette sensibilité n'est pas en rapport avec l'étendue de la lésion, son degré d'acuité, etc., pourquoi elle manque dans la forme la plus grave de la maladie pour se rencontrer dans des cas plus légers.

Les nerfs ciliaires de la cornée, décrits par Schlemm, Purkinje, Pappenheim, sont-ils donc moins affectés dans les ulcères pulpeux, les kératites plastiques et purulentes où la photophobie est fort rare, que dans les ulères transparents, les kératites pustuleuses, où elle est si fréquente. Qu'est-ce d'ailleurs qu'un phénomène de sensibilité générale qui ne se développe que sous l'influence de la lumière? N'est-ce pas là bien plutôt un phénomène de sensibilité fort spéciale et pour l'explication de laquelle il faudra invoquer les conditions toutes particulières de l'organe qui en est le siége?

5° *Photophobie expliquée par la cyclite.* — Une première condition indispensable pour que la photophobie se manifeste est la contraction de l'iris; la seconde, c'est l'inflammation du cercle ciliaire. Contraction d'un tissu sain qui tiraille un tissu malade; voilà le véritable mécanisme de la photophobie. Montrez-nous un iris dépourvu de tout mouvement avec pupille largement dilatée, absence des lésions anatomiques de la cyclite aiguë, avec cela de la photophobie, et nous consentons à abandonner la théorie que nous avons adoptée et développée.

Si l'inflammation du cercle ciliaire peut rendre compte d'un symptôme aussi important que l'est la photophobie, il est de toute évidence que son étude doit être d'un haut intérêt. M. Tavignot a déjà traité ce sujet, nous mettrons son travail à profit pour tracer dans le prochain article une description complète de l'inflammation du cercle ciliaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 août. — Présidence de M. Ferrus.

M. Dubois (d'Amiens) donne communication du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Bouillon-Lagrange, membre de l'Académie.

Dans ce discours, il est dit que M. Bouillon-Lagrange, fidèle jusqu'au bout à une grande infortune, avait donné les derniers soins à l'impératrice Joséphine, dont il était le médecin.

M. Husson rappelle que M. Horeau était aussi médecin de l'impératrice Joséphine, qu'il a soignée jusqu'à ses derniers moments.

M. Ferrus confirme cette remarque.

M. Dubois (d'Amiens) répond qu'il a puisé ce renseignement auprès de la famille de M. Bouillon-Lagrange, qui conserve, à cet égard, comme un titre précieux, une lettre du prince Eugène, qui remercie M. Bouillon-Lagrange des soins donnés par lui à sa mère.

— *M. le président* fait connaître le choix des commissaires choisis par le conseil pour faire partie de la commission sur la peste. En voici la composition: MM. Pariset, Adelon, Dupuy, Londe, Prus, Poiseuille, Mélier, Dubois (d'Amiens), Royer-Collard, et Bégin.

— *M. Ségalas* continue et termine la lecture de son Mémoire sur les lésions traumatiques de la moelle de l'épine, considérées sous le rapport de leur influence sur les fonctions des organes génito-urinaires.

L'occasion de ce travail a été l'observation de deux faits de lésion traumatique de la moelle dont M. Ségalas a donné la description avec les plus grands détails. Dans l'un et dans l'autre cas, la rétention d'urine a suivi immédiatement la lésion de la moelle, l'incontinence d'urine est venue ensuite, mais tardivement. Dans les deux cas, les urines sont restées long-temps belles; et si elles ont fini par devenir catarrhales, ce n'est qu'après un long usage de la sonde à demeure.

Chez l'un des malades il s'est formé, avec le temps, une pierre phosphatique; c'est chez celui qui a porté la sonde; chez l'autre il n'y a eu jusqu'à présent aucun indice, aucune menace d'affection calculeuse.

Le premier a éprouvé des érections fréquentes et prolongées, sitôt après la blessure; puis ces érections ont diminué graduellement, et ont fini par disparaître tout à fait. Le second, au contraire, n'a offert rien de bien remarquable sous ce rapport, ni dans les premiers temps qui ont suivi l'accident, ni depuis.

Les deux blessés paraissent d'ailleurs avoir conservé, ou plutôt recouvré des desirs vénériens, mais avec des facultés génilales bien différentes; l'un dont la lésion de la moelle paraît être à l'union du dos et des lombes, peut établir des rapports sexuels; l'autre dont la lésion est à la région dorsale, n'a plus d'érection.

Le rapprochement de ces deux faits a conduit M. Ségalas à se poser plusieurs questions relatives à l'influence des lésions traumatiques de la moelle de l'épine sur les fonctions des organes génito-urinaires.

Dans la première question, il examine quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur la sécrétion de l'urine.

Pour élucider cette question, M. Ségalas apprécie d'abord les faits à l'aide desquels Krimer a voulu établir exépérimentalement que la sécrétion de l'urine était modifiée par les lésions de la moelle. Il expose ensuite les expériences auxquelles il s'est livré lui-même à ce sujet et desquelles il résulte, contradictoirement à celles de Krimer, que toutes les portions de la moelle de l'épine peuvent être détruites successivement sans que la sécrétion de l'urine soit suspendue ou même sensiblement ralentie, si, en ce qui regarde la portion cervicale, on a le soin d'établir la respiration artificielle et de la continuer avec le soin qu'elle demande.

Dans la deuxième question, M. Ségalas examine quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur la composition de l'urine. S'aidant de la même méthode critique et expérimentale, M. Ségalas établit que la section de la moelle soit au bas du col, soit au lombes n'a pas d'influence constante sur la quantité d'urée des urines, non plus que sur la quantité des phosphates, des sulfates, d'acide urique et de mucus, et que, si les urines sont modifiées par cette opération ce qui lui parait très douteux, elles le sont très diversement. Il estime donc qu'on ne peut pas admettre comme constantes les modifications que Krimer indique dans la composition de l'urine par suite de la lésion traumatique de la moelle de l'épine.

Dans la troisième question, M. Ségalas cherche à déterminer quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur l'excrétion de l'urine. Ces lésions ont pour effet immédiat la *rétention des urines*, et pour effet secondaire plus ou moins éloigné, l'écoulement involontaire des urines, *l'incontinence d'urine*. Contrairement aux idées reçues sur l'explication de ce phénomène, M. Ségalas croit qu'il est plus naturel de supposer que la rétention d'urine est l'effet du défaut de contraction de la vessie et des muscles qui entourent les viscères du bas-ventre, et que l'incontinence d'urine a lieu d'abord par regorgement, qu'elle est causée par la plénitude extrême de la vessie, comme dans tant d'autres circonstances, et ensuite par la résistance que la vessie irritée, enflammée oppose à sa dilatation.

Quatrième question: Quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur la sécrétion et la composition du sperme? M. Ségalas cherche à établir par l'observation, par l'expérience et par l'analogie que la sécrétion du sperme n'est pas suspendue par ces lésions.

Dans la cinquième question, M. Ségalas examine quelle est l'influence de ces lésions sur l'érection, les désirs vénériens et l'éjaculation.

Enfin, dans la sixième question, il cherche à déterminer l'influence de ces lésions sur la conception, la gestation et la parturition.

Des observations et des expériences contenues dans ce mémoire, M. Ségalas croit pouvoir conclure, sous le rapport physiologique:

1° Que la lésion traumatique de la moelle de l'épine n'empêche point la sécrétion de l'urine;

2° Quelle ne trouble point directement la composition de ce liquide;

3° Que l'altération de composition qui se montre ultérieurement dans les urines est la conséquence de l'inflammation catarrhale de la vessie, inflammation produite elle-même, soit par la présence prolongée de la même urine dans ce viscère, soit par l'action de la sonde à demeure, et cela avec ou sans le concours d'autres causes;

4° Que la paralysie traumatique commence toujours par être compliquée de la rétention d'urine, et que l'incontinence d'urine qui succède à cette seconde maladie, en l'absence de soins appropriés, a lieu d'abord parce que la vessie distendue outre mesure, ne peut plus recevoir le liquide, et ensuite parce que cet organe, fortement enflammé, se refuse à fonctionner comme réservoir;

5° Que la lésion traumatique de la moelle de l'épine n'arrête point la sécrétion du sperme;

6° Quelle n'altère point sensiblement la composition de ce liquide;

7° Qu'elle provoque souvent des érections sans désirs, auxquelles succèdent parfois des désirs sans érections;

8° Qu'elle n'apporte point toujours un obstacle permanent aux rapports sexuels;

9° Qu'elle ne s'oppose point à la conception, ni à la gestation, et que lorsque cette lésion a lieu, la parturition chez les femelles d'animaux, et l'accouchement chez la femme nécessitent l'emploi de moyens artificiels soit physiques, soit mécaniques.

Considerés au point de vue de la chirurgie, les faits établis dans ce mémoire mènent ensuite à des conséquences de la plus haute importance pour la pratique, aux suivantes entre autres:

Il faut vider régulièrement la vessie de tout homme frappé de paralysie traumatique;

Il faut se garder de lui laisser la sonde à demeure;

Il faut se garder de le traiter par des moyens qui exercent une action irritante par la vessie.

Si maintenant on envisage ces conclusions dans leur ensemble, on reconnaîtra sans peine que la moelle de l'épine n'a pas d'influence sur les fonctions des reins, du testicule, des ovaires, non plus que sur les conditions de l'urine, du sperme, du fœtus, tandis que cette moelle tient sous sa dépendance immédiate la vessie, les vésicules séminales et l'utérus, et que les facultés expulsives de ces divers réservoirs sont plus ou moins profondément troublées par ses lésions traumatiques.

M. Ségalas ne parle pas d'une conséquence relative à la circulation, qui émane de quelques-unes de ses expériences, et qui contredit formellement un résultat général annoncé en ces termes par Legallois: « Toutes les fois que l'on va jusqu'à anéantir l'action de la moelle » dans toute sa longueur, la circulation est arrêtée sans retour. »

Cette conséquence savoir, que, malgré la destruation complète de la moelle de l'épine, la circulation peut continuer dans certaines limites de temps et d'espace, constitue un fait de la plus grande importance; mais elle est étrangère au sujet qu'il vient de traiter; elle trouvera sa place ailleurs.

La lecture de ce mémoire étendu a été écoutée avec un intérêt soutenu et suivie de marques nombreuses d'approbation.

M. Martin-Solon. Je n'admets pas, comme M. Ségalas, que l'in-

continence d'urine qui suit la lésion de la moelle soit due à l'inflammation de la vessie. Cette inflammation n'est pour moi que consécutive à d'autres phéoomènes, elle est le résultat qu'exerce la lésion de la moelle sur l'excrétion de l'urine. Qu'arrive-t-il, en effet, dans ce cas-là? La vessie se vide mal et incomplétement, l'urine séjourne longtemps dans la vessie, ses éléments aqueux sont absorbés, tandis que les autres éléments se concentrent. L'urine devient alors un liquide anormal dont la présence irrite la vessie.

M. Ségalas. Je ne nie en aucune taçon l'exactitude de ce que vient de dire M. Martin-Solon; j'ai admis l'inflammation de la vessie comme cause de l'incontinence d'urine, et cela, ai-je dit, avec ou sans le concours d'autres causes. Mais il y a préalablement rétention d'urine, et par suite distension de la vessie, et cette distension préalable me paraît jouer un grand rôle, comme cause, dans les phénomènes qui la suivent. Quant à la concentration des urines et à la résorption de la partie aqueuse, j'ai fait autrefois des expériences qui prouvent que cette faculté d'absorption de la vessie est au moins très faible. Il faut des doses énormes de poison pour tuer des animaux en le leur injectant dans la vessie.

M. Martin-Solon. La résorption de l'urine ne peut pas être mise en doute; dans plusieurs affections, on a indiqué de tout temps l'odeur urineuse répandue par les malades.

M. Ségalas. Dans la pratique civile, chez des malades entourés de tous les soins de propreté, on rencontre bien rarement cette odeur urineuse.

M. Royer-Collard présente d'abord quelques objections à la méthode expérimentale dont s'est servi M. Ségalas. Les expériences sur les animaux vivants sont-elles hien propres à rendre compte des phénomenes physiologiques? Il ne le pense pas. Ainsi, dans les circonstances actuelles, a-t-il été possible à M. Ségalas de tenir compte de toutes les circonstances qui influent sur la composition des urines? Non, assurément. Un animal est soumis à une opération; évidemment cet animal éprouve un grand trouble nerveux, de la douleur, enfin il n'est paa dans son état normal. Eusuite, les condilions d'alimentation, qui, comme l'a prouvé M. Chassat, ont une si grande influence sur la composition des uriucs, ont-elles été notées avec soin?

La composition et la sécrétion des urines sont deux questions à peu près similaires, et il ne voit pas pourquoi M. Ségalas les a traitées à part

La paralysie de la vessie est pour lui la conséquence de la distension qu'a subie cet organe, qui a perdu ainsi sa contractilité et son élasticité.

Il est difficile aujourd'hui d'admettre la résorption urineuse. En général, on croit peu aux résorptions. Les expériences de M. Dumas ont prouvé que lorsque l'urée se retrouve dans le sang, ce n'est pas qu'il ait été absorbé dans la vessie, mais parce que ce principe n'a pas été éliminé par le rein. Il y a eu obstacle à l'élimination rénale, et voilà tout.

L'érection, l'éjaculatiou, les désirs vénériens sont des choses très différentes que peut-être M. Ségalas n'a pas assez différenciéea dans ses expériences.

Quant au fait rapporté par M. Brachet, d'accouchement provoqué par la pile voltaïque, c'est là un phénomène mécanique et non vital.

Enfin, tout en rendant hommage au beau travail de M. Ségalas, M. Royer-Collard aurait voulu qu'il eût multiplié et varié davantage ses expériences, et, par exemple, qu'il les eût fait porter sur les phénomènes différents de la sensibilité et de la motilité.

M. Ségalas, en répondant à ces diverses remarques, fait observer qu'il a placé les animaux sur lesquels il a expérimenté dans des conditions à peu près identiques, et que si les conclusions qu'il en a tirées ne paraissent pas suffisamment rigoureuses, il faut renoncer absolument à toute méthode expérimentale.

M. Ollivier (d'Angers) ne connaît aucun exemple de luxation de vertèbres cervicales qui ait produit l'érection.

Dans la pendaison, l'érection n'a jamais lieu que quand le corps est suspendu après la mort. C'est un phénomène tout mécanique.

La nécessité de l'intervention de l'art pour l'accouchement chez les femmes paraplégiques, lui paraît au moins fort douteuse. Chaussier a publié deux cas d'accouchement qui se sont opérés tout seuls chez deux femmes paraplégiques.

MM. Castel et *Desportes* font quelques observations, qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

M. Martin-Solon fait remarquer que ce qu'a dit M. Royer-Collard n'infirme en rien son opinioo sur la résorption des parties aqueuses de l'urine dans quelques circonstances.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

On s'est occupé à l'Académie, ces jours derniers, de l'arsenic et de certaines préparations dont il fait la base.

Il résulte de ce qui a été dit dans cette docte assemblée qu'il serait dangereux pour les malades de donner ce corps à la dose de quelques milligrammes, même en arrivant progressivement à ce point.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de soumettre, à ce sujet, à vos lecteurs le résultat de trois années d'expérience.

J'habite une contrée où les fièvres intermittentes sont endémiques; je les guéris avec l'acide arsénieux. L'expérience m'a appris qu'une certaine dose d'arsenic est indispensable pour réussir. Je donne d'emblée aux adultes un centigramme; je vais jusqu'à deux et demi. Jamais je n'ai vu d'accidents survenir.

J'ai eu deux fois la fièvre intermittente; j'ai pris l'arsenic aux doses que je viens d'indiquer; et je n'en ai éprouvé qu'un heureux effet.

Deux fois j'ai vu des malades impatients et mal dirigés prendre dans la journée, sans inconvénients, les dix centigrammes d'arsenic que je leur avais prescrit. Je ne prescris jamais que cette dose à la fois.

Dans le psoriasis, la lèpre vulgaire et quelques autres affections cutanées, j'emploie l'arsenic; et cela d'abord à la dose de ciuq milligrammes; je vais progressivement jusqu'à vingt.

Aux enfants à la mamelle, je donne maintenant, sana crainte, un milligramme par jour.

Chaque jour je vérific ces résultats, ce qui, du reste, m'est facile.

Si le temps et mes forces me le permettent, j'essaierai de réaliser le vœu émis, par M. le professeur Trousseau, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales.*

Je prends donc acte, dès aujourd'hui, des efforts que je pourrai faire pour élucider la question de l'emploi de l'arsenic dans les fièvres intermittentes, question si importante sous le rapport de l'argent; si importante sous le rapport de l'humanité et de la science, depuis que M. Baudin a soulevé celle d'antagonisme entre les affections des marais, la fièvre typhoïde, la phthisie pulmonaire, auxquelles il faut peut-être ajouter la scrofule.

Agréez, etc. BERTET, D.-M.-P.

Cercoux, 11 août 1844.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'acide cyanhydrique médicinal dans le traitement du tétanos; par M. le docteur ESPEZEL.

Guidé par les idées du professeur Giacomini sur la nature hyposthénisante des propriétés physiologiques de l'acide cyanhydrique, M. le docteur Espezel a eu l'idée de faire prendre de l'acide prussique médicinal de M. Magendie à un individu tétanique, et le succès le plus complet a couronné cette médication.

Le malade, âgé de douze ans, était atteint d'un tétanos général violent, qui résistait depuis deux jours à l'usage des bains et des purgatifs. Ce tut alors que M. Espezel crut devoir prendre le parti de recourir à l'emploi de l'acide prussique, d'après la formule suivante:

Pr. Hydrolat de laitue,	120 grammes.
Sirop de sucre,	30 id.
Acide prussique médicinal de Magendie,	20 gouttes.

M. et F. S. A. une potion.

Le jeune malade prit, toutes lea heures, une cuillerée à bouche de cette potion, et, dans l'intervalle de ces prises, on lui fit boire de l'orangeade pour calmer la soif ardente dont il était incessamment tourmenté.

Dès le lendemain du jour où le traitement fut commencé, il se manifesta déjà une amélioration très notable et qui alla toujours en augmentant, à tel point que, le sixième jour, la guérison était complète.

Bien qu'un seul fait ne puisse suffire pour asseoir définitivement l'opinion des thérapeutistes sur l'opportunité constante de l'acide cyanhydrique dans la médication antitétanique, néanmoins il doit engager puissamment les praticiens à vérifier l'efficacité de ce médicament, lorsqu'ils se trouveront avoir à combattre les accidents du tétanos.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Nouvelles expériences tentées avec l'acide arsénieux sur divers animaux; par M. le docteur GIANNELLI.

Comme nous l'avons déjà fait connaître dans notre journal, M. le professeur Giannelli a démontré par des expériences directes que le sang, l'urine et les poumons des animaux, vivants ou morts, empoisonnés avec l'acide arsénieux, sont, même à petites doses, mortels pour les oiseaux auxquels on les fait prendre, tandis qu'il en est tout autrement pour le cerveau et la moelle épinière. Les expériences dont il s'agit aujourd'hui sont la suite des premières; elles ont amené l'auteur aux conclusions suivantes:

1° Le sang, l'urine, le foie, les poumons, le cœur, la rate, les reins, l'estomac des animaux empoisonnés par l'acide arsénieux sont susceptibles de déterminer des accidents d'empoisonnement chez les chouettes auxquelles on les fait ingérer.

2° Ces mêmes organes produisent le même effet, soit que les animaux empoisonnés aient vécu long-temps ou seulement peu d'instants après l'ingestion du poison, soit que cette dernière substance leur ait été administrée à l'état solide ou en solution, à grande ou à petite dose, et par quelque voie que ce soit.

3° De tous les organes, le foie est celui qui paraît déterminer le plus rapidement la mort des chouettes; son effet est toujours nuisible, même dans les circonstances où la quantité d'arsenic donnée aux animaux est à peine suffisante pour occasionner la mort.

4° Le temps pendant lequel les chouetlea peuvent vivre après avoir mangé les organes empoisonnés, ne peut être déterminé d'une manière bien exacte; ceux de ces oiseaux auxquels on a fait ingérer le foie sont les premiers à succomber, et le symptôme qui, dans tous les caa se manifeste d'abord, est le vomissement de la substance ingérée.

5° Les chouettes n'éprouvent aucun accident de l'ingestion du cerveau ni de la moelle épinière des animaux qui ont été tués par l'acide arsénieux.

6° La mort a lieu toutes les fois que la portion de viscère donnée aux chouettes contient au moins huit décimilligrammes (un soixantième de grain) d'acide arsénieux.

7° Parmi tous les oiseaux, les chouetlea sont ceux qui se prêtent le mieux à ces essais, et cela parce quelles sont peut-être, en raison de la conformation de leurs voies digestives, plus sensibles que les autres à l'action de l'acide arsénieux.

En se basant sur ces conclusions, M. Giannelli établit la proposition médico-légale suivante:

En faisant avaler à ces chouettes le sang, l'urine et surtout le foie et les autres viscères (cerveau et moelle épinière exceptés) d'un individu que l'on soupçonne avoir été empoisonné avec l'acide arsénieux, si ces oiseaux succombent on pourra croire avec quelque raison que l'empoisonnement a eu lieu *et vice versâ* si l'effet délétère n'est pas produit.

Du reste M. Giannelli ne présente point cette épreuve comme devant remplacer l'analyse chimique, il la propose seulement comme pouvant lui servir de base, de guide et, au besoin, même de confirmation.

(*Annali universali di medicina*)

Traitement du muguet chez les nouveau-nés; par M. le docteur EFFENBERGER, de Vienne (Autriche).

Au commencement de cette maladie, lorsqu'il existe des vomissements d'une odeur aigre ou de la diarrhée, M. Effenberger prescrit une décoction de salep avec addition de 50 centigrammes de magnésie.

Si le ventre devient très douloureux, et s'il se manifeste une grande excitation, ce praticien a recours aux émollients, aux bains, à l'application de cataplasmes chauds sur l'abdomen et à l'administration de lavements adoucissants.

Dans le cas de fort météorisme et de diarrhée continue, on ajoute à la solution de salep une infusion d'ipécacuanha ou du sirop diacode, et l'on prescrit en outre des lavements alumineux.

Si les forces commencent à baisser, si la caloricité diminue, on associe l'infusion de menthe à la décoction de salep.

On doit, comme traitement topique, faire nettoyer la bouche des petits malades avec un soluté aqueux de sous-borate de sonde, seul ou associé, suivant les indications, à des décoctions mucilagineuses.

Une observation essentielle, c'est que, pendant la durée de cette maladie, on doit éviter de donner souvent le sein aux enfants. Lorsque la convalescence est arrivée, on aide le rétablissement des forces par le chocolat au carragaheem. (*Œsterr. mediz. Zeit.*)

Emploi spécifique de la noix vomique dans les cas de hernie étranglée par cause spasmodique; par M. le docteur WITTFELD.

M. Wittfeld emploie avec un grand succès la préparation suivante dans les cas d'étranglement herniaire par cause spasmodique.

Pr. Noix vomique pulvérisée,	2 grammes;
Alcool rectifié,	15 id.

Faire digérer S. A. pendant quatre jours, passer avec expression et filtrer.

On ajoute 3 gouttes de cette teinture à 125 grammes d'eau, et on administre, toutes les demi-heures, 8 grammes de ce mélange, jusqu'à ce que les accidents aient cédé.

Il va sans dire que, lorsqu'on a affaire à des étranglements de nature phlegmasique ou dépendant d'un engorgement de l'intestin par des matières fécales, il est indispensable de recourir à l'emploi d'autres moyens de traitement. (*Hanover's Annals.*)

NOUVELLES.

Un concours pour deux places de chirurgien au bureau central des hôpitaux, s'ouvrira lundi prochain, 2 septembre.

Voici les noms des juges de ce concours: MM. Récamier, Kapeler, Ricord, Auvity, Cloquet, Boyer, Robert, et MM. Marjolin et Briquet, suppléants.

Les candidats inscrits, au nombre de seize, sont MM. Boinet, Richet, Morel-Lavallée, Forget, Desprès, Gosselin, Boyer (Lucien), Laborie, Lacroix, Voillemier, Darcet, Dufrêne, Hélot, Désormeaux, Sanson, Giraldès.

Aux termes du règlement, huit de ces candidats devront être éliminés après les premières épreuves.

— Le docteur Pichon, successeur de feu M. Nauche, prévient ses confrères que ce n'est plus rue du Bouloy, mais rue Croix-des-Petits-Champs, 12, que les vaccinations ont lieu, tous les mardis de midi à deux heures.

— ERRATA. — Dans le numéro précédent, compte-rendu de la Société de médecine pratique, page 399, 2e colonne, 4e ligne du 9e alinéa, *au lieu de:* par cette extrémité, *lisez:* par cette sonde; et 6e ligne, *au lieu de:* et à l'amener près de la soude, *lisez:* et à l'amener par cette même sonde.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 31 AOUT 1844. (17e ANNÉE.) N°. 102. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedi.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 30 AOUT 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un homme de quarante ans environ est entré, il y a peu de jours, dans le service de M. Piorry, à la Pitié, disant avoir *les fièvres* depuis un mois. Il était assez robuste. M. Piorry constata une hypertrophie notable de la rate. Un gramme de sulfate de quinine fut administré. La fièvre ne revint pas, et la rate diminua. Une même dose de sulfate de quinine fut prescrite. Le lendemain, le malade ayant d'ailleurs mangé avec excès, des douleurs atroces se firent sentir dans toute l'étendue du ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Le toucher de l'abdomen était insupportable ; on put néanmoins reconnaître à la percussion la présence d'un liquide mobile dans le péritoine. M. Piorry n'hésita pas à diagnostiquer une perforation intestinale et une péritonite consécutive. Ce diagnostic n'était que trop fondé. L'autopsie fit apercevoir, outre les traces de la phlogose péritonéale, une trentaine de cicatrices d'ulcères dothinentériques à la fin de l'intestin grêle, et particulièrement à la vavule iléo-cœcale. L'une de ces cicatrices, reprise par le travail ulcératif, avait cédé.

M. Piorry dit n'avoir observé qu'une seule fois la péritonite *spontanée* chez l'homme. Dans tous les autres cas l'inflammation de la séreuse dépendait soit d'une perforation, soit d'une blessure, soit d'une cause analogue.

Les faits du genre de celui dont nous venons de parler ne sont pas extrêmement rares. Plusieurs médecins en ont observé, et nous-même en avons vu un exemple. Il s'agissait d'un jeune homme valétudinaire depuis quelque temps, faible, accablé, privé d'appétit, ayant un peu de diarrhée. On lui conseilla d'aller chez ses parents, à la campagne. Le lendemain de son arrivée dans sa famille, il fut pris subitement de coliques terribles et mourut en moins de trente-six heures. Il avait une perforation intestinale.

Ce cas est désespéré : le médecin doit le reconnaître, afin de ne pas donner de vaines espérances. Il doit aussi le prévoir : surveiller la convalescence des fièvres typhoïdes, et ne pas se prononcer l'égèrement sur les éventualités de certaines affections sourdes du tube digestif. On se figure aisément la position pénible d'un médecin qui, dans un cas semblable à celui que nous venons de rappeler, se fondant sur le peu d'intensité des symptômes antérieurs à la perforation, aurait complétement rassuré les proches du malade sur les suites de l'affection intestinale primitive. La mort cache souvent ce qu'elle fait, et c'est alors que l'art peut être le plus compromis.

— Nous avons parlé, dans notre dernier article, de la créosote appliquée à différentes affections : soit comme modificateur général, soit plus spécialement comme topique. M. Piorry l'a employée de cette dernière manière sur une jeune femme typhoïde, atteinte de gangrène de la vulve et d'une portion du vagin. Ces parties furent, suivant l'expression du professeur, momifiées avec de l'eau créosotée. La gangrène se borna ; les eschares tombèrent, et la plaie prit promptement un bel aspect. Cette application de la créosote à titre de topique par M. Piorry, date déjà de plusieurs mois.

— Nous avons à signaler un beau diagnostic. Une jeune fille de quinze ans, ayant fait une chute sur la tête, et ayant éprouvé depuis l'accident, c'est-à-dire depuis deux mois, de la céphalalgie, est entrée à la Charité, dans le service de M. Andral, remplacé en ce moment par M. Monneret. Huit jours auparavant la céphalalgie avait augmenté, et la bouche s'était déviée à droite. Douze sangsues avaient été appliquées à la tête, deux aux cuisses. Le 8 août, lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, il y avait de la céphalalgie, de la roideur dans la colonne vertébrale ; l'intelligence était conservée ; il n'y avait pas de vomissements, pas de nausées. On fit une saignée ; le sang ne contenait que 2,860 de fibrine. Le lendemain, 9, coma ; *subdelirium.*—Quinze sangsues aux apophyses mastoïdes ; vésicatoires aux mollets.

Le 10, paroles incohérentes ; soubresauts ; mâchonnement.

Le 11, cessation presque complète du mouvement dans les membres gauches. (Nouvelle saignée ; 8 sangsues aux apophyses mastoïdes). La fibrine a augmenté ; elle est dans la proportion de 3,205. On remarque que la tête de la malade reste inclinée à droite ; cette position ne varie pas depuis plusieurs jours ; les yeux sont tournés dans le même sens. Le pouls, qui était d'abord à 88, s'est élevé successivement à 120, 128 et 144.

Le 14, la roideur du tronc avait augmenté. Accablement ; stupeur ; tête portée à gauche. — 5 sangsues.

Le 16, paralysie de la paupière supérieure *droite*.

Le 17, nouvelle saignée. Le sang contient 5,350 de fibrine.

Le 17, carphologie.

Le 21, mort.

On voit dans cette observation, la paralysie passer de gauche à droite. La bouche commence par être déviée du côté droit. Puis les membres gauches sont paralysés ; coïncidemment, la tête est tournée à droite ; puis l'œil droit se ferme et la tête se tourne à gauche.

Dès le premier jour, M. Monneret, sur des symptômes qui n'étaient pas très tranchés, avait diagnostiqué une méningite cérébro-spinale : diagnostic que l'autopsie a confirmé.

Comment expliquer que, nonobstant la phlogose méningienne, il n'y eut pas plus de fibrine dans le sang de la première saignée ? Nous ferons observer qu'il y avait quelques plaques de Peyer dans le petit intestin, vers la valvule iléo-cœcale. Il semblerait que cette femme se trouvât dans un état typhoïde latent au moment de sa chute.

L'augmentation de la proportion de fibrine a marqué l'intensité croissante de l'inflammation. Les faits de ce genre semblent donner de la force aux préceptes de M. Bouillaud sur le dosage des saignées dans les inflammations. Nous publierons cette observation avec tous ses détails.

— M. Guersant a pratiqué depuis le mois d'avril six opérations de taille et une de lithotritie, dans son service à l'hôpital des Enfants.

Le premier opéré de cette série était un nommé Vigneux, âgé de six ans. L'opération fut compliquée d'un accident que M. Guersant n'avait pas encore observé chez ses opérés : la blessure du rectum, qu'il faut s'étonner de ne pas voir arriver plus souvent. Les jeunes malades, pleurant et criant, font saillir le périnée, et portent pour ainsi dire le rectum au devant de l'instrument tranchant. L'urine faisait issue en partie par le rectum, et un peu de matière fécale sortait mêlée à l'urine par la plaie de l'opération. Au bout de deux mois et demi Vigneux quitta l'hôpital, conservant une petite plaie dont le fond était parfaitement cicatrisé, et par laquelle ne s'échappait plus la moindre parcelle de matière fécale ; il ne sortait pas davantage d'urine par l'anus. La cicatrisation de la plaie ne pouvait tarder ; mais M. Guersant jugea sainement à propos de soustraire l'enfant au séjour de l'hôpital, où il se trouvait déjà depuis long-temps. M. Guersant est obligé de prendre ce parti dans beaucoup de cas, parce que, d'une part, le séjour en commun est défavorable aux enfants, et, de l'autre, parce que les conditions hygiéniques sont particulièrement fâcheuses à l'hôpital des Enfants. On se ferait difficilement une idée du rapprochement des lits, et de l'odeur infecte qui règne dans certaines parties de l'établissement. L'escalier qui conduit à la salle Saint-Côme est d'une fétidité repoussante.

Chez le nommé Faussier, garçon de deux ans, l'opération n'a rien présenté de particulier, si ce n'est que la pierre ayant été saisie suivant son grand diamètre, le chirurgien éprouva de prime abord quelque difficulté à l'extraire.

Sur le troisième opéré, le nommé Chrétien, le calcul était peu volumineux, mais chagriné et situé dans une espèce de petite cavité creusée dans le bas-fond de la vessie. Ce petit malade éprouvait des douleurs aiguës. Le chargement de la pierre a été assez difficile ; il a fallu dans le mouvement de bascule des tenettes, incliner les cuillers plus qu'on ne le fait communément.

L'opération, chez le nommé Janson, âgé de cinq ans, a été très rapidement exécutée, et n'a rien offert de notable. Le petit opéré est encore dans les salles. Le fond de la plaie est fermé. Les parties superficielles restent à cicatriser. On peut regarder la guérison comme assurée.

Le jeune Boudeville, agé de dix ans, souffrait de la pierre depuis un an, lorsqu'il entra à l'hôpital On l'avait négligé dans sa famille. Tout à coup ses douleurs avaient pris une acuité extrême ; ses bourses s'étaient tuméfiées ; un abcès s'y forma dont l'ouverture resta fistuleuse et livra passage à l'urine. On pouvait être certain d'après ces signes que le calcul était passé dans l'urètre, où sa présence avait amené les accidents que nous venons de rappeler. M. Guersant eut d'abord l'idée de pratiquer la taille de Celse, dans laquelle le calcul est refoulé vers le périnée au moyen du doigt introduit dans l'anus ; mais la crainte de léser le rectum l'empêcha de donner suite à cette idée. Il opéra donc comme si le calcul se fût trouvé dans la vessie ; seulement il ne fut pas nécessaire d'introduire le gorgeret, et la pierre fut saisie avec une pince à polype. Cet opéré ne va pas bien. Du pus sort par le méat avec l'urine et par la plaie. Un nouveau foyer purulent menace de se former dans les bourses. La constitution languit.

Le sixième calculeux a été taillé jeudi, et nous ne pouvons rien dire des suites de l'opération, qui a été pratiquée avec une célérité et une habileté que nous nous plaisons à reconnaître.

Tous ces sujets, un seul excepté, sont de la campagne. A quoi faut-il attribuer cette plus grande fréquence des calculs urinaires parmi les campagnards (car ce n'est point là un fait isolé) ? probablement à la qualité de l'alimentation, en grande partie composée de légumes et de fruits.

M. Guersant opère toujours par la taille bi-latérale, qui semble de rigueur chez l'enfant. Si l'on pratiquait la taille latéralisée, il faudrait étendre l'incision jusqu'à l'ischion, et se rapprocher dangereusement de l'artère honteuse interne.

La moyenne de la cicatrisation de la plaie est entre douze et dix-huit jours. M. Guersant fait dater la guérison du moment où le fond en est cicatrisé ; ce dont on s'assure en faisant à plusieurs reprises uriner le sujet.

En ne tenant pas compte du dernier des six opérés dont nous venons de rappeler succinctement l'histoire, restent 5 cas de taille à ajouter à 24 autres de la pratique du même chirurgien ; total 29. Retranchons encore de ce chiffre le nommé Boudeville, que nous avons dit être dans un état peu satisfaisant. Sur les 28 restants, il y a eu 3 décès. Chez l'un des sujets qui ont succombé, on a constaté une suppuration du tissu cellulaire pelvien. Chez le second, on n'a rien trouvé qui pût expliquer la mort ; ce petit malheureux, dès son entrée à l'hôpital, n'avait fait que pleurer, demandant sans cesse à être rendu à ses parents : on peut le regarder comme ayant péri de nostalgie. Le troisième est mort d'angine pseudo-membraneuse. De ces 3 cas, il n'y en a donc qu'un dans lequel la mort puisse être légitimement rapportée à la taille. En conséquence la pratique de M. Guersant donnerait pour 28 opérés de taille, 1 mort.

M. Guersant a blessé une fois le rectum, et on doit lui faire un mérite de la franchise avec laquelle il a déclaré sur-le-champ l'accident. Jamais il n'y a eu de fistule persistante ; enfin, l'écoulement de sang n'a jamais été inquiétant.

Avant d'aborder la question de la comparaison de la taille avec la litbotritie chez l'enfant, ce que nous ne pourrons faire que très rapidement, disons quelques mots d'une opération de lithotritie pratiquée par M. Guersant dans le même temps que les six tailles dont il vient d'être question.

Le sujet était un nommé Tilliot, qui avait un calcul de la forme d'un noyau de datte. La pince ne donna qu'un écartement de 5 millimètres. Le calcul était donc très petit ; mais, en raison de sa forme, il n'y en eut qu'une moitié de broyée. L'autre moitié s'engagea dans l'urètre par son extrémité mousse ; M. Guersant essaya de l'extraire avec la curette de M. Leroy, et ne réussit pas ; il fallut faire l'opération de la boutonnière, c'est-à-dire, une taille urétrale après la lithotritie : deux opérations pour une. Sur un autre sujet, M. Guersant dut pratiquer successivement deux boutonnières. Du reste, ce chirurgien a fait sept fois la lithotritie chez des enfants, et il n'a pas perdu un seul de ses opérés.

Ce chirurgien ne professe pas moins (et c'est ici que nous entrons dans la comparaison annoncée plus haut) une préférence décidée pour la taille dans le jeune âge. Ce n'est pas qu'il regarde la lithotritie comme très difficile chez les enfants, quoique les mouvements des jeunes patiens gênent et dérangent souvent l'opérateur ; mais la taille débarrasse le malade en une seule séance et complétement, tandis qu'il faut ordinairement plusieurs séances pour broyer un calcul, dont il reste des fragments qui peuvent être retenus dans l'urètre, et nécessiter une opération sanglante. D'un autre côté, la taille n'est pas une opération grave, puisque sur 28 cas elle n'a donné véritablement qu'un mort. Telles sont, en résumé, les raisons de la préférence de M. Guersant. Mais à la principale de ces raisons, celle qui est tirée de la possibilité de la rétention de gros débris de calculs dans l'urètre, on peut répondre qu'il n'y aurait qu'à être plus attentif à broyer dans la vessie les fragments un peu volumineux, pour ne pas avoir cette crainte. En ce qui touche le peu de gravité de l'opération de la taille, on peut dire que sur le même nombre de lithotritiés (28), il n'y aurait peut-être pas eu un seul mort. Enfin, on court, dans l'opération de la taille, un danger qui n'existe pas dans celle de la lithotritie, et ce danger, quoiqu'on en dise, consiste dans la section possible des canaux éjaculateurs. En définitive, on ne voit pas que la question soit jugée. Ajoutons que M. Guersant n'hésite pas entre la lithotritie et la taille, lorsque le calcul est assez peu volumineux pour être broyé complétement dans une séance.

— Un garçon de dix-sept ans, du service de M. Lugol, était affecté d'une carie costale scrofuleuse, ayant donné lieu à la formation d'une fistule cutanée par laquelle l'air sortait lorsque le malade faisait effort pour expirer, la bouche et le nez clos. Ce garçon étant mort dans la colliquation, on a constaté qu'un stylet introduit par la fistule passait dans une grosse bronche, elle-même ouverte dans une petite poche formée par des adhérences de la plèvre à la côte malade. Très positivement il n'y avait pas de tubercules dans cette partie du poumon, lequel a été entamé par un travail qui lui était d'abord étranger. La pièce a été présentée à la Société anatomique, et personne n'a douté que ce ne fût le travail inflammatoire développé à l'entour de la carie qui eût déterminé l'adhésion, puis l'ulcération du tissu pulmonaire. Il eût été cu-

rieux, dans ce cas, de rechercher si l'haleine du malade avait une odeur particulière.

— Il y avait foule, mardi dernier, à l'amphithéâtre de la Pitié. M. Lisfranc pratiquait une amputation du maxillaire supérieur droit, pour un cancer de cet os. Une première incision a été faite à partir de la commissure labiale externe jusque vers le milieu de l'os malaire; une seconde a été conduite sur le côté du nez, à partir de la lèvre jusqu'au-dessous de l'angle interne de l'œil, de manière à ne pas intéresser le sac lacrymal. Il en est résulté un lambeau quadrilatère, allongé, qui a été relevé. Les parties qui se trouvaient au côté interne du lambeau, c'est-à-dire le nez et le milieu de la lèvre, ont été détachés des os sous-jacents et repoussées de façon que le chirurgien eût le plus de jour possible. L'os était tout à fait ramolli, et l'opération n'a pu être faite selon les règles ordinaires. La voûte palatine a été divisée à l'aide des cisailles, dont M. Lisfranc préfère l'usage, dans tous les cas, à celui de la scie à chaîne; parce qu'avec cette dernière on scie deux fois une membrane muqueuse (la muqueuse du nez et celle de la voûte palatine), et aussi parce que les cisailles agissent beaucoup plus rapidement que la scie. Malheureusement, ainsi que M. Lisfranc l'a fait remarquer, les cisailles telles qu'on les fabrique aujourd'hui sont d'un maniement difficile. Il y a là une modification nécessaire, sur laquelle nous devons appeler l'attention des fabricants. L'extirpation des parties dégénérées a été faite avec des pinces, des ciseaux, et avec le doigt. M. Lisfranc a eu le soin de faire toucher la surface de la caverne à plusieurs reprises par diverses personnes, pour reconnaître s'il s'y trouvait encore des parcelles suspectes. Malgré les circonstances défavorables que M. Lisfranc a rencontrées, l'opération a été pratiquée avec une promptitude et une habileté remarquables. Le malade a perdu peu de sang.

— Un homme âgé de quarante-deux ans a succombé dans un service de médecine à la Pitié, au trente-deuxième jour d'une fièvre typhoïde, par suite d'une inflammation phlegmoneuse développée dans un goître. (Cet homme était originaire de la Savoie.) Le goître avait doublé de volume. Le phlegmon siégeait à gauche. Il y avait de la dyspnée, des accès de suffocation. La mort arriva dans l'un de ces accès. Un chirurgien consulté par le chef de service avait déclaré que la tumeur était concrète, et que la médecine opératoire ne pouvait rien dans ce cas. Il est certain que la tumeur, très dure, ne donnait pas du tout l'idée d'un liquide dans son intérieur. Mais la marche rapide de l'accident aurait pu éclairer peut être sur sa nature. A l'autopsie, on trouva un vaste foyer purulent dans le côté gauche du corps thyroïde hypertrophié. La trachée avait été repoussée de gauche à droite, et aplatie transversalement.

— Un homme vient de sortir du service de M. Gerdy avec une affection indéterminée de la vessie. Cet homme, qui dit avoir été opéré d'un polype du col vésical par M. Civiale, ne peut uriner sans sonde. Dès que celle-ci est dans la vessie, il urine parfaitement, et le liquide est projeté à une assez grande distance. Quand on introduit la sonde, en tenant un doigt dans le rectum, on sent l'instrument glisser sur le doigt, à travers une faible épaisseur de tissus. D'un autre côté, la sonde ne rencontre absolument aucun obstacle au col, et entre très facilement. La prostate est un peu hypertrophiée du côté droit; mais cette hypertrophie n'est point suffisante pour expliquer la rétention. M. Gerdy nous a semblé porté à croire qu'il y avait une paralysie de la vessie, la projection de l'urine à travers la sonde pouvant dépendre uniquement de la contraction des muscles abdominaux, et n'étant point par conséquent une preuve absolue contre l'existence de la paralysie vésicale.

— M. Velpeau a extirpé un œil affecté de cancer mélanique. Bien que la dégénérescence fût bornée à la cornée et à une petite partie de la sclérotique, le professeur a enlevé l'œil en totalité, dans l'idée qu'il pouvait y avoir une répétition du cancer à l'intérieur de l'organe. Cette pratique est sage. L'œil a été saisi avec une érigne double, et contourné avec un bistouri, en commençant par la demi-circonférence supérieure. Les paupières étaient maintenues écartées. L'opération n'a pas duré une minute. X...

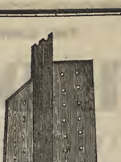
HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Fractures de jambe. Observations recueillies par M. MARTURÉ, aide de clinique.

Nous avons eu cette année, dans le service de la clinique, cinq fractures de jambe, toutes intéressant à la fois le tibia et le péroné. Deux d'entre elles ont présenté des phénomènes tellement graves, que plusieurs professeurs du Val-de-Grâce, réunis en consultation, avaient opiné pour l'amputation immédiate. Le chirurgien en chef fut d'avis d'attendre; et, grâce à l'application de son appareil, secondée par une thérapeutique énergique, il n'a pas eu besoin de recourir à cette ressource extrême. Le succès le plus complet, un succès inespéré, est venu couronner les soins éclairées et assidus qu'il n'a cessé de prodiguer à ses blessés.

L'appareil que l'on a mis en usage pour ces fractures de jambe a la plus grande analogie avec celui que nous avons décrit pour les fractures de cuisse. Comme ce dernier, il permet de faire l'extension, la contre-extension et la coaptation d'une manière permanente. Les différentes pièces qui le constituent sont: une boîte en chêne; un long coussin, ou petit matelas en crin; une talonnière, des bandelettes disposées comme dans le bandage de Scultet; des lacs pour l'extension, la contre-extension et la coaptation; de la ouate; une solution épaisse de gomme, etc.



La boîte est à ciel ouvert et assez longue pour embrasser la jambe jusqu'au-dessus du genou. Elle est formée par quatre parois, une inférieure, deux latérales et une terminale ou digitale.

La paroi inférieure, ou plancher, est horizontale; elle a 73 centimètres de long sur 22 de large. Deux échancrures sont creusées sur son rebord fémoral. Les deux parois latérales sont mobiles et articulées par des charnières à la paroi inférieure. Quand l'appareil est appliqué, elles ont une direction verticale. Leur longueur, moindre que celle du plancher, est de 64 centimètres; leur hauteur est de 20 centimètres. Elles sont percées chacune de deux rangées parallèles de trous.

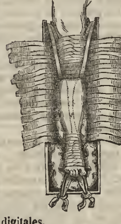
La paroi terminale forme l'extrémité digitale de la boîte; elle est mobile, articulée par deux charnières avec le plancher, et verticale quand l'appareil fonctionne. Deux crochets servent à la fixer aux parois latérales. Cette paroi digitale, que nous désignerons encore sous le nom de chevalet, est percée de deux rangées de trous; elle a vingt centimètres en hauteur comme en largeur. Son bord supérieur est échancré pour le passage des lacs extensifs.

Avant d'appliquer l'appareil, on prépare les agents d'extension et de contre-extension. Les lacs destinés à l'extension sont disposés sous la plante du pied de la manière indiquée pour les fractures de cuisse. Ceux qui doivent servir à la contre-extension sont placés sur les côtés du genou, et maintenus par plusieurs tours de bande, ainsi que cela a été décrit pour les fractures du fémur. Le chef inférieur des deux liens contre-extensifs est renversé de bas en haut, ce qui rend sa direction parallèle à celle du chef supérieur. Ces deux chefs se trouvent ainsi réunis de chaque côté du genou et au-dessus de ce dernier, de façon à ne constituer qu'un seul lacs dirigé de bas en haut, ou de la jambe vers le bassin. Il faut avoir grand soin, pour prévenir les excoriations, d'entourer préalablement d'une couche épaisse de ouate le pied et le genou avant de fixer sur ces parties les liens extensifs et contre-extensifs. On rendra ces bandages inamovibles au moyen d'une solution gommeuse concentrée et de consistance de bouillie.

La boîte étant déployée, on met sur son plancher le long coussin en crin dont les bords doivent dépasser en tout sens la paroi inférieure de la cuisse. Sur ce petit matelas on étale des bandelettes de Scultet en assez grand nombre pour couvrir la jambe depuis le pied jusqu'au-dessus du genou; on met une compresse longuette au centre de ces bandelettes; puis, sur cette compresse, à partir du tendon d'Achille jusqu'à la naissance du mollet, on place six autres bandelettes destinées à fixer la talonnière.

Celle-ci, en tout semblable à celle dont il a été parlé à l'occasion des fractures de cuisse, et dont l'application, bien faite, prévient, toujours les douleurs et les ulcérations du talon, est placée au-dessus des six bandelettes; on met ensuite sur le lieu de la fracture une compresse longue d'environ 20 centimètres pliée en plusieurs doubles et trempée dans de l'eau froide.

Après ce préliminaires, on procède à l'application de l'appareil. Pour cela, on fait glisser la boîte sous le membre tenu soulevé par des aides, et l'on étend avec douceur la jambe sur le coussin et sur la talonnière, qui doit soutenir légèrement le talon tout en le laissant parfaitement libre. Les six bandelettes sont alors appliquées de bas en haut, comme d'ordinaire, pour fixer la talonnière, puis on croise les autres bandelettes sur la face antérieure de la jambe, en procédant de bas en haut comme pour l'application du bandage de Scultet. Ces bandelettes, on le conçoit, recouvrent la jambe en avant et sur les côtés, tandis qu'en arrière, dans le tiers inférieur, elles en sont séparées par la talonnière, qui occupe la face postérieure du membre. On roule ensuite le long de la jambe, en guise de faux-fanons, toute la partie du petit matelas qui déborde le plancher de la boîte, et l'on ferme la caisse en relevant les parois latérales et digitales.



Pour opérer la contre-extension, les liens fixés sur le genou sont réfléchis de chaque côté de cette articulation d'arrière en avant sur les échancrures du bord fémoral du plancher qui fait l'office de poulie de renvoi; puis on les fait glisser sous la boîte pour les ramener à l'extrémité digitale. Après des tractions suffisantes pour opérer la contre-extension, on les noue sur les trous du chevalet. L'extension s'effectue par les liens fixés au pied, et qu'on attache pareillement sur les trous de la planchette digitale. Deux de ces liens sont attachés directement d'arrière en avant, et selon l'axe de la jambe. Les deux autres sont fixés sur le rebord du chevalet obliquement de bas en haut pour soutenir légèrement le pied et prévenir la pression du talon concurremment avec



la talonnière. Ces manœuvres ayant fait disparaître le raccourcissement, il ne reste plus qu'à s'opposer au déplacement des fragments par la coaptation. Suivant la déviation du membre, les liens coaptateurs seront disposés en tel ou tel sens, et noués sur l'une ou sur l'autre des parois de la caisse, pour remplacer d'une manière permanente les doigts du chirurgien qui opère la réduction de la fracture. Ces liens sont susceptibles d'agir dans tous les sens, en dehors, en dedans, en arrière, en avant, selon que les fragments se portent en dedans, en dehors, en avant ou en arrière. Les résultats obtenus par ces liens coaptateurs sont si remarquables, que les fragments étant affrontés très exactement, leur réunion s'opère par première intention, comme le dit M. Baudens. Le cal est souvent si peu sensible, qu'il est difficile, même après un examen attentif, de rencontrer le lieu de la fracture. Cette assertion est si vraie que chaque jour des praticiens exercés qui assistent à la clinique du chirurgien en chef du Val-de-Grâce, se trompent de côté en cherchant le membre qui a été le siége de la fracture.

Quant à la rotation du pied, il est facile d'y remédier à l'aide des lacs extensifs, dont on variera la direction suivant que cette partie aura de la tendance à se porter en dehors ou en dedans.

Dans le cas de complication de plaie, on peut panser le malade tous les jours sans nuire au travail de la consolidation. Il suffit, en effet, d'ouvrir la boîte en abaissant ses parois latérales. Pendant le pansement, la jambe ne cesse pas d'être soumise à l'extension et à la contre-extension, puisqu'on ne touche pas au chevalet où sont noués les lacs à l'aide desquels ces deux forces exercent leur action, ainsi qu'on peut le voir plus haut sur la troisième figure.

Observation. — *Fracture complète de la jambe gauche vers le tiers inférieur.*

Au n° 48 de la salle 30, était couché le garde municipal Kirmann, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, entré au Val-de-Grâce le 3 mai 1844 pour une fracture de jambe occasionnée par une chute de cheval. Le cheval s'étant abattu, le membre gauche du blessé s'est trouvé pris entre le corps de l'animal et le sol.

On constate sur le tiers inférieur de la jambe gauche une fracture du tibia et du péroné. Ce dernier os est cassé un peu plus bas que le tibia, de sorte que la fracture a une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La déformation du membre n'est pas très prononcée; il y a peu de tuméfaction, peu de douleur. Crépitation facile à sentir; léger raccourcissement; grande mobilité dans la partie de la jambe qui se trouve au-dessous de la fracture. Le pied est tourné en dehors. — Diète; saignée de 500 grammes; limonade pour boisson; potion purgative pour le lendemain. On maintient le membre dans la demi-flexion et l'on applique de la glace sur la blessure.

Le 7, le gonflement a bien diminué; il n'y a presque plus de douleur. On observe une teinte ecchymotique jaunâtre sur une grande étendue de la jambe. Le membre se trouvant dans de bonnes conditions, M. Baudens applique ce matin son appareil. Après avoir fait disparaître le raccourcissement au moyen de l'extension et de la contre extension, il rend aux parties, par des lacs coaptateurs convenablement disposés, leur direction et leur conformation normales. Ainsi, un lacs dont les chefs sont noués sur la paroi latérale interne, ramène en dedans le fragment supérieur du péroné, qui a de la tendance à se porter en dehors. Un second lacs agissant en sens opposé empêche le fragment inférieur du tibia de se porter du côté opposé. On s'oppose à la rotation du pied en dehors en nouant les lacs extensifs sur les trous internes du chevalet.

Le 8, le blessé ne souffre de nulle part; la jambe est très bien maintenue dans l'appareil. — Les applications de glace sont supprimées.

Le 10, on resserre les liens relâchés. L'état du malade est toujours très satisfaisant.

Aucun accident n'étant venu troubler le travail de la cicatrisation osseuse, l'on s'est borné à resserrer les liens à mesure qu'ils se relâchaient, et à découvrir de temps en temps le membre pour voir si le bon état des parties se soutenait.

Le 3 juillet on lève l'appareil, et l'on trouve la fracture bien consolidée, sans raccourcissement ni difformité. La tumeur du col est très peu volumineuse; la jambe n'est pas amaigrie. Pour combattre une légère roideur dont le genou et le coude-pied sont le siége, des frictions seront faites sur ces parties avec un liniment camphré; le malade, de son côté, imprimera fréquemment de petits mouvements à ces articulations.

Le 12, on permet au blessé de marcher avec des béquilles. La roideur articulaire s'est dissipée peu à peu; et le 8 août, Kirmann est sorti du Val-de-Grâce, marchant très bien sans éprouver la moindre claudication.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Tuberculisation pulmonaire chez l'enfant. Symptômes. Durée. Traitement. (Suite et fin.)

La conformation du thorax peut présenter chez les enfants affectés de tubercules pulmonaires, des variétés assez importantes pour être notées. Outre les cas dans lesquels on ne peut constater qu'une extrême maigreur et une saillie des parties osseuses qui constituent l'ensemble de la cage thoracique, avec dépression des espaces intercostaux, il arrive quelquefois que le sternum soit fortement proéminent et que la poitrine soit aplatie transversalement; d'autres fois, l'aplatissement thoracique est antéro-postérieur. Quelquefois, lorsqu'il existe une caverne au sommet du poumon, il y a sous les clavicules une véritable dépression, et le retrait du parenchyme semble avoir

influé sur la disposition des parties molles qui revêtent la charpente osseuse. On conçoit que ces déformations de la poitrine, bien que remarquables, n'existant pas dans la grande majorité des cas, ne peuvent être considérées comme des éléments certains de diagnostic, et doivent être rangées dans la catégorie des phénomènes tout à fait secondaires.

Assez rarement, les mouvements respiratoires sont naturels chez les jeunes sujets affectés de tubercules. Le plus souvent, à une époque plus ou moins avancée de la maladie, ils deviennent plus accélérés ; cette augmentation dans leur fréquence peut être telle qu'ils s'élèvent jusqu'à trente, quarante, et même soixante ou quatre-vingts par minute. Cette accélération peut être laborieuse, pénible, ou avoir lieu sans efforts, et presque sans que le malade en ait la conscience. Dans les premiers cas, il y a dyspnée ou orthopnée, et l'enfant est obligé de faire des inspirations très profondes et très amples pour suppléer au peu de perméabilité du parenchyme pulmonaire. Cette respiration anormale, en quelque sorte supplémentaire, peut se faire par une dilatation totale de la poitrine, ou par des mouvements du diaphragme seulement. Une fois établie, la dyspnée ne reste pas toujours la même chez les enfants. Chez les uns, elle augmente graduellement, et finit par arriver au maximum de fréquence ; chez d'autres, elle reste toujours la même. Dans les cas les plus rares, elle diminue insensiblement, et une phthisie pulmonaire caractérisée au début par une dyspnée intense peut se terminer par la mort, sans que les mouvements respiratoires soient plus fréquents qu'à l'état normal.

Cette dyspnée peut survenir quelquefois d'une manière subite et instantanée ; dans d'autres cas, elle peut être irrégulièrement ou régulièrement croissante ou décroissante : les causes de ces différences se trouvent dans les conditions diverses dans lesquelles se trouvent les sujets. Dans la phthisie pulmonaire aiguë, la respiration sera ordinairement accélérée ; l'oppression existera dès le commencement de la maladie, soit qu'elle doive augmenter en raison des progrès de la tuberculisation, soit qu'elle diminue, à mesure que le poumon se sera accoutumé aux nouvelles conditions dans lesquelles il se trouve. Si la tuberculisation est chronique, la respiration, habituellement peu accélérée, s'élève rarement au-delà de quarante par minute, à moins que la lésion ne s'étende à la presque totalité des poumons. Alors l'oppression va régulièrement en croissant, et finit par devenir excessive. Lorsque l'affection tuberculeuse envahit à la fois le parenchyme pulmonaire et les ganglions bronchiques, la respiration devient plus ou moins fréquente, suivant que les ganglions ou le poumon sont plus profondément affectés. La phthisie ganglionnaire produit une dyspnée généralement plus intense que la phthisie pulmonaire simple.

L'oppression se montre au début de la maladie, lorsque c'est une pneumonie tuberculeuse qui la détermine ; alors elle augmente avec la maladie, et persiste pendant toute sa durée. Si la tuberculisation commence par une pneumonie, ce qui est assez fréquent dans le premier âge, la respiration, très accélérée d'abord, diminue quand la pneumonie décroît, et persiste ensuite telle qu'elle aurait été dans la phthisie pulmonaire chronique d'emblée. Quand, au lieu d'être initiale, la pneumonie est la suite et la complication de l'affection tuberculeuse, elle augmente souvent l'oppression qui existe déjà ; mais quelquefois aussi, dans des cas moins ordinaires, les mouvements respiratoires ne subissent aucune modification dans leur fréquence, ce que l'on doit peut-être attribuer à la faiblesse et au dépérissement des individus.

En résumé, disent les auteurs que nous avons cités, la respiration est rarement à l'état normal dans la tuberculisation pulmonaire; presque toutes les causes qui agissent sur elle tendent à l'accélérer et à produire de l'oppression, de la dyspnée et même de l'orthopnée. Il est, au contraire, un petit nombre de cas où la respiration ne s'accélère pas ou même diminue, ou bien encore revient à son type normal après avoir été accélérée. Il en est ainsi, lorsqu'une phlegmasie aiguë du poumon se résout ou passe à l'état chronique, et devient tuberculeuse, ou bien encore lorsque la tuberculisation du poumon est elle-même chronique et peu étendue.

La tuberculisation pulmonaire, quant à ses formes et à sa marche, peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle existe rarement seule chez l'enfant, et se confond avec la tuberculisation générale aiguë. Elle est le plus ordinairement constituée par des tubercules miliaires ou des granulations grises, rarement par l'infiltration jaune ou grise, ou par des cavernes. Elle se caractérise par une toux sèche, petite, fréquente, avec oppression ; quelquefois des douleurs thoraciques vagues; peu d'expectoration ; les signes fournis par la percussion et l'auscultation sont négatifs. Bientôt la toux augmente, devient fatigante, l'oppression devient excessive. A l'auscultation, râles sonores ou humides, qui persistent pendant toute la durée de la maladie. Lorsque la tuberculisation a marché assez vite pour produire d'autres lésions que des tubercules isolés, l'auscultation fait reconnaître des signes d'infiltration tuberculeuse ou même de cavernes. En général, on voit que cette forme ne se révèle que par un petit nombre de symptômes particuliers, et que l'on est en quelque sorte plutôt forcé de la deviner que l'on ne peut la constater manifestement.

La phthisie pulmonaire chronique suit à peu près la même marche que chez l'adulte. Dans ce cas, c'est à peine s'il y a au début la plus légère modification dans la fréquence des mouvements respiratoires. La toux est assez rare et sèche. Quelquefois l'enfant se plaint de douleurs dorsales ou sternales peu vives et fugaces. Au début, peu de signes fournis par l'auscultation et la percussion. Ce n'est que plus tard que l'on commence à percevoir quelques râles humides ou sonores, de l'obscurité, du murmure vésiculaire, de la rudesse de la respiration, une expiration prolongée, et un léger retentissement de la voix. Cette forme est celle qui se prête le moins à la division en plusieurs périodes distinctes, l'une, par exemple, qui serait celle du début ou de crudité; la seconde, celle de ramollissement; la troisième, dont le signe distinctif serait la formation des cavernes. La mort peut également survenir dans la seconde ou dans la troisième période. Du reste, nous ferons observer avec la plupart de ceux qui ont étudié la phthisie pulmonaire au point de vue pratique, que la maladie suivant rarement une marche régulière, et la division en périodes étant souvent très difficile à établir d'une manière bien tranchée et bien manifeste, il paraît assez inutile d'y insister plus longuement. Souvent, en effet, le volume un peu considérable des ganglions bronchiques suffit pour faire croire à l'existence des cavernes, et pour en imposer à l'observateur.

La durée de la phthisie pulmonaire est excessivement variable, depuis six semaines ou deux mois jusqu'à deux ans et plus. En effet, le tubercule a pris lui-même une marche plus ou moins rapide. Suivant la force de sa constitution, de son tempérament, et les conditions particulières où il se trouve, l'enfant peut supporter plus ou moins facilement la lésion pulmonaire. Puis les complications qui surviennent, la diarrhée, les sueurs affaiblissent aussi le sujet, et amènent plus ou moins vite la terminaison fatale. Les phlegmasies intercurrentes abrègent ordinairement la maladie; mais elles peuvent survenir à toutes les époques de sa durée, et l'on ne peut en dire autre chose si ce n'est qu'elles doivent faire craindre la mort peu de temps après leur manifestation.

D'après ce que nous venons de dire, il est évident que le pronostic est toujours très grave, et que la mort est la suite de la phthisie pulmonaire aiguë ou chronique dans l'immense majorité des cas, à tel point que l'on pourrait compter les cas de guérison qui existent dans la science, et que quelques auteurs mêmes, et des plus distingués, en nient la possibilité, ou au moins révoquent en doute les faits dont on possède l'histoire. La terminaison fatale ne s'annonce pas toujours par des symptômes positifs et nettement tranchés. Les enfants se lèvent quelquefois jusqu'à la veille de leur mort, et succombent presque subitement à une époque où l'on croyait pouvoir espérer encore de voir la vie se prolonger pendant plusieurs semaines. Il est des cas, rares dans l'enfance, où une hémorrhagie imprévue et abondante détermine une mort instantanée, hémorrhagie que nous avons dit pouvoir être produite, soit par une exsudation sanguine à la surface de la caverne, soit par l'ulcération d'un vaisseau qui traverse cette excavation. Nous avons observé une hémorrhagie de ce genre, mais non cependant jusqu'à la mort subite, chez le jeune sujet dont l'observation a donné lieu à ces réflexions. Dans d'autres cas, et ce sont les plus fréquents, les symptômes généraux et locaux annoncent une fin prochaine. L'oppression est alors extrême, la toux devient intense, à moins que la faiblesse du malade ne la rende impossible, et le malade succombe dans un état d'anxiété extrême.

Nous ne dirons rien de l'anatomie pathologique de la phthisie pulmonaire chez l'enfant; elle présente peu de différence à cet âge et dans l'âge adulte. Cependant, il est bon de faire remarquer que chez l'enfant la phthisie pulmonaire s'accompagne presque toujours d'un développement des ganglions bronchiques beaucoup plus considérable que chez le sujet adulte, et qu'à cet âge aussi la tuberculisation pulmonaire coïncide beaucoup plus souvent qu'aux autres périodes de la vie avec la diathèse tuberculeuse générale.

La tuberculisation pulmonaire est à peu près aussi commune à toutes les périodes de l'enfance. Les différences sont très peu importantes; mais il est remarquable que ceci est vrai plutôt pour la phthisie considérée en général que pour l'affection considérée à son début ou à une période avancée. La tuberculisation avancée est d'autant plus commune que l'enfant est plus âgé ; le contraire a lieu pour la seconde espèce; ce qui tient à ce que le poumon est d'autant moins souvent le premier organe envahi par la matière tuberculeuse que les enfants sont plus jeunes ; dans ce dernier cas, la tuberculisation commence le plus ordinairement par les organes abdominaux, et principalement par le mésentère. Quant au sexe, on croit avoir remarqué que, dans la première enfance, les garçons y sont plus sujets que les filles, et que les filles en sont proportionnellement plus fréquemment atteintes à mesure qu'elles approchent de la puberté.

Nous arrivons au point le plus important, et le plus obscur également de l'histoire de la tuberculisation pulmonaire : nous voulons parler du traitement. Les indications que doit chercher à remplir le médecin sont d'obtenir l'absorption de la matière tuberculeuse déjà formée, de prévenir la formation d'une nouvelle quantité de cette matière, de soutenir les forces des malades, et de combattre le développement des affections secondaires qui peuvent venir compliquer la maladie principale, affections secondaires dont nous avons démontré la gravité. Selon les différentes marches qu'elle affecte, la maladie réclame aussi un traitement différent. Il est évident que le traitement d'une affection aiguë ne peut ni ne doit être le même que celui d'une affection chronique. Les exemples cités de guérison obtenue étant tous des exemples de tuberculisation pulmonaire chronique, le premier soin du médecin, dans les cas où l'affection s'accompagnera de fièvre, devra être de calmer ce mouvement fébrile, et de faire passer la maladie à l'état chronique.

En règle générale, les émissions sanguines doivent être proscrites. Cependant il est des circonstances où leur emploi modéré est non-seulement utile, mais encore formellement indiqué. Ce sera dans les cas où l'enfant a conservé ses forces, où il ne les a perdues que par suite d'un mouvement fébrile intense, et lorsqu'il existe une phlegmasie accompagnée d'une réaction très vive. La tuberculisation aiguë simple, avec fièvre intense, la pneumonie tuberculeuse aiguë, ou une pneumonie simple développée pendant le cours d'une affection tuberculeuse chronique. Les émissions sanguines seront peu abondantes et bornées à l'application de quelques sangsues sur les côtés de la poitrine ou sous les clavicules, suivant le point du poumon qui présentera les signes de l'affection aiguë.

Les révulsifs cutanés, les vésicatoires, les cautères sous les clavicules, moyens dont la puissance n'a été contestée presque par personne, ne devront généralement être mis en usage qu'avec la plus grande réserve, vu l'état de faiblesse dans lequel peut plonger un sujet une suppuration abondante et trop long-temps entretenue.

Les vomitifs ont été préconisés empiriquement par quelques auteurs dans des vues très diverses, les uns leur attribuant la propriété de résoudre les tubercules, les autres ne voyant en eux qu'un moyen de régulariser la circulation abdominale, et d'activer les sécrétions cutanées. Il paraîtrait, d'après les observations les plus récentes, que les vomitifs devraient être réservés pour les cas où l'affection suit une marche évidemment aiguë, et s'accompagne dès son début d'une violente réaction fébrile et d'une grande oppression. Dans les cas où la tuberculisation suit une marche chronique, il faudra les réserver pour les circonstances où l'on aura sujet de croire qu'il existe dans les bronches une grande quantité de mucosité, ce qui sera indiqué par les caractères de la toux et par les signes fournis par l'auscultation.

L'émétique, employé autrement que comme vomitif, ne peut guère être utile que lorsqu'il existe une pneumonie tuberculeuse, avec violente réaction fébrile, et seulement lorsque les voies digestives sont parfaitement saines.

Dans le but de diminuer la sécrétion purulente des cavernes et provoquer la cicatrisation des excavations, on a conseillé les préparations résineuses et balsamiques, la térébenthine, les baumes du Tolu, de La Mecque, du Pérou. Malgré le peu de pouvoir que l'on doit reconnaître à ces médicaments, peut-être ne serait-il pas tout à fait inutile de joindre leur usage au traitement général indiqué d'ailleurs par la forme de la maladie. Le seul espoir que l'on aurait serait de modifier l'inflammation des bronches et leur sécrétion trop abondante; d'après cela, l'on comprendra que ce n'est que dans la forme chronique de la tuberculisation pulmonaire que l'on doit y avoir recours. Inutiles au début des phlegmasies bronchique ou pulmonaire, ils peuvent avoir quelque efficacité lorsqu'après quelques jours de durée ces phlegmasies ont augmenté la suppuration pulmonaire, et accru la quantité de l'expectoration.

Les toniques, principalement les préparations ferrugineuses, sont quelquefois indiqués. Cependant on doit le plus souvent préférer les composés doubles dans lesquels entre comme base le fer d'une part, et l'iode ou ses composés. L'iodure de fer, auquel on a peut-être attribué dans ces derniers temps trop de pouvoir, est un modificateur puissant sous l'influence duquel le travail de tuberculisation pourrait quelquefois être enrayé. Mais il doit être exclusivement mis en usage dans la phthisie chronique, et tout à fait proscrit dans les phlegmasies tuberculeuses. On l'administre à la dose de quatre à six gouttes de solution par jour dans un julep gommeux.

Nous terminerons ici ce que nous avions à dire du traitement de la phthisie pulmonaire dans l'enfance, mentionnons seulement pour mémoire les eaux minérales, les fumigations aromatiques, etc., qui ont été indiquées, et dont on ne paraît pas avoir tiré de grands avantages. En résumé, le nombre immense des médicaments indiqués contre la phthisie pulmonaire est la meilleure preuve du peu de chances de guérison que le médecin peut avoir de guérir cette terrible affection.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 8 juillet 1844. — Présidence de M. Alex. Thierry.

M. Maisonneuve fait offrande à la Société de sa thèse de Concours pour l'agrégation, intitulée : *De la Coxalgie*. (Rapporteur, M. Thierry.)

Envoi d'une brochure de M. Tanchou sur les tumeurs du sein. (Rapporteur M. Bourdin.)

M. Vinchon lit une Observation de convulsion tétanique des extrémités, dont nous reproduisons l'analyse succincte.

Emilie est une jeune fille âgée de quinze ans, non menstruée, qui n'a jamais été sujette aux convulsions, et dont tous les parents sont bien portants, ainsi qu'elle.

Dans le courant de novembre et décembre 1843, elle fut prise tous les huit jours à peu près, vers cinq heures du matin, en allant à l'ouvroir, d'un petit tremblement avec bourdonnement d'oreilles et de contracture des mains, semblable, sauf l'intensité, à celle que nous décrirons plus bas. Cette convulsion durait environ dix minutes ; le tremblement persistait pendant tout le temps de la crise. Alors une de ses compagnes lui faisait des frictions rapides sur le membre, et la maladie disparaissait comme elle était venue, sans s'accompagner d'aucun phénomène extraordinaire, si ce n'est d'un trouble momentané de la vue.

Le lundi 11 décembre, la nuit avait été agitée, sans sommeil ; elle éprouvait dans les membres des douleurs semblables à des tiraillements, à des secousses électriques; elle se plaignait d'engourdissement dans les mains, et fut plusieurs fois obligée de se faire donner à boire par une compagne, ses mains refusant le service. A cinq heures du matin elle se leva pour aller au travail; tout à coup, en marchant, ses oreilles bourdonnent; elle pâlit, elle tremble, ses jambes se roidissent, les pieds se tournent en dedans, le gros orteil s'abaisse, le calcanéum se lève absolument comme lorsqu'on marche sur la pointe du pied.... elle tombe contre la muraille....; en même temps les avant-bras et les mains éprouvent des accidents semblables... On la fit recoucher. Une heure après s'être mise au lit, la contracture des jambes disparut sans laisser de traces; elle fut prise alors par une fièvre initiale légère, suivie d'une éruption de varicelle.

La contracture des jambes était dissipée depuis longtemps, mais celle des membres supérieurs persista avec plus de ténacité; sur le midi, elle était encore dans toute sa plénitude.. Les deux mains sont contractées, fléchies sur l'avant-bras ; le poignet fortement incliné en avant ; tous les doigts, écartés les uns des autres, sont fléchis *seulement* sur leurs articulations métacarpo-phalangiennes et rapprochés de l'avant-bras ; les articulations phalangiennes entre elles, au lieu d'être fléchies, sont au contraire étendues et rigides... Le pouce, contracté, est fléchi sur son articulation avec le métacarpe, et accolé contre la face palmaire de la main. L'avant-bras est à moitié fléchi sur le bras et ramené près du thorax. En promenant la main sur les parties qui sont le siége de cette convulsion locale, on sent les muscles et les tendons fléchisseurs roides comme des cordes. Malgré tous ses efforts, il est impossible à cette jeune fille d'étendre les membres supérieurs ; en forçant, on détermine une vive douleur. La sensibilité de

la peau paraît un peu diminuée. La tête est libre, l'intelligence nette.

Craignant une congestion irritative, on fit une application de dix sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux pieds. Aussitôt l'écoulement sanguin, la contracture disparut. Le soir, les mains sont parfaitement libres; sueur abondante.

Quinze jours après (25 décembre 1843), elle eut une contracture du pied droit seulement qui dura une demi-heure, à six heures du soir. Les jours suivants furent encore marqués par des convulsions irrégulières quant au siége.

Ainsi, le 26, à six heures du matin, nouvelle contracture au *pied droit seulement* : durée, un quart d'heure.

Le 27, à six heures du matin, contracture du pied et de la main du côté droit : durée, un quart d'heure.

Le 28, à six heures du matin, *pied et main droits* : douze minutes. Même journée, *pied et main gauches* : un quart d'heure.

Le 29, à six heures du matin, tes *deux mains seulement* : dix minutes.

Le 30, à sept heures du matin, les deux mains d'abord pendant un quart d'heure. Cinq minutes après, *pied droit*: dix minutes.

Le 31, à six heures du matin, les deux pieds : dix minutes. A sept heures du soir, pied gauche.

Le 2 janvier 1844, à cinq heures du matin, les deux mains : dix minutes.

Le 8, à sept heures du matin, main gauche : un quart d'heure.

Le 15, à cinq heures et demie du matin, pied et main gauches : dix minutes.

Le 23, à dix heures et demie du matin, main gauche : dix minutes.

Le 2 février, à sept heures du matin, main droite : cinq minutes.

Le 4, main droite : cinq minutes.

Le 11, à six heures du matin, main gauche : cinq minutes.

A dater de ce jour, elle n'eut plus de nouveaux accès.

Le sulfate de quinine associé à l'opium a été inutilement employé, ainsi que les vermifuges, les frictions sur le rachis et les bains. Il ne fut pas permis de la soumettre à aucune médication active : la maladie a été abandonnée à la nature. (Pour plus de détails voir le Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris, juillet 1844, n° 40.)

M. Brossard raconte à ce sujet l'observation d'une fièvre typhoïde chez un enfant, lequel fut pris dans le courant de cette maladie par une convulsion tétanique qui occupait tout un côté du corps et qui avait fléchi fortement les articulations.

M. Belhomme ne pense pas qu'on puisse localiser ni indiquer la nature de l'observation lue par M. Vinchon. Pour lui la puberté pourrait bien seule être la cause de cette affection, et il aurait conseillé les bains tièdes, les excitants, les ferrugineux et les affusions sur la tête et sur le rachis.

M. Thirial a observé un cas de tétanos cervical chez un jeune enfant, lequel était si douloureux qu'il le faisait crier. Cette contracture dura quelques heures et disparut le lendemain; elle reparut de nouveau. On lui administra en conséquence le sulfate de quinine qui fit cesser les accès. Au bout de quelque temps on crut devoir en suspendre l'usage, mais bientôt un nouvel accès revint. Trois semaines après il en survint encore un autre qui fut suivi de vomissements bilieux, de convulsions générales et enfin de mort. On trouva à l'autopsie des tubercules considérables dans le cerveau et le cervelet. M. Thirial demande en conséquence si la jeune fille qui fait le sujet de l'observation n'a pas un tempérament lymphatique, et si elle ne présente pas quelques-uns des caractères attribués à la diathèse scrofuleuse.

M. Vinchon répond par la négative à cette question.

— *M. Maisonneuve* communique une observation de hernie étranglée survenue chez une dame âgée de soixante-quatre ans, qu'il opéra avec succès, et dont il crut devoir réunir la plaie par première intention. Les cinq ou six premières heures qui suivirent l'opération furent parfaitement calmes; mais au milieu de la nuit les accidents de l'étranglement reparurent de nouveau; malgré l'administration des purgatifs, le retour des forces ne se rétablit point; les vomissements bilieux d'abord, puis d'une odeur fécale, se manifestèrent de nouveau; les circonvolutions intestinales se dessinaient fortement à travers la paroi antérieure de l'abdomen. Les accidents augmentèrent rapidement d'intensité, et tout faisait présager une fin prochaine. L'examen minutieux des symptômes donnant à notre confrère la conviction qu'il n'avait pas affaire à une péritonite, mais à une obstruction intestinale, il dirigea contre elle tous ses efforts. Comme il l'avait combattue inutilement par les purgatifs, il ne vit d'espoir que dans une opération nouvelle. En conséquence il rompit les cicatrices, et trouvant l'ouverture herniaire libre et sans aucune trace d'intestin étranglé, il alla à la recherche de l'une des anses de l'intestin grêle supérieure à l'étranglement. En explorant avec l'index, il rencontra une anse intestinale assez adhérente à la paroi abdominale pour qu'il n'y eût pas d'épanchement dans le péritoine, et fortement distendue par de la matière fécale. Il saisit un pli avec une pince, et glissant des ciseaux courbes il le divisa transversalement. Un jet de matières intestinales s'écoula aussitôt. Après cette opération, il s'assura de nouveau que les rapports de l'intestin avec la paroi abdominale n'étaient pas changés.

Les vomissements cessèrent tout à fait trois jours après cette nouvelle opération. La malade eut une débâcle par l'anus artificiel. Dès ce moment une amélioration notable se manifesta, les circonvolutions intestinales cessèrent de faire relief. Au bout de quelques jours l'ouverture anormale laissa passer d'énormes tampons. L'amélioration continuant, notre confrère procéda à la curation de l'anus artificiel, qui réussit parfaitement. La guérison était complète au bout d'un mois à compter de la première opération.

Après cette lecture M. Maisonneuve fait remarquer qu'aucune tentative de ce genre n'avait été faite jusqu'à ce jour, excepté par un chirurgien d'une époque éloignée, et encore l'opération fut-elle suivie de mort. Pour son compte, il a vu dans la pratique de Dupuytren plusieurs cas de ce genre suivis d'accidents semblable suivis de mort, sans que ce grand chirurgien eût osé rien tenter. Cette expérience heureuse doit-elle engager la chirurgie à être plus hardie et à user d'un pareil procédé?

M. Bataille dit qu'on ne saurait jamais trop se hâter d'opérer dans les cas de hernie étranglée, et à l'appui de son opinion il raconte le fait suivant : Un jeune homme portait une hernie depuis long-temps sans qu'elle le gênât, et par pruderie, il n'en avait pas averti sa famille. A la suite d'un voyage, il fut pris de légères douleurs dans sa hernie, mais si légères qu'elles ne l'empêchèrent pas d'aller encore promener. Pendant cette promenade cependant les douleurs augmentèrent, et il avoua qu'il avait une hernie. On fit appeler un médecin qui prescrivit un cataplasme et un bain. Le lendemain il allait très bien; mais sur les quatre heures du soir de nouvelles douleurs apparurent. Le même traitement fut prescrit; enfin, au moment de se coucher, il fut pris tout à coup d'un vomissement violent, et lorsque le médecin accouru précipitamment fut arrivé, le malheureux jeune homme avait cessé de vivre.

M. Thierry s'élève contre l'administration des lavements de tabac, qu'il regarde comme un toxique violent dans certains cas et suivant la qualité du tabac.

Il demande si dans le cas relaté par M. Maisonneuve, il n'y avait pas persistance de l'étranglement après l'opération, plutôt qu'un rétrécissement avec accumulation des fèces au-dessous de la portion herniée.

M. Maisonneuve réplique que les observations où l'accumulation fécale était due à un rétrécissement ou à une paralysie de l'intestin placée au-dessous de la portion herniée ne sont pas rares, et que dans ce cas, il est rationnel d'attribuer ces accidents à une cause semblable. L'étranglement avait bien été levé, car il a retiré les deux bouts de l'intestin dans une assez grande étendue, sans observer rien qui pût faire présumer que l'obstacle était placé au-dessous de la portion étranglée dans l'anneau inguinal; d'ailleurs, l'ouverture intestinale a été faite au-dessus, et la sortie ultérieure des matières par les voies normales a prouvé qu'il n'y avait pas persistance de l'étranglement, ainsi que le pense M. Thierry.

M. Dobigny raconte qu'à la suite d'une mort par semblable accident, on trouva à l'autopsie un rétrécissement de l'intestin tel qu'on eût dit une ouverture pylorique.

La séance est levée à quatre heures un quart.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, D.-M.-P.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Août 1844.

Des tendances actuelles de la Faculté de médecine de Paris; par M. FUSTER.

Dans cet article aussi brillant de forme que solide de pensée, M. Foster cherche à caractériser les tendances actuelles de la Faculté de Paris par les sujets de thèse posés au dernier concours de l'agrégation. Par ces sujets de thèse l'auteur croit voir un abandon des principes qui ont dirigé jusqu'ici cette école, ou plutôt un retour vers les antiques doctrines médicales. Cet article ne peut être analysé et demanderait à être reproduit en totalité.

De la chorée dans la première enfance, et de son traitement; par M. MAX. SIMON.

Le but de ce travail est de démontrer, contradictoirement aux opinions généralement reçues, que la chorée peut se rencontrer dans la première enfance, et qu'elle revêt, à cette période de la vie, une forme particulière. Pour preuve, l'auteur cite deux cas appartenant l'on à une petite fille de dix mois, l'autre à une petite fille d'un an, chez lesquelles il a observé des phénomènes qu'il croit pouvoir rapporter à la chorée. Ces phénomènes, bien que portant exclusivement sur les mouvements, n'avaient pas pour résultat une jactitation brusque et saccadée des membres, mais une simple palpitation musculaire, une sorte de trémulence des muscles des membres, que l'on ne constatait que par le toucher. Dans l'un de ces cas, l'auteur a fait cesser les désordres par les bains frais. Dans l'autre cas, à ce moyen il fut obligé de joindre un vésicatoire à la nuque à cause de quelques accidents cérébraux.

De la chlorose syphilitique et de son traitement; par M. RICORD.

Un des premiers effets de la résorption du pus virulent, dit l'auteur, résorption qui va constituer la diathèse syphilitique, consiste dans une altération constante du sang. Dès que la syphilis a pénétré dans l'économie, c'est sur les globules du sang qu'elle porte son action; et dans le grand nombre de recherches et d'expériences que M. Ricord a faites conjointement avec M. Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, il a toujours trouvé que le nombre des globules avait diminué dans des proportions variables, et qu'il pouvait arriver au maximum de diminution possible dans l'anémie. Cette diminution des globules détermine un état général, un appauvrissement du sang qui, par les conditions dans les quelles il se produit, doit constituer une variété de la chlorose.

C'est à l'état du sang qu'il faut rapporter la coloration particulière de la peau chez certains syphilitiques. La circulation du sang peut présenter chez eux toutes les variétés qu'on rencontre dans la chlorose en général; il en est de même pour la sensibilité et la myolilité; l'affaiblissement physique et moral sont souvent aussi prononcés et même quelquefois davantage : le visage terne, l'œil éteint, indiquent bien que le sang ne jouit plus de ses mêmes propriétés.

Comme premiers symptômes additionnels, surviennent un état de courbature générale, ou bien des douleurs rhumatoïdes désignées par quelques auteurs sous la dénomination de rhumatisme syphilitique, douleurs ne se montrant que la nuit et siégeant dans le voisinage des articulations.

Dans quelques cas, ce sont les douleurs névralgiformes de la septième paire, et la paralysie assez fréquente du nerf facial. Il n'est pas rare, à cette période, de voir survenir une alopécie partielle ou générale, avec engorgement des ganglions cervicaux postérieurs ou latéraux. Tous ces symptômes constituent une première manifestation d'accidents secondaires, rarement précédés ou accompagnés de mouvements fébriles. Mais bien que jusque-là il n'y ait eu aucun autre symptôme pathognomonique, la chlorose syphilitique peut déjà être reconnue et convenablement traitée.

Le mode de traitement adopté par M. Ricord consiste : dans la combinaison des ferrugineux et des mercuriaux, soit contre la chlorose, soit contre d'autres symptômes, s'il y en a, pourvu qu'il n'existe pas de contre-indication.

NOUVELLES.

La session des jurys médicaux s'ouvrira le 2 septembre. Voici l'itinéraire de MM. les présidents des jurys.

Faculté de Paris. — 1re division : M. Adelon, président. Seine-Inférieure, le 2 septembre; Calvados, le 7; Ille-et-Vilaine, le 12; Loire-Inférieure, le 16; Seine-et-Oise, le 29 octobre. — 2e division: M. Bérard, président. Aisne, le 14 septembre; Nord, le 18; Pas-de-Calais, le 24; Yonne, le 2 octobre; Indre-et-Loire, le 8.

Faculté de Montpellier. — 1re division : M. Bouisson, président. Pyrénées-Orientales, le 11 septembre; Gers, le 17; Hautes-Pyrénées, le 23; Basses-Pyrénées, le 30; Landes, le 7 octobre; Gironde, le 14; Charente-Inférieure, le 24. — 2e division : M. Dubreuil, président. Isère, le 14 septembre; Vaucluse, le 21; Bouches-du-Rhône, le 26; Gard, le 4 octobre.

Faculté de Strasbourg. — 1re division: M. Stolz, président. Doubs, le 2 septembre; Saône-et-Loire, le 6; Rhône, le 10. — 2e division. M. Forget, président. Marne, le 13 septembre; Meurthe, le 17.

— Le concours du Bureau central qui devait ouvrir le 2 septembre, ne commencera que huit jours plus tard.

— M. Henri-Michel Bouland, docteur en médecine, est mort, le 21 de ce mois, à l'établissement des Bains d'Enghien, dont il était directeur.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 103. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Affections organiques du cœur.

Au n° 21 de la salle Saint-Bernard a été couchée une femme de trente-huit ans, d'une constitution chétive et détériorée. Au premier examen de cette malade, éminemment rachitique, on est frappé d'une disposition particulière et anormale de la cage thoracique. Le côté gauche de la poitrine est saillant en avant, tandis que le côté droit fait saillie en arrière. Sur la partie moyenne, le sternum forme un enfoncement, de chaque côté duquel les côtes s'arrondissent comme un double bourrelet. Depuis son enfance, cette malade est sujette à des battements de cœur, ce qui ne doit nullement étonner, le cœur comme les poumons devant nécessairement souffrir de la conformation vicieuse du thorax. Cette concomitance d'une affection du cœur avec une déformation de la poitrine n'est cependant pas une règle sans exception ; il arrive souvent, en effet, que l'on voit des rachitiques contrefaits au plus haut degré, et chez lesquels les battements du cœur ont conservé leur rhythme et leur timbre normaux.

Il y a treize ou quatorze ans, cette femme, à la suite de chagrins très vifs, fut prise de palpitations violentes, revenant à des intervalles irréguliers, durant quelques minutes, et disparaissant ensuite. Cet état se prolongea pendant deux ans, et les palpitations perdirent peu à peu de leur force, mais devinrent plus fréquentes ; chaque accès aussi durait plus longtemps. Ces palpitations gênaient le travail, sans empêcher toutefois la malade de se livrer complètement à ses occupations, et occasionnaient souvent des défaillances. Voici les phénomènes qu'elle présentait il y a deux mois, au moment de son entrée à l'hôpital, phénomènes qui persistent encore aujourd'hui.

Les palpitations existent, mais paraissent moins fortes qu'elles n'ont été, et gênent moins la malade qui dit se trouver mieux. A certains moments de la journée, et principalement au moment de la visite, ce que l'on doit attribuer à l'émotion que l'on observe souvent chez les malades dans cette circonstance, elle présente un certain degré d'essoufflement. La face est un peu injectée. Les lèvres sont violettes, comme chez la plupart des malades dont une affection organique des appareils respiratoire ou circulatoire gêne le cours du sang quelle que soit du reste la cause et la nature de l'obstacle à la circulation. Des palpitations, des douleurs dans la poitrine, non continuelles, principalement dans la région précordiale. Cette femme considère l'affection dont elle est atteinte comme entretenue par des affections morales tristes, dont les causes n'ont point cessé. Lorsque l'on met la main sur la région du cœur, à trois ou quatre travers de doigt du mamelon, et plus près du bord externe que du sternum, on constate l'existence de ce frémissement cataire ou vibratoire signalé pour la première fois par Corvisart comme signe de l'ossification des valvules du cœur, et que Laënnec considérait comme indiquant un trouble dans l'action nerveuse de l'organe central de la circulation, et regardait comme déterminé le plus souvent par des causes morales. Il est naturel de penser, au point où en est arrivée la science du diagnostic de nos jours, que Laënnec a jusqu'à un certain point confondu le bruit de diable avec le frémissement cataire, et les a quelquefois pris l'un pour l'autre, malgré les différences qui existent entre eux.

Cette femme, disons-nous, présente donc à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du mamelon gauche, une sorte de frémissement analogue à celui que perçoit la main appliquée sur le dos d'un chat que l'on caresse et qui, selon l'expression vulgaire, *file son rouet.* C'est dans ce point qu'il offre son maximum d'intensité, et si nous insistons sur ce fait, c'est qu'il n'est point sans importance. Si l'on applique l'oreille sur ce point, on entend un bruit de souffle râpeux très prononcé, accompagnant les deux bruits du cœur. Plus bas, vers la pointe du cœur, le souffle ne se fait entendre qu'au premier temps, et le second bruit est à peu près normal. A la partie moyenne, en tirant vers le sternum, on entend une sorte de craquement humide, multiple, isochrone aux battements du cœur. Une sensation à peu près pareille se fait encore entendre au-dessous du niveau du mamelon. Le pouls ne présente aucune irrégularité.

La percussion fait constater une matité plus étendue qu'à l'état normal. Le soulèvement qu'éprouve la main appliquée sur la poitrine est médiocre vers la pointe ; à la base, c'est moins un soulèvement distinct que cette espèce de frémissement cataire dont nous avons parlé. Le bruit de souffle râpeux n'est pas borné complètement au cœur ; il se propage dans l'artère carotide du côté gauche, phénomène assez constant dans les affections organiques du cœur. Partout où l'on appuie sur la région du cœur, on détermine de la sensibilité, et même un peu de douleur. Le bruit respiratoire est partout moelleux, normal, excepté dans la partie supérieure gauche, en avant de la poitrine. Dans ce point, le bruit respiratoire ne s'entend pas, bien que la résonnance y soit bonne. Pendant les fortes inspirations, on entend un peu de sifflement.

Quant à l'état général, la malade est faible ; elle peut marcher pendant quelque temps sur un terrain plane ; mais elle ne peut monter les escaliers, arrêtée qu'elle est immédiatement par des palpitations et des essoufflements. Elle ne se couche que sur le côté droit. Le décubitus à gauche est extrêmement pénible, et ne peut être enduré plus de quelques minutes. De plus, elle a des engourdissements dans les membres supérieurs, principalement dans le bras gauche, dans lequel ils peuvent exister isolément, tandis que lorsqu'ils existent dans le bras droit, ils se manifestent toujours dans celui du côté opposé en même temps, et plus intenses. Tels sont les phénomènes que la malade accuse. D'après l'ensemble de ces symptômes, que devons-nous penser de cette affection ? Le siége du mal est-il dans le cœur ou dans l'un des gros vaisseaux qui naissent du cœur, dans l'aorte, par exemple, ou dans l'artère pulmonaire ?

Corvisart regardait comme très fréquentes les ossifications des valvules aortiques du cœur. Dans le cas actuel, nous avons beaucoup de motifs de douter du siége de la maladie. Peut-être tous les phénomènes que nous avons décrits ne se passent-ils pas tous dans le cœur ? Peut-être une partie d'entre eux se produisent-ils dans l'aorte ? Et d'abord, le point dans lequel nous avons signalé l'existence du frémissement vibratoire, n'est pas celui qui correspond à l'orifice du cœur. C'est quatre travers de doigt environ au-dessus du niveau du mamelon que ce frémissement a son maximum d'intensité, tandis que la pointe du cœur bat au-dessous de la mamelle. Il serait difficile, pour ne pas dire impossible, d'admettre que le cœur eût la pointe à l'endroit normal, et que la base fût à une distance aussi considérable et plus près de l'épaule que du sternum. Ce serait donc là une première raison de penser que c'est hors du cœur que cela se passerait. Cependant, la vicieuse conformation du thorax pourrait laisser croire que la base du cœur se serait un peu déplacée, tandis que la pointe serait toujours au même endroit.

La respiration manque, tandis que la résonnance reste bonne. Quelle peut être la cause d'un pareil phénomène ? Cela peut provenir d'une disposition emphysémateuse ; mais ici rien de semblable n'existe que dans un point limité, et c'est une raison de croire que ce n'est probablement pas de l'emphysème que dépend cet ensemble de symptômes. D'ailleurs, la résonnance de la poitrine n'est pas plus forte qu'à l'état normal. J'ai rencontré un cas dont j'ai parlé dans le Dictionnaire en vingt et un volumes, et qui est relatif à un homme chez lequel existaient les signes rationnels d'une dilatation anévrismale du cœur.

Chez ce malade, nous avions noté une suspension de la respiration semblable à celle que présente la femme qui fait le sujet de notre observation. Ce que nous avions signalé une

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les Mystères de Paris et le Juif-Errant. — Le Tartuffe Médecin. — Conversions sincères. — Un peu de tolérance. — Danger de n'en point avoir. — Le solliciteur et le juge. — Le talon d'un juge de concours. — Proposition matrimoniale. — Un Achille vaincu. — Ouverture de la chasse. — Nouvelle destination du gibier.

Décidément M. Eugène Sue en veut un peu à notre corporation. Lui, fils de médecin, et, médecin lui-même — il a été chirurgien de la marine — se complaît dans la peinture de quelques excentricités médicales dont la vraisemblance n'est pas toujours, il s'en faut, la qualité dominante. Vous vous souvenez du docteur Griffon dans les *Mystères de Paris*, ce type fantastique et idéal d'une nature impossible, ce médecin naturaliste qui étudie la maladie comme le botaniste une fleur, le minéralogiste une roche, sans autre souci du résultat que celui d'ajouter à sa collection un fait ou curieux, ou rare, ou inédit ; ce médecin sans entrailles et sans conscience qui laisserait mourir un malade, si ce malade pouvait lui fournir une autopsie intéressante. A force d'exagération dans ce portrait, où on aurait pu peindre quelques traits réels et ressemblants, M. Sue ne produisit qu'une charge indigne, sans vérité, sans application. Dans le *Juif-Errant*, le romancier met aussi en scène un personnage de notre profession. Ici, ce n'est plus aux opinions médicales et à la pratique de l'art qu'il fait la guerre, il descend plus avant dans les profondeurs de la conscience, et au milieu d'un monde étrange de corruption, d'hypocrisie et de perfidie, il place le docteur Baleinier, à mon sens le plus hypocrite et le plus corrompu de tous ces personnages. Dans un cercle où je me trouvais ces jours passés, j'ai entendu soutenir avec feu que cet acteur de ce drame fantastique n'était pas une fiction. Sous ce nom d'emprunt on mettait un nom, plusieurs noms connus, et on citait des faits et des actes qui prouveraient que parmi les médecins de Paris, il y en aurait un certain nombre couvrant du manteau de la religion les intérêts les plus sordides et une conduite peu chrétienne. J'éprouve une vive répugnance à croire à cet abaissement moral. On doit respect à toutes les croyances, quand elles sont sincères et qu'elles ne nuisent à personne. Quand on me parle de quelque conversion éclatante, je suis toujours porté à admettre un effet de la grâce, et non pas quelque intérêt positif et matériel. Où trouver, d'ailleurs, un *criterium* pour juger de la sincérité ou de l'hypocrisie des opinions religieuses ? Tartuffe médecin me paraît chose bien difficile, et parmi tous les médecins qui m'entourent, je n'en connais pas un seul capable de soutenir pendant un mois seulement ce rôle pénible qui exige un développement intellectuel des plus complets. J'ai vu et j'ai l'honneur de connaître des médecins pieux et sincèrement croyants, gens que j'aime, que j'honore et que j'estime ; je n'ai jamais rencontré qu'un médecin dévot, dans le sens étroit et ridicule du mot, et je lui dois cette justice, c'était un franc fripon. Mais celui-là n'était dangereux qu'auprès des imbéciles ; un homme de sens, en deux mots l'avait toisé. On m'a cité d'anciens camarades qui, après avoir été plus que voltairiens, après avoir largement bu et jusqu'à siccité dans la coupe enivrante du plaisir, mènent aujourd'hui une vie ascétique et toute confite des petites pratiques de Marie Alacoque et de l'immaculée conception. Sans recourir à la tartufferie, je comprends ces brusques transitions. A ces âmes ardentes, il faut toujours une passion. Autrefois, sans frein, sans mesure, sans retenue, ils se plongeaient dans les jouissances matérielles; avec la même ardeur, aujourd'hui ils aspirent vers les jouissances célestes, et comme ils ont beaucoup à faire oublier et à se repentir, ils se jettent avec exagération peut-être, mais sans doute avec conviction, dans les pratiques religieuses. Du temps des Jérôme, des Antoine et des pieux cénobites de l'Eglise primitive, on les eût vus errants dans les déserts de la Thébaïde. Leur piété, aujourd'hui moins austère, les maintient gras et frais, mais non moins sincèrement pénétrés certainement de la nécessité de leur salut.

Je prie donc qu'on le remarque, je ne blâme rien, je ne critique rien, je crois à la sincérité des conversions et au désintéressement de l'observance religieuse. Je demanderai seulement à ces nouveaux convertis un peu de tolérance, un peu de pitié, s'ils veulent l'appeler ainsi, pour ceux que la grâce n'a pas encore illuminés, et qui vivent, les malheureux, dans l'indifférence ou l'incrédulité. Par là souvent ils éviteront des scènes semblables à celle qui se passa dernièrement chez un de nos confrères. Plusieurs médecins étaient réunis autour de sa table. Parmi ces médecins se trouvait un néochrétien, dont la foi vive et le prosélytisme ardent dépassèrent les limites des convenances du monde. Il s'en prit surtout à Voltaire, et son indignation ne connaissant plus de bornes, il se répandit contre lui en invectives les plus pieusement graves. Un confrère était là, voltairien renforcé, écoutant les véhémentes apostrophes du nouveau converti. Il hasarda quelques mots, bien calmes, bien polis, auxquels le néo-chrétien répondit par de ces allusions directes qu'un homme d'honneur ne peut supporter sans riposter avec énergie. La discussion, de générale et philosophique qu'elle était, devint imprudemment et tout à coup personnelle. Quoique j'en connaisse les détails les plus intimes, je veux bien, par charité pure, couvrir du voile épais de mon silence ce qui a été dit devant dix ou douze confrères ébahis, stupéfaits. Mais la vérité historique me force à convenir que le beau rôle ne fut pas ici pour le néochrétien, et que si l'humilité, ce que nous autres profanes et impies appellerions l'humiliation, est une circonstance agréable à Dieu, le néochrétien peut se vanter d'avoir fait, ce soir-là, un bon chemin dans les voies du salut.

— On a parlé, et moi-même, d'une intéressante monographie à faire sur le solliciteur ; le solliciteur ! cet être qui ne peut trouver sa place dans les espèces infinies de la création, car il doit participer de toutes, du renard, du tigre, du serpent ; cet homme qui doit se dépouiller de sa dignité humaine, se faire bas, rampant, humble, fier, audacieux, sarcastique, béat, méchant ou benin, riche ou misérable, florissant de santé ou creusé par le tubercule, car toutes ces considérations influent sur les protecteurs, les amis, les juges ; et selon que l'on fait adroitement mouvoir ces ficelles, on trouve au scrutin les votes les plus incroyables et les plus hétérogènes ; mais on n'a pas, que je sache, pensé à la monographie du juge, du juge d'un concours — c'est le seul que j'aie ici en vue —. Les hommes d'esprit ne manquent pas parmi ce monde-là, et j'en conjure un seul de vouloir bien écrire un jour sur ses tablettes tout ce qu'il entendra, tout ce qu'il verra, en un mot, de tenir note exacte des sollicitations qu'il recevra, et de qui, et d'où — Un de mes amis, encore jeune et garçon, — remarquez ceci — se trouvait, il n'y a pas long-temps, juge d'un concours. On avait épuisé auprès de lui toutes les sollicitations possibles pour une candidature impossible. Espoir et promesse d'avancement prochain, protecteurs puissants et haut placés, solliciteurs de tout âge, de toute condition, de tout sexe, avaient vainement frappé à la porte de cette conscience honnête et ferme. Mais il était garçon !... Mais, surtout, il voulait ne plus l'être !..... Un médecin très haut placé qui connaissait l'ambition matrimoniale du juge, et qui vivement s'intéressait à la candidature jusque là rejetée, comprit bien vite que là était le défaut de la cuirasse, et que ce fier Achille avait aussi un talon vulnérable. Il se met en quête de ce qui convient, et comme il est très répandu, très honoré et très considéré, il ne chercha pas long temps.

Mais huit jours restaient à peine avant la fin du concours, il fallait se hâter et emporter la place de vive force. Une invitation à dîner sous un prétexte quelconque réunit chez le solliciteur les deux jeunes futurs. Dans la soirée, mon juge est entraîné dans une embrasure de croisée :

— Comment trouvez-vous cette demoiselle ?

— Charmante ! jeune, jolie, admirable musicienne, bon ton, bonnes manières.

— Ajoutez à cela, mon cher enfant, cent cinquante mille francs comptant, un oncle riche qui l'adore et qui est sans enfants. Voilà un bon parti pour un jeune médecin !

Et alors on s'étend complaisamment sur toutes les qualités adorables de la jeune personne, et on insinue adroitement qu'on n'est pas

is, nous le retrouvons ici, et cette circonstance est peut-être ne des plus importantes pour le diagnostic.

Dans les maladies organiques du cœur, on n'observe pas ıe le cœur puisse comprimer une bronche, tandis que la tueur anévrismale d'une artère peut comprimer une bronche, npêcher ainsi le passage de l'air et donner lieu à des phénoènes variables et à une modification plus ou moins étendue t profonde des bruits respiratoires. Cependant, encoro ici, uelque chose diminue la valeur de ce signe ; c'est la déformaon de la poitrine. Chez les individus rachitiques, on remarıe que le bruit respiratoire est faible ordinairement du côté ɔnvexe, et fort du côté déprimé, disposition contraire à celle ue la théorie pourrait faire supposer.

Chez la femme dont nous vous entretenons, nous avons xaminé la respiration dans toute l'étendue de la poitrine. En rière à droite, du côté convexe, la respiration s'entend bien, t l'expansion vésiculaire est complète. En avant, la différence ıt moins considérable dans la forme, et cependant la difféence du bruit respiratoire dans l'un et l'autre côté est beauoup plus forte ; car, comme nous l'avons dit, le murmure ésiculaire est tout à fait nul à gauche. Nous pensons donc que on ne doit pas attribuer cette différence à la déformation de ı poitrine ; car, en avant, la différence est peu de chose ene les deux côtés du thorax, tandis qu'elle est énorme pour la espiration.

On rencontre encore chez elle un phénomène très imporant ; c'est cette douleur qui se montre souvent dans le bras auche, quelquefois dans les deux bras à la fois, mais toujours lus forte à gauche ; puis les engourdissements, quelle qu'en oit la cause, qu'ils soient ou non déterminés par la suspenion momentanée de la circulation par la compression de l'arère. Il existe souvent un caractère d'une grande valeur qui 'existe point ici, mais que l'on doit noter quand on le renontre. C'est la dépression de l'artère radiale, d'un côté, tanis que celle du côté opposé reste à l'état normal. Lorsque, lans une maladie organique, un bras devient œdémateux, et 'est presque toujours le gauche, pour le dire en passant, orsque de plus, on ne peut découvrir aucune cause appréciable à cet état de choses, il faut rapporter l'existence de ce phénomène à l'existence d'une tumeur dans la poitrine, et il y a beaucoup à parier que c'est une tumeur anévrismale à laquelle on a affaire. Ici, jusqu'à présent, nous n'avons observé que des fourmillements et des engourdissements. Aujourd'hui, lorsque nous appuyions sur le point où l'on sent le frémissement cataire, la malade nous dit, à plusieurs reprises, sentir la douleur et l'engourdissement du bras augmenter.

Les tumeurs anévrismales de l'aorte sont très curieuses à étudier. Dans l'article dont nous avons parlé plus haut, nous avons insisté plus qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, sur les phénomènes de compression qu'elles peuvent occasionner. A mesure qu'elles font des progrès, elles poussent au-devant d'elles les parties qui s'opposent à leur développement, usent et détruisent les parties osseuses. On remarque, en général, que les parties osseuses sont détruites les premières parce qu'elles résistent, tandis que les parties molles cèdent et ne souffrent pas beaucoup, le plus ordinairement. Ce n'est que très tard, et lorsque la maladie a fait de grands progrès, qu'une eschare se forme ; et quand elle se détache, le sujet succombe en perdant des flots de sang. C'est lorsque la tumeur se développe à la partie postérieure de la poitrine et ne révèle que peu les phénomènes de compression, que ces symptômes deviennent d'une haute importance. Voici ce qui met le médecin attentif sur la voie de la lésion qui existe.

La tumeur, en se développant, comprime différents organes ; la trachée-artère, par exemple, les poumons, l'œsophage, des veines, des artères ou des nerfs, le canal thoracique. Parmi ces organes, il en est quelques-uns qui sont rarement comprimés ; d'autres le sont beaucoup plus souvent. L'œsophage est peut-être celui qui se soustrait le plus facilement à la compression exercée par les tumeurs de ce genre. La gêne de la déglutition est le phénomène le plus rare que l'on observe dans ces circonstances. L'œsophage est, en effet, un conduit tout musculeux qui, à mesure que la dilatation s'augmente, fuit devant la tumeur. Il n'en est pas de même de la trachée-artère, et ceci pour plusieurs raisons. Elle est maintenue en place par sa liaison intime avec les poumons, d'une part, et par le tissu cellulaire environnant, à sa partie supérieure ; puis il y a dans la composition de la trachée une disposition qui favorise encore la production des désordres que peuvent déterminer les tumeurs anévrismales. C'est la présence des cartilages qui, résistants, se détruisent les premiers. Lorsque la tumeur n'a pas encore détruit la trachée en entier, les anneaux sont seuls lésés ; les parties molles intermédiaires sont saines.

Les phénomènes symptomatiques sont très curieux. Dans le cours des affections où la respiration est gênée par un obstacle mécanique, il se produit souvent un bruit particulier que l'on nomme bruit de *cornage*, et qui est analogue à celui que présentent quelquefois les chevaux. Ce cornage peut être déterminé par la présence d'une tumeur de la glande thyroïde ; mais alors la cause serait apparente. Dans les cas où la cause du cornage n'est pas appréciable, ce n'est qu'à une tumeur développée dans la poitrine qu'on peut la rapporter. Par cela seul que chez un sujet vous rencontrez ce bruit, la pensée d'une dilatation anévrismale de l'aorte doit se présenter tout d'abord à votre esprit.

Avant que ce phénomène ne se manifeste, il en est d'autres qui peuvent également mettre sur la voie, et qui ont beaucoup d'importance. Ce sont, par exemple, les changements qui surviennent dans l'habitude du corps. A quelque moment qu'on l'examine alors, on le voit dans la même attitude. La tête est toujours appuyée d'un côté, et toujours de la même façon. Dans la grande majorité des cas, cette attitude de la tête et du cou est le résultat de ceci : la trachée artère, que nous avons dit être maintenue et fixée en place, ne pouvant fuir au devant de la tumeur, se trouve resserrée, et il résulte de là que le malade cherche la position dans laquelle la compression est la moins considérable, et une fois cette position trouvée, y revient constamment. Nous avons le premier mentionné ce symptôme comme souvent caractéristique. Nous avons fréquemment eu l'occasion d'observer un grand nombre de ces tumeurs à une époque où elles ne produisaient encore que ce changement dans l'attitude du malade. C'est surtout dans les cas analogues qu'il devient un signe très précieux, puisqu'en l'absence de presque tout autre symptôme, il permet d'établir presque un diagnostic certain.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

De la déviation de l'œil consécutive à l'opération du strabisme.

Lorsque l'on a opéré la section du muscle droit interne de l'œil pour remédier a un strabisme convergent, on voit quelquefois le globe oculaire se dévier dans le sens opposé à celui vers lequel il était primitivement dirigé.

Ce strabisme consécutif survient, dans quelques cas, tout à coup. Aussitôt aprés la section du muscle adducteur de l'œil, on voit ce dernier organe brusquement entraîné vers le petit angle oculaire par le muscle droit externe dont l'action n'est plus contrebalancée ; dès lors les malades sont dans l'impossibilité absolue de communiquer à l'organe de la vision le moindre mouvement d'adduction, au moins pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Dans d'autres circonstances l'œil se redresse, comme alors que la guérison doit être complète ; on compte même qu'elle surviendra. Mais au bout de quelque temps le strabisme consécutif commence à se produire et il continue à s'effectuer, mais graduellement et avec la plus grande lenteur. Comme on le comprend, les mouvements du globe oculaire qui s'étaient rétablis subsistent jusqu'au moment où la déviation de l'œil est extrême.

Quel que soit le mode de production du strabisme consécutif, cet accident n'en est pas moins fâcheux, puisqu'il substitue à la première difformité une difformité encore plus disgracieuse, et surtout plus apparente.

Il a donc fallu y remédier. C'est ce que quelques chirurgiens ont tenté de faire par des procédés particuliers.

Dans des cas de ce genre, M. Guérin crut devoir attribuer la déviation nouvelle de l'œil à une insertion vicieuse du muscle droit interne dont l'extrémité divisée avait repris attache à la sclérotique dans un point trop reculé, de telle sorte que le muscle devenu trop court, ne pouvait agir efficacement sur l'organe qu'il doit mouvoir, et qu'il laissait au muscle antagoniste toute la puissance de son action pour entraîner l'œil en dehors.

M. Guérin se contenta donc de détacher le muscle droit interne de son insertion vicieuse, et pour ramener son adhérence à la sclérotique plus en avant, il porta l'œil dans l'adduction à l'aide d'un fil ciré qui fut passé dans le facia oculaire en dehors de la cornée transparente, et fixé sur la racine du nez. Plus tard, trouvant le facia oculaire trop faible pour fournir un point d'appui au fil, M. Guérin passa ce dernier dans la sclérotique elle-même.

Ce médecin pense que l'opération que nous venons de rappeler peut suffire pour que l'œil reprenne sa position normale.

M. Jobert (de Lamballe) nous a dit avoir montré à sa clinique des malades qui avaient paru guéris après avoir été ainsi opérés, mais chez lesquels ce procédé avait été insuffisant, puisque l'œil avait repris peu à peu la position vicieuse dans laquelle il se trouvait auparavant.

On conçoit, du reste, qu'il doive en être souvent ainsi. En effet, dit M. Jobert, la cause qui a produit la déviation du globe oculaire, persiste encore lorsqu'on s'est borné à pratiquer l'opération que met en usage M. Guérin.

Car ce n'est pas seulement de l'insertion vicieuse du muscle droit interne qu'il faut tenir compte dans la déviation oculaire, c'est, avant tout, de la prédominance d'action du muscle droit externe. En effet, ce muscle conserve toute sa puissance normale, tandis que le droit interne ayant été divisé a perdu de son ressort, et sa contraction en même temps qu'elle a moins d'étendue, est aussi devenue moins énergique ; elle ne peut donc pas faire équilibre à celle du muscle antagoniste, et c'est ce dernier qui entraîne l'œil de son côté.

Ainsi donc, si l'on veut guérir un strabisme consécutif, on ne doit pas s'adresser seulement au muscle droit interne ; il faut mettre aussi le droit externe dans les mêmes conditions que l'autre. Alors seulement l'action de ces muscles pourra se balancer. On ne peut arriver, on le conçoit, à un semblable résultat qu'en divisant le muscle droit externe.

Pour M. Jobert, la section de ce dernier muscle est donc

---

sans influence sur l'esprit de la famille, et enfin abordant de front la difficulté :

— Voilà une jeune personne qui vous va, cher ami. Vous savez tout le bien que je vous veux ; voyons, faut-il parler pour vous ?

Jeunesse, beauté, éducation, fortune, quel talon assez calleux aurait résisté à cette quadruple tentation ?..... et tout cela pour une boule blanche dans l'urne. Enfin, enfin, mon Achille fut vaincu, et si pour quelque samedi très prochain, vous recevez un billet de faire part, comme je l'espère ne dites plus à quoi donc servent les concours ?

— Pim ! pam ! entendez-vous, chers confrères, Nembrods au petit ou au grand pied, avec meute ou fidèlement suivis d'un simple chien couchant ; c'était hier l'ouverture de la chasse, et moi, qui tranquillement promenais mes rêveries dans la campagne, je suis assourdi comme si je revenais de Mogador ou de Tanger. De Saint-Denis à Longjumeau, quel carnage et quelle horrible destruction ! Vers le soir, je fus fort surpris de voir la plus grande partie de ces chasseurs se réunir vers un point commun où les attendait une immense carriole sur laquelle ils jetèrent lièvres et perdraux, cailles et faisans et jusqu'au plus menu fretin de la journée. Comme c'était mon chemin, je suivis la carriole, et mon étonnement redoubla de la voir s'arrêter à la porte d'un de nos très honorables et très célèbres confrères. Je ne pouvais douter que ce ne fût pour lui, car il habite seul un charmant hôtel dont il est propriétaire. Que diable veut-il faire de tout ce gibier-là, me disais je ? J'en étais aux conjectures quand un confrère passa, fort au courant de la chronique et à qui je fis part de ce que je venais de voir.

— Vous ne comprenez pas, me dit-il ; et je suis sûr que vous pensez à quelque grand dîner ?

— Entre nous, la supposition aurait quelque couleur locale, et je ne vois pas bien ce qu'on pourrait faire du gibier, si ce n'est de le manger.

— Vous n'y êtes pas ; ici, il est vrai, il se fait une grande consommation de gibier : mais on ne le mange pas.

— Et qu'en fait-on donc ?

— On le dissèque.

— Malpeste ! c'est superbe cela, et surtout après une aussi longue privation. Voilà du moins une anatomie qui aura fait du bruit.

— Vous n'y êtes pas encore, cher confrère, il ne s'agit pas d'anatomie pure ; il s'agit de savoir à quelles maladies organiques sont sujettes les espèces qui vivent dans l'état sauvage ; si le lièvre à le cancer, la bécasse le scorbut, le lapin l'impetigo, la caille le tubercule, etc. C'est un sujet de recherches tout neuf et dont on s'occupe ici avec ardeur.

— Je tremble, en vérité, qu'on ne trouve toutes ces vilaines choses sur ce gibier appétissant.

— Ah ! vous ne vous doutez guère par quelles tristes et dégoûtantes infirmités sont dévorées ces pauvres bêtes. On a déjà les matériaux d'un bon livre, et à l'heure qu'il est on recueille ceux d'un cours..... Oui, d'un cours d'*anatomie pathologique comparée* dont le privilége est en ce moment dispute par le Muséum et par le Collége de France.

— Très bien, très bien, je commence à comprendre ! Ma foi, entre ceux qui tuent le gibier pour le manger, et ceux qui le tuent pour agrandir la sphère de nos connaisssnces, je vote naturellement pour ces derniers ; à une condition seulement, c'est qu'ils ne le tuent pas tout, et qu'ils laissent quelques pièces à ceux qui l'aiment autrement qu'étendu sur la planchette.

Jean RAIMOND.

NOTICE NÉCROLOGIQUE SUR LE DOCTEUR MAILLY,

Médecin du Bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement, médecin de l'hôpital de la Pitié, secrétaire-général de la Société médicale du Bureau de bienfaisance du quatrième arrondissement. Lue dans la séance du 9 août 1844, et imprimée par décision de la Société.

Messieurs,

Vous m'avez désigné pour vous présenter une Notice nécrologique sur notre confrère et ami le docteur Mailly ; ce n'est qu'au titre de secrétaire dont vous avez bien voulu m'honorer que je dois de remplir ce triste devoir, car un autre que moi serait plus éloquent pour exprimer nos regrets ; mais à défaut de l'éloquence des paroles, je suis certain d'avoir celle du cœur, si je puis exprimer le vif chagrin que j'ai ressenti de sa perte.

Nous avons tous éprouvé une peine d'autant plus vive, que nous n'y étions aucunement préparés ; en effet le 14 juillet, douze jours avant sa mort, notre malheureux confrère était encore au milieu de nous, toujours exact à remplir les fonctions de secrétaire-général de notre Société qu'il occupait depuis sa création avec un zèle, une assiduité, qu'aucun de nous ne pouvait égaler ; aussi l'unanimité de nos suffrages lui était-elle justement acquise, et l'acceptait-il avec reconnaissance et une complaisance qui le gêna souvent pour remplir ses occupations médicales.

Le jour de notre dernière réunion nous lui témoignâmes notre inquiétude sur sa santé qui nous parut altérée ; il nous rassura en nous disant qu'il y avait quelques jours, pris d'un commencement d'emphysème du poumon, il s'en était débarrassé au moyen d'un léger vomitif, et que c'était à l'action de ce moyen sur son estomac qu'il devait des vomissements qui duraient depuis quelques jours, mais qu'il était délivré de l'affection première qui lui avait causé de l'inquiétude.

Pleinement tranquillisés par lui, nous étions bien loin de croire qu'en le reconduisant à sa demeure et l'engageant à un repos de quelques jours en lui offrant nos services, nous pressions sa main pour la dernière fois, et que douze jours après nous apprendrions en même temps sa maladie et sa mort.

Le 15, il prit le lit, et ne se croyant pas assez malade pour recourir aux soins de ses confrères, il ne fit malheureusement appeler que quelques jours après les docteurs Clément et Gendrin, dont les soins éclairés et assidus parurent arrêter les progrès rapides d'une pleurésie, quand des symptomes cérébraux se manifestèrent avec violence et l'enlevèrent le 26, après dix jours de maladie.

Nous avons toujours ignoré des particularités que je dois à sa famille, sur sa santé pendant les derniers mois de sa vie ; si nous les eussions connues, peut-être aurions-nous réussi par nos instances amicales à le rassurer et à l'obliger à prendre des soins qu'il a peut-être négligés.

Il y avait trois mois qu'il fut pris d'une oppression pénible avec toux qui lui causèrent de l'inquiétude à tel point qu'il consulta plusieurs de ses confrères et se fit ausculter la poitrine, craignant un commencement de phthisie pulmonaire, et disant que si malheureusement ces symptômes augmentaient et s'il prenait le lit, il ne le quitterait plus. C'est peut-être à cette crainte d'une fin prochaine, qu'il faut attribuer la manifestation des symptômes cérébraux qui l'ont enlevé au moment où sa famille et les médecins qui le soignaient commençaient à concevoir de l'espérance.

Nous n'avons appris ce malheur qu'au moment de le conduire à sa sépulture, où le confrère Léger, au nom de nous tous, dont quelques-uns comme moi ignoraient sa mort, a payé par quelques paroles touchantes un juste tribut à sa mémoire, et rappelé tous les droits qu'il avait depuis longtemps à notre affection.

C'est comme témoignage de cette vive amitié que nous avons désiré, avec l'assentiment de sa famille, poser la pierre qui recouvre son cercueil.

Après avoir payé bien faiblement la dette de l'amitié, permettez-moi, Messieurs, de vous entretenir de l'existence médicale de notre confrère.

Né à Paris le 4 novembre 1796, Mailly fit ses études au collége Bourbon. Sorti de là pour se livrer à l'étude de la médecine, il le fit avec ardeur, et fut nommé en 1817 premier interne des hôpitaux ; en 1819, il reçut la médaille d'or, et le prix d'anatomie de l'Ecole-Pratique.

Il fit son internat sous les professeurs Duméril, Dupuytren et Petit, et devint de ce dernier, non-seulement l'élève zélé, mais encore l'ami qui lui confiait pendant ses absences et ses maladies sa nombreuse clientèle, et se reposait sur lui des soins à donner à sa famille avec laquelle il a toujours conservé des rapports de reconnaissance et d'amitié.

toujours indispensable si l'on veut remédier à un strabisme divergent consécutif, comme celui dont nous nous occupons ici. Ce chirurgien distingué pense que cette opération suffit dans la majorité des cas, et qu'il faut en conséquence toujours commencer par la tenter.

Que si cette opération, dans toute sa simplicité, ne donne pas un résultat complet, c'est-à-dire, n'amène pas le redressement parfait de l'œil, alors M. Jobert termine l'opération en détruisant l'insertion vicieuse du muscle droit interne, et en ramenant l'œil dans la rotation en dedans à l'aide d'un fil ciré, comme l'a fait M. Guérin. Mais, au lieu de passer le fil dans la sclérotique ou dans le fascia oculaire, M. Jobert, profitant de la division du muscle droit externe, fixe son fil dans l'extrémité oculaire du muscle coupé. Ainsi le fil trouve un point d'appui qui offre toute la solidité nécessaire sans exposer à léser aucune partie importante de l'œil.

C'est pour venir à l'appui de ce précepte chirurgical que nous venons d'exposer que nous citerons les deux observations suivantes, sans aucun autre commentaire. Elles sont assez probantes par elles-mêmes.

La première observation montrera que la section simple du muscle droit externe peut suffire pour redresser l'œil affecté de strabisme consécutif, dont nous nous occupons.

Première observation. — La nommée Hembacher, âgée de vingt-cinq ans, a été affectée de convulsions pendant son enfance ; mais elle ne croit point pouvoir rapporter à cette cause le développement du strabisme qu'elle présente actuellement.

Ce vice de conformation n'est cependant pas congénital ; il paraît s'être manifesté graduellement.

A l'époque où cette malade est pour la première fois soumise à cette observation (24 avril 1844), elle présente l'œil gauche dévié en dedans ; mais cette déviation n'est pas considérable ; l'œil est en outre affecté d'un tremblement très marqué. Par moments, la malade voit doubles les objets qui se présentent à ses yeux, et lorsqu'elle marche vite, cette diplopie survenant quelquefois subitement la force à s'arrêter, dans la crainte de se heurter.

Attribuant ce vice de la vision au strabisme existant, M. Jobert propose la section du muscle droit interne de l'œil, et, le 24, il opère la malade par le procédé qui lui est particulier. Deux aides soutiennent les paupières à l'aide des ophthalmostats simples ; puis le chirurgien saisit l'œil avec une fine airigne qu'il implante dans la conjonctive de l'angle interne de l'œil. Cette airigne sert à ramener cet organe en dehors, et est confiée à l'un des aides. Cela fait, une pince à dents de souris très longues et à ressort prend la conjonctive tout près de la caroncule, et, à l'aide de ciseaux courbes sur le plat, le chirurgien divise la membrane muqueuse à ras de l'œil, et dissèque le muscle droit interne. Dès que ce dernier est mis à nu, un crochet mousse l'embrasse et le sépare du globe de l'œil. Enfin les mêmes ciseaux le divisent.

Cela fait, l'œil est abandonné à lui-même ; alors on constate qu'il est un peu entraîné en dehors par le muscle droit externe. Une compresse trempée dans l'eau froide recouvre l'œil et est maintenue par une compresse longuette.

Le lendemain, la malade présente un strabisme divergent complet ; en même temps, il y a encore diplopie ; mais celle-ci ne se manifeste pas dans toutes les directions que prennent les deux yeux. Quand la malade regarde à droite, elle voit simple ; lorsqu'elle regarde en face, il en est de même ; ce n'est que lorsqu'elle regarde à gauche que le phénomène se manifeste. Il est facile de se rendre compte de sa cause. En effet, lorsque la malade regarde en face de soi ou à sa droite, l'œil gauche est tellement dévié qu'il ne reçoit en aucune manière l'image de l'objet que fixe l'œil droit. Il n'en est plus de même dans l'autre cas ; les deux yeux reçoivent les rayons lumineux de l'objet qu'ils regardent ; mais, comme les axes oculaires ne sont pas symétriques et ne convergent point exactement au même endroit, le corps examiné fournit deux images.

Quinze jours après cette opération, M. Jobert, voyant que l'œil n'avait aucune tendance à reprendre sa position normale, pratiqua la section du muscle droit externe de l'œil. Cette opération fut faite avec la même simplicité que la première, et par le même procédé. Immédiatement après qu'elle eut été pratiquée, l'œil se redressa complétement ; et la diplopie disparut en même temps.

Actuellement, l'œil est parfaitement droit, ses mouvements sont libres et faciles, et la vision est entièrement rétablie.

La malade s'est plusieurs fois, depuis, présentée à notre observation, et la guérison s'était toujours maintenue.

Deuxième observation. — Il y a trois ans, M. Jobert pratiqua la section du muscle droit interne pour remédier à un strabisme interne de l'œil gauche, dont la nommée Antoine (Annette) était affectée depuis son enfance.

Le résultat immédiat de l'opération fut très satisfaisant : l'œil ainsi opéré se redressa parfaitement ; mais peu à peu cet organe se dévia de la position qu'il avait prise et se tourna en dehors. Ce ne fut que très lentement qu'un strabisme consécutif se produisit. Mais il finit par devenir extrêmement prononcé, et à tel point, que la cornée touchait à la commissure externe des paupières. Les mouvements de l'œil étaient extrêmement bornés ; le centre de la cornée ne pouvait atteindre la ligne médiane.

Le 16 mai 1844, cette femme fut opérée pour le strabisme externe dont nous parlons. Le manuel opératoire fut le même que celui que nous avons décrit dans l'observation précédente. Aussitôt après la section du muscle droit externe, le globe oculaire se reporta un peu en dedans, sans atteindre cependant sa position normale, et du reste la malade se trouvait dans l'impossibilité de lui imprimer aucun mouvement pour le porter plus en dedans. Le spasme de tout l'appareil oculaire empêcha de rien faire immédiatement. On remit donc à plus tard de remédier à cet accident.

Deux jours après, M. Jobert jugeant que l'insertion du muscle droit interne était trop reculée, puisque l'œil ne pouvait être ramené dans la rectitude, détacha de la sclérotique l'extrémité antérieure du muscle. Cette opération fut assez difficile à cause de la profondeur à laquelle se trouvait le point d'union du muscle avec le globe de l'œil. Cela fait, le chirurgien mit le muscle droit externe à nu, détruisit les adhérences qui commençaient à s'établir entre les bouts divisés de la sclérotique ; il fit ensuite passer un fil à travers la portion du muscle coupé qui s'incère au fascia oculaire, puis ramenant les deux bouts de ce fil en avant, il entraîna par leur intermédiaire le globe oculaire dans la rotation en dedans. Le fil fut maintenu sur la rainure du nez par un emplâtre de diachylon, afin que l'organe de la vision fût maintenu dans la nouvelle position qu'on lui avait donnée. Des compresses trempées dans l'eau froide furent appliquées sur l'œil.

Le 20, le fil se détacha de lui-même ; l'œil était dans la rectitude la plus parfaite.

Quinze jours après l'opération, cette malade a recouvré tous les mouvement de l'œil, qui cependant sont un peu moins étendus que dans l'état normal, ce qui est inévitable après toutes les opérations de strabisme. La cornée occupe bien exactement le centre de l'ouverture des paupières, et il est impossible de reconnaître que cette malade a subi l'opération que nous venons de décrire.

Il y a quinze jours qu'elle a été de nouveau soumise à notre observation, et nous nous sommes assuré que son œil est toujours dans l'état le plus parfait.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.—M. VIDAL (de Cassis).

Revue clinique du service ; par M. DUMOULIN, interne à l'hôpital des Vénériens.

(Suite du n° 100.)

Deuxième observation. — Le nommé Ch..., âgé de vingt-huit ans, mécanicien, couché au n° 31, salle 11, est entré à l'hôpital le 4 juillet, pour un engorgement syphilitique du testicule droit. Il y a neuf ans, il eut une blennorrhagie et des chancres à la couronne du gland. Il fut alors traité à l'hôpital des Vénériens par M. Manec (tisane de salsepareille ; cautérisation des ulcères chaque matin ; copahu contre la blennorrhagie ; celle-ci dure six mois). Depuis lors, aucun symptôme syphilitique n'est apparu jusques il y a trois mois. A cette époque, le testicule droit s'engorgea ; la tumeur s'accrut progressivement et d'une manière uniforme, sans causer de douleur ni la nuit, ni le jour, donnant lieu seulement à un sentiment de pesanteur excité surtout par la fatigue. Le malade affirme que la tumeur a toujours été très égale, régulière ; qu'il n'a jamais constaté de petits engorgements partiels, de petits noyaux d'induration disséminés dans la tumeur. Point de douleurs ostéocopes. (Le malade est très intelligent et a une excellente mémoire.)

A son entrée, le testicule formait une tumeur assez pesante, du volume et de la forme d'un œuf de dinde, seulement un peu plus globuleuse. La peau du scrotum était tendue sur elle et peu mobile ; il fallait une forte pression pour déterminer de la douleur.

Quelle était cette tumeur ? Etait-elle tuberculeuse ? Mais jamais, en pareil cas, quand les tubercules existent seuls, sans complication, la tumeur n'offre un aspect aussi régulier ; elle est quelquefois mamelonnée à sa surface, toujours moins tendue ; et par une exploration des parties profondes, le doigt distingue parfaitement de petits engorgements épars çà et là, surtout à la queue de l'épididyme à la période du début. En outre, il est assez rare d'observer des tubercules dans un testicule pendant trois mois, sans que l'autre commence à s'affecter. Or, le testicule gauche est parfaitement sain.

Serait-ce un cancer du testicule ? Mais l'affection n'a point eu la marche du cancer. Point de douleurs lancinantes ; point de retentissement de la maladie dans le cordon spermatique, qui est à l'état normal ; le squirrhe est ordinairement plus petit et plus dur que dans cette tumeur. L'encéphaloïde a une marche habituellement plus rapide.

Serait-ce une hydrocèle ? On pourrait peut-être le croire d'abord, en n'ayant égard qu'à la forme qui est à peu près celle de l'épanchement séreux dans la tunique vaginale ; mais en soupesant la tumeur, elle semble plus lourde qu'une tumeur humorale ; la tension qu'elle présente ne ressemble point à cette rénitence bien marquée, je dirais presque caractéristique, de l'hydropisie de la tunique vaginale, c'est une sensation différente ; l'on reconnaît une tumeur solide dont on peut suivre les contours, et encore assez dépressible pour en apprécier la dureté ; il n'y a point de transparence ; de plus, un renseignement précieux est celui-ci : La tumeur ne s'est point développée de bas en haut comme il arrive d'ordinaire dans l'hydrocèle, elle s'est accrue d'une manière uniforme et égale en tout sens ; ce n'est donc point une hydrocèle.

Une fois écartée l'idée de l'existence des tubercules, du

C'est par un travail assidu, et à l'école des premiers maîtres, que Mailly sut puiser dans leurs leçons et au lit des malades ce talent d'observation et ce diagnostic certain que nous lui connaissions.

Reçu docteur en médecine en 1821, il fut nommé en 1822 médecin du Bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, et pendant vingt-deux ans il en fit le service avec un dévouement digne d'éloges qui ne se démentit pas à l'époque du choléra.

Nommé médecin des hôpitaux en 1831, il dirigea un service à Saint-Antoine jusqu'en 1837, époque à laquelle il passa à la Pitié et y resta jusqu'à ce jour.

Pendant un service pénible de treize ans dans deux des hôpitaux les plus éloignés, Mailly apporta un tel zèle qu'il en oubliait les heures de son repos et de ses repas. Consacrant de longues heures à examiner ses malades, il avait acquis cette certitude de diagnostic qui lui faisait adopter sans hésitation le traitement qu'il croyait convenable ; il le suivait avec la conviction d'un médecin qui s'appuie sur la pratique et non sur la théorie ; aussi ne sacrifiait-il son opinion ni à la complaisance ni à la supériorité médicale, convaincu qu'un médecin probe doit sacrifier son intérêt à l'acquit de sa conscience. Doué d'une politesse extrême, il avait une fermeté qu'il n'abandonnait même pas aux exigences de l'amitié quand il croyait avoir la certitude mûrement réfléchie que son opinion était fondée.

Sa douceur et son égalité de caractère étaient telles que tous ses clients étaient ses amis, et lui vouaient une reconnaissance égale à la confiance qu'ils avaient en lui ; tous le regrettent sincèrement, et jusqu'aux malades confiés à ses soins dans son hôpital, eux qui souvent oublient le nom du médecin qui leur a sauvé la vie et ne le connaissent que passagèrement, se rappellent sa complaisance à écouter leurs douleurs et son zèle à les éteindre, j'en ai vu plusieurs désolés en apprenant sa mort presque subite, quand quelques mois auparavant il leur avait prodigué des soins aussi assidus que désintéressés.

Malgré la reconnaissance dont il était sans cesse entouré et une bonne clientèle, notre confrère était habituellement d'un caractère triste et soucieux ; c'est que, concentrant toutes ses affections sur sa jeune famille, il voyait sans doute avec chagrin la difficulté de lui donner l'aisance nécessaire à son établissement ; car, messieurs, notre ami, non seulement ne laisse à sa veuve et à ses trois enfants aucune fortune, il les abandonne, je ne crains pas de le dire, dans l'indigence, et cependant sa conduite n'a jamais cessé d'être exemplaire, sa dépense parcimonieuse ; mais sans aucun patrimoine que le fruit de sa clientèle, il le consacrait entièrement à l'entretien modeste de sa maison et à l'éducation de ses enfants.

Comme preuve de reconnaissance et d'amitié plusieurs de ses clients ont ouvert entre eux une souscription dans le but de venir en aide à cette intéressante famille et faciliter à un de ses fils le moyen de continuer ses études médicales.

Nous avons à regretter, messieurs, dans le docteur Mailly, un médecin instruit, un excellent confrère, un ami dévoué.

Comme médecin, nous avons été souvent dans le cas de recourir à ses conseils, et toujours ils nous ont éclairés et satisfaits.

Comme confrère, jamais aucun de nous n'a eu à se plaindre de ses procédés ; il nous a toujours montré une confraternité et un désintéressement dignes d'éloges.

Comme ami, il s'est toujours empressé de donner à ceux de nous qui les ont réclamés des soins aussi assidus que fraternels.

L. BAYARD, D.-M., président de la Société ;
L. BRUNET, secrétaire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Août 1844.

Nouvelle manière de panser les malades après l'opération du phimosis ; par M. VELPEAU.

M. Velpeau, qui préfère depuis longues années l'incision simple de la région inférieure du prépuce, met en usage un genre de pansement tout différent de celui qu'emploient les autres chirurgiens. Il est effectivement établi en loi dans la pratique, qu'après l'opération du phimosis, il faut tenir le prépuce soigneusement retiré derrière le gland, afin d'empêcher les lèvres de la plaie de se remettre en contact, de pouvoir se recoller. Or, ce pansement qui exige ou une croix de Malte perforée ou quelque autre pièce de linge convenablement disposée, et un bandage ordinaire assez difficile à maintenir, est complétement inutile. Voici ce qui arrive quand, après l'opération, on abandonne les parties à elles mêmes, quand on laisse le prépuce fendu libre au-devant du gland. Le prépuce est principalement composé de deux couches, la couche tégumentaire externe ou cutanée, et la couche tégumentaire interne ou muqueuse. Ces deux couches sont tellement mobiles et souples, que leurs bords ne manquent pas de se rouler sur eux-mêmes aussitôt qu'ils sont divisés. C'est la peau principalement qui s'enroule ainsi sur la plaie ; il s'ensuit que les bords de la division n'ont aucune tendance à se recoller, car ils ne sont pas en contact comme on se l'était imaginé, puisque la peau vient s'y interposer d'elle-même.

Cette simple remarque indique tout de suite la marche à suivre après l'opération du phimosis. C'est qu'on peut laisser le prépuce au-devant du gland. Les parties ainsi abandonnées à elles-mêmes, n'apportant aucun tiraillement, n'exigent à la rigueur aucune sorte de pansement. La peau tend à se rapprocher naturellement de la membrane muqueuse, et la plaie ne tarde pas à se cicatriser. Cependant il est bon de tenir sur elle un peu de charpie enduite d'un corps gras, et d'envelopper le tout d'une compresse et de quelques tours de bande. Il y a maintenant six à huit ans que M. Velpeau emploie cette manière de faire, et il n'a eu jusqu'à présent qu'à s'en louer. Il avoue toutefois que l'ancienne méthode doit être préférée dans certains cas ; il a même eu recours quelquefois à la suture des bords de la division pour obtenir une réunion immédiate de la plaie ; dans quelques-uns aussi, au lieu de la fente du prépuce, il a mis en usage la circoncision ou l'excision de cette sorte de fourreau.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule d'une poudre résolutive applicable aux inflammations des organes parenchymateux ; per M. le Dr RUPPIUS, de Dresde.

Pr. Calomel préparé à la vapeur,	40 centigrammes ;
Tartre stibié,	5 id. ;
Laudanum liquide de Sydenham,	8 gouttes ;
Sucre blanc,	8 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, divisée en huit doses égales.

On donne, toutes les deux heures, une de ces doses délayée dans un peu d'eau ou d'une tisane appropriée.

Cette poudre résolutive est d'un rouge très répandu dans la pratique des médecins allemands, qui disent en obtenir d'excellents effets lorsqu'il s'agit d'accélérer la résolution des phlegmasies d'organes parenchymateux. (*Hufeland's Journal.*)

Formule d'une potion résolutive antistrumeuse ; par le Dr HEIM, de Berlin.

Feu le docteur Heim, l'un des praticiens les plus célèbres et les plus répandus de Berlin, au commencement du siècle, employait avec le plus grand succès, dans les cas d'atrophie mésentérique, au début de l'affection, la potion suivante,

Pr. Acétate de potasse,	4 à 8 grammes.
Extrait de ciguë,	20 centigrammes.
Eau commune,	90 grammes.
Sirop de pavot,	30 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

On donne quatre fois par jour une cuillerée à bouche d'enfant aux petits malades.

M. le docteur Romberg, professeur à l'Institut polytechnique de Berlin, prescrit souvent cette préparation et affirme qu'il en retire constamment des avantages marqués. (*Journ. fuer Kinderkrankh.*)

cancer du testicule et de l'hydropisie de la tunique vaginale, il y a tout lieu de croire que cette tumeur est un engorgement syphilitique du testicule; son développement, sa forme, l'existence de chancres antérieurs, tout le fait présumer. Le traitement mercuriel employé (pilules de Dupuytren) a confirmé la justesse du diagnostic; la tumeur a diminué peu à peu de volume, et maintenant elle est certainement moitié moindre. — Des frictions avec l'iodure de plomb sont faites deux fois par jour.

Maintenant que la tumeur n'est plus la même, l'on peut plus facilement reconnaître un peu de sérosité épanchée, mais fort peu, une cuillerée et demie à peu près; M. Vidal lui a donné issue par une ponction avec la lancette. C'est d'ailleurs une chose fréquente que la complication d'une hydrocèle en pareil cas. L'on commence à distinguer maintenant le testicule de l'épididyme. Le malade suit encore le traitement mercuriel.

Ce sarcocèle syphilitique, comme celui que j'ai cité en premier lieu, n'a point été précédé d'affection syphilitique de la peau ou de la gorge; mais il en diffère par le temps fort long qui sépare l'accident primitif de ce symptôme ultérieur. Il y a entre eux une période de neuf années, pendant laquelle le malade a joui d'une bonne santé; c'est un fait à noter, car bien rarement les manifestations consécutives de la syphilis attendent aussi long-temps pour se produire.

§ III. *Tubercules du testicule gauche. — Désorganisation précédente du testicule droit. — Syphilis constitutionnelle antérieure.*

Le nommé W....., âgé de cinquante et un ans, couché au n° 15, salle 9, est entré à l'hôpital dans le service de M. Vidal, pour une tumeur des bourses qu'il porte depuis longtemps. Voici l'histoire de cet homme: il a eu autrefois (il ne peut fixer l'époque) une blennorrhagie et en même temps des chancres sur le gland; la blennorrhagie passa à l'état chronique et dura fort long-temps; mais jamais elle ne se compliqua d'épididymite. Il y a sept à huit ans il eut des ulcérations à la gorge, et simultanément une affection de l'anus mal déterminée, probablement des pustules. Il y a deux ans et demi, le scrotum paraît avoir été le siège de tubercules. Le malade ne se rappelle plus les traitements qu'il a suivis contre ces divers accidents vénériens.

Peu de temps après les ulcérations de la gorge, c'est à dire il y a sept ans environ, le testicule droit devint volumineux, acquit peu à peu durant neuf à dix mois le volume d'un gros œuf, puis il se fit une ouverture spontanée, assez large; la suppuration dura un an et demi à peu près, et la désorganisation du testicule fut complète. Une semblable affection atteignit le testicule gauche, environ cinq mois après le début de la maladie dans le testicule droit; du côté gauche, la période de ramollissement se fit très long-temps attendre; elle ne date que d'une année. Pendant ces destructions successives des deux glandes séminales, l'état général est resté normal.

Le 24 juin, lors de l'entrée de ce malade, voici dans quel état se trouvent les bourses:

Du côté droit il n'y a plus de testicule; les enveloppes seules demeurent; on remarque une cicatrice froncée de 2 centimètres. En examinant avec soin les parties, on distingue une enveloppe peu épaisse, mais consistante, fournissant à peu près la sensation qu'on éprouverait en roulant entre les doigts deux feuillets de parchemin trempés dans l'eau, c'est sans doute la tunique albuginée, vide du testicule, qui fournit cette sensation; on distingue très bien, en outre, l'épididyme réduit à un très petit volume ainsi que le cordon.

Du côté gauche, l'on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf, mais plus arrondie à ses extrémités; elle est assez régulière et bien circonscrite; la peau est normale et mobile sur la tumeur. A la partie antérieure se trouve une ouverture placée transversalement, déprimée, dont les bords sont formés par la peau rentrée sur elle-même, large d'un centimètre et demi, et par laquelle s'écoule depuis un an un liquide d'abord épais, jaunâtre, grumeleux, puis un liquide moins épais, visqueux et filant. Cette ouverture est le résultat de plusieurs autres qui se sont ainsi réunies en une seule. Quelques petits pertuis fermés se voient d'ailleurs aux environs.

Le sujet de cette observation est un homme robuste, qui paraît jouir d'une bonne santé, mais il est affaibli par les privations et la misère. Il porte à la partie supérieure et latérale du cou, et derrière l'oreille gauche, des traces indélébiles d'abcès scrofuleux. Il affirme d'ailleurs, d'après ce que lui auront dit ses parents, avoir eu des engorgements ganglionnaires nombreux pendant son enfance.

Quelle est la nature de cette tumeur? Un squirrhe, un sarcocèle syphylitique ou des tubercules du testicule? Je crois pouvoir démontrer par voie d'exclusion qu'il s'agit de tubercules du testicule. Sans avoir assisté au début de l'affection, période précieuse, en effet, pour préciser le diagnostic, quelques circonstances tirées de la marche de la maladie, de la forme de la tumeur, du liquide expulsé, font rejeter l'idée du squirrhe. En effet, dans cette dernière affection, on observe des douleurs lancinantes caractéristiques du cancer. La pression est douloureuse; la production morbide est isolée, seule, et son développement n'est point successif; il ne va point d'une glande à l'autre, comme les tubercules. Le cancer ne traverse point ainsi ses phases d'évolution jusqu'à l'élimination complète du produit morbide sans altérer l'économie toute entière, sans que les ganglions lymphatiques voisins soient exempts d'altération.

Le squirrhe offre plus rarement que le tubercule une surface arrondie et bien circonscrite. Dans le cas de tubercules, les fontes sont successives; aussi se fait-il plusieurs ulcérations plus ou moins rapprochées qui se réunissent souvent en une seule et laissent échapper un pus grumeleux; ce qu'on ne voit pas dans le squirrhe.

Quant à l'hypothèse d'un engorgement syphilitique, elle n'est pas complétement dénuée de fondement. En effet, il peut très bien se faire qu'au commencement les testicules aient été influencés par la syphilis qui avait déjà produit des affections consécutives, et que ces engorgements syphilitiques aient été l'occasion, chez un sujet scrofuleux, de l'évolution des tubercules. Mais je crois rationnel d'admettre que l'individu tel qu'il s'est présenté à notre observation, est affecté de tubercules du testicule gauche, car il est bien rare que l'engorgement syphilitique arrive spontanément à une fonte quelconque, tandis que c'est la marche naturelle, normale, du tubercule.

Depuis son entrée, ce malade a été soumis à l'iodure de potassium (3 grammes par jour); il en a pris maintenant 150 grammes; la tumeur a diminué de volume, et la suppuration est bien moins abondante; l'ulcération est même moins large, et semble tendre à la cicatrisation.

§ IV. *Des Ulcères de la gorge.*

Les affections syphilitiques consécutives des muqueuses correspondent assez bien à des formes de syphilides. Du reste, ces affections des muqueuses se résument le plus souvent en une seule manière d'être, l'ulcération; mais celle-ci, suivant la forme dont elle dérive, est plus ou moins profonde, et offre une tendance plus ou moins grande à s'étendre et à détruire les parties sur lesquelles elle naît. Certains ulcères de la gorge peuvent rester longtemps stationnaires, et leur traitement n'est point d'une utilité très immédiate; tandis que d'autres revêtent pour ainsi dire la forme phagédénique, rongent en peu de temps une énorme étendue de tissu; aussi est-il d'une extrême importance, dans ces cas, de soumettre très promptement les malades à un traitement antisyphilitique. Quelquefois, dans cette forme phagédénique de l'ulcération, on voit une couche pultacée, diphthéritique bien manifeste; ces derniers ulcères de la gorge coïncident fréquemment avec la syphilide bulleuse, celle qui s'observe surtout chez les vieillards, les individus cachectiques. Je vais citer deux observations intéressantes de la gorge, tous deux de nature différente. Le premier offrait une surface grisâtre, pultacée, comme gangréneuse en quelques points et faisant des progrès assez rapides; le second, plus bénin, et ayant une marche moins fatalement désorganisatrice, consistait en une ulcération assez superficielle du voile du palais et des amygdales.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Empoisonnement par la liqueur de Fowler; par M. le Dr HILDRETH, de Zauesville (Ohio).

Une jeune fille de couleur, âgée de douze ans, et affectée de chorée, fut soumise par son médecin à l'action de la solution arsénicale de Fowler.

Ce médicament lui fut prescrit à la dose de dix gouttes, trois fois par jour, dans un excipient approprié. Mais la malade ne pensant pas que la dose fût assez forte, crut devoir en prendre vingt ou trente gouttes chaque fois, et cela sans en prévenir son médecin.

En peu de temps, le médicament, pris à doses aussi fortes, détermina tous les accidents d'intoxication, et on fut obligé de recourir à l'administration des antidotes usités contre les préparations arsenicales.

L'empoisonnement ayant été combattu victorieusement, la jeune fille, en revenant à la santé, eut le plaisir de se trouver en même temps délivrée de tous les symptômes de son affection primitive, c'est-à-dire de la chorée.

NOUVELLES.

Le concours d'aggrégation, section des sciences anatomiques et chimiques, ouvert en dernier lieu devant la Faculté de médecine de Paris, a été clos le 29 août dernier.

A la suite de ce concours, ont été nommés agrégés près ladite Faculté, MM. les docteurs Béclard et Duméril, pour l'anatomie et la physiologie, et M. le docteur Favre pour la chimie.

— Par suite du concours ouvert le 1er août 1844, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, M. le docteur Joyeux a été désigné pour la place vacante, section de médecine.

— La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien offert de relatif aux sciences médicales.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 104. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Inversion complète de l'utérus. Pertes continuelles. Ablation du fond de l'organe. Péritonite. Mort.

Joséphine Rossin, âgée de trente-cinq ans, est entrée à la Charité pour se faire traiter de pertes continuelles qui l'épuisent depuis plusieurs années. La cause de ces pertes se trouve dans un renversement complet de l'utérus existant depuis un accouchement qui remonte à trois ou quatre ans.

L'inversion de la matrice, qu'elle soit incomplète ou complète, n'est pas toujours reconnue après le travail. C'est qu'en effet, pour s'apercevoir de l'accident, il est nécessaire de porter la main sur l'organe, et beaucoup de praticiens négligent de s'assurer, après l'accouchement, de l'état dans lequel se trouve l'utérus.

Il est d'autant plus difficile de reconnaître le renversement, que les phénomènes qui en sont la conséquence ne diffèrent pas de ceux qui suivent ordinairement la parturition.

La perte de sang que cet état amène semble naturelle, puisqu'on l'observe aussi dans les premiers jours qui suivent l'accouchement où tout s'est passé de la manière la plus régulière.

L'utérus, il est vrai, quand il y a eu inversion, peut assez facilement encore se réduire dans les premiers jours qui suivent le travail; mais quand l'accident date de quelques mois, la réduction devient complétement impossible. Nous ne savons pas s'il en existe des exemples après le temps que nous indiquons. Si l'on cherche la raison de l'impossibilité de rendre à la matrice sa situation normale, on la trouve dans le retour de l'organe à sa densité, à son épaisseur et à sa forme primitive. En effet, s'il est impossible, et cela est, de retourner l'utérus dans son état ordinaire, on comprend que la même impossibilité existe alors qu'il a été retourné à une époque où son volume et son organisation permettait cet accident.

C'est donc là une difformité irremédiable. Malheureusement les conséquences en sont telles, que la vie de la malade ne tarde pas à être compromise. La femme est bientôt prise d'hémorrhagies successives qui l'épuisent et la tuent.

Nous avons déjà vu cinq cas de cette espèce; l'un, avec M. Marjolin, chez une dame de Lyon; un autre chez une dame de Châtellerault; un troisième à l'hôpital de la Charité; un quatrième avec M. Capuron; un cinquième il y a fort longtemps, et celui-ci.

Dans tous ces cas, la maladie était parfaitement la même, et s'accompagnait des mêmes symptômes. On essaya, dans le premier, les astringents, des corps solides à l'intérieur du vagin; rien ne put être utile.

C'est qu'en effet il n'y a guère, contre une pareille maladie, que la destruction de l'organe; mais c'est là, on le comprend bien, une opération des plus graves. Il est évident pourtant que si l'on ne s'y résout pas la femme doit succomber infailliblement sous l'influence des pertes réitérées qu'elle éprouve. S'il est pour elle une seule chance de salut, on ne la peut trouver que dans une opération très grave, il est vrai, mais que pourtant nous avons vue une fois déjà suivie de succès.

Deux méthodes se présentent pour y procéder : la ligature et l'excision.

La ligature expose à des douleurs atroces, aux convulsions, à la péritonite. L'excision peut être suivie d'hémorrhagie impossible à arrêter et de péritonite. Nous sommes donc entre plusieurs grands dangers.

La dame de Châtellerault, dont nous parlions tout à l'heure, fut soumise à l'excision dans des conditions qui méritent d'être rapportées. Les médecins qui avaient vu la malade, et son médecin particulier, croyaient à l'existence d'un polype. Ce dernier vint nous chercher à l'hôpital afin d'opérer immédiatement pour des raisons qu'il nous exposa. Nous acceptâmes l'idée d'un polype; mais en opérant, la femme souffrit beaucoup, et nous nous aperçûmes de l'erreur commise. Du reste, l'opération fut suivie d'accidents nerveux d'une intensité extrême. Cependant tout se calma peu à peu; la malade guérit sans se douter de l'opération qu'elle avait subie, et elle fut même très étonnée de ne point voir revenir ses règles.

Une autre femme opérée à l'hôpital périt à la suite d'une hémorrhagie.

Ici la tumeur qui occupe le vagin est évidemment l'utérus retourné. Voici comment nous procéderons à l'opération.

La matrice sera saisie avec des pinces, et des érignes seront implantées dans sa substance; l'organe sera lentement amené au dehors pendant que des aides feront des pressions sur l'hypogastre.

Quand les érignes pénètrent dans la substance de la matrice, la femme éprouve une douleur vive, caractère important qui permet toujours de distinguer l'utérus d'un polype pour lequel il pourrait être pris dans quelques cas. Ordinairement, quand on saisit ainsi un polype, la femme ne manifeste pas qu'elle s'en aperçoive; l'implantation de l'instrument se fait sans douleur, et cela se conçoit, puisqu'il ne s'agit pas alors de tissus naturels susceptibles de transmettre au cerveau une impression quelconque. Nous disons que cette souffrance ou cette absence de douleur est un signe sur lequel on doit insister, parce qu'il est des cas où il est difficile de décider si le corps qu'on saisit est un polype ou un utérus. Sans doute on avoue que certains polypes peuvent avoir des rapports de forme, de couleur avec la matrice; mais on ajoute que l'utérus est plus rouge, plus vineux. Ce n'est certainement pas là un signe pathognomonique. On ajoute encore qu'avec le polype on trouve un collet, un bourrelet circulaire à l'endroit où il pénètre dans la matrice; cela est vrai; mais, par exemple, l'utérus semble avoir un pédicule. Un meilleur signe, le meilleur de tous, c'est le vide qu'on rencontre entre la vessie et le rectum, et on l'apprécie admirablement en plaçant une sonde dans la cavité vésicale, et en touchant par l'intestin, si l'on rencontre la sonde, évidemment la matrice manque en son lieu, et c'est elle qu'on sent dans le vagin. Cependant, on pourrait encore, même par ce moyen, commettre quelque erreur; car personne n'ignore qu'il est certains polypes qui entraînent avec eux l'utérus, et qu'on peut voir des renversements de l'utérus accompagnés de polype, produits par le polype même.

Nous avons opéré, il y a un an environ, une femme d'une tumeur grosse comme le poing; nous en avons pratiqué l'excision. Nous avouons que nous nous demandâmes pendant un moment si nous opérions sur un polype ou sur l'utérus; nous vîmes bientôt pourtant qu'il s'agissait du premier. Nous eûmes le malheur de voir succomber cette femme à une péritonite que rien ne put arrêter. On trouva à l'autopsie le fond de l'utérus entraîné par le polype. On aurait pu croire à une inversion; c'en était bien une en effet, mais secondaire pour ainsi dire, survenue par suite de la présence du polype.

En résumé, nous concluons donc que la sensibilité de la tumeur est un signe d'une haute importance pour établir une distinction entre un polype et la matrice.

La tumeur étant donc saisie comme nous l'avons dit, et amenée à l'extérieur, nous la traverserons dans sa racine par deux gros liens. Ce temps de l'opération exige de la prudence et de la reflexion, car on doit traverser deux fois le péritoine; le rectum et la vessie sont très rapprochés : il ne faut donc pas que ces fils soient portés trop haut, dans la crainte de léser un de ces deux organes ou tous les deux à la fois. Il faut se convaincre qu'on ne traversera que l'utérus en pinçant la partie sur laquelle on va porter l'aiguille, de manière à s'assurer qu'on va agir sur un organe épais, dense, comme l'est l'utérus, et non sur des surfaces minces, membraneuses, ainsi que le sont les deux parties à éviter. On examinera encore, pour la même raison, si la vessie n'est pas descendue, ou l'intestin remonté.

Ces fils ainsi passés dans la racine de la tumeur, ont pour but de se mettre en garde contre l'hémorrhagie; car à la suite de l'excision de la matrice, il est complétement interdit de songer à la ligature des vaisseaux. On sait que dans l'utérus, les canaux sanguins sont comme creusés dans l'épaisseur des parois de l'organe; ce ne sont pas des tubes dont le calibre puisse être obturé au moyen de fils, comme on le pratique pour les artères ordinaires. Ce n'est donc qu'à la ligature médiate ou à la cautérisation qu'on peut avoir recours contre l'hémorrhagie.

Nous nous sommes demandé si la cautérisation ne devrait pas être employée ici; mais en réfléchissant que l'eschare résultant de cette cautérisation ne pourrait manquer de retentir dans les organes du ventre, et qu'elle serait susceptible, lorsqu'elle se détacherait, d'amener un épanchement de pus dans le péritoine, on conviendra que la ligature paraît devoir produire de moins fâcheux résultats.

Les fils étant passés, il semblerait naturel de ramener une de leur moitié sur l'un des côtés et la seconde moitié sur l'autre; aussi était-ce d'abord notre intention. Mais chez la femme que nous avons opérée il y a trois mois, le lien ayant été appliqué circulairement dans l'espérance que la portion renflée qui le dépassait suffirait pour le maintenir, il était arrivé que, les parties remises à leur place, c'est-à-dire remontées dans le bassin, cette portion renflée, ce moignon de l'organe, s'était effacé dans son retrait, et le lien circulaire s'était détaché pendant la journée même de l'opération : d'où une hémorrhagie considérable.

Le mécanisme par lequel un lien placé de la sorte est exposé à tomber, peut s'expliquer de la manière suivante : Au moment où on l'applique, la tumeur est fortement attirée à l'extérieur; or, la matrice étant à l'envers, retournée complétement, tend sans cesse à reprendre sa forme première, et quand les parties sont rentrées, les tiraillements incessants qu'exerce cette tendance de l'utérus finit par faire glisser le lien, ou pour parler plus exactement, ce n'est pas le lien qui s'échappe, c'est le tissu qui fuit sous lui.

En traversant la matrice elle même avant de lier circulairement, il y aurait sans doute plus de chances pour que cet accident n'arrivât pas; cependant il ne serait pas encore impossible. Aussi, il nous a semblé qu'il était préférable de placer deux ou trois liens d'un côté à l'autre, qui, se réunissant en avant, agiraient comme le fait la suture qu'on emploie dans le bec-de-lièvre, par exemple. Ces fils, ainsi disposés, ont pour but de produire le rapprochement des surfaces vives; il nous a semblé que, de la sorte, nous serions mieux à l'abri de l'hémorrhagie.

Les fils disposés, il faut procéder à l'excision; elle ne comprendra que le fond et une portion du corps de l'utérus: cela nous paraît suffisant pour arrêter les hémorrhagies qui épuisent cette femme. De plus, nous nous efforcerons de couper de manière que la plaie présente deux plans regardant tous deux l'un vers l'autre, afin que l'affrontement se fasse mieux sous l'influence de la ligature.

L'opération a été immédiatement pratiquée d'après les règles tracées par M. Velpeau; le vagin a été tamponné, et l'opérée reportée dans son lit.

Les deux premiers jours, la malade a accusé des douleurs vives dans le ventre, qui s'est ballonné, en restant cependant peu sensible. Le lendemain de l'opération, elle n'a pas encore uriné; elle a dû être sondée deux fois. Le pouls ne donne pas plus de 80 pulsations; la langue est pâle et humide; la face n'est pas grippée. — Cataplasmes de farine de lin laudanisés; eau de Seltz.

Les symptômes de la péritonite vont en s'aggravant. (Frictions mercurielles à hautes doses.) L'épuisement de la femme par les hémorrhagies antécédentes ne permet pas de recourir à la médication antiphlogistique.

La malade succombe. PAJOT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Méningite cérébro-spinale.

Le 7 août, est entrée une jeune fille âgée de quinze ans, non réglée, habitant Paris depuis un an. Les renseignements que l'on a sur les antécédents de cette malade sont peu précis. On sait seulement que depuis deux mois elle éprouve de la céphalalgie et de la faiblesse des membres inférieurs. Il y a dix à douze jours, ces accidents ont pris plus d'intensité; il s'y est ajouté une constipation opiniâtre, et deux jours avant l'entrée à l'hôpital la faiblesse augmenta beaucoup, et la bouche se dévia à droite.

A la visite, la malade présenta l'état suivant : Constitution assez forte; pouls à 68; céphalalgie et vertiges; pas de troubles des sens; aucune éruption appréciable; respiration pure: douleur et roideur dans la partie postérieure du cou; langue blanche, humide, sans enduit; soif médiocre; ventre indolent; pas de selles. — Solution de sirop de groseilles; un lavement; diète.

Le 8, température de la peau presque normale; pouls à 72, assez faible; céphalalgie frontale assez vive; parole brève; délire loquace; pupilles naturelles; strabisme. La douleur et la roideur de la partie postérieure du cou se sont étendues à la colonne vertébrale, qui ne peut être fléchie; la malade se lève tout d'une pièce; la respiration est toujours pure. Il n'y a aucune éruption. La langue est blanche et humide; la soif est assez vive; le ventre indolent; même constipation; le colon est rempli de matières stercorales. — Une saignée de 4 palettes; un lavement.

Le 9, la malade pousse des plaintes; elle a eu du délire qui a duré toute la journée et a continué la nuit. Elle a cherché à sortir de son lit. A la visite, elle est plongée dans un demi-assoupissement; elle ouvre les yeux, et les pupilles paraissent immobiles. 84 pulsations; même roideur de la colonne vertébrale. — 30 sangsues aux apophyses mastoïdes; un vésicatoire au mollet. Le sang tiré la veille, et analysé par M. Routier, interne du service, a donné 2.8 de fibrine.

Le 10, mêmes plaintes; intelligence présente; 104 pulsations; même roideur des muscles du rachis: pas d'éruption ni de râles; gargouillement dans les deux fosses iliaques; même constipation. — 10 nouvelles sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 11, abolition du mouvement dans le bras et le membre inférieur du côté gauche; conservation de la sensibilité dans ces parties, qui ne sont le siége d'aucune contracture. 120

pulsations. Plaintes fréquentes ; céphalalgie limitée à la partie droite du front et à la tempe du même côté. Sens intacts, pas de délire ; aucune convulsion des yeux ; peu de mobilité dans les pupilles, qui sont égales des deux côtés. La tête est portée sur l'épaule gauche. Même roideur du rachis ; même état pour le reste que les jours précédents. — Une saignée de 3 palettes ; 8 sangsues derrière les oreilles ; lavement purgatif.

Le 12, la demi-paralysie observée la veille persiste ; il y a aussi un peu d'immobilité dans la partie gauche du visage ; contracture dans les muscles de la partie latérale droite du col, qui tient la tête fortement inclinée de ce côté ; cris lorsqu'on cherche à ramener la tête vers la direction verticale ; même roideur du rachis ; plaintes et cris toute la nuit ; l'œil est un peu hagard ; pouls à 120, petit non redoublé ; langue naturelle ; pas d'éruption, pas de selles. — 8 sangsues derrière chaque oreille ; eau de Sedlitz. — L'analyse du sang a fourni 3,4 de fibrine.

Le 13, température de la peau très élevée ; plaintes continuelles ; intelligence présente ; 120 pulsations ; même état du rachis et des membres du côté gauche ; pas de contracture ; pupilles toujours peu mobiles ; deux selles involontaires.

Le 14, même état que la veille ; il y a eu de l'assoupissement ; 120 pulsations ; déglutition facile ; une selle. — 10 sangsues derrière le col.

Le 15, l'assoupissement est plus considérable ; la malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse ; elle a cessé de crier et de se plaindre ; 128 pulsations; soif vive, déglutition facile ; ventre plat ; une selle involontaire. — Un nouveau vésicatoire à la jambe.

Le 16, 144 pulsations ; l'œil droit reste fermé et la pupille est insensible à la lumière ; contraction des mâchoires ; immobilité du côté gauche du visage, qui reste sensible. Le mouvement est un peu revenu au bras gauche ; même état de la langue ; un peu d'écume à la bouche dans la journée d'hier ; pas de selles.

Le 17, la paralysie de la paupière droite est plus manifeste qu'hier. La malade est plongée dans un coma dont il est impossible de la faire sortir ; les mâchoires sont fortement rapprochées l'une de l'autre ; pouls à 144, faible et tremblant ; pas de selles. — Une saignée de 100 grammes a été pratiquée ce matin, avant la visite, par M. Routier ; le sang a donné 5,2 de fibrine.

Le 18, même état. L'œil droit est entièrement recouvert par la paupière ; la pupille en est très large et immobile.

Le 19, même dilatation de la pupille droite ; la gauche est presque de grandeur naturelle ; 144 pulsations ; même coma ; carpologie ; quelques grimaces. La sensibilité est toujours conservée dans le bras et la jambe gauche ; pas de selles. — Un lavement.

Le 20, abolition complète de tous les sens ; 144 ; soubresauts des tendons ; sensibilité conservée.

Le 21, pouls à 144, fuyant sous le doigt. La malade meurt un peu après la visite.

Autopsie le 22. — Les circonvolutions de la face convexe du cerveau sont très sèches. A la base, autour du chiasma des nerfs optiques, et au niveau de l'espace cendré perforé, existe une fausse membrane verdâtre, gélatiniforme, imprégnée de fibrine coagulée et verdâtre. Cette fausse membrane se prolonge dans la scissure, au fond de laquelle, dans un point assez reculé, elle entoure les vaisseaux et offre une densité et une solidité assez remarquables. Le trigone cérébral est un peu ramolli, macéré qu'il est par la sérosité. Une assez grande quantité de cette dernière est épanchée dans les ventricules ; elle est légèrement trouble. Les autres portions de la pie-mère et de l'arachnoïde sont exemptes de toute altération. La pie mère du cervelet, ainsi que la substance de l'organe, sont très saines. La substance cérébrale a sa consistance normale.

Dans toute la région dorsale de la moelle, existe une infiltration séreuse opaline de la pie-mère, qui est soulevée par une sérosité opaline, nullement verdâtre. Cette infiltration existe à la partie antérieure, et ne dépasse pas la région dorsale. Le tissu médullaire est très sain. Injection de quelques-uns des petits vaisseaux qui rampent sur le feuillet pariétal de la pie-mère.

A la partie inférieure de l'intestin, existent sept à huit plaques de Peyer un peu saillantes. Le reste de l'intestin est sans injection. La rate est petite ; le tissu hépatique un peu congestionné. Il n'y a pas de tubercules dans les poumons.

— Cette observation est surtout remarquable au point de vue du diagnostic, qui pouvait offrir quelques difficultés pendant les deux ou trois premiers jours de l'entrée de la malade à l'hôpital. Alors on manquait de détails sur les phénomènes qui avaient marqué le début de la maladie ; on pouvait croire à l'existence d'une fièvre typhoïde commençante, et l'analyse du sang de la première saignée venait à l'appui de cette manière de voir. En effet, la quantité de fibrine était à son chiffre normal (2,8), ce qui ne permettait pas de songer à l'existence d'une phlegmasie cérébro-spinale bien déclarée. Cependant, bien des signes de la fièvre typhoïde manquaient ; il y avait, au contraire, un ensemble de phénomènes morbides qui parlaient en faveur d'une méningite cérébro spinale, tels que la roideur des muscles de la partie postérieure du cou et du rachis, la netteté de la langue, le peu de soif et de réaction fébrile, le strabisme, le délire, la constipation, une fièvre typhoïde parvenue au quinzième jour aurait offert des symptômes qui n'eussent plus laissé aucun doute. La langue n'eût pas été nette, il y aurait eu de la fièvre, il y aurait eu ou des épistaxis ou une éruption, ou des râles, ou peut être du dévoiement ; en un mot, quelques-uns des signes caractéristiques de la fièvre typhoïde. Aussi, l'on se décida très promptement en faveur de l'affection cérébrale.

Les renseignements que l'on obtint postérieurement, et la marche croissante de la maladie, vinrent confirmer le diagnostic auquel, dès le second jour, M. Monneret s'était arrêté. L'on ne tarda pas à apprendre, en effet, que cette jeune fille éprouvait depuis deux mois de la céphalalgie, et l'on sait que ce symptôme marque le début de la méningite dans tous les cas. Douze jours avant l'admission, il était survenu une constipation opiniâtre, de la faiblesse des membres inférieurs, de la déviation de la commissure des lèvres. Ces renseignements, à eux seuls, pouvaient servir à poser le diagnostic. Bientôt la maladie se dessina complètement ; la phlogose parcourut ses diverses périodes, et fit successivement élever le chiffre de la fibrine (3,4, 5,2), ce qui est parfaitement d'accord avec les résultats obtenus par les observateurs qui ont traité cette question. Il est à présumer qu'à l'époque où l'on pratiqua la première saignée, l'inflammation n'avait pas atteint un degré d'acuité assez marqué pour amener une modification notable dans la quantité de fibrine, et cependant déjà les symptômes étaient bien tranchés.

Nous terminerons en attirant l'attention sur deux circonstances assez remarquables :

1° L'absence complète de vomissements, qui sont si importants et si constants dans la méningite ;

2° La paralysie, qu'on observe rarement dans cette maladie. Cette paralysie était toutefois incomplète, puisqu'elle ne s'étendait qu'au mouvement, et encore parvenait-on à déterminer de la contraction musculaire en excitant fortement la sensibilité du membre.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Hernies du vagin.

On désigne sous le nom de hernies du vagin, la saillie formée dans ce canal par un organe de l'abdomen, qui, perdant ses rapports normaux et sa situation primitive, pousse au-devant de lui la membrane muqueuse, et détermine la formation d'une tumeur. La hernie du vagin peut être produite par le déplacement des ovaires, par exemple ; c'est le vaginocèle ovarique ; par une anse intestinale, c'est le vaginocèle intestinal. Il peut y avoir une hernie à laquelle on donne le nom de hernie vulvo vaginale, et qui consiste dans la sortie de la membrane muqueuse du vagin par l'ouverture vulvaire ; c'est un véritable prolapsus analogue à celui qu'on observe, mais plus souvent, pour la muqueuse du rectum.

Nous reviendrons sur cette affection au sujet de la chute de la matrice. Enfin il existe le cystocèle, ou hernie de la vessie, et le rectocèle, ou hernie du rectum, dans le vagin.

Cystocèle vaginal.

Le cystocèle vaginal, tumeur herniaire formée par la vessie dans l'intérieur du vagin, est une affection qui n'a guère été bien décrite que vers la fin du siècle dernier. Les causes prédisposantes se trouvent dans le mode d'organisation de la femme, et dans l'accomplissement des fonctions génératrices qu'elle est appelée à remplir. Les accouchements, dans lesquels la vulve et le vagin subissent une distension très grande, prédisposent à ce genre d'affection. Toutes les conditions en général qui déterminent une dilatation du vagin et de ses parois, le tempérament lymphatique, la constitution scrofuleuse, doivent être rangées au nombre des causes prédisposantes les plus puissantes. Le mode d'union de la vessie avec les parois vaginales, l'âge adulte y prédisposent aussi considérablement. On compte à peine dans la science un ou deux exemples de cystocèle vaginal chez des jeunes filles. L'habitude de porter des fardeaux très lourds, les efforts de la défécation, ne sont pas sans influence non plus. La preuve de l'influence qu'exercent sur la production de cette maladie les conditions d'élargissement du vagin, c'est que la plupart des femmes chez lesquelles on la rencontre ont eu un grand nombre d'enfants. Les chutes sur le siége, les applications de forceps, le séjour prolongé de la tête de l'enfant au détroit inférieur, sont autant de causes occasionnelles déterminantes.

Le mécanisme de la formation de ces tumeurs est très simple ; la vessie étant comprimée de haut en bas, et ne trouvant d'issue que vers la partie inférieure, à travers la paroi supérieure du vagin, les parois cèdent, et la vessie fait hernie dans le canal. La tumeur est formée par le bas-fond, partie de l'organe qui est le moins soutenue.

Quels sont les signes auxquels on reconnaît le cystocèle vaginal ? Ils sont fort simple : Lorsque la maladie commence, il semble qu'il n'y ait qu'une augmentation de volume du tubercule antérieur du vagin, vers sa partie inférieure. Cette augmentation de volume devient plus manifeste quand les malades sont dans la station verticale, quand elles font des efforts pour aller à la selle. Dans ces cas, elle est assez considérable pour aller s'appliquer contre la partie postérieure du vagin. Bientôt il se forme une tumeur lisse, polie, qui vient faire saillie à l'ouverture vulvaire.

On lit dans Chaussier la description d'un fait très remarquable de cette nature. Un médecin avait pris un cystocèle vaginal très volumineux pour une tête d'enfant, et se disposait à appliquer le forceps, lorsqu'il fit appeler Chaussier. Celui-ci reconnut à l'instant la nature de la tumeur, introduisit une sonde dans la vessie, et fit sortir l'urine ; la tumeur disparut aussitôt, et la hernie fut réduite par le simple cathétérisme.

Cette tumeur est quelquefois dure, tendue, surtout lorsque la femme fait des efforts un peu prolongés. Elle est fluctuante ; lorsque la vessie est vide, elle se présente sous forme d'une tumeur plissée, froncée, molle. Le canal de l'urètre, par suite de l'existence du cystocèle vaginal, change de direction ; à l'état normal, il se porte d avant en arrière, et de bas en haut. Il y a cette différence entre le premier degré et le degré le plus avancé de la maladie que dans le premier cas, l'urètre est presque horizontal ; et lorsque l'affection a atteint son maximum d'intensité, ce canal devient presque vertical d'avant en arrière et de haut en bas. Cette différence dans les rapports et la direction de l'urètre est d'une importance extrême à connaître, quand il s'agit de pratiquer le cathétérisme, et l'on est souvent obligé de recourir à ce moyen, car un symptôme fréquent du cystocèle vaginal est la rétention d'urine.

Il y a douleur pendant la progression, pendant les efforts de la défécation, principalement lorsque la tumeur est irritée, enflammée. Lorsque l'affection n'est pas très récente, les urines subissent le plus souvent une modification dans leurs propriétés physiques. Elles contiennent un dépôt, un sédiment muqueux, suite d'une complication de cystite et de catarrhe vésical. En même temps, les sels qui se manifestent dans l'urine et dont la quantité est augmentée dans une proportion plus ou moins considérable, se déposent dans le fond de l'organe, et déterminent quelquefois le noyau d'un calcul de la vessie, qui se loge dans la portion dilatée du viscère. Voilà ce que nous avions à vous dire des symptômes du cystocèle vaginal particuliers à la vessie et aux liquides dont elle est le réservoir. Mais ce ne sont pas là tous les phénomènes que l'on observe.

Comme les changements de rapports de la vessie entraînent souvent des changements dans les rapports de la matrice, il s'ensuit que fréquemment le cystocèle vaginal s'accompagne d'un prolapsus de l'utérus. Aussi n'est-il pas rare de voir des chirurgiens peu exercés prendre cette affection pour une simple chute de la matrice, tandis que cet accident n'est qu'un phénomène secondaire, une conséquence, une complication de la hernie dans le vagin. Nous avons expliqué le mécanisme en vertu duquel peut se produire un calcul vésical, par suite de l'existence d'un cystocèle vaginal, et nous avons dit que cette complication n'est pas très rare. Il existe des faits dans la science, de calculs multiples extraits de tumeurs de ce genre. Follet dit en avoir retiré cinq du même organe par une incision ; un autre chirurgien en a retiré vingt-deux.

Comme complication, on peut observer une irritation ou même une véritable inflammation du canal de l'urètre ; une déviation ou un abaissement de la matrice. Dans quelques circonstances, le col peut devenir le siége d'une irritation ou d'une inflammation plus ou moins intense. Fréquemment les parties génitales sont le siége d'un écoulement abondant. Nous avons maintenant dans nos salles une femme affectée d'un cystocèle vaginal, accompagné d'un écoulement qui l'incommode beaucoup plus que la tumeur elle-même.

On rencontre souvent à la fois chez le même individu les trois affections suivantes : le cystocèle vaginal, le rectocèle vaginal et la chute de la matrice. Cela tient à ce que les mêmes causes produisent les trois effets, et qu'une seule de ces causes peut déterminer plusieurs accidents à la fois.

La thérapeutique chirurgicale est très pauvre à l'égard de cette affection. On ne peut redonner aux organes la tonicité qu'ils avaient et que par une cause quelconque ils ont perdue. Le chirurgien devra donc dans la plupart des cas prescrire les injections toniques astringentes pour commencer. Quand ces moyens auront échoué, et ils ne peuvent guère réussir que tout à fait au commencement de l'affection, lorsqu'en même temps la tumeur existera depuis long-temps, les injections n'auront plus aucune valeur et devront être abandonnées complètement.

Il y a pour cette affection deux genres de moyens thérapeutiques : la méthode palliative et la méthode curative. La première consiste à réduire la tumeur, à faire rentrer et à rétablir les rapports des organes, résultat auquel on arrive en faisant coucher la femme horizontalement et en pressant sur la tumeur avec la pulpe des doigts. Mais ce n'est pas là tout, et d'ailleurs ce n'est point aussi facile d'en arriver là qu'on le pense généralement. Il y a quelquefois une rétention d'urine impossible à vaincre à l'aide des moyens ordinaires. Dans les cas de ce genre, il faut s'armer d'une sonde de femme plus courbée que la sonde ordinaire, ou même d'une sonde d'homme. Vous introduisez la sonde horizontalement d'abord, puis il est rare qu'avec quelques légers tâtonnements, vous ne pénétriez pas dans la vessie.

Cependant, il est des conditions qui s'opposent invinciblement à ce que l'on introduise la sonde dans la vessie. Alors il faut avoir recours à la ponction vésicale par le vagin. Pour la pratiquer, on se sert non du trois-quarts ordinaire à hydrocèle, qui est trop volumineux, mais d'un trois quarts explorateur très fin. Ce dernier a l'avantage qu'une fois l'instrument retiré, il survient une petite inflammation qui rapproche les bords de la plaie, la ferme complètement et ne laisse aucun passage à l'urine. Il vaut mieux encore, lorsqu'on le peut, se servir d'un trois quarts conique, qui agit, non pas en incisant par les arêtes de sa pointe, mais en écartant seulement les tissus qu'il traverse.

Quant au mode opératoire, on doit labourer obliquement les parois de la tumeur, et traverser leur épaisseur, de manière à l'introduire dans la vessie de la même façon que les uretères. Un trajet oblique sera plus facile à guérir immédiatement, et s'il reste une fistule il sera plus aisé d'en déterminer l'oblitération. Pour maintenir la tumeur, le plus simple est de mettre une petite éponge sphérique ou cylindrique dans le vagin, vis-à-vis le point où la vessie fait saillie. Cependant, tout simple qu'il paraît, ce moyen n'est pas toujours praticable. Les femmes dont la membrane muqueuse vaginale est douée d'une excessive sensibilité ne peuvent supporter même la présence de cette éponge fine, dont les aspérités les blessent. Les éponges ont encore un autre inconvénient, et beaucoup plus grave : c'est qu'elles s'imbibent des mucosités vaginales qui y séjournent, s'y putréfient, et déterminent sur la membrane muqueuse des érosions, des ulcérations même dont on ne peut toujours se rendre facilement maître. En résumé, quant à la méthode palliative, vous devrez l'employer dans les cas où la maladie sera légère, et n'incommodera pas beaucoup les femmes. Mais si elle devient très intense, si la tumeur devient volumineuse et cause des douleurs vives, vous

serez autorisés à pratiquer une des deux opérations que l'on a conseillées contre cette infirmité.

La première est celle pratiquée par M. Jobert, et qu'il a décrite fort au long dans un mémoire lu à l'Académie de médecine. Elle consiste à enlever une portion plus ou moins étendue de la membrane muqueuse du vagin ; dans la partie correspondant au bas-fond de la vessie. Mais cette opération n'est pas et ne peut être toujours couronnée de succès, car elle ne remédie qu'à la dilatation du vagin, mais ne peut redonner à ses parois la fermeté dont elles auraient besoin pour que le résultat fût permanent. Puis, on ne peut par ce procédé, rétrécir le bas-fond de la vessie dilatée. M. Jobert a suivi deux méthodes pour le traitement du cystocèle vaginal. Par la première, il détruisait avec le caustique des bandes transversales de la membrane muqueuse du vagin ; dans sa seconde, il dirige les bandes dans le sens de la longueur du vagin, en prenant, on le comprend facilement, toutes les précautions possibles pour que la surface interne du vagin ne devienne pas le siége d'une inflammation qui pourrait s'étendre à la vessie.

La direction longitudinale des bandes de membrane muqueuse enlevées par le second procédé, a sur le premier l'avantage de rétrécir le vagin sans le raccourcir. Elle est également préférable dans les opérations qui ont pour but de remédier à la chute de la matrice. Voici comment on procède au manuel opératoire :

La malade étant couchée sur un lit, ou mieux couchée à plat ventre sur des coussins disposés à cet effet, un aide écarte les lèvres. Le chirurgien peut alors avec facilité saisir la muqueuse du vagin à l'aide d'une pince. Une fois cette plicature formée, vous pouvez de suite passer des aiguilles à travers la base du pli, entre la muqueuse et le bas-fond de la vessie. Les aiguilles sont munies de fils doubles. On place ordinairement cinq ou six aiguilles, puis, avec des ciseaux courbes sur le plat, on excise la portion de la membrane muqueuse comprise entre les fils. Vous avez de cette manière en réunissant les fils et en les nouant, une suture à points séparés, suffisante puisqu'il ne passe aucun liquide à travers les bords de la plaie par les points intervallaires. A l'aide des doubles fils, on peut convertir la suture en suture enchevillée.

Telle n'est point, du reste, nous devons le dire, la manière dont M. Jobert a procédé. Il commença par faire sur la partie gauche et sur la partie droite de la tumeur deux incisions ovalaires, puis il disséqua ce lambeau et réunit les bords de la plaie au moyen de la suture entortillée. Si ce procédé a quelques avantages, il peut avoir aussi des inconvénients. Si le chirurgien fait son incision un peu trop profondément, s'il y met trop de force, il est possible qu'il perfore le bas-fond de la vessie. De plus, la dissection du lambeau est plus difficile et peut amener l'inflammation de la vessie par contiguïté de tissus. Ce n'est qu'une fois que le lambeau est taillé que M. Jobert, saisissant des aiguilles dont l'extrémité est en forme de fer de lance, et qui sont contenues dans des gaînes moins longues que l'aiguille de deux ou trois lignes, ce n'est qu'alors, disons-nous, que M. Jobert traverse les lèvres droite et gauche de la plaie. Le nombre des aiguilles varie depuis deux jusqu'à cinq ou six. L'espace situé entre les aiguilles étant refoulé en haut, les fils furent placés ; la traction exercée sur eux suffit pour rapprocher les lèvres de la plaie, et de cette manière les surfaces saignantes se trouvèrent en contact dans toute leur longueur. Puis, M. Jobert, retirant les aiguilles, laissa les gaînes en place, et le tout fut maintenu exactement au moyen de la suture entortillée. Pour éviter tout effort de la part de la malade, et prévenir autant que possible les contractions de la vessie, lors de l'évacuation des urines, une sonde en gomme élastique fut maintenue en place. On pourrait, dans un cas de ce genre, se servir simplement d'aiguilles à bec-de-lièvre au lieu des aiguilles faites exprès dont nous avons fait la description. Telle est à peu près la seule méthode curative que l'on puisse, avec quelques chances de succès, mettre en usage pour remédier au cystocèle vaginal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre. — Présidence de M. Ferrus.

M. le président annonce que M. Forget, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant, assiste à la séance.

— *M. Ségalas* demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Parmi les conclusions que j'ai cru pouvoir tirer de mon travail, se trouve celle-ci : « La lésion traumatique de la moelle de l'épine n'empêche pas la conception, ni la gestation ; mais lorsque cette lésion existe, la parturition chez les femelles d'animaux, et l'accouchement chez la femme, nécessite l'emploi de moyens artificiels soit physiques, soit mécaniques. » La dernière partie de cette conclusion a été combattue par M. Ollivier (d'Angers). Il s'est fondé sur deux faits de paraplégie observés par Chaussier. Ces deux faits, je ne les connaissais pas ; j'ai dû les accepter tels que les présentait notre honorable collègue. Mais je les ai retrouvés dans le *Journal général de médecine*, où notre savant collègue M. Gaultier de Claubry les avait consignés dans le temps à l'occasion d'une observation curieuse de M. Mélier. Ces deux faits, je les ai lus, et je crois pouvoir avancer qu'ils ne disent pas tout à fait ce que M. Ollivier leur a fait dire. D'abord, des deux femmes paraplégiques en question, une seule est accouchée naturellement, par la raison toute simple qu'une seule était grosse. Celle qui est accouchée naturellement n'était pas paraplégique complétement, car elle avait la faculté de conserver les urines et de les rendre à volonté ; seulement le besoin de les excréter se faisait sentir un peu moins souvent, ce qui prouve que la paralysie portait plus sur la sensibilité que sur la contractilité. Puisque chez cette femme la moelle de l'épine exerçait une influence sur la vessie, elle a pu en exercer une sur l'utérus, et dès lors l'accouchement spontané dont on argue contre ma conclusion n'offre rien qui la contredise formellement.

D'ailleurs, je ferai remarquer, relativement à ce fait et à tous les autres semblables qu'on pourrait m'opposer, qu'il y a une grande différence entre les paraplégies occasionnées par les lésions traumatiques de l'épine, et la paraplégie par suite de la présence d'hydatides dans le rachis. Dans le premier cas, les effets sont constants ; dans le second, la compression de la moelle peut varier en intensité, et partant, les effets peuvent, chez le même sujet, se montrer différents dans des temps successifs.

M. Velpeau. Les faits de Chaussier ne seraient pas aussi concluants qu'on l'a cru, qu'il ne s'ensuivrait pas qu'il fallût admettre sans aucune réserve les propositions de M. Ségalas. Je demanderai à notre honorable confrère sur quels faits il l'a établie.

M. Ségalas. Je me suis appuyé sur des faits de physiologie expérimentale qui me sont propres ; sur des faits analogues appartenant à M. Brachet et sur le fait cité par ce médecin d'un accouchement qui a nécessité l'emploi de moyens mécaniques chez une femme paraplégique, et le galvanisme chez les animaux.

M. Moreau. Je connais une dame paraplégique qui, moi l'assistant, a accouché trois fois naturellement. En s'éclairant des lumières de l'anatomie, on voit d'ailleurs que le fait s'explique naturellement ; la matrice reçoit presque tous ses nerfs, non point de la moelle, mais du système nerveux ganglionnaire. C'est ce qui soustrait cet organe à l'empire de la volonté.

M. Velpeau. Il faut considérer aussi que l'accouchement est un phénomène complexe, que deux ordres de contractions musculaires y président ; les contractions de l'utérus, soustraites à la volonté, et les contractions des muscles abdominaux et du diaphragme ; selon la hauteur où siégera l'altération de la moelle, ces dernières pourront être ou ne pas être paralysées, et par là seulement l'accouchement rendu difficile ou impossible, mais non pas par l'influence de l'altération de la moelle sur les contractions de la matrice, auxquelles la moelle ne préside pas. Je suis étonné aussi de ce qu'a dit M. Ségalas relativement à l'innocuité des altérations de la moelle sur les fonctions rénales. J'ai vu plusieurs cas où certainement cette sécrétion était troublée dans la qualité et la quantité de l'urine ; l'urine était moins abondante. Je ne crois donc pas que d'après les faits exposés par M. Ségalas, il y ait lieu à adopter définitivement des conclusions aussi absolues. M. Ségalas s'est-il basé sur des expériences physiologiques seulement ou sur des observations ?

M. Baudelocque. J'ai vu une femme paralytique accoucher très naturellement.

M. Ségalas. Mes conclusions relativement à la sécrétion de l'urine et sur sa composition, sont fondées sur des expériences qui me sont propres et sur deux observations d'hommes paraplégiques chez lesquels par des soins hygiéniques appropriés, les urines ont conservé leurs conditions normales pendant plusieurs mois de suite. Le principal moyen employé a consisté dans l'introduction répétée plusieurs fois par jour d'une sonde de gomme élastique qu'on avait le soin de retirer immédiatement après l'introduction.

M. Dupuy voudrait que M. Ségalas donnât quelques détails sur la manière dont il a fait la section de la moelle dans ses expériences.

M. Ségalas. J'ai coupé la moelle à différentes hauteurs dans la région lombaire, dorsale, cervicale. Je l'ai détruite partiellement dans chacune de ces régions, puis en totalité à partir de la moelle allongée, et constamment j'ai observé que la sécrétion de l'urine était maintenue. Bien entendu que pour la partie supérieure de la région cervicale j'ai dû recourir à la respiration artificielle pour entretenir la vie. Il y a un moyen bien simple de s'assurer si la moelle a été détruite ; c'est d'empoisonner l'animal par la noix vomique. Les muscles qui reçoivent leurs nerfs de la portion de la moelle détruite ne se contractent pas, tandis que les autres, soit au-dessus soit au-dessous de la lésion, offrent des contractions tétaniques.

M. Gerardin. La question de l'accouchement possible ou impossible chez les femmes paralytiques ne me paraît pas pouvoir être encore résolue. Ce sujet demanderait des observations nombreuses, bien détaillés, bien analysées, et jusqu'ici je ne vois guère que le fait de M. Moreau. Je dois dire que depuis douze ans que je suis à la Maternité, où il se fait tous les ans un si grand nombre d'accouchements, je n'ai pas encore vu une seule femme paralytique se présenter pour accoucher. Je ne sais si mon collègue, M. Moreau, en a vu quelques exemples. (M. Moreau fait un signe négatif.)

M. Castel. Dans la dernière séance j'ai dit, contrairement à l'opinion de l'auteur du mémoire, que l'incontinence d'urine qui après une lésion traumatique de la moelle épinière succède à la rétention était l'effet des progrès de la paralysie, et non de la distension ou l'irritation de la vessie. J'ai rendu raison d'un phénomène sublime observé après ces sortes de lésion. Je puis l'appeler sublime, sans m'écarter de la langue de la physiologie, car il atteste, plus qu'aucun autre, la puissance des stimulants moraux sur le système nerveux. « Dans la strangulation, ai-je dit, l'érection est le produit de l'afflux » du sang vers les parties génitales ; dans la paralysie, elle est le pro» duit de l'afflux de la sensibilité ; opprimée dans ses centres, elle reflue sur un de ses pôles. » Notre collègue affirme que, après ces lésions traumatiques, la composition de l'urine n'était pas altérée ; mais l'existence de toute inflammation doit influer sur la sécrétion de l'urine, et aussi sur sa composition ; et une lésion traumatique peut-elle être exempte d'inflammation ? Je ne prétends point que la sécrétion ne persiste pas. Je trouve même dans cette persistance une induction physiologique fort importante, savoir, que les organes sécréteurs, pour exécuter leurs fonctions, n'ont pas besoin des nerfs vertébraux. De quelle utilité seraient à ces organes des communications directes avec les deux principaux centres nerveux ? Elles seraient la source de beaucoup d'anomalies. Et, par exemple, que resterait-il de sensibilité à la disposition des facultés intellectuelles, si tous les phénomènes de la vie intérieure étaient accompagnés d'une perception, si chaque contraction du cœur, de l'estomac, si chaque goutte d'urine arrivant à la vessie retentissait au cerveau ? Ce qui est nécessaire à l'accomplissement des fonctions, ce sont les relations de viscères à viscères, parce que toutes les fonctions sont liées entr'elles. Aussi ont-elles été établies par des ganglions, des plexus, des anastomoses, dont le nombre est proportionné aux besoins de chaque viscère, et qui contribuent à mettre en évidence les plans et la sagesse de la nature dans la répartition de la substance médullaire. Les nerfs ont été distribués aux parties selon l'usage auquel elles sont destinées : de là la division en fonctions et en facultés. Toutefois, dans les unes comme dans les autres, l'action du nerf est subordonnée à une propriété générale. Un nerf serait impuissant pour la motilité, s'il ne sentait point. Cette considération n'est point hors de propos, à une époque à laquelle on fait beaucoup d'efforts pour accréditer une grosse erreur. Il n'y a rien d'absolu dans les différences qui séparent les attributions du système de nerfs qui préside à la vie organique des attributions du système qui préside à la vie de relation. En finissant, je ferai remarquer que les expériences de notre collègue sont en opposition avec une assertion fort téméraire de Legallois, savoir que les racines du grand sympathique sont dans la moelle épinière.

M. Royer-Collard. Pendant la lecture du procès-verbal, j'ai été frappé d'entendre cette proposition : Les phénomènes morbides qui se développent du côté des voies génitales sont plutôt dus à une altération du cerveau qu'à une altération de la moelle. Voilà une idée tellement opposée aux idées reçues, et à ma manière de voir en particulier, que je demanderai que l'auteur de cette proposition veuille bien lui donner quelques développements.

M. le secrétaire annuel relit cette partie du procès-verbal, et il résulte de cette lecture que la proposition émise par M. Castel est moins absolue que ne le croyait M. Royer-Collard.

M. Rochoux craint que dans ces questions on ne tienne pas suffisamment compte de la liaison qui existe entre les deux systèmes nerveux, et du consensus qui en résulte. D'ailleurs, le nombre de faits est trop peu considérable pour que de part ou d'autre on puisse conclure.

M. Moreau. Il y a des femmes qui ont accouché mortes. Un fait authentique à cet égard est celui de Riolan, rapporté dans son *Anthropologie*. Une femme à terme meurt à l'Hôtel-Dieu. On la transporte dans la salle des morts ; le lendemain, on est fort étonné de lui voir un fœtus entre les cuisses. — L'accouchement n'est pas une fonction volontaire, il s'en faut ; les femmes ont beau faire des efforts, elles ne mettent en jeu que les muscles abdominaux, et si bien, qu'au rapport de Portal, une femme se livra à des efforts si violents, qu'elle expulsa la matrice et le fœtus.

M. Ségalas. Je demande à répondre deux mots. D'abord, relativement au phénomène sublime dont nous a parlé notre respectable collègue M. Castel, je dirai que je n'ai hasardé aucune explication sur le phénomène dont il s'agit, c'est-à-dire sur l'érection. Je me suis borné à rapporter le résultat de mes observations et de mes expériences, et à rappeler des faits que j'ai publiés il y a déjà vingt ans. Mais si l'on voulait absolument expliquer l'érection des paraplégiques par suite des lésions de la moelle de l'épine, on trouverait peut-être quelques éléments d'explication dans deux circonstances déjà signalées ici. D'un côté, M. Ollivier (d'Angers) nous a dit que l'érection qui accompagne la pendaison n'a lieu qu'autant que le pendu reste suspendu. D'un autre côté, il résulte des expériences de Legallois, que la destruction d'une portion plus ou moins grande de l'épine diminue l'étendue de la circulation ; dès lors, l'érection peut reconnaître en partie pour cause le trouble apporté à la circulation par l'altération de la moelle. Ce phénomène pourrait donc être considéré, en partie, comme un résultat mécanique.

Quant aux femmes mortes qui ont accouché, il importe de distinguer l'influence de la moelle de celle du cerveau. Coupez la tête à un cabiais ; pincez-lui ensuite la patte du devant, les pattes du derrière s'agitent comme pour venir au secours de la patte pincée. La moelle de l'épine peut donc conserver son activité après que celle du cerveau a cessé ; et partant, l'accouchement des femmes supposées mortes peut s'expliquer par l'énergie encore vivante de la moelle.

M. Velpeau trouve ce fait un peu difficile à croire, que la matrice et le fœtus aient pu passer par des voies si étroites ; il trouve la chose un peu grosse.

M. Baudelocque. Il y a plus de vingt faits dans la science de femmes accouchées mortes. Cela résulte d'un phénomène de putréfaction : il se développe des gaz qui chassent le fœtus.

La discussion s'éteint.

— *M. Martin-Solon* lit un rapport sur un mémoire de M. Hoffmann, de Vienne, relatif à l'emploi du caroube de Judée, contre l'asthme.

Conclusions : remercîments ; renvoi au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées après une courte discussion.

— *M. Papenheim*, professeur de physiologie à Breslaw, met sous les yeux de l'Académie des instruments destinés aux opérations qui se pratiquent dans l'oreille et à la staphyloraphie.

La séance est levée après cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 22 juillet 1844. — Présidence de M. Bataille.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après les rectifications demandées.

— *M. Darcet* fait hommage à la Société de la thèse qu'il a soutenue dans le dernier concours de l'agrégation, et intitulée : Recherches sur les ophthalmies purulentes.

M. Tessereau est chargé d'en faire un rapport analytique.

— *M. Maisonneuve* donne les détails suivants sur la santé de la dame qu'il a dernièrement opérée. Cette dame continue à se bien porter. La plaie, qui est parfaitement cicatrisée, ne laisse pas actuellement traverser le plus petit suintement, et ne donne issue ni à la plus petite odeur fécale, ni au moindre dégagement gazeux fétide. Mais quelque temps après qu'elle a mangé, surtout si elle a pris trop d'aliments, elle éprouve des coliques au moment où les excréments viennent à parcourir la partie de l'intestin où l'opération a été pratiquée. Cette circonstance, du reste, n'offre rien de particulier, attendu qu'elle se remarque dans tous les cas où une lésion quelconque a frappé une portion intestinale. Le parcours de l'intestin est entièrement libre, et la défécation s'exécute avec facilité. Cette dame, en outre, va tous les jours à la promenade.

Communications de faits pratiques. — *M. Homolle* rappelle à la Société qu'il y a quelques mois on observa une épidémie de méningite rachidienne. Il a eu occasion d'en voir trois cas, dont un seul a été mortel. Il a employé avec avantage les préparations opiacées, la poudre de Dower, les vésicatoires à la nuque. Il a fait un usage très modéré des émissions sanguines. Dans le cas qui fut mortel, on rencontra à l'autopsie une abondante sérosité épanchée dans le ventricule moyen.

— *M. Cerise* a la parole pour communiquer un cas de mort survenue à la suite d'une fièvre typhoïde guérie, et dont la cause lui paraît difficile à établir.

Un concierge qui d'habitude jouissait d'une bonne santé, fut atteint l'hiver dernier d'une fièvre typhoïde avec symptômes de bronchite, ainsi que le comportait la constitution médicale régnante alors. La maladie ne fut guérie qu'au bout de deux mois. Il se portait bien depuis environ huit semaines, lorsque tout à coup il fut pris de tristesse ; le désespoir s'empara de lui, et il est poursuivi par la crainte de la mort.

Le jour il allait assez bien, puisqu'il sortait ; mais la nuit il était pris, d'après le récit de sa femme, de la fièvre et d'une grande agitation. En conséquence, on dut lui prescrire du sulfate de quinine. Trois jours après l'invasion de ces nouveaux symptômes, les phénomènes ataxiques les plus tranchés se présentent ; il a de la carphologie, du délire, du hoquet ; la langue est sèche, aride ; la dysurie s'établit, et au bout de vingt-quatre heures la mort arrive. Quel diagnostic porter ? Avait-on affaire à une rechute de la fièvre typhoïde ? Il n'y a pas eu de perforation intestinale, puisqu'il n'y a eu aucun symptôme de péritonite. Malheureusement l'autopsie ne fut pas faite, et ne permit pas d'éclaircir les doutes.

— *M. Cerise* a de nouveau la parole pour rapporter deux cas de maladie nerveuse qui ne lui paraissent pas encore avoir été décrits par les auteurs, et sur lesquels il appelle l'attention de la Société. Ces deux cas s'étant présentés avec des caractères fébriles très prononcés, quoique irréguliers, il croit devoir les appeler fièvres nerveuses, faute d'un terme meilleur, toutefois en les distinguant soigneusement des fièvres graves ainsi nommées par les auteurs, et qui ne sont autre chose que des fièvres typhoïdes. Les maladies observées par notre confrère peuvent durer des mois entiers, sans compromettre l'existence des malades.

Une demoiselle de quarante ans, d'un tempérament nerveux très prononcé et d'un caractère irritable au plus haut degré, présenta dans le courant de trois mois des accès fébriles périodiques ainsi constitués. Tantôt la scène s'ouvrait par un froid partiel siégeant dans les genoux ou les jambes, tantôt par de la chaleur non précédée de froid, mais ils ne duraient toujours qu'une minute au plus ; en même temps la malade éprouvait de l'oppression, des douleurs épigastriques très vives, de la céphalalgie ; son pouls donnait 100 pulsations à la minute. Enfin, l'accès se terminait par une sueur qui durait deux ou trois heures, et qui survenait quelquefois en même temps que le froid des genoux ; mais il revenait quelques heures après avec les mêmes symptômes, qui cependant variaient de siége et d'intensité. De temps en temps, les accès abandonnèrent la forme erratique pour revêtir un caractère périodique plus tranché. A plusieurs reprises, on essaya le sulfate de quinine ; mais ce qui est fort extraordinaire, toutes les fois

que les accès devenaient plus périodiques, le sulfate de quinine, au lieu de couper la fièvre, en rendait les accès plus nombreux et plus irreguliers. La langue présentant un état saburral, on essaya un émétique; tous les antispasmodiques furent employés. En désespoir de cause, on fit prendre le remède du docteur Warbourg, renommé comme antipériodique dans les fièvres des pays chauds; mais tout fut inutile. La maladie n'a cédé qu'à l'emploi des bains froids de trois à quatre minutes, répétés deux, trois fois par jour, et même pendant la nuit, aux heures où l'on supposait que l'accès allait arriver. Pendant tout le temps de la maladie, il y eut inappétence, et la malade ne se soutint qu'avec des bouillons légers.

La maladie a duré trois mois et demi.

C'est encore sur une femme de tempérament nerveux que M. Cerise a fait sa deuxième observation.

Cette dame était affectée primitivement d'une ovarite du côté droit, qui a disparu pour faire place à une ovarite gauche. Depuis que cette maladie existe à l'état chronique et qu'elle est devenue indolente, cette personne est sujette à une série d'accidents nerveux très remarquables. Elle est parfois dans une agitation d'esprit déplorable; alors elle écrit, sa plume vole sur le papier et trace des pages entières sans s'arrêter, tant sa fécondité est surexcitée dans ces moments-là. Il suffit de toucher la région ovarique pour déterminer chez elle un délire spasmodique très prononcé.

C'est vers deux heures du matin qu'elle est prise d'un accès semblable à celui de la dame citée plus haut; alors elle se plaint de douleurs névralgiques qui voyagent dans toute son économie, mais principalement intercostales, et qui provoquent une oppression alarmante. Le sulfate de quinine fut encore ici sans succès. On essaya les bains froids; mais ils ne purent être supportés par la malade, chez laquelle ils déterminaient de l'anxiété et des étouffements plus considérables. Tous les antispasmodiques furent inutilement mis en usage. Alors on eut recours au valérianate de quinine, qui triompha de la maladie en l'espace de trois jours; le premier jour elle en prit 15 centigr., et 30 les deux autres. Ce médicament paraît à notre confrère jouir de propriétés particulières, par suite de la combinaison de deux éléments thérapeutiques actifs; « mais malheureusement il est d'un prix trop élevé, 1 fr. 25 c. le grain. »

M. Belhomme trouve avec M. Cerise que les symptômes décrits ont quelque chose d'insolite, et qu'il n'a pas encore trouvé décrit dans les auteurs; mais comme ces phénomènes-là ne se rencontrent pas souvent, il les considère comme appartenant à des fièvres intermittentes avec accidents nerveux survenus comme complication par suite du tempérament des malades. Dans les cas de ce genre, il pense qu'un changement d'air suffit souvent pour guérir, et il cite à cette occasion l'histoire d'une dame qui avait des accidents hystériques intermittents à qui l'on administrait en vain les antispasmodiques unis aux préparations de quinine. Son médecin habituel, désespéré, lui conseilla alors de changer d'habitation. Elle fut donc confiée aux soins de M. le docteur Belhomme, et par suite de ce seul changement de lieu, les accidents nerveux disparurent. Sans nier l'influence des médications employées par son collègue, il eût été convenable d'engager ces malades à aller à la campagne.

M. Cerise fait remarquer d'abord que cette forme morbide n'appartient pas exclusivement aux femmes, puisqu'il a rencontré un troisième cas chez un homme, et que le déplacement n'a pas toujours toute l'efficacité qu'en attend M. Belhomme, car il l'a employé inutilement, l'une ayant été envoyée à Passy et l'autre à Saint-Germain, pays renommés pour la salubrité de leur air.

— *M. Bourdin* lit en son nom un rapport favorable sur l'ouvrage envoyé par M. le docteur Olterburg à l'appui de sa candidature, et conclut à son admission comme membre titulaire de la Société médico-pratique. Vu l'heure avancée de la séance, l'admission est renvoyée à la séance suivante.

— *M. Blatin* montre à la Société un instrument de son invention, destiné à donner des affusions lentes sur le col utérin et qu'il a nommé en conséquence *Affuseur utérin*.

J'ai, dit il, donné ce nom à un appareil qui est destiné à mettre un liquide médicamenteux ou non en contact permanent avec les parois vaginales et le col de l'uterus quelle que soit la situation de la femme, couchée, debout, ou en marche.

Il consiste en une poche de toile imperméable d'une forme aplatie, et contenant au moins 500 grammes d'eau. Cette poche a deux ouvertures; l'une supérieure, formée par une douille ou entonnoir en corne, qui sert à l'introduction du liquide; l'autre inférieure, qui se ferme à l'aide d'un robinet sur lequel se fixe une canule à injection souple et courbe.

Pour faire usage de l'Affuseur, on l'emplit; on le suspend à l'aide de ses cordons à la partie moyenne et inférieure du ventre; on introduit la canule dans le vagin, et on l'y maintient à l'aide des linges dont la femme doit avoir le soin de se garnir, comme si elle avait ses règles, pour recevoir, au fur et à mesure qu'il s'échappera, le liquide qui n'aurait point été absorbé par les parois vaginales, et qui s'écoulera plus ou moins vite, suivant qu'on ouvrira plus ou moins le robinet de l'appareil.

Afin que l'affusion se fasse d'une manière plus uniforme, que la canule à injection soit d'un contact plus doux, et que les mouvements de la malade tendent moins à la déplacer, il est bon de former à son extrémité olivaire un petit tampon qui en augmentera le volume à volonté, en roulant autour d'elle une petite bande de mousseline; mais comme il serait assez difficile d'introduire la canule ainsi garnie, on coiffera ce tampon avec un petit godet de gélatine ayant la forme d'un dé à coudre un peu conique. Cette capsule, préalablement mouillée, deviendra extrêmement souple et glissante, et pénétrera sans la moindre résistance jusqu'au fond du vagin. En peu d'instants la gélatine se dissoudra, humectée par les mucosités vaginales et par l'eau qu'apportera la canule.

Je me propose d'appliquer ce moyen d'introduction à divers topiques difficiles à faire glisser, tels que des poudres, de la charpie, du coton, etc., soit pour le canal vaginal, l'urètre, le rectum, des trajets fistuleux, etc.

L'action de l'Affuseur sera permanente et facile à graduer; car si l'on fait échapper le liquide goutte à goutte en ouvrant fort peu le robinet, il faudra plus de trois heures pour vider l'appareil. Sans se découvrir et à travers ses vêtements, la malade pourra rendre à volonté l'affusion plus ou moins rapide. Elle pourra vaquer à ses occupations, car ce réservoir si portatif se trouvera complètement dissimulé à raison de sa forme aplatie.

Si je ne me fais illusion sur un moyen thérapeutique que l'expérience n'a point encore sanctionné, on trouvera dans l'Affuseur des ressources qu'on n'aurait point obtenues avec les injections ordinaires, qui sont trop momentanées, dont la force et la température sont trop variables, et qui ne permettent point l'absorption des liquides.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, D.-M.-P.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Observations de chlorose guérie par les pilules de Vallet; par M. Amédée LATOUR.

Je ne crois pas qu'il ait été publié d'observations où la maladie ait été aussi intense et le succès aussi rapide.

Mademoiselle Olinda L., âgée de quinze ans et neuf mois, non encore réglée, est mal portante depuis un an environ. Voici les symptômes que la malade nous accuse, et que nous observons le 2 novembre 1840 : couleur de la peau pâle, comme verdâtre, décoloration des membranes muqueuses des lèvres, des gencives, de la langue et de la conjonctive, blancheur mate de la sclérotique, où se dessinent à peine de petits vaisseaux sanguins très pâles, paupières inférieures bordées d'un demi-cercle bleuâtre très prononcé, palpitations de cœur se faisant surtout sentir dans la marche ascendante ou précipitée, bruit de diable aux artères du cou, céphalalgie ayant principalement son siége aux régions temporales; oppression fréquemment renouvelée; toux sèche, douleur entre les deux épaules; toutefois la percussion et l'auscultation n'indiquent aucun travail de tuberculisation; douleur épigastrique continuelle, mais qui devient plus intense après l'ingestion des aliments; inappétence, constipation, tristesse profonde, affaiblissement musculaire prononcé; éloignement pour tout exercice. La malade avait été depuis un an traitée sans succès par l'eau ferrée. Nous prescrivons les pilules ferrugineuses de Vallet, en conseillant de commencer par en prendre deux par jour, et d'élever progressivement la dose journalière jusqu'à six. La moitié de cette dose doit être prise le matin à déjeuner, et l'autre moitié à dîner dans la première cuillerée d'aliments.

Le 10 novembre, au bout de huit jours, nous trouvons les améliorations suivantes : La malade éprouve moins de palpitations lorsqu'elle monte les escaliers; le bruit de diable est bien moins fort aux artères du cou; la couleur de la peau et des membranes muqueuses s'est animée; la céphalalgie est moindre, surtout depuis trois jours; la gastralgie a aussi diminué d'intensité, et l'injection des aliments est moins douloureuse; la gaieté est revenue, et la malade peut déjà faire de grandes courses sans trop se fatiguer. La dose de pilules a été élevée à huit par jour.

Le 17 novembre tous les symptômes de la maladie après s'être encore amendés, ont disparu presque entièrement; il ne reste plus qu'une légère oppression et un peu d'inappétence. Continuation des pilules à la dose prescrite en dernier lieu.

Le 20 novembre, la respiration n'est plus du tout gênée; l'appétit est très bon. Néanmoins les pilules sont continuées, mais à doses décroissantes, jusqu'au 8 décembre suivant, pour empêcher la récidive, qui en effet n'a pas eu lieu.

— Mademoiselle Aspasie S..., âgée de seize ans, n'est pas encore réglée; un flux séreux, à peine coloré, a seulement paru au mois de juin 1841 pour la première fois, et ne s'est plus reproduit. Elle est malade depuis un an environ; la peau est pâle; les membranes muqueuses sont décolorées; la malade a souvent des épistaxis, et le sang en est pâle et séreux, d'après son récit. La respiration est surtout gênée lorsqu'elle monte les escaliers ou qu'elle veut accélérer la marche, et elle éprouve alors de violentes palpitations; toux sèche, peu fréquente; l'auscultation, pratiquée à la région des carotides, fait entendre le bruit de diable; céphalalgie frontale; bourdonnement dans les oreilles; la malade se plaint principalement de douleurs à l'estomac, qui augmentent après les repas et qui disparaissent souvent tout d'un coup; cependant l'appétit est assez bien conservé; constipation; faiblesse générale : tel est l'état dans lequel nous la trouvons le 8 août 1841.

Prescription. Pilules ferrugineuses de Vallet, élever graduellement la dose de ces pilules de 2 à 4 par jour; infusion de feuilles d'oranger pour boisson.

Le 16 août suivant, il y a déjà une amélioration bien sensible de tous les symptômes; la gastralgie qui tourmentait le plus la malade, a complétement cédé. Le lendemain 17, apparition des règles, dont le sang présente la coloration normale. A partir de ce moment, les progrès vers la guérison sont très rapides. Cette jeune demoiselle n'a pas depuis éprouvé de récidive, et s'est trouvée complétement débarrassée de ses épistaxis.

Cas d'hémorrhagie rebelle à la suite de l'avulsion d'une dent; Par M. le docteur J. HARTMANN.

Un homme vigoureusement constitué, s'étant fait arracher une dent incisive à la mâchoire inférieure, éprouva à la suite une forte hémorrhagie par l'alvéole. Dix ans plus tard, ayant été pris d'une violente odontalgie à l'occasion d'une autre incisive de la même mâchoire qui s'était cariée, il se fit arracher cette dent à l'aide d'un fil. L'opération procura la cessation des douleurs; mais bientôt après une hémorrhagie très abondante se déclara.

Pendant trois jours un médecin, dont le secours avait été réclamé, employa l'application d'un liquide acide et de tampons de différentes espèces, mais sans le moindre succès. Un dentiste, qui fut appelé, essaya sans plus d'avantage de se rendre maître du sang au moyen du cautère actuel.

Le cinquième jour, le malade, très affaibli par la persistance des accidents, fut transporté à l'hôpital général de Vienne, où M. le docteur Bataffa, chef de la division chirurgicale, se décida à recourir sans retard à la compression, et, à défaut du compresseur de Chabert, qui aurait mieux convenu en pareille circonstance, il la pratiqua de la manière suivante :

Il prépara, avec un plumasseau et de la cire, un cône dont l'épaisseur répondait au diamètre de l'alvéole; puis, après l'avoir trempé dans un mélange composé d'eau de Théoden, de créosote et d'acide sulfurique, il l'introduit dans la cavité de laquelle le sang s'écoulait. Il appliqua ensuite par dessus deux tranches préparées avec la même masse et d'une étendue telle, qu'elles recouvraient tout l'orifice alvéolaire; puis, il posa sur le tout une petite plaque carrée, et le maintint en place à l'aide d'un bandage étroit qui fut conduit dans une direction transverse vers les angles de la bouche, et en bas vers le menton. A cet endroit, le bandage fut tiré à l'occiput vers le vertex, et on le termina par des tours circulaires conduits autour du front.

Le malade dut observer un repos absolu de l'esprit et du corps. On lui prescrivit une boisson composée de décoction d'orge acidulée avec l'élixir acide de Haller, et on la lui fit ingérer au moyen d'un petit entonnoir.

Sous l'influence de ce traitement, l'hémorrhagie s'arrêta, le sommeil ne tarda pas à revenir, et le malade reprit rapidement ses forces. Dès le troisième jour l'appareil put être enlevé sans retour des accidents, et le sujet, parfaitement guéri, quitta l'hôpital le sixième jour.

(*Neumeister's Repertorium*)

NOUVELLES.

A la suite d'un concours au Bureau central des hôpitaux, pour trois places de médecins, MM. Vigla Behier et Vernois viennent d'être nommés.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 105. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 5 SEPTEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le premier besoin d'une science est d'avoir une langue. Ce besoin sera long-temps celui de la chirurgie. Des esprits éminents, parmi lesquels M. Roux surtout doit être nommé, l'ont senti vivement. Il nous faut une nomenclature. Chacun doit y travailler, et le rôle de la presse est de contribuer de toutes ses forces à ce résultat important.

Qu'y a-t il de plus vague, de plus confus, que la classe des *tumeurs?* M. Nélaton extirpe un kyste contenant une matière blanche et molle, et il l'appelle un *méliceris.* Beaucoup de chirurgiens ne l'auraient pas dénommé autrement. Mais d'autres, avec autant de raison, l'auraient appelé un *athérome* ou un *stéatome.*

M. Marchal (de Calvi) fait remarquer que ces dénominations ont pour vice commun d'être tirées de l'apparence physique plus ou moins équivoque de la matière contenue dans les tumeurs qu'elles servent à désigner. L'une de ces tumeurs est un méliceris, parce qu'elle contient une substance *analogue* au miel fondu; l'autre est un athérome, parce que la matière dont elle est formée est *assez semblable* à de la bouillie; la troisième enfin est un stéatome, parce qu'elle résulte de l'accumulation d'une substance *semblable à de la graisse ou à du suif.*

Il faut, autant que possible, qu'une dénomination ait rapport au caractère essentiel de la chose à laquelle elle s'applique. Quand on dit *entérite*, on désigne à la fois le *siége* de la maladie et sa *nature*. La terminologie ne peut être toujours aussi explicite. Mais, nous le demandons, est-ce un *caractère essentiel*, pour une tumeur, que d'être formée par une matière qui *ressemble* à une substance quelconque? Peut-on se contenter d'un tel vague dans l'état présent de la science?

Un grand nombre des tumeurs si confusément désignées jusqu'à présent sous les trois dénominations indiquées, ont un siége anatomique précis; elles résultent de l'accumulation dans la cavité d'un follicule ou crypte cutané de la matière sécrétée plus ou moins augmentée et concrétée. Ce n'est pas depuis Béclard seulement que cela est connu: « Le méliceris, l'athérome, la taupe, la tortue, le chalazion, en un mot toutes les loupes, excepté le stéatome, celles qui sont graisseuses et le ganglion, nous paraissent se former dans les glandes sébacées ou folliculeuses de Morgagni. » Girard s'exprimait ainsi, dans sa *Lupiologie*, en 1775. La liqueur de ces follicules, ajoute-t-il, est d'abord fluide et très déliée, *mais par son séjour elle s'épaissit, sa partie subtile se dissipe et le reste ressemble à du suif fondu.* Il dit encore: « Si par une cause quelconque l'émissoire du follicule est bouché, obstrué, comprimé, ou si l'humeur y est filtrée en plus grande quantité qu'à l'ordinaire, elle s'y accumulera, y sera retenue et distendra la glande..... Plus il s'accumulera d'humeur dans le follicule et plus cette humeur perdra de sa fluidité, plus aussi la loupe acquerra de dureté et de volume. Je croirais encore que la même tumeur peut passer successivement par tous les états et de méliceris devenir athérome, » etc. Cette dernière remarque est importante et montre, une fois de plus, qu'on ne peut se fonder sur l'aspect de la matière contenue pour désigner les tumeurs dont il s'agit.

Ainsi il y a une première classe, et une classe nombreuse de tumeurs qui sont dues à l'accumulation de la matière sécrétée dans les follicules cutanés. Ce sont ces tumeurs que M. Marchal (de Calvi) propose d'appeler des *cryptocèles.*

Mais toutes les tumeurs contenant une matière analogue à de la bouillie ne sont point formées par des follicules. Le sang épanché peut éprouver des modifications qui lui donnent cette ressemblance. Alors la tumeur existera dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans l'épaisseur de la peau: on l'appellera une *hématocèle.*

Restent le stéatome et le lipome, pour lesquels nous avons vu Girard faire une exception (nous ne parlons pas du ganglion, qui est aujourd'hui parfaitement défini). Au sujet du stéatome, l'auteur cité n'est pas clair. En effet, il l'admet à titre de tumeur particulière, contenant une matière *qui semble imiter le suif;* il reconnaît (page 10) avec Pecetti, chirurgien de Crotone, que cette matière est de la graisse; puis (p. 47) il dit qu'il peut *y avoir aussi des stéatomes dans les cryptes de Morgagni.* Or, quand le stéatome a son siége dans ces cryptes, en quoi diffère-t-il du méliceris et de l'athérome? On doit donc rester convaincu que cette désignation de stéatome est relative soit à des cryptocèles ou à des hématocèles dans lesquels la matière est un peu plus épaisse que d'habitude, soit à des lipomes. Quant à ces derniers, leur nature n'est l'objet d'aucun doute. Relativement à la dégénérescence possible des stéatomes, dont les auteurs ont parlé, il faut croire que l'on a confondu des tumeurs cancéreuses dans la classe des loupes.

En résumé les tumeurs connues sous les noms de méliceris, athérome, stéatome, lipome, doivent être ramenées à trois classes: 1° cryptocèles; 2° hématocèles; 3° lipomes. Pour plus de régularité on pourrait, suivant M. Marchal, adopter la terminaison *ome:* on dirait alors cryptome, hématome, lipome (de *lipos*, graisse).

— Un garçon d'une quinzaine d'années était entré dans le service de M. Nélaton avec un abcès dans la fosse iliaque gauche. Il n'y avait eu de douleur en aucun point de la colonne vertébrale, qui n'était pas déformée. Ces circonstances firent espérer à M. Nélaton qu'il s'agissait peut-être d'un abcès idiopathique. Une ponction fut pratiquée, et donna issue à du pus jaunâtre, peu épais, mais sans grumeaux et sans odeur. La piqûre resta fistuleuse; elle est encore ouverte. Peu après l'ouverture du foyer, la colonne vertébrale devint douloureuse au niveau de l'insertion des muscles psoas. Aujourd'hui il existe, du même côté, en arrière, presque immédiatement au-dessus de la crête iliaque, un empâtement de la largeur d'une pièce de 5 francs environ, dépressible, dénotant l'extension du foyer dans ce sens. Lorsqu'on presse sur ce point, en ayant fait coucher le malade sur le ventre, le pus sort en abondance par le trou fistuleux de la fosse iliaque. C'est sans doute par suite de l'introduction de l'air dans le foyer que l'épine est devenue douloureuse. Il est à remarquer que le pus n'a point contracté de fétidité.

Voilà donc un exemple d'abcès provenant d'une altération de la colonne vertébrale sans douleur antérieure dans un point de cette tige. Cette douleur n'est pas constante dans la carie de l'épine. Lorsque, chez un individu qui porte une tumeur fluctuante de l'aine ou de la fosse iliaque, une douleur sourde et fixe s'était fait sentir auparavant dans un point de la tige épinière, le diagnostic est presque assuré: on est autorisé à affirmer que la tumeur est un abcès ossifluant migrateur; mais par cela seul que la douleur a manqué, on n'est pas autorisé à nier que la tumeur ait ce caractère.

Quand l'abcès est ouvert, il est possible de trouver un indice dans l'incinération du pus, à la manière de M. Félix Darcet. Si le pus pus incinéré ne donne qu'un tiers de centième de résidu, la collection est idiopathique; s'il en donne un centième et demi, elle est liée à une altération des os. M. Félix Darcet est parvenu plusieurs fois, par ce moyen, à reconnaître du pus ossifluant qui lui avait été adressé par divers chirurgiens. (*Annales de la Chirurgie*, août 1842.)

— Nous avons parlé avec quelque détail (n° du 10 août) du ganglion précarpien (tumeur en bissac; kyste hydatiforme). Un cas malheureux du service de M. Nélaton nous oblige à y revenir. Un jeune homme portait une tumeur de ce genre. Un professeur ayant vu réussir les cautères contre cette espèce de tumeur, conseilla à M. Nélaton d'appliquer, chez le malade dont il est question, plusieurs de ces exutoires profonds sur le kyste. Ce conseil fut suivi. On mit six cautères. Le kyste, ainsi échauffé sur plusieurs points, s'enflamma fortement et suppura. Il fallut pratiquer plusieurs incisions, qui sont devenues fistuleuses. Aujourd'hui, rien qu'à voir la main, dont le diamètre est très élargi dans la région métacarpienne, dont les doigts sont effilés, on a l'idée d'une altération profonde du squelette de la partie; et, en effet, le stylet introduit par les ouvertures fistuleuses, a fait reconnaître divers points nécrosés. Ce cas fâcheux peut se passer de commentaires, et, en présence d'un pareil résultat, l'opinion que nous avons formulée sur la préférence à accorder à l'incision sous-cutanée, par le procédé de M. Barthélemy, prend plus de force. Le praticien éclairé que nous venons de citer a perfectionné l'instrument dont il se sert pour fendre le ganglion sous la peau, en faisant couder la tige métallique. Le maniement de l'instrument est beaucoup plus facile que lorsque la tige et le manche étaient sur le même plan.

— M. Nélaton vient de faire une application très heureuse de la méthode contro-stimulante à l'ophthalmie purulente, chez deux petites malades, dont l'une, âgée de sept ans environ, a pris 15 centigrammes de tartre stibié; et dont l'autre, plus âgée, en a pris 30. Toutes deux ont eu d'abondants vomissements et des selles. La maladie, chez l'une et l'autre, a été enrayée dans l'espace de vingt-quatre heures. Ce sont là de beaux résultats, dont on doit féliciter le chirurgien judicieux qui les a provoqués. Pourtant, s'il s'agissait d'une ophthalmie purulente intense, nous n'oserions nous en remettre à la méthode rasorienne seulement, et nous emploierions concurremment la cautérisation avec le nitrate d'argent en crayon.

Ces faits du service de M. Nélaton nous reportent à un cas de celui de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, qui a surtout rapport à la grave question de la contagion. C'est celui d'une femme qui a été atteinte d'ophthalmie purulente des deux côtés, en donnant des soins à son enfant affecté de la même maladie. Cette femme est séparée de son mari; elle n'a pas d'écoulement blennorrhagique. Ce cas semble donc aussi probant que possible en faveur de la contagion, et vient à l'appui d'observations cliniques et d'expériences déjà connues. Une chose étonne, lorsqu'on médite cette question de la contagion de l'ophthalmie purulente: comment se fait-il, si c'est le contact de la matière sécrétée qui détermine la maladie, que dans les salles de vénériens, où se trouvent tant d'individus peu soigneux, auxquels il doit arriver souvent de porter aux yeux leurs doigts souillés de matière virulente, comment se fait-il, disons-nous, que l'on ne voie pas d'ophthalmies purulentes se développer dans ces salles? Faut-il distinguer, par rapport à la contagion, l'ophthalmie purulente simple de celle qui est liée à la blennorrhagie, celle-ci se développant en raison de conditions générales intrinsèques dans lesquelles le sujet se trouverait, et celle-là reconnaissant pour cause possible la contagion?.....

— Une femme de quarante ans vivant depuis longues années avec un homme, avait fini par céder à un goût dépravé de cet homme. Une fois, pendant l'acte, elle sentit un craquement dans le rectum. La douleur qui s'ensuivit la força d'entrer à l'hôpital, service de M. Nélaton. La région iliaque gauche ne tarda pas à devenir tendue et douloureuse. Le météorisme et la sensibilité morbide s'étendirent bientôt à tout le ventre. Un moment cette femme s'est trouvée dans un état des plus alarmants. Son facies était très altéré, presque hippocratique. A peine avait-elle la force de parler. L'abdomen, très distendu, était extrêmement douloureux; le pouls donnait 124; il était encore assez fort et régulier. D'abondantes applications de sangsues ont été faites. Aujourd'hui le ventre est affaissé; la malade a plus de force; son facies est beaucoup moins abattu.

Il est probable que le rectum a été déchiré et que le péritoine s'est phlogosé consécutivement à l'inflammation du tissu cellulaire pelvien. On a examiné les urines et les selles: on n'y a pas trouvé de pus, et rien ne peut faire supposer que l'amendement des symptômes doive être attribué à l'écoulement du produit d'un phlegmon par le vagin, l'urètre ou le rectum. Il est à remarquer d'ailleurs, qu'à aucune époque on n'a pu constater les signes physiques d'un phlegmon de la fosse iliaque gauche.

— Un homme jeune et robuste est entré, il y a quelque temps dans le service de M. Velpeau, pour une tumeur plus grosse que le poing, occupant la fosse sous-épineuse. Il n'avait pas reçu de coup, n'avait point fait de chute, mais il dit avoir couché *sur la dure.* Il ne s'était aperçu de la tumeur que depuis quinze jours. Celle-ci était manifestement formée par un liquide. La peau qui la recouvrait n'avait point changé de couleur. Elle ne donnait point de frémissement à la pression. M. Velpeau y pratiqua une ponction, qui donna issue à un liquide séreux, citrin. La sérosité écoulée, on sentit des grumeaux. Une forte pression fit sortir une concrétion albumineuse, que quelques personnes voulurent prendre pour un débris d'hydatide. Le liquide se reproduit dans l'espace de quarante-huit heures, et M. Velpeau fendit le kyste, duquel il retira, outre la sérosité, une certaine quantité de concrétions, qui donnèrent l'idée de coques hydatiques pelotonnées. Nous pensons qu'il s'agissait simplement d'un kyste hématique avec concrétions albumino-fibrineuses. Les tumeurs de ce genre se présentent quelquefois chez nos soldats, par suite de la pression du sac contre l'omoplate, ou de la pression de la région scapulaire contre le lit de camp.

La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Il est probable qu'après la première ponction, une injection iodée eût guéri ce malade.

— Un homme s'est présenté, il y a quelque temps, à la consultation de M. Velpeau. Cet homme, débitant de tabac à Paris, souffrait depuis onze ans d'une névralgie faciale. Ses souffrances étaient si cruelles, que plusieurs fois il avait été sur le point d'attenter à ses jours. Il le disait du moins, et il ajoutait qu'il n'avait été retenu que par la pensée de sa famille. Il portait les traces non équivoques de vésicatoires, de moxas et de sétons qui lui avaient été appliqués en très grand nombre. Il avait pris une quantité prodigieuse de pilules de Méglin. Un chirurgien lui avait coupé une des branches du trifacial. On lui avait extrait (comme cela est arrivé si souvent) toutes les dents de la mâchoire supérieure du côté de la névralgie. Cet homme fut examiné, et il n'était guère possible de trouver un moyen qui n'eût déjà été employé infructueusement, lorsqu'un jeune médecin, notre collaborateur, M. Pajot, s'avisa de lui demander s'il avait eu la vérole. Il déclara qu'il avait eu un bubon, dont il n'avait pas été traité spécifiquement. Sur cet indice, M. Velpeau lui prescrivit un traitement avec le proto-iodure de mercure. Mercredi dernier, cet homme est revenu, plein de joie et de reconnaissance, annoncer à M. Velpeau que, depuis plus de trois semaines, il n'avait eu d'accès et n'avait pas souffert un seul instant. L'effet du traitement ne saurait être douteux. On a observé des névralgies syphilitiques, et ce cas remarquable en est un exemple. Nous espérons qu'il ne sera point perdu pour la pratique.

Il est tout à fait probable que beaucoup de *douleurs ostéocopes* ne sont pas autre chose que des névralgies syphilitiques, surtout si l'on considère que ces douleurs cèdent quelquefois miraculeusement à l'application de plusieurs vésicatoires sur le point malade, comme l'a établi M. Ricord ; et que, si le vésicatoire n'a point réussi, une incision profonde *loco dolenti* en peut faire justice. On sait quelle est l'efficacité des vésicatoires réitérés contre les névralgies, et M. Marchal (de Calvi) a prouvé, dans un travail récent, de quelle prompte et radicale sédation est suivie l'incision profonde des parties dans certains cas de névralgie crânienne.

— Un invalide étant tombé dans le fossé de l'Hôtel, avait été transporté à l'infirmerie, dans le service de M. le docteur Pasquier, chirurgien en chef, qui constata une crépitation très sensible et très étendue dans la région dorsale. Le blessé poussait des cris au moindre mouvement qu'il était obligé de faire, et une exploration complète était absolument impossible. M. Pasquier, considérant qu'il n'existait aucun signe de paralysie, soit du rectum, soit de la vessie, soit des membres, et que cependant le foyer de la fracture était très étendu, diagnostiqua une fracture des côtes au voisinage de l'épine. Le blessé alla assez bien pendant quelque temps; seulement il lui était impossible d'effectuer le plus léger mouvement du tronc, sans éprouver les plus vives douleurs. Au douzième jour, il fut pris tout à coup de suffocation et mourut en peu de temps. A l'ouverture du corps, on trouva cinq côtes fracturées du côté droit (2e, 3e, 4e, 5e et 6e), et quatre du côté gauche (2e, 3e, 4e et 5e). La cavité pleurale droite était distendue par une grande quantité de sang qui avait refoulé le poumon. L'hémorrhagie avait été fournie par deux artères intercostales. A gauche, il y avait aussi du sang, mais en moindre quantité, et l'on n'a pu reconnaître s'il provenait également de la lésion d'une artère intercostale de ce côté. Faut-il admettre une hémorrhagie consécutive, ou plutôt l'ulcération, nécessairement lente à se produire, des artères par quelque fragment osseux? Nous inclinons vers cette dernière opinion. Le sujet de cette observation avait été opéré par M. Pasquier de la cataracte, il y a deux ans, et il voyait très bien, quoique, dès le lendemain de l'opération, il se fût débarrassé de son bandeau et se fût mis à jouer aux cartes.

— Un autre invalide, après une chute sur la tête, a éprouvé du délire et tous les symptômes d'une méningite. M. Pasquier lui a fait pratiquer plusieurs saignées coup sur coup et lui a fait appliquer en permanence un grand nombre de sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes. Grâce à ce traitement énergique, le vieux blessé est en pleine voie de guérison. On ne saurait trop appeler l'attention sur de pareils cas, lorsqu'on voit tant d'exemples de traitements pusillanimes. Ce n'est pas en hésitant, en tâtonnant, en faisant une saignée aujourd'hui, puis une autre dans deux jours et en appliquant de la même manière, à plusieurs reprises, une vingtaine de sangsues, que l'on peut espérer d'arrêter de grandes inflammations. De tout temps la pratique chirurgicale a été féconde en enseignements pour les médecins, qui ne savent pas toujours en profiter. Voyez avec quelle heureuse hardiesse les chirurgiens du dernier siècle traitaient les pneumonies traumatiques. Voyez comment M. Gama et ses égaux dans la chirurgie militaire traitent les méningites et les encéphalites suites de blessures. Aujourd'hui, on analyse parfaitement une observation, on sait, à un millième près, la quantité de fibrine que contient le sang d'un malade, et souvent la mort n'y perd rien.

— Un 3e invalide est entré à l'infirmerie pour une blessure insignifiante, mais porteur d'une infirmité étiologiquement très curieuse. Cette infirmité consiste dans une rétraction du tendon d'Achille qui a déterminé un pied-bot équin. Or, il faut savoir que ce vieux soldat a reçu un coup d'arme à feu à la jambe du même côté, et que cette blessure a été suivie de l'adhérence de la peau au côté interne du tibia, vers le tiers supérieur de cet os. La peau, dans le lieu de cette adhérence, est mince et rouge. On peut donc penser que le pied-bot est ici un effet de la nature médicatrice, comme dans quelques cas le strabisme est un moyen de ramener la pupille dans le sens de l'axe visuel, et qu'il a eu pour effet d'empêcher le tiraillement d'une cicatrice précaire qui se serait ulcérée si le tendon d'Achille ne s'était rétracté. Aussi M. Pasquier n'a-t-il point songé à pratiquer une opération qui guérirait une infirmité salutaire. De tels faits honorent un chirurgien en donnant la mesure de sa pénétration.

— L'heureux moyen de M. Vidal (de Cassis) contre l'orchite *parenchymateuse*, gagne de plus en plus dans l'opinion des chirurgiens. Nous apprenons qu'un praticien de la ville, qui était d'abord peu sympathique à ce moyen, vient d'en faire une application qui changera ses idées à cet égard. Un de ses malades avait une orchite parenchymateuse, avec douleurs extrêmement intenses. Les moyens ordinaires avaient été employés avec toute l'énergie désirable, et l'inflammation n'avait pas été modifiée. Les souffrances étaient cruelles. Le chirurgien se décida alors à débrider le testicule, et un prompt soulagement en fut la suite. X...

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Affections organiques du cœur. (Suite.)

A une époque avancée de la maladie, il arrive quelquefois que le malade a quelques atteintes légères d'hémoptysie. Elles ne sont pas toujours un signe d'une mort imminente. Il peut se passer des semaines, des mois entiers, avant que la terminaison funeste n'ait lieu, même après ces hémoptysies. Les anneaux et le tissu intermédiaire aux anneaux de la trachée, ne s'usent que lentement et peu à peu. Puis, quand cette destruction est opérée, des concrétions fibrineuses peuvent se former, qui oblitèrent l'ouverture qui s'est faite. Un léger décollement dans un des points d'adhérence de ces concrétions peut s'opérer de temps en temps et livrer passage à quelques gouttes de sang, mais sans qu'il survienne de suites fâcheuses; tandis que vous seriez disposé à croire qu'une hémorrhagie considérable va se faire. Il y a des cas où, lorsque la maladie est arrivée à son dernier période, la mort arrive par un vomissement de sang très abondant et d'une manière instantanée.

Quelquefois, un ou plusieurs des troncs veineux qui rapportent le sang des membres vers le cœur, se trouvent comprimés. Dans ces cas, on observe d'abord une dilatation variqueuse de ces veines vers la partie supérieure de la poitrine. C'est là un symptôme duquel on peut conclure à l'oblitération des veines, et ce phénomène encore met sur la voie de l'existence d'une tumeur anévrismale. Tels sont les principaux faits de compression qui peuvent survenir pendant le cours des dilatations anévrismales. Quant aux cas qui se terminent par une mort subite et inattendue, sans que la santé générale ait été sensiblement altérée jusqu'au dernier moment, ces cas sont heureusement très rares. Mais presque toujours il y a des troubles momentanés dans les fonctions du cœur, des poumons; presque toujours quelques circonstances qui, si elles sont accusées par les malades, conduiront à soupçonner l'affection, si elles ne sont pas assez importantes pour la faire diagnostiquer d'une manière exacte et précise.

Les phénomènes de compression surviennent d'autant plus fréquemment que rien ne l'annonce à l'extérieur. Lorsque la tumeur anévrismale fait saillie au dehors, les organes intérieurs n'offrent aucune trace de compression. En résumé, dans le cas qui nous occupe, s'il y a soupçon de l'existence d'une dilatation anévrismale de l'aorte, il n'y a pas certitude absolue.

Quel pronostic doit-on porter dans les cas de ce genre? Si la maladie n'atteint que le cœur sans que les vaisseaux soient affectés chez la femme dont nous vous entretenons, ce qui n'est pas probable, elle suivra son cours régulier; et, disons ici en passant, que l'absence d'œdème dans les membres inférieurs semble encore prouver pour l'existence d'une lésion de l'aorte, plutôt que pour celle d'une affection organique du cœur. Si c'est une maladie du cœur, elle pourra encore durer long-temps. Dans le cas d'une tumeur anévrismale, le pronostic n'est pas nécessairement fâcheux. On a quelquefois observé des espèces de kystes remplis par des concrétions fibrineuses qui se sont solidifiées.

Dans les cas de ce genre la guérison est possible. En effet, le sang qui remplit le sac anévrismal placé hors du torrent circulatoire se concrète, et finit quelquefois par fermer complètement cette poche. Si une fois le sang cesse de pénétrer dans la tumeur anévrismale et dans la portion oblitérée de l'artère, la guérison est assurée. La poche se ratatine, diminue de volume, et les concrétions s'organisent comme les fausses membranes dans certaines conditions et sous certaines influences.

Lorsque la tumeur anévrismale, qui part du cœur, n'a pas changé la forme du vaisseau, qu'elle en a seulement augmenté les dimensions, la concrétion du sang est impossible ou presque impossible, et la guérison, par conséquent. Comme il est à peu près impossible, pendant la vie, de soupçonner même la forme de la tumeur anévrismale, on doit toujours espérer qu'elle présente la forme la plus favorable à la production des concrétions sanguines. Mais il est toujours impossible de le savoir d'une manière positive. Si, donc, on doit conserver l'espoir de cette terminaison heureuse, si l'on a une chance pour l'oblitération de la cavité anévrismale, par les concrétions fibrineuses, il y a toujours beaucoup plus de chances défavorables, beaucoup plus de craintes à conserver pour la terminaison fatale, instantanée.

On voit assez souvent les tumeurs anévrismales de l'aorte s'ouvrir dans la trachée-artère, comme nous l'avons dit plus haut, dans la plèvre, dans l'artère pulmonaire. M. le professeur Marjolin a rapporté un cas de ce dernier genre fort remarquable. Quelquefois elle s'ouvre dans le péricarde, plus rarement dans l'œsophage. Dans des circonstances pareilles, le sujet meurt subitement, ou en vomissant une grande quantité de sang, si l'anévrisme s'est ouvert dans un organe communiquant avec l'intérieur, ou sans qu'une seule goutte de sang se soit répandue au dehors. Ce n'est alors qu'à l'autopsie que l'on peut constater la rupture de la poche anévrismale. On a vu assez souvent la colonne vertébrale usée et détruite, ainsi que les côtes, dans les points où la tumeur était en contact avec elles. Dans ces cas, la moelle pourrait être comprimée, et la mort pourrait être précédée d'une paralysie. Il est rare cependant que les altérations pathologiques soient poussées jusqu'à ce point.

Quant aux moyens de traitement, on a proposé la méthode de Valsalva, méthode assez connue pour que nous n'entrions pas ici dans les détails inutiles de sa description. Nous l'avons essayée plusieurs fois. L'habitude de tirer du sang à quelques jours d'intervalle nous a paru avoir des inconvénients. On arrive à appauvrir le sang, et plus ce fluide renferme de principes séreux, moins il est concrescible et coagulable. Nous savons bien que dans ces cas le cœur devient moins actif, et que ses battements diminuent de fréquence. Mais il nous a semblé que l'on devait procéder d'une autre manière. Nous pensons que l'on doit nourrir un peu les malades, afin de ne pas trop appauvrir le fluide sanguin, et en même temps, que l'on doit le saigner de temps en temps, jusqu'à provoquer la syncope. On doit aider à la syncope en faisant tenir le malade debout, ou en l'engageant à regarder le sang couler, la syncope étant un des moyens les plus favorables à la coagulation du sang, par cela même que pendant quelques instants elle suspend le mouvement circulatoire. Nous devons avouer que nous n'avons jamais obtenu de résultats favorables. Nous avons successivement mis en usage tous les agents que fournit la thérapeutique, agents parmi lesquels nous citerons en première ligne l'acétate de plomb que Dupuytren regardait comme déterminant la concrescibilité de la fibrine et de l'albumine du sang. Rien ne nous a réussi.

Pour en revenir au traitement de Valsalva, nous dirons qu'il faut beaucoup de courage pour l'employer, et que nous l'avons, pour notre part, complètement abandonné. Nous ne l'emploierions plus que dans une certaine mesure, et nous aurions soin de temps en temps de laisser le malade se refaire. Encore ne serait-ce que chez des sujets sanguins que nous nous permettrions de l'essayer, Chez la malade dont nous vous avons entretenus, nous ne saurions songer à mettre cette méthode en usage, vu l'état de faiblesse de la constitution; nous nous sommes borné à conseiller le repos. Nous avons cherché à dissiper ses inquiétudes; comme seul moyen thérapeutique, nous avons prescrit la digitale pour ralentir les mouvements du cœur. La maladie nous paraît au-dessus des ressources de l'art, bien que nous ne puissions cependant prévoir d'une manière même approximative l'époque où surviendra la terminaison fatale.

Deuxième observation. — Au n° 22 de la salle Sainte-Agnès a été couché un homme de trente-deux ans, charretier, d'un tempérament lymphatique, un peu adonné aux liqueurs fortes; d'une intelligence médiocre, d'une mémoire infidèle, il a fait plusieurs relations de ses antécédents, relations dont aucune n'a été d'accord avec les précédentes. Cependant, rien ne faisant supposer qu'il ait l'intention de nous tromper, voici ce que nous avons conclu des diverses versions qu'il nous a faites. D'une bonne santé habituelle, il eut dans son enfance les fièvres éruptives de cet âge; depuis lors, il s'est toujours bien porté. Interrogé sur les phénomènes de sa maladie, il a raconté qu'il y a deux mois environ, il commença à éprouver à des intervalles plus ou moins répétés et de plus en plus rapprochés, une sorte de strangulation, de douleur de gorge augmentant progressivement d'intensité; cette douleur devint assez intense pour obliger le malade de marcher le moins possible et lentement, la progression augmentant son malaise.

Les accès de strangulation, d'abord assez éloignés les uns des autres, devinrent, quelque temps avant l'admission du malade à l'hôpital, beaucoup plus fréquents, et tellement violents, toutes les fois qu'il montait un escalier ou marchait un peu vite, qu'il était obligé de s'arrêter subitement. En même temps, survinrent des céphalalgies extrêmement fortes. Dans les jours qui ont précédé l'entrée du sujet dans nos salles, les douleurs de tête étaient précédées d'une sensation pénible partant de l'épigastre, et à peu près analogue à celle de l'hystérie. Cependant, le sujet n'est, ni par son sexe, ni par sa constitution, exposé à cette affection; nous disons par sa constitution, car bien que rares chez l'homme, les phénomènes hystériques ne sont pas sans exemple chez lui. Interrogé plus particulièrement, il nous a dit avoir, à plusieurs reprises, éprouvé des battements de cœur dès le commencement de sa maladie, symptôme important et qui doit être noté en première ligne.

Admis à la Pitié il y a deux mois environ, il ne parla au médecin que de sa strangulation et de ses douleurs de tête, négligeant complètement les battements de cœur; aussi les moyens thérapeutiques qu'on a employés furent-ils uniquement dirigés contre ces phénomènes, et le cœur ne fut-il pas même examiné, bien que M. Gendrin, dans le service duquel il était couché, s'occupe d'une manière spéciale des affections de l'appareil circulatoire. Ces moyens se réduisirent à deux saignées du bras, à une application de sangsues au cou, et ne produisirent pas de soulagement notable.

Au moment de son entrée dans notre service, il éprouvait une céphalgie presque permanente, plus forte pendant la marche; anorexie, soif vive, bouche plutôt amère que pâteuse; langue blanche, saburrale; un peu de toux, quelques râles sibilants dans la poitrine. Il n'avait d'abord rien dit de ses battements de cœur, et tout d'abord nous avions été frappé de ces accidents dont l'appareil encéphalique était le siége. Nous eûmes recours à quelques émissions sanguines, croyant seulement à une sorte de pléthore cérébrale; puis un purgatif nous sembla devoir être employé pour remédier à l'état saburral. Sous l'influence de cette médication, il nous parut qu'il y avait une légère aggravation de l'état du malade. Ce ne fut qu'alors, notre attention ayant d'abord été détournée par les réponses du malade, du véritable siége de l'affection, que le sujet nous parla de ses palpitations, plus fortes depuis quelques jours, mais datant déjà d'une époque éloignée. Quatre jours après son entrée, nous nous aperçûmes d'un œdème aux membres inférieurs, à la partie interne des cuisses, dans la région des lombes. Un phénomène assez peu connu que nous devrons vous signaler, c'est la présence de l'œdème dans la région lombaire chez les sujets qui sont depuis quelque temps retenus au lit.

Le malade, qui ne s'était point aperçu de cet œdème, nous affirma n'en avoir jamais eu avant cette fois; nous ne devons cependant pas ajouter grande confiance à cette affirmation; nous pouvons tout au plus supposer qu'il n'a point éprouvé jusqu'à ce moment d'œdème plus considérable que celui qu'il présente actuellement. En effet, si les membres inférieurs eussent été le siége d'un gonflement très marqué, le malade, vu ses occupations qui le forcent à marcher continuellement, s'en serait aperçu à ses chaussures qui lui seraient devenues trop étroites. L'œdème, chez ce sujet, nous a paru un signe fort important; nous l'avons considéré comme récent. Or, l'œdème aigu est un phénomène d'une haute valeur dans la détermination du diagnostic.

L'œdème aigu est un symptôme qui se rencontre dans plusieurs affections; il peut survenir à la suite des fièvres éruptives; ce n'était point ici le cas; en l'absence de tout renseignement fourni par le malade, il aurait offert des traces qui n'existaient point ici; il était plus naturel de penser qu'il tenait à un état pathologique des voies urinaires, ou à une ma-

ladie du cœur. L'œdème aigu est presque le seul signe qui puisse mettre sur la voie de quelques affections aiguës obscures du cœur ou des gros vaisseaux ; de même que l'œdème chronique est souvent presque le seul signe des affections chroniques du même organe. Pour le dire en passant, l'œdème aigu se montre souvent dans des conditions où rien ne peut en faire soupçonner la cause, et où il est le seul symptôme appréciable.

Dans le cas actuel, et nous fondant sur toutes ces considérations, nous avons pensé qu'il pouvait y avoir peut-être une affection aiguë du cœur ou de ses membranes. Nous avons depuis long-temps insisté sur la valeur de l'œdème aigu considéré comme moyen de diagnostic ; et dans la première édition du Dictionnaire de médecine, nous nous sommes longuement étendu sur ce sujet. Nous avons, dès cette époque, cité des faits relatifs à des sujets chez lesquels cet œdème aigu nous avait fait soupçonner une péricardite. Ce phénomène était d'autant plus utile alors, que l'auscultation était encore peu avancée, et que l'inflammation des membranes internes du cœur était peu connue.

L'ensemble des circonstances que nous venons d'énumérer dirigea sur le champ notre attention vers le système circulatoire, et le cœur fut l'objet d'un examen sérieux et attentif. Voici ce que nous trouvâmes : La région du cœur n'est pas sensiblement bombée. S'il y a quelque chose d'un peu ancien, cela ne remonterait pas, croyons-nous, à plus de deux mois environ. Une comparaison très scrupuleuse des deux côtés du thorax, en avant, nous a même fait apercevoir une légère dépression dans le côté gauche, correspondant à la région précordiale, disposition sans importance quand elle n'est pas très marquée, la parfaite symétrie des deux côtés de la poitrine étant chose assez rare. La percussion n'a point accusé de matité anormale dans cette région. Il n'y a donc rien qui nous porte à croire que le cœur ait augmenté de volume. A l'auscultation, un peu d'obscurité des battements ; mais l'étendue normale de la matité nous empêche de croire qu'il y ait épanchement dans le péricarde.

L'oreille, appliquée sur la région précordiale, perçoit un bruit de souffle assez prononcé vers la pointe du cœur, bruit de souffle qui se rapproche plutôt du bruit de râpe. Ce bruit, qui peut dépendre d'une insuffisance ou d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, peut également être produit par un dépôt de fausses membranes dans le même point. Il nous semble naturel de craindre qu'il n'y ait quelque inflammation sourde, subaiguë du côté du cœur, principalement dans ses valvules. Cependant, le malade n'a point eu d'affection rhumatismale ; mais, contrairement à certaines opinions, peut-être un peu trop exclusives, nous pensons que l'existence de rhumatismes n'est point une condition nécessaire pour la production de l'endocardite. Sur deux cas d'endocardite aiguë que nous avons observés, les deux seuls que nous ayons rencontrés depuis dix ans, tant cette affection est moins commune que l'on a bien voulu le dire ; sur deux cas, disons-nous, l'un des deux sujets avait eu une affection rhumatismale, l'autre n'en avait jamais éprouvé la moindre atteinte. Chez ce dernier malade, l'œdème aigu avait été le seul signe caractéristique de l'affection.

Pour en revenir au cas actuel, la marche lente et insidieuse de l'affection aurait pu nous faire croire qu'elle existait depuis long-temps, et sans l'affirmation positive du malade, qui nous assura ne souffrir que depuis deux mois, nous eussions pensé avoir affaire à un état chronique. Dans les circonstances actuelles, nous devons rejeter cette opinion, et supposer un état aigu ou subaigu de la membrane interne du cœur, principalement dans la région de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Quant à la médication, qui ne sera pas sans se ressentir un peu de notre hésitation dans la détermination du diagnostic, nous jugeons à propos de mettre en usage celle que nous opposerions à une affection aiguë franche du système circulatoire, nous fondant sur ceci : que nous ne risquons de cette manière de produire aucun résultat fâcheux, et que nous avons de plus la chance, assez faible, il est vrai, d'obtenir une guérison complète. Le malade courrait, au contraire, les plus grands dangers, si, dans un cas douteux, on traitait comme un état chronique une affection inflammatoire aiguë. C'est dans l'espoir d'arriver à un heureux résultat, et dans la supposition que nous nous plaisons à faire qu'il existe une endocardite aiguë ou subaiguë, que nous avons fait faire une saignée du bras et appliquer des sangsues sur la région précordiale, moyens actifs que nous avons secondés par des boissons diurétiques et une diète absolue.

Comme il est facile de s'en convaincre par les considérations que nous avons présentées dans le cours de cette leçon, l'on voit que le diagnostic des maladies du cœur est et sera probablement longtemps encore d'une immense difficulté, et que ce serait s'abuser singulièrement que de croire que l'on peut toujours préciser d'une manière positive le siége et la nature des lésions pathologiques de l'appareil circulatoire. Pour être un peu plus avancés que Laënnec et Corvisart, nous ne croyons pas être taxé d'exagération en disant que l'on devine plus souvent les affections du cœur qu'on ne les diagnostique réellement.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Cancer de la verge. Tumeur inguinale très volumineuse, avec adhérence aux parties profondes. Amputation de la verge ; enlèvement de la tumeur. Guerison. Réflexions cliniques sur cette double affection et opération consécutive.

Il y a dans la salle Ste-Marthe un homme âgé de soixante-neuf ans, journalier, d'une bonne santé habituelle, affecté de cancer à la verge, avec une tumeur de l'aine gauche formée par un engorgement considérable des ganglions de cette région. Ce cas, intéressant à plus d'un titre, a fourni à M. Roux le sujet de plusieurs remarques pratiques.

Le cas remarquable que nous avons sous les yeux maintenant, dit le professeur, vient à l'appui d'un fait qui pour nous est désormais une loi physiologique, et sur laquelle j'ai déjà plusieurs fois appelé l'attention dans mes cours cliniques ; c'est le rapport constant qui existe entre le cancer de la verge et le phimosis congénial ou accidentel préexistant. Notre malade porte depuis sa naissance une difformité de cette espèce au prépuce, et n'a jamais songé à se faire opérer ; il prétend même n'avoir jamais souffert de ces incommodités, qui résultent ordinairement d'une difformité semblable à la suite du coït, et pourtant il a dû certainement avoir des rapports fréquents avec les femmes, lui qui a passé une grande partie de sa vie dans l'état militaire.

C'est depuis deux ou trois ans, dit-il, qu'il a commencé à souffrir, et son insouciance fut telle, qu'il n'a pas du tout songé à réclamer les secours de l'art au début de la maladie, lorsqu'on aurait pu l'arrêter par une très simple opération. Il a poussé l'indifférence pour sa propre santé au point de laisser la maladie atteindre le développement grave qu'elle présente actuellement, et on a vraiment de la peine à croire qu'il ait pu la supporter avec autant de stoïcisme.

Pour nous, il est hors de doute que la préexistence du phimosis fut chez cet homme la cause occasionnelle de l'affection grave qu'il porte maintenant, et qu'il aurait assurément pu prévenir s'il se fût fait opérer du phimosis en temps et lieu. C'est là notre opinion bien arrêtée, et à laquelle nous sommes arrivé après une longue observation de faits nombreux de cette nature, et après mûre réflexion. De tout temps les chirurgiens ont dû voir cette coïncidence du cancer de la verge avec le phimosis ; mais ils ne s'y sont pas arrêtés, et nulle part on ne la trouve signalée dans leurs ouvrages. Nous l'avons vue citée la première fois dans un ouvrage anglais plein de très bonnes choses, du docteur Hay, qui laissa un grand nom dans l'histoire de la chirurgie. Ce praticien cite douze faits d'amputation de la verge par suite d'affection cancéreuse, dont neuf avaient été précédés d'un phimosis. L'auteur ne s'arrête pas particulièrement sur cette coïncidence, il n'en tire aucune sorte d'induction ; mais nous nous y arrêtâmes beaucoup, car nous crûmes y reconnaître une loi étiologique d'un grand intérêt pratique. Depuis lors, nous n'oubliâmes jamais de questionner les malades qui se présentaient à notre observation, et toujours nous reconnûmes juste la règle que nous avions crue établie, toujours nous vîmes le phimosis congénial ou accidentel avoir précédé le cancer de la verge. C'est principalement chez les hommes avancés en âge que cette maladie avec une telle coïncidence s'observe ; et la raison en est simple, les jeunes gens ont naturellement quelques soins de propreté pour leurs organes génitaux, ce qui prévient la stagnation entre le prépuce et le gland de cette matière irritante, qui est souvent la cause première d'une irritation, qui plus tard donne lieu au véritable cancer ; les hommes âgés, au contraire, pour qui les parties génitales ne présentent plus un grand intérêt, négligent les soins de propreté indispensables dans le cas de phimosis, le gland et le prépuce s'irritent et peu à peu, l même négligence continuant de la part des individus, ils deviennent cancéreux.

De ce que nous venons de dire sur le mode de développement du cancer de la verge, et sur la cause particulière qui l'influence, il résulte pour nous que cette sorte de cancer est purement locale produite par une cause également locale irritant le gland d'une manière permanente. Il suit de là aussi que ces cancers peuvent être opérés avec beaucoup plus de chances de succès et sans crainte de récidive, ou du moins avec des récidives beaucoup plus rares que dans les cancers des autres organes de l'économie. L'expérience a mis ce point hors de toute contestation. Nous avons tenu note d'un assez bon nombre de cancers de la verge opérés avec succès, et dont la guérison se maintint solide pendant de très longues années et jusqu'à la mort, amenée par une cause toute différente. Nous vous citerons en particulier le frère de notre célèbre Buffon, qui, opéré par nous d'un cancer de la verge en 1809, guérit parfaitement, et mourut longtemps après de tout autre maladie ; de même nous avons opéré le père d'un employé du bureau des passeports à la Préfecture de police, il y a de cela plus de vingt ans, et tout récemment encore il était en pleine santé. Ces guérisons radicales s'observent bien plus rarement dans les autres organes affectés de cancer, et vous n'êtez pas sans savoir combien souvent les tumeurs cancéreuses de la mamelle, du testicule, etc., sont suivies de récidive après l'opération et emportent les malades.

Notre malade, comme nous avons dit, a été trop insouciant de sa santé, et il a laissé marcher la maladie jusqu'au degré de gravité qu'elle présente actuellement. Ce qu'il y a de plus grave chez lui, ce n'est pas la verge cancéreuse, dont l'amputation est simple et facile, mais la tumeur inguinale du volume d'une pomme de reinette ; elle est assez mobile, pourtant par sa base elle semble adhérer lâchement aux parties profondes, de sorte que l'opération, quoique non précisément contre-indiquée, ne cesse pas d'être assez difficile et laborieuse. Au reste, la santé générale du malade est bonne, et il étale toujours cette inconcevable insouciance qui est le fond de son caractère excentrique. Nous lui avons proposé l'opération qui est nécessaire pour le débarrasser de son infirmité ; il l'a acceptée sans sourciller, pourtant nous n'avons pas cru devoir l'opérer immédiatement, voulant lui laisser quelques jours encore pour mieux réfléchir sur les suites graves de l'operation elle-même.

Nous croyons que seulement les ganglions inguinaux superficiels sont engorgés et que par conséquent l'enlèvement de la tumeur ne présentera pas de grandes difficultés ; ce sont du reste les seuls ganglions qui ont des rapport immédiats anatomiques avec la partie cancéreuse, et il est ordinairement très rare de voir les ganglions profonds engorgés dans le cancer de cet organe. C'est l'opposé de ce qui arrive dans les cas de cancer du testicule ; on voit rarement les ganglions inguinaux superficiels affectés dans ce cancer ; pourtant nous avons rencontré un fait de cette nature au commencement de notre carrière chirurgicale, et nous l'avons noté ; c'est à l'hôpital Beaujon que nous opérâmes en commun avec notre interne ce cas remarquable dans lequel le sarcocèle était accompagné de l'engorgement considérable des ganglions inguinaux superficiels.

Il nous reste à vous dire quelques mots sur l'opération elle-même que nous devons pratiquer sur notre malade. Elle est double, comme vous prévoyez ; c'est-à-dire l'amputation de la verge et l'enlèvement de la tumeur à l'aine ; cette dernière ne sera pas aussi simple que l'autre ; elle présentera même quelques difficultés à cause des adhérences que la tumeur semble avoir avec les parties profondes. Une chose qui nous rassure, c'est que la tumeur a toutes les apparences d'être uniquement formée par les ganglions superficiels hypertrophiés, et d'être séparée des organes importants profondément placés par l'aponévrose. Le moment le plus délicat de l'opération sera lorsque nous approcherons avec le bistouri de la base de la tumeur, car il faudra prendre toutes les précautions pour éviter la lésion des vaisseaux fémoraux et du nerf crural avec lesquels très probablement la base de la tumeur aura des rapports plus ou moins médiats. L'artère crurale du reste semble avoir conservé son calibre naturel, car les battements en sont bien distincts et normaux.

Quand à l'amputation de la verge, elle sera d'une grande simplicité. Ceux qui ne connaissent pas cette opération se figureront peut-être qu'on doit y suivre les règles qui président à l'amputation des membres, mais ils se trompent ; il y a des différences notables entre la nature des parties qu'on doit couper dans ces deux circonstances, et qui obligent à modifier beaucoup les règles générales des amputations dans l'amputation de la verge. Il y a des organes qui sont susceptibles de se rétracter, de se retirer consécutivement vers le point de leur insertion lorsqu'ils sont coupés, tels sont la peau et les muscles, et comme dans les membres il y a une partie centrale qui est inflexible et point rétractile, c'est-à-dire les os, il en est résulté que dans les amputations de ces parties on n'oublie jamais de couper la peau et ensuite les muscles qui entourent les os beaucoup plus longs que les os mêmes, afin qu'il y ait assez de parties molles pour couvrir les dures et que le moignon soit bien matelassé.

Voilà les règles qu'on doit suivre constamment dans l'amputation des membres. Cette règle ne peut pas s'appliquer à beaucoup près à l'amputation de la verge, et voici pourquoi : d'abord la verge n'a pas de partie centrale osseuse, n'est composée que de parties molles ; ensuite la rétractilité de ces parties, qui sont de différente nature, est aussi d'un degré différent. Les téguments se rétractent fort peu dans l'état normal, quoique dans certaines circonstances, comme dans l'état d'érection, ils soient susceptibles d'un grand allongement, de sorte qu'en les coupant on ne les voit pas se retirer d'une manière notable vers la racine de la verge ; les parties érectiles au contraire qui entrent dans la composition de l'organe, telles que les corps caverneux, etc., qui sembleraient ne devoir pas se rétracter considérablement, sont susceptibles d'une grande rétraction avec le temps, de manière que le moignon, quoique long au moment de l'opération se réduit peu à peu à très peu de chose. Pour ces motifs, il n'est pas nécessaire de laisser beaucoup de téguments pour couvrir le moignon ; c'est bien assez de couper la peau au niveau des corps caverneux mêmes. Ordinairement on coupe le tout dans l'état de relâchement naturel d'un seul coup de couteau.

Il y a aussi une précaution à prendre à propos de cette opération, c'est de placer une sonde dans l'urètre pour faciliter l'émission de l'urine et prévenir qu'elle ne s'épanche sur la plaie et s'infiltre dans les tissus ; ce qui pourrait avoir des inconvénients graves. Par cela même qu'il faut introduire cette sonde dans la vessie, quelques chirurgiens ont proposé de l'introduire avant l'opération même, et de couper la verge et la sonde en même temps. Dans ce cas, il faut naturellement pousser la sonde bien profondément dans la vessie, afin qu'étant coupée, elle puisse encore faire saillie hors du moignon. Cette conduite peut être bonne à suivre, mais elle n'est nécessaire que dans le cas où il s'agirait d'un urètre avec rétrécissement au-delà du point où on fera la section, parce que cette circonstance pourrait rendre l'introduction de la sonde, après l'opération, plus difficile. Habituellement nous l'introduisons l'opération faite, et c'est ainsi que nous pratiquerons sur ce malade.

Ce n'est pas seulement dans le but de favoriser l'émission libre et complète de l'urine qu'on doit introduire la sonde, mais aussi pour prévenir le resserrement de l'orifice urétral par la rétraction des tissus du moignon pendant que la nature procède à la cicatrisation de la plaie. Cette raison est de quelque valeur, et nous avons vu plus d'un individu amputé de la verge qui, faute de cette précaution pendant la cicatrisation de la plaie avait de la peine à uriner par l'orifice du moignon, et dut se soumettre à une opération pour remédier à cet inconvénient. Voici un fait de ce genre :

Pendant que nous étions à la Charité, il se présenta dans notre service un homme ayant beaucoup de difficulté à uriner par le moignon de la verge, qui avait été amputée. Il nous raconta qu'étant marié, sa femme, dans un excès de jalousie, lui coupa la verge pendant qu'il était endormi dans son lit ; que, honteux de cet accident, il ne voulut pas se confier aux soins d'un chirurgien pour le traitement de la plaie et la soigna lui-même jusqu'à complète guérison ; mais que depuis lors il éprouvait une grande difficulté à émettre l'urine. En effet, l'orifice du moignon était considérablement rétréci. Nous le traitâmes à l'aide de sondes de calibre progressivement plus gros, on les introduisait dans l'urètre de manière à dilater graduellement l'orifice, et nous étions arrivé à un assez

bon résultat ; le malade urinait beaucoup mieux, et il sortit de l'hôpital. Plus tard il revint avec la même infirmité ; alors nous avons d'abord incisé l'orifice lui-même pour le dilater, puis nous avons introduit des sondes suffisamment volumineuses pour prévenir le rétrécissement pendant la cicatrisation. Le malade semblait guéri et repartit : nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Après ces remarques cliniques, M. Roux procéda à l'opération. Il commença par la tumeur inguinale ; après l'avoir circonscrite par une incision à peu près circulaire, il l'attaqua tout autour avec le bistouri, en procédant dans cette dissection délicate avec toutes les précautions nécessaires pour éviter les gros vaisseaux et nerfs sous-jacents ; et pour cela, à chaque instant, l'opérateur touchait avec son doigt à l'artère, principalement lorsqu'il s'approchait de la base de la tumeur, qui était très peu éloignée des vaisseaux eux-mêmes. L'opération était à peine terminée, la tumeur était détachée ; il n'en restait plus qu'un très petit morceau, que le professeur s'était réservé d'enlever : il procéda à cette dernière partie de l'opération avec les mêmes précautions qu'auparavant, et malgré cela un gros vaisseau veineux fut ouvert. Nous ne pouvons pas encore assurer si c'est le commencement de la saphène ou la fémorale elle-même ; l'opérateur n'a pas pu le préciser non plus ; pourtant, comme le vaisseau ouvert se trouvait longer l'artère crurale, et à la partie interne de celle-ci, nous craignons bien qu'il ne soit vraiment la veine crurale. On n'a pas placé de ligature (comme c'était naturel), et on s'est borné à tamponner le fond de la plaie avec de la charpie, et d'appliquer le spica de l'aine avec une certaine force. Que résultera-t-il de ce fâcheux accident ? Nous n'osons pas le prédire.

Le professeur a procédé ensuite à l'amputation de la verge, qui a été pratiquée de bas en haut d'un seul coup de couteau, et qui n'a rien présenté d'extraordinaire.

Aucun phénomène n'est survenu à la suite de l'accident signalé pendant l'opération de la tumeur inguinale ; l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite, et l'état général du malade est satisfaisant. On a pansé la plaie deux jours après le premier pansement ; déjà la suppuration s'était formée sans présenter de mauvais caractères. Quant à la verge, tout se passait bien aussi ; l'urine s'écoulait parfaitement par l'orifice de la sonde, et rien n'annonçait que la guérison de la plaie dût être entravée.

Aujourd'hui, 20 juin, depuis l'opération, tout se passe bien, la plaie de l'aine, après avoir suppuré assez abondamment, commence à se couvrir çà et là de bourgeons de bonne nature, et déjà elle est rétrécie d'un bon tiers ; la cicatrisation marche avec rapidité. La plaie de la verge est également près de se cicatriser. On ne remarque pas l'ombre de réaction fébrile, comme du reste on n'en a pas remarqué dans le cours du traitement. Cela paraît un peu extraordinaire en présence de deux opérations, telles que celles que nous avons décrites ; mais on peut l'expliquer d'une manière assez plausible par le caractère brut et insensé du malade.

Enfin nous avons revu le malade hier, trentième jour de l'opération, et le mieux s'est soutenu ; la cicatrisation de l'énorme plaie inguinale marche parfaitement, la verge est à peu près complétement cicatrisée, de sorte qu'on peut regarder le succès comme assuré. C'est un des beaux faits chirurgicaux que nous avons eu l'occasion d'observer cette année.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité du chlorate de potasse dans le cas de gangrène de la bouche ; par M. le docteur Henry Hunt.

C'est plutôt par les caustiques que par un traitement interne, qu'en France, les praticiens ont en général l'habitude d'attaquer les affections gangréneuses qui se manifestent si fréquemment dans la bouche des enfants. M. Hunt, au contraire, n'a recours, dans les cas de ce genre, qu'à l'emploi du chlorate de potasse à l'intérieur. Il prescrit ce sel, selon l'âge des sujets, à la dose de 1 à 3 grammes dissous dans 60 à 80 grammes d'eau convenablement édulcorée, et il fait prendre, toutes les heures, aux petits malades, une demi-cuillerée à bouche de cette solution.

Les heureux résultats de cette médication ne se font pas attendre long-temps ordinairement, car on commence à remarquer une amélioration notable dès le second jour ou, au plus tard, dès le troisième jour de son emploi. L'odeur fétide diminue promptement, la salive coule moins abondamment, les ulcérations prennent rapidement une tendance prononcée à la cicatrisation, et la guérison est complète au bout d'une semaine. Toutefois, il est juste de noter que les progrès sont un peu moins rapides s'il existe une eschare ; mais, dans ce cas encore, on voit l'eschare se détacher plus vite qu'à l'ordinaire et être remplacée par des bourgeons charnus d'un bon aspect.

Jamais, suivant l'auteur, ce traitement n'a manqué son effet entre ses mains, à moins que les enfants n'aient été déjà parvenus au dernier degré d'épuisement lorsqu'il a commencé à le leur prescrire, et il ajoute que les avantages de cette médication sont confirmés aujourd'hui par seize années d'expérience.

Il est d'ailleurs à regretter qu'après avoir obtenu tant de succès, M. Hunt se borne à citer quatre observations seulement, dont une terminée par la mort ; mais, dans ce dernier cas, il n'avait, dit-il, été appelé qu'à la fin de la maladie, alors que la gangrène avait déjà envahi la joue ; cependant chez ce sujet encore, il a pu constater que le médicament, bien qu'appliqué trop tard pour pouvoir combattre le mal victorieusement, avait néanmoins hâté la chute de l'eschare.

A l'usage du chlorate potassique, M. Hunt associe l'emploi d'un laxatif composé comme il suit :

Pr.		
	Calomel préparé à la vapeur,	5 centigrammes.
	Poudre de rhubarbe,	40
	Sulfate de potasse,	60

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

(*Medico-chirurgical transactions.*)

N'est-il pas probable que M. Hunt n'a obtenu les succès dont il fait honneur au chlorate de potasse que dans les cas où il a eu affaire à des aphthes gangréneux seulement, et que dans les cas où ce médicament a échoué il s'agissait réellement de la gangrène qui frappe la joue dans toute son épaisseur ? Quoi qu'il en soit, le moyen que recommande ce médecin mérite sans aucun doute de fixer l'attention des praticiens, et d'être expérimenté par eux toutes les fois qu'ils en trouveront l'occasion.

Sur l'emploi des vésicatoires dans le jeune âge ; par M. le docteur J.-H. Davis, de Londres.

L'application des vésicatoires chez les enfants très jeunes (au-dessous de quatre ans) réclame de très grandes précautions de la part du praticien : en effet, à aucun autre âge, il ne survient aussi facilement de la strangurie, des ulcérations et des érysipèles à la suite de cette application.

Pour éviter ces accidents, M. Davis, médecin de l'hôpital de la charité maternelle (*Materny-Charity*) de Londres, conseille de recourir aux précautions suivantes :

1° On ne doit laisser le vésicatoire appliqué que pendant trois ou quatre heures au plus ;

2° On doit toujours interposer, entre l'écusson vésicant et la peau, un papier de soie légèrement huilé ;

3° Il convient de panser la plaie résultant de l'action vésicante, non point avec de la graisse ou quelque autre pommade que ce soit préparée à l'avance dans les officines, parce que ces substances sont presque toujours plus ou moins rances, mais bien avec une pommade de blanc de baleine récemment préparée d'après la formule suivante :

Pr.		
	Blanc de baleine récent,	15 grammes.
	Cire blanche,	75 —

Faire liquéfier à une douce chaleur, dans un vase de terre ; mêler avec soin et ajouter :

Huile d'olives choisie,	105 grammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Après trois ou quatre heures d'application, l'emplâtre-vésicatoire n'a pas encore déterminé la formation d'une phlyctène ; mais cet effet se produit plus tard ordinairement, et on trouve l'épiderme soulevé lors du second pansement. (*Journ. fuer Kinderkrankheiten.*)

Cas d'empoisonnement par le nérion laurier-rose ; observation recueillie par M. J. Larue-du-Barry, pharmacien-chirurgien aux ambulances d'Afrique.

En 1841, une petite colonne expéditionnaire de l'armée fançaise en Algérie, était campée au milieu des ruines d'une ancienne ville romaine (Victoria), sur les bords de l'Oouel-Beniam, qui sont couverts de lauriers-roses. Un soldat qui préparait de la bouillie d'orge pour son escouade, s'avisa de la remuer avec une branche de cet arbuste. Cinq hommes, qui mangèrent de cet aliment, furent empoisonnés. Le chirurgien du régiment leur porta les premiers secours : il pratiqua une saignée à chacun d'eux et leur fit prendre une assez grande quantité d'eau acidulée légèrement avec l'acide citrique. Il les fit ensuite porter à l'ambulance, trois heures après l'intoxication.

Soit que ces hommes n'eussent pas pris tous la même quantité de poison, soit que, par des dispositions individuelles particulières, l'absorption n'eût pas eu lieu avec la même intensité chez les uns et chez les autres, toujours est-il que chaque malade présenta des symptômes différents.

Le premier s'agitait fortement et poussait des cris aigus ; ses yeux étaient saillants, et ses pupilles excessivement dilatées ; il vomissait une matière liquide, légèrement verdâtre.

Le second avait les pupilles dilatées, de légères contractions convulsives des membres, et poussait des cris plaintifs : il n'avait point de vomissements.

Le troisième, qui était le moins malade, éprouvait des vertiges, et se plaignait de douleurs à l'estomac et aux articulations des membres inférieurs : il était comme hébété, et ne comprenait pas ce qu'on lui disait.

Le quatrième avait la tête penchée sur la poitrine, et était dans un état de complète insensibilité.

Le dernier avait les yeux hagards, et paraissait tout à fait stupéfié ; de temps en temps il faisait des mouvements avec la tête : il vomissait une matière chargée de bile.

Ces cinq malades furent soumis au même traitement, qui consista en ingestions d'eau chaude légèrement émétisée, en lavements huileux, en saignée, et, enfin, en tisane vinaigrée.

Sous l'influence de ce traitement, ces hommes ne tardèrent pas à se rétablir, et, huit jours après l'accident, ils avaient tous repris leur service. (*Journal de Chimie médicale.*)

NOUVELLES.

Une ordonnance du roi a créé une chaire pour l'enseignement de l'embryogénie comparée au Collége de France. M. Coste est nommé professeur.

— M. Bussy, professeur titulaire de chimie, secrétaire agent-comptable de l'Ecole de pharmacie, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Bouillon-Lagrange, décédé ; M. Guibourt, professeur titulaire d'histoire naturelle, est nommé secrétaire agent-comptable de l'Ecole de pharmacie, en remplacement de M. Bussy.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 106. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau. — Du ramollissement cérébral. (Suite.)

Le symptôme le plus intéressant peut-être et le plus précieux pour le diagnostic que puissent nous offrir les troubles des facultés intellectuelles, c'est le délire, symptôme qui présente les formes les plus variées et les plus intéressantes. Aussi a-t-il fourni aux pathologistes le sujet de nombreuses dissertations. On a distingué le délire continu, intermittent, régulier, irrégulier, toutes nuances importantes, principalement pour ceux qui s'occupent de l'histoire et du traitement de l'aliénation mentale, mais qui ont moins de valeur dans l'étude des maladies cérébrales dont nous nous occupons. Pour nous, les questions les plus graves sont les suivantes : le délire peut-il être sympathique, nerveux, ou bien existe-t il toujours une altération des centres nerveux dont le délire n'est que le symptôme caractéristique ?

Comme nous vous l'avons dit dans les quelques principes de philosophie médicale que nous avons exposés au commencement de ce cours, il ne peut y avoir pour nous d'altérations fonctionnelles sans altérations organiques. Quand il y a délire nous admettons donc toujours qu'il y a lésion de la pulpe cérébrale et que c'est dans le cerveau même qu'il faut en chercher la cause, bien que quelquefois cette cause puisse nous échappar. Et l'on ne s'étonnera pas que ces causes nous restent quelquefois inconnues, si l'on réfléchit que dans l'état normal quelques tasses de thé ou de café suffisent pour rendre l'intelligence plus rapide, plus exaltée ; que d'autre part quelques gouttes d'alcool abolissent momentanément l'exercice des facultés les plus brillantes. Or, l'anatomiste le plus exercé pourrait-il saisir la moindre trace des lésions qui nécessairement se sont produites passagèrement, ou des modifications qu'a subies l'organe cérébral ? Nous ne saurions trop longuement appuyer sur ceci. En résumé, nous voulons bien qu'il y ait quelquefois un délire sympathique, mais dans l'immense majorité des cas il est symptomatique d'une lésion cérébrale, et le plus souvent cette altération organique a son siége dans la périphérie du cerveau.

Du ramollissement cérébral.

L'affection connue sous le nom de ramollissement du cerveau est une maladie nouvelle, ou plutôt une maladie dont la connaissance est nouvelle, puisqu'elle remonte tout au plus à une vingtaine d'années. A cette époque, on rencontrait bien çà et là dans quelques auteurs des observations éparses où était signalé un ramollissement de la pulpe cérébrale, mais on n'y attachait aucune valeur et on en ignorait l'importance.

Vers 1816, j'eus plusieurs fois occasion, à la Salpêtrière, de constater cet état de la substance cérébrale, et dès lors, l'idée me vint que le ramollissement constituait peut-être une maladie spéciale, et voici dans quelles circonstances elle s'offrit à mon observation. Peut-être ne serait-il pas inutile de raconter brièvement l'historique de la découverte du ramollissement cérébral, considéré comme affection particulière.

J'étais alors interne de M. Landré-Beauvais, qui professait à cette époque un cours de médecine clinique, et, pour le dire en passant, la médecine clinique se bornait à l'observation des symptômes, à l'application des remèdes appropriés ; mais pour l'anatomie pathologique, on y faisait peu d'attention. Pinel lui même, qui insistait à chaque moment sur la nécessité de tenir compte des lésions pathologiques, Pinel n'assistait jamais aux autopsies. Un jour on trouva dans les salles de M Landré-Beauvais une femme plongée dans un état comateux profond, survenu subitement. Lorsque cette femme fut amenée à l'infirmerie, elle ne pouvait répondre aux questions ; elle présentait une résolution complète et générale des membres. Toutefois, j'avais remarqué à plusieurs reprises, quand j'avais eu l'occasion de voir la malade avant cet accident, qu'elle portait souvent la main à sa tête, comme si elle souffrait dans un seul côté ; ce fut là le seul phénomène, et nous avions vu également après l'accident, que la paralysie était moins complète de ce côté que de l'autre. Elle succomba en quelques heures.

Le diagnostic du professeur fut : apoplexie ou hémorrhagie cérébrale.

A l'autopsie on ne trouva rien, et la mort fut mise sur le compte d'une apoplexie nerveuse.

Je m'étais, dès cette époque, habitué à rattacher à des lésions d'organes toutes les altérations fonctionnelles. Je ne fus point satisfait du résultat de l'examen anatomique, et dans une exploration plus attentive et plus scrupuleuse, je constatai qu'un des lobes du cerveau présentait dans certains points une coloration, une mollesse qui n'existaient pas dans le côté opposé. Pour moi, il y avait une lésion manifeste dont j'ignorais encore la nature. Quelques jours après, une seconde malade se présente à nous dans les mêmes conditions. A l'autopsie, même résultat négatif en apparence. Mais ce jour-là je tenais le scalpel et je constatai de nouveau une altération dans la consistance de la pulpe cérébrale. Lorsque j'eus encore observé quelques cas pareils, je commençai à croire que j'avais découvert une maladie nouvelle; il me fut impossible de douter que je n'eusse affaire à une affection particulière et de nature spéciale, à laquelle je donnai le nom de *ramollissement du cerveau.* A partir de ce moment, je dirigeai mes recherches sur ce point. Quant à la question du diagnostic, nous vous dirons plus tard combien nous avons eu de peine à rencontrer des signes suffisants pour établir le diagnostic différentiel, et combien de difficultés nous avons eu à vaincre, dont on ne nous a tenu aucun compte. Nous entrerons immédiatement dans l'étude de l'affection elle-même.

Altérations anatomiques. — Dans l'immense majorité des cas, l'état extérieur des membranes n'a subi aucune modification. L'arachnoïde et la pie-mère ne présentent aucune trace d'injection ; elles sont pâles, décolorées ; souvent au dessous de l'arachnoïde, on voit une sérosité limpide, tremblante, épanchée et infiltrée dans les mailles de la pie-mère. Ce signe est devenu tellement pathognomonique pour nous, que lorsque nous apercevons cette infiltration, nous affirmons presque toujours à coup sûr qu'il existe un ramollissement plutôt qu'une hémorrhagie. C'est un fait curieux que cette infiltration n'accompagne que le ramollissement ; la surface du cerveau est recouverte d'une sorte de gelée transparente, tremblotante, qui occupe le réseau celluleux, et que l'on voit au travers de l'arachnoïde. Les membranes ne sont presque jamais injectées. Dans quelques cas, les vaisseaux veineux qui rampent dans la pie-mère sont d'un certain calibre. Cette augmentation de volume est due à la stase du sang produite dans les derniers moments de l'agonie ; mais elle est bien différente de l'injection qui accompagne l'état inflammatoire.

Dans le cas dont nous parlons, la dilatation vasculaire semble être purement mécanique. Dans quelques circonstances très rares les membranes sont visqueuses, gluantes, comme collées sur la pulpe cérébrale. Cet aspect, assez fréquent dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, se rencontre néanmoins quelquefois aussi chez les sujets affectés de ramollissement cérébral.

Une fois que vous avez enlevé les membranes, et nous devons dire que souvent, en cherchant à soulever la pie-mère, on enlève en même temps une quantité notable de pulpe cérébrale, on trouve au dessous d'elle le cerveau ramolli. Dans le plus grand nombre des cas les circonvolutions sont malades, et présentent des signes d'altération, en même temps que les parties voisines de l'encéphale. Il n'en est pas de même de l'hémorrhagie, qui affecte le plus communément les parties centrales du cerveau seulement. Dans le ramollissement, la coïncidence de l'altération des circonvolutions avec celle des autres portions du cerveau est tellement fréquente, que nous ne croynns pas exagérer en disant qu'elle se rencontre cinq fois sur dix. Toutes les portions du cerveau peuvent devenir le siége du ramollissement. Morgagni avait supposé que les corps cannelés étaient plus fréquemment le siége d'hémorrhagies que les autres portions du système nerveux encéphalique, opinion que partage M. Rochoux. Des observations ultérieures ont prouvé que ces corps cannelés étaient également susceptibles de ramollissement. Le *septum lucidum*, la voûte à trois piliers, le cervelet, la protubérance annulaire peuvent être le siége de ramollissements.

Nous supposons connues de vous les diverses nuances de consistance du cerveau dans l'état normal, et nous ne vous rappellerons pas que la partie moyenne des hémisphères, par exemple, est médiocrement consistante, à un beaucoup moindre degré que la partie postérieure ; que la substance du cervelet est très molle, etc. D'après ce que nous vous avons dit plus haut, les circonvolutions sont donc très souvent exposées au ramollissement. Il est rare que le ramollissement d'un point du cerveau se rencontre complétement isolé ; ceci nous amène tout naturellement à vous dire quelques mots de l'étendue de la lésion qui nous occupe.

Nous avons observé une ou deux fois un ramollissement occupant toute l'étendue de la masse cérébrale. C'est là un fait extrêmement remarquable, et qu'il faut noter avec d'autant plus d'attention, que souvent il pourrait être le résultat de causes tout à fait étrangères. Dans les cas dont nous vous parlons, ce ramollissement général était un fait tout particulier, et dépendant évidemment de la maladie elle-même.

Le ramollissement de la substance cérébrale se reconnaît facilement par la comparaison que fait l'observation des portions ramollies avec les parties saines et de consistance nor-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les mauvais jours du feuilleton. — Indignation des susceptibles. — Ce qui est dit est dit. — Un miracle chirurgical. — L'orthopédie et le conseil municipal. — Boîte aux lettres. — Les perdreaux anonymes.

Le feuilleton a des jours de malheur. Dans ces jours-là, il a beau prendre sa plume la moins aiguisée, mettre ses gants les plus fourrés, mêler à son encre une dose d'infusion de guimauve, se ranger enfin tant qu'il le peut dans la classe innocente des émolliens, il n'y réussit pas ; au lieu de graine de lin qu'il voulait être, il se trouve avoir produit l'effet des vésicants et des caustiques. Ce malheur paraît m'être arrivé le jour où je m'avisai de parler de la dernière élection académique. Et cependant, je m'en souviens bien, j'étais dans les dispositions les plus calmes et les plus bénignes qui se puissent rencontrer, je tournais et retournais vingt fois mon mot sous la plume, afin de le saupoudrer de gomme arabique, je faisais glisser une phrase entre la consoude et le gruau, mon encre tournait à l'émulsion, et mon esprit au sucre, si bien que de tout cela, me disais-je, il ne va résulter qu'un fade et doucereux julep. Erreur et déception ! soit qu'il y eût ce jour-là quelque chose d'aigre dans l'air, soit, ce qui me paraît plus naturel, que mon article se soit adressé à des voies très fortement prédisposées à l'inflammation, toujours est-il qu'il a produit l'effet du plus violent drastique.

En vérité, je ne conçois pas cet effet-là. Si l'on veut enlever au feuilleton, qui a déjà assez de mal pour trouver sa pâture hebdomadaire, le droit de dire son mot sur les élections académiques, de quoi donc veut-on qu'il vive ? L'a-t-il fait avec mesure et convenance, comme tout feuilleton bien appris doit le faire ? C'est ce qu'il prétend contre ses honorables et très susceptibles contradicteurs, qui se bornent d'ailleurs à des assertions sans preuve et à des accusations sans fondement. L'a-t-il fait avec justice, comme il en a toujours la sincère intention ? C'est ce qu'il assure encore, sans vouloir néanmoins rentrer dans une appréciation qui ne serait pas pénible pour lui seul.

Laissons donc là, messieurs, des récriminations sans but et sans utilité. Ce qui est fait est fait. Il ne dépend pas plus de moi de n'avoir pas dit ce que j'ai dit, qu'il dépend de l'Académie d'avoir fait une nomination différente. Les choses n'ont pas changé depuis, et toutes les petites colères du monde ne me donneront pas tort, si j'ai raison. Or, à cet endroit, permettez-moi d'invoquer moins votre jugement que celui du public impartial et désintéressé qui a la bonté de me lire et dont jusqu'ici je n'ai pas eu, grâces en soient rendues à la vérité que j'invoque sans cesse, trop à me plaindre.

— Les miracles sont rares de nos jours, surtout en chirurgie. En voici un, cependant, s'il faut en croire les journaux politiques, très compétents en cette matière, comme vous savez. Un pauvre employé d'un chemin de fer a la tête écrasée (*sic*) entre deux machines. Vous anatomiste, vous physiologiste, vous médecin, croyez certainement que ce pauvre homme est resté sur le coup, et qu'à une tête écrasée entre deux locomotives on ne peut faire autre chose que réciter les prières des morts. Ce n'est point ainsi que cela se pratique à un certain chemin de fer qui, on le voit bien, ne prend pas la rive *gauche* pour servir ses amis. La tête, plus ou moins écrasée, est portée à un hôpital voisin où le miracle (*iterùm sic*) doit s'opérer. A l'heure où je vous parle il s'opère, et quand vous me lirez, très probablement il sera opéré. Les grands chirurgiens de l'époque, et vous savez que nous n'en manquons pas, s'étonnent fort qu'une pulpe cérébrale réduite en bouillie puisse reprendre ses fonctions, que l'art chirurgical puisse relever et coapter les fragments aussi nombreux qui résultent d'une fracture totale des os du crâne et autres petites difficultés de cette nature. A tout cela je n'ai rien à répondre, si ce n'est qu'on a promis un *miracle chirurgical*, et qu'à moins que le programme soit infidèle, ce qui s'est vu, hélas ! nous irons en pèlerinage à l'hôpital où se passent des faits aussi merveilleux.

— Dès le début de la lutte, je l'avais prédit : ce n'est point, disais-je un orthopédiste qui restera sur le carreau, mais bien l'orthopédie. Ai-je été mauvais prophète ? Répondez-moi, vous tous qui placiez votre avenir de science, de gloire et d'autre chose à redresser les torts de la nature. Voyez un peu ce qui arrive de toutes vos folles et imprudentes discussions. Le conseil municipal appelé à voter le budget des hôpitaux, y a trouvé un article de 14,000 francs destinés au service orthopédique des hôpitaux de Paris. D'un trait de plume, et sans contradiction, il a rayé dix mille francs. Dix mille francs sur quatorze !... *Et nunc intelligite.....*

Jean RAIMOND.

Boîte aux lettres de Jean Raimond.

Mon cher monsieur Jean Raimoud.

A mon retour de Dreux, où les médecins du lieu m'avaient gracieusement ménagé une consultation et une partie de chasse, je lis votre dernière Causerie hebdomadaire dans laquelle vous nous présentez le gibier sous un point de vue assez nouveau, celui de l'anatomie pathologique comparée. Si les pièces qui doivent servir au cours que vous annoncez se partagent entre les auditeurs comme celles des leçons de botanique, je ne compte pas qu'il y ait foule, et le professeur se trouvera peut-être dans la position du Christ ayant à multiplier les cinq pains et les poissons. S'il ne peut renouveler ce miracle, du moins il est homme à satisfaire l'appétit scientifique de ses auditeurs, sans vider même toutes ses corbeilles. Mais ce n'est pas pour vous dire cela que j'ai pris la plume, et voici le motif de ma lettre : Je lis dans votre feuilleton, qu'au lieu de promener dans la campagne votre fusil à la suite de votre chien, vous vous laissiez aller à travers champs au gré de votre rêverie : rapprochant cette phrase d'une autre dans laquelle vous manifestez votre goût pour les perdreaux à la broche, j'ai été conduit à conclure que pour fêter cette semaine glorieuse, comme elle mérite de l'être après le long carême imposé par les trois pouvoirs, il vous faudrait envoyer au marché, à moins que ceux qui vous aiment ou qui vous craignent ne se chargent de garnir votre croc. Comme je suis dans ces deux catégories, je vous envoie quelques perdreaux tombés sous mon plomb meurtrier (vieux style). Si tous ceux

niale. De là résulte que, lorsque le cerveau tout entier est ramolli, il est plus difficile de constater cet état pathologique. On rencontre plus fréquemment, bien que ce soit encore un cas assez rare, un ramollissement complet d'un lobe entier. Le ramollissement que l'on observe le plus ordinairement, est borné à un point d'un seul lobe. L'étendue de l'altération varie depuis le volume d'un œuf de dinde jusqu'à celui d'une fève ou d'un haricot. On regarde déjà comme très considérable un ramollissement du volume d'un œuf; ceux que l'on observe le plus souvent, sont de la grosseur d'un marron ou d'une noix ordinaire. On se tromperait fort si l'on croyait pouvoir toujours conclure de l'intensité des phénomènes fonctionnels à l'étendue de la surface ramollie. Quelquefois des symptômes intenses sont déterminés par une lésion en apparence fort peu étendue, et une altération profonde peut donner lieu à des phénomènes très graves. Pour notre part, nous pensons que le développement plus ou moins rapide de l'état pathologique matériel est la principale cause à laquelle on doit rapporter l'intensité des phénomènes. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, que nous ne faisons ici qu'effleurer en passant.

Il est souvent difficile de déterminer d'une manière précise l'étendue exacte d'un ramollissement cérébral. Le plus communément les limites de l'altération se perdent d'une manière insensible, et se confondent avec les parties voisines. Ordinairement aussi, l'on ne constate qu'une seule altération de ce genre dans le cerveau. Cependant, nous avons rencontré quelquefois plusieurs points ramollis, surtout dans les cas où le ramollissement présente la couleur lie-de-vin. Lorsque le ramollissement est de l'espèce désignée sous le nom de ramollissement blanc, il est presque toujours unique. On ne l'observe dans plusieurs points à la fois que chez les sujets qui ont présenté pendant la vie des phénomènes de paralysies croisées, et souvent alors ces phénomènes ont donné lieu à des erreurs de diagnostic.

La couleur des points ramollis de la substance cérébrale, soit chez l'adulte, soit chez le vieillard, est le plus ordinairement blanche. Ce blanc est mat, d'un aspect plus laiteux que le reste de la substance cérébrale; Laënnec pensait que cette différence de coloration était due à une infiltration de sérosité dans la portion ramollie de la pulpe nerveuse. Sans insister sur la valeur de cette explication, nous nous contenterons de faire remarquer que, dans les cas de cette espèce, le cerveau n'est jamais injecté.

Une manie sur laquelle on s'est longuement arrêté dans l'étude de la description du ramollissement cérébral, c'a été la teinte jaune-paille de la substance nerveuse; beaucoup moins fréquente que la teinte blanche, elle est probablement due à la présence du sang dans le tissu ramolli. Dans d'autres circonstances, la substance cérébrale est rosée, comme maculée, disposition qui lui donne un aspect marbré. La teinte rosée de certains ramollissements, qui peut du reste varier d'intensité, suivant les points où elle se produit, consiste dans une teinte plate, sans aucune trace de vaisseaux, le plus ordinairement. Dans d'autres cas, elle est évidemment formée par des réseaux de vaisseaux anormalement développés et dilatés. Dans cette dernière forme, la pulpe cérébrale est fortement injectée. On voit donc que, depuis la teinte blanc-mat jusqu'à la couleur rouge la plus vive, le ramollissement cérébral peut offrir les nuances intermédiaires les plus variées.

Nous avons dit que la portion ramollie présente quelquefois une coloration lie-de-vin. Cette disposition nous a longtemps embarrassé. Souvent, quand elle existe, on trouve une multitude de points dont l'aspect rappelle celui de véritables ecchymoses. Il semblerait que la substance nerveuse a été triturée avec du sang, tant le mélange est intime, et tant il est impossible d'y découvrir aucun vestige de vaisseaux sanguins. Nous devons dire, du reste, que nous l'avons rarement rencontrée seule.

Bien qu'il n'entre pas dans nos habitudes de faire de la polémique ou des récriminations quand nous nous occupons de science, nous devons faire ici, en passant, une simple observation qui vous sera une preuve de la bonne foi que certains adversaires mettent dans leurs discussions. Dans notre ouvrage sur le ramollissement du cerveau, il nous est arrivé de dire que cette coloration lie-de-vin donnait souvent au cerveau l'*aspect scorbutique*. On nous a fait dire, et l'on aurait peine à le croire si nous ne pouvions vous citer l'ouvrage dans lequel se trouve cette ineptie, on nous a fait dire que nous regardions le ramollissement cérébral comme le résultat d'une cachexie scorbutique. Cette citation suffira pour vous faire apprécier la loyauté de quelques-uns de ceux qui ont cherché à combattre les descriptions que nous avons données du ramollissement.

Le degré de consistance de la pulpe nerveuse peut varier depuis un état voisin de la consistance normale, jusqu'à la diffluence qui lui donne l'aspect d'une bouillie peu épaisse.

Quel est le volume de la partie malade et du cerveau lui-même? Nous ne doutons pas que le volume ne soit quelquefois augmenté, surtout lorsque l'on a affaire à un ramollissement inflammatoire. Dans certains cas peut être aussi, le volume du cerveau se trouve-t-il diminué. Nous n'avons pas constaté cette diminution de volume d'une manière bien appréciable. Souvent enfin, l'on trouve dans l'encéphale des lésions concomitantes. Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer une ossification des vaisseaux. Si dans les observations que nous avons recueillies à la Salpêtrière, nous ne l'avons pas plus souvent mentionnée, ce n'est pas qu'elle fût rare; mais c'est que chez les vieillards, cette ossification est presque l'état normal, et que la plupart des faits que nous avons publiés dans notre Traité du ramollissement appartenaient à des sujets âgés. Nous dirons, en terminant, ici, ce que nous avions à dire des lésions anatomiques que l'on rencontre assez souvent, en même temps que le ramollissement du cerveau, d'autres lésions: telles que l'hémorrhagie, le cancer, le tubercule, les acéphalocystes, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, etc.

D[r] A. FOUCART.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

FRACTURES DE JAMBE.

(Suite du nº 102.)

Fracture complète de la jambe gauche compliquée de plaie. Observations recueillies par M. MARTURÉ, aide de clinique.

Masson, soldat au 40e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament bilieux très prononcé, se trouvait, le 25 décembre 1843, vers cinq heures du soir, dans le quartier de la Villette, lorsqu'il fut renversé par une malle-poste qui lui passa sur les extrémités inférieures. Il en résulta une contusion violente au pied droit et à la cuisse gauche, ainsi qu'une fracture avec plaie des deux os de la jambe de ce dernier côté. Le blessé fut transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, où on lui appliqua l'appareil ordinaire des fractures de la jambe, après lui avoir pratiqué une forte saignée du bras. La nuit se passa sans sommeil, à cause des vives douleurs que Masson ressentait dans la jambe fracturée.

Le lendemain, 26, il fut conduit vers midi à l'hôpital du Val-de-Grâce, salle 31, nº 16.

A la visite du 27, on enlève l'appareil appliqué à St-Louis, et voici ce qu'on observe: La jambe gauche est le siége d'une fracture complète des deux os. Cette fracture est oblique, et existe un peu au-dessous de la partie moyenne du membre. La jambe est déformée, et présente un raccourcissement d'environ 6 centimètres; tous les mouvements de cette partie sont impossibles. La crépitation se constate avec une grande facilité; il y a un engorgement considérable des tissus, mais pas assez prononcé pour empêcher la saillie que fait en dedans, sous la peau, l'extrémité supérieure du fragment inférieur du tibia. Il existe en dehors, au niveau de la saillie formée par la pointe du fragment inférieur, une plaie contuse d'environ 3 centimètres de longueur.

Le blessé nous dit que dès le principe cette plaie a donné lieu à un écoulement sanguin abondant. Lorsque la roue a passé sur sa jambe, Masson a entendu un craquement très distinct. Ayant voulu se relever, la jambe s'est pliée en deux vers le milieu de sa longueur, et il est retombé aussitôt sur le sol. Il ne sait point nous dire si la plaie a été déterminée par le passage de la roue ou bien par le fragment inférieur du tibia lors de la chute qu'il a faite en voulant se relever.

Une contusion forte avec ecchymose noirâtre se remarque sur la face antérieure de la cuisse gauche, vers sa partie moyenne. L'articulation tibio-tarsienne droite est aussi le siége d'une contusion violente et d'un engorgement considérable qui s'étend sur une grande partie de la face dorsale du pied. On ne trouve pas de fracture dans cette région.

Il y a 90 pulsations par minute; le pouls a de la plénitude; la peau est fraîche, la langue bonne; peu de soif; pas de céphalalgie. Le malade a assez bien dormi la nuit dernière.

La plaie est pansée simplement, et la jambe fracturée est placée dans la demi-flexion sur un coussin en crin. — On prescrit une application continue de glace sur le membre; la diète; de la limonade et une saignée du bras. Quant au pied droit, on l'entoure d'un bandage modérément serré qu'on tiendra constamment arrosé d'eau froide.

Le 28 décembre, le membre fracturé est modérément tuméfié; la tension et la chaleur sont peu considérables; le malade n'éprouve de la douleur que lorsqu'on vient à mouvoir la jambe ou à presser sur elle. Il a bien dormi, et son état général est satisfaisant, sauf le pouls, qui conserve encore un peu de fréquence. Les accidents inflammatoires n'étant pas très prononcés, la jambe est placée, ce matin, dans l'appareil de M. Baudens. Comme le fragment supérieur du tibia est tiré en dehors, on s'oppose à ce déplacement à l'aide d'un lien coaptateur agissant de dehors en dedans; un autre lien agissant en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors, presse modérément sur le fragment inférieur du même os, qui a de la tendance à se porter en dedans. Ces liens sont fixes sur les parois de la boîte. — On continue les applications de glace sur l'appareil. On ne touche pas au bandage du pied, qui est toujours arrosé d'eau froide.

Le 29, le blessé n'éprouve aucune douleur dans la jambe; celle-ci est parfaitement maintenue dans l'appareil; le pouls n'a plus que 65 pulsations par minute. — Soupe; bouillon et pruneaux; limonade.

Le 30, Masson n'a pas eu de garderobe depuis le jour de l'accident; on lui administre un lavement émollient qui détermine quelques selles.

Le 2 janvier, le malade continue d'aller très bien. — On cesse les applications de glace et l'on prescrit le quart, soupe au lait et pomme cuite; diète de vin; limonade. On suspend aussi l'usage de l'eau froide sur le pied droit, qui n'est presque plus tuméfié et n'est plus douloureux.

Le 5, on renouvelle le pansement de la plaie, dont la suppuration est peu abondante.

Le 7, la chute d'une eschare au pied droit, suite de la contusion violente dont cette partie a été le siége, a donné naissance à une plaie peu étendue, arrondie, et située un peu au-dessous de la malléole externe.

Le 15, la petite plaie du pied fournit peu de pus; elle se couvre de bourgeons charnus que l'on réprime avec le nitrate d'argent. Le malade mange la demie.

Le 18, le pansement du membre facturé, auquel on n'avait pas touché depuis le 5, c'est-à-dire depuis treize jours, est renouvelé ce matin. On trouve la jambe dans un bon état; il n'y a plus ni tension, ni gonflement, ni douleur; il y a seulement encore un peu de chaleur. La plaie offre un bel aspect et suppure médiocrement. On s'aperçoit que la pointe du fragment inférieur du tibia tend à faire saillie en avant; on remédie à cette déviation à l'aide d'un lacs et d'une compresse pliée en plusieurs doubles, qui exercent une compression modérée, mais suffisante, sur l'extrémité de ce fragment.

Le 30, la plaie du pied droit est complétement cicatrisée. Il ne reste plus de traces de contusion ni d'engorgement dans cette partie du membre, qui est tout à fait revenu à son état normal, et exécute sans douleur tous les mouvements qui lui sont propres.

Le 1er février, la plaie de la jambe marche vers la cicatrisation; elle suppure très peu. La pointe du fragment supérieur forme un peu saillie en dehors; on y obvie à l'aide d'une compresse graduée et d'une bande fixée à la paroi interne de la caisse, et venant renforcer une autre bande placée, dès le principe, sur ce même point pour y remplir le même but.

Le 13 février, on trouve la plaie entièrement cicatrisée, et la fracture consolidée avec réunion exacte des fragments. Néanmoins, le membre est encore maintenu dans l'appareil, afin que le cal acquière une plus grande solidité.

Ce n'est que le 12 mars que l'appareil a été levé d'une manière définitive. L'on constate alors l'état suivant: Consolidation parfaite de la fracture sans raccourcissement ni difformité; le cal forme une tumeur à peine appréciable, et l'on sent dans toute sa longueur la crête du tibia, qui n'offre ni saillie, ni inégalité anormales. La jambe n'est pas amaigrie; il y a de la raideur dans le genou et le coude-pied, surtout dans cette dernière articulation.

Sous l'influence de l'exercice, des douches et des frictions huileuses les mouvements se sont graduellement rétablis dans ces jointures; et dès les premiers jours d'avril, Masson marchait très bien sans boiter.

Fractures multiples de la jambe gauche compliquées de luxation du pied au dehors.

Dans la matinée du 17 juin, le garde municipal Schoel, revenant d'une promenade militaire, montait un cheval qui, effrayé à la vue de quelques voitures, s'emporta, vint heurter contre l'une d'elles, et s'abattit avec tant de violence qu'il tomba raide mort. Schoel, entraîné dans cette chute, fut vio-

---

qui se trouvent dans l'une ou l'autre condition précitée ont la même pensée, il vous faudra bien encore envoyer au marché, non cette fois pour acheter du gibier, mais pour en revendre, à moins que pour entrer dans l'esprit de la loi nouvelle vous n'envoyiez votre superflu aux hôpitaux, veillant toutefois à ce que votre don arrive à sa destination, car il trouvera sur sa route de nombreuses causes de déviation. A ce propos, je veux vous conter une petite histoire que je rapporte de mon voyage; si vous croyez que sa publication puisse être utile, faites-en votre profit, et accommodez-la comme vous savez le faire si bien.

Vous n'ignorez pas, bien que vous ne soyez pas chasseur, que toutes les cailles ne passent pas des ramiers à la broche; que bon nombre d'entre elles, prises au filet, sont mises en cage, et attendent comme de simples poulets leur tour de figurer sur la table. Je ne saurais dire si la *nostalgie* fait beaucoup de ravages parmi ces pauvres voyageuses ainsi détenues; nous saurons cela sans doute l'an prochain, et je m'en fie pour éclairer cette grave question au professeur d'anatomie pathologique comparée, et j'arrive à mon histoire.

Dans une ville renommée pour ses pâtés de gibier, l'un des principaux producteurs de cette denrée tenait, *in carcere duro*, plusieurs centaines de cailles, au mépris de la législation qui assure la liberté de leurs mouvements, actions et opinions jusqu'au 1er septembre. Mais l'autorité, qui, semblable à la Providence, étend sa sollicitude aux petits des oiseaux, prit les victimes sous sa protection, non pour les rendre à la liberté (car l'homme étant le roi de la création peut disposer des cailles comme des autres volatiles lorsque l'heure légale a sonné pour elles), mais pour les donner en nourriture aux malades de l'hôpital. Or l'un des administrateurs dudit hôpital pensant que la loi doit être égale pour tous, et que personne, pas même le pauvre, n'a le droit de manger du gibier avant que la voix du muezzin de la préfecture ait annoncé l'heure de la destruction, ou bien reflechissant que le régime du malade a besoin d'être uniforme et régulier, que si du gibier leur est servi une fois, il faudra leur en servir tous les jours: par ces motifs ou par tout autre, le susdit administrateur avisa qu'il valait mieux lâcher toute la volée de cailles dans les vastes champs de luzerne qui lui appartiennent; ce qui s'est fait dans les derniers jours d'août au grand contentement des amis qui firent un grand carnage de ces pauvres bêtes à moitié apprivoisées.

Les moissonneurs qui m'ont conté cette histoire étaient d'avis que l'administrateur nosoconial devait une indemnité à quelqu'un pour s'être ainsi approprié des cailles mises sous la main de la justice; mais ils différaient d'avis sur la question de savoir à qui l'indemnité devait profiter; les uns voulaient que ce fût au pâtissier, d'autres à l'hôpital; les uns voulaient qu'elle eût lieu en nature, d'autres en argent. Vous voyez que la loi nouvelle a laissé une lacune, et qu'elle a oublié de spécifier à quelle sauce le gibier saisi devra être assaisonné dans les hôpitaux. Le sénat de Rome n'y eût pas manqué; lui, qui tenait dans ses mains les destins du monde, ne dédaignait pas de discuter gravement sur la sauce à laquelle devait être assaisonné le fameux turbot dont parle Juvénal:

Incidit Adriaci spatium admirabile rhombi....
Vale, cura ut valeas, et apud te valeam!

Y.....

N. B. La dernière n'est pas de Juvénal.

Un mot de réponse:

Merci d'abord de votre envoi; néanmoins je crois devoir vous prévenir, vous, monsieur Y..., ainsi que toutes les autres lettres de l'alphabet, que désormais il me serait impossible de recevoir des perdreaux anonymes.

Ensuite, Jean Raimond a la prétention bien douce d'être aimé de ceux qui le connaissent bien; mais d'être craint, non, monsieur, on ne craint que les méchants et les envieux, et, Dieu merci, il n'est inquiété par aucune de ces mauvaises passions.

Enfin, monsieur, vos perdreaux étaient excellents, malgré le nº 3, qui était hydropique; un de mes amis, très fort en anatomie pathologique comparée, m'assurait qu'il reconnaissait là la maladie de Bright, et que c'était un sujet précieux; mais un troisième convive a voulu voir les choses de si près que le sujet d'observation ne s'est plus retrouvé après le dîner.

lemment meurtri et perdit connaissance pendant quelques minutes. Transporté immédiatement au Val de Grâce par ses camarades, le blessé a été couché au n° 47 de la salle 30. A son entrée, M. Baudens l'a examiné, et a constaté une fracture double du tibia, une fracture du péroné et une luxation complète du pied en dehors. Ces diverses lésions siégent toutes sur le membre droit. Des deux fractures du tibia, la première existe sus le corps de l'os, à 10 centimètres au dessous de l'épine; la deuxième, à son extrémité inferieure, vers la partie moyenne de la malléole interne. Dans ce point, le fragment supérieur présente un angle saillant au dessous duquel on rencontre une dépression brusque et anguleuse. La solution de continuité du péroné ne correspond pas à celle du tibia; elle se trouve à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la malléole externe. Ces trois fractures, dont une crépitation évidente et une mobilité anormale indiquent nettement le siége, sont accompagnées d'une tuméfaction et d'une tension considérable de la jambe, qui est toute déformée. Le pied, luxé en dehors, offre les caractères suivants : Ligne axuelle du pied dans l'adduction; bord interne du pied relevé; bord externe renversé vers le sol; tumeur sous-malléolaire externe; dépression sous-malléolaire interne. Le blessé peut mouvoir le membre, et il éprouve des douleurs assez vives qui sont accrues par la pression et par les mouvements imprimés à la jambe. Point de plaies aux tégments; il y a seulement quelques légères excoriations. D'autres excoriations se remarquent au genou, à la hanche et à l'épaule du côté droit; tout ce côté du corps porte la trace de contusions assez fortes. L'état général n'offre rien de particulier.

Le blessé ayant perdu connaissance au moment de l'accident, ne peut donner aucun renseignement bien précis sur ce qui s'est passé alors; il ne sait pas nous dire si le cheval est tombé sur lui, comment il est tombé, etc. Il est pourtant probable qu'il a été renversé sous le cheval. Une simple chute, en effet, ne détermine pas, d'ordinaire, des lésions aussi graves et aussi multipliées.

Schoel est âgé de trente et un ans : il est d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et jouit habituellement d'une bonne santé.

Après avoir réduit avec une grande facilité la luxation du pied, M. Baudens a placé la jambe dans l'extension sur un coussin en crin, dont les bords, relevés de chaque côté, soutiennent convenablement le membre fracturé sans exercer sur lui la moindre compression. — Diète; limonade; saignée de 500 grammes, qui sera renouvelée dans la soirée; application permanente de glace sur la jambe.

Le 18, on trouve le membre dans la position qu'on lui a donnée la veille. Douleurs vives; tension considérable du pied et de la jambe; sur la face interne de celle ci, un peu au-dessous de son tiers moyen, apparition d'une large phlyctène remplie d'une sérosité brunâtre, à laquelle on donne issue en incisant l'épiderme soulevé. Nuit agitée, sans sommeil. — On renouvelle la saignée du bras.

Le 19, un des camarades du blessé, témoin de l'accident, nous apprend que Schoel, dans sa chute, a eu la jambe droite prise entre le sol et le corps du cheval qui s'était abattu; c'est, du reste, ce que nous avions présumé.

Le 20, il y a eu quelques heures de sommeil pendant la nuit. Les douleurs sont moins vives; la tuméfaction des parties n'a pas augmenté; elle reste à peu près stationnaire. Une chose remarquable, c'est que les désordres locaux, malgré leur gravité, ne sont accompagnés d'aucun mouvement fébrile. Jusqu'à ce jour, il ne s'est point manifesté de réaction générale, et le pouls est resté calme et tranquille. — On continue toujours les applications de glace.

Le 23, une amélioration notable se fait observer dans l'état du membre; la tension et la tuméfaction n'existent plus qu'à un degré modéré; les douleurs sont presque nulles. Une ulcération superficielle d'un assez bon aspect remplace la phlyctène ouverte ces jours derniers. Les fâcheux pressentiments et la crainte de la gangrène, que l'apparition de cette phlyctène avait fait naître, sont actuellement dissipés. L'état général est très satisfaisant. On applique ce matin l'appareil à fracture. Les divers liens extensifs, contre-extensifs et coaptateurs, sont disposés de manière à s'opposer au déplacement des os suivant la longueur, la direction et la circonférence. Le pied est ramené en dedans et maintenu dans cette position par des lacs qui embrassent sa face dorsale et viennent se nouer sur les trous de la paroi latérale interne. Cette paroi, dans la circonstance présente, remplace parfaitement l'attelle de Dupuytren pour les fractures du péroné. — La glace est supprimée; on prescrit des fomentations froides.

Le 24, le blessé se trouve très bien dans son appareil; il n'éprouve aucune douleur et a passé une bonne nuit.

Le 26, on examine la jambe; on la trouve dans un bon état. Sur une grande partie de sa surface, elle offre une teinte ecchymotique jaunâtre annonçant la résorption de l'épanchement sanguin.

Le 29, le malade se plaint de quelques douleurs au talon. On remonte un peu la talonnière afin de laisser le talon dégarni et libre de toute pression. Cela suffit pour faire cesser ces douleurs, qui depuis lors n'ont jamais reparu. L'ulcération de la partie interne de la jambe est tout à fait cicatrisée. La tuméfaction est presque entièrement tombée, et l'état local est aussi favorable que possible. — On supprime les fomentations froides.

Pendant tout le mois de juillet, la jambe a été maintenue dans l'appareil, dont on a eu le soin de resserrer les divers liens à mesure qu'ils se relâchaient.

Le 10 août, on dégage le membre des bandelettes qui l'enveloppent, tout en le laissant encore dans la boîte soumis à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation. Les bandelettes sont roulées sur chaque côté de la jambe en guise de faux-fanons. On recommande au malade de faire souvent exécuter à son pied de petits mouvements, afin de prévenir l'ankylose de cette articulation.

Enfin, le 16 août, on fait la levée définitive de l'appareil. Les trois fractures sont très bien consolidées; il n'y a ni raccourcissement, ni déformation; la luxation du pied est également bien guérie; seulement il existe vers les malléoles et le cou-de-pied un peu d'engorgement, avec gêne partielle des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne, contre lequel on met en usage les frictions huileuses et les douches.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Vidal (de Cassis).

Revue clinique du service; par M. Dumoulin, interne à l'hôpital des Vénériens.

(Suite du numéro 106.)

Des ulcères de la gorge.

Première observation. — Le nommé M…, âgé de cinquante-trois ans, couché au n° 42, salle 11, entré à l'hôpital le 29 juillet, est un homme d'une constitution assez robuste, mais affaibli par la fatigue. Il eut, il y a huit ou dix mois, une blennorrhagie, et en même temps un chancre à la couronne du gland; point d'épididymite durant le cours de sa blennorrhagie; il croit avoir subi un traitement mercuriel. Il y a trois mois, survint sur les membres et surtout sur les bras et les avant-bras, et un peu aussi à la région lombaire, une éruption bulleuse dont maintenant on ne trouve plus que les traces; ce sont des croûtes épaisses, verdâtres, dont quelques-unes sont coniques, comme dans le rupia proeminens; alentour, on remarque la coloration livide et cuivrée en forme d'aréole, comme cela se voit souvent dans les syphilis. Simultanément les testicules s'engorgèrent, d'abord à gauche, puis à droite; les deux glandes séminales sont encore aujourd'hui dures; elles n'ont point la consistance ordinaire; à la tête de l'épididyme, à droite, l'on sent un noyau d'engorgement très manifeste; M. Vidal est disposé à admettre dans l'une et l'autre glandes le début de l'engorgement syphilitique. Depuis trois semaines, la gorge est le siége d'une ulcération qui gagne en étendue, et dont le malade ne peut préciser le siége primitif. Cette ulcération a envahi les piliers du voile du palais, surtout à droite, la place interne de l'amygdale, l'extrémité libre du voile, et la partie postérieure du pharynx. On remarque surtout sur le pilier postérieur droit et la partie correspondante du voile, une sorte de couche pseudo-membraneuse, pultacée, grisâtre, et au delà de ce liséré de deux lignes d'étendue et qui paraît être une eschare, la muqueuse buccale est d'un rouge très foncé; le gonflement des parties est peu prononcé; aussi la déglutition n'est pas difficile, et la voix n'est pas altérée. Cet homme a été soumis depuis son entrée à l'iodure de potassium (1), et ce médicament a déjà très avantageusement modifié l'affection (le malade n'en a pris encore que 36 grammes, 3 grammes par jour, en commençant par 1 gramme); l'aspect diphthéritique a disparu, l'ulcère ne gagne plus en étendue, la muqueuse buccale reprend une couleur meilleure; plus de nouvelles bulles de rupia; au contraire, les croûtes sont tombées, laissent après elles des ulcérations un peu profondes et à fond grisâtre, mais qui ont été promptement guéries. Il reste à la place de chacune d'elles une cicatrice un peu déprimée, bleuâtre au centre, tandis qu'alentour persiste encore un peu de la coloration cuivrée.

Deuxième observation. — Le nommé P…, âgé de dix-neuf ans, couché au n° 4 de la salle 10, est entré à l'hôpital le 8 juillet. C'est un jeune homme très robuste, très grand, d'un tempérament un peu lymphatique; il a toujours joui d'une bonne santé.

Il y a neuf mois, il eut une blennorrhagie qu'il ne traita point; il continua à voir des femmes et à faire des excès alcooliques; il survint des chancres à la couronne du gland, et par suite un phimosis accidentel. Ces chancres, dont on voit les traces (on en compte trois), furent cautérisés, et ne durèrent que quinze jours. Aucun traitement mercuriel intérieur; copahu pour guérir la blennorrhagie. Environ quinze jours après la cicatrisation des chancres, survint une ulcération consécutive sur l'amygdale droite, puis une autre sur l'amygdale gauche; il y a donc à peu près sept mois que les ulcères de la gorge ont débuté. Le malade fit usage de gargarismes émollients, et probablement de la liqueur de Van Swieten; il alla jusqu'à en prendre quatre cuillerées par jour, et il en prit long-temps. Point d'amélioration. L'ulcération superficielle s'agrandit et envahit une grande étendue, mais sans intéresser les tissus en profondeur; en outre, il existe une rougeur marquée de la muqueuse avec gonflement considérable; aussi le voile du palais est très abaissé; de là résulte de la difficulté, et même de la douleur dans l'acte de la déglutition; la voix est voilée et un peu nasillarde. — Iodure de potassium (72 gramme, trois cuillerées de 1 gramme chacune par jour). L'ulcère est totalement guéri, mais le gonflement des tissus n'a point encore tout à fait cédé; il semble que l'isthme du gosier soit rétréci, plus arqué; le voile du palais semble plus rejeté en avant; cependant la déglutition se fait aisément.

On peut voir, dans ces deux observations, l'action promptement médicatrice de l'iodure de potassium. Je vais citer encore une observation où cette préparation a été très utile; il s'agit d'une affection cérébrale produite, sans doute, par une exostose commençante à la face interne du crâne. L'histoire de ce malade est d'ailleurs intéressante sous un autre rapport que je ferai connaître.

(1) M. Vidal s'était assuré que ce malade avait précédemment été soumis à un traitement mercuriel.

§ V. — *Céphalée. Symptômes de compression cérébrale.*

Le nommé R…, âgé de trente trois ans, couché au n° 32, salle 11, est un homme assez robuste; il a les apparences d'une bonne constitution. Il eut, il y a neuf ans, une blennorrhagie avec balano-posthite, puis une éruption pustuleuse sur les membres; souvent la balano posthite reparaissait sous l'influence d'excitations un peu vives.

Le 1er mars 1844, il entra dans le service de M. Vidal pour un chancre sur la couronne du gland, compliqué de balanite. Après avoir pris 60 pilules de Dupuytren, il eut un commencement de stomatite mercurielle, facilement arrêtée par des gargarismes aluminée et quelques purgatifs. Le traitement mercuriel fut suspendu pendant dix jours, puis repris, et le malade alla jusqu'à 104 pilules en comptant les 60 premières. Il sortit guéri le 11 mai. Mais il ne tarda point à rentrer.

Le 22 juillet, il revint pour une céphalée opiniâtre et insupportable; elle durait déjà depuis trois semaines, mais faiblement. Pendant les huit jours qui précédèrent son entrée, elle devint intolérable; elle occupait principalement le front et les tempes; les yeux étaient larmoyants; les mouvements du globe oculaire douloureux, la paupière supérieure se soulevait avec peine; cet homme n'avait plus d'aptitude au travail; il était lourd, somnolent, comme hébété; la tête était pesante, la station verticale difficile, la marche nonchalante, semblable à celle d'un homme ivre; le pouls était extrêmement lent.

Dès son entrée, ce malade fut soumis à l'iodure de potassium; il en prit d'emblée 2 grammes le premier jour, puis 3 grammes, et enfin 4 grammes; il continue cette dose depuis le 1er août.

Le 24 juillet, M. Vidal prescrivit une application de 15 sangsues derrière chaque oreille.

Le 25 et le 26, on appliqua de la glace sur la tête.

Sous l'influence de ces moyens, la céphalée devint un peu moindre, mais on vit surtout avec plaisir diminuer la somnolence; le malade répondit mieux aux questions; enfin, les facultés intellectuelles redevinrent ce qu'elles étaient auparavant. Cet homme commence à pouvoir se tenir debout et à marcher.

Cette observation est remarquable sous plusieurs points de vue. M. Vidal pense que le bichlorure de mercure donné en pilules est la meilleure préparation mercurielle; il en donne d'abord deux cinquièmes de grain pendant les dix premiers jours, une pilule matin et soir; les suivantes contiennent chacune un quart de grain. Cette préparation détermine rarement des stomatites, et encore moins souvent des troubles du côté des voies gastriques. Du reste, M. Vidal commence tout traitement antiplogistique par une saignée et un purgatif; il dispose ainsi l'économie à recevoir le mercure.

Un fait à noter est celui-ci : toutes les fois que pour une stomatite ou quelque autre affection intercurrente, l'on a suspendu le traitement, on voit les accidents ultérieurs se manifester avec promptitude et offrir un certain degré de gravité.

Le malade dont je viens de rapporter l'histoire est dans ce cas; son traitement a été fait irrégulièrement, et le voilà revenu dans les salles avec des symptômes de compression du cerveau.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui se passera ultérieurement chez ce malade.

— Voilà ce que j'avais à dire sur les faits les plus intéressants en matière de syphilis, qui se sont offerts à l'observation depuis peu de temps dans le service de M. Vidal. Il me reste à faire connaître le résultat obtenu par M. Vidal, du moyen proposé par un médecin comme traitement palliatif du varicocèle. Il appliquerait un lien autour de la peau exubérante du côté malade, en sorte que le testicule remonterait et le varicocèle ne causerait plus aucune gêne. J'ai appliqué sur plusieurs malades atteints de varicocèle volumineux, la ligature indiquée; tantôt j'ai placé un ruban plat, tantôt un véritable cordon, car l'ingénieux médecin ne précise pas; et voici ce qu'on a pu observer. Quand le lien est peu serré, il ne tient pas long-temps, surtout si le malade se lève; s'il est serré davantage et très modérément, de façon qu'au moment de son application le malade ne se plaigne pas, l'endroit de la constriction ne tarde point à être douloureux; le nouet formé par la peau du scrotum devient bleuâtre, la peau perd sa sensibilité. De plus, si le scrotum est sillonné par des veines volumineuses, le lien n'est plus supportable, il cause de très vives douleurs. Cette ligature n'est tout au plus applicable qu'à des varicocèles peu volumineux, et encore dans le lit seulement; certainement que dans tous les cas où son application semble indiquée, le suspensoir bien fait le remplace avantageusement. On aurait conçu l'invention de ce moyen avant celle du suspensoir, mais après on ne la conçoit pas.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 12 août 1844. — Présidence de M. Thierry.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après les rectifications demandées.

Correspondance. — Lettre de M. le secrétaire général qui annonce qu'il est obligé de s'absenter. Aux termes du règlement, M. le secrétaire annuel est appelé à le remplacer.

Lettre de M. le docteur Chereau fils, qui demande à être admis comme membre de la Société médico-pratique, avec envoi d'un mémoire sur les maladies des ovaires à l'appui de sa candidature. (Rapporteur, M. Maisonneuve.

Communications. — *M. Maisonneuve* a la parole pour communiquer à la Société un nouveau procédé de suture inventé par M. le docteur G[illegible]ly, de Nantes, et destiné à réunir les plaies de l'intestin. Ce procédé est soumis depuis long-temps à l'appréciation de l'Académie de médecine; mais le rapport n'a pas encore paru au jour.

Un des points les plus importants et les plus difficiles à exécuter dans les sutures intestinales, c'est l'adossement exact des surfaces pé-

ritonéales. Les sutures qui existeot jusqu'à présent n'ont pas encore réussi à opérer d'une manière exacte ce résultat si désirable, et c'est justement par là que brille le procédé de M. Gely, qui non seulement les adosse parfaitement, mais qui encore, par suite du retrait intérieur des membranes intestinales, forme une sorte de valvule proéminente en dedans qui empêche complétement l'épanchement des matières fécales dans la cavité péritonéale.

Voici en quoi consiste le procédé :

Etant donné un bout de fil aux deux extrémités duquel sont enfilées deux aiguilles courbes, afin d'opérer convenablement il faut commencer à quelques lignes au-dessus de la plaie. On perce l'intestin avec une des aiguilles, dont la pointe ressort un peu plus bas ; l'aiguille opposée exécute le même mouvement. Alors on change les aiguilles de côté ; celle de droite va à gauche, celle de gauche va à droite Là, on perce en faisant entrer l'aiguille qui était à droite dans le trou que la gauche a fait en sortant, et réciproquement on continue ainsi jusqu'à la fin. Les fils se croisent comme dans les corsets de femme à double lacet. Une fois les fils placés, on tire sur les deux fils qui rapprochent les points de couture, et qui renversent en dedans la partie de l'intestin sur laquelle sont appliqués les points de suture.

Cette suture paraît fort ingénieuse et est appelée, quand elle sera répandue, à jouer un grand rôle dans la médecine opératoire. Elle a été essayée deux fois avec succès ; une première dans un cas de plaie faite par coup de sabre, et la seconde dans un cas de gangrène survenue à la suite d'une hernie étranglée

Cette suture pourra certainement servir dans les cas de fistule vésico-vaginale, attendu que le relief qui la détermine en dedans deviendra un obstacle à la sortie des urines, contre laquelle échouent la plupart des opérations tentées dans les cas de ce genre.

— La parole est maintenue à M. Maisonneuve :

Un homme placé dans le service de M. Cloquet, s'étant introduit ou fait introduire dans le rectum un verre à boire de forte dimension et de forme cylindrique, M. Cloquet usa du moyen suivant pour l'extraction de ce vase. Il commença par dilater l'anus de ce misérable avec six doigts. MM. Maissonneuve et Hugnier, qui se trouvaient là, en ajoutèrent chacun quatre. Ces quatorze doigts réunis élargirent fortement l'orifice anal, et déprimant la muqueuse qui tendait toujours à pénétrer dans le verre, on vit alors distinctement le verre dont les bords correspondaient à la partie inférieure du rectum et le fond à la partie supérieure. Cela fait, on recommanda à cet homme de faire de grands efforts de défécation qui entraînèrent ce corps étranger.

Il rapproche ce fait d'un semblable qui se rencontra il y a trois semaines dans le même hôpital. Un autre individu s'était introduit dans le rectum un verre à bierre, de forme conique et long, nommé choppe par les Flamands. On essaya de le saisir avec un forceps, mais il fut brisé en morceaux, et pour l'extraire on fut obligé de le faire pivoter sur lui-même de manière que le fond qui occupait la région supérieure de l'intestin fût placé à l'inférieure, et que les bords tranchants du verre ne blessassent pas le rectum. Malgré ces précautions, l'homme est mort au bout de quelques jours.

M. Blatin demande si dans ces deux cas on avait préparé les malades par des bains et des frictions de belladone.

M. Thierry s'élève contre les moyens médicamenteux employés pour préparer, attendu qu'ils sont inutiles, et font perdre un temps précieux qu'il vaut mieux employer à l'extraction.

M. Szokatski fait remarquer qu'une choppe est un verre bien autrement mince que le verre de table ordinaire, et que c'est probablement à cette circonstance qu'il faut en partie attribuer l'insuccès de la seconde observation.

M. Thierry raconte qu'il aida un jour Dupuytren dans une extraction de ce genre. L'individu coupable s'était introduit dans le rectum un pot de confiture carré ; mais dans ce cas les bords se trouvaient placés en haut.

Dupuytren en fit l'extraction avec un morceau de fer recourbé en crochet, que d'après le conseil de notre collègue il avait entouré d'une peau de chamois pour empêcher le glissement, et qui s'accrochait sur le bord du pot. L'opération réussit.

— Au sujet des maladies régnantes, *M. Thirial* fait la communication suivante :

Tous les praticiens savent combien le diagnostic des diverses fièvres exanthématiques offre souvent d'incertitude, et combien à leur début il est facile de les confondre avec la fièvre typhoïde commençante, surtout dans les cas où l'éruption caractéristique se fait tardivement. C'est principalement dans le début des varioles et des scarlatines que cette erreur, aujourd'hui bien signalée, est encore journellement commise.

L'intention de notre confrère est d'appeler ici l'attention sur deux autres maladies éruptives qui peuvent fournir matière à la même erreur.

Un jeune homme de vingt-trois ans, très pléthorique, est pris subitement des symptômes d'une vive congestion céphalique et pulmonaire, auxquels viennent s'adjoindre les signes ordinaires d'un léger embarras gastrique. On leur oppose une petite saignée et un léger purgatif.

Cet état d'indisposition durait depuis cinq jours, lorsque tout à coup le malade est saisi d'un frisson considérable avec un grand froid aux pieds, auquel succède une sueur abondante. Les jours suivants on vit se développer successivement un appareil de nombreux symptômes : céphalalgie, toux laryngée, âpre, incessante ; sécheresse du pharynx avec gêne de la déglutition sans rougeur du voile du palais ni inflammation des amygdales ; quelques vomissements, langue saburrale, sans rougeur ; éructations fréquentes ; deux ou trois épistaxis ; gencives couvertes d'un enduit nacré ; quelques selles liquides, gargouillement dans la fosse iléo-cœcale ; insomnies persévérantes, sentiment de faiblesse, mais sans stupeur ; pouls à 92 - 96, fort, développé ; chaleur modérée, sueurs profuses.

En présence de cet appareil de symptômes, il était difficile de ne pas avoir l'idée d'une fièvre typhoïde de forme inflammatoire, surtout à une époque où cette maladie régnait ou venait de régner d'une manière presque épidémique.

Telle était la pensée de M. Thirial, lorsque le neuvième jour depuis le début des premiers symptômes et le quatrième depuis le gros frisson, il vit apparaître sur le côté gauche de l'abdomen une multitude de petites taches rouges, distinctes, recouvertes de vésicules, les unes semi-transparentes, les autres contenant un liquide lactescent. Le lendemain et les jours suivants l'éruption était encore plus abondante, elle avait gagné les lombes, et elle se répandit ensuite sur tout le ventre et sur le flanc droit. En même temps des vésicule de même nature couvrirent la nuque, et en examinant attentivement le reste du corps, nous pûmes découvrir, principalement sur la partie interne des bras et sur le ventre un assez grand nombre de vésicules tout à fait diaphanes, sans rougeur à la circonférence. Du reste, ni les unes ni les autres ne donnaient lieu à aucun prurit. En un mot, ce malade nous offrait un exemple de miliaire avec sa double variété : la *miliaria rubra* et les *sudamina* proprement dits.

En quatre jours, l'éruption était complète : de ce moment on vit diminuer et tomber peu à peu tous les symptômes, à l'exception des sueurs qui persistèrent plus long-temps.

Au septième jour, les taches rouges s'éteignent, les vésicules s'affaissent sans se rompre et tendent à disparaître par la résorption du liquide qu'elles contiennent.

Autre observation analogue :

Un enfant de sept ans, d'une constitution lymphatique, assez sujet aux angines, éprouva pendant une huitaine de jours vers le soir des frissons qui furent suivis pendant la nuit de sueurs extrêmement abondantes. Vers le dixième jour gonflement des glandes lymphatiques du cou et tuméfaction de l'amygdale du même côté ; en même temps, fièvre vive. Le lendemain, à la suite d'un cataplasme, il trouva tout le côté gauche du cou entièrement couvert de petites vésicules miliaires reposant sur un fond rouge. Mais bientôt, en examinant le reste du corps, il découvrit un certain nombre de vésicules tout à fait semblables à la région du sacrum, et le lendemain il trouva des sudamina sur d'autres parties du corps.

Quelques jours après survient une autre espèce d'éruption : ce sont des plaques *erythema nodosum* répandues sur la partie antérieure des jambes ; une autre plaque a son siége sur le menton,

Cette dernière circonstance, dit-il, me ramène à mon point de départ. L'érythème noueux est une des maladies exanthématiques qui peuvent quelquefois en imposer pour une fièvre grave en raison de l'intensité des phénomènes fébriles qui le précèdent, et surtout en raison de l'apparition souvent tardive de l'éruption. Je l'ai vue se faire attendre jusqu'à près de deux septénaires, et j'ai vu dans ces cas les médecins les plus habiles, dans l'impossibilité de rattacher cet appareil fébrile si persistant à aucune phlegmasie interne, diagnostiquer par voie d'exclusion une fièvre typhoïde qui n'existait pas. D'autre part, dans le début de cette maladie il existe communément des douleurs articulaires très vives qui ont fait croire plus d'une fois à une attaque imminente de rhumatisme aigu. Il est encore utile de se tenir en réserve sur ce point.

A la suite de cette communication, M. Homolle fait remarquer qu'il a eu occasion d'observer dernièrement un cas analogue au premier fait cité par M. Thirial, et que ce cas était à ses yeux une scarlatine compliquée de miliaire.

M. Thirial reprend la parole, et il ajoute : La remarque de M. Homolle va me faire réparer une omission très importante : c'est qu'à la première vue de l'éruption, j'annonçai à la famille que la maladie était une scarlatine. Mais les jours suivants, il s'éleva dans mon esprit quelques doutes sur ce premier diagnostic.

En effet, cette éruption ne présentait pas exactement les caractères d'une scarlatine avec miliaire. Ce n'était pas une surface d'un rouge uniforme, avec teinte framboisée, semée çà et là de vésicules ; mais c'était une multitude de points rouges surmontés d'une vésicule, tout à fait distincts, entre lesquels on voyait un peu de peau rosée et saine, et tout autour de véritables sudamina.

Je remarque, en outre, que l'éruption, pour une scarlatine, eût été bien tardive ; qu'il y avait plutôt sécheresse de la gorge que véritable angine, et que la langue n'a offert aucune rougeur.

J'ajoute, enfin, qu'il a manqué ici deux caractères ordinaires à la scarlatine, je veux dire l'intensité du mouvement fébrile, et surtout la sécheresse de la peau. Le pouls, chez notre malade, n'a jamais dépassé 96 pulsations ; la chaleur de la peau a constamment été modérée, et, avant comme après l'éruption, il y a eu des sueurs abondantes, puis une douce moiteur.

M. Homotte insiste en objectant que la scarlatine est, de toutes les maladies exanthématiques, celle où l'éruption se fait de la manière la moins régulière, soit quant à l'époque de son apparition, soit quant à la forme qu'elle affecte. A ce sujet, il rappelle qu'il a cité des cas de scarlatine à forme sudatoire, cas véritablement exceptionnels.

M. Thiriat termine en disant qu'il est très disposé à tenir compte des justes remarques de M. Homotte, et bien qu'assez enclin à voir dans le cas actuel un exemple de fièvre miliaire idiopathique, il se rendrait facilement à l'idée d'une scarlatine informe, si la nature de la desquammation venait ultérieurement lui fournir un caractère décisif en faveur de cette dernière opinion.

M Maisonneuve dit avoir observé un cas de rougeole dans lequel l'éruption se fit attendre pendant cinq jours, et ne parut que dans le courant du sixième. Elle présenta un grand nombre de vésicules qui disparurent en quelques heures, et laissèrent la rougeole parcourir les périodes isolément. Dans cette observation il y avait un peu de pharyngite, du coryza oculaire et nasal.

— *M. Bourdin* a la parole pour la lecture d'une Observation de paralysie intermittente changeant de siége à chaque accès chez une femme enceinte.

Une dame de vingt-quatre ans, lymphatique, d'une bonne santé, vivant dans d'assez bonnes conditions hygiéniques, qui n'a jamais présenté de phénomènes hystériques, dit avoir éprouvé dans une première grossesse des accidents semblables à ceux de l'observation actuelle, mais fort difficiles à préciser d'après son récit.

Du deuxième au quatrième mois, elle eut quelques symptômes de congestion vers la tête, mais sans gravité et qui se dissipèrent seuls.

« Le 10 janvier dernier, à deux heures du matin, par un sommeil calme, elle est tout à coup réveillée par un grand bruit qui se prolonge, et fait croire à la malade que le feu se trouve dans la maison voisine. Elle éveille son mari en toute hâte, prononce à grande peine les mots *feu et bruit*, et lui fait signe d'aller au magasin pour savoir ce qui se passe.... De retour auprès de sa femme, celle-ci ne peut répondre à ses questions ; elle lui fait signe que sa langue est embarrassée, et son *avant-bras droit engourdi.* »

Ce premier accès est suivi de trois autres accès analogues, se dissipant promptement et parcourant diverses parties du corps. Ces accès surviennent après une période de seize heures, un quatrième reparaît après une période de trois fois seize heures, et le cinquième et dernier a lieu après une deuxième période de cinquante-quatre fois seize heures. Cette dame est accouchée depuis, et n'a plus éprouvé d'accidents.

Après cette lecture, on procède à la nomination de M. le docteur Otterburg, qui est proclamé par M. le président membre titulaire de la Société médico-pratique.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON, D.-M.-P.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) No. 107. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Deuxième série des leçons cliniques sur la plessimétrie.

Plessimétrie du tube digestif.

La percussion plessimétrique de l'abdomen, et particulièrement celle du tube digestif, présente des difficultés bien plus grandes que celles que nous avons signalées à l'occasion de la mensuration des organes thoraciques. En effet, nous avons affaire ici à des organes creux, dont les parois sont beaucoup moins denses que celles des poumons et du cœur; et comme cette densité est à peu près partout la même, il en résulte qu'on n'obtient que difficilement une plessimétrie différentielle. D'un autre côté, les changements continuels que le travail de la digestion apporte dans l'état et les rapports de ces organes, les matières solides, liquides ou gazeuses qui y sont accumulées ou qui s'y développent spontanément pendant cet acte de réparation, introduisent des variations considérables dans les sensations plessimétriques que donne tel ou tel point de l'abdomen.

Les dispositions du tube digestif, à cet égard, sont telles, en effet, que l'on peut en quelque sorte dire qu'il n'a point de son propre, et que celui que l'on obtient dans un moment donné est le résultat de la présence soit de l'air, soit des solides ou des liquides actuellement contenus dans son intérieur. L'estomac, par exemple, renferme toujours une quantité plus ou moins considérable de gaz développés spontanément dans sa cavité ou avalés pendant la déglutition. L'intestin grêle en contient aussi; mais, en général, en moindre quantité. Les gros intestins, plus ou moins distendus par les fèces, contiennent également des fluides élastiques qui s'exhalent des résidus de la digestion. Enfin, on sait qu'il est très commun de voir se développer spontanément d'énormes quantités de gaz dans le tube digestif, chez les femmes hystériques. On observe encore le même phénomène dans certains cas d'anémie des parois intestinales.

Ce que nous venons de dire pour les fluides élastiques peut s'appliquer également aux liquides et aux solides. Les liquides contenus simultanément avec les gaz donneront lieu au phénomène plessimétrique que nous avons désigné sous le nom de *son humorique* ou *hydraérique*. Ce phénomène se produit toujours suivant une ligne de niveau que l'on fait varier en raison de la position du malade. Au-dessus de cette ligne, on entendra le son tympanique produit par le gaz; au-dessous, se fera entendre le son mat, ou d'absorption, qui révèle la présence des liquides. Enfin, intermédiairement à ces deux sons, on percevra le son hydraérique.

Voici comment on peut indiquer d'une manière générale la qualité de son que produit chacune des parties principales du tube digestif sauf les causes nombreuses de variations et les circonstances particulières dont il est impossible de tenir compte. En général, l'intestin grêle donne un son moins clair que le gros intestin, et ce dernier organe est plus mat que l'estomac.

Examinons maintenant les règles à suivre pour l'examen plessimétrique du tube digestif. Nous indiquerons d'abord les lignes suivant lesquelles on devra percuter l'abdomen en totalité.

Nous diviserons, à l'instar de tous les anatomistes, l'abdomen en un certain nombre de régions; mais nous n'adopterons pas tout à fait les divisions reçues. Ainsi, au lieu de diviser l'abdomen en neuf régions, ainsi qu'on le fait généralement, nous en établirons un plus grand nombre, afin qu'aucune partie, si petite qu'elle soit, ne puisse échapper à notre investigation. A cet effet nous diviserons l'abdomen en seize régions qui seront circonscrites par les dix lignes suivantes :

Une première ligne verticale partant de l'appendice xiphoïde, passera par l'ombilic et la symphyse pubienne.

Une deuxième et une troisième lignes, partant à droite et à gauche du mamelon, se dirigeront, parallèlement à la première, jusque sur le bassin.

Une quatrième et une cinquième lignes, partant de chaque côté du tiers externe de la clavicule, seront dirigées vers le bassin, toujours verticalement. Ces deux lignes rencontreront les bords du foie et de la rate.

Puis, transversalement, nous conduirons une sixième ligne qui limitera le bord supérieur du foie, et que l'on continuera à gauche sur le cœur.

Une septième ligne passera par l'appendice xyphoïde.

Une huitième ligne passera par le rebord de la dixième côte, et limitera ainsi le bord inférieur du foie.

Une neuvième ligne passera par les épines iliaques antérieures et supérieures.

Et enfin une dixième ligne par le bord supérieur du pubis.

On peut voir par la disposition de ces lignes que, grâce à elles on aura en quelque sorte limité le foie, le cœur, la rate, avant de commencer la recherche de la limitation des diverses parties du tube digestif.

La plessimétrie de l'estomac ne sera donc entreprise que lorsqu'on aura limité exactement les organes que nous venons d'indiquer. La seule difficulté opératoire consiste à déterminer la ligne qui sépare la grande courbure de l'estomac d'avec les circonvolutions intestinales. Cette difficulté disparaîtra en partie lorsque l'une de ces parties sera plus ou moins remplie de matières solides ou liquides, et l'autre de fluides élastiques; on comprend facilement pourquoi.

Ainsi, ce sera en suivant les lignes n. 1, 2, 4, 7 et 8, que l'estomac fera entendre le son plessimétrique qui le caractérise. Il sera nécessaire de modifier la force d'impulsion eu égard aux organes qui se trouvent médiatement ou immédiatement en rapport avec ce viscère; aussi, entre le bord supérieur de la rate et la pointe du cœur, il faudra tenir compte de la présence d'une lame de poumon. Il en sera de même pour la partie de l'estomac qui se trouve en rapport avec le foie. Au niveau de la grande courbure, vers la huitième ligne, on percutera légèrement, parce que le plessimètre ne sera séparé du viscère que par l'épaisseur des parois thoraco-abdominales.

Mais si, malgré les précautions que nous venons d'indiquer, malgré les règles que nous venons d'établir, on n'obtenait pas de différence tranchée entre le son stomacal et celui du reste de l'intestin, il serait nécessaire de faire prendre au malade deux ou trois gorgées de liquide; alors l'intestin conserverait le son qui lui est propre, et le son de l'estomac varierait, au contraire, avec la quantité de liquide ingéré. La présence de ce liquide sera d'autant plus évidente qu'on placera le malade dans une situation telle que l'extrémité droite de l'estomac sera plus en avant.

C'est encore ici le cas de faire varier la position du malade; le liquide retombant par son propre poids à la partie la plus déclive du viscère, manifestera toujours sa présence par l'obscurité plus grande du son, tandis que les parties les plus élevées fourniront, au contraire, un son clair existant toujours suivant une ligne de niveau. Pour juger d'une manière approximative de la quantité de liquide contenu dans le ventricule, on fera incliner de préférence le malade sur le côté droit, à cause de la capacité moins grande de l'extrémité droite du viscère.

Mais c'est surtout dans les divers états pathologiques de l'estomac que la plessimétrie de cet organe est importante. Le cadre que nous nous sommes imposé ici ne nous permet pas d'entrer dans l'examen de ces divers états; mais on conçoit toutes les conséquences pratiques qui résulteront d'une semblable investigation.

Lorsque la digestion stomacale sera terminée, il sera loisible habituellement de reconnaître dans le duodénum la présence du produit de la digestion. C'est vers la troisième heure environ après le commencement de la digestion, que l'on peut percevoir la matité indiquant la présence de ce produit dans le duodénum. Dans les circonstances contraires, lorsque le duodénum est vide, cet organe étant profondément situé en arrière du foie, de l'estomac et des circonvolutions supérieures de l'intestin grêle, se dérobe à l'investigation. Les connaissances anatomiques indiquent suffisamment selon quelles lignes et avec quel degré d'intensité de percussion il faut le chercher.

Quant à l'intestin grêle, il est circonscrit assez exactement par le gros intestin. En rapport supérieurement avec l'arc du colon qui le sépare du foie, de l'estomac et de la rate, il est plongé inférieurement dans le petit bassin; il faudra donc le chercher selon les différentes lignes qui limitent les régions que nous avons établies.

Le gros intestin affecte certains rapports, dont nous allons indiquer les principaux. Le colon ascendant est plus superficiel que le colon lombaire gauche, et le rectum qui fait suite à l'S iliaque est situé dans l'excavation du bassin; mais il est protégé par le sacrum et le coccyx.

Toutes ces parties, de volume variable, jouissent d'une mobilité plus ou moins grande. Le duodénum et la partie de l'intestin grêle qui lui fait suite immédiatement, jouissent d'une assez grande mobilité; le reste de l'intestin grêle est fixe; et si l'S iliaque est assez mobile, le cœcum est ordinairement assez fixe dans la fosse iliaque.

Nous avons dit encore que le calibre de toutes ces parties était variable, et que, dans l'état pathologique, le gros intestin contenait plus de gaz que l'intestin grêle. On conçoit donc que ces diverses données seront susceptibles de guider le médecin dans la recherche qu'il a pour objet, et qu'il pourra différencier les divers organes aussi bien par les résultats de la plessimétrie que par la connaissance qu'il a des rapports anatomiques. Rien, en effet, n'échappera à son investigation. L'intestin grêle lui donnera une sensation de matité médiocre ou de sonoréité extrêmement obscure; le gros intestin sera plus sonore; le maximum de cette sonoréité sera dans le cœcum à cause du volume plus grand de cette portion du tube digestif. Les matières contenues dans le gros intestin se feront reconnaître par l'absorption du son qu'elles offriront, et il sera facile de se rendre compte de l'effet des médicaments employés. En effet, si l'on percute à diverses reprises le tube digestif, on verra que ces matières auront plus ou moins cheminé. Dans les fièvres typhoïdes, on peut suivre ce mouvement. Telles matières qui se trouvaient aujourd'hui dans le colon transverse ou ascendant, seront demain, sous l'influence d'une médication appropriée, dans le colon descendant, ou rendues par les selles. On assistera donc en quelque sorte au cheminement de ces matières, et cette connaissance déterminera à augmenter ou diminuer, suivant ces indications, la dose des médicaments employés.

La percussion du rectum est peu facile; malgré cette difficulté, on peut cependant obtenir quelques résultats en percutant sur le sacrum. Le doigt vaut mieux ici que la plessimétrie.

Nous venons de dire qu'on peut trouver en arrière le son particulier de l'intestin; il sera bon toujours de percuter selon cette indication; mais, dans ce cas, il faudra tenir compte du son plessimétrique du rein, dont nous allons prochainement nous occuper.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Relevé des pneumonies reçues dans le service pendant les mois de février, mars et avril 1844.

(Troisième article.)

CATÉGORIE DES CAS MOYENS OU ASSEZ GRAVES.

J'ai, dans un précédent article, donné le résumé des deux seules observations dont se composait la catégorie des cas légers. La première avait trait à une pneumonie superficielle compliquée d'épanchement pleurétique. Après avoir indiqué à cette occasion l'analogie qui existe entre certains froissements pleuraux et le râle crépitant de la pneumonie, j'ai cherché à établir un diagnostic différentiel entre ces deux signes physiques qui, quoique parfois identiques, appartiennent cependant à deux maladies essentiellement différentes. La seconde observation, non moins curieuse qu'instructive, est venue confirmer les principes établis par M. Bouillaud relativement à la manière de formuler les émissions sanguines dans les inflammations aiguës du poumon, et nous a démontré en même temps les inconvénients qui résultent des saignées pratiquées à de trop longs intervalles.

Je vais présenter aujourd'hui l'analyse de six cas de pleuropneumonie, qui formeront la catégorie des *cas moyens ou assez graves*; et j'appellerai de suite l'attention sur l'observation qu'on va lire.

Première observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 23. Le nommé Barth. Ernest, âgé de vingt et un ans, malade depuis cinq jours. Entré le 15 février 1844, sorti le 27 février.

Diagnostic. Pleuropneumonie affectant les deux tiers inférieurs-postérieurs externes du poumon gauche du premier au deuxième degré avec réaction sur le cœur, chez un sujet un peu anémié.

Le 15 au soir, le malade présente l'état suivant : La dyspnée est très prononcée. On compte 52 inspirations par minute. La température de la peau est à 40 sur l'abdomen. Le pouls à 128, développé, assez large, assez fort et régulier. Les bruits du cœur très sourds et comme étouffés; le premier, accompagné dans la région de l'orifice aortique, principalement d'un souffle un peu court, profond, et assez rude. En arrière, à gauche, la résonnance est évidemment plus faible que du côté opposé, surtout dans sa moitié inférieure; souffle bronchique très fort dans la fosse sous-épineuse, avec retentissement éclatant de la voix; la respiration, à peu près nulle dans le reste du poumon, y est remplacée par des bordées de râle crépitant, avec souffle bronchique léger pendant l'expiration. Un peu de toux; le crachoir ne contient qu'un seul crachat rouillé. Rien de notable pour les fonctions digestives. L'intelligence bien conservée. — Saignée de 4 palettes.

Le 16, le malade ne se sent pas notablement soulagé; une cuillerée environ de crachats visqueux offrant une teinte légèrement rouillée. Chaleur moins forte que la veille. Pouls à 80,84, sans dureté; respiration à 40. A peu près même état

de la poitrine, en arrière du côté gauche. Résonnance et respiration bonnes partout ailleurs. Les bruits du cœur plus distincts que la veille, mieux frappés; persistance du souffle râpeux dans la région de l'orifice aortique. — Saignée 3 palettes, répétée le soir; ventouses scarifiées part. post. de la poit. côté droit; 3 pal.; julep béchique; tisanes pectorales. Diète.

Le 17, il se trouve sensiblement mieux. Les crachats sont muqueux, sans trace de sang; la douleur du côté gauche à peu près nulle. Un peu de sommeil; peau moite. Pouls à 72. Les bruits du cœur bien distincts, mais encore un peu plus sourds qu'à l'état normal, sans souffle bien notable. La résonnance revenue à gauche dans presque toute l'étendue du poumon; à peine quelques bulles très rares de râle crépitant; murmures vésiculaire assez distinct; expiration un peu soufflante. — Vésicatoire à la partie postérieure gauche. Mêmes tisanes. Diète.

Le 18, il se trouve tout à fait bien. Bon sommeil. Respiration bien libre. Plus de douleur de côté. Pouls à 68. La résonnance et la respiration parfaitement revenues en arrière à gauche, sans souffle; les bruits du cœur tout à faits normaux. Commencement de convalescence. — Un bouillon.

Le 20, le pouls à 60-64 — Deux bouillons, deux potages.

Le 21, une portion; poulet.

Il sort bien rétabli le 27 février.

Cette observation nous fournit un exemple bien remarquable de pneumonie compliquée d'endocardite aiguë, complication beaucoup plus fréquente qu'on ne se le figure généralement, et sur laquelle M. le professeur Bouillaud a le premier fixé l'attention des observateurs.

Disons quelques mots des signes auxquels nous avons reconnu chez notre malade l'inflammation de la membrane interne du cœur. Et d'abord, parlons du souffle au premier temps, constaté dans la région de l'orifice aortique. Ce souffle, dont le caractère râpeux ne pouvait être invoqué qu'en faveur d'une lésion des valvules ou des orifices était, en effet, le résultat d'un épaississement avec boursouflement de l'endocarde, principalement dans les points où cette membrane se replie sur les lames valvulaires de l'aorte.

Pour peu qu'on soit familiarisé avec l'étude des maladies du cœur, il est assez facile de distinguer le bruit de souffle râpeux de celui qu'engendrent l'anémie et la chlorose. Ce dernier, qui lui aussi se fait entendre au premier temps, et dont le siége est limité presque exclusivement à l'orifice aortique, est, comme l'on sait, doux et moelleux à l'oreille; il se propage le long de l'aorte sous sternale et coïncide ordinairement avec les bruits musicaux des artères. Il faut cependant reconnaître que dans certaines chloroses le souffle perçu dans la région du cœur présente un caractère de rudesse tel qu'on éprouve souvent de l'embarras à en indiquer l'origine.

Quant au cas qui nous occupe, le doute n'était pas permis. En effet, tout souffle dont le point de départ est la chlorose ou l'anémie devient de plus en plus intense à mesure qu'on pratique de nouvelles saignées. Dépend-il au contraire d'une endocardite aiguë, on le voit sous l'influence des émissions sanguines bien dirigées décroître de jour en jour, puis s'évanouir tout à coup. Cette dernière marche est précisément celle dont nous avons été témoin chez notre malade, et, ce qui devait encore ajouter à la certitude du diagnostic; c'est qu'à mesure que le souffle de l'orifice aortique perdait de sa rudesse, les bruits du cœur, si peu distincts le premier jour, devenaient beaucoup plus clairs et se rapprochaient de plus en plus de leur timbre accoutumé. Ainsi donc, l'endocardite était réelle, et les raisons que je viens de développer pour en démontrer l'existence me paraissent sans réplique. Une telle complication, on le comprend sans peine, ne pouvait avoir qu'une influence fâcheuse sur la marche et la terminaison de la pneumonie : aussi le cas fut-il considéré comme assez grave et traité comme tel. Ici, en effet, les saignées sont déjà un peu plus nombreuses et surtout plus rapprochées que dans les cas légers; ainsi, sur quatre émissions sanguines prescrites dans les vingt-quatre heures, trois furent pratiquées dans la journée, à trois ou quatre heures d'intervalle. Ce dernier point de la formule est un de ceux que je prie le lecteur de ne point perdre de vue. Espacées de cette manière, les saignées produisent des effets on ne peut plus puissants, effets que nous avons été à même d'apprécier chez notre malade, puisque dans l'espace de trois jours au plus elles ont pour ainsi dire déraciné complétement une pleuropneumonie du deuxième degré avec complication du côté du cœur. Supposez maintenant que les quatre émissions sanguines auxquelles cet homme fut soumis aient été pratiquées dans l'espace de quatre jours (une chaque jour), vous eussiez eu alors bien peu de chances de succès, et, si la terminaison n'eût pas été funeste, la maladie, dans tous les cas, n'eût marché vers la guérison qu'avec une extrême lenteur; et, quand je dis guérison, je n'entends parler que de la pneumonie; car, à coup sûr, l'endocardite qui la compliquait, et dont la marche rapide exige toujours une médication très active, aurait résisté à vos saignées insoffisantes, ou plutôt mal formulées. Sans doute le malade serait sorti guéri, je l'admets, de sa pneumonie, mais emportant avec lui les germes d'une maladie mortelle. On voit maintenant par où pèche l'ancienne formule des saignées, qui évidemment ne peut plus être mise en comparaison avec la nouvelle.

Deuxième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 22. Faipeur (Joseph), âgé de dix-sept ans, garçon marchand de vin, demeurant rue de Seine, n° 47; malade depuis huit jours; entré le 2 avril, sorti le 20 avril 1844.

Diagnostic. Pleuropneumonie du premier au deuxième degré, affectant les quatre cinquièmes inférieurs de la région postérieure du poumon gauche.

État du malade le soir de son entrée. — Visage pâle; la dyspnée considérable; 44 inspirations par minute; les bruits du cœur normaux; pouls à 104, médiocrement développé; la percussion fait constater en arrière de la poitrine une matité médiocrement développée; la percussion fait constater en arrière de la poitrine une matité à peu près complète dans le côté gauche, depuis sa base jusque vers la partie moyenne de l'omoplate; respiration vésiculaire très faible, si ce n'est au sommet, où elle est très forte et l'aspiration un peu soufflante; frottement pleural bien marqué vers l'angle inférieur de l'omoplate avec quelques bulles de crépitation assez rares dans le reste du poumon; pas de toux; un ou deux crachats visqueux, légèrement rouillés. — Saignée, 3 pal.

Le 3 avril, à peu près même état; quantité modérée de crachats visqueux avec une légère teinte rouillée un peu fauve; pouls à 108, passablement développé; respiration à 40; résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés; également bonnes en arrière dans tout le côté droit. A gauche, matité depuis la partie inférieure jusque vers le milieu de la fosse sous-épineuse; crépitation dans la même région avec respiration très faible et souffle bronchique très marqué vers le bord externe de l'omoplate; quelques bulles de crépitation dans la fosse sus-épineuse. — Saignée, 3 palettes, répétée le soir; ventouses scarifiées à la partie postérieure du thorax du côté gauche; guim. sir. gom. 4 pots; julep, *thridace*, 30.

Le 4 avril, le malade se sent soulagé, il n'éprouve plus de douleur de côté ni de gêne de la respiration. Le pouls à 76-80. Crachats pas sensiblement rouillés; respiration à 24-28; la résonnance bien revenue dans le côté postérieur gauche; il en est de même de la respiration, le souffle a tout à fait disparu. Température à 37 dans le creux de l'aisselle; commencement d'appétit. — Vésicatoire à la partie postérieure du thorax; tisanes et julep *ut suprà*.

Le 5 avril, il continue à bien aller; pouls à 72; chaleur normale, crachats non rouillés; ni douleur ni gêne de la respiration; commencement de convalescence. — Guimauve, sirop de gomme, julep, thridace; un bouillon.

Le 6 avril, il va de mieux en mieux; le pouls à 64 68; respiration à 16-20; appétit bien prononcé.

Le 7, le pouls à 52.

Le 10, il mange deux portions, et sort parfaitement rétabli le 20 du même mois.

Troisième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 21. Hacard (Jean-Marie), âgé de quarante et un ans, menuisier, malade depuis quatre jours. Entré le 12 février 1844, sorti le 2 mars.

Diagnostic. Pleuropneumonie au commencement du deuxième degré affectant les deux tiers inférieurs-postérieurs du poumon droit, chez un sujet un peu anémié.

Cet homme, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux, présente à son entrée l'état suivant: Le visage est jaunâtre, sans expression de souffrance bien marquée; le pouls est à 100, peu développé, régulier, 28 inspirations par minute; les bruits du cœur un peu sourds. En avant, la résonnance et la respiration sont bonnes partout, si ce n'est sur la partie latérale externe droite, où elles sont un peu plus faibles, avec mélange de quelques bulles de râle crépitant. En arrière, la résonnance et la respiration bonnes dans tout le côté gauche; la résonnance plus faible dans les deux tiers inférieurs du poumon droit; la respiration également très faible, avec mélange de râle crépitant et retentissement éclatant de la voix, sans souffle bien notable. Quelques crachats rouillés. — Saignée de 3 palettes; diète.

Le 13 février, il se trouve un peu soulagé, surtout du côté de la tête. La douleur de côté ne se fait sentir que dans les fortes inspirations. En arrière, même matité du côté droit, où la respiration est remplacée par un râle crépitant abondant pendant l'inspiration; léger souffle pendant l'expiration. Pouls à 100, bien développé. Crachats fortement rouillés. Respiration à 24-28. — Saignée, 3 palettes, répétée le soir; ventouses scarifiées, 3 palettes; tisanes pectorales; julep, thridace; diète.

Le 14, le malade dit se trouver bien; ne souffre plus du côté. Quelques crachats à peine rouillés. Pouls à 68-72. Murmure vésiculaire très sensiblement revenu à la partie postérieure, sans traces de souffle. Respiration à 16. Etat sudoral; chaleur modérée. — Vésicatatoire à la partie postérieure droite; mêmes tisanes; julep; diète.

Le 15, il se trouve bien. Respiration à 20; pouls à 76, régulier. Deux ou trois crachats, dont un seul présente une légère teinte rouillée. En arrière à droite, la résonnance et la respiration vésiculaires tout à fait revenues. Ni crépitation, ni souffle. — Tisanes, *ut suprà*; julep; diète.

Le 16, bon sommeil; de douleur nulle part; pas de toux; deux ou trois crachats tout à fait blancs; respiration à 16; pouls à 30; la résonnance et la respiration tout à fait normales dans toute la poitrine. Commencement de convalescence. — Un bouillon coupé.

Le 19, une portion. Le 23, deux portions.

Il sort complétement guéri le 2 mars.

Quatrième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 26. Le nommé Perret (Joseph), garçon de magasin, âgé de trente-cinq ans, malade depuis deux jours. Entré le 28 mars, sorti le 12 avril 1844.

Cette homme, d'une constitution très forte, fut pris tout à coup, deux jours avant son entrée à l'hôpital, d'une douleur extrêmement violente dans le côté droit de la poitrine, pour laquelle on lui appliqua 18 sangsues: on lui pratiqua, en outre, dans la même soirée, une saignée assez copieuse. On constate, à l'entrée du malade, les phénomènes suivants: Matité a la partie inférieure-postérieure du côté droit de la poitrine, remontant en s'affaiblissant jusqu'au niveau de l'omoplate où il existe un souffle bronchique bien prononcé, ainsi que le long du bord postérieur de cet os; retentissement saccadé de la voix; le pouls à 104, médiocrement développé; plusieurs crachats rouillés. — Saignée, 4 palettes, répétée le soir; ventouses scarifiées, 3 palettes; dans l'intervalle, guim. sir. de gom.; julep béchique; diète.

Le 29 mars, le malade dit se trouver très bien. Pouls à 64-68; respiration à 16; résonnance meilleure à la partie postérieure du côté droit; crépitation distincte; quelques vestiges d'un souffle mêlé de crépitation vers l'angle inférieure de l'omoplate. — Saignée, 3 palettes; vésicatoire à la partie postérieure du thorax; mêmes tisanes; julep diacodé; diète.

Le 30, le malade se trouve bien. Pouls à 60-64, assez résistant, passablement développé; la respiration revenue dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine, sans souffle et avec disparition de la crépitation elle-même. Convalescence commençante. — Un bouillon.

Le mieux se soutient. Le 4 avril, il mange deux portions. Il sort très bien portant le 12 avril.

— C'est à dessein que j'ai réuni ces trois observations, qui du reste font naturellement suite à la première. Toutes quatre, en effet, ont entre elles des points de contact on ne peut plus intimes tant sous le rapport de l'étendue de la maladie, que de son traitement, de sa marche et de sa terminaison. N'est-ce pas là, je le demande, une chose bien digne de remarque, que sous l'influence d'un même nombre de saignées pratiquées à des intervalles à peu près égaux, quatre pneumonies arrivées au même degré aient suivi jour par jour la même marche décroissante, que chez chacune d'elle les mêmes modifications soient survenues dans les mêmes symptômes, et qu'enfin elles se soient arrêtées tout à coup à une même époque qu'on aurait pu croire déterminée d'avance? Le rapport évident qui existe ici entre la terminaison rapide de la maladie et la quantité de sang tiré dans un laps de temps voulu et à peu près le même pour chacun de ces cas, nous prouve suffisamment tout ce qu'il y a d'exact, de précis, je dirais presque de mathématique dans une pareille formule.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHOLÉRA MITIGÉ OBSERVÉ A BREST EN FÉVRIER ET MARS 1844.

> « Constantibus temporibus si tempestiva tempestivè fiant » morbi stabiles et boni judicii accidunt; inconstantibus » autem, instabiles et mali judicii. » (Sec. III, aph. 8.)

Cette sentence d'Hippocrate acceptée depuis des siècles par tout praticien observateur, reçoit chaque jour un nouveau caractère de vérité, une consécration nouvelle, et Brest dernièrement vient de grossir les faits qui la rendent immortelle.

Dans cette partie de la France et de la Basse Bretagne, battue à l'ouest par les flots de l'Océan, l'été n'est jamais brûlant, les frimas sont rarement rigoureux; les pluies sont fréquentes, les brumes répétées aux équinoxes et aux solstices; la neige demeure peu sur le sol; il ne gèle que de loin en loin, de la fin de novembre au 1[er] avril; du printemps à l'été, de l'été à l'automne la démarcation n'est pas tranchée; mais de l'été à l'hiver la différence thermométrique est généralement très grande; cette année est une exception, l'hiver a complétement manqué, en décembre et janvier nous avons eu une chaleur printanière à faire fleurir les arbres à fruit qui ne doivent montrer leurs fleurs que beaucoup plus tard, et une extrême humidité a remplacé la sécheresse. Il n'en fallait pas davantage pour prédisposer à bien des maux, ébranler la santé générale, changer fâcheusement l'état sanitaire, multiplier les indispositions, donner aux maladies un caractère inattendu, une forme bizarre, insidieuse, frapper épidémiquement notre population. Les angines, les pleurésies, les pneumonies, etc., si fréquentes à cette époque, ont été peu communes ou au moins peu franches; rarement bien dessinées, elles marchaient avec lenteur, accompagnées ou compliquées de symptômes muqueux qui rendaient le traitement complexe, difficile; la convalescence tardive et prolongée. Les affections du ventre ont prédominé, et l'on a compté beaucoup de diarrhées, de fièvres typhoïdes. etc.

Au commencement de 1844, voilà donc les maladies qui conduisaient dans nos hôpitaux les soldats des divers régiments, les ouvriers de l'arsenal, etc. Quoi qu'il en fût, les salles n'étaient point pleines, et la mortalité se tenait à un chiffre modéré. En ville, il y avait beaucoup d'indispositions, rien de plus, lorsque la cholérine se déclara, à la fin de la première quinzaine de février; elle se répandit bientôt dans la plupart des quartiers; dans certaines maisons, on la voit passer d'un étage à l'autre, frapper ensemble ou successivement chacun des habitans. Son apparition répondit aux fêtes du carnaval; les soirées, les bals, etc., lui promettaient un accroissement facile; aussi épargna-t-elle les vieillards plus que les jeunes gens et les enfants.

Comme dans toutes les épidémies, les premiers coups ont été plus sérieux; ces premiers coups, portés sur les familles les plus aisées, ont vivement fixé l'attention. Il n'est pas une maladie qui, à deux époques différentes, revête des symptômes identiques, une marche parfaitement analogue; et ici, ce *choléra mitigé* a offert des nuances qu'il ne sera pas indifférent, peut-être, de signaler à vos lecteurs.

La cause première du choléra a toujours échappé aux investigations les plus soigneuses, les plus habilement dirigées (c'est avouer ici notre faiblesse); la cause de cette petite épidémie nous échappait certainement. Persuadé de cette vérité malheureuse, nous ne perdrons pas nos instants dans de vaines suppositions; le *quid ignotum* est d'essence divine, et ne saura probablement jamais être apprécié par nos faibles moyens.

Nous ne nous occuperons en conséquence que des causes prédisposantes ou aggravantes de celles qui facilitent l'action de la cause première ou donnent à la maladie, une fois déclarée, une marche plus rapide et plus grave. Chacun se rappelle l'observation de Sydenham; elle tend à prouver que la chaleur propre à engendrer le choléra est toujours humide et inconstante, suspendue matin et soir. Eh bien! c'est la constitution atmosphérique que nous avons eue; à une nuit fraîche

2, 3, 4 degrés au-dessus de zéro, succédait une journée douce le matin, chaude à deux heures, tempérée plus tard, les vents très variables venaient presque constamment de la mer et en portaient l'humidité; le carnaval, ses plaisirs bruyants, ses fatigues; le passage des salons étouffants à un air frais et aqueux, les excès alimentaires ou au moins les repas plus copieux et à des heures irrégulières; la privation de sommeil, d'un repos suffisant pour combattre les fatigues de veilles trop prolongées; voilà, à notre avis, les circonstances qui ont frayé un passage facile à cette maladie dont nous nous flattions d'être délivrés.

Les quatre périodes reconnues et signalées par l'expérience ont été d'abord confondues, plus tard elles se sont parfaitement dessinées, et dès cet instant la gravité a diminué. Ainsi, dans le principe, pas de prodromes nerveux et intestinaux, distincts, isolés, de suite *coliques*, *vomissements* et *diarrhée*; pâleur extrême; refroidissement; syncope imminente à l'approche d'une évacuation de selles abondantes, liquides, infectes, ressemblant pour l'aspect et l'odeur à des jaunes d'œufs pourris, étendus d'eau, exhalant l'hydrogène sulfuré, et enfin d'un jaune-paille laiteux, tenant en suspension des flocons blancs; ralentissement du pouls; lassitude prononcée; décubitus dorsal; courbature, lumbago, crampes, mauvais sommeil ou insomnie, soif. Bornée à ces symptômes, la maladie durait deux ou trois jours, et une bonne réaction annonçait la convalescence, ramenait la santé.

Dans les cas moins benins, elle a revêtu les caractères alarmants du choléra confirmé: facies abattu, décomposé; yeux caves, enfoncés; nausées, vomissements ou hoquets; selles aqueuses blanches, véritable eau de riz au fond de laquelle se déposaient des grumeaux nombreux; tranchées fréquentes; soif excessive; sueur froide; refroidissement du nez, de tous les appendices, de la langue, de l'air expiré; sentiment de chaleur insupportable dans les grandes cavités splanchniques; agitation; crampes dans les mollets, dans les orteils et surtout aux lombes, à arracher des cris aigus, et la cyanose venait colorer le pronostic de sa teinte lugubre.

La peau n'a jamais perdu totalement sa contractilité, et les urines ont toujours coulé assez librement.

Pour faire apprécier les deux degrés de ce retour cholériforme qui est venu nous surprendre et frapper de désolation quelques familles, à une époque de l'année qui semblait en repousser jusqu'à la pensée, nous ne voyons rien de mieux que de relater ici deux observations prises à peu près au hasard parmi celles que nous avons nous-même recueillies. Chemin faisant, nous mettrons en relief la médication qui semblait la plus favorable. Par cette manière de procéder, nous serons plus court sans être moins complet. Nous n'aurons pas à dérouler scolastiquement l'article *traitement*.

M. D..., âgé de quarante-sept ans, d'une constitution sèche, nerveuse, impressionnable, jouissant d'une honnête aisance et en usant avec sagesse, habite une maison nouvellement réparée, fraîchement recrépie et plâtrée. Après trente-six heures de dégoût pour les aliments, de faiblesse, de lassitude, d'ennui, il est pris subitement à neuf heures du soir, le 12 février, de coliques vives, déchirantes, qui le mettent une quinzaine de minutes dans un état voisin de la syncope. Le ventre gargouille fortement; des selles aussi abondantes que liquides accompagnent et suivent ce gargouillement. Le malade avait pris, dans l'après-midi, un bouillon aux herbes et deux ou trois huîtres; ces huîtres et ces herbes indigérées se retrouvent dans les matières dont l'odeur est asphyxiante, la couleur jaune-paille, la consistance presque nulle. Sa famille, justement alarmée d'accidents si subits et si graves, en apparence au moins, craint d'attendre l'arrivée de son médecin habituel; elle me mande en toute hâte: je demeurais à deux pas. J'accours, et trouve M. D... dans la prostration la plus complète, le visage pâle, défait, les yeux demi-fermés, les traits tirés, la peau couverte d'une sueur fraîche; le pouls lent, petit, dissimulé; faisant des efforts de vomissements; gémissant d'intervalle en intervalle, au retour de tranchées déchirantes; langue large, pâle, humide. Ce cortége de douleurs, aussi soudainement développées, jette mon esprit dans l'embarras. C'était peut-être le premier cas de cholérine, personne au moins n'en avait encore parlé; rien ne mettait en éveil. Je crus à un empoisonnement. Je questionne; les réponses tendent à écarter cette pensée. Je recours aux calorifères, j'en entoure les membres du patient. Je prescris un demi-lavement émollient laudanisé de 10 gouttes; j'applique un cataplasme chaud laudanisé sur le ventre; je fais boire chaude une infusion de tilleul avec 30 grammes d'eau de fleurs d'oranger par pinte, et dispose de la moutarde qui ne tarde pas à envelopper les mollets. Le calme renaît et dure plusieurs heures. Une nouvelle crise est arrêtée, ou abrégée dans son cours par un demi-lavement semblable au premier.

Le lendemain le mieux est appréciable, pourtant il y a encore de temps à autre de vives douleurs abdominales; les selles n'ont point changé de caractères et la réaction s'attend ou se montre imparfaitement avec lenteur. Alors je cesse mes soins, le médecin de la famille reprend sa place. Il ordonne un bon nombre de sangsues sur le colon, une eau de riz, des demi-lavements émollients, les mêmes moyens calorifères et une diète rigoureuse. Le mieux continue, et le 17 commence la convalescence. La débilité annonce qu'elle sera longue, que le rétablissement parfait ne s'obtiendra que par une sévérité de régime prolongé.

M. D... oublie un moment les exigences de l'hygiène, il rechute pour recouvrer bien lentement la santé qui l'avait si brusquement quitté.

Sans prétendre aucunement critiquer l'habile praticien qui conduisait le traitement, je ferai observer que généralement, en circonstances pareilles, les applications de sangsues ne m'ont pas paru avantageuses, et que j'ai trouvé un plus prompt et plus puissant secours dans les préparations opiacées en lavements, en cataplasmes, aidés de l'action des moines, de la moutarde, etc.

Les saignées locales ou générales, dans cette courte épidémie, prédisposaient ou conduisaient aux complications muqueuses, ou au moins jetaient dans une débilité peu en rapport avec la perte du sang, dans une atonie qui fait de la convalescence une maladie nouvelle et souvent aussi dangereuse que la première; parce que le sujet croit être dans l'obligation de manger, de manger beaucoup pour recouvrer ses forces, et ceux qui l'entourent, ignorant que l'aliment qui se digère est le seul réparateur, le laissent enfreindre les recommandations, tombent dans cette erreur si journellement fatale.

M. D..., par des rechutes, a prolongé son séjour au lit; enfin, il s'est rétabli. Cette terminaison efface les chagrins qu'il a donnés.

Presque à la même date, succombait une charmante enfant de onze ans à peine, dont les grâces du jeune âge, les dispositions heureuses faisaient la joie, le bonheur de ses parents, et donnait à leur avenir un aspect riant que vingt-deux heures de maladie ont détruit comme un rêve.

Mlle M... avait onze ans, elle était forte, d'une belle et excellente constitution, fraîche, animée; elle n'avait eu jusque-là que des indispositions. Pour terminer les fêtes de l'hiver, ces fêtes dont le mercredi des cendres est la limite, elle va au bal le lundi 12 février, et au milieu d'enfants de son âge, on la remarque, on la cite pour sa gracieuseté, son enjouement, sa vivacité; elle danse sans pousser le divertissement jusqu'à la fatigue; elle mange des bonbons, prend des sorbets avec modération, et à minuit s'enveloppant d'un chaud manteau, elle retourne au logis avec sa mère; elle a échappé au froid humide de la nuit. La rentrée s'est effectuée sans transition apparente, et sans tarder elle se couche pleine de doux souvenirs. Le sommeil est bon; le mardi elle cause, rit et chante, comme d'habitude, et à l'heure venue elle se met au lit sans se plaindre moindrement, pour dormir aussi paisiblement que les nuits précédentes. A sept heures du matin elle se réveille; elle a froid, et sent envie de vomir; elle va à la garderobe; ses selles sont copieuses et solides. On la remet au lit, on la couvre bien, on lui donne du thé chaud; la chaleur ne revient pas; les nausées persévèrent; les déjections alvines se renouvellent, elles sont semi-liquides, d'une odeur fort désagréable. Marie accuse une faiblesse étrange; elle vomit, elle a des coliques; la peau est décolorée, fraîche; elle éprouve intérieurement, à l'épigastre, le sentiment d'une chaleur vive que les boissons n'apaisent pas; refroidissement des jambes, crampes dans les mollets; pouls petit, dissimulé, un peu lent. Thé continué; calorifères aux pieds; un demi-quart de lavement émollient.

A dix heures, selles abondantes, fréquentes, liquides, blanches jaunâtres, précédées et accompagnées de coliques pénibles; refroidissement extérieur; chaleur brûlante au-dedans; soif intarissable; nausées vomissements.

Potion anti-émétique de Rivière, cataplasmes sinapisés aux mollets; un quart de lavement laudanisé. — A midi, les matières fécales sont tout à fait cholériques, le facies perd son animation, l'œil s'enfonce, le pourtour de l'orbite se rembrunit, les crampes se rapprochent, le sentiment de chaleur intérieur l'accable; rien n'apaise la soif; les urines sont rares et rouges; il y a de l'agitation, de l'inquiétude; la connaissance reste parfaite; et, comme prévenue déjà du coup qui la menace, cette douce jeune fille dit à son père: « Papa, je vais mourir; ne le dis pas à maman. »

Des sangsues à deux reprises sont appliquées sur l'épigastre; elles prennent difficilement et se détachent aussitôt. Elles ne donnent qu'un sang rare de couleur foncée.

Les symptômes persévèrent et s'aggravent. Sinapismes aux pieds, bientôt vésicatoires aux cuisses, demi bain d'enveloppe, frictions ammoniacales le long de l'épine dorsale; etc., rien n'agit dans un sens favorable; chaque heure est marquée par des progrès alarmants qu'aucune prescription n'arrêtera désormais. Le soir tout espoir est perdu; à onze heures (dix-septième de la maladie) les souffrances ont cessé, mais ce repos est trompeur, c'est l'avant-coureur de de la mort; elle s'assoupit, ouvre les yeux pour s'assoupir encore. A son nom, prononcé avec force, elle écarte les paupières, dit quelques mots sans suite, retombe dans la torpeur. A onze heures et demie elle est glacée, cyanosée, sans pouls; elle reconnaît son père, lui dit bonsoir, et meurt sans autre agonie.

L'annonce de sa maladie a été celle de sa mort. Elle était connue de toute la ville, admirée de chacun. Cette triste nouvelle frappe d'étonnement, émeut de tous côtés. Dans les réunions, on ne parle que d'elle; on plaint ses malheureux parents.

Entourée des médecins les plus capables, elle a eu les soins les plus judicieux; l'intoxication l'avait frappée trop profondément dès le début, pour se laisser vaincre par nos ressources.

Ce choléra mitigé, huit jours disséminé, n'offre que des cas isolés, mais graves. Après une semaine, il se répand et perd de sa gravité. Au commencement de mars l'atmosphère se refroidit, la saison prend son caractère propre; la petite épidémie disparaît.

Les pertes n'ont porté que sur les enfants, à bien dire, et elles ont été beaucoup moins nombreuses que le début le faisait craindre. Dans la garnison, il y a eu très peu de malades de ce genre.

« Plus une saison est incertaine et déréglée, plus nous de-
» vons nous tenir sur nos gardes, et observer avec attention
» les indispositions ou les maladies qui s'offrent à notre exa-
» men. L'organisme est le baromètre le plus sensible de la
» constitution médicale; si nous ne conjurons pas l'orage qu'il
» annonce, la foudre tombera et brisera des existences qu'une
» prophylaxie bien entendue aurait heureusement abritées. »

Je ne prétends point donner à la météorologie une importance exagérée; mais il faut se rappeler que les instruments qu'elle emploie, observés avec intelligence, rendent souvent des services réels. A. GUÉPRATTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 septembre. — Présidence de M. FERRUS.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture, ayant été sollicité pour autoriser un établissement public des eaux sulfureuses récemment trouvées dans la rue de Vendôme, prie l'Académie de lui faire un rapport à ce sujet et d'analyser ces eaux.

Cette lettre est renvoyée à la commission des eaux minérales.

M. le président prévient l'Académie que dans sa séance prochaine elle aura à nommer une commission de cinq membres pour le prix d'Argenteuil.

Sur la proposition de *M. Villeneuve*, le nombre des membres de cette commission est fixé à neuf.

— A l'occasion du procès-verbal, *M. Bouley* demande la parole: Je partage entièrement, dit-il, l'opinion de M. Ségalas; les lésions de la moelle ne modifient pas la sécrétion de l'urine. J'ai observé sur les chevaux un grand nombre de cas de ces lésions sans altération des fonctions du rein. Je dois dire cependant que ces lésions de la moelle n'étaient pas traumatiques, mais spontanées. Autrefois il était généralement reçu en pathologie vétérinaire, que les lésions traumatiques de la moelle seules pouvaient produire la paraplégie. J'ai prouvé dans un mémoire sur ce sujet que la paraplégie pouvait résulter d'une congestion de la portion dorso lombaire de la moelle, congestion qui pouvait siéger sur la moelle comme sur ses enveloppes. J'ai remarqué d'ailleurs que la paralysie des mouvements avait précédé la paralysie du sentiment. Quant au changement de composition des urines, je ne peux rien dire, si ce n'est qu'elles m'ont paru altérées dans leur couleur, leur odeur et leur consistance.

M. Barthélemy. La paraplégie peut résulter aussi chez les animaux d'une sorte de commotion de la moelle. Dans la campagne de Russie, un soldat poursuivait un petit cochon et lui asséna un grand coup de bâton sur l'épine dorsale. Le petit animal fut instantanément pris de paralysie du train inférieur et faisait des efforts pour se traîner sur le train de devant; mais un quart d'heure après il put se tenir sur ses quatre jambes et s'enfuir comme si de rien n'était. Les chevaux, après une chute ou un faux pas sont quelquefois pris de paraplégie qui ne reconnaît d'autre cause qu'une commotion de la moelle. Mais cette paraplégie n'est pas, en général, de longue durée.

M. Dupuy rend compte des expériences qu'il a faites en 1806 avec Dupuytren sur l'extirpation des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique chez le cheval. Cette extirpation paraît avoir été complétement inoffensive chez ces animaux.

M. Ségalas voudrait demander à M. Bouley si dans les cas où la paralysie du mouvement a précédé de la paralysie du sentiment, les lésions de la moelle étaient plus marquées à la partie antérieure qu'à la partie postérieure. On comprend, dit-il, l'importance de cette question relativement aux fonctions des deux racines des nerfs rachidiens.

M. Bouley. La paralysie a commencé, il est vrai, par la paralysie du mouvement, mais elle a été suivie de celle du sentiment, de sorte qu'il était impossible à l'autopsie de rien conclure des lésions trouvées. Dans un cas cependant les lésions de la partie inférieure, qui chez les animaux correspond à la partie antérieure chez l'homme, m'ont paru plus graves.

M. Castel. On s'étonne que la paralysie du mouvement précède celle du sentiment, cela doit être, car il faut plus d'innervation pour produire le mouvement que pour sentir. Au lieu de chercher des explications dans l'anatomie, il faut les chercher dans la physiologie; les choses seraient plus claires.

M. Dubois (d'Amiens) voudrait que cette discussion incidente eût un terme, car l'ordre du jour est très chargé.

M. Nacquart ne croit pas qu'il existât de paraplégie chez le pauvre petit cochon (rires) dont a parlé M. Barthélemy.

M. Dubois (d'Amiens) voudrait demander à M. Nacquart ce qu'il entend par paralysie.

M. Nacquart. A la première occasion je vous le dirai...

M. Rochoux. La science est bien établie sur ce point; la paralysie du mouvement précède souvent celle du sentiment; mais les exemples du contraire ne sont pas très rares. Le célèbre La Condamine fut paralysé du sentiment avant de l'être du mouvement.

M. Velpeau parle dans le même sens.

— *M. Bussy* fait un rapport sur un mémoire de M. Félix Boudet, relatif à des recherches sur la composition chimique du parenchyme pulmonaire et des tubercules.

Le point capital de ce travail, dont nous n'avons entendu qu'une courte et rapide analyse, consiste en ce que M. Boudet a trouvé dans le parenchyme pulmonaire de la matière grasse qui n'existe pas dans la chair musculaire, de la caséine dans les tubercules ramollis, et en ce que les concrétions dites calcaires qui succèdent quelquefois aux tubercules, ont été trouvées formées par des sels solubles ne contenant ni carbonates ni phosphates, mais surtout des chlorures de soude et de potasse, ce qui expliquerait comment les phthisiques perçoivent souvent une saveur salée dans leurs crachats.

Conclusions: Remercîments à l'auteur; renvoi du mémoire au comité de publication.

M. Delens. La différence signalée dans ce travail entre le parenchyme pulmonaire et le tissu musculaire, différence qui consiste surtout en ce que le premier contient de la matière grasse absente dans le dernier, cette différence est-elle bien réelle? Ne dépend-elle pas plutôt de ce que les analyses du tissu musculaire sont déjà anciennes, et que l'analyse du poumon est toute récente? Je suis porté à le croire. Il est très probable qu'il doit exister de la matière grasse dans les muscles; car on en a trouvé dans le sang.

M. Bussy répond qu'il n'est pas possible d'arguer de l'imperfection des analyses anciennes du tissu musculaire, tant qu'elles n'ont pas été reconnues erronées.

M. Desportes se plaint que les questions les plus importantes se présentent toujours d'une manière imprévue et sans qu'on ait le temps de se préparer à leur discussion. Le travail de M. Boudet présente plusieurs points importants qui seront à peine examinés. Que peut-il résulter de l'analyse d'un organe à structure complexe comme celle du poumon? C'est comme si on analysait le pied avec toutes les couches qui le composent. La présence de la graisse dans le poumon ne peut prêter à aucune induction légitime. Dans l'ordre physiologique normal, c'est précisément lorsque toutes les fonctions s'opèrent bien que la graisse se forme. Les concrétions pulmonaires ne signifient pas qu'il y ait eu transformation de tubercules; on les trouve dans d'autres organes, et notamment dans les gros vaisseaux.

Après quelques observations de M. Bussy, les conclusions sont adoptées.

— M. *Forget*, de Strasbourg, donne lecture d'un travail sur l'*anévrisme du cœur*, dont voici la substance:

Pour se faire une idée large et nette du mécanisme et des phénomènes de l'anévrisme du cœur, il est nécessaire de se représenter l'appareil circulatoire comme formant un canal unique, continu, mais variant de capacité, de résistance, de structure selon les divers points de son étendue. Ce canal est constitué d'avant en arrière, eu égard au cours du sang, par le système artériel résumé dans l'aorte, le ventricule gauche du cœur, l'oreillette gauche, les poumons, l'artère pulmonaire, le ventricule droit, l'oreillette droite, le système veineux résumé dans les veines caves, et enfin le système capillaire.

Eh bien! toutes les fois qu'il existera un obstacle dans un point donné de ce canal, une dilatation pourra se former en arrière de cet obstacle. La dilatation est donc l'expression fondamentale de l'anévrisme.

Mais en outre, suivant la structure des parties dilatées, des phénomènes accessoires pourront se produire : telle est l'hypertrophie, laquelle dépend de la texture musculaire de certains points du canal circulatoire, du cœur en particulier. Or, cette hypertrophie sera d'autant plus considérable que l'appareil musculaire sera plus puissant; d'où résulte que l'hypertrophie est l'apanage presque exclusif du ventricule gauche, car lorsque l'obstacle est en arrière de celui-ci, la dilatation des trois autres cavités s'effectue ordinairement sans épaississement bien considérable. D'où surgit déjà cette donnée nouvelle, à savoir, que la dilatation générale du cœur avec hypertrophie implique la participation du ventricule gauche ; c'est ce qui constitue l'anévrisme actif, l'anévrisme passif des auteurs se rapportant à la dilatation des autres cavités du cœur, à l'exclusion du ventricule gauche. Et en effet, nous n'avons jamais rencontré d'anévrisme passif du ventricule gauche.

Ainsi, l'anévrisme actif et l'anévrisme passif ne seraient plus des modifications diverses des mêmes parties, mais bien le résultat, en quelque sorte, obligé du siége même de la dilatation et, partant, du siége de l'obstacle circulatoire : diagnostiquer un anévrisme actif, c'est admettre l'affection du ventricule gauche dont l'exclusion constituerait un anévrisme passif ; et c'est préciser implicitement le siége de l'obstacle (s'il en existe), dans le premier cas, à l'orifice aortique, dans le second cas, celui d'anévrisme passif, à l'orifice mitral ou aux poumons, car la dilatation des cavités droites du cœur seules résulte ordinairement d'un obstacle dans les poumons.

Je ne parlerai de l'altération organique des orifices du cœur droit que pour signaler leur extrême rareté : je n'ai jamais rencontré d'altération de l'orifice pulmonaire; une seule fois j'ai constaté l'altération de la valvule tricuspide, et encore avec complication d'ossification des orifices du cœur gauche; d'où surgit cette conséquence pratique très importante, qu'il est inutile de s'évertuer, comme on le fait journellement, à distinguer les lésions des orifices droits de celles des orifices gauches, ce qui, d'ailleurs, serait anatomiquement et physiologiquement presque impossible, quoi qu'en disent les auteurs, qui n'établissent à cet égard que des principes théoriques.

La difficulté se borne donc, dans la presque universalité des cas, à préciser le siége des obstacles dans l'un des deux orifices du cœur gauche ou dans les poumons. Eh bien ! on est trop généralement convaincu que la cause ordinaire de l'anévrisme est la lésion de l'orifice aortique ; le relevé d'un grand nombre d'autopsies nous permet d'établir : 1° que le rétrécissement aortique isolé n'est pas plus fréquent que le rétrécissement mitral isolé ; 2° que le rétrécissement simultané des deux orifices est aussi fréquent que le rétrécissement de chacun d'eux en particulier ; en outre, 3° le rétrécissement des orifices droits n'existe presque jamais ; 4° l'obstacle pulmonaire, comme cause de l'anévrisme droit est peut-être plus fréquent à lui seul que toutes les autres causes d'anévrisme ; 5° l'anévrisme du cœur droit est un effet obligé de l'anévrisme du cœur gauche.

Il s'agit maintenant de préciser les signes caractéristiques de chacun de ces obstacles. Dans la pratique actuelle, on n'a guère recours pour cela qu'aux bruits normaux du cœur et à leurs diverses modifications de siége et de propagation. Or, cette base est essentiellement insuffisante et trompeuse, en ce que : 1° il existe des bruits anormaux du cœur sans rétrécissement valvulaire ; 2° les bruits anormaux n'existent pas toujours et en tout temps dans les rétrécissements valvulaires ; 3° les bruits propres à chaque orifice, à chaque altération (rétrécissement, insuffisance) peuvent très souvent être confondus les uns avec les autres, et, d'ailleurs, se compliquent souvent d'une manière inextricable.

Néanmoins, ces bruits sont très précieux, en tant que par leur permanence et leur rudesse ils indiquent positivement une lésion valvulaire quelconque ; mais, au point où nous en sommes arrivé, ces bruits ne sont plus pour nous que des éléments de diagnostic accessoires, de fondamentaux qu'ils étaient quant au siége précis des altérations valvulaires.

En résumé :

1° Le signe culminant du rétrécissement aortique est la dilatation du ventricule gauche, laquelle existe presque nécessairement, avons-nous dit, avec hypertrophie ; elle se révèle par la voussure précordiale, la force d'impulsion, etc., et le plus souvent par le bruit de soufflet propagé dans l'aorte. L'anévrisme du ventricule gauche implique la dilatation passive des autres cavités ; dans le rétrécissement aortique il y a donc développement général du cœur donnant à la percussion une matité étendue dans tous les sens ; le cor *bovinum* appartient exclusivement au rétrécissement aortique.

2° Le défaut de dilatation du ventricule gauche avec dilatation des trois autres cavités, est l'effet immédiat du rétrécissement mitral, le plus souvent avec bruit anormal circonscrit dans la région des orifices. Alors la voussure précordiale manque ou est peu prononcée ; l'impulsion du cœur est dépourvue d'énergie ; la percussion donne une matité plus étendue en travers que de haut en bas ; c'est ce qui constitue le cœur *en gibecière*, lequel est l'apanage du rétrécissement mitral.

3° Lorsqu'il y a complication de rétrécissement des deux orifices, les signes sont ceux propres à l'orifice dont le rétrécissement est le plus prononcé.

4° L'habitude où l'on est aujourd'hui de n'admettre guère que le rétrécissement des orifices comme cause de l'anévrisme du cœur, fait que l'anévrisme isolé du cœur droit est presque toujours méconnu, au moins quant à sa cause. Or, cet anévrisme est fréquent et résulte presque toujours de l'engorgement pulmonaire chronique. Dans l'anévrisme droit, les accidents pulmonaires ont précédé les accidents circulatoires dont, au contraire, ils sont la suite lorsque le cœur est affecté primitivement. Alors on rencontre peu ou point de voussure, impulsion faible, bruits de souffle parfois (par insuffisance tricuspide), mais sans rudesse ; pouls plus développé, mais plus mou que dans les cas de rétrécissement ; développement transversal du cœur, plus étendu à droite ; car il s'effectue aux dépends des cavités droites seules. C'est une seconde forme du cœur *en gibecière*.

5° Les signes de l'hypertrophie concentrique ont été formulés par Bertin et M. Bouilland ; mais les causes sont restées dans l'ombre. Or, nos autopsies nous ont révélé : 1° que cette altération est spéciale au ventricule gauche ; 2° qu'elle résulte presque constamment d'un obstacle existant en arrière de ce ventricule ; à savoir, du rétrécissement mitral ou de l'engorgement pulmonaire.

6° Les anciens, Corvisart lui-même et beaucoup de modernes, attribuaient et attribuent encore beaucoup d'importance aux symptômes généraux, comme pouvant fournir des signes différentiels entre l'anévrisme actif et l'anévrisme passif. Or, il est clair, *à priori*, et l'observation confirme la théorie, que ces signes, dérivant presque tous de l'obstacle circulatoire, doivent être les mêmes dans tous les genres d'anévrysme : ainsi l'anasarque, la dyspnée, le reflux veineux, la cyanose sont les mêmes, soit qu'il y ait rétrécissement aortique ou mitral, dilatation active ou passive, anévrisme droit isolé, voire même hypertrophie concentrique.

Maintenant on demandera peut-être quelles sont les conséquences pratiques qui découlent de ces données diagnostiques ? Et d'abord, perfectionner, élucider le diagnostic, c'est servir éminemment la pratique en épargnant des embarras, des incertitudes au praticien ; puis, quoi qu'on en ait dit, il n'est pas un progrès en diagnostic qui n'éclaire directement ou indirectement la thérapeutique en lui fournissant des indications soit positives, soit même négatives. Or, il est clair, par exemple, qu'un rétrécissement aortique constaté et impliquant l'anévrisme actif ou la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche, on pourra user largement et avec sécurité des débilitants et des sédatifs du cœur, et qu'au contraire il faudra se montrer avare de ces moyens dans le rétrécissement mitral ou dans l'anévrisme droit qui constituent deux formes de l'anévrisme passif ; car ici le ventricule gauche, non hypertrophié et parfois rétréci, a besoin de toute son énergie pour chasser jusqu'aux extrémités le peu de sang qu'il reçoit.

— *M. Tavernier* présente deux enfants, l'un de six mois, l'autre de trois ans, atteints de lèpre générale et congénitale. Un troisième enfant, né des mêmes parents dans l'intervalle de ces deux lépreux, est exempt de cette affreuse maladie.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 septembre 1844. — Présidence de M. SERRES.

Rapport entre le sens du courant électrique et les contractions musculaires dues à ce courant. — *M. Longet* lit un travail sur ce sujet, fait en commun par M. Matteucci et lui. Des physiciens, disent ces auteurs, ont étudié jusqu'à présent l'action du courant électrique, *à direction différente*, spécialement sur les nerfs lombaires et sciatiques des animaux, c'est-à-dire sur des cordons nerveux que les anatomistes appellent *mixtes*, parce qu'ils sont composés, sous une même enveloppe, de filets dont les uns conduisent les impressions, et les autres le principe de la contraction musculaire. Cette étude a démontré que si, dans une portion de la longueur d'un nerf de cette double nature on fait passer immédiatement un courant *direct* ou dirigé du cerveau aux extrémités nerveuses, des contractions surviennent dans les muscles inférieurs, en fermant comme en ouvrant le circuit, et que les mêmes phénomènes sont produits par un courant *inverse*, c'est-à-dire par celui qu'on dirige des extrémités du nerf vers l'encéphale. Mais on a vu bientôt apparaître une autre période persistante, dans laquelle les contractions n'ont plus lieu que dans deux cas : 1° au commencement du courant direct ; 2° à l'interruption du courant inverse.

Telle est l'unique loi générale admise aujourd'hui sur la relation du sens des courants électriques avec ces contractions musculaires qu'ils excitent en passant dans les nerfs des animaux vivants ou récemment tués. La découverte fondamentale de Ch. Bell sur les fonctions différentes des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens, a conduit MM. Matteucci et Longet à rechercher si cette loi, établie par des expériences exécutées seulement sur des nerfs mixtes, serait applicable ou non à des parties du système nerveux dont l'action n'est que centrifuge ou exclusivement motrice. Leurs recherches ont par conséquent été dirigées d'abord sur les racines spinales antérieures et sur les faisceaux correspondants de la moelle.

La racine spinale antérieure a été soumise aux courants galvaniques direct et inverse, dans les quatre conditions suivantes : 1° la racine antérieure et la postérieure correspondante étant intactes ; l'une et l'autre divisées ; la postérieure intacte et l'antérieure divisée ; la postérieure divisée et l'antérieure intacte.

Dans tous les cas, les contractions du muscle ou des muscles animés par la racine antérieure sur laquelle on agit se manifestent d'abord confusément au commencement et à la fin du courant, quelle que soit sa direction ; mais après un certain temps les effets deviennent nets et durables, les contractions n'ont plus lieu qu'au commencement du courant inverse et à l'interruption du courant direct.

Relativement à l'influence du courant sur les faisceaux blancs antérieurs et latéraux de la moelle épinière, MM. Matteucci et Longet ont constaté que les contractions survenaient (après quelques instants ou après l'extinction de toute action reflexe) dans le train postérieur de l'animal (chien), seulement au commencement du courant inverse et à l'interruption du courant direct, c'est-à-dire, comme avec les racines antérieures.

Quant aux faisceaux latéraux, ils réagissent avec les courants direct et inverse à la manière des antérieurs, en occasionnant toutefois des secousses convulsives moins persistantes et moins énergiques.

Voici les conclusions de leur travail : L'influence du courant électrique diffère totalement quand elle s'exerce sur les nerfs exclusivement *moteurs* dont l'action n'est que centrifuge, ou sur les nerfs *mixtes* dont l'action est à la fois centrifuge et centripète.

Les premiers excitent les contractions musculaires, seulement au commencement du courant *inverse* et à l'interruption du courant *direct* ; tandis que les seconds ne les font apparaître qu'au commencement du courant direct et à l'interruption du courant inverse.

Les faisceaux antérieurs de la moelle épinière se comportent avec les courants direct et inverse à la manière des nerfs simplement moteurs.

Cette action différente et remarquable des courants électriques sur les nerfs seulement moteurs ou à la fois moteurs et sensitifs, nous paraît devoir fournir un moyen sûr pour distinguer ces nerfs les uns des autres, et pouvoir servir, par conséquent, à élucider une question qui divise encore aujourd'hui les physiologistes, celle de savoir s'il existe ou non des nerfs *mixtes* dès leur origine.

— *M. Guyon*, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, rappelle qu'il a adressé il y a deux ans une note sur les *Cagots*, race qu'il a présentée comme continuant, dans les Pyrénées, les *Goths*, qui, à diverses époques, furent refoulés dans ces contrées. Il met aujourd'hui sous les yeux de l'Académie six nouvelles figures prises parmi des Cagots de diverses localités. Le caractère anatomique qui distingue les Cagots des aborigènes, au milieu desquels ils se trouvent implantés, consiste dans la forme de l'oreille, qui est *ronde et sans lobule*. M. Guyon appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur un fait consigné dans la première note, à savoir que les Cagots appartiennent à une *race de taille élevée et parfaitement conservée*, et que le goître et le crétinisme dont un grand nombre de Cagots sont entachés ne tiennent qu'à la nature des localités habitées par ces derniers.

— *M. Pappenheim* (de Breslaw) adresse un travail sur le système fibreux et sur les nerfs de ce système. Frappé de ce fait, que les maladies du système fibreux sont en général très douloureuses, quoiqu'on n'ait pu découvrir de nerfs dans plusieurs des parties qui constituent ce système, l'auteur a dirigé ses recherches sur ce point d'anatomie. Il a soumis à l'étude microscopique toutes les parties fibreuses chez l'homme et quelques animaux vertébrés. Voici quelques-uns des résultats qu'il a constatés.

M. Pappenheim distingue deux sortes de périoste, l'un qu'il appelle nu ou découvert, l'autre couvert ou musculaire. Le premier est celui qui est appliqué immédiatement aux os ; le second est intermédiaire entre les os et les muscles.

Il a trouvé des nerfs dans le premier de ces deux périostes, jamais dans le second. Les nerfs enveloppent ou accompagnent toujours les artères, et jamais les veines. Il s'ensuit qu'on trouve des nerfs partout il se rencontre des artères. Les nerfs, en outre, sont toujours dans le tissu cellulaire, dont une couche pénètre au sein du tissu fibreux pour leur servir d'enveloppe.

Les principaux tissus fibreux dans lesquels il signale la présence des nerfs, sont, en outre, le périoste nu, les ligaments, les tendons, quelques bourses muqueuses, les enveloppes fibreuses du cerveau, etc.

L'auteur s'est borné, dans cette note, à énoncer les résultats généraux de ses recherches ; il se propose de leur consacrer prochainement un mémoire spécial.

— *M. Cornay* (de Rochefort) demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé en son nom dans la séance du 27 mai 1844. Le contenu de ce paquet cacheté est relatif à l'usage du quinquina de préférence à celui du sulfate de quinine dans les fièvres pernicieuses, et à l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, deux points sur lesquels il réclame la priorité sur M. Gouraud père et M. Gaultier de Claubry.

— *M. Rabet* soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle méthode de lecture dont les avantages seraient, suivant lui, 1° d'introduire dans toutes les écoles l'uniformité du langage ; 2° d'apprendre la parole aux sourds muets ; 3° de guérir le bégaiement.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 108. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 13 SEPTEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La femme du service de M. Nélaton, dont nous avons parlé dans notre dernière *Revue*, et qui a été affectée de péritonite, à la suite de rapports sexuels contre nature, a succombé. Elle avait cependant présenté une amélioration évidente. La dernière fois que nous l'avons vue, elle se mouvait librement, son faciès était meilleur, sa parole libre, sa voix assez forte; elle rendait compte de son état, et nous montra elle-même les matières qu'elle venait d'excréter; son ventre s'était affaissé. Ne pouvant faire abstraction de pareils signes, nous avions modifié notre pronostic; il était permis d'espérer. C'est deux jours après notre dernière visite que cette femme a péri. Elle avait du pus dans le péritoine, des pseudo-membranes. Le rectum ne présentait aucune lésion, et il n'y avait pas d'altération dans le tissu cellulaire pelvien. Pourtant cette femme avait dit très positivement avoir éprouvé un craquement dans le rectum. C'était la seule circonstance étiologique à laquelle on pût se rapporter. L'induction était légitime. Pendant deux ou trois jours la malade n'offrit pas de symptômes graves; elle souffrait dans la région iliaque *gauche*, puis la péritonite éclata. On était autorisé à conclure que le tissu cellulaire des environs du rectum avait été enflammé par suite de la violence exercée, et que de là l'inflammation s'était propagée au péritoine. Rien de plus logique *à priori*. Maintenant l'autopsie ne montre aucune lésion dans le rectum ni dans le tissu cellulaire environnant. Est-ce à dire que le rectum n'a pas été le point de départ de la péritonite? Quoi que dise l'anatomie pathologique, la circonstance étiologique reste avec sa signification. On ne peut affirmer, mais on ne peut nier.

— Notre observation du service de M. Velpeau, qui avait rapport à une tumeur sous-épineuse, a soulevé quelques discussions. Des élèves avaient prétendu avoir fait sortir des hydatides du kyste en pressant fortement sur les côtés de la ponction, et en avoir retiré plusieurs avec le sac ou hydatide-mère après l'incision de la tumeur. M. Velpeau a donné à cette opinion l'autorité de son jugement. Il est certain que la forme lamelleuse du sac, dont les couches nombreuses se détachaient très facilement, donne bien l'idée d'un kyste acéphalocystique. Mais M. Deville, dans lequel nous sommes très disposé à avoir confiance, et qui, dans ce cas particulier, s'est aidé du microscope, est convaincu qu'il s'agissait d'un simple kyste séreux.

Au milieu de ces dissidences, le fait disparaît en grande partie; mais notre remarque subsiste, savoir que, chez les soldats, des kystes se forment dans cette région par suite de la pression du sac ou du lit de camp. Ces kystes ne diffèrent pas de ceux qui se forment sur la rotule ou l'olécrane, dans les bourses muqueuses de ces régions. Toutefois, la bourse *sous-dorsale* (*Des bourses synoviales et de leurs maladies*, thèse de concours pour l'agrégation, 1839) n'est pas une bourse sous-cutanée.

Un cas singulier par les rapprochements qu'il permet avec le précédent, est rapporté par M. Cruveilhier, dans son bel article *Acéphalocystes* du Dictionnaire en 15 volumes. Il fut observé dans le même hôpital (la Charité) et dans le même siége apparent (la partie postérieure de l'épaule). Mais la tumeur était située à la fois dans la fosse sous épineuse et dans la fosse sous-scapulaire, les deux parties du kyste communiquant entre elles par une étroite ouverture creusée aux dépens de l'omoplate. « On ne dit pas, ajoute M. Cruveilhier, s'il sortit des membranes acéphalocystes. »

Au reste, il n'y aurait rien d'extraordinaire à ce que la tumeur du service de M. Velpeau fût une tumeur hydatique. Cette possibilité devra même être présente à l'esprit du chirurgien dans tout cas de tumeur douteuse.

M. le docteur Pigné a aidé Sanson dans une opération que ce chirurgien pratiqua sur un magistrat porteur d'une tumeur hydatique dans la paroi abdominale, laquelle tumeur fut simplement incisée. Un élève de M. Velpeau a trouvé une tumeur hydatique qui n'avait pas été observée pendant la vie, dans la cuisse d'une vieille femme, entre les muscles, dont quelques-uns étaient amincis. Cet élève, qui pour son aptitude et son travail mérite d'être nommé, est M. Goblet.

— Un homme (hôpital de la Pitié, service de M. Lisfranc) était entré avec un abcès du volume de la tête d'un adulte, situé à la partie postérieure du bassin, postérieure et supérieure de la cuisse. La constitution du sujet était extrêmement affaiblie, et M. Lisfranc ne voulut point ouvrir le foyer dans de pareilles conditions. L'abcès étant enkysté, il n'y avait point lieu de craindre que le pus s'étendît outre mesure. Du reste, on était toujours à temps de l'ouvrir. Le malade fut soumis à l'administration de l'iodure de potassium, et son état général s'améliora sensiblement. L'abcès put être ouvert; il le fut, suivant la doctrine et la pratique de M. Lisfranc, au moyen d'une longue incision. Des symptômes d'inflammation s'étant manifestés dans le foyer, on appliqua des sangsues à sa surface. Le pus a diminué, et il n'a pas pris de mauvais caractères. Le malade est sans fièvre.

M. Lisfranc trouve un double avantage aux grandes incisions dans les abcès par congestion. Quelque précaution qu'on prenne, dit-il, si petite que l'on fasse l'ouverture, l'air finit toujours par avoir accès dans le foyer; et qu'en résulte-t-il? Que le pus et l'air sont incarcérés et laissés en présence l'un de l'autre. Par la grande incision, au contraire, on ouvre bien un large accès à l'air, mais on se donne le moyen d'en débarrasser le foyer immédiatement et de faire sortir le pus avec la même facilité.

La théorie de M. Lisfranc touchant la viciation du pus par l'air nous paraît très juste. Le pus n'est pas vicié directement. Il est vicié médiatement à la faveur de l'inflammation de la membrane interne du foyer développée au contact de l'air. Etant donnés, dans un foyer, l'air, la chaleur et le pus, rien de plus facile à comprendre que la viciation de ce dernier.

Par les antiphlogistiques, M. Lisfranc empêche le développement de la chaleur inflammatoire; par les grandes incisions il évite que l'air et le pus soient maintenus en présence.

— Un homme qui porte un encéphaloïde du testicule droit a été, de la part de M. Lisfranc, le sujet de remarques pratiques sur l'application du trois-quarts explorateur au diagnostic des tumeurs testiculaires. Entre autres questions, le chirurgien de la Pitié s'est adressé celle-ci: Le trois-quarts est-il innocent? Oui, dans l'immense majorité des cas, a-t-il répondu; mais il faut avoir égard aux cas exceptionnels. M. Lisfranc a vu Dupuytren piquer volontairement le testicule dans l'opération de l'hydrocèle, sans que, dans aucun cas, il soit survenu d'accident attribuable à cette lésion. A la vérité, comme l'injection était faite aussitôt après, on ne peut savoir au juste s'il ne se développait pas d'inflammation dans le testicule par l'effet de la ponction, attendu que cette inflammation, à supposer qu'elle se fût développée, se serait confondue dans l'inflammation générale produite par le liquide irritant. Quoi qu'il en soit, le malade de M. Lisfranc a éprouvé de la douleur à la suite de la ponction exploratrice, et cette douleur, assez vive, s'est propagée jusque dans le flanc correspondant. Des sangsues ont été appliquées, et l'accident s'est apaisé. M. Lisfranc aurait opéré ce malade, mais il existe une tumeur dans la région hypochondriaque droite.

Ne terminons pas sur cette observation sans exprimer notre opinion sur les expériences de Dupuytren, dont il vient d'être question. M. Lisfranc en a parlé avec réserve, par respect pour une illustre mémoire; mais notre devoir est de les blâmer. Il est immoral de chercher, sans autre intérêt que celui de la science, à déterminer par des expériences sur l'homme, si telle pratique est ou n'est pas susceptible de provoquer des accidents. Cette manière de tenter le hasard aux dépens de ses semblables, doit être sévèrement condamnée. Voyez où de tels exemples peuvent entraîner des hommes mal doués. Un médecin étranger n'a-t-il pas eu l'odieuse témérité d'inoculer le virus de l'ophthalmie purulente sur un homme!

La cause, du moins l'occasion, de l'encéphaloïde chez le malade de M. Lisfranc, est remarquable. Le sujet dit avoir souffert dans le testicule à la suite d'un effort violent dont il retrace parfaitement les circonstances. Il s'agissait d'un lourd fardeau qu'il tenait dans ses bras, et qui lui échappa.

M. Marchal (de Calvi) a observé chez un sous-officier vétéran, un fait absolument semblable. Ce militaire, qui est mort dernièrement au Gros Caillou, dans le dernier degré de la cachexie cancéreuse, dut, tout armé, sauter un fossé dans l'avenue de Neuilly, le jour du transport des dépouilles mortelles du prince royal à Notre-Dame; il sentit immédiatement, au niveau de l'anneau inguinal externe, une douleur très vive, et à partir de cette époque, le testicule augmenta de volume et devint douloureux. Quand ce sous-officier accusa son mal, il n'était plus temps d'y porter remède. Plus tôt, on eût extirpé le testicule.

« La contraction des muscles abdominaux resserre l'anneau inguinal externe. On peut, par une expérience facile, se convaincre sur soi-même que, dans les efforts du vomissement, cette ouverture est fortement resserrée; d'où la compression du cordon testiculaire et son inflammation possible » (Des abcès phlegmoneux du bassin; par M. Marchal de Calvi). Cette explication s'applique à tous les cas dans lesquels une inflammation du cordon ou du testicule a eu lieu par suite d'un effort. Elle n'est pas nouvelle, d'ailleurs, et nous avons entendu plusieurs fois M. Velpeau la développer à sa clinique.

Un des faits les plus remarquables parmi ceux auxquels nous venons de faire allusion, est le cas rapporté par Ledran, d'un homme qui eut un phlegmon du cordon testiculaire et un abcès iliaque, à la suite de vomissements déterminés par l'émétique. (*Loc. cit.*)

— M. Lisfranc a extirpé, chez un homme, un lipome aussi volumineux qu'un poing volumineux, et situé à la nuque, sur la ligne médiane. La peau était rouge et amincie. Cette rougeur de la stase sanguine ne peut être confondue avec la rougeur inflammatoire. La chaleur manque d'ailleurs. La tumeur était très mobile; mais cette mobilité est trompeuse, a dit M. Lisfranc; elle n'était pas moindre dans un cas où le pédicule de la tumeur se prolongeait entre les apophyses transverses des vertèbres.

Une incision elliptique a été faite; la dissection, commencée avec le bistouri, a été achevée à grands coups avec des ciseaux courbes. L'adhérence de la tumeur aux parties environnantes était extrême. L'énucléation fut impossible, et il fallut couper jusqu'au dernier moment. La tumeur était formée d'une graisse très jaune et très ferme, traversée, par places, de lamelles fibreuses hypertrophiées; elle n'était pas enkystée.

— Un homme du service de M. Lisfranc (salle Saint-Antoine, n° 14), porte une exostose du sternum. C'est un cas rare qui mérite d'être examiné.

— M. Lenoir (hôpital Necker), suit la pratique de M. Lisfranc pour le mode d'ouverture des abcès par congestion. Il les incise largement. C'est ce qu'il a fait sur un sujet qui sortira de l'hôpital dans peu de jours avec une fistule. Comme le dit M. Lisfranc, ce traitement ne s'adresse qu'à la conséquence de la maladie; mais c'est beaucoup de guérir l'abcès. Le malade peut vivre long-temps avec une fistule. D'ailleurs, ce premier résultat obtenu, il n'est pas impossible de traiter la carie.

— M. Lenoir a opéré, en notre présence, une hydrocèle volumineuse du côté gauche, sur un vieillard qui avait été opéré plusieurs années auparavant d'une hydrocèle droite. La présence d'une hernie au-dessus de l'hydrocèle a nécessité l'application de la main d'un aide pendant l'injection.

M. Lenoir a adopté le liquide iodé, et s'en trouve bien. Il a constaté que ce liquide cause moins de douleur que le vin, et qu'infiltré dans le tissu cellulaire, il ne produit pas la gangrène. Une fois, après avoir poussé de l'iode dans la tunique vaginale, il ne put faire sortir le liquide, et fut forcé de le laisser en entier dans le sac séreux. Il n'était pas sans inquiétude. Aucun accident n'eut lieu.

M. Lenoir a vu arriver à Dupuytren un petit accident qui prouve bien que le chirurgien ne doit pas dédaigner les précautions minutieuses. Dupuytren enfonce son trois-quarts dans une hydrocèle, et veut retirer le poinçon; impossible; celui-ci était rouillé et adhérent à la canule. Il fallut recommencer.

— Un jeune homme du même service a une fracture des métatarsiens du pied droit, par suite du passage d'une roue de voiture sur la partie. La crépitation est rude, forte, à un seul bruit (par opposition à la crépitation multiple). Le pied est tuméfié, sans déplacement. Il n'y a point d'appareil à appliquer. On a tiré du sang, et on applique des résolutifs. La fracture est évidente dans les deux métatarsiens du milieu; pour les deux derniers, elle n'est point certaine. Quant au premier métatarsien, il présente une encochure profonde, mais ancienne; l'orteil est comme relevé à son extrémité unguéale; cette déformation est la suite d'un coup de pied de cheval reçu il y a longtemps. On dirait que le métatarsien a été cassé en deux, et que le fragment phalangien a été fortement porté en bas par sa partie postérieure.

— Un autre malade nous a présenté un rétrécissement traumatique de l'urètre, dû à la manœuvre par suite de laquelle des blennorrhagiques s'imaginent rompre le nœud de la chaude-pisse cordée. Ils mettent leur verge sur un plan solide, et frappent à poing fermé sur l'organe; du sang s'échappe par le méat. Généralement ils sont soulagés, mais ils ont une plaie dans l'urètre, et cette plaie, en se cicatrisant, rétrécit le canal.

— Un autre est affecté d'un *gonhématocèle* (épanchement de sang dans le genou). Nous ne citons ce fait que pour rappeler une des circonstances à la faveur desquelles peuvent se former les corps étrangers des articles. (Velpeau.)

— Un jeune homme a été trachéotomisé à l'âge de quinze ans, pour une affection du larynx qu'il ne peut spécifier, et depuis ce temps, c'est-à-dire depuis sept ans (il en a vingt-deux) ce garçon respire par une canule; la respiration est impossible par le larynx. M. Lenoir a peu d'espoir d'améliorer sensiblement sa position; toutefois, il lui fait porter une canule percée supérieurement pour le passage d'un corps dilatant qu'il compte introduire dans le larynx.

— M. Lenoir accorde beaucoup de confiance au feu dans le traitement de la coxalgie, et un fait de son service témoigne des bons effets de ce moyen, que M. Bérard aîné emploie avec

prédilection à l'hôpital Saint-Antoine contre les tumeurs blanches, excepté dans la forme fongueuse. Il est certain que la chirurgie gagnera à s'inspirer dans le traitement des arthropathies, des résultats obtenus par les vétérinaires. Il va sans dire que, dans l'application du feu, il faut se tenir loin des artères.

— Un jeune homme ayant reçu un coup de barre de fer sur la région thoracique postérieure gauche, est entré dans le service de M. Lenoir avec un emphysème assez considérable. Il a été impossible de constater la moindre crépitation, en pressant méthodiquement sur toute la surface de la région frappée. La poitrine n'est pas plus sonore d'un côté que de l'autre, et on entend bien la respiration partout; il n'y a donc pas de pneumo-thorax. Nous avons vu un cas absolument semblable, sauf la cause (le sujet était tombé d'un étage élevé, et avait été retenu dans sa chute par la cuvette d'un plomb), dans le service de M. Velpeau. L'emphysème était très étendu. Au bout d'une vingtaine de jours le blessé sortit sans qu'il eût été possible de constater une fracture de côte. Il est probable qu'il a existé, dans ces deux cas, une fracture de la lame interne d'une côte avec lésion superficielle du poumon, les fragments s'étant immédiatement remis en place par le fait des mouvements respiratoires, suivant la théorie trop absolue de Vacca, successivement confirmée et infirmée par les expériences de Richerand et par les faits de M. Malgaigne (V. le beau mémoire de M. Malgaigne dans les Archives générales de médecine, juillet 1838). Il est à noter que ni le malade de M. Lenoir, ni celui de M. Velpeau, n'ont craché le sang.

— Un homme de la même salle nous a offert un cas de chirurgie des plus intéressants : il s'agit d'un abcès de la gaîne commune des fléchisseurs des doigts, qui s'est propagée dans la gaîne propre au fléchisseur du pouce. On doit savoir qu'il existe une disposition anatomique très importante qui explique cette propagation. Les synoviales des gaînes tendineuses phalangiennes du pouce et du petit doigt sont une dépendance des grandes synoviales du carpe, tandis que les synoviales des gaînes tendineuses phalangiennes des autres doigts en sont tout à fait indépendantes. Il y a quelque obscurité dans la description de ces synoviales par M. Cruveilhier. Après avoir dit que la synoviale de la gaîne tendineuse du fléchisseur du pouce est une dépendance de la synoviale carpienne, comme celle du petit doigt, il ajoute : « Je ferai remarquer que la synoviale carpienne destinée au long fléchisseur propre du pouce n'est pas toujours indépendante de la synoviale carpienne des autres doigts... etc. » Si elle en est une dépendance, elle ne peut pas en être indépendante. Il faut conclure de cette contradiction et des expériences rapportées à la suite de la phrase qui vient d'être citée, qu'il y a des cas dans lesquels la synoviale du pouce communique avec la synoviale carpienne, et d'autres dans lesquels cette communication n'a pas lieu. D'où il suit que la propagation de l'inflammation de la gaîne commune à celle du pouce et réciproquement, ne doit pas être possible dans tous les cas. Une sonde cannelée, flexible, introduite de haut en bas par l'ouverture de l'abcès carpien, est remontée jusque vers la petite phalange du pouce. Vu l'épaisseur des parties, on ne la sentait pas. Une incision a été faite par M. Lenoir à la face palmaire du pouce, et un flot de pus épais, qui avait donné d'ailleurs une fluctuation évidente, s'est échappé.

Ici la propagation de l'inflammation n'a eu lieu que dans le sens de la gaîne synoviale du pouce. M. Lenoir l'a vu se faire à la fois dans cette gaîne et dans celle du petit doigt, chez un individu qu'il avait opéré d'un ganglion précarpien par l'incision simple suivie de l'irrigation. Encore un fait à signaler en faveur de la *division sous-cutanée* appliquée aux ganglion.

— Nous avons vu un malheureux jeune homme victime d'une erreur de diagnostic, par suite de laquelle un abcès de la bourse muqueuse pré-rotulienne a été pris pour une tumeur blanche du genou. La collection était très volumineuse. M. Lenoir a reconnu l'erreur en constatant que le liquide se trouvait entre la peau et la rotule. Une incision cruciale a été faite; mais les téguments, très amincis, ont été détruits, et il existe aujourd'hui, à la place de l'abcès, un vaste ulcère dont la cicatrisation très difficile.

— Un jeune homme qui, étant au Brésil, fut affecté d'un éléphantiasis des bourses, a été opéré par M. Lenoir. Ce chirurgien, imitant le procédé de Delpech, fit une incision sur la partie moyenne des bourses, et deux incisions transversales sur les côtés de la verge pour la dégager. Les deux testicules, mis à nu, furent rejetés à droite et à gauche, et deux incisions latérales servirent à circonscrire de chaque côté de l'incision médiane primitive un lambeau de la largeur de la main, qui fut excisé. La peau était épaisse de deux centimètres; mais après l'excision, elle s'amincit rapidement par l'écoulement de la sérosité qui l'imprégnait. Une petite hémorrhagie faillit compromettre le succès de la réunion, qui fut opérée par la suture. La cicatrisation est presque achevée. Les bourses ont attiré à elles une partie de la peau fine et blanche de la face interne des cuisses.

— M. Lenoir nous a montré encore un hygroma pré-rotulien en voie de résolution, sous l'influence des applications de compresses trempées dans une forte dissolution d'hydrochlorate d'ammoniaque. Nous avons dit, dans une de nos Revues, que ce mode de traitement a réussi souvent entre les mains de M. Michon. M. Roux y a aussi grande confiance. Monro employait l'huile de Bryone.

En saisissant la tumeur dans le sens transversal, et en pressant comme pour refouler le liquide, on sent celui ci glisser entre les doigts avec un bruissement rapide. Cette sensation est due sans doute à la présence de petites concrétions dans le kyste.

— Une femme a été opérée d'une hernie crurale étranglée au troisième jour de l'étranglement. L'intestin était noirâtre. Le débridement a été fait en haut; la peau a été incisée sur le pli inguinal. Nous croyons avoir remarqué que cette direction donnée à l'incision n'est pas favorable à la prompte cicatrisation.

— Une femme qui avait un double entropion a été opérée efficacement du côté gauche par le procédé de W. Adams, après l'avoir été infructueusement par l'excision d'un pli cutané de la paupière. Le procédé de W. Adams, que d'autres attribuent à Guthrie, comprend quatre temps: dans le premier, on fend partiellement la paupière supérieure par deux sections verticales; dans le second on divise transversalement le fibro-cartilage; dans le troisième, on retranche un fragment de la couche externe; dans le quatrième on fait la suture. (*Voyez*, pour plus de détails, le livre de M. Duval, *Chirurgie oculaire*, etc.)

— Il se trouve dans les salles de M. Lenoir un assez grand nombre de maladies des yeux. Nous y avons vu un exemple de staphylome de la choroïde, consistant en de petits points noirs autour de la cornée; une femme de plus de quatre-vingts ans opérée de la cataracte des deux yeux, et qui commence à distinguer les objets. M. Lenoir a pour habitude de regarder les yeux de ses opérés de cataracte tous les jours. Il ne prend pas de précautions très minutieuses pour empêcher le contact de l'air et l'action de la lumière, et il n'a pas à s'en plaindre. Enfin, nous avons pu observer un très beau cas de cataracte membraneuse *centrale* double chez un homme.

— Une femme que M. Lenoir a opérée, il y a dix-huit mois, d'un cancer mélanique de l'œil, s'est représentée à sa consultation. Maintenant la matière mélanique est infiltrée dans les téguments du pourtour de l'orbite du côté opéré, qui sont noirs comme si cette femme avait l'œil *poché*. La partie n'est point tuméfiée. Ce cas est des plus curieux.

— Nous avons vu à l'hôpital des Enfants un petit garçon de six ans, qui a des pustules plates au pourtour des lèvres et des végétations à l'anus. Ce pauvre enfant couchait avec son frère, âgé de 19 ans, coureur de filles. Ce cas déplorable nous a fait songer à l'impossibilité d'avoir des renseignements certains sur les antécédents des malades lorsqu'il s'agit d'accidents syphilitiques. Que ce garçon, dans un temps plus ou moins éloigné, soit pris d'accidents équivoques; s'il n'a pas été lui-même et par son fait infecté, il répondra négativement aux questions du chirurgien. Il ne s'ensuivra pas moins qu'il aura éprouvé l'influence de la syphilis. Il en est de même, à plus forte raison, des enfants qui naissent syphilitiques ou qui gagnent la syphilis de leur nourrice.

— M. Michon a eu l'occasion de faire une autopsie très remarquable. Un homme qui avait fait une chute de trente pieds environ, a été porté dans son service, où il est mort au bout de deux heures. A l'ouverture du corps, on a trouvé le péricarde déchiré, et le cœur engagé, comme étranglé, dans la déchirure.

X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Relevé des pneumonies reçues dans le service pendant les mois de février, mars et avril 1844.

(Suite du numéro précédent.)

CATÉGORIE DES CAS MOYENS OU ASSEZ GRAVES.

Cinquième observation. — Salle Sainte-Madeleine, n° 2. La nommée Pelerin (Rosalie), demeurant rue du Harlay, 13, malade depuis trois à quatre jours. Entrée le 8 février 1844, sortie le 11 mars.

Diagnostic. Pleuropneumonie affectant le sommet du poumon droit, au deuxième degré, chez un sujet d'une faible constitution et un peu anémié.

La malade accuse une douleur très vive dans le côté droit de la poitrine, avec gêne considérable de la respiration, qui est à 52. Le pouls très petit, sans intermittence, donne 120-124. A droite en avant, résonnance un peu faible vers sa partie supérieure, surtout en se rapprochant de l'aisselle, où la respiration est rude et mélangée de râle crépitant. En arrière à droite, matité complète dans la région de l'omoplate. Souffle bronchique double dans la fosse sous-épineuse, présentant son summum d'intensité vers le bord externe de l'omoplate, avec retentissement de la voix. La respiration faible et rude dans le reste du poumon; un seul crachat offrant une teinte safranée. — Saignée 3 palettes.

Le 9 février, elle souffre un peu moins du côté. Plusieurs crachats, dont un rouillé. Le pouls à 120, étroit, peu résistant. A peu près même état de la poitrine. — Saignée 3 palettes; ventouses 3 palettes à la région postérieure droite. Tisane pectorale, julep béchique.

Le 10, la nuit a été assez bonne; un peu de sommeil; 32 inspirations; le visage moins animé; pouls à 104, plus développé. La respiration vésiculaire très marquée dans la région de l'omoplate droite avec des bordées de râle crépitant sans souffle notable. — Saignée, 3 palettes; vésicatoire à la partie postérieure droite; julep; mêmes tisanes.

Le 11, à peu près même état que la veille. — Saignée conditionnelle pour le soir.

Le 12, mieux sensible; bon sommeil; visage naturel; pouls à 88-92; résonnance et respiration tout à fait normales dans tout le côté droit; ni souffle ni crépitation. — Mêmes tisanes; diète.

Le 13, le pouls est à 76-80; peau fraîche; appétit. — Un bouillon.

A partir de ce moment la malade continue à très bien aller.

— Voilà un de ces cas assez embarrassants où l'application de la méthode de M. Bouillaud exige, si l'on ne veut la compromettre gravement, ce tact médical que possède à un si haut degré le professeur que je viens de nommer et qu'on ne peut acquérir qu'après de longues méditations au lit des malades. Malgré les conditions on ne peut plus mauvaises où se trouvait le sujet, quatre saignées de trois palettes chacune lui furent pratiquées dans les trente-six premières heures. On notera ici qu'au lieu de trois saignées, comme dans les cas précédents, on n'en prescrivit que deux le second jour. L'état de maigreur de la malade et la petitesse de son pouls contre-indiquaient évidemment la troisième, qui, en définitive, pouvait être suivie d'accidents sérieux chez une femme qui offrait aussi peu de résistance. Toutefois, encouragé le lendemain par le développement du pouls, qui donnait encore 104, et la disparition du souffle bronchique remplacé alors par une crépitation de retour, une troisième et dernière saignée fut jugée nécessaire et produisit aussitôt une amélioration bien sensible. M. Bouillaud, comme l'on voit, a su dans cette circonstance allier la prudence à l'énergie, chose assez difficile en médecine. Il est plus d'un praticien assurément, qui en raison de l'âge, du degré de la maladie et de la constitution chétive du sujet eût remplacé les saignées par le tartre stibié à haute dose. J'ai dit ailleurs ce que l'on doit penser de la valeur thérapeutique de ce médicament. Quant à moi, je suis convaincu que la méthode contro-stimulante eût complétement échoué. Que pouvait, en effet, l'émétique contre une pneumonie accompagnée de symptômes généraux aussi graves et qui avaient d'abord résisté avec une certaine opiniâtreté aux saignées assez nombreuses dirigées contre elle? Si ces dernières n'eussent pas dû produire beaucoup de bien, elles auraient nécessairement fait beaucoup de mal. Or, connaissant maintenant le résultat, nous devons conclure qu'elles constituaient le seul traitement véritablement utile dans cette circonstance.

Sixième observation. — Salle Sainte-Madeleine, n° 6, Bardon (Angélique), âgée de seize ans, malade depuis sept jours; entrée le 4 avril 1844; sortie le 30 avril.

Diagnostic. Pleuropneumonie du premier au deuxième degré chez un sujet scrofuleux et rachitique. Cas assez grave.

Le 4 avril, le visage est très animé. La dyspnée considérable à 44 par minute. La température abdominale à 40. Le pouls à 120, petit, mou, régulier. Les bruits du cœur un peu sourds; en avant la résonnance et la respiration un peu faibles à droite seulement; en arrière la colonne présente une déviation considérable avec gibbosité du côté droit, où la résonnance et la respiration sont passables; à gauche matité dans toute la région de l'omoplate, se prolongeant presque sur la partie latérale externe de l'hypochondre. La respiration généralement faible, mêlée de crépitation avec un peu de souffle bronchique vers le bord externe de l'omoplate, et surtout dans la région de l'hypochondre. Ni toux, ni expectoration. — Saigné, 2 palettes.

Le 5, à peu près même état de la poitrine. Persistance de la douleur de côté. Chaleur fébrile très forte. Pouls à 112, flasque; respiration à 36. — Saignée, 2 palettes 1/2; vésicatoire à la partie postérieure gauche; julep, thridace. Tisanes pectorales.

Le 6, la malade se trouve mieux. Plus de douleur de côté. Le pouls à 112.

Le 7, le pouls tombe à 92.

Le 8, il est à 84-88. Respiration plus distincte à droite, sans souffle. Il ne reste qu'un peu de crépitation.

Le 15, la fièvre est complétement tombée. 64-68 pulsations. La respiration est bien revenue en arrière. Depuis le 10, la malade prend du bouillon; et le 13, elle mange une portion.

Elle sort bien guérie le 30 avril.

S'il était un cas qui dût paraître peu favorable à l'administration des saignées, assurément c'était bien celui-ci. Le tempérament scrofuleux et rachitique de cette jeune malade semblait être au premier abord une contre-indication formelle à l'emploi des émissions sanguines. On crut cependant nécessaire d'y recourir, et l'on a pu juger par la lecture de cette observation, si elles avaient produit quelques-uns des accidents graves que redoutent trop souvent certains praticiens encore peu familiarisés avec les effets des saignées à haute dose. La résolution de la pneumonie, il est vrai, n'a pas marché chez cette jeune fille avec la même rapidité que chez nos premiers malades, et la convalescence s'est fait attendre quelques jours de plus. Mais remarquez aussi que la maladie datait déjà d'une époque assez éloignée, ce qui diminuait d'autant les chances d'une guérison rapide; car je suis loin de partager l'opinion assez singulière de quelques auteurs, qui prétendent qu'arrivées à leur zénith, comme ils le disent, les pneumonies et plusieurs autres affections de la même nature tendent sans cesse à décroître en vertu d'une force qu'on suppose, bien entendu, sans pouvoir la démontrer.

Mais, dira-t-on, si la formule de M. Bouillaud consiste à pratiquer comme dans ce cas deux saignées dans l'espace de douze à seize heures, il n'y a rien là de bien nouveau, et les médecins de tous les siècles, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, peuvent revendiquer l'honneur d'une pareille découverte.

Telle est, en effet, l'espèce de sophisme auquel n'ont pas craint de recourir les adversaires de la méthode de M. Bouillaud, comme s'ils ne savaient pas que toute formule en médecine a ses variantes, qu'elle subit, suivant une foule de circonstances, les modifications les plus diverses.

Avant d'appliquer la méthode de M. Bouillaud, il y a deux choses principales à considérer; d'abord l'affection locale en elle-même, puis ensuite l'état général ou l'ensemble des forces. Ainsi l'organisation est-elle robuste et la maladie profonde, les saignées seront copieuses et en très grand nombre, mais formulées toujours d'après les règles déjà indiquées. Avons-nous affaire au contraire à un sujet débile et rachitique, c'est alors qu'il faut penser à modifier la formule. Il y a ensuite entre ces deux extrêmes des degrés intermédiaires que je ne puis indiquer ici, mais que chacun peut facilement supposer. Chez notre malade, la modification a porté tout à la fois sur le nombre et la dose des émissions sanguines, et bien qu'il n'y ait eu que deux saignées de 240 grammes chaque, on peut cependant, eu égard à la constitution chétive

de l'individu, considérer ces dernières comme équivalant à des émissions sanguines beaucoup plus nombreuses, pratiquées chez un sujet vigoureux et pléthorique. Il faut donc, si l'on veut retirer de la nouvelle formule des saignées tout l'avantage qu'on a droit d'en attendre, savoir l'appliquer à tous les cas et à leurs nombreuses variétés. En général, il faut bien le dire, parmi ceux qui ont cherché à déprécier la méthode de M. Bouillaud, il n'en est aucun qui se soit donné la peine d'en suivre les effets au lit des malades ; aussi ne l'ont-ils jamais bien comprise ni bien interprétée.

Septième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 12. Le nommé Leblanc, âgé de quarante-sept ans, maçon, malade depuis trois jours. Entré le 12 avril 1844, sorti le 5 juin.

Diagnostic. Pleuropneumonie droite, incomplétement caractérisée par les signes physiques le premier jour. Parfaitement caractérisée au contraire le deuxième jour.

Le 12 avril, le visage est jaunâtre, légèrement animé aux pommettes. Le pouls à 100, bien développé ; en avant la résonnance et la respiration faibles à droite, assez bonnes à gauche ; en arrière à droite, matité dans presque toute l'étendue du poumon ; murmure vésiculaire nul ; souffle très profond vers l'angle inférieur de l'omoplate. Rien de notable à gauche. Retentissement éclatant de la voix. Température abdominale à 40. Deux crachats grisâtres paraissent provenir des fosses nasales. — Saignée 3 palettes.

Le 13 avril, en arrière résonnance toujours très faible à droite ; crépitation fine et peu abondante ; respiration faible ; pas de souffle notable en ce moment ; pouls à 100 ; deux ou trois crachats muqueux sans traces de sang. — Saignée, 2 pal., ventouses scarifiées à la partie postérieure du thorax, 3 palettes ; julep ; thridace.

Le 14, la douleur qu'il éprouvait dans le côté gauche de la poitrine a complétement disparu ; pouls à 84 ; 28 inspirations. Crachats visqueux, blancs ; crépitation assez abondante dans tout le côté droit avec un léger souffle ; retentissement de la voix sans égophonie. — Saignée, 3 pal. et demie ; vésicatoire à la partie postérieure du thorax ; julep, tisane pectorale.

Le 15, il se trouve tout à fait bien ; crachats albumineux, blancs. Le pouls à 80-84 ; disparition du souffle bronchique, respiration à 20. Un peu de crépitation à droite. Le mieux se soutient jusqu'au 17, époque où la crépitation devient plus abondante à la base du poumon droit avec faiblesse très grande du murmure vésiculaire. Un peu de crépitation aussi à la base du poumon gauche. Une dernière saignée est pratiquée, et dès le lendemain un mieux sensible fut constaté. La respiration est bien plus distincte dans tout le poumon droit. Pas de retentissement notable de la voix ; sa résonnance est assez bonne ; quelques bulles seulement d'une crépitation fine mais rare à la base du poumon droit, en outre quelques craquements pleuraux secs, superficiels. Pouls à 72 ; respiration à 16-28. Convalescence commençante. — Un bouillon.

A partir de ce moment le malade continua à très bien aller.

— Si le diagnostic des maladies de la plèvre et du poumon ne paraît pas offrir de grandes difficultés à ceux qui ne l'ont jamais étudié que dans les livres, malheureusement il n'en est plus de même au lit des malades ; la nature ne nous présente que bien rarement la maladie dans toute sa simplicité et avec tous ces caractères physiques si bien décrits dans la plupart des auteurs. Il faut avoir été appelé à formuler soi-même son diagnostic chez un grand nombre de malades pour bien apprécier tout ce qu'il y a d'embarrassant dans l'étude de certaines affections de l'appareil respiratoire. L'observation qui précède en est un exemple, et j'avoue que pour ma part j'hésitai dans cette circonstance à porter dès le premier jour un diagnostic définitif sur la nature de la maladie. En effet, l'expectoration de crachats visqueux mais tout à fait blancs coïncidant avec l'existence d'un souffle bronchique profond et la disparition du murmure vésiculaire, pouvait faire naître l'idée d'une pleurésie avec épanchement. La voix il est vrai n'était point saccadée, mais on sait fort bien que ce phénomène n'est pas constant, et qu'il exige pour se produire des conditions toutes particulières. Quant à la crépitation disséminée dans une assez grande étendue, ne pouvait-elle pas dépendre d'un froissement pleural, comme je l'ai indiqué dans un précédent article? Cette question méritait d'être examinée. Toutefois, considérant que le râle crépitant constaté le surlendemain et les jours suivants était parfaitement caractérisé à la base du poumon droit, ce qui excluait l'idée d'un épanchement pleurétique, se rappelant d'autre part qu'il est certaines pneumonies où l'expectoration ne présente aucun caractère tranché, M. Bouillaud s'arrêta au diagnostic que nous avons fait connaître plus haut.

Il est probable, si l'on en juge par les tiraillements pleuraux qui ont été notés vers la fin de la maladie, qu'il y a eu dans ce cas une pleurésie assez étendue, compliquée d'un épanchement très médiocre, qui aura sans doute masqué la pneumonie pendant les deux premiers jours. Cette complication, qui peut-être a été un obstacle à une guérison très rapide, n'en a pas moins été combattue très avantageusement par la formule des saignées suffisantes.

Huitième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 10, Foissert (Jean), âgé de soixante et un ans, malade depuis trois jours. *Casus satis gravis et pravus.*

Le 21 février, le visage est pâle généralement ; 40 inspirations par minute. Le pouls à 92, assez fort, régulier. A gauche en avant, la résonnance de la poitrine est bonne depuis le sommet jusqu'au troisième espace intercostal. A partir de ce point, matité complète surtout en tirant vers la région axillaire et dans presque toute l'étendue de la partie latérale externe. Souffle bronchique des plus forts dans les points où existe la matité. Bredouillement de la voix assez marqué ; quelques bulles de râle crépitant çà et là. Rien de notable dans le reste de la poitrine. Deux ou trois crachats, dont un fortement rouillé. — Saignée trois palettes ; diète.

Le 22, pas de soulagement notable ; pouls à 80 ; chaleur modérée, respiration à 28-32 à peu près ; même état de la poitrine. Le bredouillement de la voix a disparu. — Saignée, 3 palettes ; ventouses scarifiées, 3 palettes ; julep, thridace ; tisanes pectorales ; diète.

Le 24, le pouls est à 92, vibrant ; la résonnance est meilleure sur la partie latérale gauche. Le souffle a disparu ; le murmure vésiculaire est plus distinct. Le lendemain, le pouls est monté à 96 ; la respiration à 32. Retour du souffle bronchique ; crachats couleur sucre d'orge. — Julep, thridace ; mêmes tisanes ; vésicatoire à la partie latérale gauche.

Le 28, il va beaucoup mieux. Le murmure vésiculaire est bien revenu. Plus de souffle ; plus de crépitation. Il commence à prendre du bouillon, et à partir de ce moment il continue à bien aller.

Il sort le 11 avril.

— Il ne faut pas oublier que la constitution du malade qui fait le sujet de cette observation était complétement détériorée par des maladies antérieures ; c'était un homme dont la santé était chancelante depuis près de sept ans, éprouvant fréquemment de violents accès d'asthme et ayant séjourné plusieurs mois dans les hôpitaux, à différentes reprises, pour un catarrhe vésical. Il était bien difficile, au milieu de conditions si défavorables, d'agir avec beaucoup d'énergie. Aussi le cas fut-il jugé mauvais, c'est-à-dire présentant des contre-indications à l'emploi des saignées répétées ; cependant le malade en supporta trois qui furent suivies d'une amélioration assez rapide, et sauf une légère recrudescence qui survint le sixième jour et dont un vésicatoire fit promptement justice, on n'eût qu'à se louer d'avoir mis en usage la nouvelle formule des saignées dans une maladie qui bien probablement se fût prolongée indéfiniment et peut-être même terminée d'une manière funeste si l'on s'en fût tenu à une médecine expectante, ou bien qu'on eût eu recours au tartre stibié à haute dose, ou bien encore aux émissions sanguines formulées d'après l'ancienne méthode.

LEMAIRE.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

De la pleurésie aiguë dans l'enfance ; de ses symptômes et de son traitement.

Au n° 7 de la salle Sainte-Catherine, a été couchée une fille âgée de sept ans, d'une assez forte constitution pour son âge ; habituellement bien portante ; variolée, non vaccinée.

Il y a trois jours, elle se plaignit d'une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine, survenue sans cause connue, probablement déterminé, à ce que disent les parents, par un refroidissement pendant qu'elle était en sueur. Le premier jour, la douleur fut assez forte pour empêcher le sommeil, augmentant pendant les fortes inspirations. Pas de toux ; quelques nausées. Les jours suivants, peau chaude, sudorale ; persistance et augmentation de la douleur de côté. Un ou deux vomissements de matière jaune-verdâtre.

Les parents se sont décidés ce matin à amener l'enfant à l'hôpital, et voici l'état qu'elle présentait au moment de la visite :

Visage animé, rouge aux pommettes ; teinte jaune légère de l'ovale inférieur du visage ; teinte également jaunâtre de la conjonctive. La petite malade se plaint toujours d'une vive douleur dans le côté droit du thorax, plus forte quand on veut la faire tousser ou respirer profondément. Un peu de toux sèche, sans expectoration. Pouls à 92-96, petit, peu développé. Résonnance assez bonne à la partie supérieure de la poitrine, un peu plus faible, sans matité complète à la base du côté droit, en avant. Respiration bonne, assez pure, un peu exagérée au sommet du poumon, faible au milieu, presque nulle à la base, où elle est remplacée par une sorte de frottement sec. On n'entend aucun bruit de souffle ni d'égophonie. Bruits du cœur normaux. Pas de douleurs de ventre ; un peu de sensibilité au creux de l'estomac. Langue blanche, jaunâtre. — Deux prises d'ipécacuanha ; cataplasme sur le côté droit ; mauve sucrée ; diète.

Le lendemain les symptômes sont plus tranchés ; le pouls à 96-100 ; le visage est toujours animé, mais jaune dans sa partie inférieure, ainsi que les conjonctives. La percussion fait reconnaître une matité complète dans le tiers inférieur du côté malade. A l'auscultation, respiration bronchique, principalement pendant l'inspiration, avec un timbre un peu métallique, dû probablement au peu d'embonpoint du sujet. Quand on fait parler la petite malade, on perçoit un bruit d'égophonie très prononcé, surtout en arrière. La douleur de côté persiste, et fait pousser à l'enfant des cris aigus. On n'entend dans tout le reste de la poitrine ni râles, ni sifflements d'aucune espèce. Deux vomissements bilieux après les prises d'ipécacuanha. — Six sangsues sur le point douloureux ; cataplasmes ; mauve sucrée ; diète.

Le 12 juin, le pouls est toujours au même degré de fréquence ; mais le visage est moins rouge, la peau moins chaude et la teinte jaune a un peu diminué. La douleur de côté est moins forte. Mêmes phénomènes pour la matité, le souffle bronchique et l'égophonie. Absence complète de râles muqueux ou sibilants. Le bruit respiratoire est tout à fait nul dans les points correspondants à la matité et au souffle bronchique. La langue humide, un peu rouge ; soif vive ; pas d'appétit. Toux fréquente, sèche. — Vésicatoire à la partie postérieure et un peu latérale du côté droit du thorax. Le reste *ut suprà.*

Le 13, l'enfant a peu dormi à cause de la douleur produite par le vésicatoire qui était placé sur les piqûres de sangsue. Un peu de difficulté dans l'émission des urines. Pouls à 100-104. Même état.

Le 15, on note un mieux sensible déterminé par l'emploi des moyens mis en usage. Le nombre des pulsations n'est plus que de 92-96 par minute. L'étendue de la matité a diminué de quelques centimètres en hauteur, et la percussion ne donne un son mat que tout à fait à la partie inférieure, dans une étendue de trois travers de doigt. Souffle bronchique dans le point mat. La respiration commence à revenir, mais faible, dans la partie moyenne du poumon droit, en arrière. La douleur de côté a tout à fait disparu. Langue rosée, humide ; soif moins vive ; appétit ; peu de toux. Un peu de constipation depuis trois jours. — Manne en larmes, 15 grammes dans du lait sucré ; entretenir le vésicatoire ; diète.

Le 18, la petite malade se trouve tout à fait bien. On ne constate plus qu'une très légère différence entre le côté sain et le côté malade, à la percussion. Le souffle est également presque entièrement remplacé par le bruit respiratoire, faible à la vérité, mais distinct. Pouls à 84-88. L'enfant demande à manger. — Deux bouillons coupés. Sécher le vésicatoire.

L'amélioration se soutient, et dans les derniers jours du mois, dix-neuf jours après son entrée à l'hôpital, elle est emmenée par ses parents dans un état de santé satisfaisant.

— Bien que le fait qui précède n'ait offert aucune particularité qui mérite d'attirer l'attention d'une manière spéciale, et que la pleurésie ait suivi une marche aiguë et régulière, il nous a semblé cependant que, vu l'âge du sujet, elle pouvait donner lieu à quelques réflexions intéressantes, tant sous le rapport des symptômes que sous celui du traitement.

Et d'abord, nous ferons remarquer la teinte jaune que présentaient au début de la maladie l'ovale inférieur du visage et les conjonctives. Cette teinte ictérique, caractéristique du passage de la bile dans le sang, jointe aux phénomènes gastriques qu'a offerts la petite malade, tels que vomissements, sensibilité à l'épigastre, état saburral de la langue, se rencontrent assez fréquemment dans les affections inflammatoires aiguës du parenchyme pulmonaire, et plus fréquemment de la membrane séreuse qui enveloppe l'organe respiratoire, quand la phlegmasie occupe le côté droit de la poitrine ; et cela n'est point étonnant, si l'on réfléchit que l'irritation est communiquée de l'appareil pulmonaire au foie par voie de contiguïté, les deux organes n'étant séparés que par un voile membraneux et musculaire excessivement mince, le diaphragme. Cette propagation d'une phlegmasie primitive à un autre ordre d'organes, est fondée sur les mêmes lois que celles suivant lesquelles se produit l'inflammation des membranes internes ou externes du cœur dans les cas de phlegmasie des parties de l'appareil respiratoire occupant le côté gauche. La forme de pleurésie ictérique dont nous parlons ici, et qui n'est autre chose que la pleurésie bilieuse de Stoll, réclame dans le traitement une légère modification sur laquelle nous reviendrons plus bas. Terminons ce qui a rapport à ce sujet, en disant que, d'après les observations de M. Baron, la pleurésie droite paraît être beaucoup plus fréquente dans l'enfance que la pleurésie double ou que la pleurésie gauche. Ces deux dernières ont une fréquence à peu près égale. Pour les pleurésies des deux côtés, il en est dont l'intensité est à peu près aussi grande à droite qu'à gauche ; d'autres plus intenses du côté droit ou du côté gauche.

La douleur a été assez vive chez notre sujet pour lui faire pousser des cris ; elle augmentait pendant la toux et les fortes inspirations. Ce symptôme, d'une très grande importance pour le diagnostic, manque quelquefois chez les très jeunes sujets qui ne peuvent accuser leurs sensations. Cependant, même dans ces circonstances, la percussion attentive et faite avec soin des parois de la poitrine, peut parvenir à faire découvrir le point précis où elle existe. Ce n'est que lorsque l'enfant a déjà un certain âge qu'il peut faire comprendre que la douleur augmente par la toux, la respiration, le décubitus et la percussion. Bien que les enfants ne puissent que rarement déterminer d'une manière très précise le point exact où siége la douleur, cependant il résulte des recherches faites dans le but d'éclaircir ce point, que le siége de la douleur existe le plus souvent, soit au niveau du sternum, soit à la partie moyenne et latérale du thorax.

La toux sèche notée dans le cas actuel est tellement fréquente dans la pleurésie aiguë, qu'elle en est un des signes pathognomoniques. Nous ne parlerons pas de l'expectoration ; qui, nulle chez les très jeunes sujets, quelles que soient les affections qu'ils présentent, n'existe jamais dans la pleurésie aiguë sans complication du côté du parenchyme pulmonaire. Il n'est pas très commun d'observer de la dyspnée dans la pleurésie aiguë d'un seul côté, à moins que l'épanchement ne soit extrêmement considérable, et ne soit en même temps survenu très rapidement. Il est facile de concevoir que dans les cas où l'épanchement se fait lentement et d'une manière chronique, l'appareil respiratoire s'habitue en quelque sorte aux nouvelles conditions d'exercice dans lesquelles il se trouve, et qu'une respiration supplémentaire peut s'établir aux dépens du poumon sain. Chez la jeune fille dont nous avons parlé, ce n'est point à l'épanchement, mais à la douleur que l'on devait attribuer la difficulté de la respiration qui fut notée pendant les premiers jours, et qui disparut après l'application du vésicatoire.

Lorsque l'épanchement est considérable, que la pleurésie est chronique, qu'elle a eu une longue durée, il n'est pas rare de rencontrer une déformation du côté malade et une ampliation de capacité, soit dans la circonférence, soit, comme l'a fait observer M. Chomel, qui insiste beaucoup sur ce caractère, dans le diamètre antéro-postérieur. Lorsque la déformation ne consiste pas dans une dilatation de la poitrine, mais au contraire dans un rétrécissement, c'est un signe presque sûr et constant qu'un épanchement a eu lieu dans le côté rétréci, et après l'avoir dilaté, s'est résorbé. On a expliqué de diverses manières le mécanisme de ce rétrécissement, qui, assez rare chez l'enfant, ne doit point nous occuper plus longtemps.

Les symptômes physiques directs, les résultats de la percussion et de l'auscultation, phénomènes des plus importants, doivent nous occuper ici plus spécialement. Dans un grand nombre de pleurésies, chez l'enfant, la sonorité de la poitrine

n'est pas sensiblement altérée, ou ne l'est que dans un très petit espace, ce qui tient à la faible quantité du liquide épanché; elle est encore peu marquée, ou même nulle, quand elle consiste dans la production de fausses membranes ou d'adhérences; sans épanchement. Lorsque la matité existe, c'est comme chez l'adulte, dans la plus grande partie des cas, en arrière et en bas qu'on peut la constater. La matité à la partie supérieure, déterminée par la circonscription du liquide dans une sorte de poche formée par des fausses membranes, est une chose excessivement rare. Dans le plus grand nombre des cas où on l'observe, elle doit être rapportée à une complication de pneumonie au second degré, survenue au sommet du poumon. Ordinairement, la matité commence par la partie inférieure du côté postérieur, puis de là gagne en hauteur et en largeur; elle diminue au bout d'un temps plus ou moins long, dans un ordre inverse à celui de son accroissement. Chez les enfants, il n'est pas rare de rencontrer, en même temps que la matité postérieure, une diminution de la sonoréité en avant; cette diminution est due à l'interposition entre le poumon et la paroi thoracique, d'une mince couche de liquide, ou de quelques fausses membranes. Il arrive quelquefois, quand il y a pneumo thorax, que la résonnance, au lieu d'être diminuée, est exagérée. Aussi est-il toujours important de comparer ensemble le côté sain et le côté malade, et de se guider sur la résonnance normale pour la détermination de la modification pathologique.

Les phénomènes fournis par l'auscultation, sont: le bruit de frottement, le souffle bronchique, l'égophonie, l'absence du bruit respiratoire. Ordinairement, la respiration est faible ou nulle dans les points occupés par l'épanchement, et par conséquent mate; mais lorsque l'épanchement est peu abondant, on peut observer des pleurésies sans cette absence du bruit respiratoire. L'absence du bruit respiratoire ne se remarque que pendant l'existence de l'épanchement; de plus, il résulte du grand développement du bruit respiratoire chez l'enfant, et du caractère particulier qui lui a fait donner le nom de respiration puérile, que l'obstacle doit être proportionnellement considérable pour l'annihiler. Dans les cas assez nombreux où la maladie suit une marche aiguë, et où l'absence de respiration se montre à une période voisine du début, elle coexiste dans le même poumon avec la respiration bronchique.

Le bruit de frottement, si commun au début de la pleurésie chez l'adulte, et que nous avons rencontré dans le cas qui nous occupe, paraît être assez rare chez l'enfant, suivant les observations de MM. Baron, Rilliet et Barthez. Selon ces derniers auteurs, il serait plus fréquent à la période décroissante de la maladie qu'au début. Il est plus commun après la formation des fausses membranes; mais il est presque toujours faible, ce qu'il faut attribuer à la mollesse et à l'épaisseur peu considérable de ces productions. Ce bruit de frottement est beaucoup plus rare chez les enfants au-dessous de cinq ans, que chez les sujets de la seconde enfance.

Le souffle bronchique s'entend le plus souvent chez les jeunes sujets dès les premiers jours, et l'on observe, pour le dire en passant, que chez les enfants un peu maigres il offre souvent un timbre métallique, rappelant assez le tintement du pneumo-thorax. La hauteur à laquelle on l'entend, varie selon l'étendue de l'épanchement et la quantité du liquide. La durée de ce souffle paraît être assez variable; elle peut être de deux ou trois jours seulement, ou de plusieurs semaines. Cette dernière circonstance ne se rencontre guère que dans les cas où la terminaison doit être funeste. L'absence de toute trace de pneumonie chez des sujets qui ont succombé à des pleurésies aiguës, et qui avaient présenté ce symptôme, prouve clairement que dans ces cas, ce n'est qu'à l'épanchement que l'on doit rapporter la production du souffle bronchique.

En même temps que le souffle bronchique, on rencontre souvent chez l'enfant un retentissement particulier de la voix, qui se rapproche d'autant plus de l'égophonie, que l'enfant est plus âgé. Ce retentissement a été nommé broncho-égophonique. La rareté de l'égophonie pure chez l'enfant doit être attribuée à plusieurs causes, dont les principales sont: l'étroitesse de la cavité thoracique, le peu d'abondance habituel de l'épanchement. D'ailleurs, il est quelquefois difficile de la distinguer de la résonnance normale, du cri si aigu des jeunes enfants. Quant à l'application de la main sur le côté malade, et à la vibration produite par la voix, elles n'offrent, chez l'enfant, rien qui les distingue de ce qui se passe chez l'adulte.

Quelques mots, avant de terminer ce qui est relatif à la symptomatologie, sur l'état fébrile et l'habitude extérieure du sujet.

Les frissons du début de la maladie peuvent bien rarement être constatés; le pouls, fréquent au début, et qui bat jusqu'à 120 et 130 fois, et même plus par minute, ne conserve ordinairement cette fréquence que peu de jours. Dès le quatrième ou cinquième jour, il tombe, lorsqu'un traitement bien dirigé détermine l'arrêt d'abord, puis la résolution de la maladie. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que de la pleurésie simple primitive, et non de celle qui peut se compliquer de pneumonie, cas auquel les pulsations sont quelquefois tellement fréquentes, qu'elles échappent à tous les efforts que l'on fait pour les compter. Lorsque l'affection tend à passer à l'état chronique; le renversement fébrile disparaît quelquefois; mais il se reproduit plus tard, et alors d'une manière irrégulière, ou se montre par exacerbation le soir.

L'habitude extérieure et le facies des jeunes sujets atteints de pleurésie aiguë sont toujours intéressants à examiner. Quelquefois, mais rarement, le visage présente une expression de souffrance et d'anxiété. La dilatation des ailes du nez, si fréquente pendant la dyspnée de la bronchite capillaire, ou de la laryngite pseudo-membraneuse, est beaucoup plus rare dans la pleurésie aiguë des enfants, à moins que l'épanchement ne soit très considérable. Les changements fréquents de position, l'agitation, s'observent assez souvent dans la pleurésie de la première enfance. Il est à remarquer que, contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte, le décubitus ne fournit que peu d'indications dans la pleurésie aiguë de l'enfant, et qu'il n'est caractéristique que dans la pleurésie chronique.

Dans un prochain article nous passerons rapidement en revue la marche et la durée de la maladie, pour arriver au traitement, point le plus important de l'histoire de la pleurésie aiguë dans l'enfance.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO CHIRURGICALES. Septembre 1844.

Revue clinique de l'hôpital de la Charité. — Affections cérébrales et typhoïdes; par M. BOUDET.

Les conclusions de ce travail peuvent se formuler ainsi:

La méningite simple et la méningite tuberculeuse ne diffèrent pas essentiellement sous le rapport séméiologique.

C'est par l'appréciation des antécédents du malade, par l'examen des fonctions respiratoires, par la considération de la marche de la maladie, de la présence ou de l'absence de certains signes, qu'on pourra formuler un diagnostic probable.

On distinguera, dans un cas de fièvre typhoïde, l'existence d'une phlegmasie cérébrale d'un simple trouble fonctionnel, à la présence, dans le premier cas, de lésions constantes de la sensibilité ou du mouvement.

Le typhus et la fièvre typhoïde paraissent être deux maladies identiques au fond, différant seulement entre elles par la gravité moindre de la seconde. Le typhus peut se manifester à l'état sporadique chez les individus soumis à un certain ordre de causes.

La méningo-encéphalite est une complication rare de la fièvre typhoïde, assez fréquente au contraire du typhus.

La méningo-encéphalite coïncide souvent chez les malades atteints de fièvre typhoïde, d'une éruption cutanée variable, mais extrêmement abondante.

Du tremblement de l'iris; par M. TAVIGNOT.

L'auteur passe d'abord en revue les théories diverses qui ont été proposées pour expliquer ce phénomène, et il les rejette toutes comme erronées ou insuffisantes. Avant de donner la sienne, il croit convenable de tracer un tableau de la maladie qu'il envisage sous les rapports de ses causes, de ses symptômes, de sa marche, de son pronostic et de son traitement qui doit toujours être en rapport avec les lésions de l'appareil cristallinien dont le tremblement de l'iris n'est presque toujours qu'une conséquence. Du reste, étudié en lui-même, ce phénomène lui paraît incurable. Quant à la théorie de M. Tavignot, du tremblement de l'iris, nous croyons devoir l'exposer telle qu'il l'a présentée lui-même, et c'est là aussi le point le plus nouveau et le plus intéressant de son travail.

Que l'iris, dit-il, soit contractile ou ne le soit pas, son flottement peut néanmoins se manifester; de plus, le degré de dilatation ou de resserrement de la pupille ne paraît pas avoir d'influence bien marquée sur l'étendue du tremblement; celui-ci ne s'observant pas pendant l'action contractile ou rétractile de la pupille, mais seulement pendant les différents mouvements imprimés au globe oculaire par les muscles droits de l'œil. En général, on peut établir que le degré de tremblement est proportionnel à l'étendue et à la rapidité du déplacement imprimé par les muscles en question.

Le tremblement de l'iris n'est en aucune façon lié à des désordres organiques ou fonctionnels de la rétine; quand il existe avec une amaurose, c'est un état complexe; mais il n'y a pas entre ces deux affections de rapport de causalité, tandis que les modifications importantes imprimées à tout l'appareil cristallinien paraissent amener dans un très grand nombre de cas le tremblement de l'iris, témoin les contusions sur l'œil, suivies si souvent de cataractes capsulaires, les opérations de cataractes capsulaires, les opérations de cataractes par abaissement. L'iris, privé de la triple cloison qui le séparait de l'humeur vitrée, la capsule antérieure, le cristallin, la capsule postérieure, se trouve en contact immédiat avec le corps vité, et c'est cette humeur qui va lui transmettre les ondulations dont elle est agitée pendant les mouvements de l'œil. Les muscles droits s'insèrent, on le sait, assez près de la cornée; par conséquent, pour arriver là, ils ont dû, partant d'une origine à peu près commune, se réfléchir sur la convexité de la sclérotique au niveau du grand diamètre transversal de l'œil; or, pendant la contraction synergique, mais souvent inégale de ces muscles, l'humeur vitrée est pressée dans tous les sens; mais comme elle n'a pas, après tout, une force de résistance très grande, et qu'elle manque en avant d'un soutien énergique, l'appareil cristallinien, elle tend à presser l'iris, et détermine bientôt dans cette membrane les oscillations qui se présentent à nous avec les caractères que nous leur avons assignés. Ce sont donc réellement les ondulations imprimées à l'humeur vitrée par la contraction musculaire, et qui se répètent dans l'iris, alors normalement contigu, qui donnent naissance au tremblement caractéristique. Maintenant est-il indispensable que l'appareil cristallinien soit détruit complétement pour que le tremblement de l'iris puisse avoir lieu? Non, sans doute; car supposez que le cristallin soit lui-même diffluent, comme cela se rencontre dans certaines cataractes, alors cet organe étant dans les mêmes conditions de fluidité que l'humeur vitrée, transmettra, comme celle-ci à l'iris, les vibrations moléculaires qui lui auront été imprimées.

Quelques remarques sur les déviations de la colonne vertébrale; par M. GAILLARD, de Poitiers.

Ce travail peut être ainsi résumé:

Sous l'influence de causes débilitantes diverses, les os et les ligaments dont l'ensemble forme la colonne vertébrale, se ramollissent et perdent leur résistance normale; les muscles eux-mêmes, qui concourent puissamment à la solidité des articulations, sentent diminuer leur énergie de contraction; alors cette longue tige qui forme l'axe du corps et seule supporte le poids de la tête, de la poitrine et des extrémités supérieures, affaiblie dans sa structure, s'infléchit, se courbe et se laisse aller à des déviations dont la forme est déterminée par les attitudes ordinaires de l'enfant, par certaines actions musculaires, et aussi par le siége particulier qu'affecte le ramollissement; car la lésion organique que subissent les vertèbres n'est point égale et semblable dans tous les points de la colonne; mais elle est, au contraire, inégale et variable dans ses diverses régions.

NOUVELLES.

Prix proposés par la Société de médecine de Paris.

La Société décernera un prix de 500 francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des affections syphilitiques.

M. Prus, secrétaire-général de la Société, a l'honneur de rappeler à MM. les concurrents, que les mémoires doivent lui être remis avant le 1er octobre 1844.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

Errata. — Dans l'observation d'ablation du fond de l'utérus (n° 104), par M. Velpeau, au commencement, *au lieu de:* accouchée depuis quatre à cinq ans, *lisez* depuis quinze ans. A la fin, *au lieu de:* la malade succombe, *lisez* succombe neuf jours après l'opération.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 109. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Pleuropneumonie. — Considérations pratiques.

Chez un assez grand nombre de malades reçus cette année à la clinique de l'Hôtel-Dieu, l'affection s'est présentée avec des circonstances assez particulières pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en faire le sujet de quelques réflexions rapides. Nous indiquerons sommairement, sans entrer dans les détails circonstanciés de chaque fait, les points les plus importants de leur histoire.

Première observation. — Au n° 16 de la salle Sainte-Agnès, est couché un homme de quarante-trois ans, entré il y a quelques jours pour une fièvre intermittente tierce et une bronchite légère. Le lendemain de son entrée, il fut pris d'une douleur dans un des côtés de la poitrine; l'auscultation et la percussion firent reconnaître l'existence d'une pleuropneumonie à son début. Une saignée fut pratiquée. Le lendemain, une éruption de taches se montra sur le ventre et sur les cuisses. Aujourd'hui, l'éruption est devenue générale, et couvre tout le corps; elle présente l'aspect de l'éruption rubéolique; elle occupe également la face, a gagné les paupières, et a produit cette espèce d'ophthalmie assez commune dans l'affection morbilleuse.

Aujourd'hui, et pendant que l'on était indécis encore sur la nature de cette affection, le hasard nous a fait porter les yeux sur les organes génitaux, et nous avons découvert sur le gland deux énormes chancres, qui paraissent avoir déjà plusieurs jours d'existence. Cette circonstance nous a conduit à nous demander si l'éruption que nous avons observée n'a pas été en quelque sorte déterminée par le virus syphilitique, et ne constitue pas cette variété de syphilide désignée sous le nom de roséole syphilitique, à cause de sa ressemblance avec l'éruption morbilleuse. Il est assez rare que les taches syphilitiques se montrent dans un espace de temps aussi rapide; mais il n'est pas cependant impossible que l'existence de la pneumonie ait favorisé leur apparition et les ait fait développer à une époque où elles n'existent point encore d'habitude.

Quant aux changements survenus chez ce malade, dans l'état inflammatoire local dont nous avons parlé, les phénomènes qui dénotaient une inflammation du parenchyme pulmonaire ont perdu une partie de leur intensité. Il n'y a plus aujourd'hui de souffle bronchique, mais simplement du râle crépitant à bulles assez fines et nombreuses. Le pouls, qui donnait 108 battements par minute, n'est plus qu'à 96. L'état local est certainement plus satisfaisant. Mais il y a d'autres phénomènes qui nous inquiètent. La bouche est sèche, la parole confuse et embarrassée; le malade ne boit qu'avec une certaine difficulté. Or, quelle que soit la maladie dont un sujet soit affecté, cet enduit de la muqueuse desséchée et comme grillée dénote toujours un état sérieux et grave.

Nous rappellerons, en passant, un malade placé en face de celui dont nous vous entretenons, et qui était atteint de scarlatine. Il nous présentait le même phénomène de sécheresse de la langue. Il respirait, nous devons le dire, la bouche entr'ouverte; aussi cette sécheresse nous a-t-elle paru beaucoup moins grave, dépendant en grande partie de la disposition dont nous parlons. Mais en général on observe que la sécheresse est un phénomène moins important quand elle est simple, que quand elle s'accompagne de fuliginosité et de croûtes noirâtres sur la muqueuse. Dans le fait actuel, en tenant compte des phénomènes généraux, tels qu'ils sont, et vu les complications, le cas, sans être désespéré, doit être considéré comme grave.

Deuxième observation. — Au n° 17 de la même salle est couché un homme de trente-trois ans, chétif, atteint d'une pneumonie pour la douzième fois. D'après les renseignements qu'il nous donne, il en aurait déjà éprouvé onze dont la solution aurait été favorable; il n'a pu nous dire quelle avait été l'intensité de ces onze pleuropneumonies. Aujourd'hui il nous a dit avoir été pris il y a quelques jours de frissons suivis d'un mouvement fébrile intense; point de côté, augmentant par la respiration et la toux. Nous constatâmes, au moment de son entrée, une pneumonie du côté droit au premier degré. Deux saignées ont été faites seulement. On n'a pu pousser plus loin les émissions sanguines, à cause de la faiblesse de la constitution du sujet.

Ce matin, le crachoir contenait un pus liquide parfaitement phlegmoneux, non point à l'état où il constitue le crachat purulent, mais sans aucun mélange. Ce sujet présentait donc hier les symptômes d'une inflammation périneumonique. Aujourd'hui, il crache du pus sans mélange; accident trop remarquable pour ne pas fixer votre attention.

Que s'est-il passé dans la poitrine, pour qu'un changement aussi subit et aussi considérable se soit manifesté? Il y a là un symptôme analogue à celui que les anciens désignaient sous le nom de vomique. Si notre malade eut d'un seul coup rejeté une pleine cuvette de pus, on ne pourrait lui attribuer d'autre source que la cavité de la plèvre, car il ne serait pas possible qu'une quantité de pus aussi considérable se fût formée autre part qu'entre les feuillets de la plèvre et, pour que la collection se fût fait jour au dehors, il eût fallu nécessairement aussi que le parenchyme du poumon eût été perforé. Dans les circonstances présentes, il n'y a pas assez de pus pour que ces conditions existent. On peut se demander si la production de ce pus ne s'est pas effectuée dans le poumon lui-même.

Dans certaines affections, dans la dilatation des bronches, par exemple, il y a des cas où les malades rejettent une grande quantité de matière puriforme avec odeur fétide de l'haleine. Mais ici, il est peu probable que nous ayons affaire à une maladie de cette espèce, et que la sécrétion du pus puisse être attribuée à la dilatation des bronches. Quand elle dépend de cette dilatation, l'affection est lente à se développer; ici l'invasion a été soudaine, et c'est en moins de vinquatre heures qu'un pus sans mélange a remplacé les crachats pneumoniques.

N'oublions pas de dire ici que la pneumonie est devenue double, et que nous avons constaté ce matin du souffle et de la bronchophonie dans les deux côtés de la poitrine. Serait-ce dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire lui-même que se serait formée la cavité qui fournit ce pus? Mais ces abcès du poumon sont assez rares. La pneumonie avec suppuration se montre le plus souvent avec infiltration purulente, et rarement avec des abcès. Si quelquefois on a cru rencontrer ces abcès plus fréquemment qu'ils n'existent réellement, c'est qu'on aura négligé de se mettre assez en garde contre les résultats de la pression que peut exercer contre le parenchyme infiltré de pus et devenu très friable, le doigt de celui qui fait l'autopsie. Cette pression suffit fréquemment pour déterminer une cavité qui offre quelques points d'analogie avec un abcès. Les abcès pulmonaires sont chose assez rare pour que, lorsqu'on les rencontre, on doive les examiner avec la plus grande attention. *Rara non sunt artis*, a-t-on dit souvent; et ce précepte, éminemment vrai, doit toujours, dans les cas douteux, faire supposer l'existence des conditions les plus communes, tout en tenant compte des faits rares qui peuvent se rencontrer.

Chez le malade dont nous vous entretenons, nous regardons comme très probable une collection purulente dans la plèvre droite; car dans le côté gauche, nous n'avons constaté de signes pathologiques que depuis hier, et il n'est pas probable que l'affection ait débuté tout d'un coup par la perforation du poumon. De plus, la maladie aiguë dont il est atteint datant de quelques jours à peine, il ne serait pas, à la rigueur, impossible que cet homme fût affecté depuis un temps plus ou moins long, d'une phlegmasie pleurale antérieure. Dans la pleurésie purulente, il se forme quelquefois des fausses membranes très épaisses qui empêcheraient la perforation de se produire; aussi est-il certain que les pleurésies les plus anciennes ne sont pas toujours la cause des perforations pulmonaires.

Les tubercules isolés déterminent souvent la perforation de la plèvre. Si un tubercule ramolli a commencé par s'ouvrir dans la plèvre, et a donné lieu à une inflammation purulente, ce tubercule, en même temps qu'il est la cause première de l'épanchement pleurétique, devient un moyen d'évacuation du pus auquel il a donné naissance.

Telle est l'opinion et l'explication la plus naturelle de cette expectoration purulente que nous avons observée chez le malade qui fait le sujet de notre observation. Il nous paraît probable que le pus provient de la plèvre; il n'y a pas épanchement général dans toute l'étendue d'un côté de la poitrine, et l'absence des phénomènes d'auscultation et de percussion nous porte à penser que le pus s'est formé dans la plèvre médiastine. Les affections de ce point de la cavité thoracique sont presque toujours latentes; rien ne peut en révéler l'existence, et le seul signe auquel on les reconnaisse, c'est l'excrétion d'une certaine quantité de pus. On ne peut même, quand les malades guérissent, savoir d'une manière certaine le point où a existé la maladie.

Dans le cas particulier dont nous vous exposons les détails, le malade a été surpris dans un état d'appauvrissement de la constitution, résultant, sans nul doute, du nombre considérable de pneumonies dont il nous assure avoir été affecté. C'est vous dire assez qu'il se trouve dans de très mauvaises condi-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Inconvénients et dangers de l'improvisation à l'Académie de médecine. — Projet pour utiliser le *Bulletin*. — Le prix d'Argenteuil. — Motifs pour différer la nomination de la commission. — Les médecins en voyage. — La loi sur la chasse et sur l'exercice de la médecine. — Un fin renard. — Manière de fabriquer un homme.

Depuis long-temps rien n'a été dit d'aussi judicieux, à l'Académie de médecine, d'aussi complétement vrai que ce que disait mardi dernier l'honorable M. Desportes. Toutes les questions se présentent, dans cette compagnie savante, toujours d'une manière imprévue et sans qu'on ait eu le temps d'y réfléchir. L'ordre du jour est fixé seulement une heure d'avance par le conseil sans que l'Académie en soit autrement instruite que par les événements de la séance elle-même. Dans une autre circonstance j'ai cherché à montrer quels graves inconvénients résultaient de cette façon d'agir. Il ne faut pas avoir assisté à deux séances de l'Académie pour n'en être pas frappé. Discussions ou longues et oiseuses, ou courtes et sans valeur. Quelquefois ce qui pourrait se dire en un quart d'heure, traîne en longueur pendant une séance entière; d'autres fois ce qui mériterait un examen sérieux et approfondi passe presque inaperçu. La raison en est fort simple : rien n'étant prévu et indiqué, les membres de l'Académie doivent toujours se livrer aux hasards et aux périls de l'improvisation; or, les honorables académiciens sont des médecins fort savants, des chirurgiens très habiles, des pharmaciens irréprochables et des vétérinaires de première force; mais des improvisateurs, on peut le contester avec quelque apparence de raison. Il est peu de ces messieurs qui ayant eu le temps de rappeler et de classer ses idées, ne fût capable de faire une oraison supportable sur les sujets dont s'occupe l'Académie; mais pris à l'improviste et sans aucune espèce de préparation, ils s'en tirent généralement d'une manière peu satisfaisante. Il n'est pas douteux que ce ne soit là la cause du peu d'intérêt et souvent du peu de dignité que présentent les discussions de l'Académie de médecine. Il serait cependant bien facile de remédier à cet inconvénient grave; il ne s'agirait pour cela que de fixer d'avance l'ordre du jour des séances, et surtout de ne discuter les mémoires et rapports qu'après leur publication dans le *Bulletin*. Comment veut-on qu'à une simple audition on puisse être suffisamment attentionné sur les points discutables d'un travail scientifique? Et même les organisations les plus heureuses peuvent-elles trouver à l'instant les arguments les plus solides, les étayer des meilleures preuves et se souvenir des sources où on les trouve? Ensuite, il arrive souvent que certains rapports et certaines discussions ont lieu en l'absence des membres qui pourraient précisément répandre de l'intérêt sur le sujet en question; l'ordre du jour étant connu d'avance, chacun viendrait aux discussions qui l'intéressent et auxquelles il pourrait utilement prendre part; les rapports et communications étant imprimés d'avance, chacun aurait le temps de se préparer convenablement : les discussions y gagneraient en clarté, en dignité, en importance, et l'Académie ne présenterait plus le spectacle pénible d'orateurs qui s'embrouillent, d'un public qui se moque et d'un pauvre secrétaire suant sang et eau pour suivre à la piste une idée qui s'égare. Ajoutez que vous donneriez ainsi au *Bulletin* la seule utilité qu'il puisse avoir. On s'obstine à rêver pour ce recueil des destinées qu'il ne pourra jamais atteindre; l'abonné est pour lui un mirage qui fuit sans cesse. Et comment en serait-il autrement, puisque les membres de l'Académie, M. Delens entre autres, reconnaissent publiquement que les journaux de médecine que l'on prive illibéralement de toute communication avec le secrétaire, rendent cependant un compte plus exact, plus étendu et plus fidèle des discussions académiques que le *Bulletin* lui-même? En lui donnant la destination que j'indique, au moins le rendrait-on bon à quelque chose.

Je ne quitterai pas l'Académie de médecine sans m'occuper d'un incident qui n'est pas sans importance. L'Académie va être prochainement appelée à décerner le prix fondé par le marquis d'Argenteuil, le prix le plus important qu'elle ait à décerner, car il s'élève à une valeur de près de dix mille francs. On sait que le noble marquis, dont les dernières années de la vie furent tourmentées par un rétrécissement du canal de l'urètre, institua ce prix en faveur de celui qui dans un espace de six ans aurait trouvé le meilleur moyen de traiter cette affection, ou qui aurait fait faire le plus de progrès au traitement des maladies des voies urinaires.

C'est donc tous les six ans que ce grand prix doit être décerné. Par une erreur du conseil, on crut que les délais expiraient au 1er mars dernier, et l'Académie procéda à la nomination de la commission chargée d'examiner les travaux envoyés pour ce concours. Mais on reconnut ensuite que les délais n'expiraient que le 22 septembre prochain, et la commission nommée fut annulée. Dans la dernière séance, M. le président a annoncé que l'Académie aurait à nommer une nouvelle commission mardi prochain, c'est-à-dire demain. J'ai, sur ce sujet, à présenter très humblement quelques observations à l'Académie, et je m'étonne que ces observations n'aient pas été produites dans le sein même de la compagnie; que M. Cornac, par exemple, dont l'indépendance est bien connue, et auprès duquel les dispositions réglementaires et les antécédents de l'Académie trouvent toujours un intrépide défenseur, que M. Cornac n'ait pas fait sentir que l'Académie procéderait à une irrégularité grave et qui peut avoir des conséquences; voyez en effet :

Il est dans les règles, dans les habitudes et dans les convenances des sociétés savantes que les commissions des prix ne soient nommées et connues que lorsque les délais du concours sont expirés. Cette façon d'agir est, en effet, très convenable; il faut savoir prévoir toutes les faiblesses humaines; il faut savoir garantir les concurrents eux-mêmes de la possibilité de modifier leurs opinions et leurs doctrines d'après les opinions et les doctrines des juges du concours. Voilà pourquoi, à l'Académie de médecine, les nominations des commissions pour le prix de l'Académie, pour le prix Portal et pour le prix Civrieux ne sont connues que lorsque le concours est clos.

Il en serait cependant autrement, si l'on n'avise, pour le prix d'Argenteuil; il est certain, cela a été annoncé et imprimé, que ce concours ne sera clos que le 21 septembre à minuit; jusqu'à cette époque des travaux peuvent se présenter; il y a plus, les travaux présentés

tions. De plus, la pneumonie est maintenant double. Il ne serait pas étonnant pour nous que dans l'espace de quarante-huit heures, plus ou moins, la terminaison fatale ne survînt. L'altération des traits du visage, la fréquence du pouls, l'existence d'une double pleuropneumonie datant de près de sept jours, l'expectoration du pus phlegmoneux, tout se réunit pour nous faire porter le pronostic le plus fâcheux. Quant au traitement, nous ne pouvons penser aux émissions sanguines, et d'ailleurs, une fois la suppuration établie, on ne peut guère songer à y avoir recours en général; non-seulement on ne pourrait arrêter la production du pus, mais on risquerait souvent de provoquer une résorption purulente presque toujours mortelle. Un vésicatoire a été mis sur le côté droit de la poitrine, et sera entretenu pendant quelques jours; un autre sera placé sur le côté gauche ce matin même. Les boissons émollientes, le sirop de Tolu, moyens auxiliaires et par eux-mêmes sans grande valeur quand ils sont isolés, continueront à être employés; mais tout, nous le répétons, fait présager une terminaison funeste.

Troisième observation. — Au numéro 31 bis de la salle Saint-Bernard, est couchée une femme qui présente une réunion remarquable d'affections graves et diverses. D'abord, une maladie organique du cœur qui a succédé à un rhumatisme; dans un grand nombre de cas où existent des affections organiques du cœor, il n'y a point eu de rhumatisme; et, lorsqu'il y en a eu, il est souvent arrivé que les rhumatismes sont survenus après le développement de la maladie du cœur. Bien qu'on nous ait quelquefois reproché de ne jamais admettre ce que l'on a appelé la loi de coïncidence du rhumatisme articulaire avec les maladies du cœur, nous croyons être juste, et nous sommes des premiers, quand cette coïncidence existe, à la signaler, comme dans le fait actuel; mais nous nous refusons à la regarder comme générale et aussi fréquente qu'on l'a prétendu. Ici le rhumatisme me paraît avoir été la maladie primitive.

Cette femme a une pleuropneumonie du côté droit; de plus, elle présente un foie très volumineux, et on sent en palpant l'abdomen une tumeur qui semble adhérer à la face inférieure de cet organe. La teinte générale de la peau est ictérique, ce qui est peut-être la conséquence de la tumeur épigastrique. Voici, en résumé, l'histoire de cette malade, chez laquelle je crois qu'il existe, en outre, une apoplexie pulmonaire, de sorte que, malgré le pronostic fâcheux que nous sommes obligé de porter, elle nous offre un intérêt tout particulier.

Elle est âgée de trente-deux ans, portière, d'une constitution chétive et détériorée; à l'âge de dix-huit ans elle fut prise d'un rhumatisme qui dura plusieurs mois; depuis cette époque elle est sujette aux palpitations; il y a cinq ans, elle avait alors vingt sept ans, il survint une enflure des membres inférieurs, enflure qui s'est dissipée et reproduite à plusieurs reprises. Il y a huit jours environ qu'elle est atteinte de la maladie actuelle; elle rejette des crachats sanglants depuis ce moment, et est entrée à l'Hôtel Dieu il y a quatre jours; à notre première visite nous constatons les symptômes suivants: pouls à 112, petit, régulier; respiration à 48, gênée, difficile; les crachats sont sanguinolents, visqueux; matité du côté droit de la poitrine, dans les deux tiers inférieurs environ; pas de souffle bronchique; râle crépitant, abondant; les battements du cœur sont peu énergiques; les bruits sont remplacés par un duuble souffle râpeux.

Tels étaient les phénomènes le jour de l'entrée. Hier la matière expectorée ressemblait plutôt à des crachats hémoptoïques; aujourd'hui ils ont repris les caractères inflammatoires et se composent d'un mélange de pus et de sang; quand on incline le vase qui les contient, ils roulent ensemble, ne formant qu'une seule masse, mais ils n'ont point cette viscosité qui, à certains périodes, fait adhérer au vase, d'une manière intime, la matière de l'expectoration; négligeant pour un moment l'affection organique du cœur, l'auscultation fait reconnaître un râle crépitant humide; faiblesse du murmure respiratoire; la matité n'est pas tout à fait complète et constitue plutôt dans le point indiqué une obscurité de la résonnance. Nous sommes donc certain qu'il n'y a point hépatisation; cette altération étant caractérisée par une matité parfaite, par de la respiration bronchique et de la bronchophonie, phénomènes qui manquent ici; en rapprochant ces phénomènes de la nature des crachats observés hier et avant-hier, il nous paraît naturel de craindre qu'il n'y ait une apoplexie pulmonaire, indépendamment de la pneumonie.

Du côté du foie il y a une augmentation de volume considérable; cet organe dépasse de quatre travers de doigt le rebord inférieur des côtes; les parois abdominales sont flasques; on distingue facilement le bord tranchant du foie qui conserve sa forme primitive, mais a augmenté de volume; rappelons en passant que c'est là un des caractères distinctifs des tumeurs du foie, qui, quelle que soit son augmentation de volume, conserve toujours sa forme primitive. D'après le volume de la tumeur, la forme qu'elle présente et sa position dans l'hypochondre droit, il est impossible de méconnaître le foie. Une remarque curieuse à faire c'est que la rate, quand elle augmente de volume, conserve, comme le foie, sa forme primitive et normale, ce qui est souvent d'une grande utilité pour la différencier des tumeurs de l'ovaire, qui ont quelque analogie avec l'hypertrophie de Hérald. Outre la tumeur qui existe dans l'hypochondre droit et qui appartient manifestement au foie, comme nous venons de le démontrer, une autre tumeur occupe la région de l'épigastre, globuleuse, de trois pouces environ de diamètre, et qui semble être accolée au foie; qu'elle suit dans ses mouvements; elle ne paraît pas être aussi dure que les tumeurs de la vésicule du fiel que l'on constate quelquefois; quand la vésicule biliaire doit acquérir un volume aussi considérable que l'est celui de la tumeur dont nous parlons, elle présente une dureté considérable; de plus, elle est placée moins près de la ligne médiane que celle qui nous occupe ici.

Quant à la teinte ictérique que l'on observe, elle pourrait bien dépendre de l'état d'engorgement résultant de l'augmentation du volume du foie; mais cela n'est jamais probable. C'est par cette coloration qu'a commencé la maladie aiguë, et l'affection hypertrophique du foie est de date beaucoup plus ancienne. On a pensé que dans les cas où l'ictère coïncidait avec une pneumonie du côté droit, c'est que l'inflammation s'étendait du poumon au foie; selon nous, c'est une erreur: le foie n'est pas enflammé. Mais il est évident que le voisinage d'une phlegmasie occupant le tissu d'un organe du volume et de l'importance du poumon peut amener une perturbation dans les fonctions normales des autres appareils, assez grande pour que ces fonctions en soient troublées.

D'après ce que nous venons de vous dire, vous comprendrez facilement toute la gravité de cette affection. Pneumonie, lésion des valvules du cœur, apoplexie pulmonaire, augmentation du volume du foie, tumeur sous-hépatique, constitution détériorée depuis long-temps, anasarque, tout se réunit pour constituer un état excessivement grave. On peut dire que dans un cas de ce genre l'état aigu et l'état chronique s'aggravent l'un par l'autre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CHASSAIGNAC.

Revue des cas principaux actuellement dans le service.

Engorgement considérable de la prostate. Impossibilité d'uriner. Ponction hypogastrique. Cathétérisme avec deux sondes.

Delacroix (Jean-Beptiste), cordonnier, âgé de soixante-quatre ans, est entré le 25 août 1844, et a été couché au n° 1. M. Gerdy faisait encore le service à cette époque.

Ce malade est un homme gras, replet, qui paraît d'une bonne santé habituelle. Il dit d'ailleurs qu'il n'a jamais eu de maladies graves. Il avoue avoir contracté sept à huit fois la blennorrhagie, qu'il aurait fait passer au moyen d'injections avec des liquides dont il ignore la composition, et que des personnes étrangères à la médecine lui auraient fournis.

Il y a cinq ans, il fut pris de rétention d'urine, et entra à l'hôpital; on le sonda un assez grand nombre de fois; il sortit au bout de quelques semaines, et fut tranquille pendant trois années à peu près. Il y a deux ans, après s'être enivré, il se trouva de nouveau dans l'impossibilité d'uriner, revint à la Charité, d'où il sortit dans un état assez satisfaisant.

Enfin, le 24 août, il éprouva les mêmes accidents, et arriva à l'hôpital n'ayant pu rendre ses urines depuis douze heures. On essaya en vain de pratiquer le cathétérisme. Il fallut recourir à la ponction de la vessie. Une sonde fut placée dans l'ouverture, le malade se trouva soulagé, et il continue de rendre l'urine par l'ouverture artificielle.

Ce cas curieux, qui, sans être extrêmement rare, n'est pourtant pas des plus fréquent dans les hôpitaux, a fourni à M. Chassaignac le sujet de plusieurs remarques intéressantes.

D'abord, selon lui, les sondes à demeure, chez les vieillards, ont des inconvénients sérieux en ce qu'elles exposent quelques points de la vessie à une pression susceptible de déterminer, dans ses parois, une douleur vive, une inflammation intense et même une escbare. Ainsi, chez ce malade, cette douleur s'est promptement manifestée; il se plaignait vivement d'éprouver, quand il toussait, une sensation fort douloureuse répondant jusque dans la verge. et bientôt aussi les urines sont arrivées chargées et très bourbeuses. De plus, on a pu s'assurer qu'une sonde laissée ainsi plusieurs jours dans la vessie, ne tardait pas à subir des altérations par suite du dépôt de matières animales qui se faisait à sa surface, et qui acquérait très promptement des propriétés excessivement irritantes. De ces considérations, ressortait nécessairement l'indication de la retirer fréquemment et de la laver avec soin avant de la replacer dans la vessie.

Il est parfaitement juste d'objecter qu'en agissant ainsi on se crée des difficultés inhérentes à son introduction dans le trajet fistuleux; mais M. Chassaignac pense que ce léger désavantage est plus que compensé par la certitude de faire pénétrer dans l'organe un corps dépouillé d'éléments irritants capables d'éveiller la susceptibilité de la vessie, si facilement excitée à cet âge et dans ces conditions.

Du reste, pour pouvoir réintroduire la sonde sans trop de tâtonnement, il est un moyen qu'on ne doit point oublier. Si l'on veut essayer de la faire entrer dans l'ouverture hypogastrique pendant que les téguments de l'abdomen sont dans le relâchement et abandonnés à eux-mêmes, on n'y parvient point, et ce malade nous en offre un exemple, surtout si le sujet a, comme celui-ci, les parois abdominales flasques et pendantes; mais si l'on a la précaution de tendre d'une main l'enveloppe cutanée du ventre en refoulant en haut, à la fois, la peau et la masse intestinale, alors on entre avec facilité dans la vessie.

Une seconde remarque qui conduit à une autre plus importante que nous exposerons tout à l'heure, c'est qu'il ne faut pas trop enfoncer la sonde qu'on fait pénétrer par la ponction quand on veut faire uriner le malade; autrement le bec s'engage dans le canal de l'intestin, l'œil se trouve ainsi bouché par les parois de ce canal, et le jet de l'urine s'arrête subitement. Quont on voit l'urine cesser de couler brusquement, il faut donc tout simplement retirer un peu l'algalie au dehors, et l'écoulement continue aussitôt.

Cette remarque conduit à celle-ci: Puisque la sonde introduite par l'hypogastre peut pénétrer dans le canal de l'urètre; puisque, d'un autre côté, le catéthérisme, même avec une sonde très fine, est impossible par la voie ordinaire, et amène constamment un écoulement de sang; puisqu'enfin cet état dans lequel est actuellement ce malade ne peut et ne doit être considéré que comme une situation temporaire que le chirurgien doit tenter de faire cesser en rétablissant le cours normal de l'urine; pourquoi n'essaierait-on pas de pratiquer le cathétérisme par la vessie en même temps qu'on engagerait une autre sonde par le canal de l'urètre. Cette pratique a été mise en usage chez ce malade au moyen de deux sondes métalliques, et l'on a constaté qu'ainsi il a eté possible de faire frapper les deux instruments l'un contre l'autre dans le canal de l'urètre, et d'obtenir quelques gouttes d'urine par la voie ordinaire, où elles ne passaient plus depuis la ponction. Si, de la sorte, on parvient à rétablir le cours de l'urine, on devra songer alors la cicatrisation de la fistule, et tout porte à faire présumer que cette oblitération sera facile à obtenir; car le trajet a une ten-

---

peuvent être retirés et représentés avant la minute fatale. Or, la commission pour juger le mérite des concurrents, sera faite le 17 septembre, c'est à-dire que pour le prix le plus important que l'Académie ait à décerner, elle se départirait des sages et prudentes précautions qui sont dans ses habitudes et ses précédents; c'est-à-dire qu'elle donnerait la possibilité d'un côté à l'Académie de nommer des juges qui soient favorables à certains candidats, de l'autre aux candidats de modifier leurs travaux d'après la composition du jury. Je ne dis pas, Dieu m'en garde! que cela sera ou que cela doive être, j'ai trop d'estime et de respect pour l'Académie et pour les candidats; mais je dis que cela peut être, qu'il est sage et prudent d'éviter que cela soit et, qu'en fait de concours, il faut que juges et concurrents soient comme la femme de César. J'appelle sérieusement l'attention de l'Académie sur cette circonstance. Rien n'empêche de différer la nomination de cette commission jusqu'au mardi suivant, époque où le concours sera définitivement clos.

— Par ce temps de vacances et par le beau soleil qu'il fait, Paris est fort triste, on ne peut pas plus pauvre de nouvelles, et momentanément privé d'un très grand nombre de nos confrères emportés loin des affaires vers des lieux plus fortunés. La toxicologie parcourt la brumeuse Angleterre, la chirurgie de l'Hôtel-Dieu, armée d'un bâton ferré, gravit bravement les glaciers pyrénéens; la clinique de l'Ecole admire l'azur de la Méditerranée; la pathologie externe cueille ses dahlias célèbres, ou étudie quelque nouvelle ligne de rail-wais; la physiologie se livre d'une main à l'innocent plaisir de la pêche à la truite, et de l'autre au moins innocent délassement de faire des officiers de santé; celui-ci court le lièvre, celui-là la bête fauve; mais le plus grand nombre encore, le client parisien, ce gibier qui devient de plus en plus rare par la consommation énorme qu'en font nos braconniers. J'admire, en pensant à la chasse, la prévoyance de notre société. Elle défend de tout plomb illégal la bécasse et le faisan; elle garantit la perdrix du filet du panneauteur; elle veut que les plaisirs et les mystères de la reproduction se passent sans trouble et sans effroi chez les paisibles habitants des champs et des forêts; elle les entoure d'une sollicitude qui va jusqu'à la cruauté contre les délinquants; mais, société imprévoyante et barbare, que fais-tu contre le braconnier médical qui empoisonne, qui mutile, qui tue l'homme, qui le fait tomber dans ses filets perfides, qui l'attire par l'appât le plus séduisant, celui de la santé? Oui, il est aujourd'hui plus facile, moins dangereux, de tuer un homme qu'une mauviette; la loi sur la chasse est plus sévère, plus *pratique* que la loi qui régit l'exercice de la médecine; faites dix pas dans la campagne sans port d'armes, vous êtes sûr d'être arrêté. Il y a peut-être en France dix mille charlatans qui ignorent l'existence du procureur du roi.

— Un renard, un fin renard, comme vous allez voir, se laissa néanmoins tomber dans un piége tendu par le garde du bois de Verrières. Celui-ci devait quelque reconnaissance à un chirurgien éminent de Paris, qui se livre avec succès à la vivisection, et il lui envoya son renard bien vivant. Le lendemain, à l'hôpital Saint-Louis, les élèves sont convoqués dans le cabinet du chirurgien pour une expérience sur le nerf facial. Le renard est tiré de son panier et placé sur la table. Le coquin ne bouge pas; l'opérateur fait son incision; le patient le supporte héroïquement; l'opérateur se retourne pour prendre une sonde cannelée, le renard se contracte, échappe aux mains qui le tenaient mollement, fait un saut par la fenêtre ouverte, se sauve, et court encore.

— Le magnétisme fait en ce moment des siennes à Bruxelles. Il existe dans cette ville, dit un journal belge, un magnétiseur du nom de Montins qui fait des merveilles. Il y a trois jours, le susdit docteur a essayé l'influence de la musique sur les somnambules, et le journaliste raconte *de visu* les faits suivants: M. Montins, après avoir donné le sommeil à plusieurs jeunes filles enfermées dans l'enceinte où il fait ses opérations, se mit à un piano, et aussitôt toutes ces jeunes filles qui étaient assises, dès la première note, se lèvent, et debout, sans bouger de place, se contournent de la manière la plus bizarre et la plus extravagante. Le corps se ploie, se tord, s'abaisse, se relève et s'agite dans tous les sens, toujours suivant les modulations diverses que fait entendre le piano. Le mouvement ne s'arrête que lorsque la musique a cessé. L'épreuve a duré vingt minutes.

— Voici qui est à l'adresse de M. Rochoux; cela se trouve dans le *New-Yorks'journal of medecine*, et est intitulé *Manière de fabriquer un homme.* Un professeur de chimie, de Philadelphie, affirme que le temps viendra où, par un arrangement donné de molécules, et par l'action d'un courant électrique sur ces mêmes molécules, un homme peut être trouvé cristallisé au fond de l'éprouvette.

Il est certain que, pour un épicurien logique, il n'y a pes de raison pour que cela ne soit pas.

JEAN RAIMOND.

Emploi chirurgical de la choucroûte crue, par M. le d^r SCHNEIDER, de Fulda.

Depuis plusieurs années, quelques chirurgiens allemands se servent avec un succès remarquable de la choucroûte crue pour faire descendre dans l'estomac les arêtes de poisson et les petits os qui restent quelquefois fixés dans les parois de l'œsophage. On sait combien il est difficile, le plus souvent, de réussir dans les cas de ce genre, et l'on est heureux de posséder un moyen d'un emploi aussi simple et d'un résultat aussi certain que l'est le suivant.

On fait manger quelques fortes bouchées de choucroûte crue aussi promptement que possible, et cette substance entraîne toujours le corps étranger.

M. le docteur Hoefling confirme les bons effets de cette pratique, en rapportant entre autres faits, un cas où un corps étranger était resté depuis quinze jours dans l'œsophage, et où l'on avait même employé sans succès les sondes œsophagiennes. Le malade se trouva parfaitement rétabli après l'emploi de la choucroûte.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

NOUVELLES.

M. DESIRABODE ayant adressé un exemplaire de son *Traité de la Science et de l'Art du Dentiste* au roi Othon, Sa Majesté s'est empressée de lui donner un témoignage de sa haute satisfaction en lui faisant remettre, par son ambassadeur, la médaille d'or du Mérite scientifique.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

dance continuelle à se former, et d'ailleurs sa situation élevée est une raison de plus pour croire qu'il ne persisterait pas long-temps si on l'abandonnait à lui-même.

Il faut signaler, en terminant ces remarques, la rareté assez grande de l'emploi qu'on fait de la ponction hypogastrique. Peut-être n'y a-t-on pas recours assez souvent. Au lieu de labourer l'urètre pour arriver dans la vessie, résultat qui semble plus brillant parce que les désordres qu'on a causés n'apparaissent pas à la vue, ne vaudrait-il pas mieux, dans beaucoup de cas, mettre en usage cette opération assez simple ?

On pourrait poser en principe que toutes les fois que le tissu prostatique est assez malade, assez friable pour qu'il ne soit pas possible de pénétrer par le cathétérisme sans produire de déchirures, il vaudrait mieux recourir à la ponction, surtout quand on aurait affaire à des engorgements non permanents qui, susceptibles de céder à un traitement approprié, permettraient, une fois guéris, de tarir la fistule et de ramener l'urine à son cours ordinaire.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui pourra survenir d'intéressant chez ce malade.

Abcès par congestion multiple siégeant sur une côte. Ponction exploratrice. Toux, sueurs nocturnes. Traces nombreuses de syphilis.

Au n° 5, est couché le nommé Pichot (Pierre), âgé de trente-quatre-ans, relieur, entré le 10 septembre 1844. Cet homme d'une constitution usée, est né de parents sains et d'une bonne santé. Sa famille, ses frères, se portent également bien. Quant à lui, il a souffert beaucoup, dit il, d'une dysenterie qu'il a contractée en Afrique. Il avoue avoir eu la syphilis. Du reste, on remarque aux aines des traces non équivoques de bubons.

Ce malade s'est aperçu, il y a trois semaines seulement, de plusieurs tumeurs dans l'hypochondre gauche. Elles sont au nombre de quatre de grosseur à peu près égale, présentant le volume d'un petit œuf, et disposées le long d'une ligne courbe représetant assez bien le trajet de l'avant-dernière côte, et formant un arc de cercle dont la concavité serait tournée en haut. La première commence en arrière, une seconde se montre tout auprès, une autre est située sur le côté; celle-ci paraît un peu plus volumineuse; puis une quatrième se remarque à la partie antérieure du thorax. Ces tumeurs sont modérément douloureuses; la fluctuation est évidente dans celle qui se trouve sur le côté, la plus saillante; mais cette fluctuation est beaucoup plus sensible vers le centre de la tumeur même que sur ses bords, qui sont assez fermes, de telle facon qu'alors qu'on la comprime elle donne l'idée d'une sorte de godet. Dans les autres, la fluctuation n'est pas perceptible. Deux d'entre elles paraissent adhérer fortement au tissu osseux; quand on les saisit avec force elles semblent faire corps avec la côté sur laquelle elles reposent.

Quand le malade tousse, et la toux est fréquente, les tumeurs, la plus fluctuante surtout, éprouvent une tension manifeste. La pression qu'on exerce sur elles ne les fait pas disparaître.

Le malade n'a jamais craché de sang; il a des sueurs assez abondantes depuis quelques jours.

L'auscultation et la percussion font percevoir la respiration dans toute l'étendue des poumons, mais on l'entend mal; il paraît, à l'œil seulement il est vrai, qu'une diminution d'ampleur existe dans la cavité thoracique du côté gauche.

Tel est l'ensemble des symptômes présentés par ce malade. Le diagnostic est embarrassant. La première pensée est celle d'abcès par carie de la côte; les tumeurs sont situées sur le trajet de l'une d'elles, mais elles sont multiples, disséminées. On peut se demander si le pus ne provient pas de la colonne vertébrale; mais cet homme n'a jamais rien éprouvé de ce côté; du reste, ce n'est pas là le lieu où se montrent les abcès par congestion qui ont leur source dans les vertèbres, on les rencontre habituellement à la région lombaire, à la fesse, à la cuisse. D'autre part, cet homme a évidemment eu la syphylis, et dans ce cas la carie des côtes n'est pas chose rare; il n'a d'ailleurs aucune exostose ni sur les tibias, ni sur le crâne, lieux où on les rencontre ordinairement.

Le diagnostic ne peut donc être autre que le premier. Une ponction exploratrice est pourtant nécessaire dans ces sortes de cas pour lever tous les doutes.

Un trois-quarts très fin est enfoncé dans la tumeur fluctuante; aucun liquide ne se montre d'abord. Il est évident néanmoins que l'instrument a pénétré dans une cavité; on peut le tourner dans toutes les directions sans rencontrer aucun obstacle. M. Chassaignac pense qu'un grumeau s'est engagé dans l'ouverture et empêche le pus de se montrer au dehors. Le trois-quarts est retiré, et en pressant la tumeur il s'écoule environ une petite cuillerée de pus mi-fluent, séreux, mêlé de grumeaux, caractéristique des lésions osseuses.

Le malade est mis à l'usage d'un traitement antiphlogistique.

Pleuropneumonie traumatique sans fracture des côtes. Guérison très rapide par les moyens ordinaires. Singulière lésion de l'œil droit.

Les pneumonies traumatiques sans fractures de côtes ne sont pas des cas très communs. En voici un exemple très remarquable par la promptitude avec laquelle le traitement a agi.

Le nommé Clergé (Auguste), carrier, âgé de quarante-cinq ans, est entré le 4 septembre à l'hôpital. Cet homme, vigoureusement constitué, avait été pressé entre deux blocs de pierre pesant environ deux cent-cinquante kilogrammes.

A son arrivée, on a pu constater, sauf les crachats, tous les signes rationnels et concluants de la pleuropneumonie: le râle crépitant, l'œgophonie, l'anhélation, la toux, la douleur; de plus, les conjonctives étaient fortement coloriées en jaune. — Dès le premier jour, une saignée; 8 ventouses scarifiées sur le thorax; 30 centigrammes de tartre stibié.

Le surlendemain, tous les symptômes avaient disparu, excepté le râle, qui, même aujourd'hui, forme encore à la base du poumon une bande de deux à trois travers de doigt.

Ce malade présente aussi de l'intérêt par une lésion singulière qu'il porte à l'œil droit. Etant au service, en s'exerçant à faire des armes, il reçut dans l'orbite droit un coup de fleuret qui lui fit une plaie pour laquelle il resta, dit-il, quatre mois à l'hopital. Aujourd'hui cet œil est amaurotique et strabique en dehors. Quand on tient l'œil sain fermé pendant qu'on ouvre et qu'on ferme alternativement l'œil blessé, la pupille de ce dernier est complétement immobile; elle ne se contracte ni ne se dilate nullement. Si, au contraire, l'on répète la même expérience l'œil sain étant ouvert, la pupille de l'œil malade jouit alors d'une contractilité très évidente. De plus, chez ce malade, la paupière est un peu tombante. De ces trois symptômes, strabisme externe, paralysie plus ou moins complète de l'iris, relâchement de la paupière supérieure, il y a lieu de conclure à une paralysie de la troisième paire.

Nous nous proposons de publier incessamment quelques remarques de M. Chassaignac sur les pansements des plaies par occlusion, avec des observations à l'appui.

PAJOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 6 juillet. — Présidence de M. MICHON.

M. Pinel Grandchamp présente à la Société une femme à laquelle il a fait l'ablation du troisième métacarpien, pour une carie de l'os. Dans cette opération, il a jugé convenable de ne pas inciser la paume de la main pour prévenir les accidents, et ménager les vaisseaux et les nerfs. La guérison, qui est presque complète, a été retardée par un érysipèle phlegmoneux qui a déterminé une exfoliation du tendon de l'extenseur. Notre confrère croit que les érysipèles, qui ajoutent beaucoup à la gravité des opérations dans les hôpitaux, sont beaucoup moins communs en ville.

M. *Michon* dit qu'il n'est point prouvé que les érysipèles sont plus communs dans les hôpitaux qu'en ville. Pour prononcer avec connaissance de cause, il faudrait comparer un nombre égal d'opérations, en ayant égard à la saison, à la constitution régnante. Ansi, pendant cinq à six ans, il n'a point observé d'érysipèles à Cochin; tandis que cette année, il ne pouvait presque donner un coup de bistouri sans avoir aussitôt un érysipèle.

M. Danyau fait également la remarque que lorsque les épidémies de fièvre puerpérale sévissaient à la Maternité, il a plusieurs fois observé des cas analogues chez des dames de la ville, placées dans les meilleures conditions.

— *Phlegmasia alba dolens.* — *M. Daremberg* communique à la Société l'observation suivante recueillie dans le service de M. Salgues, professeur de clinique interne à l'école secondaire de Dijon :

Roussote, âgé de trente-huit ans, né à la campagne de parents sains et robustus, fut atteint dans son enfance d'une affection rachitique qui arrêta dans leur développement le bassin et les membres inférieurs, sans altérer sensiblement les courbures de la colonne vertébrale. Néanmoins, toujours bien portante et parfaitement réglée, R.... se maria, devint enceinte et eut une grossesse heureuse; mais elle ne fut délivrée qu'avec l'application du forceps, la céphalotripsie et enfin la version podalique, qui amena un enfant mort mais bien conformé.

Les trois premiers jours qui suivirent ce laborieux travail se passèrent comme après les accouchements les plus naturels; la malade se plaignait seulement d'une douleur gravative dans le bassin; mais le quatrième jour le frisson commence, les seins s'affaissent, les lochies se suppriment et la douleur augmente.

Le 19 novembre 1838, lendemain du jour d'entrée à l'hôpital, décubitus dorsal, pommettes colorées, traits grippés. La pression de la fosse iliaque droite détermine dans cet endroit une douleur profonde. Le globe utérin, proéminent au-dessus du pubis, est insensible. La langue est blanche; il n'y a pas de nausées; les selles sont rares, les urines coulent involontairement; la peau est moite; le pouls est fréquent mais petit; il existe une douleur assez forte à la partie supérieure de la cuisse droite, qui n'offre encore aucune altération appréciable. — Boissons délayantes, lavement.

Dans la nuit du 19 la douleur augmente considérablement, et l'on constate au niveau de la fesse droite une tuméfaction rénitente et rouge. — 20 saugsues.

Le 21, cette tuméfaction s'étend jusqu'à la grande lèvre du même côté. — Nouvelle application de saugsues,

Le 23, la douleur descend le long de la cuisse, et la tuméfaction envahit successivement avec elle tous les points du membre. — Tis. nitr.; pil. de Belloste, 60 centigr.

Du 24 au 29, la cuisse prend un développement énorme, l'œdème se propage à la jambe, la teinte de tout le membre devient de plus en plus blanche; la peau est semi transparente. La fièvre persiste avec redoublement vers le soir; le pouls est misérable; les selles sont nombreuses, liquides; les idées confuses, les plaintes continues, et l'insomnie opiniâtre. — Nitre; tamarin; laurier-cerise, 8 grammes; fument. émollientes.

Le 29, la cuisse et la jambe gauche sont le siége d'un œdème passif, sans chaleur, sans renitence, conservant l'empreinte du doigt et douloureux. — Frictions avec la cam. camphrée.

Le membre droit grossit outre mesure, et la malade y accuse des douleurs atroces, surtout à la partie supérieure.

Le 30, la diarrhée est colliquative; les urines ne cessent de couler; la langue et toute la muqueuse buccale se recouvrent d'aphthes; l'anéantissement des forces est complet, et la figure de la malade semble avoir diminué de moitié. — Continuation des frictions et décoct. bl. de Sydenham.

Du 1er octobre au 8, cet état ne fait qu'empirer.

Le 8, des phlyctènes distendues par une sérosité roussâtre qui baigne un derme sphacélé, apparaissent sur la face antérieure et supérieure de la main droite. On ne peut plus compter les pulsations. — Pot. camph.; eau vineuse.

Le 10, mort à huit heures du matin.

Examen cadavérique fait trente-six heures après la mort, par M. Aguely, interne du service, et par M. Daremberg. — La rigidité cadavérique ne s'est pas établie: les parois de l'abdomen sont bleues, le doigt indicateur peut se loger dans l'écartement des symphyses pubiennes. Les deux os iliaques sont mobiles à leur articulation avec le sacrum. La muqueuse vaginale est noirâtre et le méat urinaire large et béant. La cuisse droite forme un triangle dont le sommet est au genou et dont la base, au pli de l'aine, a un pied et un pouce de longueur. Toute la face antérieure est blanchâtre; une partie de l'épiderme est enlevée; le reste se détache avec la plus grande facilité; le derme sous-jacent est mortifié; la jambe est parsemée de phlyctènes; le pied est seulement œdématié.

Une incision faite dans toute l'étendue du membre suivant le trajet de la saphène, laisse s'élever une sérosité rousse, abondante et presque inodore. Le tissu cellulo-adipeux, infiltré au pied, semble hypertrophié dans le reste du membre; il est tantôt d'un blanc mat et tantôt rougeâtre, partout diffluent mais surtout au niveau des portions du derme sphacelé.

Au pied, la saphène est à l'état normal. Des malléoles à deux pouces du genou; elle offre à l'extérieur une teinte rouge foncé; elle est très rénitente au toucher, et adhère fortement au tissu qui l'entourent; incisée, elle laisse échapper un sang fluide, noirâtre, qui ne remplit pas sa cavité; la membrane interne est fortement injectée. A la région poplitée son aspect devient normal; mais à mesure qu'on s'élève vers son embouchure avec la crurale, les parois sont tellement épaissies, ses adhérences tellement intimes, qu'elle semble confondue avec le tissu cellulaire ambiant. La membrane interne, généralement violacée, est verdâtre par place, surtout à sa partie supérieure où son canal est obstrué par un mélange de pus et de sang demi-coagulé; à cette hauteur elle plonge dans un tissu cellulaire brun, ramolli, infiltré de sérosité purulente, et se trouve comprimée par un amas de ganglions durs à l'extérieur et ramollis au centre. Les muscles divisés pour découvrir la veine crurale sont pâles, ramollis, infiltrés de sérosité rousse; la veine est noirâtre, ainsi que le tissu cellulaire qui l'entoure; elle présente de nombreuses dilatations bossuées, au niveau desquelles les parois sont jaunes et amincies. Sa cavité est obstruée par des caillots fibrineux, mous, longs et adhérents, et par un liquide couleur lie-de-vin. Près de l'arcade crurale, les caillots sont en suppuration; et la tunique interne, à demi détruite, est recouverte d'une couche de pus. La saphène interne et la fémorale profonde participent à leurs caractères dans l'étendue d'un pouce à leur point d'origine. Les iliaques augmentées de volume, bleues à l'extérieur, bleu-verdâtre à l'intérieur, sont remplies par des caillots fibrineux, canaliculés à leur centre, et contenant du sang noir; leur tunique interne rugueuse, se déchire par lambeaux avec la plus grande facilité. La veine cave inférieure présente les mêmes alterations jusqu'aux veines émulgentes, où elle reprend brusquement son état parfaitement normal. Les veines coupées transversalement restent béantes, et nulle part leurs parois ne sont affaissées sur elles-mêmes. Les veines du membre gauche n'offrent rien de spécial à noter.

Les articulations tibio tarsiennes et tibio-fémorales droites sont saines mais remplies d'une très grande quantité de synovie. L'articulation coxo fémorale droite est saine. La capsule de la même articulation à gauche et le tissu cellulaire environnant sont infiltrés de pus, qui fuse entre les muscles obturateurs.

L'utérus, large de trois pouces à son fond, dépasse le promontoire d'un demi-pouce. La surface externe est rouge-foncé, partout où elle n'est pas en contact avec la vessie et le rectum. Les ligaments larges et les ovaires sont sains, les trompes fortement injectées, surtout la droite. Les parois de l'utérus ont un demi-pouce d'épaisseur; la cavité est d'un bleu noir; on exprime, en raclant avec le dos du scalpel, un sang noir, épais. La muqueuse est épaissie, surtout à droite. Le museau de tanche a cinq déchirures de quelques lignes de largeur. Le tissu utérin est souple, mais évidemment fibrineux. Les sinus utérins, revenus sur eux-mêmes, ne contiennent aucun produit morbide. La vessie est très large, ses parois sont amincies.

Les reins et le foie sont à l'état normal; le canal intestinal est distendu par des gaz; la fin de l'S iliaque a contracté une adhérence intime mais très circonscrit avec le ligament large gauche.

La mensuration du bassin, revêtu de ses muscles, donne les résultats suivants: le diamètre sacro-pubien a trois pouces cinq lignes, le transverse cinq pouces quatre lignes, l'oblique cinq pouces quatre lignes; la symphise pubienne a trois-quart de pouce d'écartement; les facettes articulaires sont rugueuses, noires; les ligaments tiraillés, noirs, leur face interne est recouverte de pus. La symphyse iliaque gauche est très mobile, mais saine. La même symphise à droite est encore plus mobile; les ligaments ramollis et le tissu cellulaire qui l'entourent sont noirâtres et infiltrés de pus. Les surfaces articulaires très écartées, sont en parties dénudées de leurs cartilages; ce qui en reste est rugueux et baigné de pus. Le muscle iliaque droit et la masse sacro-lombaire du même côté, sont ramollis, verdâtres, et infiltrés d'un pus abondant. Les poumons sont emphysémateux; les cavités droites du cœur dilatées contiennent d'énormes caillots fibrineux, dont les pédicules sont entrelacés avec les colonnes charnues des ventricules.

M. Danyau pense que cette observation est importante, à cause de la variété des lésions anatomiques qui semblent concilier les opinions diverses qui ont été émises sur le siége de cette maladie; aussi l'on y trouve l'inflammation du tissu cellulaire, la phlébite, l'engorgement des ganglions, l'altération des symphyses, il y a donc lieu à la publier intégralemant dans les bulletins de la Société. M. Danyau ajoute qu'il a observé la phlegmasie *alba dolens* pendant la grossesse. Une dame, qui était accouchée trois fois avant terme par suite d'apoplexie dans le placenta, présenta dans le cours d'une nouvelle grossesse, pendant qu'elle était soumise à ce traitement débilitant, les symptômes de cette maladie dans les deux côtés du corps. Il y eut un intervalle assez long entre l'apparition de la phlegmasie à droite et celle à gauche. De ce côté, on rapporta l'affection à une phlébite; à droite la nature du mal ne fut pas aussi facile à déterminer. Comme les fois précédentes, cette dame accoucha d'un enfant mort; il existait de nombreux foyers apoplectiques dans le placenta. Une autre dame, enceinte, est atteinte d'une phlegmasie *alba dolens* légère, mais qui offre cette particularité que l'accident s'est montré deux ans auparavant dans des circonstances semblables.

Le secrétaire, A. BRIERRE DE BOISMONT.

BIBLIOGRAPHIE.

BUFFON. — *Histoire de ses travaux et de ses idées*; par M. FLOURENS, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, etc.

Encore un volume, encore un bon ouvrage sorti de la féconde et savante plume de M. Flourens! Celui-là, disons-le à l'avance, est en tous points digne de ses aînés, car comme eux, il se distingue par l'importance du sujet, par la clarté et l'élégance de l'exposition, par la sage interprétation des faits, en un mot, par les plus éminentes qualités de l'auteur.

Il est vraiment beau de voir des hommes dont la position scientifique est toute faite, s'arracher ainsi de leur propre volonté au doux *far niente* du fauteuil académique, et, par une exception malheureusement trop rare, comprendre que si le repos dans la gloire a ses charmes, il n'est à tout bien prendre, qu'une paresse déguisée, également funeste à la science et à l'humanité. Honneur donc à ceux qui, comme M. Flourens, pensent que les hautes positions conquises ne sont pas seulement une récompense pour les travaux consommés, mais encore un engagement tacite pour l'avenir, et, missionnaires d'un nouveau genre, se livrent sans relâche à la plus sainte comme à la plus difficile de toutes les propagandes, nous voulons dire celles de lumières, qui, elles ausi, élèvent l'homme et le rendent meilleur, en formant à la fois son cœur et son esprit.

Après Cuvier, dont M. Flourens avait exposé les magnifiques découvertes, il nous devait aussi l'histoire de celles de Buffon. L'hommage eût été incomplet, nous dirons même injuste, s'il n'eût été adressé qu'à l'un de ces deux génies parallèles qui ensemble et peut-être l'un par l'autre, ont également secondé et étendu le champ de l'histoire naturelle. M. Flourens l'a parfaitement compris: c'est qu'en effet, comme il le dit lui-même, « l'histoire des travaux de Buffon touche » partout à l'histoire des travaux de Cuvier; c'est que ces grands tra- « vaux lient deux siècles. Buffon devine, Cuvier démontre; l'un a le » génie des vues, l'autre se donne la force des faits; les prévisions de

» l'un deviennent les découvertes de l'autre; eh! quelles découvertes!
» les âges du monde marqués; la succession des êtres prouvée; les
» temps antiques restitués; les populations éteintes du globe, rendues
» à notre imagination étonnée, » etc.

Oui, à Buffon, à cet homme si remarquable à la fois par le génie et par le style, à cet homme qui a réuni à un si haut degré deux qualités si rares, et qui d'un même coup s'est conquis une double immortalité, il fallait un historien exceptionnel, et il a été assez heureux pour trouver en M. Flourens et le savant juste appréciateur de l'œuvre scientifique, et le littérateur de goût bien capable de juger l'écrivain incomparable qu'un auteur moderne a appelé si ingénieusement un *philosophe peintre d'idées*, et qui rendit jaloux Voltaire lui-même.

M. Flourens a également compris le moyen le plus sûr de répandre et de vulgariser la science. Il a compris qu'avant tout il fallait la rendre facile, et, sous ce rapport encore, il a bien mérité d'elle; personne, en effet, n'a plus que lui le talent d'exposer avec simplicité et de mettre à la portée de toutes les intelligences les sujets les plus difficiles, les questions les plus ardues. Prenant toute la peine pour lui, il ne nous a laissé à nous que le plaisir de savourer le fruit de ses labeurs et de ses veilles; il y aurait donc, de notre côté, ingratitude réelle à ne pas tenir compte de son dévouement, et à ne pas proclamer hautement le service reçu.

Franchement, nous le demandons, quel est l'homme, surtout aujourd'hui où l'on tient moins à vivre long-temps qu'à vivre vite, quel est l'homme qui ne reculerait devant les innombrables volumes que cinquante ans d'un travail assidu et facile ont fait sortir du cerveau de Buffon? D'un autre côté tout n'est pas également beau, également irréprochable dans ces pages où une imagination riche et brillante a déposé toutes ses richesses, toutes ses conceptions; mais est-il donné à tout le monde d'établir la différence? Quelle main assez heureuse pourra, du premier coup, faire ce long et difficile triage? Le moyen d'ailleurs de se soustraire à l'influence d'un homme qui, comme Buffon, vous transporte et vous fascine? Comment trouver à reprendre là où vous ne vous sentez que la force et la volonté d'admirer? Non, celui-là seul pouvait être un bon juge, un critique impartial qui a vieilli dans les mêmes études, et a lui-même ajouté au monument sa quote-part de matériaux.

En outre, analyser comme M. Flourens, n'est pas chose facile, car il faut pour cela des qualités qui sont loin d'être communes. Voyez plutôt; émondant hardiment les pousses parasites et inutiles qui absorbent une partie de la sève et cachent le fruit, il va droit au but. Il compare les idées de l'auteur à toutes celles qui ont été émises depuis lui sur le même sujet; s'étayant des conquêtes plus récentes de l'histoire naturelle et de l'anatomie comparée, il résout des difficultés qui sans elles seraient restées insolubles; il pèse et juge froidement les faits; il approuve souvent, condamne quelquefois, bref il fait avec un rare bonheur ce qu'il s'était proposé de faire, c'est-à-dire une appréciation transcendante, raisonnée, enfin une histoire philosophique des plus beaux travaux dont l'esprit humain puisse se glorifier.

Il nous montre d'abord Buffon s'emportant avec plus de colère que de raison contre l'utilité des distributions méthodiques en histoire naturelle; soutenant qu'il n'y a dans la nature que des individus, et que les genres, les classes, les ordres n'existent que dans notre imagination; allant même à ce sujet jusqu'à railler Linné, puis revenant peu à peu de ses premières préventions, adoptant à son tour un ordre méthodique, et posant, peut-être sans le savoir, les premières bases de l'anatomie comparée.

A l'exemple d'Aristote, de Leibnitz, de Bonnet, Buffon soutient que la nature procède par des gradations successives, et qu'elle passe souvent d'un genre à un autre par des nuances imperceptibles; mais ici M. Flourens, prenant avec avantage son rôle de critique et se fondant sur l'anatomie, prouve en quelques mots l'exagération, j'ai presque dit l'erreur de cette grande pensée.

Considérant l'influence que la délicatesse et le degré de développement de chaque organe exercent sur la nature des diverses espèces, il jette ainsi les premiers fondements de toute histoire naturelle philosophique. Plus loin, il subordonne les parties extérieures aux parties centrales; il fait voir comment les organes les plus constants sont aussi les plus essentiels; il établit que dans l'homme, comme dans les animaux, il y a un ou plusieurs sens qui l'emportent sur les autres, et que, dans chacun de ces êtres, les sensations dominantes suivent le même ordre; il marque ensuite la division des deux vies et prépare, comme on voit, une des plus belles conceptions de Bichat, etc.

M. Flourens expose ensuite les idées de Buffon sur la dégénération des animaux et la mutabilité des espèces, qu'il rapporte principalement au climat, à la nourriture, à la domesticité. Pour lui, la fécondité est presque toujours en raison inverse de la taille et de la grandeur. L'homme, comme les animaux, produit environ un seizième d'enfants mâles de plus que de femelles, et cette particularité se fait surtout remarquer dans la monogamie et dans le mélange des espèces différentes; dans les pays au contraire où la polygamie est permise, il naît plus de filles que de garçons. Enfin, Buffon fait découler de la fécondité cette autre grande loi, savoir: que tous les individus qui produisent ensemble des individus qui peuvent eux-mêmes en produire d'autres, sont de la même espèce, et il part de là pour établir la fixité des espèces, qu'il définit ailleurs une *suite d'individus*, etc.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions, nous ne dirons pas développer, mais seulement énoncer les idées de Buffon, dont la plupart sont devenues de véritables lois en histoire naturelle. Aussi bien l'étendue du journal nous impose des limites qu'il ne nous est pas permis de dépasser. Nous ne terminerons pas cependant sans dire quelques mots de sa théorie de la terre et de ses époques de la nature, ces deux monuments éternels des plus hautes conceptions de l'intelligence humaine. Ici, en effet, Buffon s'est surpassé lui-même: fouillant, selon sa belle expression, les archives du monde, il en fait sortir par la pensée, si nous pouvons ainsi dire, ses plus vieux fondements; il évoque ces antiques témoins des premiers âges, et les force à lui révéler des secrets que vainement la terre avait cachés au plus profond de ses entrailles. Suivant enfin les phases diverses que tous ces débris ont subies depuis leur origine jusqu'à nous, il prouve qu'ainsi que les êtres organisés, le globe lui-même a eu son évolution, ses âges, ses révolutions, ses changements, ses époques!... Comme on le voit, ici tout est hardi, grand, sublime comme le génie!

Cependant M. Flourens ne se laisse pas éblouir par la grandeur du sujet que Buffon a trouvé le secret de relever encore par la majesté du style. Après avoir payé son juste tribut d'admiration, il entre en effet au cœur même de la question, y porte sans hésiter le scalpel de sa savante analyse, y fait les divisions nécessaires, établit des rapprochements ingénieux, développe les vérités que Buffon avait plutôt devinées que démontrées, combat les erreurs, déroule la chaîne des idées qui lie Buffon à Cuvier; il expose enfin avec un goût et une clarté admirables d'admirables pensées et ne contribue pas peu pour sa part à faire regretter au lecteur que la fin du volume arrive si vite.

En résumé, l'ouvrage de M. Flourens sera utile aux gens instruits, en leur permettant d'entretenir à peu de frais, dans leur mémoire, des matériaux que le temps parvient toujours à effacer, si on n'en renouvelle de temps en temps l'impression: *Meminisse juvabit*. Il sera surtout précieux pour ceux qui, ignorant l'histoire naturelle, voudront, sans trop de peine, s'en faire une idée générale, vraie, philosophique, et, si nous pouvons ainsi dire, épurée au creuset impartial d'une juste et puissante analyse.

ARNAL, D.-M.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE. Septembre 1844.

De la terminaison de l'érysipèle ambulant par des abcès multiples disséminés; par M. L. TANQUEREL-DES-PLANCHES.

L'auteur ne sache pas qu'on ait annoncé que l'apparition d'abcès sous-cutanés multiples disséminés de toutes parts, sans signes préliminaires d'inflammation, pût coïncider avec l'arrêt, puis la cessation de l'érysipèle ambulant. Il rapporte deux cas de cette espèce. L'érysipèle ambulant durait chez l'un des malades depuis vingt jours, et chez l'autre depuis vingt-cinq jours; il faisait toujours des progrès, avait été accompagné d'accidents typhoïdes graves, et semblait devoir se terminer d'une manière fatale, lorsque tout à coup de petites tumeurs ou noyaux d'engorgement donnant la sensation d'un tubercule, indolentes, se montrèrent au cou et à la poitrine, dont la peau n'offrait plus que quelques parcelles de petites squammes pour indiquer l'existence antérieure de l'érysipèle qui était descendu aux membres inférieurs. On observa également de ces espèces de noyaux tuberculeux dans quelques régions du thorax et du cou, dont la peau n'avait point été atteinte par l'érysipèle. Le premier jour de l'apparition de ces tumeurs on ne parvint pas à constater de fluctuation manifeste; la palpation donnait la sensation d'une substance un peu ferme; mais dès le lendemain la fluctuation était évidente. Du reste, l'auteur a toujours remarqué que ces noyaux d'engorgements se renouvelaient du centre à la circonférence.

Ces tumeurs purulentes fort nombreuses ne débutèrent pas toutes en même temps; elles se succédèrent dans leur apparition en laissant quelques jours d'intervalles, mais sans jamais éprouver de déplacement. Chez un malade quarante-trois accès se formèrent dans l'espace de trois semaines; chez l'autre on en compte seulement dix-neuf, qui mirent dix-sept jours à paraître. Ces petites collections purulentes n'offrirent point de siége déterminé; aucune d'elles toutefois ne se montra à la face, par où avait débuté l'érysipèle; et elles n'envahirent pas successivement et régulièrement les diverses régions qu'avait parcourues l'exanthème; on en voyait d'un jour à l'autre se manifester dans plusieurs points à la fois, et toujours à une certaine distance de l'érysipèle qui occupait la partie supérieure des cuisses. Ces abcès ont toujours siégé sur le tronc ou dans la continuité des membres supérieurs, et n'ont point envahi les articulations.

Le volume de ces abcès variait depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Leur circonscription n'avait rien de régulier. La plupart étaient arrondis, quelques-uns allongés. Il y en avait qui se touchaient par un ou plusieurs points de leur circonférence, et qui donnaient ainsi naissance à une tumeur irrégulièrement contournée.

Ces petites tumeurs qui se développaient si brusquement et qui arrivaient si rapidement à la suppuration, survenaient sans douleur, chaleur ou rougeur de la partie qu'elles affectaient, et souvent on n'a constaté leur présence que lorsque déjà la collection purulente était formée. Tout autour, la peau et le tissu cellulaire avaient conservé leurs caractères naturels. Ces abcès contenaient un liquide ayant tous les caractères du pus le plus louable. Tous les abcès furent ouverts, à l'exception de sept.

Dès le moment où les premiers abcès se montrèrent, l'érysipèle ne s'étendit plus au delà du point où il existait au moment de l'apparition de ces collections du pus, et insensiblement il s'éteignit. Dès lors aussi le mouvement fébrile et les autres troubles fonctionnels cessèrent. Une diarrhée assez abondante, survenue en même temps que les premiers abcès, persista chez l'un des malades pendant toute la durée de la formation des tumeurs purulentes.

Une maigreur extrême, un affaiblissement considérable succédèrent à ce grand nombre d'abcès, dont la formation ne parut nullement arrêtée par les bains, les toniques et les divers autres moyens qu'on employa. La convalescence fut aussi très longue.

Recherches sur la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde considérées dans leurs rapports avec les localités marécageuses; par C.-L. BRUNACHE.

Nous rendrons compte de ce travail après son entière publication.

De l'Irritation spinale; par le docteur LUDWIG TURCK.

Article d'analyse traduit du *Medico-chirurgical Review*.

ANNALES D'OCULISTIQUE. (Août 1844.)

Cas de mydriase observé par le docteur FALLOT, de Namur.

Nous avons depuis quelque temps à l'hôpital, dit l'auteur, un malade atteint d'une mydriase dont la présence ne met pas le moindre obstacle à l'accomplissement des fonctions visuelles, et qui jusqu'ici n'a donné naissance à aucun symptôme subjectif. Le porteur ne se doutait même pas de son existence, et ne conçoit pas l'intérêt qu'il nous y voit attacher. C'est un sous-officier d'artillerie, âgé de trente-neuf ans, d'une constitution minée par une fièvre intermittente paludéenne dont il n'a pas pu se débarrasser complétement depuis six ans qu'il l'a contractée, et qui est accompagnée d'endurcissement et d'atrophie de la rate, avec rhumatisme chronique ayant actuellement son siége principal dans la colonne vertébrale, dont la région cervicale est déformée. La pupille de l'œil droit est dans un état de dilatation moyenne, mais constante; on ne peut pas dire cependant que l'iris soit tout à fait immobile, puisqu'on observe quelquefois, vers son bord interne, des mouvements oscillatoires partiels, irréguliers, sur la production desquels toutefois l'action de la lumière n'exerce aucune influence.

Le fond de l'œil est grisâtre, nébuleux, présentant un aspect semblable à celui d'une cataracte commençante; cependant le malade y voit parfaitement de cet œil, tant de près qu'à distance. L'éloignement ou la proximité des objets qu'il fixe n'influe en rien sur l'étendue de l'ouverture pupillaire. L'iris, qui est d'un brun foncé piqueté de jaune est d'une couleur exactement semblable à celle de l'iris du côté opposé. Celui-ci se dilate et se contracte rapidement sous l'impression des rayons lumineux, quoiqu'il existe une tache étendue sur l'ouverture pupillaire et que le malade ne distingue de cet œil que confusément. Cette tache est le produit d'une ophthalmie qu'il se souvient d'avoir essuyée tout enfant; mais il ne se rappelle pas qu'à cette époque, ni à aucune autre, l'œil droit ait été affecté de maladie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 110. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 18 SEPTEMBRE 1844.

Nous aurions mauvaise grâce à récriminer aujourd'hui contre la dernière séance de l'Académie. Notre *Feuilleton*, dont il ne nous appartient pas de faire ici l'éloge, a remporté une petite victoire dont il pourrait être fier, s'il était moins modeste. Ses observations sur la convenance et la nécessité de différer jusqu'après la clôture du concours la nomination de la commission pour le prix d'Argenteuil ont été appréciées par le Conseil, qui s'est empressé d'y faire droit. Pour ce prix, le plus important que puisse donner l'Académie de médecine et qui la place, sous ce rapport, presque au niveau de l'Académie des sciences, les choses se passeront donc régulièrement, et cette compagnie restera fidèle à ses antécédents et à ses habitudes en ne désignant la commission qu'après la clôture du concours. Reconnaissez donc que la presse, quand elle exerce sa mission avec décence, modération et justice, peut revendiquer à bon droit sa large part d'influence.

Nous la voudrions plus grande encore, cette influence, pour déterminer l'Académie à bannir enfin ces discussions interminables et oiseuses sur les remèdes secrets, discussions qui reviennent périodiquement comme une mauvaise fièvre, et que les bons esprits de cette compagnie ont tout fait pour extirper. Mais la chose n'est pas en son pouvoir. Qu'il plaise à tout rêveur, à toute commère ou bonne femme, à tout famélique et besogneux guérisseur d'inventer la composition la plus absurde, et qu'il veuille la vendre, aussitôt il adresse la demande au ministre, qui lui-même doit consulter l'Académie; à qui, par son institution même, pareille tâche incombe. Or, on le sait bien, il n'est peut-être pas de canton qui n'ait un guérisseur en vogue; guérisseur illégal, qui, un jour ou l'autre et lorsque la chose devient trop flagrante, doit rendre ses comptes à la justice. Pour éviter le procureur du roi, le guérisseur cherche à se mettre en mesure, il demande au ministre l'autorisation de vendre son remède, et le ministre est obligé de demander à l'Académie Qu'en pensez-vous? De là, cette grotesque série de remèdes secrets qui de temps à autre font leur apparition à la tribune académique.

Il faut le dire cependant, l'Académie a reconnu plusieurs fois combien ces rapports sur les remèdes secrets la plaçaient dans une situation difficile et même ridicule; elle a pris plusieurs mesures, sinon pour s'y soustraire entièrement, ce qui n'est pas possible avec la législation actuelle, du moins pour abréger la durée de cette besogne pénible. Mais, il faut le dire aussi, pour quelques membres cette besogne semble pleine d'attraits et de charmes; toute tentative de retranchement les irrite et les blesse; ils semblent se complaire dans cette énumération phénoménale et cet assemblage informe de substances des trois règnes de la nature, et quand vient l'heure des remèdes secrets on est à peu près sûr que leur voix, silencieuse en toute autre occasion, va se faire entendre. Ainsi hier, M. Chevallier, rapporteur de la commission des remèdes secrets, qui montait à la tribune avec un air de résignation tout à fait de circonstance, a fait tous ses efforts pour abréger les rapports, au nombre de seize, et pour n'en donner que la conclusion défavorable. Aussitôt deux ou trois voix se sont fait entendre pour réclamer, et il a fallu une espèce de discussion pour faire comprendre à ces amateurs du genre qu'il y avait décision prise à cet égard. Cela n'empêchera pas, soyez-en sûr, la même scène de se renouveler à la prochaine occasion, car il y a à l'Académie de vieilles habitudes dont on ne se défait pas en un jour.

M. Delille, professeur de botanique à Montpellier, est venu lire une Note sur les produits de la sécrétion des follicules sébacés de la peau. Cette sécrétion, si nous avons bien entendu, ne serait autre chose qu'une agglomération de poils dont le microscope lui a permis de dessiner la figure et l'arrangement. L'honorable professeur de Montpellier a semblé ignorer l'existence d'un travail, déjà publié en France cependant, et analysé dans ce Journal même, de M. Simon, de Berlin, dans lequel le médecin allemand a cherché à prouver l'existence, dans cette sécrétion, d'insectes du genre *acarus* dont il a décrit l'organisation et les mœurs.

M. Bonnafont a terminé la séance par un long mémoire sur les polypes de l'oreille. Ce travail, joint à ceux que l'auteur a déjà lus, atteste le zèle avec lequel il cherche à reculer les limites de la pathologie auriculaire. Bien qu'elles aient été étudiées par des praticiens fort distingués, comme lui nous pensons que les maladies des oreilles laissent beaucoup à désirer sous le rapport thérapeutique. Ne pouvant suivre l'auteur dans les descriptions un peu longues peut-être qu'il a faites des polypes qui naissent dans le conduit auditif, nous avons cherché à résumer ce travail substantiel dans quelques conclusions. — (*Voir* le compte-rendu de la séance.)

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Fracture par écrasement de la jambe gauche, compliquée de graves accidents. Inflammation. Guérison sans raccourcissement. (Observation recueillie par M. MARTURÉ, aide de clinique.)

Au n° 38 de la salle 21, était couché le nommé Marx, du 9e régiment de hussards, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution. Ce militaire montait, le 25 octobre, à Belleville, un cheval rétif. Au tournant d'une rue, le cheval s'emporte, et par suite des mouvements désordonnés auxquels il se livre, la jambe gauche du cavalier se trouve violemment prise entre un pan de mur et le corps de l'animal; il en résulte un écrasement du membre avec fracture. Le blessé est, dans la journée, transporté au Val-de-Grâce, où l'on reconnaît une fracture du tibia et du péroné. La tuméfaction de la jambe est considérable; la déformation du membre est très prononcée. Le chirurgien de garde fait une saignée de 500 grammes; il place la jambe dans la demi-flexion sur un coussin en crin, et prescrit des applications de glace.

Le malade rapporte qu'au moment de l'accident, sa jambe pliait en deux vers le milieu de sa longueur.

Le 26 octobre, à la visite du matin, on constate que la tuméfaction a augmenté; elle s'étend jusqu'au genou, et empêche de distinguer aussi bien que la veille la rupture des os. Pourtant, au-dessus du tiers inférieur du tibia, on reconnaît encore très bien une fracture à la dépression que présente le fragment inférieur.

La jambe est le siége d'un épanchement sanguin considérable, d'où résulte une grande tension de la peau. Cette dernière a une teinte terreuse et livide sur une grande partie de l'étendue du membre, surtout en dehors, où une large surface tégumentaire, violemment contuse, semble désorganisée, et fait craindre qu'elle ne se détache plus tard sous forme d'eschare. Quelques points de la face antérieure et de la face externe offrent de légères excoriations, mais pas de plaie proprement dite. L'aspect de la jambe est tel, qu'on dirait qu'elle a été frappée par un boulet à la fin de sa course, et qu'il fait redouter une mortification prochaine de la peau, et peut-être même des tissus sous-cutanés dans une assez grande étendue. Il y a déformation et raccourcissement du membre. Quant à la crépitation, on ne cherche pas à l'obtenir, à cause de la douleur que les manœuvres provoqueraient. Ce signe est d'ailleurs inutile pour éclairer le diagnostic, qui ne saurait être douteux. Les douleurs sont vives lorsqu'on vient à presser sur la jambe ou bien à lui faire exécuter les moindres mouvements. Le pouls est fort, plein, fréquent; la face est pâle; la soif très vive.

M. Baudens considère le désordre des parties comme tellement grave, qu'il n'hésite pas à appeler en consultation MM. Alquié, Lustreman et Larrey. Malgré l'avis de deux membres qui opinaient pour l'amputation immédiate, M. Baudens prend le parti d'attendre, afin de laisser mieux se dessiner l'état des choses. Si les accidents augmentent, on recourra immédiatement à l'opération.

M. Baudens fait sur la face antérieure de la jambe, en forme de débridement, deux larges incisions pour donner issue à une grande quantité de sang veineux épanché sous la peau, et afin de pouvoir constater la disposition et l'état des fragments. Une fois le dégorgement obtenu, il fait placer des morceaux de glace sur divers points du membre. — Saignée de 250 gram. ce matin; une autre saignée de même quantité est prescrite pour ce soir à trois heures; diète; limonade.

Le 27, la tuméfaction de la jambe n'a pas fait de progrès; elle n'a pas dépassé le genou, qui est modérément gonflé. Les douleurs sont peu vives; sommeil pendant la nuit; soif encore intense; pouls moins fort et moins fréquent. Selles normales. — Bouillon maigre et pruneaux; diète de vin; limonade; glace sur la jambe.

Le 28, amélioration de l'état du membre. La tuméfaction a diminué; la tension est moindre. La peau prend une teinte bleuâtre à la partie externe et supérieure de la jambe.

Le 29, la teinte ecchymotique de la peau s'est étendue depuis hier. La tension et le gonflement de la jambe n'ont pas changé; l'état général du malade est bon. La soif est actuellement peu vive. Le pouls conserve encore de la force, de la plénitude; mais il n'est guère plus fréquent qu'à l'état normal; le blessé dort bien la nuit. — On continue la glace.

Le 30, la tension de la jambe est moins considérable; il n'y a pas de chaleur dans le membre, et rien n'annonce une réaction locale salutaire: les parties semblent frappées de stupeur. Ce défaut de réaction fait que M. Baudens ordonne de cesser l'application de la glace. Elle est remplacée par des fomentations froides d'infusion de fleurs de sureau et de décoction de têtes de pavôt.

Le 31, une réaction assez forte s'est développée dans la jambe; il y a de la chaleur, et les douleurs sont devenues plus vives. Par suite des mouvements auxquels le malade s'est livré on trouve, ce matin, la jambe considérablement déformée; elle offre sur la face externe, vers le milieu de sa longueur, une convexité très prononcée. L'état général est moins satisfaisant que la veille. La peau est chaude, le pouls fort et fréquent; il y a de la soif. M. Baudens applique incontinent son appareil à fracture. On couvre d'un pansement simple les deux plaies résultant des incisions faites ces jours derniers; plaies qui ne suppurent pas encore, et n'offrent d'ailleurs rien de particulier; et l'on entoure la jambe avec les bandelettes séparées du bandage de Scultet.

Le 1er novembre, le malade a passé une mauvaise nuit; le pouls est fort, fréquent; la peau chaude; la soif vive; il y a de la céphalalgie. On examine la jambe, et on la trouve tendue, rouge, chaude et très douloureuse. M. Baudens pratique, avec un rasoir, un assez grand nombre de scarifications sur toute sa partie antérieure; ces scarifications fournissent beaucoup de sang, quoiqu'elles aient été faites très légèrement. On applique ensuite sur la jambe un large cataplasme froid de farine de graine de lin arrosé avec un liniment opiacé. Pour procéder au pansement, il n'a pas été nécessaire de déplacer le moins du monde, de la caisse de bois où elle se trouve, la jambe, qui n'a pas cessé d'être soumise à l'extension et à la contre-extension. Le blessé n'étant pas allé à la selle depuis quatre jours, on lui administre un lavement émollient qui détermine quelques évacuations. On laisse de côté les bandelettes du bandage de Scultet, dont l'application n'est plus indiquée, vu l'état des parties.

Le 2, l'état local n'est pas amélioré depuis hier. La rougeur érysipélateuse de la peau est encore plus vive, et l'on observe tous les autres signes d'un phlegmon diffus; il y a beaucoup de chaleur et une grande tension dans les parties; les douleurs pourtant sont moins intenses; de temps en temps le blessé ressent dans la jambe des élancements assez forts. Les plaies suppurent médiocrement; le pouls est vif, fréquent, mais moins fort que les jours passés. La soif est vive; la langue un peu sèche. — On continue les cataplasmes froids de farine de graines de lin arrosés avec un liniment opiacé; bouillon maigre et raisin; limonade.

Le 2, le phlegmon diffus a envahi toute la partie antérieure de la jambe. La peau est très chaude, luisante, d'un rouge très vif; il y a de l'empâtement dans les tissus. Le pus n'est pas réuni en foyer; il est encore infiltré dans les mailles du tissu cellulaire. Les douleurs lancinantes sont plus intenses et se répètent plus fréquemment qu'hier. Deux des points excoriés sur la partie antérieure de la jambe, et situés sur la limite de la large surface de peau dont on redoute la gangrène depuis le jour de l'accident, commencent à se détacher sous forme d'eschare; en un mot, l'état local a empiré. Il y a de la fièvre: le pouls conserve de la force; soif vive, langue sèche, couverte d'un enduit blanchâtre à sa base, rouge sur les bords et à la pointe; épigastre sensible à la pression. — On remplace les cataplasmes émollients par des fomentations à peine tièdes faites avec la décoction de têtes de pavot et l'infusion de fleurs de sureau; la jambe étant préalablement recouverte d'une légère couche de charpie destinée à conserver l'humidité et à agir comme un cataplasme, moins le poids de ce dernier: bouillon et pruneaux; limonade.

Le 4, ce matin on remarque dans la jambe une détente notable; la peau, d'un rouge moins vif, commence à se rider et à se flétrir; les plaies résultant des deux grandes incisions pratiquées le lendemain de l'accident fournissent une suppuration crèmeuse, jaunâtre, de bonne nature, en petite quantité; un pus semblable s'échappe au-dessous des deux petites eschares survenues à la suite de la contusion violente des parties, et qui ne sont pas encore complétement détachées. Les douleurs sont moins fortes. La peau du membre est le siége d'un vaste décollement. Par l'angle supérieur de la plaie externe, M. Baudens fait glisser sous la peau décollée une sonde à dard, dont l'extrémité arrive presque sous la tête du péroné. A l'aide du dard, il perce la peau vers ce point de dedans en dehors et dans la partie la plus déclive du décollement, puis il pratique dans ce même endroit une contre-ouverture d'un pouce environ, avec un bistouri conduit sur la cannelure dont est creusée la tige qui porte le dard. Pour faciliter l'écoulement du pus, on passe entre cette contre-ouverture et la plaie externe un séton fait avec une bandelette de toile fine. Le malade a un peu dormi cette nuit; il a moins de fièvre. — On continue les fomentations émollientes.

Le 5, l'état général du malade s'est amélioré. Le pouls est encore fort, mais il a perdu de sa fréquence; la peau est

moins chaude ; il n'y a plus de soif ni de douleur à l'épigastre. La jambe est moins tendue, moins rouge ; elle est toujours le siége d'élancements multipliés. Les eschares gangréneuses sont tombées ; les plaies qui résultent de leur chute donnent encore peu de pus.

Le 6, l'amélioration du membre est notable ; les plaies ont un bel aspect ; la suppuration s'est bien établie ; les douleurs lancinantes sont moins vives et moins fréquentes. Diminution marquée de l'engorgement et de la tension des parties. La fièvre a cessé. Il y a à peine 60 pulsations par minute, mais le pouls conserve de la plénitude. La langue est moins rouge à sa pointe et à ses bords. Sommeil. On continue le même pansement. L'appareil dans lequel la jambe est placé permet de panser tous les jours le blessé sans déterminer le moindre mouvement et la moindre douleur dans le membre fracturé. Il offre en outre au chirurgien le grand avantage de pouvoir procéder au pansement sans avoir besoin d'aucun aide.

Le 7, presque plus d'élancements dans la jambe, qui continue d'aller de mieux en mieux. — On enlève le séton et l'on applique toujours les mêmes fomentations.

Le 9, l'amélioration se soutient. — On supprime les fomentations émollientes ; on se contente de recouvrir les plaies d'un pansement simple.

Le 10, les pruneaux ayant occasionné quelques selles en diarrhée, on les remplace par une panade. Le blessé va d'ailleurs très bien.

Le 11, depuis hier matin une seule selle solide. Aujourd'hui on trouve la peau un peu sèche ; le pouls a perdu sa force. La langue est bonne. Les plaies offrent un bel aspect et fournissent une suppuration louable. Pas le moindre frisson.

Le 12, la peau est encore sèche. Le pouls lent, à 45 pulsations seulement. Pas de douleur dans la jambe, dont le volume a bien diminué. Les plaies suppurent médiocrement ; elles se couvrent de bourgeons charnus de bonne nature. — On continue toujours les pansements simples. On augmente l'alimentation, afin que le malade ne vive pas sur son propre fonds, et pour éloigner les causes de résorption.

Le 13, même sécheresse de la peau ; même lenteur du pouls. Le malade se plaint de ne pas dormir. Il n'y a pas de frisson ni rien d'extraordinaire du côté de la jambe. — On prescrit une potion opiacée pour combattre l'insomnie.

Le 14, le malade a bien dormi la nuit dernière. La peau est moins sèche. Le pouls s'est relevé ; il est, ce matin, à 60 pulsations par minute. Le facies est meilleur. L'état de la jambe est toujours satisfaisant ; il n'y a presque plus de rougeur ni de gonflement. — On prescrit encore une potion opiacée pour la nuit. La diarrhée n'a pas reparu depuis le 11.

Le 19, on resserre les liens extenseurs, contre-extenseurs et coaptateurs, qui sont relâchés. La jambe va d'ailleurs très bien, ainsi que l'état général du malade.

Le 21, on réprime avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus qui s'élèvent sur les plaies. A l'aide d'un lacs, une compression modérée est exercée la partie antérieure de la jambe, afin d'obvier à la tendance qu'ont les fragments à se porter en avant.

Le 23, la compression exercée sur la partie antérieure de la jambe depuis avant-hier, a déterminé une inflammation assez vive dans les parties ; il y a du gonflement, de l'empâtement dans les tissus, de la rougeur à la peau. Sur le devant du membre, l'on remarque l'empreinte de la striction trop forte opérée par les lacs. Le pouls est plus fréquent que d'habitude. On relâche le lacs compresseur qui a amené ces accidents, et l'on humecte avec de l'eau émolliente la charpie qui sert au pansement.

Le 25, l'inflammation nouvellement survenue est déjà tombée en partie. Le gonflement et la rougeur du membre ont diminué ; il n'y a plus de douleur dans la jambe ; le sommeil est revenu, et le mouvement fébrile a tout à fait cessé.

Le 26, on cautérise avec la pierre infernale quelques bourgeons exubérants ; l'état de la jambe continue à s'améliorer. — On ne panse plus le blessé que tous les deux jours.

Le 30, on entoure ce matin la jambe avec les bandelettes ou bandage de Scultet, de manière à exercer sur cette partie une compression modérée.

Le 7 décembre, le malade est pansé pour la première fois depuis l'application des bandelettes de Scultet. La jambe est en très bon état ; la cicatrisation des plaies est presque entièrement effectuée, et il n'y a plus que quelques petits points qui ne sont pas encore cicatrisés. La suppuration est presque nulle, et les pièces d'appareil, auxquelles on n'a cependant pas touché depuis sept jours, sont si peu souillées par le pus, qu'il n'est pas nécessaire de les renouveler. Le membre est le siége d'un gonflement médiocre ; la contre-ouverture faite à l'aide de la sonde à dard est complétement fermée. — Le même mode de pansement est mis en usage, et l'on prescrit la demie d'aliments.

Nouveau pansement le 17. On touche avec la pierre infernale quelques points qui ne sont pas encore complétement cicatrisés.

Le 6 janvier on fait la levée de l'appareil, qui est resté appliqué pendant soixante-sept jours. On trouve la fracture parfaitement consolidée, sans le moindre raccourcissement. Le cal forme sur le tibia une tumeur médiocrement volumineuse, arrondie et sans inégalités ; il n'existe ni angle, ni saillie à l'endroit de la réunion des fragments, et l'on sent la continuité de la crête du tibia sur toute sa longueur. Les plaies offrent dans toute leur étendue une cicatrice solide. La jambe n'est presque pas amaigrie. Les articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne sont le siége d'une raideur assez prononcée, surtout l'articulation du coude-pied ; elles ne peuvent exécuter que des mouvements très bornés. Une chaleur anormale se fait sentir à la peau, au niveau du cal. — On prescrit un liniment camphré pour frictionner les articulations raides auxquelles le malade aura le soin de faire exécuter fréquemment de petits mouvements.

Le 20, la souplesse est revenue dans les jointures ; mais il y a toujours à la peau, au niveau de la fracture, une chaleur assez intense. Le malade éprouve en outre, de temps en temps, quelques élancements dans la tumeur du cal, qui paraît être le siége d'un travail inflammatoire inférieur.

On réduit le régime alimentaire ; au lieu des trois quarts, on ne prescrit plus que la demi. Le blessé gardera le repos, et de temps à autre il tiendra sur la jambe des compresses imbibées d'eau froide.

Le 1er février, la chaleur persiste ainsi que les élancements, sans toutefois augmenter d'intensité. On observe sur la partie externe de la jambe, à l'endroit où a été pratiqué un des larges débridements, une hernie musculaire occupant toute la longueur de la cicatrice et faisant saillie au-dessous d'elle. Cette hernie ne se manifeste que dans la marche ou la station debout ; elle disparaît lorsque le blessé est couché dans son lit. — On fait donner au malade un bas lacé dont il tiendra sa jambe enveloppée.

Le 14 mars, Marx sort de l'hôpital pour aller en congé de convalescence. Il y a toujours un peu de chaleur dans la jambe, au niveau de la fracture ; ce qui n'empêche pas le blessé de bien marcher sans boiter, et sans se servir d'aucune espèce d'appui.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

De la pleurésie dans l'enfance. — De son diagnostic et de son traitement. (Suite.)

La durée de la pleurésie dans l'enfance n'est pas constamment la même ; elle est extrêmement variable. Elle peut être d'un ou de deux jours seulement, comme de plusieurs semaines, de plusieurs mois. C'est assez dire qu'il y a chez l'enfant comme chez l'adulte une pleurésie aiguë et une pleurésie chronique. Cette dernière forme conduit le plus souvent l'enfant à l'amaigrissement, au marasme, soit qu'elle soit la conséquence de l'état aigu, soit qu'elle ait été chronique dès le début. En général, l'affection dure beaucoup moins long-temps lorsqu'elle doit se terminer par la mort que lorsqu'elle doit avoir une fin heureuse. L'influence de l'âge est également très importante à considérer, et la durée est d'autant plus courte que les enfants sont plus jeunes. M. Baron croit avoir remarqué, sans cependant vouloir tirer de ce fait aucune conclusion positive, que la pleurésie dure généralement beaucoup moins long-temps chez les filles que chez les garçons, ce qu'il ne saurait accorder, ajoute-t-il, entre les différences à peine appréciables qui existent dans l'enfance entre les deux sexes sous les rapports physiologique et pathologique. Les enfants maigres, faibles, délicats, sont ordinairement malades pendant un temps plus long que les sujets robustes.

Les affections concomitantes d'une certaine gravité, hâtent fréquemment la terminaison fatale de la pleurésie ; cependant il est curieux de voir que la tuberculisation pulmonaire, affection qui dans l'état actuel de la science est éminemment incurable et abrége ordinairement la durée des maladies aiguës qui la compliquent, il est curieux de voir que la tuberculisation pulmonaire prolonge souvent la durée de la pleurésie pendant plusieurs mois. La pleurésie, chez l'enfant, est d'autant plus courte que l'épanchement est moins considérable ou n'existe pas ; mais nous devons dire aussi que la pleurésie sèche est, à cet âge, un fait assez rare. D'habitude l'épanchement se fait dans les premiers jours, et c'est alors surtout qu'il peut présenter la coloration rougeâtre ou lie-de vin : la sérosité citrine ne se rencontre que plus tard. Enfin, c'est vers le deuxième ou troisième jour que l'on rencontre le plus souvent la sérosité grisâtre, purulente, qui cependant peut être exhalée dès le premier jour, ou ne se développe qu'à une époque beaucoup plus reculée.

C'est dans l'espace des huit aux dix premiers jours que se forment habituellement les fausses membranes. Il est impossible de fixer des limites aux adhérences ; persistant après la terminaison de l'inflammation dont elles sont le résultat, elles peuvent se prolonger pendant toute la vie du sujet. C'est même ce qui arrive le plus souvent. Bien qu'elles se forment le plus fréquemment dès les premiers jours de la maladie, il est rare que les adhérences, si elles ne sont pas développées à cette époque, ne se produisent pas lorsque la maladie a duré long-temps. C'est même, on peut le dire, une des terminaisons les plus favorables de la pleurésie. Nous pensons qu'il ne sera point inutile, avant de terminer ce qui est relatif à la durée, de rapporter une observation de pleurésie chronique recueillie dans le même hôpital chez un garçon de dix ans, et qui, après avoir duré près de quatre mois, s'est enfin terminée par la guérison.

Deuxième observation. — Au n° 17 de la salle Saint-Jean a été admis un garçon de dix ans, d'une assez bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, vacciné, non variolé. Deux mois et demi avant son entrée, il lui était survenu, sans que ni lui ni ses parents aient pu en apprécier la cause, une douleur dans le côté droit de la poitrine, en dehors. A la même époque, toux assez fréquente, sèche, augmentant la douleur, non accompagnée d'expectoration. Gêne assez considérable de la respiration. On a, dans les premiers jours de la maladie, appliqué sur le côté des sangsues qui ont diminué la douleur sans la faire disparaître complétement. La respiration n'étant pas très gênée, on s'est borné à cette émission sanguine locale pour tout traitement. Depuis sept à huit jours, la douleur a augmenté d'intensité, et c'est cette augmentation qui a déterminé ses parents à l'amener à l'hôpital.

Voici l'état qu'il présente à son entrée : visage médiocrement animé, peau de température normale, ni sèche, ni moite. L'enfant se couche à peu près indifféremment sur l'un ou l'autre côté. Cependant, il paraît préférer le décubitus dorsal. Pouls à 84-88 ; un peu de difficulté à respirer. La percussion est légèrement douloureuse à droite, principalement en dehors ; résonnance bonne à droite et à gauche en avant, et à gauche en arrière. A droite, en arrière, résonnance bonne au sommet du poumon, diminuant à mesure que l'on se rapproche de la partie moyenne de la hauteur de la poitrine ; matité complète dans le tiers inférieur. Respiration bonne partout excepté dans la région où existe la matité. Dans ce point, elle est tout à fait nulle et remplacée par un bruit de souffle bien distinct, plus fort pendant l'inspiration. Quand le malade parle, on constate une égophonie bien manifeste. La main, appliquée sur le point de la cage thoracique correspondant à la matité et à l'égophonie ne perçoit pas les vibrations de la voix.

Les mêmes phénomènes persistent les deux jours suivants. La mensuration de la poitrine donne un centimètre de plus pour la demi-circonférence du côté droit, qui semble en même temps un peu plus bombé d'avant en arrière qu'à l'état normal. Lorsqu'on fait coucher l'enfant à plat ventre dans un lit, la matité postérieure diminue, et le souffle bronchique augmente un peu d'intensité.

Vésicatoire à droite en arrière en bas. Un bouillon coupé. Mauve sucrée.

Le vésicatoire est entretenu sur le point malade pendant une dizaine de jours. L'amélioration ne se produisant pas d'une manière sensible, on le fait sécher, et on en applique un second sur la partie latérale externe du même côté.

Le 16 avril, quinze jours après son entrée, la douleur pleurétique a presque entièrement disparu. Mais les phénomènes d'auscultation et de percussion, bien que moins intenses qu'au moment de l'entrée, persistent encore.

Le 28, nouveau vésicatoire sur le point où avait été placé le premier. Un peu de dysurie et de cuisson en urinant pendant la nuit qui suit cette application. Sous l'influence de ce troisième exutoire, l'égophonie et le souffle bronchique diminuent d'une manière sensible. La résonnance revient peu à peu, et dans les premiers jours du mois de mai il ne reste absolument de la maladie, constatée au moment de l'entrée, qu'un peu de rudesse de la respiration et un léger bruit de frottement déterminé probablement par la formation de fausses membranes et d'adhérences. Le pouls est à 72, bien régulier.

Le petit malade se trouve assez bien dans le courant du mois de mai, pour que ses parents le fassent sortir ; l'appétit est revenu, et l'enfant peut marcher et même courir sans ressentir ni douleur, ni essoufflement.

— On remarquera que dans les cas de pleurésie chronique, lorsque l'épanchement est médiocre, la douleur est souvent le seul phénomène dont les malades se plaignent, et très fréquemment, sans un examen attentif et approfondi de l'appareil respiratoire, on croirait n'avoir affaire à autre chose qu'à une douleur rhumatismale ou névralgique des parois thoraciques. C'est cette forme de pleurésie que les anciens auteurs, privés qu'ils étaient des précieuses ressources de l'auscultation et de la percussion, et quelques modernes désignaient sous le nom de pleurésie latente. L'absence de presque tout mouvement fébrile, la possibilité pour les malades de marcher et de vaquer en partie à leurs occupations, contribuaient encore plus à entretenir le médecin dans son erreur.

Diagnostic.

Bien qu'il paraisse toujours facile au premier abord de reconnaître l'épanchement pleurétique chez l'enfant, à l'aide des méthodes d'exploration dont nous venons de parler, le diagnostic n'est pas, dans tous les cas, aussi aisé que dans les deux faits que nous avons rapportés. Le peu d'étendue, la petite quantité des produits de l'inflammation, sont, dans beaucoup de cas, les causes principales de la difficulté de ce diagnostic. Souvent la pleurésie est partielle, les fausses membranes recouvrent une surface étroite, le liquide épanché est peu abondant ; toutes circonstances qui rendent obscure la perception des signes physiques. La faible consistance des fausses membranes, en diminuant la rudesse du frottement, ne doit pas être négligée. Quelquefois l'absence ou la courte durée du souffle bronchique, de l'égophonie, le manque de renseignements positifs sur l'existence et le siége de la douleur, puis la coïncidence de diverses autres phlegmasies des voies respiratoires, souvent plus intenses et plus manifestes que la pleurésie, partant, détournant en partie l'attention de l'observateur, peuvent être autant de causes d'erreurs. On doit encore tenir compte de la constitution et de l'âge du sujet, la manifestation extérieure de la maladie, la réaction fébrile étant souvent presque nulle chez des sujets faibles et débiles. Dans un assez grand nombre de cas, néanmoins, et nous devons le dire, dans le plus grand nombre des cas, heureusement, on parvient à poser le diagnostic différentiel de la pleurésie, et c'est à ce sujet que nous allons consacrer quelques lignes, l'étude des maladies les plus communes et les plus fréquentes devant occuper avant tout le médecin, exposé chaque jour à les rencontrer dans sa pratique particulière.

La pleurésie aiguë, ou chronique, peut être confondue avec la pneumonie et la pleuropneumonie, avec l'infiltration du poumon, la bronchite, la tuberculisation pulmonaire, la pleurodynie, la péricardite, le pneumothorax, la pleurésie tuberculeuse.

Pleuropneumonie. — La pneumonie est sans contredit l'affection qui peut le plus souvent être confondue avec la pleurésie. Cependant, il est un ensemble de signes qui peuvent souvent le faire différencier. Dans la pneumonie, la coloration des pommettes, l'animation du visage, la sécheresse et l'encroûtement des lèvres sont beaucoup plus fréquents que dans la pleurésie ; le mouvement fébrile est plus intense, plus constant. L'altération de la face, la dépression des forces est beaucoup plus rapide que dans la maladie dont nous nous occupons ici. L'infiltration du tissu cellulaire extérieur est un

symptôme de pleurésie, et non de pneumonie. Cependant, il faut faire attention que chez les enfants nouveau-nés, dont nous ne nous occupons point ici, du reste, la pneumonie accompagne très souvent l'œdème du tissu cellulaire, et qu'il serait difficile de baser sur la présence de ce symptôme seul le diagnostic de l'affection thoracique. Chez un très jeune sujet affecté depuis quelques jours de pneumonie, la subite apparition de l'œdème servit à M. Baron à reconnaître qu'une pleurésie venait de se joindre à la maladie primitive, et l'autopsie vint confirmer le diagnostic.

Dans la pneumonie, en général, la respiration est accélérée d'une manière plus continue que dans la pleurésie. La toux est moins sonore, moins bruyante, moins sèche. Les enfants crachant rarement dans la première période de l'enfance, les caractères tirés de l'expectoration sont à peu près nuls. Cependant, au-dessus de sept ou huit ans, les sujets peuvent expectorer dans la pneumonie, et l'expectoration est muqueuse ou sanglante, rarement rouillée ; tandis que dans la pleurésie, elle est nulle ou insignifiante. La matité qui peut exister dans les deux affections, et que l'on constate dans l'immense majorité des cas, peut manquer dans la pleurésie chez les très jeunes sujets, et nous fournit par conséquent des renseignements de peu de valeur pour différencier ces deux maladies. Chez les sujets d'un âge assez avancé, pour accuser la douleur qu'ils ressentent, on avait cru que la pleurésie pourrait toujours être indiquée par l'existence de cette douleur. Mais outre que souvent la pleuropneumonie pourrait être confondue avec la pleurésie simple, si l'on ne s'attachait qu'à ce symptôme, quelques auteurs, et M. Rostan en particulier, pensent que la pneumonie pure et exempte de toute complication pleurétique, s'accompagne de douleur également, et ce phénomène perd conséquemment une partie de son importance.

La pneumonie se caractérise ordinairement par l'existence de râles plus ou moins forts, plus ou moins abondants, qui n'existent point dans la pleurésie. Souvent, il est vrai, des affections pulmonaires coïncident avec la pleurésie, et donnent lieu à la production de râles pendant l'existence de la phlegmasie pleurale. Mais il n'en est pas moins constant que, toutes les fois que ces râles se font entendre, qu'il y ait ou non pleurésie, la pneumonie existe. Ainsi, les râles crépitants et sous-crépitants indiquent toujours que le parenchyme pulmonaire est enflammé. La respiration bronchique est à beaucoup près, plus fréquente dans la pneumonie que dans la pleurésie ; mais on ne l'entend pas dans toutes les pneumonies, et elle n'est caractéristique dans cette affection que du second et du troisième degré. L'absence de respiration, au contraire, est plutôt un symptôme de pleurésie que de pneumonie, la couche de liquides ou de fausses membranes interposée entre les deux feuillets de la plèvre masquant très souvent le murmure vésiculaire. La rudesse de la respiration caractérise la pneumonie ; le frottement, le bruit de tiraillement produit par des fausses membranes organisées appartient à la pleurésie. Enfin, la marche de la pneumonie est ordinairement plus rapide, plus régulière, et les alternatives de mieux et de pire y sont beaucoup moins tranchées. La marche de la pleurésie est plus irrégulière ; dans certains cas, les symptômes disparaissant rapidement en quelques heures ; dans d'autres, la maladie se prolongeant pendant des semaines et des mois entiers, terminaison chronique très rare dans la pneumonie.

Comme derniers caractères propres à la pleurésie, mais n'existant pas dans tous les cas, nous citerons encore l'égophonie, la dilatation du côté malade de la poitrine, prouvée par la mensuration, et quelquefois, mais plus rarement qu'on ne l'a cru généralement, le déplacement de la matité, selon qu'on fait changer de position au malade, qu'on le fait coucher sur le dos, le côté ou le ventre.

Infiltration sanguine du poumon. — L'engorgement sanguin du poumon coïncide souvent avec un épanchement séro-sanguinolent dans la cavité pleurale. Il s'accompagne souvent de matité, de faiblesse extrême, quelquefois d'absence du bruit respiratoire. La douleur produite par la percussion est moins forte ; mais chez les jeunes sujets, ce signe est sans valeur, le moindre choc, même le plus doux, faisant souvent pousser des cris aux enfants. Le déplacement de la matité, quand il a lieu, l'égophonie, peuvent servir au diagnostic, l'engorgement pulmonaire déterminant une matité fixe et qui ne peut se déplacer, et ne donnant pas lieu à l'égophonie. Mais ces deux caractères ne sont pas constants dans la pleurésie. La dyspnée n'est pas toujours aussi considérable dans l'engouement pulmonaire que dans la pleurésie. La réaction fébrile est presque nulle, ainsi que la toux.

Un signe plus important et de plus haute valeur, c'est la présence de râles crépitant, sous-crépitant ou muqueux dans l'engorgement pulmonaire, râles qui se font entendre assez près de l'oreille pour exclure toute idée d'épanchement pleurétique ; mais ils ne se font pas entendre dans tous les cas d'engorgement pulmonaire. L'affaiblissement est moins rapide et moins intense dans la pleurésie, que dans la maladie dont nous cherchons à la différencier. Lorsqu'il n'y a pas d'épanchement dans la plèvre enflammée, il est encore plus difficile, dans quelques cas, de distinguer cette maladie de l'engorgement pulmonaire, qui lui-même n'est pas toujours accompagné de matité. Cependant, dans la plupart des cas, cet engorgement produit une diminution de sonorité assez appréciable, et qui n'a pas lieu dans la pleurésie sans épanchement. Le cri voilé, l'existence des râles, la faiblesse de la respiration, l'absence fréquente de fièvre, peuvent encore servir au diagnostic.

(La fin à un prochain numero.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 septembre. — Présidence de M. Ferrus.

M. Béniqué adresse un mémoire destiné à concourir pour le prix d'Argenteuil.

M. le président saisit cette occasion pour prévenir l'Académie que la nomination de la commission pour ce prix, qui avait été annoncée pour cette séance, est renvoyée à la séance prochaine.

— *M. Blaetein*, au Mexique, envoie une observation de plaie par arme à feu. Il s'agit d'un jeune enfant qui, en jouant avec un pistolet de calibre, fit partir la détente et reçut le coup dans la tête. La balle, entrée par la région temporale d'un côté, sortit par le côté opposé. Pendant vingt jours cet enfant, qui avait conservé toutes ses facultés intellectuelles et sensorielles, ne présenta pas des phénomènes alarmants. Mais, au bout de ce temps, la scène changea, des symptômes graves se manifestèrent, auxquels il succomba peu de temps après. A l'autopsie, on trouva que la balle avait traversé les deux hémisphères antérieurs du cerveau.

M. *Moreau* se souvient, à ce sujet, d'avoir vu un militaire qui avait, en Espagne, reçu une balle dans la région temporale, qui avait coupé les deux nerfs optiques, et qui avait par conséquent amené la cécité. Les facultés intellectuelles avaient été conservées aussi chez cet individu, mais la blessure était assez inférieure pour qu'il fût possible que le cerveau n'eût pas été atteint. La balle, en effet, avait passé si près des condyles de la mâchoire, qu'une double ankylose de cette articulation s'ensuivit, et que ce malheureux militaire ne pouvait prendre d'aliments autres que du bouillon et des bouillies qu'on lui introduisait au moyen d'une sonde œsophagienne, pour le passage de laquelle il avait fallu faire tomber les incisives antérieures.

— *M. Bouley* lit un rapport officiel sur un mémoire de M. Sivant (de Tours), relatif à des remèdes qu'il a inventés pour guérir l'hydrophobie, l'épilepsie et la goutte.

M. le rapporteur, après avoir examiné les diverses formules de ces médicaments, les trouve tout à fait impropres à remplir le but que l'auteur s'est proposé, et conclut à ce qu'il soit répondu à M. le ministre qu'il serait inutile et dangereux de donner approbation à ces médicaments.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Chevallier* lit une série de seize rapports officiels sur des remèdes secrets, dont toutes les conclusions sont défavorables

Une discussion s'engage sur la meilleure manière de procéder aux rapports sur les remèdes secrets. Malgré les efforts de M. Moreau, combattu du reste par MM. Martin-Solon et Delens, l'Académie maintient une décision antérieurement prise, et à laquelle M. Chevallier s'était conformé en abrégeant autant que possible de semblables rapports.

— *M. Delille*, membre correspondant, professeur de botanique à la Faculté de Montpellier, lit une note sur la sécrétion de quelques follicules de la peau. L'auteur ayant examiné au microscope le produit sécrété par les cryptes de la peau et connu sous le nom de tannes, a trouvé ces corps formés par des poils plus ou moins nombreux, selon la finesse de la peau.

— *M. Bonnafont*, membre correspondant, lit un mémoire sur les polypes de l'oreille. L'auteur a eu pour but de développer les propositions suivantes :

1° Les polypes de l'oreille se distinguent en ceux qui naissent sur les parois du conduit, et ceux qui s'implantent sur la membrane du tympan. Les uns et les autres ne sont jamais que le résultat d'une altération plus ou moins grave des tissus sur lesquels ils se développent.

2° Quant à leur siége, M. Bonnafont a remarqué qu'on les rencontre beaucoup plus fréquemment aux environs de la membrane du tympan qu'à l'orifice du conduit, et que ceux qui adhèrent à la membrane ont un pédicule ordinairement plus large que ceux du conduit.

3° Quant à leur gravité, ceux dont le tissu est spongieux et saignant sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves que ceux dont le tissu est plus consistant, parce que les premiers indiquent toujours une altération des os. Dans ce cas, et comme toujours, les polypes ne présentent de gravité qu'en raison de la cause qui les produit, de l'obstacle qu'ils apportent à l'écoulement des matières qui viennent des points ulcérés et de la compression qu'ils exercent, quand ils sont volumineux, sur les parois du conduit et surtout sur la membrane du tympan.

4° Pour le traitement, il emploie l'arrachement combiné avec la torsion contre les polypes des parois du conduit ; tandis qu'il réserve la ligature, ou mieux l'excision, pour ceux qui sont affectés à la membrane. Quant à la cautérisation, M. Bonnafont la regarde comme impuissante pour détruire les polypes un peu volumineux. Toutes ces opérations sont pratiquées à l'aide d'instruments que l'auteur a imaginés, et qu'il promet de montrer à une séance prochaine.

5° Après l'opération, il cautérise avec le nitrate d'argent solide le pédicule à l'aide d'un porte-caustique à cuiller latérale ou directe selon les cas, et il combat les ulcérations du conduit, de la membrane et même de la caisse qui entretiennent l'affection avec des injections de nitrate d'argent, d'acétate de plomb ou de sulfate d'alumine. Tout en employant ces moyens locaux, M. Bonnafont insiste pour qu'on soumette le malade à un traitement général approprié à la cause qui a pu déterminer l'affection de l'oreille sur laquelle le polype a pris naissance.

6° Enfin M. Bonnafont termine cette lecture en relatant quelques phénomènes nerveux qui se manifestent pendant l'opération. Aussi quand le polype qui siége sur ou près de la membrane du tympan est légèrement attiré par une érigne, le malade éprouve une sensation qui longe le côté correspondant de la base de la langue, et qu'il compare à celle qui résulterait de l'application d'un corps froid et un peu aigrelet, tandis que cette sensation se change en une douleur très vive pendant que l'instrument tranchant fait la section du polype. Si, après l'ablation de ce dernier, on porte le nitrate d'argent sur la plaie du pédicule, outre la douleur qui en résultera localement, le malade en éprouvera une très vive à l'angle externe de l'œil correspondant, laquelle se traduit par un écoulement des lèvres et une rougeur de la conjonctive dans cet endroit. Les ramifications nerveuses rendent bien faciles la transmission de ces douleurs. Mais pourquoi la cautérisation agit-elle sur les filets nerveux qui vont à l'œil, et la suture sur ceux qui se dirigent vers la langue ? C'est là un fait intéressant que M. Bonnafont raconte sans chercher à l'expliquer. Nous ferons comme lui.

M. Velpeau ne pense pas que l'histoire des polypes de l'oreille présentât, comme le dit l'auteur, une lacune dans la science. Tous les ouvrages de chirurgie traitent de cette affection. Ce qui est une lacune, qui ne lui paraît pas avoir été comblée par le travail de M. Bonnafont, c'est l'appréciation des causes et de la nature de ces polypes qui sont très divers, et qui peuvent être le résultat de maladies fort différentes de l'oreille.

Après une courte discussion, le travail de M. Bonnafont est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée après cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 septembre 1844. — Présidence de M. Poncelet.

M. Maisonneuve lit une observation d'entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle.

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître l'impuissance de l'art dans les étranglements internes de l'intestin grêle. La science ne possède pas encore un seul fait de guérison de cette terrible maladie. Dans un de ces cas désespérés, M. Maisonneuve a fait l'essai d'une opération nouvelle ; le succès a couronné ses efforts. Il s'agit d'une dame âgée de soixante-quatre ans, qui portait depuis quinze ans environ une hernie inguinale du côté droit. Cette tumeur devint tout à coup douloureuse et augmenta de volume, bref tous les symptômes de l'étranglement se manifestèrent auxquels on opposa vainement tous les moyens de l'art. M. Maisonneuve se décida à l'opération et la fit selon les règles ordinaires. Tout se passa bien d'abord, mais cinq ou six heures après des symptômes très graves se manifestent et l'on ne voit plus d'espoir de salut que dans une seconde opération. « Mais ici, dit l'auteur, la science me faisait défaut ; elle n'avait à m'offrir aucun précédent. Je dus donc chercher toutes mes ressources dans l'étude approfondie du fait que j'avais sous les yeux.

» Le relief que faisaient à travers la paroi abdominale les anses distendues de l'intestin grêle, me donna pour un instant l'idée d'aller, par une incision nouvelle, chercher une de ces anses, de l'attirer au dehors et d'établir un anus contre nature. Mais je remarquai d'une part que derrière la cicatrice de la première opération, un nouvel étranglement avait pu se former dans l'orifice herniaire, d'autre part, que cet orifice, dilaté par l'incision, pourrait peut-être me permettre d'aller, aussi bien qu'avec l'incision nouvelle, saisir une des anses intestinales dilatées..... Ce n'est pas sans un profond regret que je divisai les adhérences de cette plaie, réunie déjà par première intention. Je développai ensuite les lambeaux du sac et j'arrivai à l'orifice herniaire. Là je reconnus que ma première supposition était sans fondement. L'orifice était libre, aucun étranglement nouveau ne s'était produit ; je n'avais plus dès lors de ressource que dans la recherche d'une des anses de l'intestin grêle supérieure à l'étranglement : je m'y décidai sans retard. Avec le doigt index de la main droite, introduit dans l'orifice herniaire, je rompis d'abord quelques fausses membranes, puis, explorant les parties contiguës à cet orifice, je rencontrai une anse intestinale adhérente à la paroi abdominale, et que je pus, à sa distension considérable, reconnaître comme appartenant à la portion de l'intestin placée au-dessus de l'étranglement. J'avais eu d'abord l'idée de l'attirer au dehors et de l'y fixer par des points de suture après l'avoir ouverte, mais en explorant avec le plus grand soin, j'acquis la conviction que les adhérences de cette partie avec la paroi abdominale et probablement avec les anses intestinales voisines, d'une part étaient de nature à rendre cette extraction difficile, dangereuse même, d'autre part devaient être suffisantes pour s'opposer à l'épanchement des matières dans le péritoine. Je pensai que pour arriver à mon but, l'établissement provisoire d'un anus contre nature, il me suffisait de pincer l'anse intestinale et de l'inciser dans l'étendue d'un à deux centimètres, c'est ce que je fis. A l'aide d'une pince à disséquer, je parvins à saisir un pli de l'intestin et, glissant des ciseaux mousses le long de la pince, je divisai ce pli transversalement. Un jet de matières intestinales s'écoula aussitôt, j'introduisis de nouveau mon doigt pour m'assurer qu'après son affaissement l'intestin n'avait point perdu ses rapports avec l'orifice herniaire, puis, reconnaissant que l'ouverture était un peu trop étroite, je l'agrandis un peu, de manière à pouvoir pénétrer dans l'intestin avec le bout de mon doigt. »

Les choses se passèrent bien et la malade a très bien guéri.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

REVUE MÉDICALE. (Août 1844.)

De la métrorrhagie interne dans les derniers mois de la grossesse; par le docteur Loir aîné.

De ce travail on peut déduire les propositions suivantes :

La saignée dans les trois derniers mois de la grossesse, bien qu'indiquée, a pu dans quelques circonstances être la cause indirecte d'accidents. Pour la pratiquer avec plus de sécurité, la malade doit être saignée couchée, ou se coucher immédiatement après pendant plusieurs heures, et la quantité de sang extraite doit toujours être très modérée. La métrorrhagie interne peut, dans quelques cas, rares il est vrai, être rapportée au décollement du placenta dans quelque mouvement violent du fœtus, soit par des coups trop forts contre cette masse vasculaire, soit par des tiraillements sur le cordon ombilical. Les faits de métrorrhagie interne sans augmentation bien appréciable dans le volume du ventre, sans écoulement de sang à l'extérieur, passent quelquefois inaperçus. Ainsi le cas cité par l'auteur aurait été perdu pour la science si on n'avait pas opéré la version, et mis le fait hors de doute. Le diagnostic dans ces circonstances offre de grandes difficultés ; l'existence de la métrorrhagie peut être contestée. Dans le cas de métrorrhagie sans contraction aucune de l'utérus, avec occlusion complète du col, dont les bords sont résistants, non dilatables, il est rationnel dans un danger pressant, lorsque les autres moyens conseillés par les auteurs sont sans résultat, d'inciser le col, pour introduire la main dans la cavité utérine et opérer la version.

Coup d'œil sur le bruit de souffle des artères en général, et en particulier sur le bruit placentaire; par M. De Stéfani.

On peut tirer de ce travail les conclusions suivantes :

Lorsqu'on ausculte une femme enceinte à partir du troisième mois, on commence à saisir plusieurs bruits, tous différents par leur siége et par leur nature.

Outre le bruit placentaire, il y en a d'autres qui conservent le caractère de souffle.

Le bruit placentaire a lieu dans le placenta ; il est produit par la circulation materno-fœtale. Il conserve des caractères particuliers et distinctifs.

L'intensité du bruit placentaire et cardiaque du fœtus est sous l'influence de la circulation maternelle.

Le bruit placentaire, jusqu'à l'époque de l'apparition du bruit cardiaque du fœtus, est le seul signe pathognomonique de la grossesse.

Le bruit placentaire cesse de se faire entendre lors de l'interruption de la circulation materno-fœtale.

Le bruit de soufflet se produit par une seule et même loi ; c'est-à-dire, par un obstacle à la libre circulation du sang.

Il semble que les particules hétérogènes en circulation ne produisent pas le bruit de soufflet.

Le bruit de soufflet qu'on entend après la délivrance appartient au bruit iliaque. Dans certaines affections où le bruit de soufflet se rencontre, il est occasionné par l'insuffisance de contraction active du cœur et des artères ; exemple, la chlorose.

Ablation d'un carcinome cutané de la tempe; observation recueillie dans le service de M. Gerdy, par M. Trifet.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion de M. Gerdy, à savoir, que la partie corticale d'un os peut être résorbée par les bourgeons eux-mêmes, sans aucune exfoliation dite *insensible*. Ici, l'exfoliation eut lieu sur deux petits points ; mais cette exfoliation partielle a été manifeste, et non pulvérulente ni occulte. Les portions correspondantes de l'os, perforées, n'ont pu disparaître que par résorption, puisqu'on n'a pu en obtenir la moindre parcelle, malgré l'attention qu'on mettait à leur recherche.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. (Août 1844.)

Tumeur fibreuse de la parotide du poids de 1750 *grammes* (3 *livres* 1/2); par le docteur Vanzetti, professeur à Kharcoff (Russie).

Un paysan de quarante ans, d'une bonne constitution, fut reçu à la clinique, le 1er février 1843. Dans sa vingt-troisième année il s'aperçut d'une petite grosseur derrière l'angle de la mâchoire du côté droit; lorsque la tumeur eut acquis le volume d'un œuf, il y appliqua, pour la faire disparaître, d'après le conseil d'une vieille femme, des cataplasmes composés de cendres d'un bois particulier. La tumeur, conti-

nuant toujours à augmenter, acquit dans l'espace de dix-huit ans le volume actuel. Très gêné par son grand poids et par son volume, auxquels il attribuait la surdité dont il était affecté de ce côté, cet homme se décida à se faire recevoir à la clinique. La tumeur présente à peu près la forme d'une pyramide triangulaire dont le côté supérieur de sa base commence à la distance du petit doigt de l'angle de la bouche, passe au-dessous du méat auditif et va finir à la région occipitale, deux pouces au delà du méat. Le côté postérieur descend de la région occipitale sur le côté du cou et finit à peu près sur la moilié du muscle sterno-mastoïdien; enfin, le troisième côté part de ce même point pour finir à l'angle de la bouche, passant au-devant de la moitié du corps de la mâchoire. La grande circonférence de la tumeur est de vingt-deux pouces, et sa hauteur de dix; sa surface présente de grandes bosselures; la tumeur s'insinue par une de ses tubérosités au-dessous de l'angle du corps de la mâchoire, sans qu'on puisse reconnaître sa profondeur; la peau dont la tumeur est couverte est saine, plus mobile à sa surface qu'à son sommet, d'une couleur plus foncée sur la surface postérieure que sur l'antérieure; la tumeur, à cause de son poids, penche un peu en bas, et son sommet va presque toucher le sommet de l'épaule; tout en étant mobile, elle est cependant assez solidement fixée aux parties sur lesquelles elle repose; le lobule de l'oreille est entraîné sur la surface de la tumeur; le méat auditif est rétréci; la consistance de la tumeur étant très dure, elle n'a jamais causé de douleurs, caractère qui, avec tous les autres qui l'accompagnent, faisait de prime abord reconnaître sa nature fibreuse.

L'extirpation de cette tumeur eut lieu de la manière suivante : on cerna, par une incision semi-elliptique, un petit lambeau qui comprenait à son centre le lobule de l'oreille, et on le rejeta vers cet organe, auquel il était adhérent; puis on fit une incision verticale le long de toute la surface antérieure de la tumeur, et qui, en contournant sa partie inférieure, s'étendit jusqu'à quatre travers de doigt de l'insertion du muscle sterno-mastoïdien. On pratiqua une autre incision transversale, qui, commençant à un pouce de l'angle de la bouche, s'étendit, en croisant la précédente, jusqu'au delà de l'extrémité occipitale de la tumeur. Les lambeaux furent disséqués et réfléchis, mais on s'arrangea de manière à conserver toute la peau, contrairement à la pratique ordinaire, se réservant de retrancher plus tard juste ce dont on n'aurait pas besoin; on disséqua la tumeur de haut en bas, mais on trouva qu'elle était implantée dans la région parotidienne par un prolongement qui était bien supérieur aux limites naturelles de cette région. C'était une des grandes tubérosités enchatonnée à une profondeur qu'on ne pouvait d'abord calculer entre l'angle de la mâchoire, le conduit auditif et l'apophyse mastoïde, et cette tubérosité embrassait l'angle de la mâchoire pour s'épanouir sur sa surface interne.

L'énucléation de cette grande tubérosité ne présenta pas autant de difficulté qu'on aurait pu se l'imaginer : ayant bien fendu la coque aponévrotique très ferme qui la retenait enclavée dans les limites susmentionnées, on put, par des tractions fortes, mais prudentes, exercées d'arrière en avant, avec deux doigts introduits dans l'aponévrose, et aidées de quelques coups de bistouri, l'arracher, pour ainsi dire, de la cavité qu'elle occupait. Ayant une fois surmonté cet obstacle, le reste de la dissection fut facile; on ne fit la ligature d'aucun vaisseau.

Après cette extirpation, il resta une grande plaie à la partie supérieure de laquelle on voyait une cavité parfaitement sphérique, capable d'admettre le poing, et tapissée d'une membrane aponévrotique. Un pansement régulier fut opéré, les lambeaux trop longs furent coupés, et le quatrième jour la plaie fut trouvée cicatrisée dans toute son étendue. On retira les sutures, et le vingtième jour le malade quitta la clinique conservant encore une légère paralysie faciale.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. (Septembre 1844.)

Thérapeutique du thrombus vulvaire; par M. GODEFROY, de Rennes.

Le thrombus vulvaire n'est pas une maladie très rare (1). Cependant les praticiens ne sont pas d'accord sur son traitement. Les uns veulent que l'on tente la résolution de l'épanchement, ce qui ne s'obtient ordinairement que quand il n'y a qu'une très petite quantité de sang épanché, et surtout lorsqu'il n'y a qu'infiltration sanguine. Les autres préconisent l'ouverture de la tumeur, ouverture qui doit être faite largement si l'on veut éviter les trajets fistuleux. Ici, encore, dissidence d'opinion; quelques praticiens recommandent de n'ouvrir la tumeur que 24 ou 48 heures après sa formation, dans la crainte de voir survenir une hémorrhagie dont on ne puisse se rendre maître; d'autres, avec plus de raison, dit M. Godefroy, conseillent d'ouvrir la tumeur le plus tôt possible, vu que presque toujours il est facile de maîtriser l'hémorrhagie, et que plus le sang sera évacué promptement, plus on a de chances d'une guérison rapide.

En effet, si le sang est évacué presque aussitôt sans épanchement, vous aurez infiniment moins de désordres dans les parties, et par suite moins d'inflammation; de plus, les tissus ayant été moins distendus, reviendront bien plus vite sur eux-mêmes. En suivant cette méthode, on évite à ses malades beaucoup de souffrances, et on leur fait gagner du temps.

(1) Voyez le 1er volume de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*, de la page 90 à la page 113, où ce sujet a été traité de la manière la plus complète.

A l'appui de ces préceptes, M. Godefroy cite plusieurs observations dans lesquelles la supériorité de cette manière d'agir est mise hors de doute.

Syphilis (accidents secondaires de M. Ricord) développée sous l'influence du virus vaccin; par M. Emile PITON.

Voici un fait qui prouve toute la surveillance que l'on doit apporter aux sources du vaccin.

En 1838, M. le docteur Boucher (de Versailles) vaccina à Marly-le-Roi un enfant de quatorze mois, d'une constitution robuste, et ayant toujours joui d'une excellente santé. Vers le sixième jour apparut, sur les bras d'abord, sur la figure et sur tout le corps ensuite, de nombreuses et larges pustules phlyzaciés laissant à leur suite des ulcérations à fond grisâtre et à bords coupés à pic.

Après plusieurs semaines perdues à attendre, on envoie chercher l'auteur, qui reconnut sur-le-champ la nature du mal; mais loin de céder à une médication appropriée, il n'en continua pas moins une marche progressive; et malgré tous les soins, l'enfant succomba.

A quelque temps de là les parents eurent un second fils, chez lequel tout s'est passé de la même manière que chez le premier; mais la médication fut dans ce cas suivie de succès, et l'enfant se porte bien.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique d'Auscultation et de Percussion, par le docteur ANDRY, ancien chef de clinique de la Faculté. Vol. in-12, 1844. Germer-Baillière.

Au milieu des nombreux ouvrages qui, depuis quelques années, se sont succédé sur la percussion et l'auscultation, il semblait assez difficile de faire un livre qui, outre le mérite de l'incertitude, eût encore l'attrait de la nouveauté, et cependant c'est le résultat auquel nous semble être arrivé l'auteur du manuel dont nous parlons. Élevé à l'école d'une observation rigoureuse et scrupuleuse, il n'a rien décrit qu'il n'ait observé, et aucun phénomène normal ou pathologique ne semble lui avoir échappé. Sans entrer dans une analyse détaillée de cet ouvrage, qui, par sa nature même, échappe au compte-rendu, nous nous bornerons à indiquer la marche suivie par l'auteur, et à signaler les chapitres qui nous ont paru les plus intéressants.

Le manuel du docteur Andry se divise en deux parties distinctes, consacrées, la première à la percussion, la seconde à l'auscultation, parties qui, toutes deux conçues sur le même plan, traitées dans le même ordre et avec une excellente méthode, forment un tout complet. Un historique rapide et complet, la description des instruments et des méthodes d'exploration, celle des phénomènes perçus à l'état normal constituent, dans chaque partie, une première subdivision. Nous avons principalement remarqué un paragraphe consacré à la comparaison du plessimètre et du doigt employé comme intermédiaire plessimétrique, et une discussion claire et toujours convenable à la suite de laquelle, tout en rendant justice aux éminents travaux d'un professeur qui a fait faire à la percussion médicale les plus grands progrès, l'auteur donne la préférence au doigt dans la grande majorité des cas.

Quelques pages sont consacrées à l'examen du thorax à l'état normal, aux phénomènes que fournit la percussion pour l'exploration du poumon, du cœur et des gros vaisseaux, et à la division de la poitrine en dix régions, division destinée à rendre plus faciles et l'exploration elle-même, et la description des phénomènes morbides. Puis viennent les résultats de la percussion dans les divers états pathologiques de la poitrine et de l'abdomen, et leur application au diagnostic des affections de ces deux grandes cavités.

La seconde partie consacrée à l'auscultation, comprend elle-même deux subdivisions, l'une pour les affections de l'appareil respiratoire, l'autre pour celle du système circulatoire.

Dans la première division, chacun des bruits respiratoires que l'on observe à l'état morbide est examiné nécessairement, et sa valeur est fixée relativement à la détermination du diagnostic; puis l'analyse étant ainsi complète, une revue synthétique des diverses affections pulmonaires et des symptômes qui caractérisent chacune d'elles, termine et résume la description de ces phénomènes.

L'exploration du bruit du cœur tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique, devait former une des parties les plus longues et les plus difficiles de l'ouvrage, à cause de la multiplicité et des différences des théories qui se sont succédées pour expliquer les bruits de cet organe. Pour M. Andry, la seule théorie satisfaisante sous tous les rapports, et qui explique également bien les bruits pathologiques et les bruits physiologiques, est celle de M. Rouanet, trop connue pour que nous la rappelions autrement, et qui attribue les bruits du cœur au choc en retour du sang contre les valvules du cœur et des gros vaisseaux, et à la tension des tendons valvulaires. Un coup d'œil rapide sur l'auscultation des artères, complète par la description des phénomènes chloro-anémiques l'histoire de l'auscultation appliquée à l'appareil circulatoire.

Le lecteur sera heureux de trouver à la fin du manuel dont nous donnons l'analyse, quelques notions nouvelles ou peu répandues sur le résultat de l'auscultation de quelques autres cavités viscérales, l'encéphale, l'abdomen; nous avons principalement remarqué l'auscultation de l'utérus dans l'état de gestation, et l'appréciation des causes du bruit de souffle dit *placentaire*, que quelques auteurs ne voudraient regarder que comme résultant de la compression des artères iliaques par l'utérus chargé du produit de la conception.

Pour nous résumer, le Manuel du docteur Andry révèle l'observateur consciencieux et éclairé, et la netteté, l'élégance du style et de la rédaction nous ont rappelé plus d'une fois avec plaisir le poète, en même temps que la fidélité des descriptions et les explications souvent ingénieuses, les leçons du chef de clinique auxquelles nous avons plus d'une fois assisté.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des affections de nature syphilitique; par M. le docteur VELPEAU.

Dans les maladies qui reconnaissent la syphilis pour cause, M. Velpeau prescrit les pilules suivantes :

Pr. Proto-iodure de mercure,	20 centigrammes.
Thridace,	2 grammes.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en vingt pilules bien égales et roulées dans une poudre inerte.

On prend une de ces pilules matin et soir.

La dose indiquée dans la formule qui précède doit être renouvelée tous les dix jours, et les pilules doivent toujours être prises à la même dose, jusqu'à ce que le traitement ait duré deux mois.

Traitement de la leucorrhée; par M. le docteur VELPEAU.

M. Velpeau combat avec succès l'écoulement leucorrhéique par les moyens suivants :

1° Pratiquer des injections dans le vagin avec la décoction de feuilles de noyer, une fois par jour pendant une quinzaine.

Les quinze jours suivants, remplacer le décocté précédent par une solution composée de quatre grammes d'alun pour un verre d'eau d'orge.

Enfin, substituer à cette solution, pendant le même espace de temps, la décoction d'orge avec addition de quatre grammes de calomel à la vapeur par verre.

2° Faire constamment usage d'une ceinture qui soutienne convenablement le ventre.

NOUVELLES.

MM. Philippe, chirurgien principal de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, Durnutgé, chirurgien-major au 3e léger, Stéphanopoli, chirurgien aide-major de 2e classe aux spahis, Vallin, *idem* au 4e chasseurs d'Afrique (blessé), sont cités avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur général, du 17 août dernier, relatif à la bataille d'Isly.

— Depuis le mois d'octobre 1839 jusqu'au 1er juillet 1844, les trois paquebots-hôpitaux *le Cerbère, le Météore* et *le Grégeois*, ont transporté des divers ports d'Algérie en France 7,917 malades sur lesquels 19 seulement ont succombé dans la traversée. La proportion des morts est donc seulement de 1 sur 416 malades embarqués.

— M. Dorneau, chirurgien sous-aide en Algérie, est décédé.

— Le *Bombay Montly Times*, du 20 mai, annonce, sous la rubrique de Madras, que le choléra a exercé, dans ces derniers temps, des ravages immenses qu'on n'avait pas eu à déplorer pendant les années précédentes. Le fléau a résisté à toutes les précautions, à toutes les mesures sanitaires.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 111. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 20 SEPTEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'épidémie de fièvres typhoïdes qui existe à Paris, depuis le mois d'avril, a coïncidé avec l'arrivée du nombre immense d'étrangers attirés par l'exposition des produits de l'industrie nationale : circonstance qui ne peut être indifférente, et sur laquelle notre attention a été fixée par un médecin éclairé, M. Guersant père. Nous n'avons pas de renseignements suffisants pour établir, quant à présent, le caractère général de l'épidémie, par rapport à ses formes, à sa gravité, et à ses phases, ni pour examiner les différens modes de traitement employés. Mais rien n'est plus certain que la tendance aux hémorrhagies pendant cette épidémie, tendance que nous avons été le premier à signaler.

C'est ainsi que l'on a vu, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme âgé de dix-sept ans, typhoïde, succomber à une hémorrhagie intestinale. La matière hémorrhagique, rendue en très grande abondance, était analogue à la *sauce du civet de lièvre*.

M. le docteur Blache a vu un fait semblable. C'était sur une jeune fille de quatorze ans, grande, forte, et paraissant en avoir dix-huit. La maladie n'avait rien présenté de très alarmant; néanmoins, c'était une fièvre typhoïde, par conséquent le pronostic était grave, et fut déclaré tel. M. Blache, qui n'était que consultant, avait pris rendez-vous pour le surlendemain, lorsqu'on le pria d'avancer d'un jour sa visite, la jeune malade ayant un flux sanguin très abondant par l'anus. Le lendemain, elle était morte.

MM. Trousseau et Guersant père ont observé des cas analogues, et ont remarqué expressément que les hémorrhagies ont été plus fréquentes cette année que les années précédentes; comme il est vrai aussi que le nombre des fièvres typhoïdes l'a emporté de beaucoup sur celui des autres années. Dans un pensionnat de jeunes personnes, parfaitement situé et très aéré, dont M. Guersant père est le médecin depuis plus de vingt ans, il y a eu, cette année, une vingtaine de fièvres typhoïdes, tandis que, dans les années antérieures, il s'en était présenté à peine quelques cas. Certaines salles des hôpitaux se sont remplies, comme par *bouffées*, de malades atteints de fièvre typhoïde. Nous pourrions citer la salle des hommes du service de M. Blache, à l'hôpital Cochin, et une salle d'enfants du service de M. Guersant père, dans laquelle il s'est trouvé tout à coup treize typhoïdes, lorsque quelques jours auparavant il n'y en avait pas un seul.

D'après une remarque que l'on nous a communiquée, il y aurait eu à l'Hôtel-Dieu, dans le cours de l'épidémie, un certain nombre d'érysipèles, soit dans la période ascendante, soit dans la période de déclin, et les érysipèles terminaux se seraient montrés dans des cas moins graves que ceux dans lesquels l'érysipèle est survenu pendant la période ascendante. La cause générale de l'érysipèle dans le cours d'une fièvre typhoïde, doit être la même que celle des pétéchies, par exemple. Pétéchies, hémorrhagies, érysipèles, scorbut, gangrènes, tous ces phénomènes nous semblent reconnaître la même influence capitale, l'altération du sang. Toutefois, l'occasion se représentant, il faudrait rechercher si l'érysipèle n'appartiendrait pas surtout aux cas dans lesquels l'embarras gastrique ou l'état bilieux dominent.

— Il est impossible de ne pas se préoccuper de la question de contagion. Voici un fait que nous communique M. Guersant père : Une jeune pensionnaire atteinte de fièvre typhoïde, mais pouvant encore supporter quelques heures de voiture, fut envoyée à Provins, dans sa famille, où sa sœur ne tarda pas à être prise de la même maladie. On peut supposer une simple coïncidence, et il faudrait un grand nombre de ces faits isolés pour légitimer une conclusion en faveur de la contagion. C'est une raison de plus pour ne pas négliger ceux qui se présentent. A supposer, au reste, qu'il soit certain que la maladie n'est pas contagieuse, il est toujours prudent d'admettre que le séjour au milieu de typhoïdes est une circonstance favorable à son développement.

— Deux mots seulement sur un médicament qui avait donné quelques espérances, le sulfate de quinine. Nous l'avons vu échouer complétement dans un grand nombre de cas. M. Blache en a obtenu cependant des résultats avantageux dans quelques *fièvres typhoïdes à forme rémittente*. Mais le sulfate de quinine nous paraît s'être adressé alors à un élément morbide anormal, indépendant de la fièvre typhoïde, celle-ci ne pouvant exister qu'à la condition d'une altération permanente des humeurs caractérisée par l'état du sang.

— M. Blache a vu plusieurs cas de trismus chez de jeunes typhoïdes. Les dents étaient très serrées les unes contre les autres, et on était fort embarrassé pour faire boire les malades. Sur un enfant, en ville, une religieuse voulant écarter les arcades dentaires avec une clef, rompit deux dents correspondantes. Il y a un moyen très simple de faire boire le sujet; c'est d'introduire le bout d'un biberon dans l'une des narines. Ce moyen est usité par M. Blache, et il n'est pas sans utilité de le faire connaître.

— Un accident qui a été plusieurs fois observé pendant le traitement de la fièvre typhoïde, consiste dans la nécrose des cartilages du larynx. M. Bathez, médecin militaire recommandable, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Denis, en a publié plusieurs exemples dans le *Recueil des Mémoires de médecine militaire*. Il vient de se présenter, à l'hôpital Necker, dans le service de M. De Laroque, un fait très analogue. Un jeune homme, convalescent de fièvre typhoïde, éprouva de l'enrouement pendant plusieurs jours, puis de la dyspnée; enfin, une suffocation tellement violente que la mort était imminente. M. de Crozant, interne, en l'absence de son chef de service, saisissant avec sagacité et bardiesse l'indication pressante qui ressortait de l'état du patient, pratiqua immédiatement la trachéotomie, et plaça une large canule dans le tube aérifère. Aussitôt le malade fut soulagé; le râle vibrant qui remplissait la poitrine, comme dans les accès d'asthme les plus intenses, cessa, et aujourd'hui le sujet est dans un état satisfaisant. Il commence à respirer par le larynx, ce dont il est facile de s'assurer en bouchant un instant la canule.

— M. Guersant père a reçu dans ses salles, pendant l'influence épidémique, un assez grand nombre de stomatites pseudo-membraneuses et plusieurs cas de gangrène de la joue chez des enfants.

Les stomatites ont été traitées avec succès par la cautérisation avec l'acide chlorhydrique ou avec le fer rouge. Quant aux gangrènes intéressant toute l'épaisseur de la joue, elles ont été suivies de mort dans un temps plus ou moins court.

— Il existe dans les même salles plusieurs exemples de fièvres éruptives, entre autres une variole chez un enfant très faible. L'éruption est tout à fait languissante. Dans ces sortes de cas, il faut alimenter le malade, donner du bouillon ou même de petits potages, et telle est la pratique de M. Guersant.

— Une petite fille de six ans, malade depuis plusieurs jours, était entrée à l'hôpital dans un état très alarmant, avec des symptômes qui firent présumer qu'elle était affectée d'une méningite tuberculeuse. Elle mourut au bout de quelques heures. Nous avons assisté à son autopsie. Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties et serrées l'une contre l'autre, ce qui indiquait un état congestif. Il existait çà et là quelques rares granulations *peut-être* tuberculeuses, et l'on trouva sur le trajet d'une veine un tubercule du volume d'une grosse lentille. Mais nous tenons pour assuré que les tubercules méningiens, qu'il faut chercher avec un soin si minutieux, ne peuvent à eux seuls expliquer la mort. Les poumons renfermaient quelques granulations. Le tube digestif avait été mis dans un baquet, et il n'en était pas question (nous devons faire remarquer ici que cette nécropsie a eu lieu en grande partie sans la participation de M. Guersant retenu par d'autres devoirs). Or, il y avait là environ six pieds d'inflammation bien évidente, deux ulcérations à une certaine distance de la valvule iléo-cœcale, plus une éruption de follicules de Brunner au voisinage de cette valvule. L'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale était caractérisée, à part les deux ulcérations et l'éruption folliculeuse, ici par une arborisation très riche, là par une suffusion sanguine d'un rouge assez vif résultant de l'épanchement du sang dans la trame du tissu muqueux.

Nous n'aurions pas cité ce cas, s'il ne devait être pour nous l'occasion de quelques remarques sur le peu d'attention et d'intérêt que l'on accorde aujourd'hui à l'inflammation du tube digestif. Nous avouons sans peine que le rôle de cette inflammation a été exagéré par l'homme à jamais illustre dont on oublie volontiers les services pour ne faire ressortir que les excès auxquels il a été entraîné. Mais croit-on que cette vaste muqueuse gastro-intestinale ne puisse s'enflammer, et si elle peut s'enflammer, pense-t-on que son inflammation soit indifférente? On recherche d'un œil très attentif le plus petit tubercule caché au fond d'une anfractuosité, et quand on l'a trouvé, on se tient pour satisfait. Au contraire, n'existe-t-il qu'une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, il est entendu que le sujet n'a présenté aucune lésion qui pût rendre compte de la mort. Telle est l'influence bien connue des réactions. L'esprit humain reste en deçà de la vérité quand il ne va pas au delà. Chacun, comme on l'a dit, veut voir la vérité de sa fenêtre, de sorte qu'il y a tout un côté qu'il ne voit pas.

Revenons à la malheureuse petite fille qui nous a fourni le sujet de ces remarques. Il est évident qu'elle a succombé à une gastro-entérite avec réaction sur le cerveau; en d'autres termes, à une gastro-entéro-céphalite.

— Nous voyons des médecins administrer jusqu'à 90 et 100 grammes d'huile de ricin. Telle n'est pas la pratique de M. Chomel, qui obtient de ce purgatif un effet suffisant avec 10 ou 12 grammes dans une tasse de bouillon de veau ou de bouillon aux herbes. M. Blache n'agit pas autrement à l'hôpital Cochin. Outre l'économie, il y a avantage à éviter au malade le dégoût qui résulte de l'ingestion d'une grande quantité d'huile de ricin, dégoût qui va souvent jusqu'à produire le vomissement. Il y a là, du reste, pour chaque médecin, matière à une expérimentation innocente.

— Rien de plus difficile à connaître que l'action des médicaments. La thérapeutique ne sera pas de long-temps constituée scientifiquement, si même il est possible qu'elle le soit jamais, et c'est par là que la médecine est vouée à l'empirisme. Le sulfate de quinine est anti périodique; voilà sa grande vertu. C'est comme tel qu'il est surtout connu. Mais il est aussi tonique, et voilà maintenant qu'il fait ses preuves comme sédatif. On connaît les essais de M. Briquet. Grande fut la rumeur que ce médecin souleva lorsqu'il proposa de traiter le rhumatisme avec des doses considérables de sulfate de quinine. Nous-même crûmes devoir conseiller la réserve. Il est permis de pécher par excès de prudence quand il s'agit de hardiesses thérapeutiques. Mais çà et là, comme à la dérobée, le sulfate de quinine à haute dose poursuit le cours de ses exploits. C'est ainsi que nous venons de voir, dans le service de M. Blache, un jeune rhumatisant qui a été très avantageusement modifié par ce sel, administré à la dose de 1 gramme. La sédation a été des plus évidentes et des plus promptes. Dans l'espace de quatre jours, le pouls est tombé de 124 à 92, 64 et 60. Nous tenons de bonne source que M. Legroux possède vingt-un faits, dans lesquels la durée moyenne de l'état aigu, sous l'influence du sulfate de quinine, a été de cinq à six jours.

— Une jeune femme du service de M. Blache a eu successivement une conjonctivite, une angine gutturale, une otite, puis elle a été reprise d'ophthalmie et d'angine, malgré l'application d'un vésicatoire à l'aide duquel on avait espéré fixer l'inflammation. M. Blache ayant alors examiné l'arrière-gorge très attentivement, reconnut sur les amygdales enflammées des taches blanches *comme si la muqueuse eût été touchée avec le nitrate d'argent*. A ce signe il ne douta pas que la malade ne se trouvât sous l'influence du vice syphilitique, et effectivement elle finit par avouer qu'elle avait eu un écoulement dont on l'avait traitée à l'hôpital de Lourcine. Cette femme sera soumise au traitement spécifique.

— Il est très difficile de préciser le siége des abcès du bassin chez les femmes puerpérales. La collection siége-t-elle dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, dans le ligament large, dans le ligament sus-pubien, dans l'un des culs-de-sac, dans le péritoine, dans l'ovaire? Nous ne prétendons pas dire que la distinction soit toujours également difficile. On a pu reconnaître, dans un cas, que la tumeur siégeait en partie dans le grand bassin, en partie dans l'excavation. Quand la collection est bridée par le *fascia iliaca*, on la sent comme plaquée contre l'os iliaque, le long du ligament de Fallope. Le toucher rectal, le toucher vaginal, le toucher recto-vaginal (un doigt le dans vagin, l'autre dans l'anus), peuvent donner des indices sur le siége précis de l'abcès; mais souvent il y aura doute. M. Grisolle indique la mobilité de la tumeur comme appartenant aux collections de l'ovaire. Nous n'avons jamais pu vérifier l'exactitude de ce signe différentiel.

Une des femmes du service de M. Blache porte une tumeur de la fosse iliaque, suite de couches, laquelle tumeur a beaucoup diminué depuis que la malade a eu des selles purulentes, ce qui indique que l'abcès s'est ouvert dans l'intestin. Un médecin qui voyait cette femme avec nous, ayant introduit son doigt dans le vagin, imprima quelques secousses à la tumeur et crut pouvoir conclure qu'elle avait son siége dans l'ovaire, parce qu'elle était mobile. Mais toute tumeur du petit bassin, à moins d'être bridée par l'aponévrose iliaque, se trouvant en rapport avec le vagin, pourra être soulevée de même par le doigt introduit dans ce dernier.

— M. Trousseau a dans ses salles un femme qui a été atteinte d'un abcès de la fosse iliaque droite à la suite d'accidents de colite intense. L'inflammation, propagée au cœcum, a retenti dans le tissu cellulaire qui entoure cet intestin. (Pérityphlite. *Voyez* le journal *l'Expérience*, année 1838.) La collection s'est fait jour dans l'intestin, terminaison fréquente, comme chacun sait. M. Grisolle, dans son Mémoire (*Arch. de Méd.*, 1839), a accordé trop peu d'importance à l'inflammation de la membrane muqueuse du cœcum dans la produc-

tion des abcès de la fosse iliaque droite. Pourquoi donc ces abcès sont-ils incomparablement plus fréquents que ceux de la fosse iliaque gauche?

— M. Michon a, dans son service, à l'hôpital Cochin, un enfant porteur d'une fistule stercorale à la suite d'un abcès strumeux de la fosse iliaque. Les ganglions pelviens ne sont pas à l'abri du vice scrofuleux, et s'enflamment comme ceux du cou. Enflammés, ils échauffent le tissu cellulaire ambiant et le font suppurer. Toute suppuration suppose plus ou moins prochaine ment un travail ulcératif. Au con, nous avons vu, dans un autre article, que les artères pouvaient être atteintes par ce travail. Dans la fosse iliaque, c'est l'intestin qu'il peut attaquer, puis la paroi abdominale. Ainsi s'établit la fistule stercorale.

— Un homme vacciné, du service de M. Blache, est affecté d'une variole cohérente. Il était convalescent d'une fièvre typhoïde et avait reçu à son lit la visite d'un variolé. Le siége de la fièvre typhoïde est le même que celui des fièvres éruptives, et l'on comprend qu'un typhoïde se trouve dans des conditions favorables à l'action du *contagium* variolique.

— Un fait bien plus singulier s'est présenté dans le service de M. Velpeau. Une jeune fille venant d'être vaccinée, a été prise d'une varioloïde, dans le temps même où l'éruption du vaccin se produisait. C'est un cas sur lequel nous devrons revenir.

— M. Trousseau nous a montré une femme de son service qu'il a guérie d'une fissure anale au moyen des *lotions continues* d'infusion de ratanhia à la dose de 5 grammes pour un litre d'eau, suivant la méthode de M. Bretonneau. La fissure était située en arrière dans le sens des plis de l'anus, et superficielle; on l'apercevait en écartant simplement les parties. Cette malade souffrait horriblement. A la suite de chaque selle on la voyait se rouler sur son lit en poussant des cris. Au dixième jour de l'administration des lotions de ratanhia, elle cessa de souffrir, puis le petit ulcère se cicatrisa insensiblement.

M. Bretonneau avait commencé par employer les lavements de ratanhia; mais le liquide ne se trouvait pas assez longtemps en rapport avec la fissure, aussi a-t-il substitué au lavement les *lotions continues*, et voici comment celles-ci sont pratiquées. La malade, munie d'un clyso-pompe, se place sur un bidet, introduit le bout de l'instrument dans l'anus et pousse le liquide dans le rectum; mais, au même moment, elle fait effort pour le rejeter, et il s'écoule sur les côtés du bout du clyso-pompe, lavant ainsi la petite solution de continuité. La manœuvre est continuée de la même manière pendant cinq minutes environ.

Lorsque la fissure est superficielle, on pourrait se passer du clyso-pompe. Le malade n'aurait qu'à s'asseoir, en ayant soin d'écarter les fesses, dans un vase rempli d'infusion de ratanhia, ou encore il suffirait que, se plaçant dans la situation propre à la défécation, il maintînt une éponge fine, imbibée de l'infusion sur la partie.

Il n'est pas de médecin qui n'ait vu guérir des fissures à l'anus par la cautérisation avec le nitrate d'argent. M. Trousseau préfère la solution de ratanhia à ce moyen, à cause de la douleur dont ce dernier s'accompagne; mais nous ne sommes pas très certain du fondement de cette préférence.

Il est à remarquer que M. Bretonneau n'a été conduit qu'indirectement à l'emploi de la solution de ratanhia dans le traitement de la fissure anale. Il y a quinze à vingt ans la connaissance de cette maladie n'était pas très répandue, et l'on peut dire que sa place n'était point encore faite. M. Bretonneau, donnant ses soins à une dame qui souffrait extrêmement en allant à la selle et qui était très constipée, crut devoir attribuer les accidents à la constipation, et ordonna des lavements de ratanhia pour *tonifier* l'intestin. Au bout de peu de jours les souffrances avaient cessé et la malade était guérie. M. Bretonneau avait perdu ce fait de vue, lorsque cette dame lui écrivit qu'une autre dame avec laquelle elle était liée souffrait absolument comme elle, mais qu'on lui avait trouvé une fissure, et lui demanda s'il pensait qu'elle pût être soulagée par le moyen qui lui avait été si utile à elle-même. Sur la réponse affirmative de M. Bretonneau, on employa les lavements de ratanhia et la guérison ne se fit pas attendre. C'est à partir de cette époque que le traitement de la fissure anale par le ratanhia fut institué.

Il faut éviter d'écarter les parties avec force pour examiner l'état de la fissure lorsque par l'emploi du ratanhia ou d'un autre moyen on a produit un amendement des accidents, attendu que la cicatrice, très fine, se déchire avec une extrême facilité et que l'on s'expose à renouveler les douleurs.

— Une femme est entrée dans le service de M. Michon, ayant reçu un coup de tranchet à la partie postérieure droite de la poitrine. L'instrument avait pénétré. La blessée crachait le sang; elle avait de la dyspnée. M. Michon prescrivit plusieurs saignées. 1500 grammes de sang furent tirés dans l'espace de douze heures. On arrêta ainsi les accidents. La femme, cependant, était loin d'être robuste; mais, dans de telles occurrences, il faut se conduire d'après la gravité de la blessure et non d'après la constitution du sujet. Nous citons le cas de M. Michon comme un exemple à suivre. Cette chirurgie est celle de J.-L. Petit.

— M. Michon a, dans ses salles, plusieurs malades qu'il a guéris de kératites intenses par l'excision d'un anneau ou d'un demi-anneau (suivant le cas) de conjonctive autour de la cornée. Ce chirurgien se loue beaucoup de ce moyen, et on ne peut qu'avoir confiance dans sa déclaration.

— Il y a deux sortes de contusion: la contusion brusque qui suit les chocs rudes et soudains, et la contusion lente qui résulte des pressions longtemps et souvent répétées. C'est cette dernière espèce de contusion qui détermine la formation des tumeurs hématiques du genou, par exemple, chez les personnes qui par état ou par religion, se tiennent souvent à genoux. M. Lenoir vient d'enlever, à l'hôpital Necker, sur une femme, une tumeur prérotulienne de cette espèce, qui est, sans contredit, une des plus remarquables que l'on puisse voir. Cette tumeur datait de quatorze ans. Elle était du volume d'une grosse orange, et ulcérée dans l'étendue d'une ancienne pièce de trois francs. M. Lenoir l'a extirpée au moyen d'une incision elliptique. Il a fallu lier plusieurs petites artères. Nous avons examiné la tumeur, et nous l'avons trouvée formée d'un caillot solide, rouge-sombre, parfaitement reconnaissable pour du sang à la première vue, du volume d'un œuf, logé dans un kyste épais d'un demi-centimètre. Ce kyste, comme mamelonné à son intérieur, et duquel on pouvait énucléer facilement le caillot, n'était pas autre chose que la bourse muqueuse prérotulienne très épaissie. Le tissu cellulaire alentour était hypertrophié et condensé.

— Une sœur de l'hôpital Necker ayant reçu d'un malade en délire un coup de pied à l'épigastre, a vu se développer dans le point frappé une petite grosseur du volume d'un grain de riz, très douloureuse au toucher, et d'où s'irradient des douleurs qui courent le long des nerfs, jusqu'à la mamelle et au bras. C'est là un de ces petits *corps fibro-cartilagineux*, peut-être squirrheux, à tort appelés *névromes* pendant longtemps, et que l'on sait bien distinguer aujourd'hui des tumeurs développées dans l'épaisseur même des cordons nerveux, qui sont les véritables névromes. Pourtant l'irradiation des douleurs suivant le trajet des filets nerveux, suppose un rapport de la tumeur avec ces derniers. Mais il suffit de la compression pour expliquer ce phénomène, et il n'est pas nécessaire que des filets nerveux soient impliqués dans la tumeur.

— Un malade qui se trouvait dans un service de médecine à la Charité, tomba sur le dos de la main en voulant monter dans son lit. Les ligaments qui réunissent les deux rangées du carpe se rompirent, et la tête du grand os se luxa. On la voyait saillante au milieu de la région dorsale du poignet. La saillie augmentait lorsqu'on exagérait la flexion de la main. Il y avait de la douleur et du gonflement. Le malade a été envoyé dans le service de M. Velpeau, où il occupe le nº 17 de la salle Sainte-Vierge. On a appliqué un bandage dextriné, en ayant soin de placer la main dans l'extension forcée, position opposée à celle dans laquelle la luxation s'est opérée. Cette luxation est très rare.

— M. Velpeau n'abandonne pas le procédé par excision du scrotum dans le traitement du varicocèle. On s'est trompé en attribuant ce procédé à Bransby Cooper. Avant ce chirurgien, on avait pensé à se servir du scrotum en guise de suspensoire, et l'on avait pensé que l'on y pourrait parvenir de deux manières, soit en déterminant l'épaississement des bourses, soit en en retranchant une partie. Voici à ce sujet deux passages du livre d'A. Cooper, qu'il est nécessaire que l'on connaisse: « Si les veines sont très distendues, il conviendra de prescrire des vésicatoires sur le scrotum, ou d'autres applications irritantes qui, en déterminant un épaississement de cette enveloppe, l'amènent à exercer sur les veines une pression plus forte et plus constante..... L'excision d'une partie du scrotum amène une diminution des veines du cordon spermatique; cette opération peut être tentée sans danger, et peut très bien réussir dans le cas de dilatation très considérable et accompagnée de douleurs. » (Traduction de MM. Chassaignac et Richelot, pag. 494.)

M. Velpeau vient de pratiquer cette opération sur un jeune homme dont la plaie est en bonne voie de cicatrisation. Le manuel de l'opération n'est pas sans quelques difficultés. Les testicules tendent à faire hernie lorsqu'on divise les bourses. M. Lustreman, professeur au Val-de-Grâce, présent à la première opération du professeur de la Charité, nous a fait part du procédé suivant: Une pince analogue à la pince œsophagienne embrasserait les bourses, en refoulant en haut les testicules; des fils seraient passés au devant de la pince, et, celle-ci restant en place, on exciserait le scrotum en avant des fils qu'il ne resterait plus qu'à nouer. Ce procédé nous paraît aussi rationel qu'il est simple.

Nous reviendrons sur le varicocèle dans notre prochaine *Revue*, à l'occasion du service de M. Vidal (de Cassis), qui nous a offert plusieurs sujets intéressants d'observation.

X.....

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Cullerier.

Blennorrhagie et urétrite chez la femme. De sa fréquence et de son traitement.

Première observation. Au numéro 54 de la salle Saint-Alexis est entrée la nommée Marie M..., agée de 54 ans, marchande.

Cette femme, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais eu, nous dit elle, aucune affection vénérienne. Son mari, bien portant jusque-là, a contracté, il y a quinze jours environ, une blennorrhagie qu'il lui a communiquée, et dont elle ne s'est aperçue qu'à l'état de son linge coloré quelques jours plus tard en jaune-verdâtre. C'est trois ou quatre jours après avoir cohabité avec lui qu'elle a commencé à ressentir des douleurs très vives le long du canal de l'urètre chaque fois qu'elle urinait. Ces douleurs sont bientôt devenues très cuisantes; le besoin d'accomplir la miction se renouvelant à chaque instant avec ardeur et ténesme, elle ne rendait que quelques gouttes d'urine chaude et fortement colorée en rouge-brique. Hors le temps de la miction, la malade n'éprouvait qu'un léger sentiment de démangeaison, devenant parfois un peu plus vif à l'entrée du canal de l'urètre; elle ne présentait qu'un peu d'écoulement jaune blanchâtre, peu épais, marquant le linge de petites taches isolées jaunâtres, peu intenses. Jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, la malade n'a fait que quelques lotions aux parties génitales avec la solution de borate de soude qui lui fut conseillée par un médecin, et elle a pris plusieurs bains simples.

Voici l'état que l'on constate le 27 juillet, jour du premier examen, douze jours après la première apparition de la maladie.

On constate un écoulement de muco-pus provenant de l'urètre et qu'on fait sourdre au méat urinaire par petites gouttes d'un blanc jaunâtre, en comprimant fortement l'urètre d'avant en arrière à l'aide du doigt introduit dans le vagin, dans la direction de la paroi supérieure du vagin correspondant au canal. L'orifice du canal de l'urètre est un peu rouge et tuméfié, mais d'une manière très circonscrite. La vulve, le vagin et le col de l'utérus sont entièrement sains et présentent l'aspect et la coloration de l'état normal. Les douleurs qu'elle ressent au moment du passage de l'urine sont toujours très vives. Le ténesme vésical est un peu moins prononcé que les premiers jours.

M. Cullerier introduit dans le canal de l'urètre un long crayon de nitrate d'argent qu'il promène dans toute son étendue, et qui détermine une assez vive douleur.

28 juillet. Les douleurs provenant de la cautérisation ont été très vives et ont persisté pendant près de vingt-quatre heures. Cependant le passage de l'urine ne les a pas augmentées pour la première fois. Ce jour-là, les règles sont survenues.

1ᵉʳ août. Cessation des règles, nouvelle cautérisation. La malade se plaint encore toute la journée de douleurs continues dans le canal, mais plus modérées que celles qui ont accompagné la première cautérisation. La miction détermine moins de souffrances, et les besoins d'uriner ne sont guère plus fréquents que dans l'état de santé.

3 août. On aperçoit à l'entrée du canal de l'urètre une tache grisâtre qui n'est autre chose que la trace de l'eschare, et que l'on peut détacher en partie par la pression. Cependant, elle est assez encore adhérente. Le pus ne paraît plus à l'orifice, même par la pression d'arrière en avant exercée par le doigt introduit dans le vagin.

5 août. On constate aujourd'hui la sortie d'une ou deux gouttes de pus urétral: troisième cautérisation qui produit peu de douleurs.

6 août. Le ténesme vésical a tout à fait cessé. Encore un peu de douleur au contact des urines pendant la miction.

Le 8, l'état de la malade paraît assez satisfaisant pour que M. Cullerier croie pouvoir se dispenser d'une nouvelle cautérisation. La turgescence et la rougeur du méat urinaire ont complétement disparu.

Le 12, une quatrième et dernière cautérisation faite par un des externes du service, a déterminé plus de douleur que les précédentes. Urines sanguinolentes. Bains, de siége émolients.

Le 14, et jours suivants, les douleurs sont calmées et presque nulles, même pendant l'émission des urines. La pression ne peut déterminer la sortie du pus de l'urètre. Pas de démangeaisons au méat urinaire.

Le 23, la malade sort complétement guérie, après trois semaines de séjour à l'hôpital, un mois et demi environ après le commencement de la maladie.

— Ce fait est assez remarquable, en ce sens que l'urétrite n'a été, chez la malade, qui avait eu des rapports avec un homme affecté de blennorrhagie, accompagnée d'aucun symptôme même léger de vaginite. Or, sans vouloir ici entrer dans la discussion d'un point sur lequel nous exposerons plus bas les idées de M. Cullerier, on sait qu'il est beaucoup plus fréquent de voir la vaginite seule ou compliquée d'urétrite, que l'urétrite pure et simple survenir chez la femme après un coït impur.

Deuxième observation. — Le 9 septembre 1843, est entrée à Lourcine la nommée Clémence J..., blanchisseuse, âgée de vingt-cinq ans, couchée au nº 13, de la salle Saint-Bruno. Cette femme, habituellement bien portante, bien réglée, présentait depuis huit jours, nous dit-elle, un écoulement assez abondant par le canal de l'urètre; de plus, elle éprouvait de vives souffrances pendant l'émission des urines.

Le lundi 11 septembre, trois jours après son entrée à l'hôpital, elle fut examinée pour la première fois; on constata par la pression exercée avec le doigt d'arrière en avant, la formation dans l'urètre du muco-pus blennorrhagique; et l'on commença, ce jour même, le traitement de l'urétrite. Un crayon de nitrate d'argent fondu fut introduit dans le canal de l'urètre, et on l'y laissa séjourner pendant sept à huit secondes. Cette cautérisation détermina de vives douleurs, augmentant encore pendant l'émission des urines, et qui durèrent une grande partie de la journée.

Le surlendemain, 13, nouvelle cautérisation, accompagnée également de vives douleurs; troisième cautérisation le 15 septembre; mêmes douleurs augmentant toujours pendant le passage des urines.

Le 16, apparition des règles et suspension du traitement. Les menstrues ne s'arrêtèrent que le 20; pendant ces quatre jours, la malade ne fut point examinée. Ce ne fut que le 20 que l'on put procéder à une nouvelle exploration.

L'écoulement urétral existe encore, mais beaucoup moins abondant; l'émission des urines se fait sans douleurs. Une quatrième cautérisation est pratiquée, sans que la malade accuse de grandes souffrances.

Le 20, on fait prendre à la malade six bols composés de:

Cubèbes pulvérisés,	de chaque 6,50.
Copabu,	

On continue l'usage de ces bols à la même dose jusqu'à la sortie de la malade.

Le 22 septembre, l'écoulement a tout à fait disparu; les eschares produites par la dernière cautérisation ne se sont pas encore détachées. L'émission des urines ne provoque pas la plus légère souffrance.

Une nouvelle exploration faite le 25, permet de constater le maintien de la guérison; l'écoulement n'a pas reparu; ab-

sence de toute douleur et de toute démangeaison, même pendant l'émission des urines.

La malade sort le 27 septembre, parfaitement guérie, dix-huit jours après son entrée dans les salles de M. Cullerier.

— Nous pourrions encore rapprocher de ces cas, un fait qui nous a été raconté dernièrement par M. Cullerier, relatif à une dame qu'il soignait en ville et qui était atteinte d'une urétrite aiguë. La malade ayant un intérêt tout particulier à être guérie dans le plus bref délai, M. Cullerier lui pratiqua dans toute l'étendue du canal de l'urètre, à deux ou trois reprises, une cautérisation assez vive à l'aide du crayon de nitrate d'argent. Au bout de quelques jours, en exerçant sur l'urètre, d'arrière en avant, une compression modérée à l'aide du doigt introduit dans le vagin, le chirurgien fit sortir du canal un tube semblable à un tuyau de plume, blanchâtre, membraniforme, et qui n'était autre chose que la membrane muqueuse urétrale escharifiée dans toute sa longueur. L'urétrite était guérie, et n'a plus reparu depuis.

— Bien que nous ne prétendions faire ici nullement l'histoire complète de la blennorrhagie chez la femme, les deux observations que nous avons rapportées en détail nous ont paru pouvoir donner lieu à quelques réflexions sur le siége habituel et le plus fréquent de la blennorrhagie chez la femme, et sur le traitement de l'urétrite.

La blennorrhagie chez la femme a-t-elle plus fréquemment son siége dans l'urètre que dans le vagin, ou dans le vagin que dans l'urètre; ou bien encore, comme l'ont prétendu quelques auteurs, y a-t-il toujours coïncidence des deux écoulements vaginal et urétral?

Examinons d'abord rapidement les opinions des auteurs à ce sujet.

Van-Swieten et, d'après lui, Astruc distinguèrent quatre espèces de blennorrhagie chez la femme. Dans la première espèce, le tiers inférieur du vagin à peu près est seul affecté; dans la seconde, ce sont les glandes muqueuses qui environnent l'orifice de l'urètre; la troisième variété est constituée par l'urétrite proprement dite; la quatrième n'est autre chose qu'une phlegmasie des parties extérieures de la génération, une véritable vulvite. Voici le passage de Van-Swieten: « Si urethra à contagio venereo inficiatur, fiet tertia species gonorrhææ muliebris quæ similia parcet mala ac in historiâ gonorrhææ virilis recensita sunt; materies effluit similis, stranguria molesta est, » etc. (*De lue venereâ*, page 402). L'obligation que nous impose la faculté de faire une composition latine dans l'une des dernières épreuves scolastiques, nous fait espérer que nos confrères nous pardonneront cette citation latine, et nous permettront de ne pas leur faire l'injure de la traduire. De ces quatre variétés, la plus commune pour Van-Swieten est la vaginite; l'urétrite ne vient qu'en second lieu.

Swediaur pensait que la blennorrhagie ne pouvait jamais, chez la femme, avoir son siége dans l'urètre. « La blennorrhagie syphilitique des femmes, dit-il, a cela de particulier, que son siége n'est pas dans la cavité de l'urètre, comme quelques auteurs, et dernièrement encore, B. Bell, l'ont avancé. *Je n'ai jamais vu une seule femme dont l'urètre fût le siége de cette maladie.* Effectivement, il serait bien étrange que le virus syphilitique, communiqué par le coït, fixât son siége chez les femmes de préférence dans la cavité de l'urètre..... Ce qui a induit probablement quelques auteurs dans cette erreur sur le siége de la blennorrhagie dans l'urètre chez la femme, c'est la strangurie ou l'ardeur et la difficulté d'uriner auxquelles les femmes sont également sujettes dans cette maladie comme les hommes. Mais cette affection de l'urètre, ainsi que celle de la vessie, sont chez elles entièrement sympathiques, » etc....

A peu près à la même époque, et au moment où Swédiaur disait n'avoir jamais observé l'urétrite chez la femme, Hunter écrivait de son côté: « Dans la blennorrhagie chez la femme, le vagin a moins de tendance à s'enflammer que l'urètre, parce qu'il est moins sensible que ce dernier. » Ainsi, cet auteur pensait que l'urétrite constituait le plus souvent l'affection qui nous occupe.

Nous allons voir par des citations plus récentes, que les dissidences des auteurs anciens se sont prolongées jusqu'à nos jours.

« La blennorrhagie chez la femme, dit M. Lagneau, est caractérisée par un écoulement muqueux, opaque, puriforme..., exclusivement fourni, dans le plus grand nombre de cas, par la membrane qui tapisse le vagin et son orifice. Quelquefois, pourtant, la matière provient aussi de l'intérieur du canal de l'urètre; mais si le méat urinaire participe quelquefois à la phlogose, on ne peut l'expliquer que par la communication de l'irritation qui, des nymphes et de l'intérieur du vagin, gagne cette ouverture à raison de sa proximité. »

On avouera que ce n'est point quelque chose de médiocrement curieux que de voir cette diversité d'opinions si tranchées, si exclusives, sur un point que l'observation et un examen tant soit peu attentif eussent suffi tout d'abord pour élucider. La question de possibilité une fois admise, serait restée la question de fréquence, beaucoup moins importante, et que les chiffres auraient aisément résolue, dans une affection aussi fréquente.

M. Gibert se croit fondé, d'après plusieurs faits bien observés, à donner plus spécialement le nom de blennorrhagie chez la femme à ces écoulements aigus qui ont leur siége dans le canal de l'urètre.

Pour cet auteur, la blennorrhagie est le plus souvent une urétrite, et il ne semble pas éloigné de cette idée que l'on devrait exclusivement réserver le nom de blennorrhagie chez la femme aux écoulements urétraux. D'autre part, M. Philippe Boyer, tout en admettant l'urétrite, qui, selon lui, coïncide toujours avec la phlegmasie du vagin, propose le nom de vaginite pour cette blennorrhagie, comme désignant le siége primitif de l'affection, et vu la fréquence de l'urétrite concomitante, qu'il regarde comme un épiphénomène, il ajoute: Pour être plus exacte, on devrait nommer cette affection *urétro-vaginite*.

Nous terminerons ces citations par un passage de l'ouvrage de M. Baumès (de Lyon): « Etablir avec quelques auteurs que c'est toujours le méat urinaire, le canal de l'urètre, qui sont affectés de prime abord dans la blennorrhagie, affirmer avec d'autres que c'est toujours le vagin et non le canal de l'urètre, c'est être également trop exclusif; il est positif qu'au commencement de la blennorrhagie c'est tantôt le dernier de ces organes, tantôt, et bien plus souvent, le premier qui est le siége de l'inflammation. Assez fréquemment tous les deux sont également affectés. »

Dans ces derniers temps, M. Ricord, auquel la science syphiliographique doit une si belle partie de ses progrès, après avoir observé un grand nombre de faits, a cru pouvoir résoudre la question, et voici les résultats auxquels il est arrivé. D'après lui, la proposition de ceux qui prétendent que l'urètre n'est jamais affecté chez la femme est insoutenable, et l'examen le plus grossier ne permet pas de méconnaître l'urétrite dans un grand nombre de cas de blennorrhagie. « Mais d'un autre côté, ajoute-t-il, la proposition de Hunter, que nous avons citée plus haut, n'est pas non plus rigoureuse. Si, contre l'avis de Swediaur, j'ai soutenu avec Bell et autres que la blennorrhagie urétrale chez la femme est plus commune qu'on ne le croit généralement, l'expérience de tous les jours prouve que la vaginite est encore plus fréquente. » Suivant lui, les cas où il y a complication et coïncidence des deux écoulements urétral et vaginal sont, sans contredit, les plus communs, et la proportion qu'il admet est de huit sur douze. Il a vu quelquefois aussi l'urétrite simple et sans vaginite.

L'opinion de M. Cullerier n'est pas tout à fait la même que celle de M. Ricord au sujet du siége de la blennorrhagie et de la coïncidence de la vaginite et de l'urétrite. L'observation des faits, et nous en avons cité trois au commencement de cet article, recueillis par lui ou sous ses yeux, le conduit à admettre l'existence de l'urétrite dans les cas de blennorrhagie chez la femme. D'autres fois il a pu voir l'urétro-vaginite; mais il ne pense pas, d'après le nombre des faits qu'il a été à même d'observer que la fréquence de l'urétrite soit tout à fait aussi considérable que l'ont établi les auteurs que nous avons cités. L'urétrite simple et l'urétrite vaginale peuvent se rencontrer, mais elles sont proportionnellement assez rares et ne constituent, relativement à la vaginite simple, que la faible minorité des cas.

Nous croyons avoir suffisamment insisté sur ce point, que l'observation journalière et personnelle de nos lecteurs les mettra probablement à même d'élucider par eux-mêmes, une fois leur attention fixée sur ce sujet.

Quel devra être maintenant le mode de traitement à mettre en usage dans l'urétrite chez la femme? Le canal de l'urètre est trop court et le méat urinaire trop large pour que l'on puisse songer à faire usage des injections astringentes ou caustiques. Pour le dire en passant, le peu d'efficacité qu'ont sur la vaginite les injections astringentes tient à la disposition de la muqueuse vaginale et aux nombreux replis qu'elle forme, replis que l'injection n'a pas assez de force pour effacer, et entre lesquels la muqueuse reste le siége de l'irritation blennorrhagique. Le moyen qu'emploie M. Cullerier pour obtenir la guérison de la blennorrhagie chez la femme, est la cautérisation directement opérée sur toute la surface de l'urètre à l'aide d'un long crayon de nitrate d'argent promené à l'intérieur de ce canal. Par ce moyen il est impossible que le point malade ne soit pas atteint, et l'on obtient toujours en un court espace de temps la cessation de l'écoulement et la guérison complète. Nous avons cité un fait curieux observé dans la ville par le chirurgien de la clinique duquel nous rendons compte, et dans lequel l'épithélium de la muqueuse urétrale entière fut complétement expulsé au bout de quelques jours, conservant la forme cylindrique et semblable au tuyau d'une grosse plume d'oie.

Ce mode de traitement et les résultats qu'il obtient de son emploi ont suggéré à M. Cullerier quelques réflexions sur une méthode de traitement de la blennorrhagie chez l'homme, nommée méthode de Carmichaël, et récemment mise en honneur et conseillée par Debeney. Elle consiste, comme on le sait, à traiter la blennorrgagie, dès son début, par des injections de nitrate d'argent à haute dose (soixante ou quatre-vingts centigrammes pour trente grammes d'eau) solution caustique sous l'influence de laquelle les auteurs de la méthode prétendent faire disparaître en quelques jours le plus grand nombre des blennorrhagies. Au point de vue rationnel, il semblerait tout d'abord que ce traitement doit être préférable à tous les autres puisqu'il exerce sur toute l'étendue de la muqueuse urétrale la cautérisation que détermine sur la muqueuse urétrale de la femme le crayon de nitrate d'argent. Telle avait été, en effet, l'opinion de M. Cullerier dans les commencements, et cependant il a maintenant renoncé presque complétement à ce traitement abortif par le nitrate d'argent à haute dose. En voici la raison: il est à peu près impossible, suivant lui, de remplir le canal de l'urètre avec le liquide caustique au point de le distendre et d'effacer tous les plis que peut présenter la muqueuse. Or, si l'on parvient à cautériser la plus grande partie du canal, mais que quelques points, si peu nombreux soient-ils, n'aient point été atteints et continuent à sécréter le muco-pus blennorrhagique, tout le bénéfice de l'injection sera perdu; car le contact du pus des parties non cautérisées sur les points du canal qui auront subi cette cautérisation fera nécessairement récidiver la maladie. M. Cullerier a donc, nous le répétons, pour cette raison, presque complétement abandonné la méthode de MM. Carmichaël et Debeney pour s'en tenir chez l'homme aux injections faibles, qu'il n'entre point dans notre plan d'examiner ici.

Dr A. FOUCART.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

De la nouvelle opération de grenouillette. Sa description. Observation.

La plupart des opérations qui ont été pratiquées pour guérir la grenouillette, ont été faites dans le but d'ouvrir le kyste salivaire, et de le maintenir ouvert. Mais toutes ces opérations ont des inconvénients, et quelques-unes ont, en outre, le défaut de ne pas remplir la dernière partie de l'indication que l'on s'était posée, c'est-à-dire celui de laisser refermer l'ouverture qui avait été pratiquée.

M. Jobert (de Lamballe) a adopté la même indication; mais il s'est proposé de la remplir d'une manière tout à fait spéciale, et qui nous semble on ne peut plus ingénieuse.

Son procédé opératoire n'ayant jamais été décrit d'une manière suffisamment exacte pour que l'on pût le comprendre et le répéter, nous allons le décrire brièvement mais complétement.

M. Jobert enlève, par une dissection délicate, toute la muqueuse du plancher de la bouche qui recouvre la tumeur salivaire, sans toucher à celle-ci. Il en résulte une perte de substance au milieu de laquelle apparaît le kyste resté intact et entouré par le bord saignant de la muqueuse buccale divisée. Le chirurgien incise seulement alors les parois de la tumeur parallèlement à la branche horizontale du maxillaire inférieur. Si la tumeur est peu volumineuse, cette incision suffit; si elle l'est trop, M. Jobert enlève une portion de ses parois.

Les lèvres de l'ouverture qui en résulte sont écartées l'une de l'autre. La lèvre antérieure est renversée en avant, la postérieure en arrière, de manière que la poche salivaire soit béante. Alors les lèvres sont rapprochées du nord divisé de la muqueuse buccale; la lèvre antérieure est mise en contact avec le bord de la muqueuse qui est placé derrière le maxillaire inférieur, tandis que la lèvre postérieure est mise au bord de la muqueuse qui se trouve au-dessous de la base de la langue.

Comme on le voit, les deux membranes muqueuses, celle du kyste et celle du plancher de la bouche, sont mises en contact par leur surface saignante. C'est dans cette position que les bords ainsi rapprochés sont réunis à l'aide d'une suture entrecoupée. Cette suture est faite de la manière suivante: Les aiguilles, armées d'un fil ciré, traversent d'abord la paroi du kyste de sa surface muqueuse à sa surface saignante, puis le bord correspondant de la muqueuse buccale en sens inverse. Les deux extrémités libres du fil sortent donc par la surface muqueuse des deux membranes, tandis que son anse est accolée à leur autre surface. Le chirurgien fait alors un nœud double qui maintient les parties dans le rapport où elles ont été placées, et coupe à ras les deux chefs du fil. On répète ce point de suture autant de fois qu'il est nécessaire de le faire pour que la réunion puisse s'effectuer complétement. Quelquefois on est obligé d'en placer sept ou huit.

Le résultat de cette opération est le suivant:

La membrane interne du kyste est étalée au fond du plancher de la bouche, de manière que sa face interne devienne libre, et, cousant le bord de l'ouverture qu'on lui a faite au bord de la muqueuse buccale, on insère cette nouvelle membrane dans la perte de substance opérée dans la première; de sorte que la membrane du kyste remplace la portion enlevée à la muqueuse de la bouche. C'est, en un mot, une sorte d'autoplastie faite, non pas dans la vue de combler une perte de substance, mais d'utiliser une membrane que l'on ne peut faire disparaître. Lorsque les adhérences se sont complétement formées entre les deux membranes, il est facile de voir que, maintenue par la muqueuse environnante, la muqueuse du kyste ne peut point revenir sur elle-même pour refermer l'ouverture qui lui a été faite. En conséquence, le kyste salivaire ne peut point se reproduire.

Si maintenant nous voulons juger de la valeur de cette opération d'après la nature supposée de la maladie contre laquelle on la dirige, il nous sera facile d'apprécier l'importance de cette nouvelle manière de traiter la grenouillette.

La tumeur dont nous nous occupons peut être produite dans un certain nombre de cas, par une oblitération du canal de Warthon, dont les parois, distendues par l'accumulation de la salive, se dilatent considérablement. Dans ce cas, l'opération de M. Jobert permet d'ouvrir le canal qui était oblitéré et de le maintenir béant, et elle s'oppose à peu près certainement à ce que la maladie se reproduise.

D'un autre côté, l'on a attribué la grenouillette au développement d'un kyste complétement indépendant du canal de Warthon, ce qui, dans quelques cas, nous semble probable. Alors même encore, l'opération que nous venons de décrire serait applicable à cette espèce de grenouillette. En effet, elle aurait pour résultat de maintenir ce kyste ouvert en mettant ses parois à la place d'une portion de la muqueuse du plancher de la bouche et, en empêchant le kyste de se refermer, elle amènerait une guérison définitive.

Ainsi, quelle que soit la manière dont on conçoive la formation de la tumeur, cette opération est toujours convenable et ce caractère se distingue de quelques autres qui ne sont pas applicables à tous les cas. Nous ne voulons citer pour exemple que l'opération de l'extirpation, qui, bien évidemment, ne convient qu'aux cas dans lesquels cette tumeur est formée par un kyste indépendant du canal de Warthon, et serait irrationnelle dans le cas contraire.

L'observation suivante, recueillie par M. Saint-Cllvier viendra de nouveau confirmer les cas nombreux déjà que M. Jobert possède, et dont quelques-unes ont été publiées dans ce Journal.

Observation. — Louise Delaunay, âgée de huit ans, est présentée à la consultation de M. Jobert (de Lamballe) au commencement du mois d'août. Elle s'est plainte, il y a huit jours,

d'un engorgement avec tension douloureuse dans la région sous-maxillaire droite et de gêne dans les mouvements de la langue, soit pour parler, soit pour manger. En lui faisant ouvrir la bouche, on aperçoit une petite tumeur siégeant à droite sur le plancher de la bouche, sous la langue, depuis la première incisive jusqu'à la première molaire. Cette tumeur soulève l'extrémité de la langue et en gêne les mouvements; ses parois sont comme transparentes en quelques points; vers son extrémité interne, une petite saillie muqueuse, rosée, représente sans doute l'ouverture oblitérée du canal de Warthon. Cette tumeur est tendue, mais n'est point fluctuante.

L'existence d'une grenouillette bien constatée, M. Jobert pratique l'opération qui vient d'être décrite, et dont nous ne reproduirons que les particularités les plus remarquables.

Dans ce cas particulier, on fut obligé d'avoir recours à une excision partielle de la poche. Après l'incision du sac, il s'écoule de sa cavité un liquide transparent, visqueux, filant, qui n'est autre chose que de la salive épaissie par un séjour prolongé dans ses canaux naturels. On voit alors le fond du sac tapissé par une membrane rosée; un peu à droite, un très petit orifice donnant issue à la salive, et que l'on regarde comme étant le canal de Warthon.

Le lendemain, il y a un peu de fièvre; la bouche est brûlante, sèche. La malade ne peut ni parler, ni boire sans douleur; elle rejette toute la journée une quantité de salive.

Ces accidents diminuent le lendemain, et sont terminés le troisième jour. Il reste encore deux points de suture qu'on enlève. La plaie est en voie de cicatrisation. La région sous-maxillaire n'est plus engorgée.

Le vingtième jour, les parties sont entièrement cicatrisées. Derrière la deuxième incisive de droite, existe un petit pertuis ovalaire dont le grand diamètre a 2 ou 3 millimètres d'étendue, et qui fait fonction de l'ouverture du canal de Warthon. Les bords de cette ouverture sont un peu saillants et en forme de bourrelets. La salivation est toujours abondante.

X...

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. Août 1844.

Mémoire sur un cas de transposition du sens de la vue;
Par M. le docteur ENCONTRE, de Montauban.

Comme le rédacteur du journal qui publie ce fait, nous allons l'exposer sans en garantir la réalité, l'abandonnant aux chances qui l'attendent de la part des croyants et de la part des incrédules.

M....., âgé de quatorze ans, assez fortement constitué, fit peut-être abus des bains de Barèges, où il avait été envoyé pour des croûtes à la tête. Des signes d'excitation générale se manifestèrent. De retour à Montauban il éprouva des indispositions plus marquées, des douleurs de tête, des vertiges fréquents. Un jour, M... tombe de sa hauteur, soudainement, sans cause connue, et paraît dans un état léthargique qui cède à un lavement émétique et à un pédiluve très chaud. Le dimanche suivant, le malade tombe de la même manière; mais au lieu d'un état léthargique, c'est au contraire une grande agitation qui semble tenir de la manie qu'on observe. Il fait diverses singeries; il se précipite sur un sofa comme s'il plongeait dans la rivière, et fait les mouvements comme pour nager; tantôt il veut faire la cabriole sur le pavé, puis il rit d'un air niais. Parcourant de ses mains le chambranle de la cheminée, il y trouve en tâtonnant (car il a les yeux fermés) une grosse poire qu'il mange avec avidité; au bout de deux heures, il revient à son état naturel.

La même scène se renouvelle les jours suivants, mais sans périodicité. Le malade éprouve brusquement une contraction générale de tous les muscles. Un court gémissement accompagne ces contractions; après quoi les muscles reprennent leur état naturel, et le malade, tantôt agité, tantôt calme, cherche à s'amuser en variant ses jeux. Le petit lait, les bains, la valériane, le musc, divers autres antispasmodiques sont employés sans succès.

Bientôt des phénomènes plus extraordinaires se manifestent. On s'aperçut un jour, dans un des paroxysmes, que le malade ayant pris un cahier, écrivait (sans y voir, puisque dans tous ses accès il avait les yeux fermés) les temps d'un verbe grec. Grande surprise! Mais l'étonnement fut à son comble lorsqu'on vint à découvrir qu'il lisait aussi les yeux fermés. Le même phénomène se reproduisit plusieurs fois, et l'auteur qui n'en avait pas encore été témoin, et qui malgré les affirmations de la famille refusait d'y croire, fut appelé dès l'invasion du premier accès suivant. Il trouva le malade dans l'état suivant: habitude du corps naturelle; les yeux complétement fermés; les paupières pouvaient cependant être facilement séparées, et l'on voyait alors le globe de l'œil dévié de sa position normale. Disposé à correspondre avec les personnes qui l'entouraient, M... faisait divers signes, mais ne parlait point; il n'articulait que des sons dont la signification était inconnue. L'ouïe était complétement perdue. Il n'entendait pas le bruit soudain de deux in-quarto reliés se heurtant violemment derrière lui, et le canon qui, un jour de réjouissance publique, tirait presque sous ses fenêtres, en ébranlait les vitres et imprimait une secousse à tous les assistants, ne produisait pas sur lui la plus légère impression.

Mais si le sens de l'ouïe était intercepté, par contre l'odorat acquérait une finesse et une exaltation merveilleuses. Le malade, marchant les yeux fermés, *flairait* continuellement et paraissait *sentir* les objets qui étaient sur son passage et qu'il évitait aussi soigneusement que s'il les avait *vus*. Ainsi, dans quelques-unes de ses attaques, il a pu sortir de chez lui, cheminer dans la rue aussi sûrement que s'il eût les yeux ouverts, et d'autres fois il est monté sur le toit de la maison et s'y est promené, mettant sa famille dans les transes les plus cruelles. Et telle était l'exquise sensibilité de l'odorat que, au rapport de ses parents, il lui est arrivé de discerner, à l'aide de ce sens, certaines personnes qu'il voyait habituellement. Ce qu'il y a de positif, dit l'auteur, c'est une prodigieuse exaltation de l'odorat, une complète surdité, et une transposition du sens de la vue dans la main; c'est par la main qu'il voyait.

Du reste, le pouls était naturel, et la santé généralement bonne.

L'attaque terminée, M... paraissait aussi calme que s'il n'avait rien éprouvé, et ne conservait aucun souvenir de ce qui venait de se passer. Mais dans le paroxysme, il avait la conscience de son état, et se souvenait alors des attaques précédentes. Il a même prétendu connaître d'avance la nature, la durée de celles qui suivraient; l'événement a prouvé que ces prédictions étaient tout à fait hasardées.

Quant à la transposition du sens de la vue, nous allons laisser parler l'auteur: « On avait allumé des chandelles, et nous étions dans une chambre au premier étage de la maison. J'écris à une certaine distance du malade (tout à fait hors de la portée des yeux les plus clairvoyants) cette question: *Mon cher ami, veux-tu que nous descendions pour chanter?* Un piano se trouvait au rez-de-chaussée: on emporte les chandelles. Le jeune M... est conduit vers une table; on lui met à la main un crayon et le papier sur lequel je venais d'écrire; il applique le papier sur la table, passe rapidement le plat de la main sur ce que j'avais écrit, et écrit lui-même précipitamment ces mots, en réponse à ma question: *Je le veux bien*. Aussitôt, quittant le papier et le crayon, il part, se dirige vers l'escalier, descend avec la vitesse du trait qui fend l'air. Nous le suivons étonnés, et nous le trouvons assis devant le piano que, du reste, il ne touchait pas, n'étant musicien en aucune manière. Ma surprise fut à son comble, et mes hésitations de quelques jours tombèrent devant cette expérience bien simple, mais bien concluante. »

L'auteur ne se borna pas cependant à cette seule expérience, et il donne le récit de toutes celles qu'il tenta. Ainsi le malade a toujours su l'heure qu'il était en lui appliquant une montre le verre tourné vers la paume de la main. On banda, on tamponna les yeux du malade, on interposa entre ses yeux et le livre à lire un carton, et l'expérience réussit également.

Nous abrégeons le long exposé fait par l'auteur de toutes les tentatives qui furent faites pour bien s'assurer qu'il n'était pas la dupe d'une supercherie. Sa foi est complète et entière sur ce point; il croit à la réalité du phénomène.

Les paroxysmes ont continué plusieurs mois, malgré tous les remèdes, dont quelques-uns fort dégoûtants, que se prescrivait lui-même le malade; puis ils se sont affaiblis par degrés, sont devenus plus rares, et ont enfin entièrement disparu.

L'auteur termine son mémoire par des considérations fort étendues, par lesquelles il cherche à expliquer la surnaturalité de ce phénomène. Nous ne le suivrons pas dans cette voie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Considérations pratiques sur l'emploi de l'écorce fraîche de la racine du grenadier indigène dans le traitement du tœnia; par M. le docteur LAFARGUE, de Saint-Emilion.

Il n'est pas besoin de rappeler ici, car tous les praticiens le savent aujourd'hui, que, depuis une vingtaine d'années, l'écorce de racine de grenadier est considérée généralement comme le moyen le plus sûr que l'on puisse mettre en usage contre le tænia. De nombreuses observations attestent en effet son efficacité. Toutefois, son administration n'est pas toujours couronnée d'un égal succès.

Suivant le docteur Lafargue, cette différence dans les effets produits doit être exclusivement rapportée à l'espèce d'écorce de racine de grenadier dont on se sert. Ainsi, ce praticien, par des expérimentations comparatives avec l'écorce de grenadier exotique et celle du grenadier indigène, tant à l'état sec qu'à l'état frais, a reconnu positivement qu'il convient de se servir exclusivement de l'écorce fraîche fournie par le grenadier indigène, parce que c'est en elle seulement qu'on peut trouver d'une manière bien certaine la merveilleuse et instantanée l'efficacité qui la fait prescrire avec tant d'avantage contre le ver solitaire.

Tous les pharmacologues et les thérapeutistes s'accordent à conseiller l'administration d'un purgatif le soir du jour qui précède l'emploi de ce ténifuge; mais M. Lafargue s'en abstient, et le succès de la médication n'en est ni moins complet, ni moins prompt. Il prescrit de 45 à 90 grammes d'écorce pour un litre d'eau, qu'on fait bouillir jusqu'à réduction de moitié. Il fait prendre la totalité de cette décoction en une seule ou en plusieurs fois, et le malade commence à rendre des portions de ver dans l'espace d'un quart d'heure, à une heure après l'ingestion du médicament.

M. Lafargue rapporte deux observations à l'appui du traitement ténifuge conduit comme il vient d'être dit.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

Efficacité du nitrate d'argent et des bains chauds dans certains cas de diarrhée chez les enfants; par M. le docteur BUCHHEISTER, de Hambourg.

Tous les flux diarrhéiques qui surviennent dans les premiers âges de la vie, sont loin d'être identiques et de réclamer une même médication. M. le docteur Buchheister signale à l'attention des praticiens la diarrhée qui se montre fréquemment chez les jeunes enfants, peu de temps après leur sévrage, et qui se reconnaît aux caractères suivants. Les matières évacuées sont en partie de couleur verte, en partie de couleur jaune, souvent sous forme de petites granulations du volume des graines de moutarde, et toujours rendues avec beaucoup de douleurs, ainsi que le dénotent les plaintes et les gémissements des petits malades. La pointe de la langue est d'un rouge de mauvais augure, et, en l'examinant au moyen d'une loupe, il n'est pas rare d'y remarquer de petites papules: souvent aussi, les bords de la langue sont colorés en rouge, mais à un degré moindre que l'extrémité de cet organe: la langue est, en outre, recouverte d'un enduit qui paraît vouloir se détacher promptement et qui cependant ne se détache jamais.

De plus, il existe toujours de l'inquiétude, la tête paraît indiquer de vives douleurs par la manière dont l'enfant la supporte; les mains sont chaudes, l'urine exerce toujours une réaction acide, l'abdomen est souvent douloureux; il y a des vomissements d'aliments non digérés; les petits malades poussent de temps en temps des cris perçants de nature toute particulière; plus tard, il survient enfin une petite toux et des mouvements spasmodiques précurseurs de la mort.

Dans les cas de ce genre, suivant M. Buchheister, le thérapeutiste n'a rien à espérer de quelque mode de traitement que ce soit autre que l'emploi du nitrate d'argent et des bains chauds.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Traitement de l'otite chronique; par M. le docteur VELPEAU.

Dans l'otite chronique externe, avec ou sans écoulement, M. Velpeau prescrit ordinairement le traitement suivant:

1° Injecter dans le conduit auditif externe, tantôt de l'eau d'orge miélée, tantôt de l'eau de saturne légère, tantôt enfin de la décoction de feuilles de noyer.

Ces trois liquides doivent être employés successivement, et chacun d'eux doit être injecté pendant une semaine.

2° Prendre pour tisane une infusion de feuilles de noyer.

NOUVELLES.

M. le docteur Nonat, médecin du Bureau central, vient d'être nommé médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 112. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur la fièvre typhoïde. Des symptômes et de leur valeur. (Voir le n° du 15 août.)

Nous avons, dans un précédent paragraphe, examiné les caractères fournis dans l'affection typboïde par la bouche, les gencives, les dents, les lèvres, et nous avons dit tout le parti que l'on pouvait tirer de quelques-uns des phénomènes que l'on observe pour le diagnostic. Si nous passons aux fonctions de la bouche elle-même, et aux signes tirés de son ensemble, nous voyons qu'elle peut être sèche, humide, fade, amère, pâteuse, poisseuse. On observe, en général, que la bouche n'est guère poisseuse que dans l'affection typhoïde, bien que nous ne voulions pas prétendre absolument qu'elle ne l'est jamais dans aucune autre maladie. Un phénomène qui n'est pas très rare, et que l'on rencontre encore quelquefois, c'est la douleur de gorge, analogue à celle que l'on constate dans l'angine pharyngée. Un assez grand nombre de malades se plaignent dès les premiers jours de difficulté de la déglutition. Cette gêne peut dépendre de plusieurs causes. Elle peut être déterminée par la sécheresse de la gorge, par une paralysie complète ou incomplète du pharynx, etc. C'est surtout sur cette dernière cause qu'il nous faut fixer notre attention.

Lorsque la difficulté de la déglutition dépend d'une paralysie du pharynx, on remarque un ensemble de symptômes particuliers et caractéristiques. Les malades ne peuvent avaler : ils n'opèrent aucun mouvement de déglutition ; les boissons introduites dans la bouche tombent dans le pharynx et de là dans l'œsophage, sans être dirigées par cette série de mouvements si compliqués qui s'exécutent à l'état normal ; aussi arrive-t-il quelquefois qu'elles tombent dans le tube aérien, dans la trachée artère, et c'est là habituellement un des derniers et des plus sinistres symptômes de l'affection typhoïde. Il est connu depuis les temps les plus reculés, et nous trouvons dans Hippocrate un pronostic fâcheux tiré de cette circonstance, lorsque les liquides tombant dans le gosier produisent, dit-il, un bruit analogue à celui qu'ils détermineraient en tombant dans un vase métallique sonore.

L'affection typhoïde s'accompagne fréquemment de nausées et de vomissements. Les vomissements peuvent contenir quelquefois des matières sanguinolentes. Il m'est arrivé dernièrement de soigner un jeune sujet atteint de fièvre typhoïde, qui avait des vomissements de sang et des selles sanglantes aussi. Les matières vomies et celles qui étaient rendues par l'anus offraient une extrême fétidité. C'est sous ce rapport, un des cas les plus curieux que nous ayons eu occasion d'observer.

La douleur de l'abdomen, soit partielle, soit générale, est d'une fréquence extrême dans la fièvre typhoïde. Le plus souvent, elle est plus forte dans la fosse iliaque droite que partout ailleurs ; ce qui doit, du reste, paraître peu étonnant, les follicules et les plaques étant beaucoup plus nombreux dans la dernière partie de l'intestin grêle qui correspond à cette région, que dans aucune autre portion. Il peut y avoir, au début, de la constipation ou de la diarrhée. Certains auteurs ont pensé que la constipation constituait un état plus grave que la diarrhée, et devait faire porter un pronostic plus sérieux. Nous ne partageons point cette opinion. Nous regardons la diarrhée comme un accident toujours grave ; d'abord comme symptôme, elle est souvent un signe de la présence d'ulcérations dans l'intestin ; puis elle affaiblit les malades. Relativement à la diarrhée, il y a d'abord à considérer le nombre de selles, qui peut varier beaucoup. Il est des cas dans lesquels on a compté jusqu'à vingt ou trente selles par jour. Puis la quantité des matières excrémentitielles rendues par les malades ; leur plus ou moins grande abondance mérite attention. Enfin, il n'est pas indifférent que ces matières soient très liquides ou présentent un certain degré de consistance. Quand les matières sont liquides comme de l'eau, légèrement colorées, un peu verdâtres, le cas est très grave, et le signe fâcheux. Lorsque la consistance des matières diarrbéiques augmente, c'est un signe favorable, et l'on peut concevoir l'espérance que l'état du malade s'améliorera bientôt.

Avant d'aller plus loin, nous devons vous dire que les selles sont quelquefois involontaires. Nous reparlerons plus bas de ce symptôme, et nous vous ferons remarquer qu'il y a une différence importante à établir entre les cas où les malades sentant venir les matières, ont la conscience de leurs besoins et ne peuvent cependant s'empêcher d'y satisfaire, et ceux beaucoup plus graves où ils n'en ont pas la conscience et rendent les excréments dans leur lit, sans s'en apercevoir. C'est encore ici le lieu de signaler la tension et le ballonnement du ventre, ordinairement produits par des gaz. Chacun de ces phénomènes est tellement important, qu'il mériterait de faire le snjet d'un article spécial, tant sous le rapport de sa fréquence que sous celui de son intensité. Une recommandation importante encore à faire aux praticiens, c'est de ne jamais faire l'exploration de l'abdomen et de ne chercher à constater le gargouillement qu'avec les plus grandes précautions ; car dans le cas où il existerait des ulcérations intestinales un peu étendues et profondes elles pourraient se trouver déchirées, et le passage des matières fécales dans la cavité de l'abdomen produire une péritonite mortelle.

Appareil circulatoire. — C'est principalement la circulation artérielle qui mérite d'être attentivement examinée. Le pouls est souvent fort, développé, principalement dans la première période de la maladie. Ordinairement, il est large, bat sur une large surface, mais il n'est pas résistant, et se laisse facilement déprimer. Relativement à sa fréquence, nous avons plusieurs fois cherché à fixer votre attention sur une des circonstances les plus intéressantes du diagnostic de la fièvre typhoïde. Lorsqu'un sujet, jeune encore, se présente à vous avec un pouls au-dessus de cent par minute, sans autre signe qui puisse aider au diagnostic, vous avez de grandes probabilités qu'il va être atteint d'une fièvre typhoïde. Quand le pouls s'élève encore, qu'il donne 120 par minute, et que cependant aucun phénomène local ne peut faire reconnaître la nature de la maladie, vous pouvez, en presque certitude complète, affirmer que le sujet offrira tous les signes d'une fièvre typhoïde. Et cependant, tout en ayant égard à l'importance de ce caractère, il faudrait prendre garde d'y ajouter trop de confiance, et dans tous les cas.

Dans les premiers temps que nous faisions le service dans les hôpitaux, il nous arriva de jeunes sujets qui ne présentaient absolument d'autres signes que cette accélération du pouls, et chez lesquels l'examen le plus attentif et le plus minutieux n'avait fait reconnaître aucun symptôme local. Quelques jours après leur entrée, le lendemain ou le surlendemain, une éruption se déclarait, qui suivait normalement ses périodes. Mais, sans que l'on veuille en faire un signe exclusif et toujours constant, il n'en est pas moins vrai que la fréquence du pouls est un des caractères les plus certains qui puissent nous annoncer l'arrivée de la fièvre typhoïde. Plus le pouls est fréquent, surtout dans la dernière période, et plus le pronostic est grave et fâcheux. La fréquence du pouls n'est pas le seul signe qui puisse aider au diagnostic ; il présente encore d'autres caractères qui, sans être propres à l'affection typboïde, se montrent souvent dans cette maladie.

Il est quelquefois petit, au point même de devenir presque insensible ; symptôme toujours fâcheux. Lorsqu'après avoir été régulier, il devient irrégulier, intermittent, et si cela se rencontre principalement dans la dernière période, on doit toujours concevoir de sérieuses inquiétudes.

Le cœur n'offre rien de particulier. L'état du sang n'est pas le même que dans l'état normal, ou dans les inflammations pures et franches. Les uns pensent que le sang est altéré dans la fièvre typboïde, et qu'il n'est altéré que consécutivement, par le seul fait de l'intensité de la maladie ; d'autres croient qu'il n'est point altéré du tout ; enfin, les derniers, et ce sont les plus nombreux, regardent comme primitive l'altération du

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La science des infiniments petits. — Une cuisse de grenouille à l'Institut. — Les vers du nez à l'Académie de médecine. — Feu Chervin, M. Aubert-Roche et les quarantaines. — Une statue à Bar-le-Duc. — L'hôtel-de-ville de Paris. — Le musée de Versaillea. — Un micrographe volé, battu et peu content. — Une épisode de cour d'assises. — Dythyrambe en l'honneur d'Hannemann. — Suppreasion de l'iodure de potassium. — Danger d'aller voir des femmes turques. — Un miracle de Saint-Vincent de-Paule.

La science est une belle chose ; qui pourrait le contester ? A coup sûr ce n'est pas moi ; néanmoins je distingue. La science pure, celle qui ne donne d'autres satisfaction qu'à la curiosité, qu'au désir de connaître, cette science des petites chosea et des détails infimes, dont on n'aperçoit aucune corrélation directe et prochaine avec un besoin actuel quelconque, cette science dont les adorateurs disent ce que certains critiques d'esthétique disent de l'art : la science pour la science, l'art pour l'art ; cette science je l'admire, je m'humilie devant elle ; mais je ne la comprends pas toujours, pas même quand elle passe par la bouche du plus habile vulgarisateur moderne, M. Arago. Ainsi, lundi dernier, le célèbre secrétaire perpétuel s'évertuait à décrire une ingénieuse expérience de M. Matteuci, ayant pour but, devinez lequel ? De calculer et de préciser quel poids juste peut soulever la cuisse d'une grenouille soumise à un courant électrique !... Vous comprenez de quel immense intérêt il est pour l'humanité que l'opinion des savants soit fixée sur ce point ; vous devinez tout de suite les graves conséquences que la solution de cette question va fournir à la science physiologique. Pour mon compte, cependant, je n'y voia que beaucoup d'ingéniosité dépensée, *in minimis rebus* ; car vous ne sauriez croire tout ce qu'il faut d'adresse et de patience, d'instruments de précision et des plus compliqués pour déterminer rigoureusement ce fait d'observation. La durée même du phénomène, et c'était là le point capital de l'expérience, y est précisée à un millième de seconde. Tout cela est fort joli et fort coquet ; mais de grâce, *cui bono ?*

Je suis un peu de la secte des utilitaires en fait de science ; il me semble que le luxe ne devrait y être admis qu'après avoir bien constaté que noua possédons le nécessaire. Pour ne pas sortir de notre domaine, en sommes-nous là en physiologie ? Qui oserait le soutenir ? Et lorsque de si grandes et de si belles questiona, de celles qui par tous les points touchent à des principes d'application et de pratique, restent encore sans solution et même sans étude, n'est-il pas permis de voir avec regret des aptitudes éminentes et complètes s'égarer dans la recherche de phénomènes stériles et sans portée ? Tout est-il donc si clair et si bien connu de ce qui concerne l'homme en santé et en maladie, que le zèle des savants n'ait plus à s'exercer que sur dea cuisses de grenouille ?... En vérité, je vous le dis, la science a déraillé ; ce n'est plus une ligne droite qu'elle suit, conduisant à un but déterminé, mais une voie non frayée, heurtant à droite et à gauche des obstacles qu'elle franchit sans les détruire, pour se briser contre un roc ou s'arrêter dans une impasse.

— A l'Académie de médecine, nous avona eu aussi une séance sur les infiniments petits. Après seize rapports de la commission des remèdes secrets, dont je n'ai plus le courage de rien dire vu les récriminations si nombreuses qui ont été élevées à ce sujet, M. le professeur Delille, de la Faculté de Montpellier, est venu lire une note sur la composition de ces petits points noira du nez au fond desquels un micrographe allemand avait déjà trouvé toute une dynastie d'accarus, et où M. Delille voit végéter aujourd'hui toute une forêt de poils, destinée probablement aux plaisirs de la chasse pour les habitants de ces lieux. Le microscope nous apprendra prochainement de quelle espèce de gibier l'*accarus nasalis* est le plus friand.

— Brave et noble Chervin, où es-tu ? Voilà qu'un an à peine aprèa ta mort regrettable, les idées et lea principes que tu as si long-temps soutenus, commencent à s'infiltrer dans l'administration, cette terre néanmoins si imperméable aux idées nouvelles. Une ordonnance récente vient d'abréger notablement la durée des quarantainea daos les ports de la Méditerranée pour les provenaocea du Levant. Notre reconnaissance envers les morts ne doit pas nous rendre injustes envers les vivants ; il faut se hâter de reconnaître que sur cette question spéciale des provenances du Levant, sur la position inférieure que la durée des quarantainea faisait à notre marine relativement à la tolérance qui règne dans les ports de l'Autriche, de l'Italie et de l'Angleterre, le public et l'administration ont été édifiés par les efforts et les recherches d'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Aubert-Roche qui paraît avoir hérité des bonnes intentions, de la persévérance et de l'opiniâtreté de Chervin. Ce que celui-ci a si longtemps réclamé pour la fièvre jaune, M. Aubert le réclame pour la peste et, plus heureux que son devancier, il voit un commencement de succès récompenser ses travaux.

— Une ordonnance royale autorise l'érection de la statue que lea habitants de Bar-le-Duc ont en l'intention d'élever à notre confrère M. Champion, qui, pendant plua de quarante ans, prodigua les secours de notre art à cette population aujourd'hui reconnaissante. De pareils honneurs, si rares, méritent assurément d'être remarqués.

A Paris, vous chercheriez vainement un monument, une inscription qui rappelle ses gloires médicales. L'Hôtel-de-Ville, je l'ai déjà remarqué, tout creusé de niches où les statues des grands écrivains, des grands commerçants, d'illustres guerriers, de pieux évêques vont trouver leur place, n'en présentera pas une seule où puisse être placée l'image de quelque grand médecin. Un de nos confrères fait partie du Conseil municipal, je lui signale de nouveau cet oubli injuste. Sur le côté sud, presque en face de cet Hôtel-Dieu qui conserve le souvenir ineffaçable des J.-L. Petit, des Desault, des Dupuytren, ne pense-t-il pas que la statue d'un de ces grands hommes ne fît pas meilleure figure que celle de quelque échevin oublié ?

Le royal fondateur du Musée de Versailles n'a pas tout à fait oublié notre confrérie dans ses galeries consacrées à toutes les gloires de la France. Dans la salle dite des Portraits, un cadre, encore vide il est vrai, porte le nom de Corvisart. Tout au-dessous, se trouve un magnifique portrait de Rabelais.

— Un médecin étranger, que aes travaux de microscopie relatifs aux maladies du cuir chevelu ont naturalisé et popularisé parmi nous, a failli périr victime d'un guet-apens nocturne. Les voleurs ne respectent plus rien. Autrefois on les vit s'incliner devant l'Arioste, aujourd'hui le microscope n'en garantit pas. Ils ne se sont pas contenté de voler notre confrère, ils l'ont encore battu et blessé, et il n'a dû son salut qu'au secours du voisinage attiré par ses cris.

— Voici un petit épisode de la Cour d'assises. Cela s'est passé à Paris, le 12 septembre courant, dans une grave affaire où il s'agissait de l'assassinat d'un fils par son père.

Un monsieur le docteur L... a été appelé en témoignage pour rendre compte de la blessure et des causes de la mort de la victime. Après une dissertation vingt fois interrompue, faite presque en patois et accompagnée de grands gestes qui parfois excitent l'hilarité de l'auditoire, un juré impatienté s'écrie :

— En résumé, monsieur le docteur, qu'avez-vous constaté sur le corps de la victime ?

Le docteur L... — Ah ! j'allais y arriver, je procède par distinction.

M. le président. — Dites de suite l'état du fils Constaotin.

Le docteur L... — Il existait deux blessures faites, à ce que j'ai pu conjecturer, par un instrument tranchant .... comme un couteau.....

M. l'avocat-général, au témoin. — Vous n'êtes pas M. Roux, le célèbre docteur de l'Ecole de médecine ?

Le docteur L..., en faisant une profonde révérence. — Mon Dieu non, monsieur le président ; nous le connaissons fort bien, c'est notre confrère. (On rit.)

Après plusieurs autres incidents plus ou moins hilariants, le docteur L... termine ainsi sa déposition :

— Ma déposition, messieurs, est très importante dans cette grave affaire ; les médecins ne doivent paraître dans cette enceinte que pour y dissiper les doutes et apporter la lumière de la science : je vais donc

sang. Nous partageons cette dernière opinion. Pour les médecins qui regardent la fièvre typhoïde comme une gastro-entérite ne différant des gastro-entérites ordinaires que par sa plus grande intensité, le sang n'est altéré que par suite de l'intensité même de la maladie, et voici le raisonnement sur lequel ils s'appuient. Vous tirez du sang, disent-ils, au début de l'affection, et il n'est point altéré, son aspect est normal. Ce n'est que lorsque l'affection a fait des progrès que les altérations du sang commencent à se montrer. Dans une certaine limite, cette opinion paraît justifiée. Le sang s'altère d'autant plus que la phlegmasie augmente.

Les auteurs qui pensent que le sang n'est point modifié dans ses conditions et ses propriétés pendant tout le cours de la maladie, prétendent que si l'on saigne dans la première période de l'affection, on trouve le sang dans le même état que la plupart des phlegmasies, et même quelquefois couenneux comme dans une inflammation parenchymateuse. Cependant, cette croûte inflammatoire n'a jamais l'apparence qu'elle présente dans la pleuropneumonie. Jamais elle ne prend la forme de cupule ou de champignon renversé. Elle n'est pas ferme et résistante, et ne peut, comme dans les inflammations dont nous venons de parler, supporter le poids du caillot.

La troisième opinion, avons-nous dit, est celle-ci : que la maladie étant produite par une cause tout à fait particulière, le sang est altéré dans toutes les périodes de l'affection. N'est-il pas vrai que lorsqu'un sujet est contaminé par le principe contagieux d'une fièvre éruptive, la rougeole, la variole, la scarlatine, il peut pendant quelque temps encore après que la contagion s'est opérée, continuer à se bien porter ? Si vous lui enlevez du sang à cette époque, vous ne vous apercevez d'aucun changement dans ses propriétés ; mais à mesure que la maladie marche vers sa période d'invasion et de développement, l'altération du sang paraît de plus en plus forte et manifeste. Je crois donc, pour ma part, qu'il y a altération du sang dès le début de la maladie, et que le sang s'altère nécessairement pour la production de l'affection typhoïde.

Dans les prodromes, on observe souvent des épistaxis dans la première période. Ce symptôme a une grande valeur diagnostique. Quant aux hémorrhagies qui arrivent par les organes respiratoires et par l'appareil digestif, elles sont moins fréquentes, et leur importance est beaucoup moindre.

Les fonctions respiratoires méritent d'être considérées. La respiration est quelquefois gênée. Nous voyons des affections typhoïdes dans lesquelles on rencontre ce symptôme, la dyspnée ; mais elle n'est pas constante. Ce que l'on observe le plus communément, c'est la présence de bruits anormaux dans la poitrine. On a noté des espèces de râles caractéristiques de l'affection dont nous nous occupons. La partie postérieure de la poitrine présente souvent des râles sibilants secs et sonores. Avec ces ronchus se mêlent souvent des râles humides d'un certain volume. L'existence de ces râles a fait supposer que les bronches contenaient, dans leurs petites divisions, une certaine quantité de liquides visqueux. En effet, c'est lorsqu'il y a un commencement d'engouement pulmonaire que ces phénomènes existent. Nous parlons ici de l'existence de la maladie sans aucune complication, car nous regardons souvent et même presque toujours l'existence des phénomènes bronchiques comme intimement liée à la maladie principale.

La sécrétion nous présente peu de particularités à noter. L'urine dépose soit de véritables sédiments, briquetés ou autres, soit des mucosités. On a dit que quelquefois les urines étaient alcalines. On s'est, suivant nous, grossièrement trompé, et voici la cause à laquelle on doit rapporter l'erreur relative à l'alcalinité de l'urine. Dans les hôpitaux ; les malades urinent dans des vases en plomb, mal essuyés, mal lavés, contenant toujours de l'urine ancienne et exhalant une odeur ammoniacale des plus prononcées. Le simple passage de l'urine récente dans un de ces vases, sans même qu'elle y séjourne, suffit pour lui faire contracter des propriétés alcalines qui ne lui sont pas propres et qu'elle n'avait pas au moment de son émission. Cela est si vrai, que si l'on fait directement uriner les malades dans des vases en verre tenus proprement, et qu'on examine immédiatement le produit de cette sécrétion, toujours l'urine sera acide dans la fièvre typhoïde, et rougira le papier de tournesol. Lorsque l'on trouve l'urine alcaline, et ce cas se rencontre peut-être une fois sur mille, c'est que probablement il existe une affection chronique de l'apparareil urinaire, ou peut-être les malades ont-ils pris des boissons alcalines.

La chaleur animale est très vive dans les commencements de la maladie. La peau est chaude, et cette élévation de température présente un caractère particulier. Quelquefois elle est sèche, âcre, fait éprouver à la main qu'on applique sur la peau une sensation pénible. D'autres fois elle est halitueuse, surtout vers les derniers jours de la maladie. Il y a un refroidissement des extrémités qui est ordinairement un des derniers signes de l'affection.

Au commencement de la maladie, on observe souvent des changements importants dans l'état du sujet. On note souvent un frisson initial qui constitue un des meilleurs signes diagnostiques de début. Il peut survenir pendant le cours de l'affection typhoïde des sueurs abondantes plus ou moins visqueuses et fétides, et qui ont ordinairement pour résultat d'affaiblir le malade proportionnellement à leur durée et à leur abondance. Les anciens ont observé que lorsque ces sueurs arrivaient aux jours critiques, elles jugeaient la maladie d'une manière favorable.

La nutrition ne semble pas éprouver de grands changements dans tous les cas ; mais d'autres fois les joues des malades se creusent, les pommettes deviennent saillantes, le nez s'effile et cela du jour au lendemain. Bien qu'il soit très grave, ce caractère d'amaigrissement n'est pas toujours mortel.

Nous arrivons à l'examen d'une série de phénomènes de la plus haute importance tant pour le diagnostic que pour le pronostic, nous voulons parler des phénomènes qui sont produits par des modifications du système nerveux encéphalique.

A. FOUCART.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Hépatite aiguë, Récidive. Affaiblissement du sujet. Guérison par les émissions sanguines.

Le 7 août 1844, est entré un homme âgé de trente-neuf ans, exerçant depuis dix ans la profession de broyeur de couleurs fines. Avant de tomber malade, cet homme n'avait jamais eu d'ictère, et avait toujours eu de bonnes digestions.

Il est malade depuis trois mois. Le mal a débuté, dans le courant du mois de mai, par une douleur au creux épigastrique et par l'apparition d'un ictère. Cette douleur, dont l'intensité a été en augmentant, ne s'est accompagnée ni de nausées, ni de vomissements. Elle obligea le malade d'interrompre ses occupations pendant environ six semaines. Il fut saigné chez lui ; on lui appliqua 60 sangsues. Après cette époque il ne fut jamais complétement rétabli, éprouva, la même douleur, moindre cependant, et des accès revenant tous les soirs, et caractérisés par des frissons et des sueurs abondantes. Ces accès ont duré un mois, et ont cessé il y a aujourd'hui vingt jours ; seulement tous les soirs il éprouva un redoublement de malaise et de la douleur épigastrique. Son appétit s'est toujours soutenu, et il n'a jamais eu de constipation.

La maladie actuelle date du 4 août. A la visite du 7 on constate l'état suivant :

Coloration ictérique très intense de toute l'habitude extérieure. Amaigrissement très prononcé. Perte de sommeil depuis quelques jours. Pouls à 76, faible, régulier. Respiration pure. Langue blanchâtre ; bouche pâteuse ; soif médiocre ; anorexie complète ; pas de nausées ni de vomissements. Creux épigastrique bombé, saillant ; la pression y est très douloureuse. Le foie, très augmenté de volume, remonte jusqu'au niveau de la cinquième côte, et s'avance très bas dans l'épigastre. au-dessous du bord costal ; il a 16 centimètres de hauteur. On ne sent aucune inégalité sur cette tumeur, qui est bombée uniformément. Le reste du ventre est souple et indolent. Selles naturelles. L'urine rendue par le malade est rouge-acajou, très acide, verdissant par l'acide nitrique et par l'iodure de potassium.

Le 8, cinquième jour de l'ictère, 76 pulsations. Le tronc est parsemé de quelques plaques rouges d'une teinte assez légère et s'effaçant sous la pression du doigt. Insomnie ; même état de la langue ; pas de selles. — Une saignée de 3 palettes ; cataplasmes sur la région douloureuse ; eau de Sedlitz.

Le 9, la coloration jaune est devenue plus intense ; on aperçoit quelques sudamina sur la région claviculaire ; 80 pulsations. Le malade a un peu dormi. Sa langue est toujours blanchâtre. — Nouvelle saignée de 3 palettes ; cataplasmes ; pilules bleues de 6 centigr. chaque.

(Le sang tiré la veille présente une couenne inflammatoire, et donne 6 parties de fibrine.)

Le 10, la coloration jaune est encore plus prononcée ; 88 ; sueurs abondantes ; quatre selles. — Ventouses scarifiées à l'hypochondre droit pour tirer 3 palettes de sang ; 2 pilules bleues.

(L'analyse du sang, qui est couvert d'une couenne dense, donne 6 et demie de fibrine.)

Le 11, la coloration jaune est moins intense. Température de la peau bonne ; 80 pulsations. Sommeil. Même état de la langue. Les douleurs de l'épigastre ont bien diminué ; la tension de cette région est bien moindre. Pas de selles. — Une nouvelle application de ventouses scarifiées ; 2 pilules bleues ; cataplasmes, etc.

Le 12, l'ictère a sensiblement diminué. Quelques heures de sommeil. 80. L'anorexie persiste ; langue blanchâtre. Le volume du foie a beaucoup diminué en hauteur ; la tumeur qu'il formait vers l'épigastre est également moins sensible. Le malade a éprouvé quelques coliques sourdes. Pas de selles. Les urines sont moins foncées et plus abondantes. — 2 pilules bleues ; un lavement.

Le 13, même état. 80. Ventre indolent. Pas de selles. — Une nouvelle saignée ; 60 grammes d'huile de ricin ; 2 pilules bleues.

Le 14, la teinte jaune a beaucoup diminué. Sommeil la nuit. 76. Langue blanchâtre. Amertume de la bouche. Six selles.

(Le sang a donné 5,8 de fibrine.)

Le 15, teint plus clair. Température de la peau naturelle. 68. Appétit. Enduit toujours limoneux de la langue. Epigastre toujours rénitent et sensible. Une selle. L'urine a repris sa couleur naturelle. — 2 pilules bleues ; diète.

Le 16 et les jours suivants, le foie diminue et revient à son volume normal. Le pouls baisse jusqu'à 52. La teinte jaune disparaît peu à peu. L'épigastre reste toujours un peu sensible et rénitent. Le malade commence à prendre quelques aliments.

Le 22, un vésicatoire volant est appliqué à l'épigastre.

Le 26 ; nouveau vésicatoire. Depuis l'application du premier, la douleur a disparu, et l'on ne sent plus à l'épigastre la tumeur qu'on y percevait précédemment. Le malade mange trois portions.

Le 30, on applique un troisième vésicatoire ; les jours suivants le pols est à 72-80.

Le 4 septembre, le malade sort de l'hôpital : le foie déborde encore un peu les côtes ; mais il ne s'avance pas dans l'épigastre, qui est complétement indolent.

Quoique l'hépatite ne soit pas rare dans nos climats, il est incontestable cependant que l'on a beaucoup plus souvent occasion de l'observer dans les pays chauds. Aussi avons-nous cru ne pas devoir passer sous silence le fait que nous venons de présenter, et qui intéresse sous plusieurs raports.

1° Le diagnostic ne pouvait offrir aucune incertitude. Le développement extranormal du foie, la sensibilité de cet organe, l'ictère devaient tout naturellement faire penser à une maladie du parenchyme lui-même. Restait à savoir quelle était la nature de cette maladie.

L'apparition des symptômes, de leur marche et de leur durée porte à croire que l'affection qui avait atteint le malade trois mois avant son admission était une congestion sanguine inflammatoire du foie qui n'avait cédé qu'incomplétement à une saignée et à une application de sangsues. La bonne santé antérieure du malade, l'apparition instantanée du premier ictère, sa disparition ; puis le retour à l'état aigu des mêmes symptômes vinrent confirmer cette manière de voir. Les autres maladies du foie ont une marche plus lente et toujours régulièrement progressive. Il est probable que dans le cas dont il s'agit il était resté après la première atteinte un engorgement subaigu qui repassa à l'état aigu dans ces derniers temps. Ce malade, il est vrai, présentait peu de réaction fébrile ; mais il faut observer qu'il souffrait depuis trois mois, était affaibli et très notablement amaigri. Au reste, il avait offert ces accès intermittents revenant le soir avec exacerbation des symptômes locaux, et sur lesquels ont insisté les au-

---

résumer mon opinion avec conscience et science, je puis le dire.

Premier corollaire. Oui, il est probable, il paraît certain que la victime a succombé. (Hilarité.)

Deuxième corollaire. La blessure a dû être faite avec un instrument aigu et tranchant.

Troisième corollaire. La victime a succombé à une affection dont les causes, selon moi, sont aussi multiples qu'obscures. (Sourires sur tous les bancs.)

Le docteur se redresse alors fièrement, et promène un regard assuré qui annonce un contentement non équivoque de soi-même.

M. le président. — En un mot, y avait-il épanchement dans la poitrine avant les coups de couteau ?

Le docteur L... La question est trop délicate pour que je me permette d'y répondre. Ce que je puis dire, c'est que le jeune Constantin *jouissait* d'une assez mauvaise santé... C'est, voyez-vous, messieurs, c'est une chose fort intéressante qu'un abcès dans la poitrine. Figurez-vous un corps en ignition qui s'approche d'un corps inflammable..... Retenez bien ma comparaison et vous comprendrez tout le procès.

M. le président. Vous ne répondez pas à ma question, allez vous asseoir.

Tout cela, et autre chose encore que je passe est extrait du *Droit*.

— Voici qui est extrait de *l'Avenir médical*, journal dont vous seriez bien capable d'ignorer l'existence, si mes fonctions ne me faisaient un devoir de vous instruire de tout ce qui surgit à l'horizon de notre monde. Ce journal est consacré à l'*homœopathie* et au *magnétisme*. Voici comment *l'Avenir* a célébré l'anniversaire de la mort de S. Hahnemann :

« Le 3 juillet 1843, une tombe s'ouvrait pour recevoir les restes mortels du vénérable Hahneman, et l'âme de ce grand homme abandonnait la terre, pour aller habiter auprès d'autres génies les régions éthérées et aromales.

» Le 3 juillet, nous perdions notre maître, le grand des grands, le médecin des médecins, le successeur d'Hippocrat, son rival, puis son maître ! Oui, son maître ! car ce que le médecin de Cos n'avait fait que pressentir, Hahneman l'a découvert. Oui ! immortel Samuel, ton génie, à jamais apprécié, acquiert de jour en jour la juste réparation des honneurs qui lui sont dus, et si pendant quatre-vingt-neuf années tu bus à plein verre le calice de l'indifférence (veuillez remarquer cette hardiesse métonymique, boire un calice à plein verre), tu dus (ce *tu dus* rapproché de *tu bus*, me paraît charmant), plus heureux que beaucoup d'autres rénovateurs, voir l'amertume de ce breuvage diminuer de beaucoup à mesure que tu vieillissais, et déjà peut-être n'était-ce plus avec douleur que tu portas la coupe (la coupe du calice qu'il buvait à plein verre, c'est adorable) sur tes lèvres, car de nombreux disciples proclamaient et prouvaient à la face du monde entier, que toi seul d'entre tous étais médecin ; que toi seul d'entre tous (est-ce des disciples ?) avais compris l'art de guérir, que toi seul d'entre tous en avais formulé les principes et posé les bases, que toi seul d'entre tous enfin, avais apporté à l'humanité, la boussole qui doit la guider dans la recherche des agents à opposer à ses nombreuses infirmités... O gloire à toi, gloire, trois fois gloire à toi ! »

Tout le reste de l'article que je livre au bon sens des médecins homœopathes eux-mêmes, est écrit sur ce ton dithyrambique et apocalyptique.

— Ces jours passés, les médecins d'un hôpital reçurent l'avis, ou plutôt la recommandation d'être un peu plus réservés sur l'emploi de l'iodure de potassium, et de le prescrire à moins fortes doses, parce que le fournisseur de la pharmacie centrale des hôpitaux se plaignait de grandes pertes faites sur la fourniture de ce médicament. Les médecins étaient très disposés à se conformer à cette recommandation ; mais quelle fut leur surprise, le lendemain, d'entendre le pharmacien de l'hôpital leur dire qu'il n'y avait plus d'iodure de potassium ! Ainsi, ce n'est plus à petites doses qu'il faut le prescrire, il faut ne le prescrire plus du tout. Nous concevons que l'administration des hôpitaux impose quelques bornes à la prodigalité excessive de quelques chefs de service. Nous savons que dans un autre hôpital on a fait prendre à des malades des bains entiers d'iodure de potassium, dans lesquels cette substance entrait pour 500 grammes. Ces bains coûtaient alors plus de 50 francs à l'administration ; aujourd'hui ils coûteraient le double. Le but était louable sans aucun doute ; cependant, il faut le reconnaître, la charité nosocomiale ne peut pas aller jusque-là, et l'administration a dû nécessairement lui imposer quelques limites. Mais supprimer entièrement, et dans un hôpital où son emploi est si éminemment utile, l'usage de ce médicament, ce ne peut être que le résultat d'une erreur ou d'une boutade qui ne peut durer long-temps. Des récriminations trop légitimes ne tarderaient pas à s'élever.

— Un de nos confrères, en Orient, vient de l'échapper belle. A Sivas, le médecin de la quarantaine, fut surpris chez une femme turque. Comme en pareil cas le Franc est ordinairement puni de mort, celui-ci, pour se sauver, déclara vouloir passer à l'islamisme. Cependant le pacha de l'endroit eût le bon esprit de ne pas laisser accomplir immédiatement ce changement forcé de religion ; lui-même il procura à l'infortuné les moyens de fuir ; en sorte qu'il se trouve actuellement à Constantinople en pleine liberté

— On parle tout bas d'un fait assez singulier arrivé au concuurs du bureau central. Un concurrent aurait eu, dit-on, le malheur de commettre une erreur de diagnostic. Du reste, la chose ne serait pas si claire qu'on n'eût senti le besoin de revoir le malade. On se présente donc à l'hôpital ; mais soin inutile, le malade ne se retrouve plus ; il a disparu. Quelques âmes pieuses soutiennent que c'est un miracle dû à l'intercession de Saint-Vincent-de-Paule.

Jean RAIMOND.

teurs qui se sont occupés des maladies fréquentes du foie. Nous ferons remarquer, pour terminer ce qui a rapport au diagnostic, qu'il n'y avait jamais eu de nausées, de vomissement ni de constipation, et que, sauf l'anorexie, l'enduit blanchâtre de la langue et le goût pâteux qu'on observa les premiers jours, les fonctions digestives étaient restées intactes dès le commencement de la maladie.

Le traitement n'est pas ce qu'il y a de moins remarquable dans cette observation. Nous venons de voir qu'il fut bien établi qu'il s'agissait d'une hépatite aiguë ; mais l'affaiblissement du sujet était tellement prononcé, son pouls si faible qu'il y avait quelque hardiesse à songer aux émissions sanguines. Cette question n'était pas la moins embarrassante : toutefois M. Monneret n'hésita pas et fit pratiquer une première saignée. Le résultat qu'il en obtint, tant pour l'amélioration des symptômes que pour les caractères inflammatoires du sang (augmentation de fibrine, couenne), l'engagèrent à renouveler les émissions sanguines tant générales que locales, et ce traitement fut suivi d'un plein succès. Sous son influence, la douleur disparut, le foie diminua peu à peu de volume, les symptômes généraux s'amendèrent.

On seconda l'effet de cette médication par l'usage des laxatifs et en particulier des pilules bleues (mercure métallique et conserve de roses) à la dose de deux par jour, et dont l'usage ne produisit rien du côté des gencives.

On sait que les préparations mercurielles ont été préconisées par les médecins anglais surtout dans le traitement des affections du foie. C'est au calomélas qu'ils donnent la préférence, et ils lui attribuent dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, des propriétés antiphlogistiques vraiment remarquables. Sans partager leur enthousiasme, il faut reconnaître que l'emploi des préparations de mercure dans l'hépatite n'est pas sans avantage, si ce n'est à titre d'altérants, au moins comme purgatifs. En effet, l'efficacité de ces derniers est incontestable ; quelle que soit leur manière d'agir, toujours est-il qu'ils concourent à diminuer la congestion sanguine.

L'application de trois vésicatoires volants sur l'épigastre est venue compléter la guérison en faisant disparaître la douleur qui se faisait sentir dans cette région et la tumeur qu'y formait encore le lobe moyen du foie.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Clinique des maladies des enfants.)

Abcès du poumon.

Les abcès du poumon, dans la pneumonie de l'adulte, sont assez rares pour que, dans le cours de plusieurs années, un médecin d'hôpital n'en rencontre peut-être pas. Bien souvent, et avec juste raison, les cliniciens insistent sur les causes d'erreur qui jadis, et alors que les autopsies se faisaient avec moins de soin qu'aujourd'hui, laissaient croire à l'existence des abcès pulmonaires.

Qui ne sait que lorsque la pneumonie est arrivée au troisième degré, et qu'il y a des adhérences un peu puissantes, la pression des doigt suffit pour convertir en bouillie des masses considérables du parenchyme, d'où résultent des foyers mal circonscrits, remplis d'un détritus analogue à du pus, et que des observateurs inattentifs ont pu prendre pour des abcès formés pendant la vie !

M. Trousseau, qui déclare n'avoir vu dans le cours de sa pratique nosocomiale qu'un abcès péripneumonique chez une femme adulte, et qui par conséquent, est moins que personne disposé à admettre légèrement l'existence de cette sorte de lésion, regarde, au contraire, ces abcès comme un accident très fréquent chez les enfants en bas-âge. En cela, il est d'accord avec la plupart des observateurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur la pneumonie des enfants.

Ces abcès ne se trouvent jamais que dans les cadavres des enfants qui ont succombé à la pneumonie lobulaire ; jamais M. Trousseau n'a eu l'occasion de les voir à la suite des pneumonies lobaires, qui sont d'ailleurs si rares dans les cinq premières années de la vie.

Tantôt ils se montrent disséminés en très petit nombre dans tout le parenchyme pulmonaire ; tantôt ils sont tellement rapprochés qu'ils ressemblent à des myriades de tubercules crus. Ce dernier aspect est beaucoup plus rare que le premier.

Quand les abcès sont en très petit nombre, ou bien ils forment à la surface du poumon de petites ampoules faisant saillie sous la plèvre ; ou bien ces ampoules, vidées dans les bronches, laissent à leur place une cavité pleine d'eau ; ou bien encore elles contiennent à la fois de l'air et du pus. Dans ces divers états, il est difficile de dire si l'ampoule est formée par un lobule suppuré ou par une dilatation de l'extrémité d'une bronche venant aboutir à un lobule dont les cellules ont été rompues ; ce ne serait alors qu'une variété de l'emphysème vésiculaire.

Mais quand les abcès sont extrêmement nombreux, l'aspect du poumon a quelque chose de spécial qu'il importe de décrire fidèlement.

La pneumonie lobulaire est alors ou agrégée, ou pseudo lobaire ; c'est-à-dire que les lobules enflammés se réunissent en masses assez volumineuses, et envahissent même la presque totalité ou même la totalité d'un lobe, à la façon de la pneumonie de l'adulte.

Deux jeunes enfants furent pris de pneumonie aiguë dans les premiers jours de septembre 1844. L'aîné fut conduit à l'hôpital des Enfants-Malades, où il mourut quelques jours plus tard ; l'autre, allaité par sa mère, fut placé salle Sainte-Julie, de l'hôpital Necker, dans le service de M. Trousseau.

La pneumonie était des plus évidentes ; mais elle semblait n'occuper que le côté gauche. De ce côté, en effet, on entendait un souffle très nettement prononcé, et en même temps un retentissement considérable du cri. Il y avait du râle sous-crépitant assez gros ; peu d'obscurité du son. Ces signes persistèrent jusqu'au moment de la mort. A droite, la respiration était faible, et deux jours avant la mort on commença à entendre quelques bulles rares de râle sous-crépitant, sans mélange de souffle. Cependant il y eut toujours une fièvre vive et beaucoup d'oppression.

A l'autopsie, lorsque les poumons furent déposés sur la table anatomique, on aperçut à travers la plèvre une multitude de taches d'un blanc-jaunâtre, qui tranchaient vivement sur la couleur rouge du parenchyme hépatisé. Il semblait que le poumon fût farci de tubercules à l'état de crudité ou de ramollissement. En coupant nettement une grande masse du poumon, l'aspect était le même, à cela près pourtant que l'on voyait évidemment du pus salissant la surface des tissus incisés, et par conséquent modifiant un peu l'aspect des parties. Si maintenant on laissait tomber un filet d'eau, l'eau entraînait du pus qui laissait à découvert une cavité peu régulière, à parois mal déterminées. Ailleurs, le filet d'eau n'entraînait pas la totalité des petites portions suppurées, et il restait une cavité encore plus mal déterminée que tout à l'heure, et une masse assez molle, mais pourtant adhérente au parenchyme. Enfin, parmi ces portions de poumon qui simulaient ainsi, au premier abord, des tubercules, il en était dont l'eau ne détachait rien, quoique elles fussent très friables ; tout alentour le parenchyme était hépatisé.

Une attention, même assez superficielle, ne nous laissa pas long-temps croire à l'existence des tubercules ; il devenait évident que nous avions affaire à une pneumonie lobulaire qui était passée par quatre degrés : hépatisation rouge, c'était la plus grande masse des lobules ; hépatisation blanche, correspondant au troisième degré de la pneumonie de l'adulte ; ramollissement partiel des lobules passés à l'hépatisation blonde ; enfin, ramollissement complet de ces mêmes lobules, véritables vomiques péripneumoniques.

Il était assez remarquables que ces quatre degrés s'observaient dans le poumon gauche, qui avait été envahi le premier et avec le plus de violence, tandis que le poumon droit, frappé seulement deux ou trois jours avant la mort, n'offrait que les deux premiers degrés.

M. Trousseau prit soin de faire remarquer, durant l'autopsie, combien ces lésions différaient des tubercules, même de ceux qui se développent d'une manière aiguë ; et l'on ne pouvait ne pas reconnaître, dans ces lobules enflammés, exactement les mêmes formes que l'on voit à la fois dans des lobes entiers chez l'adulte.

D'ailleurs, l'extrême acuité de la maladie indiquait une pneumonie franche ; et, bien que chez certains enfants qui, jusqu'ici, avaient à peine toussé, M. Trousseau ait vu des pneumonies aiguës tuer en quelques jours, et l'autopsie permettre de disséquer un poumon rempli de tubercules à divers états, il n'en est pas moins vrai que l'anatomie pathologique fournit des moyens de distinguer ces pneumonies compliquées de tubercules, de celles où du tissu pulmonaire est farci d'abcès.

M. Louis a établi que lorsque l'on trouvait quelque part, dans l'économie, des tubercules, il y en avait conjointement dans le poumon. Cette proposition, qui est vraie pour l'adulte, a peu d'exceptions près, est souvent fausse chez l'enfant en bas-âge.

Mais M. Trousseau établit une autre proposition presque aussi vraie pour l'enfant du premier âge, que celle de M. Louis l'est pour l'adulte, savoir : Que lorsqu'il y a des tubercules dans un point quelconque de l'économie, on en trouve presque invariablement dans les ganglions bronchiques, lors même qu'il n'en existe pas dans les poumons.

Ce fait d'anatomie pathologique est d'une assez grande valeur quand il s'agit de décider de la nature d'une lésion qui, par sa forme, est sur la limite du tubercule et du phlegmon ; car si, lorsque nous sommes incertains, nous ne trouvons pas de traces de tubercules dans les ganglions bronchiques, il y aura de grandes présomptions en faveur du phlegmon ; le tubercule, au contraire, sera plus probable si, dans les ganglions bronchiques, on a trouvé un engorgement tuberculeux.

M. Trousseau établit encore, et en cela il est d'accord avec les auteurs les plus recommandables qui récemment ont écrit sur les maladies des enfants ; il établit, disons-nous, que lorsque l'on trouve dans le poumon d'un enfant en très bas-âge, une très grande quantité de tubercules, les ganglions bronchiques sont en même temps profondément dégénérés.

Or, dans le cas que nous rapportions tout à l'heure, les ganglions bronchiques, peut-être un peu plus rouges et un peu plus gonflés que dans l'état normal, ne présentaient d'ailleurs aucune altération tuberculeuse. Il est donc impossible de considérer les abcès pulmonaires et les lobules ramollis que nous trouvions en si grand nombre, autrement que comme le résultat d'une inflammation phlegmoneuse.

Nous avons voulu entrer dans tous ces détails afin d'élucider, s'il était possible, cette question des abcès du poumon si controversée encore aujourd'hui, même après les travaux si bien faits de MM. Barrier, Rilliet et Barthez.

Il serait sans doute d'un grand intérêt de tirer de cette discussion quelques inductions pratiques. Malheureusement nous sommes forcé d'avouer notre impuissance à cet égard.

Les symptômes de la pneumonie phlegmoneuse ne diffèrent en rien, suivant M. Trousseau, de ceux de la pneumonie lobulaire ordinaire. Quant au traitement, il n'y a rien non plus de spécial ; mais il est facile de concevoir que le pronostic de la pneumonie, ordinairement si grave chez les enfants en bas âge, le devient encore davantage si l'inflammation du poumon a une si grande tendance à la suppuration.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 7 août 1844. — Présidence de M. Brierre de Boismont.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après une observation de M. La Corbière, en réponse au désir exprimé par quelques membres, que les discussions relatives à la translation des cendres de Bichat ne sortent pas du sein de la Société. M. La Corbière insiste, en outre, pour que, par condescendance, on ne laisse pas transférer les cendres de Bichat ailleurs qu'au cimetière de l'Est, lieu désigné par le Conseil municipal.

M. Larrey pense qu'on pourrait satisfaire à tous les vœux : 1° en opérant la translation comme semble le vouloir le Conseil ; 2° en élevant le monument à Clamart. — Il dépose une copie de la décision du Conseil municipal, qu'il a reçue de M. Thierry.

M. Brierre de Boismont informe que la décision pour rapporter l'arrêté pris en faveur de notre demande n'est pas soumise au conseil, qu'elle doit être discutée dans les bureaux du ministère de l'intérieur.

Correspondance. — 1° Lettre de remercîment de M. Bougard (de Bruxelles), nommé membre correspondant à la dernière séance.

2° Lettre de M. Cabaret, médecin à Saint-Malo. Il sollicite le titre de membre correspondant. Il adresse une observation de hernie étranglée. (Commissaires : MM. Belhomme, Forget, Laborie.)

3° Brochure de M. Chailly, intitulée : De la Conversion de la présentation de la face en présentation du sommet. (Remercîments à l'auteur.)

4° Numéro du mois d'août de la Clinique vétérinaire de M. Leblanc. (Remercîments.)

5° Un volume de M. Sigaud, médecin de S. M. l'empereur dom Pédro II, à Rio-Janeiro, intitulé : Statistique médicale du Brésil. (Commissaires : MM. Faivre, Belhomme, Caffe.)

6° Une note du même auteur avec trois flacons contenant de la poudre d'Angelim, vermifuge très usité au Brésil. (Commissaires : MM. Barth, Gillette, Piédagnel.)

7° Un discours lu à l'Université de Pavie, dans la première assemblée solennelle scientifique, janvier 1844 ; *Della medicina e del medico* ; par le docteur Poggi. L'auteur demande à être membre correspondant. (Commissaires : MM. Cherest, Adorne, Brierre de Boismont.)

8° Brochure intitulée : De la Discussion de l'Académie sur les tumeurs du sein ; par le docteur Tanchou.

— *Un membre* fait observer qu'en général une observation n'est pas suffisante pour mériter à ses auteurs un diplôme de membre correspondant ; et qu'il serait peut-être préférable de ne pas nommer de commissaires sur des envois de ce genre.

Le secrétaire général répond que le rapporteur a précisément mission d'éclairer la Société sur la conduite qu'elle doit tenir dans chaque circonstance particulière.

Menstruation supplémentaire par la peau et les membranes muqueuses oculaire et buccale. — *M. Forget.* Le fait sur lequel je désire appeler votre attention viendra utilement s'ajouter aux observations que la science possède déjà sur un sujet qui n'a pas encore été suffisamment étudié, je veux parler de ces hémorrhagies supplémentaires des règles qui se présentent tantôt à la surface de la peau, tantôt par ses membranes muqueuses et quelquefois par les deux voies en même temps, ainsi qu'on le verra dans l'observation que je rapporte.

Mademoiselle M..., demeurant à Paris chez ses parents, est une jeune fille brune, d'une grande fraîcheur, ayant les cheveux et les yeux noirs ; âgée de seize ans ; elle est douée d'une bonne constitution ; elle a été réglée il y a un an. Jusqu'à cette époque M... a été souvent indisposée ; elle a surtout souffert de violents maux de tête et de migraine. L'éruption des règles a été tout à fait indolore, et tous les mois, depuis son apparition, le flux menstruel s'est exactement reproduit sans que la jeune fille éprouvât le moindre malaise ; il dure de trois à quatre jours.

Le 27 mars dernier, date à laquelle elles devaient paraître, les règles commencèrent. Au bout de deux heures, M... ayant éprouvé un saisissement, elles cessèrent. Le lendemain, M... accusa une violente céphalalgie ; elle avait la face rouge, les yeux vifs, animés ; elle éprouvait une envie de dormir presque continuelle ; les battements du cœur avaient acquis une force et un développement insolites ; l'appétit était perdu. Ces symptômes persistèrent au même degré d'intensité pendant trois jours.

Le 1er avril, en s'éveillant, M... fut fort surprise d'éprouver de la difficulté à ouvrir l'œil droit, les paupières adhéraient entre elles ; elle avait, en outre, la sensation que donne un corps étranger en contact avec le globe de l'œil. L'étonnement de la jeune fille augmenta, quand sa mère lui dit qu'elle portait des taches de sang sur la joue et sur les paupières du côté droit. Un médecin appelé immédiatement, dit que sans doute la jeune personne s'était donné un coup en dormant, et que cela ne pouvait avoir aucune gravité. Mais à trois reprises différentes pendant la journée, il se fit à l'angle naso-palpébral droit un écoulement de sang durant de deux à quatre minutes ; il s'effectuait goutte à goutte, et le sang arrivait sur la joue à la manière des larmes. Après avoir constaté deux fois cette hémorrhagie, les parents de la jeune fille, très effrayés, consultèrent plusieurs médecins, au nombre desquels je me trouvai. La troisième fois, je fus presque témoin de l'hémorrhagie. Le sang fut recueilli sur un mouchoir ; il était rouge, vermeil, et il y laissa une douzaine de taches. Pendant dix jours le sang coula de cette manière toutes les trois ou quatre heures, non-seulement par le grand angle de l'œil, mais encore de la joue droite, du dos du nez, du menton ; sur ce dernier point principalement, l'hémorrhagie fut remarquable : on voyait sortir le sang en gouttelettes de plusieurs endroits à la fois. Le conduit auditif externe droit en présenta aussi, mais une seule fois. Au cuir chevelu, dans la ligne de séparation des cheveux, et au dos de la main droite, j'observai le même phénomène.

Ce flux de sang n'était annoncé par aucun symptôme local, ni démangeaisons, ni chaleur, ni rougeur particulière ; seulement, quand il était près d'avoir lieu, la rougeur de la face était plus marquée et la céphalalgie plus intense ; puis ces deux symptômes diminuaient de telle sorte, que pendant les dix jours la face fut dans un état congestionnel permanent, mais à des degrés différents avant et après le flux de sang.

La mère de cette jeune fille m'a assuré qu'une fois sur la langue, près de la pointe, il y avait eu transsudation de cinq ou six gouttes de sang.

En résumé, tous les points ci-dessus indiqués ont été le siége de l'hémorrhagie ; et pour l'abondance et la fréquence de celle-ci, on peut les ranger dans l'ordre suivant : 1° le menton (plusieurs fois par jour), 2° la joue et le nez, 3° le grand angle de l'œil, 4° le dos de la main, 5° le conduit auditif et le cuir chevelu (une fois chacun), 6° la langue. Une particularité qu'il importe de noter, c'est que l'hémorrhagie n'a jamais eu lieu au grand air, dans les promenades ; mais toujours dans l'appartement. Quant aux phénomènes anatomiques perçus au moment même où le trouble fonctionnel de l'organe cutané se traduisait à l'extérieur, je n'en ai remarqué aucun qui fût bien appréciable, du moins primitivement : la consistance, la couleur et la caloricité de la peau étaient les mêmes pour toute la face, sans offrir aucune nuance particulière sur les points où le sang apparaissait par une véritable transsudation. Deux jours après que l'hémorrhagie eut cessé (12 avril), je remarquai sur la joue droite, dans le point correspondant au siége de l'hémorrhagie, une très petite tache d'un blanc rosé, lenticulaire, dépassant très légèrement le niveau des parties voisines, et offrant au centre comme un trait blanchâtre analogue à une cicatrice superficielle, sans d'ailleurs aucune induration appréciable. Toute la surface du menton était semée de petits points rouges, comme érythémateux. Au

toucher la peau est rugueuse, comme chagrinée, et elle est le siége d'une sorte de desquammation furfuracée. Sur le dos de la main droite il existe plusieurs crevasses superficielles. La peau y donne, au toucher, la même sensation que celle que l'on perçoit au meuton. M...... avait avant cet accident la peau de toutes ces régions fine, souple, et très lisse.

Le 15 avril, l'hémorrhagie, qui n'a plus reparu à la surface cutanée, s'est subitement manifestée sur la muqueuse intestinale. M..... fut surprise par de violentes coliques qui se calmèrent aussi promptement qu'elles s'étaient produites, dès qu'elle eut rendu par l'anus environ un verre de sang liquide et vermeil. Cette hémorrhagie intestinale ne s'est pas renouvelée. Elle a eu pour résultat de faire disparaître presque complétement les douleurs de tête et les autres symptômes de la congestion céphalique dont nous avons signalé l'existence en commençant.

Depuis, la jeune fille se porte bien; elle fait de longues promenades sans se fatiguer. Les battements de cœur sont toujours forts, durs et développés, sans bruit anormal toutefois. Le traitement mis en usage contre la singulière affection qui vient d'être décrite, consista en pédiluves sinapisés, fumigations d'armoise, quarts de lavements chauds, exercice, et à l'intérieur infusion d'armoise.

Contrairement à mon avis, M......, chez laquelle j'avais jugé peu probable le retour des règles à raison du temps déjà long qui s'était écoulé depuis leur suppression quand je fus consulté, ne voulut pas se soumettre à une saignée ou à une application de sangsues.

A la fin d'avril, à peu près à l'époque des règles, celles-ci ont paru par la voie naturelle, et leur écoulement a eu la durée ordinaire.

M. Barth. Ces hémorrhagies sont assez curieuses; cependant elles ne sont pas excessivement rares. Elles peuvent être divisées ainsi: hémorrhagies constitutionnelles, supplémentaires. Les premières s'observent surtout chez des sujets pâles et décolorés; les deuxièmes se rencontrent chez des femmes jeunes et sanguines. L'ouvrage de Latour, et une thèse d'agrégation de M. Barth lui-même, contiennent d'assez nombreux exemples de l'une et de l'autre espèce. Le fait de M. Forget lui semble appartenir évidemment à la dernière catégorie.

M. Belhomme rapporte tous ces faits à des dispositions hémorrhagiques constitutionnelles. Il pense que chez les individus présentant ces phénomènes, la peau n'est pas dans les conditions normales de texture. Les hémorrhagies considérables, et quelquefois mortelles, qui se font par une piqûre de sangsue, lui paraissent un fait à l'appui de cette manière de voir

M. Laborie demande si les hémorrhagies constitutionnelles ne se remarquent pas surtout chez les individus scrofuleux. Il rappelle avoir publié pendant son internat à la Pitié (1826), une observation très curieuse de diathèse hémorrhagique chez un scrofuleux qui ne pouvait faire un mouvement un peu brusque sans voir se former des ecchymoses; plusieurs fois des chocs légers amenèrent des hémorrhagies graves, et, en dernier lieu, il en eut une pour s'être donné un coup contre une clef. Plusieurs enfants de la famille étaient morts à la suite d'hémorrhagies déterminées également par des causes qui sont en général incapables de produire de pareils résultats.

MM. Barth, Larrey, Adorne, Blatin contredisent l'opinion de M. Belhomme. Les hémorrhagies par les piqûres de sangsues ne leur paraissent pas du tout prouver une constitution spéciale de la peau. La lésion d'un vaisseau en rend suffisamment compte, et cette explication généralement admise paraît d'autant plus vraie que l'hémorrhagie se fait d'habitude par une seule des ouvertures. Toutefois, quand elle a lieu par plusieurs à la fois, elle peut tenir à une disposition primitive des vaisseaux capillaires ou à un état particulier du sang, et alors rentrer dans celles qui sont véritablement constitutionnelles.

M. Forget dit que les conditions de santé de la jeune fille dont il a rapporté l'observation se refusent à l'idée d'une prédisposition hémorrhagique constitutionnelle; les faits qui ont précédé la déviation menstruelle prouvent que l'écoulement du sang par les voies anormales qui ont été indiquées est un phénomène accidentel qui se rattache à une perturbation profonde et subite de l'économie.

Quant aux hémorrhagies qui succèdent à l'application des sangsues, il rappelle qu'un travail récent et bien fait vient d'être publié sur cette matière par M. Dequevauvillers dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne. — L'auteur expose les caractères extérieurs qui peuvent *à priori* faire reconnaître cette disposition: peau fine et mate, couche de tissu cellulaire sous-cutané mince, lâche et dépourvu de graisse, système musculaire flasque, sclérotiques translucides et laissant distinguer la couleur de la choroïde. La prévision en faveur de la disposition aux hémorrhagies est surtout très grande si l'individu est sujet à de fréquentes épistaxis.

L'exemple le plus remarquable de ceux que cite M. Dequevauvillers est le suivant: Un élève en pharmacie, entré dans le service de M. Ricord pour y être traité d'un phimosis, et présentant les caractères ci-dessus indiqués, avait eu plusieurs hémorrhagies graves à la suite de l'extraction d'une dent et l'application de sangsues. Les observations qu'il fit ne furent pas de nature à contrindiquer les évacuations sanguines nécessitées par un état inflammatoire aigu; 25 sangsues furent appliquées au périné; au bout de vingt-quatre heures l'écoulement se faisait encore par onze des ouvertures. M. Ricord fit cautériser avec le nitrate d'argent puis recouvrir d'alun en poudre. L'hémorrhagie persista toute la journée et toute la nuit: céphalalgie, palpitations, faiblesse extrême, etc. M. Ricord appliqua sur chacune des onze piqûres un point de suture entortillée. Le sang fut arrêté et le malade soumis à un régime tonique; mais sept jours après huit des épingles, devenues mobiles, ayant été enlevées par le malade, trois donnèrent du sang au bout d'une heure. Des petites pinces en bois, analogues à celles des blanchisseuses, placées sur chaque plaie arrêtèrent l'hémorrhagie. L'appareil se dérangea la nuit, et on trouva à l'heure de la visite un énorme caillot déjà fétide. M. Ricord donna le choix au malade entre la suture entortillée et le cautère actuel. Celui-ci se décida pour le premier moyen, se fondant sur ce que souvent il avait eu à constater l'inutilité du second sur lui. En conséquence, trois nouvelles épingles furent appliquées et l'hémorrhagie arrêtée.— Au quatrième jour deux épingles tombent, les parties comprises entre elles et les fils se sont ulcérées, de chaque ulcération s'écoule du sang; il faut recourir encore une fois à la suture.

Jusqu'au 4 avril, le malade ayant subi l'application de sangues le 8 mars, il se fit par toutes les piqûres un suintement de liquide roussâtre très fétide. A cette époque seulement la cicatrisation fut complète, et ce n'est que plus tard qu'ont notablement diminué la céphalalgie et les palpitations sous l'influence du régime analeptique.

M. Giraldès cite un fait emprunté à M. Muller (d'Edimbourg); c'est la mort d'un jeune homme à la suite d'une piqûre par laquelle se faisait un écoulement de sang que rien ne put arrêter. Les membres de la famille de ce malade lui ressemblaient beaucoup par les principales attributions plus propres, même aspect de la peau, des cheveux, etc. Ils avaient aussi la même prédisposition hémorrhagique; un de ses oncles avait des ecchymoses par la simple pression de la peau sur un corps dur. Dans ces cas, il y a toujours altérations du sang, la microscopie le démontre.

M. Larrey fait remarquer que dans sa thèse pour le dernier concours, M. Despés cite des faits à l'appui de cette opinion.

— *Variole à l'âge de quatre-vingt-sept ans.* — *M. Gillette* cite un fait assez curieux par sa rareté. Une dame de quatre vingt-sept ans, d'une santé habituellement parfaite, paraissant avoir soixante-dix ans, et portant sur le front une cicatrice de variole contractée au berceau. atteinte d'une variole confluente sur presque toute la face, avec tuméfaction. Les pustules n'étaient pas fortement ombiliquées; mais elles se rencontraient sur la langue, sur le voile du palais et sur le pharynx.

Hérédité d'arrêt de développement. — *M. Gillette*, chargé d'un service à la Pitié, reçut dernièrement dans ses salles un homme atteint de rhumatisme, et portant une séparation du voile du palais et de la voûte palatine. Cet individu a pour mère une femme dans le même cas, et pour grand'mère maternelle une femme portant un bec-de-lièvre. Cet homme a un frère et une sœur; sa sœur est bien conformée; son frère est dans le même cas que lui.

— *Tétanos traumatique.* — *M. Larrey* rapporte l'histoire d'une malade atteint de tétanos traumatique observé par lui avec MM. Bouillaude et Cruveilhier dans la clientèle de M. Séguin.

Un homme jeune et fort s'étant heurté la main contre une pointe de fer faisant corps avec une rampe d'escalier, se fit une plaie par déchirure. La solution de continuité commençait à se cicatriser, quand le malade étant pris d'un violent accès de colère, de graves accidents nerveux se manifestèrent. En même temps que le trismus arrive, une sensation de douleur extrême se manifestait dans la plaie et dans le membre, pour peu que le malade fût impatienté. — Emissions sanguines, trois ou quatre saignées; opiacés à l'intérieur et à l'extérieur, moyens propres à ramener la transpiration, moyens propres à ramener la suppuration de la plaie entièrement desséchée. Telles furent les bases du traitement. — Dès le retour de la suppuration, les accidents se calmèrent; mais il resta et il reste encore de la contraction de la face (aujourd'hui seizième jour). Nous employons actuellement la morphine. En somme, le mal n'est pas guéri, mais il est à l'état chronique, le seul véritablement guérissable (1).

M. Forget demande si la colère a été pour quelque chose dans la production du tétanos.

M. Lacorbière. Quel intervalle a séparé l'un et l'autre?

M. Larrey répond que l'influence morale a évidemment fait déclarer et aggraver les accidents, mais que la condition nécessaire était la plaie. — Ce qu'il y a précisément de remarquable, c'est que tétanos traumatique il s'est comporté, comme tétanos spontané. L'intervalle fut de plusieurs jours.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Docteur J. CHEREST, *secrétaire particulier.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de l'oxyde de bismuth contre la cardialgie; par M. le docteur BUCHHEISTER, de Hambourg.

Suivant M. Bucchheister, le sous-nitrate de bismuth est un moyen infaillible contre la cardialgie, à ce point qu'on peut avancer, sans crainte de se tromper, que dans les cas où cet agent reste impuissant, il y a eu erreur de diagnostic. Il est vrai, toutefois, que la plupart du temps l'oxyde de bismuth, pour produire l'effet qu'on en attend, doit être administré à doses plus fortes qu'on ne le fait généralement, par exemple, à celle de 20 centigrames quatre fois par jour.

Dans le cas d'une amélioration partielle, on peut, et même on doit porter hardiment la dose du magistère de bismuth jusqu'à 50 ou 60 centigrammes par prise. Si, alors, on n'obtient pas d'amélioration, on a sans doute affaire à un état sub-inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle, état que l'on combat ordinairement par des moyens très mal appropriés, tels que les vomitifs, le chlorhydrate d'ammoniaque, les purgatifs, etc., et qui réclame plutôt l'administration de petites doses de calomel (de 2 à 4 milligrammes, trois fois par jour), avec un régime diététique très sévère. Cet état, d'ailleurs, il faut le reconnaître, disparaît souvent de lui-même, en se bornant à éviter les irritants.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Cas de tumeur érectile guérie par la ligature.

Une petite fille, âgée de trois mois, portait au-devant de la fontanelle antérieure une tumeur érectile un peu volumineuse. D'après les renseignements fournis par la mère, cette tumeur datait de l'époque de la naissance et faisait chaque jour de nouveaux progrès.

Deux aiguilles furent passées au-dessous de la tumeur, à une profondeur suffisante pour permettre d'embrasser bien complétement la totalité des parties affectées; puis, au-dessous et à l'entour, on plaça un fil à l'aide duquel on opéra l'étranglement de toutes ces parties.

Au bout de deux jours, les aiguilles furent retirées, et on appliqua des cataplasmes pour hâter la chûte de l'escharre.

La plaie résultant de la séparation de la partie mortifiée ne tarda pas à se cicatriser. (*Annales de la chirurgie.*)

NOUVELLES.

Voici l'étrange manière dont on traite le choléra-morbus en Chine. Nous trouvons ces détails dans le numéro de juillet des *Annales de la propagation de la foi*. C'est le vicaire apostolique de Hou-Kouank qui rapporte le traitement mis en usage sur lui-même: « Avec un couteau de table ou une lame de cristal, on couvre la langue de piqûres, pour provoquer une abondante saignée; puis, tandis que les uns étirent de vive force les *nerfs* principaux, d'autres frappent à grands coups sur la poitrine, sur le dos, les cuisses et les reins, jusqu'à ce qu'il en jaillisse des ruisseaux de sang. Quand la crise est passée, le patient en est pour quelques jours avec ses cicatrices, ses contusions et sa peau aussi noire que celle d'un nègre. »

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

(1) Dans la séance du 4 septembre, M. Larrey informe que le malade est entièrement guéri.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 113. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 25 SEPTEMBRE 1844.

Evidemment l'Académie de médecine a voulu profiter des vacances pour se purger entièrement de ses humeurs peccantes, c'est-à-dire de ses rapports sur les remèdes secrets. Grâce à Dieu, nous n'en entendrons plus parler de cette année 1844, et M. Chevallier a hier, nous l'espérons, vidé son sac. Quelques douzaines de ces rapports ont été enlevés au pas de course, et, soit que les amateurs du genre ne fussent pas présents, soit que nos observations de l'autre jour les aient rendus plus circonspects, aucune discussion ne s'est élevée sur les conclusions inébranlablement défavorables. C'est un progrès, et nous le constatons avec joie.

Il s'agissait hier de nommer la commission pour le prix d'Argenteuil, ce qui été a fait. Les noms sortis de l'urne doivent inspirer toute confiance, et nous avons la conviction que les commissaires apporteront dans l'examen des pièces qui concourent pour ce prix important, la haute raison, l'impartialité, le sentiment de justice qui caractérisent chacun de ces honorables académiciens en particulier.

M. Hamont a lu un travail, que nous espérons pouvoir reproduire, sur les conditions hygiéniques des habitants de l'Egypte, sorte d'introduction à ses recherches sur la peste, qu'un long séjour dans ces contrées lui a permis d'observer et d'étudier. Quel triste et désolant tableau que celui de ces populations en proie à toutes les horreurs de la misère, aux conditions les plus incroyables d'insalubrité, à un fatalisme ignorant et aveugle et, sur le tout, aux exactions incroyables de gouvernants impitoyables ! Et c'est cependant sous le climat le plus beau du monde, sur une terre d'une prodigieuse fertilité, que naît et se propage cette terrible affection, la peste, que M. Hamont, d'accord avec M. Pariset, considère comme endémique en Egypte et comme le résultat des conditions déplorables d'hygiène dans lesquelles vit le malheureux habitant de ce pays.

Cette lecture a vivement intéressé l'Académie et a été écoutée, faveur qui n'a pas été accordée au respectable M. Dupuy, dont l'âge, les travaux et la profonde instruction méritaient plus de déférence de la part de ses collègues. Il est vrai que cet honorable vétérinaire a peut-être le tort de ne pas assez varier son thème et de reproduire annuellement et depuis bien des années constamment les mêmes faits et les mêmes observations. Toujours est-il qu'il nous a été impossible, au milieu des causeries de l'assemblée, do pouvoir saisir la moindre chose de sa lecture.

A l'Académie des sciences, M. Bourgery a lu un mémoire sur la relation du poids de l'encéphale avec les facultés intellectuelles, chez l'homme et chez les animaux. D'après les observations de cet anatomiste, la quantité de matière cérébrale serait toujours en rapport avec l'intelligence, résultat déjà annoncé, comme on sait, par l'école phrénologique et bien longtemps avant elle. Il est vrai que par la détermination seule de la quantité, M. Bourgery ne croit pas que le problème physiologique puisse être absolument résolu ; il croit indispensable la détermination de la *qualité*, question ardue sur laquelle il espère, dans une prochaine communication, pouvoir jeter quelques lumières. Il est vrai aussi que la quantité et la qualité de la matière nerveuse étant déterminées, M. Bourgery prévoit encore une autre difficulté dans quelque chose de plus *pénétrant*, de plus *exquis* et de complétement *insaisissable* qui serait peut-être l'agent de la conscience et des déterminations morales. Qu'est ce à dire, si ce n'est un aveu formel que toutes ces mensurations, ces pesages, ces analyses seront éternellement impuissantes à donner une explication tant soit peu satisfaisante de ce mystérieux et admirable phénomène, la pensée ? Nous ne pouvons ici, dans cet endroit du journal plus spécialement consacré aux applications pratiques de notre art, exposer toutes les raisons qui nous font attacher peu d'importance aux recherches semblables à celles de M. Bourgery. Peut-être ailleurs trouverons-nous une place plus opportune pour nos réflexions.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

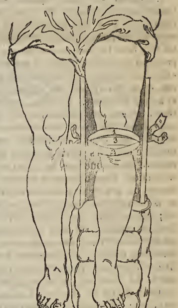
M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Appareil pour les fractures transversales de la rotule.
(Observations recueillies par M. MARTURÉ, aide de clinique.)

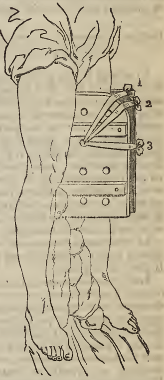
L'appareil inventé par M. Baudens pour le traitement des fractures transversales de la rotule, se compose d'une boîte en bois, de deux compresses graduées, de trois bandes qui font l'office de lacs coaptateurs, et de plusieurs coussins.

La boîte est à ciel ouvert. Destinée à être placée sous le jarret, elle doit avoir assez de longueur pour s'étendre du tiers inférieur de la cuisse au tiers supérieur de la jambe. Trois parois immobiles les unes sur les autres la constituent. La paroi inférieure du plancher, qui est horizontale, a 40 centimètres de longueur sur 20 de largeur ; il faut avoir soin de la matelasser avec un coussin en crin pour garantir les parties molles contre toute pression. Les deux parois latérales sont verticales, longues de 40 centimètres, hautes de 20, et percées de deux rangées de trous. L'angle formé par la réunion du bord fémoral et du bord supérieur de ces parois latérales est arrondi dans une assez grande étendue, au lieu d'être droit comme l'angle opposé ou digital ; il est en outre raboteux, afin de pouvoir retenir en place les deux liens coaptateurs noués en cet endroit, et les empêcher de glisser trop facilement, soit en haut, soit en bas. (*Voir* les n. 1 et 2, sur le dessin n. 2.)

Avant d'appliquer l'appareil, on fait sur le lit, avec des oreillers ou des coussins, un plan incliné de haut en bas et du talon vers la fesse, pour maintenir la jambe étendue sur la cuisse, et celle-ci fléchie sur le bassin ; la caisse est disposée au-dessus. L'on place alors le membre dans la boîte, qui reçoit seulement le genou et les parties inférieure de la cuisse et supérieure de la jambe. Le reste de l'extrémité abdominale repose sur les oreillers du plan incliné. Un aide tenant les deux fragments de la rotule rapprochés, le chirurgien applique au-dessus du fragment supérieur une compresse graduée sur laquelle il fixe, par une ou deux épingles, la partie moyenne d'une bande assez large pour cacher la compresse (le n° 1 de la planche 1re, indique le point où se trouve l'épingle) ; puis il ramène de chaque côté, et obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, les deux chefs de la bande, les engage dans un des trous inférieurs des parois latérales sur lequel ils sont réfléchis en haut comme sur une poulie de renvoi, les dirige obliquement en haut et en avant vers la cuisse sur chaque face externe des parties latérales, et finit par les nouer ensemble au-devant du membre, sur l'un des deux angles arrondis que présentent ces parois. (*Voir* n° 1 de la planche 2.)



Le lacs supérieur ainsi disposé, entraîne et fixe en bas le fragment supérieur de la rotule. Lorsqu'on applique la compresse graduée, il faut avoir la précaution d'attirer en haut la peau du genou, pour éviter qu'elle forme un bourrelet saillant au-devant de la rotule.



On place pareillement une compresse graduée et le plein d'une bande au-dessous du fragment inférieur (*voir* le n° 2 de la planche 1re) ; on ramène les chefs de ce second lacs en arrière et en haut ; et, après leur avoir fait suivre le même trajet qu'à ceux du lacs supérieur, on vient les nouer ensemble dans le même endroit, comme l'indique le n° 2 de la planche 2. Par ce lacs inférieur, le fragment inférieur de la rotule se trouve soumis à une traction de bas en haut.

Les deux lacs coaptateurs supérieur et inférieur circons-

FEUILLETON.

DE L'ENVOI DE DEUX CENTS ALIÉNÉS DE LA SALPÊTRIÈRE ET DE BICÊTRE DANS LES ASILES DE SAINT-VENANT, DE LILLE, D'ARMENTIÈRES ET DE MARÉVILLE, par ULYSSE TRÉLAT, médecin à l'hôpital de la Salpêtrière.

Les deux grands établissements qui reçoivent les aliénés de Paris étaient depuis long-temps surchargés de population. Le chiffre total des femmes aliénées ou épileptiques de la Salpêtrière s'élevait à 1,630 (chiffre du 1er mars 1844). Les sections du traitement contenaient jusqu'à quatre-vingt-quinze lits à terre. Une pareille situation ne pouvait être tolérée, car elle nuisait au bien-être des malades ; elle était pour eux une cause d'insalubrité, d'agitation et de désordre. Ces asiles, qui couvrent une si grande étendue de terrain, et qui composent à la Salpêtrière cinq services distincts, étaient devenus insuffisants depuis que les aliénés sont recherchés avec plus d'attention dans le sein de la population raisonnable qu'ils troublent ou qu'ils exposent. Il fallait élever des constructions nouvelles, ainsi que la demande en avait été faite (1), ou aviser au moyen de placer ailleurs un excédant assez considérable de population. L'administration s'est arrêtée, provisoirement au moins, à cette dernière ressource. Elle a traité avec les maisons départementales de Saint-Venant (Pas-de-Calais), de Lille, d'Armentières (Nord), de Maréville (Meurthe), et a décidé que quatre cents aliénés en état chronique y seraient transférés, savoir : deux cents de la Salpêtrière et autant de Bicêtre. M. Batelle, administrateur de la première division, se rendit sur les lieux, afin d'y faire prendre toutes les dispositions convenables pour la réception et l'installation des malades.

Une fois la mesure décidée et ainsi préparée, il fallut chercher un moyen de transport sûr, prompt et commode. Les diligences seules pouvaient réunir ces avantages, et l'administration, après avoir éprouvé un refus de la part des messageries royales, s'est entendue avec l'entreprise Laffitte. Les premiers départs devaient se faire à la Salpêtrière, des voitures y ont été envoyées d'avance pour être appropriées à leur destination par les ouvriers de cette maison, qui en ont réduit la contenance à deux compartiments. Celui de devant, composé du coupé et de l'intérieur réunis, et ayant douze places sur quatre banquettes, a été disposé pour recevoir les malades agités ou gâteux (1) ; celui de derrière, dit *rotonde*, pour les malades plus tranquilles et plus propres. Le siége de chaque place du compartiment de devant fut percé, et une rigole et une voie d'écoulement furent pratiquées pour le passage de l'urine. On fit placer des anneaux de fer au dossier de chaque siége pour pouvoir y fixer par des liens solides les malades qui auraient la camisole ; d'autres anneaux furent également établis au-dessous des siéges, afin d'y assujettir les jambes des malades ayant des entraves. On pourvut de quelques barreaux de fer peint l'ouverture des glaces, qu'on remplaça par des volets pleins pouvant être ouverts ou fermés à volonté. Quant au compartiment de derrière, aucune autre disposition n'y fut faite que l'établissement d'un vase de propreté pour les besoins des malades.

En même temps que ces dispositions s'exécutaient, les médecins des deux sections de malades en état chronique avaient été invités à dresser une liste de départ. Ils se trouvèrent l'un et l'autre spontanément d'accord avec l'administration pour faire céder en cette circonstance tout intérêt scientifique à la question d'humanité, et pour prendre les affections et les liens de famille comme première règle de leur travail. On ne porta sur les listes de départ que les malades qui ne recevaient plus de leurs parents aucune visite ou aucun témoignage de tendresse. Le nombre en était grand, car rien ne brise les relations de famille, rien n'éloigne les proches et n'engendre chez eux l'indifférence, l'oubli, comme la maladie qui fait le sujet de nos études, et surtout le séjour prolongé dans les asiles auxquels nous avons l'honneur de consacrer nos soins. Cette première base adoptée, on s'est appliqué en second lieu à éloigner les malades qui étaient pour les autres une cause de trouble, de tourment et de malheur, et on s'est décidé, après y avoir réfléchi et après s'être assuré de toutes précautions convenables, à faire partir un assez grand nombre de personnes fort incommodes par leur agitation et par leur violence. Le résultat a fait voir, et l'on va reconnaître jusqu'à quel point l'administration avait porté la prévoyance, et avec quelle facilité et quelle promptitude d'exécution peuvent être accomplies les entreprises les plus périlleuses, quand elles ont été suffisamment étudiées et préparées d'avance.

Le premier départ s'est effectué le jeudi 27 juin dernier, à neuf heures du soir, dans la section de M. Baillarger. Il se composait de dix-neuf malades. Sept, assez tranquilles, furent placées dans le compartiment de derrière avec une sous-surveillante de la section ; dix, plus ou moins agitées, occupèrent le compartiment de devant avec deux filles de service de la même section. Deux malades d'un âge assez avancé, et fort paisibles, montèrent sur la banquette.

A cinq heures on avait fait dîner les voyageuses, et leur repas avait été plus délicat que de coutume. Elles avaient été revêtues de costumes neufs, toutes pourvues de bonnets, de souliers au lieu de sabots, et avaient reçu, au moment du départ, du tabac et même un peu de sucre. Outre la sous-surveillante et les filles de service assises à côté des malades, la voiture était accompagnée par un sous-chef des bureaux de l'administration, assis sur la banquette du haut (1). Il avait pour instruction de veiller sur la sûreté du transport, et de faire arrêter aussitôt qu'un cordon établi dans l'intérieur et dans la rotonde, et correspondant avec la banquette, serait tiré. L'impériale portait, avec les effets des aliénées, les vivres et boissons plus que suffisants pour la route, plusieurs camisoles de force et un paquet de liens. La sous-

(1) Rapport au Conseil général des hôpitaux pour 1841-1842, par Ulysse Trélat.

(1) On appelle *gâteux*, dans les asiles de malades, ceux qui ne peuvent ou ne veulent point retenir leurs déjections et en salissent leurs lits, leurs vêtements et le sol sur lequel ils se trouvent.

(1) Chacun des convois fut toujours accompagné soit par le même sous-chef, soit par un surveillant ou d'autres employés de l'administration.

crivent un espace oblong transversalement dans lequel se trouvent les deux fragments affrontés de l'os fracturé. C'est en ce point qu'une troisième bande est appliquée par sa partie moyenne immédiatement sur la rotule, sans compresse graduée intermédiaire (planche 1re, n. 3). Les chefs de ce lacs moyen, engagés par les mêmes trous qui ont livré passage aux liens précédents, sont réfléchis verticalement en haut sur la face externe des parois latérales, puis ramenés à l'encontre l'un de l'autre sur le bord supérieur de ces parois, et noués enfin ensemble sur l'un de ces bords (planche 2, n. 3). Ce lacs moyen a pour effet de s'opposer au chevauchement des fragments et à l'engorgement des tissus situés au-devant du genou. Les trois liens coaptateurs passant par la même ouverture, il importe que celle-ci corresponde exactement à la partie moyenne de l'articulation tibio-fémorale, sans quoi leur puissance cesserait de s'harmoniser et de se faire équilibre.

L'appareil que nous venons de décrire, maintient les fractures transversales de la rotule dans un état de parfaite réduction. Il a tous les avantages du bandage unissant, sans en avoir les inconvénients; c'est ainsi, par exemple, qu'il réunit très bien les parties sans exercer sur le membre une compression circulaire capable d'entraver la circulation dans les vaisseaux de cette région, surtout dans ceux du creux du jarret, et de déterminer des engorgements plus ou moins graves et autres accidents. De plus, on peut le resserrer ou le relâcher avec une très grande facilité. En effet, par suite de la disposition des extrémités des lacs supérieur et inférieur qui forment une espèce de double corde tendue au-dessus du membre entre les parois latérales de la boîte, il n'est pas nécessaire de dénouer ces lacs pour en augmenter ou diminuer la traction. Pour obtenir le premier de ces effets, il suffit d'abaisser un peu cette corde vers la face antérieure de la cuisse en la faisant glisser sur les angles arrondis des parois latérales; elle est alors plus tendue, et elle acquiert une plus grande force de traction. Il faut, au contraire, la faire remonter sur les angles en l'éloignant de la cuisse, si l'on veut relâcher les liens trop serrés. Ce mécanisme facile de tension et de relâchement des liens peut être sans inconvénient confié aux malades. La puissance de cet appareil unissant est tel, qu'il est toujours facile de mettre en contact immédiat les fragments rotuliens; toutefois, il ne faut arriver à ce résultat que graduellement, au fur et à mesure que l'inflammation, combattue par les saignées générales et par la glace, tombe et laisse plus de souplesse dans les parties phlogosées.

Première observation. — *Fracture transversale de la rotule déterminée par la contraction musculaire.*

Au n° 9 de la salle 30 était couché un sapeur-pompier, âgé de trente et un ans, d'un tempérament bilieux, d'une bonne constitution, entré au Val-de-Grâce dans la soirée du 13 mars 1844 pour une fracture de la rotule. Ce militaire, en descendant un escalier, eut son pied gauche arrêté par un obstacle pendant que la jambe était fléchie. Voulant éviter une chute imminente en avant, il fit un violent effort pour porter le corps en arrière, mais dans le même instant, il entendit un fort craquement dans le genou, et se laissa tomber par terre, le membre gauche ne pouvant plus supporter le poids du corps. La contraction énergique des extenseurs de la jambe avait déterminé une fracture de la rotule, laquelle avait été suivie de la chute de l'individu.

Le blessé ayant été transporté à l'hôpital, le chirurgien de garde a placé le membre sur un plan incliné, et a appliqué de la glace sur le genou.

Voici ce qu'on observe à la visite du 14 mars : Il existe une fracture transversale de la rotule gauche, dont on peut encore distinguer les fragments malgré la tuméfaction. Le fragment supérieur, plus petit que l'inférieur, est fortement tiré en haut; il résulte de cet écartement des deux fragments un vide de cinq centimètres de hauteur environ, dans lequel le doigt peut s'enfoncer et reconnaître à travers les téguments la surface lisse et arrondie de l'extrémité articulaire du fémur. L'articulation est le siége d'un épanchement sanguin assez considérable; la peau offre une coloration bleuâtre. Douleurs vives lorsqu'on vient à presser sur le genou, légères au contraire dans l'état de repos. Point de réaction fébrile. Le malade n'a jamais eu de rhumatismes ni aucune affection, soit dans le genou gauche, soit dans toute autre articulation. — On prescrit : diète, limonade, saignée de 500 grammes, application de glace sur le genou.

Le 16, la tuméfaction est moindre, l'épanchement a diminué; les fragments laissent entre eux moins d'écartement. — On continue la glace.

Le 18, on note une coloration violette sur certains points, et jaunâtre sur d'autres, de la peau qui entoure le genou. Le blessé n'accuse aucune douleur.

Le 19, la tuméfaction a presque complétement disparu ; l'épanchement articulaire est en grande partie résorbé. Par suite de la cessation de l'état de spasme dans lequel se trouvaient les muscles extenseurs, les fragments se sont encore rapprochés, et ils ne laissent plus entre eux que trois centimètres environ d'intervalle. La coloration jaunâtre de la peau s'étend de plus en plus, et gagne la partie interne de la cuisse. Le membre offrant un état satisfaisant, M. Baudens applique ce matin son appareil, en procédant comme nous l'avons indiqué. A la suite de cette application, les fragments se trouvent dans un contact immédiat, et la fracture est parfaitement réduite. — On augmente l'alimentation du malade, et l'on cesse les applications de glace.

Le 20, le malade se trouve très bien dans son appareil, qui ne le gêne d'aucune façon et ne lui fait éprouver aucune douleur.

Le 22, on resserre les liens relâchés. Nous n'avons plus rien d'intéressant à noter jusqu'à l'époque de la levée de l'appareil, qui a été effectuée le 15 mai. On remarque alors que la consolidation de la fracture s'est opérée à l'aide d'un cal solide, sensible au toucher, large de dix millimètres environ. Il y a un peu de raideur dans le genou. — On prescrit des frictions huileuses camphrées sur l'articulation. Le membre, quoique dégagé des lacs, restera encore quelques jours dans la boîte.

Le 21 mai, on permet au blessé de se lever. Peu de jours d'exercice suffisent pour rendre au genou ses mouvements et faire disparaître la raideur.

Le 27, le malade sort du Val-de-Grâce, marchant d'une manière assurée.

Deuxième observation. — *Fracture transverse de la rotule par contraction musculaire.*

Quememer, sapeur-pompier, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, a été porté au Val de-Grâce, salle 30, n° 5, le 24 août au soir, pour une fracture de la rotule dont il vient d'être atteint.

Il nous rapporte que, courant dans la rue pour être plus vite rendu à sa caserne, il a fait un faux pas avec le pied droit, et que, voulant se retenir, il s'est brusquement porté en arrière, ce qui ne l'a pas empêché de tomber.

L'on constate aisément une fracture transversale de la rotule droite. Les deux fragments laissent entre eux un intervalle d'environ deux travers de doigt, qui permet de reconnaître, au dessous des téguments, une partie de l'extrémité articulaire du fémur. Le fragment supérieur est plus gros que l'inférieur. Tuméfaction et douleur peu considérable. Réaction nulle. Le blessé n'a senti aucun craquement dans le genou au moment de sa chute.

Les accidents locaux ne présentant aucune gravité, M. Baudens appliqua son appareil le 25 au matin. La fracture est bien réduite, les fragments bien affrontés. On met la glace sur le genou.

Quelques jours après, les accidents inflammatoires ayant presque entièrement disparu, on supprime les applications de glace, et l'on resserre les liens relâchés.

Le blessé est encore en traitement; le membre est bien maintenu dans l'appareil ; les fragments sont dans un contact immédiat. Le cal est formé; il est solide, presque insensible au doigt ; il semble que les os se soient réunis par première intention, selon l'expression de M. Baudens, qui pense que la nature n'a qu'un seul mode de cicatrisation, soit pour les parties molles, soit pour les tissus osseux.

On pourrait enlever l'appareil, mais on craint que le malade ne se livre à la marche et que par là le cal ne vienne à se rompre. L'appareil sera retiré sous peu de jours, pendant lesquels le malade sera soumis à l'examen des médecins qui suivent la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARES.

Des conserves et des lunettes. Leurs avantages et leurs inconvénients. (Leçon recueillie par le docteur E. BONIVER, de Langres, chef de clinique, membre de la Société médicale d'émulation de Lyon.)

Les conserves et les lunettes sont des instruments d'optique destinés à modifier les rayons lumineux qui parviennent à l'œil dans l'acte de la vision, de façon à diminuer la fatigue de l'organe, ou à rendre la vision plus parfaite. L'usage de ces instruments est si répandu, il offre de si grands avantages quand il est appliqué avec discernement, et il peut entraîner de si graves inconvénients pour l'organe de la vision lorsqu'il est abandonné à l'inexpérience des personnes qui, par caprice ou par nécessité, y recourent, qu'il est utile d'attirer l'attention des praticiens sur cette partie de la médecine oculaire, et de préciser les cas où cet usage peut être utile, et ceux où il doit être rejeté comme dangereux ou superflu. On trouve peu de renseignements sur ce point dans les auteurs; nous mentionnerons cependant les articles que MM. Rognetta et Skokaski ont fait paraître dans les Annales d'oculistique et dans l'Examinateur médical.

Beaucoup de personnes portent des lunettes par simple coquetterie; d'autres, trouvant leur vue imparfaite, cherchent à la corriger par leur usage; toutes vont directement chez l'opticien, choisissent la monture qui leur plaît, y font adapter les verres qui leur semblent remplir le but qu'elles se proposent, et sont ainsi souvent conduites à se servir de verres tout opposés à ceux qu'exige l'état de leurs yeux. Supposons, en effet, un individu atteint d'une légère congestion des membranes internes de l'œil, telle que les conditions de réfraction soient changées de façon à simuler une myopie; il va chez l'opticien qui lui donne des lunettes à verres concaves; l'œil de cet homme sera certainement fatigué par la dispersion des rayons lumineux, et la congestion, au lieu de diminuer, augmentera indubitablement. Beaucoup de maladies des yeux réclament le sage emploi des lunettes : la myopie, la presbytie, le mydriasis, la cataracte commençante ou opérée, l'amaurose, le strabisme, etc., sont de ce nombre. Dans beaucoup d'autres il peut être nuisible; aussi l'étude des lunettes, de leurs avantages et de leurs inconvénients, nous paraît-elle mériter quelque intérêt.

Généralités. — Les lunettes et les conserves sont formées de deux parties distinctes : la monture et les verres.

La monture des lunettes se compose elle-même de trois parties ; 1° de deux cercles à rainure dans lesquels sont enchâssés les verres; 2° d'une arcade destinée à les réunir et à maintenir l'instrument sur le dos du nez ; 3° de deux branches latélatérales articulées avec les cercles qui se fixent contre les tempes.

Les cercles des lunettes doivent se mouler exactement sur la forme des verres, et les maintenir avec solidité. Ils sont ouverts à leur partie externe, pour faciliter l'introduction du verre. De chaque côté de cette ouverture sont implantées de petites branches transversales destinées à porter une vis qui les réunit entre elles lorsque le verre a été mis en place ; à fournir la charnière pour l'articulation des branches latérales, et à mesurer l'espace compris entre la partie externe du cercle et la ligne tangente à la surface temporale. Ces petits appendices devront donc être d'autant plus longs, que les personnes pour lesquelles les lunettes sont destinées auront les temporaux plus écartés.

L'arcade centrale de la monture servant à maintenir l'instrument sur le dos du nez, devra s'adapter parfaitement à sa

---

surveillante et les filles de service étaient en outre pourvues de camisoles et de liens pour pouvoir, au besoin, s'en servir sans faire arrêter la voiture. Les repas devaient être pris pendant les relais, et aucune malade ne devait descendre avant l'arrivée. Le parcours de Paris à Saint-Venant est de 227 kilomètres; la durée du voyage avait été calculée à trente heures. L'employé de l'administration devait envoyer de deux points différents de la route des nouvelles du convoi, et à cet effet, il avait emporté deux lettres toutes pliées, toutes revêtues de leur adresse et pourvues d'un cachet volant ; dans lesquelles il n'avait que quelques mots à ajouter au crayon avant de les faire jeter à la boîte. Ces lettres furent satisfaisantes; il y eut pourtant, dans ce premier voyage, trois accidents qu'on évita toujours depuis. 1° Une malade, qui avait trop mangé avant son départ, eut une indigestion, et en fut fort incommodée ; 2° celles qui avaient été placées sur la banquette eurent froid pendant la nuit ; 3° les dispositions prises par les Messageries pour l'établissement des relais avaient éveillé sur quelques points de la route la curiosité publique, et des rassemblements de plusieurs centaines de personnes et fort contraires à la tranquillité des malades les entourèrent à Air et à Fruges. On eut quelque peine à empêcher les enfants, ou même quelques adultes, de se presser autour des voitures et de monter sur les marchepieds. M. l'administrateur, aussitôt informé, écrivit aux représentants de l'autorité de ces localités, et la présence de quelques fonctionnaires ou de plusieurs gendarmes au passage des voitures, suffit dès lors pour en écarter les curieux et pour éviter les inconvénients de leur affluence. Les malades à leur départ, prirent, au lieu de viande, des mets plus légers qui les flattèrent davantage, et depuis ce moment aucune d'elles ne fut indisposée. On renonça aux places de la banquette, où la fraîcheur de la nuit s'était fait trop vivement sentir, et il n'y eut plus désormais qu'une seule fille de service dans le compartiment des malades agitées. Il fut résolu qu'au lieu de revenir immédiatement, la sous-surveillante et la fille de service qui accompagnaient les malades passeraient trois jours avec elles, pour leur donner le temps de s'accoutumer à leur nouvelle résidence.

On ne saurait peindre ici combien on fut touché, dans les établissements qui recevaient nos aliénées, des derniers soins et des marques d'affection que leur donnèrent nos employées avant de les quitter.

Pour le second départ, qui se fit dans ma section, on avait acquis l'expérience fournie par les apprêts du premier. Il avait alors fallu beaucoup de temps pour faire monter les malades en voiture. Cette fois on ne mit pas une demi-heure à cette opération, quoiqu'il y eût là cinq malades revêtues de la camisole, et qu'il fallût les fixer les unes après les autres aux anneaux du haut et du bas. Les apprêts du départ durèrent ensuite de moins en moins, et finirent par s'accomplir en vingt minutes, soit dans l'une soit dans l'autre section.

Toutes les circonstances de cette nouvelle mesure furent pleines d'intérêt, et chacun de ceux dont elle éveillait le plus soit la sollicitude, soit la responsabilité, se trouva constamment au départ, et attendit avec impatience des nouvelles de la route (1). Adressées au directeur de la maison, elles étaient aussitôt communiquées d'une part à l'administration, et de l'autre aux médecins et à leurs sections. Ceux qui liront cette note seront peut-être satisfaits d'y trouver des détails qui ont excité à plus d'un titre toute notre attention.

On savait déjà l'influence qu'exercent sur nos malades toute chose nouvelle, le changement de lieu, les impressions inusitées, et c'est pour cela que les maisons qui leur sont consacrées, soit dit en passant, ne sauraient offrir trop de distributions convenables au classement de ceux qui les habitent et aux déplacements fréquemment répétés qui doivent tourner à leur profit. Jamais, bien certainement, il ne s'était présenté une circonstance aussi propre à soumettre à une épreuve décisive cette expérience déjà depuis longtemps acquise. C'était, en effet, chose bien nouvelle et bien inattendue pour toutes ces pauvres femmes qui, après un séjour plus ou moins long dans les asiles de traitement, avaient vu se refermer sur elles la porte des sections dites d'*incurables* et s'attendaient à y mourir ; c'était chose tout à fait imprévue que d'être appelées à faire un assez long voyage, elles qui ne franchissaient jamais le seuil de leur dortoir, de leur atelier ou de leur cour, que d'apprendre qu'elles monteraient en diligence, que de voir des vêtements neufs, elles qui, en leur qualité d'aliénées, et d'aliénées incurables, n'avaient reçu si longtemps que les vieux vêtements usés dans les sections d'indigentes, les haillons de rebut des autres parties de l'établissement. La plupart furent très sensibles à cette distinction, et l'on ne saurait dire ici quel plaisir leur faisait surtout le jupon de calicot blanc que recouvrait leur robe de drap gris ; elles relevaient à chaque instant le bas de celle-ci, soit pour montrer, soit pour voir encore la partie de leur toilette dont l'éclat les avait si vivement flattées. Il y a chez la femme un amour de la parure et surtout un goût pour les couleurs claires et pour le blanc, qui survivent encore en elle à la ruine la plus complète de son intelligence et de ses sentiments.

Les notes qui vont suivre se rapportent aux cinq départs effectués jusqu'ici dans ma section, et que j'ai naturellement mieux observés que les autres, du moins avec une plus parfaite connaissance des personnes (1). Elles s'appliqueraient d'ailleurs aussi bien dans leur ensemble aux autres malades chez lesquelles on a pu faire des remarques tout à fait analogues.

(1) L'administrateur de la première division des hôpitaux, le directeur et l'économe de la Salpêtrière, le médecin de la section où se préparait le convoi, assistèrent toujours aux apprêts du départ. Toutes les dispositions étaient prises par le personnel de l'établissement, les malades installées dans la voiture par les surveillantes, le chargement des effets effectué par les ouvriers de la maison. Un inspecteur des Messageries assistait aux apprêts; mais le conducteur et les chevaux n'entraient dans la cour et ne venaient prendre la voiture que quand elle était prête à partir. Les départs eurent toujours lieu un quart d'heure avant l'heure qui avait été fixée : les premiers à neuf heures moins un quart; les derniers, depuis la diminution des jours, à huit heures moins un quart.

(1) Il reste encore chez nous, à la Salpêtrière, deux convois à expédier à la maison de Maréville, près Nancy ; ils se feront quand le départ des hommes de Bicêtre pour Armentières sera terminé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

courbure; elle aura une longueur, en outre, telle que le centre des verres soit parfaitement en rapport avec l'axe visuel des yeux. Sans cette précaution, il n'y a qu'un seul œil qui voie au travers du verre qui lui est adapté; il en résulte du trouble dans la vision, et la fatigue de l'autre œil qui fait effort pour se mettre dans une position convenable. Telle est bien souvent la cause de céphalalgies dont se plaignent les personnes qui portent des lunettes.

Les branches latérales des lunettes doivent avoir une courbure qui s'accommode à celle de la région temporale. Elles ont ordinairement une brisure verticale pour qu'elles puissent se recourber derrière l'oreille. Dans les lunettes des femmes, cette brisure est presque toujours remplacée par une boucle qui peut servir à passer un cordon pour lier les lunettes derrière la tête. Toutes les fois qu'on ne les emploie pas, cette disposition est vicieuse, parce que rien ne maintient les lunettes sur le nez; elles glissent, et bientôt le centre des verres ne se trouve plus en rapport avec l'axe visuel. Mieux vaudrait encore le pince-nez de nos pères, malgré ses imperfections; cet instrument avait du moins l'avantage de maintenir les verres à une distance toujours constante de l'œil, et il évitait ainsi à cet organe la fatigue continuelle d'une accommodation nouvelle de ses milieux à chacun des changements de condition de réfraction, c'est-à-dire, à tous les mouvements de l'instrument. Il est vrai de dire que les branches brisées ont l'inconvénient de défriser et même d'arracher les cheveux; il serait donc à propos de remplacer la brisure par une courbure verticale à peu près à angle droit et fixe, qui servirait à accrocher les lunettes derrière les oreilles. Pour que les branches brisées, ainsi que celles à crochet que nous venons d'indiquer, aient tous leurs avantages, il faut qu'elles ne soient ni trop courtes ni trop longues pour pouvoir maintenir les lunettes dans une parfaite immobilité, quels que soient les mouvements de la tête.

Les montures de lunettes se font en or, en argent, en écaille ou en acier. Elles doivent être légères, pour ne pas fatiguer par leur poids, et pourtant assez fortes pour ne point se courber en différents sens, car les verres perdraient alors leur rapport exact avec l'axe visuel. Nous en avons vu plus haut les conséquences.

Verres. — La mode a beaucoup fait varier leur forme; mais cette forme a peu d'importance en elle-même pourvu que, lorsqu'ils doivent servir à voir dans toutes les directions, leurs dimensions soient assez grandes. En effet, s'ils étaient trop petits, on ne pourrait voir à travers que les objets placés en face. Ceux placés de côté seraient mal vus, et ce serait là le moindre inconvénient. Les verres doivent être d'une parfaite limpidité, ne présenter ni bulles dans leur épaisseur, ni aspérités, ni lignes à leur surface; ils doivent être taillés de telle manière que leur foyer réponde exactement au centre de la courbe que leur contour présente. Une seule ligne, même sur des verres plans, peut défigurer les objets. — C'est ainsi qu'un de nos littérateurs les plus distingués qui vint me consulter voyait une image inclinée dès qu'il prenait ses lunettes. Après m'être assuré de l'intégrité de la vue, je donnai le conseil de remplacer les verres sur lesquels j'avais aperçu ce défaut; l'opticien trouva sans doute plus simple de les changer de côté, car quelques jours après M... revint me trouver parce qu'il voyait encore le même phénomène se produire; mais cette fois l'inclinaison était à gauche au lieu d'être à droite. Alors il fit changer les verres en sa présence, et jamais depuis cela ne s'est représenté.

De tout ce qui précède, il résulte entre autres choses: que la monture des lunettes doit être proportionnée, quant à sa longueur, à l'écartement des yeux et des tempes; que l'arcade centrale doit s'adapter exactement à la courbure du nez; que l'axe oculaire doit passer par le centre des verres; que les branches latérales doivent mesurer exactement la distance comprise entre l'extrémité de la branche transversale et le pavillon de l'oreille derrière lequel elles se recourbent, etc. Ne pourrait-on point en tirer comme conséquence qu'il serait peut-être bien nécessaire d'introduire parmi les gens du monde l'habitude de prendre mesure de lunettes comme l'on prend mesure pour un vêtement quelconque? C'est cette nécessité qu'a si bien comprise un savant italien atteint de presbytie, qui habite les environs de Paris, qu'il s'est fait mouler la face afin que l'ouvrier pût mieux remplir ses intentions. Il a fait faire les verres très petits et les a placés très bas, de façon à voir facilement par-dessus. La petitesse des verres ne le gêne aucunement, car depuis vingt ans qu'il les porte il n'en a jamais été fatigué malgré les travaux assidus de cabinet auxquels il se livre; tandis qu'avant il ne pouvait travailler quelques heures sans éprouver de violents maux de tête. Les lunettes qu'il a fait confectionner réunissent encore l'avantage de ne point le gêner pour voir les objets placés devant lui à distance et de côté, les branches latérales accrochées sur les oreilles s'appliquant exactement sur les pommettes, et ne masquant le champ de la vue dans aucune direction. J'en ai fait faire un modèle par M. l'ingénieur Chevalier. J'aurai l'occasion d'en reparler lorsque je m'occuperai des lunettes en particulier.

Etudions d'abord les conserves proprement dites.

(La suite à un prochain numéro.)

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. TANCHOU.

Antéversion de l'utérus avec abaissement. Ulcérations du col consécutives, traitées pendant deux ans pour un engorgement. Guérison par l'application immédiate d'un pessaire.

L'observation que nous allons rapporter pourrait facilement être accompagnée de plusieurs autres semblables. En effet, il se présente fréquemment au Dispensaire Ste-Geneviève des femmes traitées depuis des mois, et même des années, soit dans les hôpitaux ou en ville, pour des engorgements de la matrice, et qui ne présentent à l'examen aucune trace de cette maladie. Nous avons même souvent observé que dans ces cas il n'existait qu'un simple abaissement de cet organe. Nous n'avons pas besoin de dire que ces méprises sont très funestes aux malades en retardant une guérison facile ou en donnant lieu à un traitement qui aggrave leur position, s'il ne détermine même des accidents plus graves que n'était leur maladie.

Nous rappellerons, à cette occasion, qu'en 1840 (*Gazette des Hôpitaux*, 558), M. Tanchou a fait remarquer que les abaissements méconnus ou prolongés de la matrice donnent souvent lieu à des rougeurs, des érosions et même des ulcérations du col de cet organe, par le frottement de cette partie sur celles qui l'environnent, et que, dans la plupart des cas, il suffit d'empêcher ce frottement par un pessaire approprié pour obtenir la guérison, ainsi qu'on va le voir dans l'observation qui suit. Sans doute cette guérison n'est pas toujours aussi facile, et souvent il n'est pas permis d'agir ainsi; car il n'est pas rare que ces diverses lésions du col de la matrice déterminent un éréthisme nerveux général ou local, un état d'irritation et même d'inflammation qu'il faut modifier avant de recourir aux moyens suspenseurs, autrement ils donnent lieu à des de coliques et des douleurs violentes dans l'hypogastre; mais c'est là une question sur laquelle nous reviendrons en indiquant les moyens thérapeutiques employés habituellement dans ces cas.

Madame Volt, brunisseuse sur porcelaine, demeurant rue Paradis-Poissonnière, 40, se présente au Dispensaire le 15 mai 1843. Elle est âgée de trente-trois ans, d'une constitution éminemment sanguine. Elle a été réglée à quatorze ans, et s'est mariée à vingt-un ans; elle a eu trois enfants.

Elle n'a jamais été malade. Il y a environ dix ans, qu'après un effort fait en liant une gerbe de blé, elle ressentit une douleur dans le bas-ventre, qui la gêna ensuite pour marcher. Cependant, après quelques jours de repos au lit, cette incommodité disparut. Devenue enceinte ensuite pour la seconde fois, elle souffrit beaucoup de douleurs et de pesanteurs dans les reins pendant sa grossesse. L'accouchement fut laborieux. Depuis lors les douleurs de reins, les pesanteurs de bas-ventre et sur le rectum, n'ont pas cessé. En 1841, elle se présenta aux consultations de l'hôpital de la Pitié. On signala, dit-elle, un engorgement de la matrice, et on lui prescrivit une saignée du bras tous les mois, la tisane de saponaire, les pilules de ciguë, pommade d'iodure de plomb pour frictions dans les aines, bains entiers tous les deux jours, lavements et injections émollients, régime doux et peu nourrissant. La malade s'astreignit à ces prescriptions pendant deux ans très exactement, mais sans en retirer la moindre amélioration. On pratiqua vingt saignées du bras dans ce laps de temps.

Etat actuel de la malade. — La santé générale est bonne; le teint du visage ne décèle aucune affection organique de l'utérus; ses règles sont régulières, mais elles sont accompagnées de douleurs et tiraillements dans les reins, de pesanteurs dans le bas-ventre, qui rendent sa marche pénible et même quelquefois impossible; la station est également douloureuse, ainsi que la position assise.

Au toucher, les parties sont trouvées d'une température ordinaire; le vagin est plissé sur lui-même et se présente à la vulve. Le col utérin est bas et dirigé légèrement à droite. En appuyant le doigt du côté du rectum, on occasionne des douleurs très vives, qui paraissent névralgiques plutôt qu'inflammatoires.

Au spéculum, les parties sont d'une couleur normale. Le col se découvre un peu à droite: il est d'un volume ordinaire; deux petites ulcérations existent sur la lèvre antérieure. M. Tanchou diagnostique un abaissement de l'utérus, avec ulcérations causées probablement par le déplacement. — Application d'un pessaire destiné à cet usage; 20 centigrammes de poudre de valériane tous les jours; bain entier.

Le 22 mai, la malade dit que le pessaire ne la gêne pas; elle ne ressent plus aucune douleur ni pesanteur dans le bas-ventre, et marche plus facilement. Elle se sent plus forte et moins délabrée qu'auparavant; il existe cependant des flueurs blanches assez abondantes. — Injections avec la décoction de tan et de roses de Provins.

Le 9 juin, l'écoulement blanc a entièrement disparu; les ulcérations sont parfaitement cicatrisées. La malade accuse quelques douleurs d'estomac. — Eau de Vichy naturelle aux repas; 20 centigrammes de poudre de valériane et de sous-carbonate de fer tous les jours.

Le mieux se maintient, et la santé paraît tout à fait consolidée.

Aujourd'hui (1er septembre 1844), cette dame continue à se bien porter; elle peut vaquer à ses occupations sans aucune douleur. La matrice est dans l'état le plus satisfaisant, quoique depuis trois ou quatre mois la malade ne porte plus de pessaire.

P. GARNIER, de Bagneux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 septembre. — Présidence de M. FOUQUIER.

M. Aubert-Roche adresse la lettre suivante:

Dans la séance de l'Académie de médecine du 20 août dernier, dont le Bulletin du 15 septembre courant vient de rendre compte, M. Pariset, chargé de faire un rapport sur deux mémoires relatifs à la peste, cite, à l'appui de ses opinions, un fait inventé à plaisir, et un chiffre qui est erroné. Je ne doute pas que la religion de M. le secrétaire perpétuel n'ait été suprise, et qu'on n'ait abusé d'une position dont les travaux sont tels, qu'il est impossible de donner le temps nécessaire à la vérification des faits.

En 1819, rapporte M. Pariset, *un jeune Suédois vint d'Alexandrie à Marseille; il y eut la peste, et n'en sortit qu'après sa guérison.* (Page 1096, ligne 3.)

Cette histoire a été fabriquée de toutes pièces. Un seul navire est arrivé à Marseille, le 30 avril 1819, avec la peste à bord; c'était le brik *la Continuation*, capitaine Anderson. Il venait de Tunis, et avait eu pendant la traversée trois morts; un matelot et un garde de santé à bord furent attaqués en quarantaine; le garde de santé mourut. Il n'y a pas eu d'autres cas de peste au lazaret de Marseille en 1819, on n'a pas connaissance d'un bâtiment venu d'Alexandrie ayant eu la peste après son arrivée: ni les archives du lazaret, ni les correspondances officielles de cette année n'en font mention, et elles méritent un peu plus de confiance que la parole d'un diplomate.

Ce qui suit ne porte pas le même cachet, seulement les assertions de M. le rapporteur sont erronées. *Aujourd'hui*, avance-t-il, *en France et en Angleterre le gouvernement n'impose que vingt et un jours de quarantaine, y compris le temps du voyage.* (Page 1096, ligne 9.)

En France, il est vrai, d'après la dernière ordonnance, la quarantaine se trouve réduite à quatorze jours pour les passagers débarqués au lazaret, et lorsque les effets ont été plombés au lieu du départ; ce qui fait, compris le voyage de huit jours, vingt-deux jours pour être libre à Marseille. Cette amélioration n'est applicable seulement qu'à nos paquebots à vapeur venant directement d'Alexandrie. Les paquebots anglais partant du même point pour se rendre en Angleterre, mettent seize jours comme temps de quarantaine, après quoi on est libre. Quant à nos paquebots venant de Constantinople, comme la quarantaine se fait à Malte, supposant que l'on adopte la réduction française, il faudra trente et un jours pour être rendu en France, tandis que par la ligne anglaise il ne faut que dix-sept jours pour arriver de Constantinople en Angleterre. On voit qu'il n'existe pas une égalité de vingt et un jours; que le voyage en France n'est pas compté comme temps de quarantaine; il y a donc erreur dans le rapport.

Mais la question importante pour la France n'est pas seulement que l'on puisse débarquer à Marseille en même temps qu'à Constantinople, ce qui n'est pas, du reste; c'est d'arriver à Londres en prenant la ligne française, et passant par Paris avec autant de rapidité qu'en voyageant par les paquebots anglais. Or, tandis qu'aujourd'hui, venant d'Alexandrie par la ligne française il faut pour se rendre à Paris vingt-huit jours, et à Londres trente-trois; par la ligne anglaise on arrive en dix-sept jours à Londres, et en dix-neuf à Paris. Si l'on vient de Constantinople par la ligne française, on met trente-sept jours pour Paris et quarante-deux pour Londres; tandis que par la ligne anglaise il ne faut que dix-huit jours pour Londres et vingt jours pour Paris.

Il y a loin de ces chiffres, très faciles à vérifier, à cette uniformité de vingt et un jours dont M. le rapporteur a fait mention. On lui aura sans doute présenté l'égalité de temps sur un point comme rétablissant sur tous les autres points l'équilibre rompu entre les intérêts français et anglais. Je suis convaincu, si M. Pariset avait pu vérifier ce qui lui a été dit, qu'il n'aurait pas regardé la réduction apportée par la dernière ordonnance, comme tout ce qu'il était possible de faire pour concilier nos intérêts nationaux lésés et de prétendus intérêts de santé publique qui sont loin d'être *sacrés*.

En terminant, je crois devoir signaler à MM. les membres de l'Académie, et surtout à la commission de la peste, la concession faite par l'intendance sanitaire de Marseille, qui est composée principalement de négociants ayant des relations de commerce avec l'Orient, c'est un tour d'adresse. Bien qu'ils prétendent avoir beaucoup accordé, messieurs de la santé ont su conserver à Marseille, au détriment général, un monopole commercial qui cessera le jour où on adoptera en principe que le temps du voyage compte dans la quarantaine. La crainte de la contagion est un moyen dont on se sert habilement pour exploiter des intérêts particuliers.

— *M. le président* annonce que l'on va procéder à la nomination de la commission pour le prix d'Argenteuil.

M. Cornac. L'Académie a-t-elle reçu des travaux écrits en allemand? L'Académie aurait besoin de le savoir afin que dans l'affirmative elle pût introduire dans la commission un membre qui connût la langue allemande.

M. Pariset. L'Académie n'a reçu aucun travail en langue allemande. Il est vrai qu'un médecin allemand a écrit pour demander si un travail fait en cette langue pourrait concourir; il est vrai que nous lui avons répondu que oui; mais les délais du concours ayant expiré avant la réception du travail annoncé, il n'y a pas lieu à s'occuper de cet incident.

M. Cornac. Pour le présent, sans doute; mais pour l'avenir je crois qu'il serait bon que l'Académie adoptât cette résolution de n'admettre à concourir que les travaux écrits en français ou en latin. En effet, il pourrait arriver que la Commission fût à la merci du seul de ses membres qui connût la langue allemande, et qui pourrait ainsi imposer son opinion à la commission. Je suis bien aise de présenter cette remarque, qui ne me paraît pas sans importance.

Le dépouillement du scrutin a donné le résultat suivant pour la nomination de la commission pour le prix d'Argenteuil:

MM. Jobert, Amussat, Villeneuve, Bérard, Lagneau, Bégin, Ségalas, Civiale, Jourdan.

M. le président. Voilà les neuf membres qui ont obtenu le plus grand nombre de suffrages. Celui qui vient après est M. Mérat, le trésorier de l'Académie. Quelques membres ayant manifesté le désir de voir cet officier de l'Académie faire partie de la commission, je crois devoir consulter l'Académie à cet égard.

M. Lagneau. Ce soin est superflu; l'Académie a décidé que la commission serait composée de neuf membres et non pas de dix, il faut donc maintenir sa décision. On ne voit pas d'ailleurs ce que la présence de M. le trésorier pourrait faire au sein de la commission. Il ne s'agit pas ici de disposer des fonds de l'Académie, mais d'un legs dont les fonds ne sont pas à la disposition du trésorier.

L'Académie passe outre.

— *M. Chevallier* lit une longue série de rapports sur les remèdes secrets, dont les conclusions défavorables sont successivement adoptées.

— *M. Hamont* se présente à la tribune pour lire un commencement de travail sur la peste.

M. Rochoux invoque une précédente décision prise par l'Académie, qui tendait à renvoyer tous les travaux et documents sur la peste à une commission qui a été nommée à cet effet.

La proposition de M. Rochoux n'étant pas appuyée, elle n'est pas mise aux voix, et la parole est maintenue à M. Hamont.

La partie du travail lue par M. Hamont est une sorte d'introduction aux recherches sur la peste, qu'il se propose de présenter à l'Académie. Il a eu pour but de décrire les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les habitants de l'Egypte, conditions qui rendent raison de l'endémicité de la peste qui existe dans ce pays.

— *M. Dupuy* lit un mémoire relatif à des expériences faites par lui sur la maladie charbonneuse des animaux.

— *M. Ségalas* communique un nouveau fait de taille sus-pubienne:

J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, il y a peu de temps, dit M. Ségalas, deux pierres remarquables sous divers rapports et extraites par la taille sus-pubienne à des malades qui ont été promptement guéris. Je vais aujourd'hui placer sous vos yeux une autre pierre extraite de même par le haut appareil; et remarquable par son poids, qui est de 107 grammes; par sa forme générale, qui ressemble assez à celle d'un pain de savon disposé pour les mains, et surtout par les dents, les saillies coniques qu'elle offre sur différents points de sa surface, encore qu'elle paraisse, d'après sa couleur, être composée d'acide urique. J'appelle l'attention de l'Académie sur ces espèces de pierres, à cause de deux circonstances que voici: d'abord, le malade n'a jamais uriné le sang; et ensuite après avoir commencé à souffrir à neuf ans

et éprouver plusieurs symptômes de pierre jusqu'à l'âge de quinze ans, il a cessé de souffrir à cette époque, et n'a plus guère souffert qu'il y a deux ans, à l'âge de trente-sept ans ; de telle sorte que, pendant cet intervalle de vingt-deux années il a pu mener une vie active, et même voyager pour le commerce, tantôt à cheval, tantôt en voiture.

Une fois les douleurs renouvelées, je ne sais sous qu'elle influence, elles sont devenues de plus en plus vives, avec ce caractère de se faire sentir au périnée et jamais au gland. Quand nous avons été appelés, M. le docteur Pouget et moi, à donner des soins à ce malade, il était en proie à des douleurs intolérables ; il était, en outre, atteint d'un catarrhe vésical et sujet à des accès de fièvre intermittente qui dataient d'une année.

Nous avons tenté la lithotritie jusqu'à trois reprises, mais avec peu de succès, et nous avons pris le parti de recourir à la taille ; elle a été pratiquée le 16 de ce mois, sans le moindre accident primitif ou consécutif ; la sonde-siphon a fonctionné parfaitement, et la plaie marche avec rapidité vers la guérison. L'état général est excellent ; il n'y a pas eu de fièvre à proprement parler et il y a eu constamment de l'appétence pour les aliments.

Le malade, comme la plupart de ceux auxquels j'ai retiré ou brisé des pierres depuis quelques années, est de la province ; il est de Saint-Omer.

M. Desportes. M. Ségalas nous dit que son malade a commencé à souffrir à neuf ans, a souffert jusqu'à quinze ans, puis n'a plus souffert jusqu'à l'âge de trente-sept ans. Comment explique-t-il ce fait ?

M. Ségalas. Il n'est pas rare de rencontrer des vieillards calculeux qui ne souffrent point. Cet état d'indolence s'explique assez naturellement. Comme, chez beaucoup de vieillards, la vessie ne se vide pas complétement, on peut admettre que cet organe ne s'applique pas sur le corps étranger, et que par suite celui-ci ne s'irrite que faiblement. Mais ici il s'agit d'un homme chez lequel la vessie est contractile et l'urètre libre, on doit supposer que l'évacuation des urines s'est faite en tout temps, et dans cette hypothèse l'explication précédente n'est plus applicable. Je suis porté à croire que le poids de la pierre a contribué à la rendre moins douloureuse en la retenant au bas-fond de la vessie, partie bien moins sensible que celles qui avoisinent le col.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 septembre 1844. — Présidence de M. DUMAS.

M. Bourgery lit un mémoire sur les masses comparatives que présentent dans l'homme et les animaux mammifères les différents organes qui composent le système nerveux.

Voici les conclusions de ce travail :

1° De même que dans l'homme, comme il ressort de tous les travaux de la science moderne, l'étendue et la variété de l'intelligence sont généralement en proportion de la quantité anatomique de la substance cérébrale et que cette détermination devient rigoureuse lorsque, à la quantité, se joint la condition physiologique de *la qualité* : de même aussi, chez les animaux, la précision et la lucidité des instincts paraissent en rapport avec la quantité de la matière cérébrale dans chacun d'eux, sauf également la question de qualité entre les individus d'une même espèce.

2° La somme des instincts chez les animaux, comparés entre eux est d'autant plus grande, que le poids proportionnel des hémisphères cérébraux, et peut être aussi du cervelet, est plus considérable par rapport à celui des centres nerveux de l'axe cérébro-spinal.

3° La vie n'étant que l'harmonie dans l'accord et l'antagonisme, c'est-à-dire une lutte perpétuelle des organismes contre le milieu physique, le système nerveux, l'agent matériel de la vie, exerce trois sortes de fonctions : les premières spontanées ou propres à l'être vivant, et qui ne peuvent ressortir uniquement de l'action des lois générales de la nature ; les secondes physiques, les troisièmes chimiques, qui se nuancent d'un groupe à l'autre par des fonctions mixtes intermédiaires. Les fonctions spontanées indiquent la destination de l'être vivant, les autres établissent pour l'entretien du corps matériel ses rapports avec les lois de la chimie et de la physique générales.

Ces conditions posées,

En dehors de toute question de la qualité relative de la substance :

1° Une masse nerveuse cérébrale qui est quatre fois celle de tout le reste des organes encéphalo-rachidiens, est exigée pour les manifestations psychologiques de l'homme.

2° Les instincts de l'animal ne requièrent que cinq ou six fois moins de la substance nerveuse qui leur est propre.

Au-dessous, la quantité de substance nécessaire aux organes, pour leurs fonctions, diminue graduellement dans cet ordre.

3° Les sens et les nerfs de la sensibilité générale, organes de physique vivante.

4° La fonction physique du mouvement.

5° La fonction physico-chimique de la respiration.

Puis parmi les fonctions chimiques :

6° La digestion ;

7° Les élaborations organiques ;

8° L'assimilation.

Tels sont les résultats qui ressortent de la détermination en poids de la substance nerveuse. Mais pour si curieux et féconds qu'ils puissent être, pour conclure à la qualité anatomique, il faudrait pouvoir ajouter la qualité physiologique, condition plus essentielle à laquelle semblent se rattacher l'aptitude spéciale, l'activité, l'harmonie fonctionnelle, et quelque chose encore de plus pénétrant, de plus exquis, et par cela même d'indéfinissable qui imprime un si grand caractère aux manifestations psychologiques de l'homme. C'est que, de même que pour tous les tissus, qui diffèrent entre eux dans les animaux, il y a aussi une substance nerveuse propre à chacun d'eux et avant tout à l'homme. Gardons-nous donc d'assimiler entre eux des organes dont les manifestations physiologiques, loin d'être généralement analogues, sont partout si profondément différentes. Et comme aucune comparaison ne peut être admise à cet égard de l'animal à l'homme, tout en constatant l'énorme différence matérielle qu'elle accuse, avouons que la quantité qui ne montre que le côté physique d'une question qui ne l'est plus, ne suffit pas à mesurer l'immense intervalle qui sépare l'instinct organique irresponsable de l'animal, du sens moral et de l'intelligence responsable de l'homme.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires. Premier Mémoire, contenant des considérations anatomiques et physiologiques sur les vices de conformation, l'inflammation aiguë des ovaires ; par le docteur A. CHÉREAU. — In-8°, 1844. Fortin, Masson et Ce.

Le mémoire dont nous rendons compte, et qui doit être suivi de plusieurs autres destinés à compléter l'histoire des maladies dont les ovaires sont susceptibles d'être affectés, est divisé en trois parties.

La première est consacrée aux considérations anatomiques et physiologiques relatives à ces organes, auxquels M. Chéreau attribue une si grande importance dans la constitution de la femme, qu'il les place même au-dessus de l'utérus, et qu'il a pris pour épigraphe de son livre l'axiome célèbre de Van Helmont, modifié de la manière suivante : *Propter solum ovarium, mulier est id quod est.* Pour l'auteur, l'ovaire est l'organe correspondant, dans la femelle, au testicule dans le mâle, et il appuie son opinion sur des observations d'anatomie comparée fort curieuses. Inutile de dire que l'auteur se rallie, pour la théorie de la menstruation, aux idées nouvelles de la ponte périodique ; idées qu'il formule de la manière suivante :

La menstruation n'est qu'un phénomène périodique, commençant avec la puberté et finissant à l'âge critique ; lequel phénomène consiste dans la production et le développement de vésicules ovariennes, c'est-à-dire dans la maturition d'un œuf qui est périodiquement développé, soit pour être expulsé avec le fluide menstruel par l'utérus ; soit pour être détruit par rupture et inflammation.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur passe en revue d'abord les divers moyens d'exploration dont on peut faire usage pour diagnostiquer les maladies des ovaires : la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, le toucher vaginal et rectal ; puis, citant rapidement quelques faits intéressants d'agénésie et de vices de conformation des ovaires, il arrive au point principal de son mémoire, à l'inflammation des ovaires, à l'ovarite, maladie qui, par une bizarrerie que l'on ne saurait trop comment expliquer, avait jusqu'à la fin du siècle dernier complétement échappé aux nosologistes les plus célèbres, et dont la première observation, en 1782, appartient à Louis Kruger, de Gœttingue, qui en fit l'objet de sa dissertation inaugurale.

M. le docteur Chéreau distingue l'ovarite essentielle ou idiopathique, dont il rapporte plusieurs faits, dont quelques-uns lui appartiennent ; l'ovarite puerpérale, la plus fréquente de toutes, et l'ovarite symptomatique. Les cinquante dernières pages du livre de M. Chéreau sont consacrées à l'histoire théorique de l'ovarite aiguë, considérée longuement dans ses lésions anatomiques, ses causes, ses symptômes, son diagnostic et son traitement. Une érudition de bon aloi, une observation consciencieuse, la nouveauté du sujet, recommandent assez ce travail pour que nous croyions dispensés de nous y étendre plus longuement.

Théorie positive de la fécondation des mammifères, basée sur l'observation de toute la série animale; par M. PONCHET, D.-M., professeur de zoologie au Muséum d'histoire naturelle de Rouen. (1842.) Chez Roret.

La théorie des ovules, sur laquelle, comme sur beaucoup d'autres points, du reste, qu'il n'avait pas plus étudiée, s'est fort égayé Voltaire, ce grand railleur du dix-huitième siècle, est désormais celle qui paraît réunir le plus grand nombre d'opinions en sa faveur, et qui semble expliquer de la manière la plus satisfaisante les mystères de la génération chez les mammifères. L'auteur du travail dont nous rendons compte, a d'après cette opinion, dont l'influence domine son ouvrage, établi tout d'abord un certain nombre de lois fondamentales au développement desquelles il a consacré de laborieuses recherches. Nous ne croyons pouvoir mieux analyser sa théorie qu'en reproduisant les principales dispositions de ces lois physiologiques.

1° Il n'y a point d'exception pour l'espèce humaine ; les phénomènes de sa génération suivent des lois analogues à celles qui s'observent chez les divers animaux, et ils sont parfaitement identiques avec les actes qui se manifestent sur ceux qui sont placés à la tête de la série zoologique.

2° La génération se produit chez tous les animaux à l'aide d'œufs. Quelques êtres inférieurs font seuls exception.

3° Dans toute la série animale, les ovules préexistent à la fécondation.

4° Des obstacles physiques s'opposent à ce que, chez les mammifères, le fluide séminal puisse être mis en contact avec les ovules encore contenus dans les vésicules de Graaf.

5° Dans toute la série animale, incontestablement l'ovaire émet ses ovules indépendamment de la fécondation.

6° Dans tous les animaux, les ovules sont émis à des époques déterminées et en rapport avec la surexcitation périodique des organes génitaux.

7° Dans les mammifères, la fécondation n'a jamais lieu que lorsque l'émission des ovules coïncide avec la présence du fluide séminal.

8° L'émission du flux cataménial chez la femme correspond aux phénomènes d'excitation qui se manifestent à l'époque des amours chez les divers êtres de la série zoologique, et spécialement sur les femelles des mammifères.

9° La fécondation offre un rapport constant avec l'émission des menstrues ; aussi, sur l'espèce humaine, il est facile de préciser rigoureusement l'époque intermenstruelle où la conception est physiquement impossible et celle où elle peut offrir quelque probabilité.

10° Assurément il n'est point de grossesse ovarique proprement dite.

Lors même que l'on n'admettrait pas dans toute leur rigueur toutes les propositions énoncées par M. le docteur Ponchet, on ne devra pas moins lui savoir gré des efforts qu'il a faits, souvent avec bonheur, pour expliquer les lois, jusqu'à présent si obscures, qui président à l'un des actes les plus importants de l'animalité, à la reproduction des êtres supérieurs et à la propagation de l'espèce.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, bandages, etc. ; les plaies, brûlures, ulcères ; les appareils de fracture, la réduction des hernies ; par M. JAMAIN, interne des hôpitaux. — Germer Baillière. in-12. 1844.

Sur un sujet de ce genre, déjà tant de fois traité, il serait difficile d'exiger de l'auteur autre chose que de l'exactitude, et une description complète et détaillée des procédés qui constituent l'ensemble de cette science préliminaire et préparatoire que l'on a coutume de désigner sous le nom de petite chirurgie. Sous ce rapport aussi, le livre de M. Jamain, ancien élève distingué des hôpitaux, ne laisse-t-il rien à désirer.

Le Manuel dont nous rendons compte est divisé en trois parties, la première consacrée aux pansements, la seconde aux opérations de la petite chirurgie proprement dite. Dans la troisième partie, on trouvera avec plaisir et on lira avec intérêt un chapitre bien complet sur quelques affections dont les pansements sont habituellement du ressort de la petite chirurgie. M. Jamain a eu l'heureuse idée de réunir dans cette section le diagnostic différentiel et le traitement des affections chirurgicales les moins compliquées et les plus fréquentes que l'on est le plus exposé à rencontrer chaque jour dans la pratique, le phlegmon, les abcès, le panaris, la gangrène, les ulcères. L'ouvrage se termine par des considérations d'un ordre plus élevé sur les pansements d'affections graves auxquelles non-seulement le médecin, mais souvent l'élève en médecine sont appelés à porter les premiers secours.

Une appréciation rigoureuse et logique des divers appareils employés dans le traitement des fractures, la description, accompagnée de dessins, de quelques nouveaux appareils recommandables par le double avantage de la simplicité et de la commodité, un long paragraphe consacré au cathétérisme, et un autre, non moins intéressant, consacré aux hernies et à leur réduction, font du Manuel de M. Jamain un livre utile aux élèves, et qui sera souvent consulté avec fruit par les vieux praticiens.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

L'*Almanach prophétique*, mis en vente hier, se voit partout aujourd'hui. Ce charmant recueil qui, dans sa spécialité, est à la tête de toutes les publications de ce genre, renferme des prophéties extrêmement curieuses, et est orné d'un nombre infini de délicieuses viguettes.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 114. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 27 SEPTEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Chaque jour fournit un exemple nouveau des effets déplorables qu'amène l'inclusion forcée d'un esprit médiocre dans un point rétréci de la science, ou plutôt de la pratique.

Un chirurgien trop spécial est appelé auprès d'une femme qui éprouve au plus haut degré les accidents d'une cystite chronique, avec érosion ou peut-être ulcération du col vésical. Il n'a rien de plus pressé que de lui introduire une sonde qui jette cette malheureuse dans un état nerveux des plus violents, et qui lui fait invoquer l'aide de la mort contre celui de la médecine. Il tourne et retourne son instrument dans cette vessie enflammée, et après plusieurs visites, lui à bout d'efforts, la patiente à bout de résignation, il se retire en exprimant le piteux regret de n'avoir pas trouvé une pierre dans la vessie.

A un autre point de vue, on se demande si c'est un médecin resté étranger par état aux grandes questions de la pathologie et de la thérapeutique, qui aurait pu, par exemple, non pas imaginer, mais déduire les moyens opératoires dont s'est récemment enrichi le traitement de diverses affections des voies génitales : le nouveau procédé pour le phimosis, qui se lie à l'une des questions les plus élevées de la chirurgie, celle de la réunion immédiate ; le débridement du testicule dans l'orchite proprement dite, ou inflammation du parenchyme testiculaire, qui se rattache à un système dérivé lui-même de la notion parfaite des modes inflammatoires ; le nouveau procédé pour le varicocèle, dont nous traiterons avec détail tout à l'heure ; enfin la compression de l'urètre dans les affections de nature névropathique consécutives à l'inflammation de ce canal, application raisonnée d'une méthode générale à un cas particulier ?

Tous ces moyens sont en voie d'application dans le service de M. Vidal (de Cassis), à l'hôpital du Midi, service où ils ont pris naissance, et dont nous avons annoncé que nous parlerions aujourd'hui.

— Le varicocèle a pu être confondu avec une hernie. Il s'est présenté à M. Vidal un cas dans lequel il y avait doute. A. Cooper indique le moyen distinctif suivant : « On fait placer le malade dans une position horizontale, et on relève le testicule jusqu'à ce que les veines soient dégorgées. Alors, le chirurgien, plaçant son doigt contre l'anneau inguinal, engage le malade à se lever : les veines spermatiques se remplissent de nouveau, tandis que, par ce moyen, toute descente de la hernie est prévenue. D'un autre côté, le sang arrivant au testicule par l'artère spermatique, et ne pouvant retourner dans l'abdomen par les veines que comprime le doigt du chirurgien, on voit le varicocèle se remplir. » Ce moyen est bon ; c'est celui que nous employons toujours, mais un peu différemment. Comme les individus que nous examinons sont debout, nous nous contentons de placer notre doigt indicateur à l'entrée de l'anneau inguinal externe, en élevant un peu le scrotum qui se trouve invaginé ; puis nous commandons au sujet de faire un effort expulsif soutenu. Si rien ne vient heurter le doigt, nous n'hésitons pas à déclarer qu'il n'existe pas de hernie. C'est aussi par ce moyen que M. Vidal a levé la difficulté diagnostique énoncée. Le sujet avait un varicocèle, que ce chirurgien a refusé d'opérer, en raison de son peu de développement et de l'absence d'accidents.

— L'hydrocèle, comme chacun sait, est sujette à de grandes variétés. Ce qu'il y a de plus constant dans l'hydrocèle vaginale simple, c'est la forme de la tumeur, qui est *pyriforme*, suivant le mot consacré, *et dont le diamètre diminue à mesure que l'on s'élève vers l'anneau inguinal.* On voit encore, dans le service de M. Vidal, un jeune homme porteur d'une hydrocèle pyriforme en effet, mais dont la base est en haut.

— Un des malades de M. Vidal a été affecté d'un chancre phagédénique qui a eu pour résultat une perte de substance de la face supérieure du prépuce, à travers laquelle le gland s'est fait jour. Il ne reste plus que la partie inférieure du fourreau et le bout de la face supérieure. Un cas semblable s'était déjà présenté à M. Vidal ; seulement le gland lui-même avait été rongé à sa base supérieurement par le chancre, et ne tenait plus à la verge que par une surface assez étroite. M. Vidal remédia à cet état par un procédé autoplastique très ingénieux. La languette de prépuce qui restait inférieurement fut divisée en long, et décomposée ainsi en deux petits lambeaux, qui furent relevés de chaque côté, appliqués et fixés dans la cicatrice du chancre préalablement avivée. L'opération a parfaitement réussi, et aujourd'hui le gland est solidement attaché au pénis.

— Quelques médecins avaient supposé qu'un homme ayant eu la syphilis constitutionnelle, était par cela même à l'abri de la contagion vérolique. Cette opinion n'a jamais obtenu de crédit. En tout cas, il y a dans une des salles de M. Vidal un homme qui a parcouru tous les degrés de l'échelle syphilitique, et qui est affecté d'un chancre récemment contracté.

— Nous avons vu aussi plusieurs cas d'ophthalmies purulentes. L'un de ces cas est un exemple bien déplorable de contagion. Une femme accouche, et pour premier malheur on est obligé d'employer le forceps. L'enfant est envoyé en nourrice, et au bout de peu de jours il est atteint d'une ophthalmie purulente qui se communique au père nourricier, lequel a perdu presque complétement les deux yeux. Il distingue encore, dit-il, l'ombre de la lumière. Pour comble d'infortune, sa raison est restée évidemment troublée.

Un autre malade affecté d'ophthalmie blennorrhagique a présenté sur la conjonctive palpébrale des végétations analogues à celles qui se développent sur la muqueuse préputiale ; de plus, il a éprouvé des douleurs arthritiques. L'arthrite blennorrhagique est commune, comme chacun sait. M. Vidal nous en a montré divers exemples, dont un fort grave. C'est l'articulation tibio-tarsienne qui est prise. La partie est très tuméfiée. Ces deux maladies, la blennorrhagie et l'arthrite blennorrhagiques, s'éclairent l'une par l'autre sous le rapport de la pathogénie. En effet, il n'est pas douteux que l'arthrite ne soit liée à la blennorrhagie, et il est plus évident encore que ce n'est pas l'inoculation du muco-pus qui peut rendre compte de l'inflammation articulaire. Il faut donc supposer une sympathie, un état général. Or, si c'est de cette manière que se développe l'arthrite blennorrhagique, pourquoi n'en serait-il pas de même de l'ophthalmie blennorrhagique ? C'est une opinion que nous avons déjà émise, et qui s'appuie, en outre, sur ce raisonnement, savoir, que l'ophthalmie blennorrhagique devrait être très fréquente dans les salles de vénériens, lesquels ne prennent généralement pas beaucoup de précautions, si elle dépendait effectivement de l'inoculation du pus urétral. Mais alors il y aurait ceci de fort remarquable, que le pus de l'ophthalmie blennorrhagique serait apte à déterminer la même maladie, tandis que le pus de la gonorrhée ne la produirait pas directement. Cette question est intéressante, comme on voit, et appelle vivement l'attention des observateurs.

—En 1841, M. Marchal (de Calvi) publia dans les *Annales de la Chirurgie* un mémoire sur le traitement du bubon, dans lequel il se proposait surtout de faire connaître une méthode employée depuis longues années par M. Denis, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, consistant dans l'ouverture des bubons au moyen de petites incisions multiples. M. Vidal se loue de cette méthode, à laquelle il trouve pour avantage de donner lieu à des cicatrices minimes, et d'être suivie d'une prompte cicatrisation. Plusieurs malades de son service, en voie de guérison, justifient pleinement cette manière de voir.

— Une objection que l'on fait à l'incision de la tunique albuginée dans l'orchite parenchymateuse, consiste à dire que la terminaison de cette inflammation par suppuration est extrêmement rare, si rare que des chirurgiens qui ont eu pendant long-temps un service de vénériens dans un grand hôpital, affirment ne l'avoir jamais observée. Il est pourtant vrai qu'il y a des testicules fondus, et tous ne sont pas fondus par le tubercule. Encore dernièrement nous avons vu entrer dans l'un des services de l'hôpital Necker, un homme qui a perdu un testicule à la suite d'une orchite déterminée par le maintien d'une sonde dans l'urètre. D'ailleurs, à supposer même que le testicule ne courût pas de dangers, n'est-ce donc rien que de calmer presque instantanément par un moyen inoffensif les douleurs excessives qui signalent assez souvent le phlegmon du testicule ? Plusieurs hommes du service de M. Vidal nous ont montré les phases diverses qui suivent l'application du moyen. Chez l'un, le débridement venait d'être opéré ; le malade souffrait auparavant d'une manière insupportable, et la petite opération l'avait soulagé sur l'heure. Chez un autre, le testicule était revenu à son état normal quant au volume et à la sensibilité ; mais il était encore adhérent à ses enveloppes par une bride assez épaisse. Chez un troisième, la bride était atténuée au point qu'il était difficile de la sentir, quoique le testicule ne fût pas encore libre. Enfin, chez d'autres, le testicule était libre ; la bride avait été résorbée.

— Un homme en traitement a été pris de suffocation. Il était affecté d'angine œdémateuse. Des scarifications ont été faites sur la muqueuse aux environs de la glotte, et les accidents ont cessé. Il est à remarquer que cet homme est couché près d'une fenêtre.

— Arrivons au varicocèle. M. Vidal (de Cassis) a commencé par déclarer lui-même qu'on peut être porteur d'un varicocèle sans la moindre incommodité ; mais, en revanche, il a eu raison de faire observer qu'on trouve des sujets qui, par le seul fait de varices existant dans les bourses, sont en proie à de cruelles souffrances. On voit, en analysant ses observations, qu'il est des malades qui ne peuvent supporter le frottement des pantalons sur le scrotum. Un de ceux qu'il a opérés souffrait extrêmement de l'application du suspensoir ; d'autres éprouvaient des démangeaisons insupportables. Au sujet d'un autre de ses opérés qui avait déjà subi les pinces de M. Breschet, et qui avait été soumis inefficacement à la ligature de M. Ricord, M. Vidal fait remarquer très justement que de vives douleurs peuvent seules porter un individu à lutter ainsi contre les récidives, et à faire l'essai de trois procédés et de trois chirurgiens.

Le varicocèle, sans être douloureux, peut avoir une certaine gravité en devenant une cause réelle d'impuissance, par suite de l'atrophie de la glande séminale. M. Marchal (de Calvi) a émis l'opinion que par la chaleur qu'elles produisent autour du testicule, les veines variqueuses hâtent la sécrétion spermatique, d'où la mauvaise qualité du sperme, et une nouvelle cause d'impuissance ; d'où aussi, dans quelques cas, des pertes séminales involontaires. Dans un cas de varicocèle, M. Vidal a observé la voix de castrat, et la voix changea de caractère après l'opération. La compression progressive du testicules par les veines, dit M. Vidal, doit amener et amène insensiblement la diminution des forces. C'est ainsi que des sujets atteints de varicocèle reculent devant la moindre fatigue, et que pour eux une promenade devient une corvée. Un ouvrier était inondé de sueur et haletant, parce qu'il s'était un peu hâté pour monter un premier étage.

Tout ce qui précède a rapport aux effets physiques du varicocèle ; le moral des hommes affectés de cette maladie mérite la plus grande attention, et M. Vidal l'a étudié en psychologiste. Il n'est personne qui ne pût se trouver honoré de voir son nom au bas des pages qu'il a écrites à ce sujet. Le passage suivant mérite spécialement d'être cité :

« Ce n'est pas toujours parce que le sujet a vu constater son varicocèle, ce n'est pas toujours la contemplation abusive de ses varices qui l'a plongé dans une hypochondrie dont l'esprit aurait l'initiative ou la plus grande part. Il arrive, plus rarement à la vérité, que l'esprit souffre dans l'ignorance complète d'un mal physique. Ainsi, j'ai donné des soins à un artiste distingué qui avait des idées très mélancoliques ; je fis la découverte chez lui d'un varicocèle peu volumineux, dont il ignorait l'existence, et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit, et changea complétement son humeur, qui n'eût plus rien de triste. »

Enfin, le varicocèle étant une cause d'exemption du service militaire, peut briser une vocation. Il y a donc un assez grand nombre de raisons péremptoires pour justifier l'opération du varicocèle. On doit savoir d'autant plus de gré à M. Vidal de les avoir si bien étudiées et exposées, que son procédé n'a pas plus besoin de cette justification que les autres. Si tant de chirurgiens éminents, si M. Velpeau, par exemple, ont fait et font journellement des opérations pour guérir le varicocèle, c'est vraisemblablement parce qu'il y a lieu.

Les lecteurs de ce journal connaissent le procédé de M. Vidal, et nous n'avons à entrer dans aucun détail sur ce point. Nous dirons seulement que nous venons de voir ce chirurgien l'appliquer sur un jeune homme robuste, porteur d'un varicocèle peu volumineux. Nous avouerons en toute franchise qu'à cause de cette dernière circonstance nous éprouvions quelque étonnement de voir cet homme demander l'opération. Mais sur une interpellation que nous lui adressâmes, il répondit qu'assurément il ne s'y serait pas soumis si la douleur ne l'y avait contraint, et qu'il se voyait exposé à ne pouvoir continuer son état de boulanger à cause des souffrances qu'il endurait.

On avait commencé par contester que M. Vidal enroulât le cordon ; puis, quand l'enroulement eut été démontré, on s'en effraya. Or, nous venons de voir une double opération qui n'a même pas été suivie de l'engorgement de l'un des testicules. C'est qu'il y a une grande différence entre le fil de chanvre et le fil métallique, par rapport à l'irritation que leur présence peut produire.

Il paraît que ces idées éprouvent quelques difficultés à pénétrer dans un hôpital dont l'éloignement pourrait expliquer, jusqu'à un certain point, les préjugés.

— Un médecin haut placé dans l'estime de ses confrères, M. le baron Michel, nous a fait l'honneur de nous adresser quelques remarques sur la contagion de la fièvre typhoïde, question à laquelle nous avons touché dans notre dernière *Revue*. La conclusion de ces remarques est que toute *fièvre continue*, sous l'influence de conditions individuelles spéciales, favorisées par des conditions extérieures difficiles à déterminer rigoureusement, peut devenir contagieuse. M. le baron Michel, pendant qu'il était médecin en chef de l'hôpital militaire de Rome (c'était dans le temps où nous avions un préfet du Tibre), eut connaissance d'un fait qui viendrait à l'appui de cette proposition. Une dame fut atteinte d'une *fièvre in-*

flammatoire qui prit bientôt les caractères de ce que l'on appelait alors *fièvre maligne* : on était au mois de juillet. Successivement cinq individus qui composaient le personnel de la maison de cette dame (parents et serviteurs) furent atteints de la même maladie. Tous moururent. Il y a plus : le médecin qui avait donné ses soins à ces six personnes, et le prêtre qui avait administré la dame, ne tardèrent pas à succomber aussi aux effets de la contagion. Des cas si extraordinaires ont besoin de se produire sous la garantie d'hommes honorables et éclairés ; celui qui précède ne laisse rien à désirer à cet égard.

L'opinion de M. le baron Michel sur la contagion, se rapporte à celle de Cullen, exprimée dans les passages suivants, dignes de méditation :

Synocha : Calor plurimum auctus ; pulsus frequens, validus et durus ; urina rubra ; sensorii functiones parùm turbatæ.

Synochus : Morbus *contagiosus*. Febris ex synocha et typho composita, initio synocha, progressu et versus finem typhus.

Ainsi, le *synochus* est contagieux, et la *synocha* peut devenir synochus par l'addition de l'élément typhoïde au type primitif : *initio synocha, progressu et versus finem typhus.*

Nous ne pouvons nous empêcher d'accorder une grande attention à cette formule de la fièvre typhoïde *composée de synocha*, c'est-à-dire de fièvre inflammatoire *et de typhus*. Il y a dans ces paroles un sens profond et une notion précise de la maladie. On dirait, en effet, que le miasme typhoïde, pour accomplir son évolution et se multiplier dans l'économie, a besoin de la chaleur inflammatoire ; ce qui semble justifier la méthode dans laquelle on se propose d'éteindre tout d'abord l'inflammation par la soustraction brusque des matériaux inflammatoires.

Ce serait une étude curieuse, mais difficile, que celle des formes diverses des épidémies de fièvre typhoïde suivant les années. Il y a deux ans, les fièvres typhoïdes étaient particulièrement ataxiques. Cette année, elles ont été plutôt adynamiques. M. Blache nous dit que c'est sourtout dans la forme ataxique que le sulfate de quinine lui a réussi ; aussi a-t-il eu peu d'occasions de l'administrer cette année, tandis qu'il y a deux ans, il l'éprouva avec succès sur une grande échelle.

Quant à la contagion, c'est, comme nous l'avons dit, une question litigieuse, sur laquelle les esprits sont et seront partagés long-temps, avec des convictions aussi fermes pour l'affirmative que pour la négative. Nous croyons, toutefois, qu'un médecin qui serait consulté par une famille dans laquelle il y aurait un typhoïde, sur la convenance de laisser des personnes jeunes dans l'appartement du malade, et qui répondrait négativement, engagerait gravement sa responsabilité.

— Le sulfate de quinine a été accusé de défibriner le sang. M. Briquet s'est livré, à ce sujet, à une série d'expériences fort judicieuses, dont il ne nous appartient pas de parler avec plus d'insistance, mais qui prouvent que c'est absolument le contraire qu'il faut admettre. Un chien, sous l'influence du sulfate de quinine, a plus de fibrine qu'un autre chien que l'on nourrit parfaitement et qui ne se fatigue pas, mais qui ne prend pas de sel de quinine.

— Un homme du service de M. Gendrin (hôpital de la Pitié), est affecté d'un anévrysme de l'aorte. Une tumeur du volume d'une moyenne pomme, se fait remarquer à droite du sternum, vis-à-vis des fibro-cartilages des 2e, 3e, 4e et 5e côtes. Elle est le siége de battements superficiels dans toute son étendue; ces battements sont sensibles à la vue, à l'ouïe et au toucher. Le malade les sent retentir douloureusement en arrière, au niveau de la tumeur. Il y a dix mois, il eut un *gros rhume*, pour lequel on lui fit une saignée du bras ; pendant la saignée, il sentit des battements dans le point où la tumeur existe aujourd'hui, lesquels n'ont pas cessé depuis ; c'est également à partir de cette époque que l'anévrysme s'est produit insensiblement à l'extérieur. Pendant l'année qui a précédé la bronchite et la saignée, il avait éprouvé plusieurs fois, *quand il travaillait un peu fort*, des élancements, *comme si on l'eût piqué* dans le point déjà indiqué. Il était sujet aussi à des vertiges, à des syncopes dans lesquelles il perdait tout à fait connaissance. Aujourd'hui il ne se plaint d'aucun accident du côté de la tête. Il n'est pas sensiblement gêné de la respiration, seulement il a de fréquents soupirs, et quand ils sont profonds, il éprouve une sensation douloureuse dans l'anévrysme. Voilà l'exposé succinct des symptômes. L'étiologie, sans être absolument évidente, nous paraît digne d'intérêt.

Le sujet de l'observation est un homme d'une quarantaine d'années, très vigoureusement constitué, d'un tempérament sanguin prononcé. Il a le teint animé, ce qui peut dépendre, aujourd'hui qu'il a perdu beaucoup de sang, du trouble de la circulation causé par l'anévrysme. Il est charpentier, et portait souvent des poids énormes, au sujet desquels il est même probable qu'il exagère ; mais en se tenant fort au-dessous de ce qu'il énonce, on voit qu'il devait faire habituellement des efforts très considérables. Il mangeait et buvait bien, quoique sans excès. Il nous semble possible de rapporter l'anévrysme : 1° au tempérament sanguin ; 2° au régime excitant, succulent ; 3° aux efforts habituels, cause essentielle. Les secousses de la toux ont dû nécessairement favoriser le progrès de la tumeur.

Le sujet est couché au n° 5 de la salle Saint-Benjamin.

— On a raison d'être très réservé relativement aux localisations cérébrales. On ne saurait avoir trop de prudence dans un sujet si obscur; le principe seul est certain. On dirait que la vérité fait effort pour se montrer, et que tout à coup, se ravisant, elle se dérobe. Il y a, dans cette matière, des éclaircies qui tentent l'esprit, et des ténèbres qui le découragent. Mais c'est beaucoup que le principe soit établi. Le mémoire de M. Bouillaud sur la localisation de la mémoire des mots aurait suffi à cet établissement.

Une femme vient de succomber dans le service de M. Monneret, suppléant de M. Andral, à la Charité, à une méningite très rapide dans sa marche, qui ne s'est accompagnée d'aucune altération de la vision ni de la motilité générale, mais qui s'est signalée par des troubles profonds de l'intelligence. A l'autopsie, on a trouvé : la cavité arachnoïdienne sèche ; une matière puriforme à la face interne et à la convexité des lobes, ainsi que dans la scissure de Sylvius et à la face supérieure du cervelet, matière qui pénétrait dans les sillons prismatiques des circonvolutions; la substance cérébrale, dans les points où existait ce produit, parfaitement intacte ; le bulbe, la protubérance, les pédoncules, les nerfs optiques, en somme toutes les parties centrales de la base, à l'état normal. Ces lésions sont évidemment en rapport avec les symptômes observés. Mais, dira-t-on, car c'est l'éternelle question : comment se fait-il que le cerveau fût sain ? Est-ce que c'est l'arachnoïde qui pense, puisque son inflammation amène le délire ?

Quoi ! sous l'influence d'une syncope produite par une saignée, on voit la rougeur d'une violente conjonctivite se dissiper momentanément et l'on ne veut pas que la mort puisse déterminer le même résultat, avec l'irrévocabilité qui lui appartient, dans le cerveau congestionné? C'est là, objectera-t-on, une manière commode de lever une difficulté; car qui vous dit que le cerveau fût congestionné? Objection trop probable, et qui montre à nu le vice dans lequel la médecine est tombée depuis qu'elle a voulu être trop exacte. La raison s'est aveuglée volontairement; on ne voit plus qu'avec les yeux du corps; on se sert de son jugment pour constater les faits ; à peine si l'on ose déduire. Quant à induire, on ne se le permet pas. On avait beaucoup raisonné. La théorie avait régné souverainement. On s'est aperçu de cette tyrannie, et l'on a brisé l'idole; puis on s'est fait collecteur d'observations, chercheur de petites lésions.

On a divinisé le microscope; emblème ironique d'une époque vouée aux infiniments petits. On fait des tas de pierres sur le bord des grandes routes de la science. On les compte, ces petites pierres; on mesure les angles. On dit : ici il y a un petit trou, là une petite fente; on cherche à préciser les nuances les plus vagues de la coloration ; on fait des surfaces blanc-gris jaunâtre. Et quand quelqu'un demande par hasard ce que tout cela signifie, on lui répond qu'on n'en sait rien, et on redouble d'activité. C'est ainsi que le monument diminue de jour en jour au profit des petits tas de pierres, sous le petit marteau des pionniers microscopiques. Et ce n'est pas seulement la science qui en souffre. Le traitement est dérèglé. On se console de la mort en constatant les ravages qu'elle a produits.

Dans l'observation que nous avons sous les yeux, il résulte des antécédents recueillis, que la malade qui avait reçu des soins chez elle, a été déplorablement traitée. On a tellement perdu l'habitude de raisonner, qu'on ne peut pas se dire : il y a ici une inflammation qui tuera si je ne gagne de vitesse sur elle. On fait une saignée, parce qu'enfin c'est une inflammation, puis une autre peut-être; et si les symptômes persistent, au lieu de proportionner les moyens à la violence, à l'opiniâtreté du mal, on se repose dans la pensée des lésions qui doivent exister, et que l'on trouvera à l'autopsie. On fait du diagnostic, puis de l'anatomie pathologique. On va de l'un à l'autre en passant par la mort, sans se dire qu'on aurait pu prendre un autre chemin. Et quand l'anatomie pathologique donne raison au diagnostic, on triomphe, et l'on a atteint le dernier terme de son ambition.

N'omettons pas de faire remarquer que dans le cas dont il vient d'être question, la cause de la méningite paraît avoir consisté dans un peine morale vive. La malade était enceinte, et cachait son état, lorsqu'un officieux fit remarquer à ses maîtres que le ventre de cette malheureuse grossissait. L'impression qu'elle en éprouva fut des plus pénibles. Les accidents ne tardèrent pas à éclater, et dans l'espace de cinq jours cette femme avait cessé de vivre.

— M. Briquet (hôpital Cochin), nous a rendu témoin d'une expérience propre à démontrer le bon effet des applications mercurielles faites dans le but d'empêcher la suppuration des boutons varioliques. Cet essai a été tenté sur un jeune homme non vacciné atteint d'une variole cohérente avec quelques plaques confluentes. Une de ces plaques se trouvait à la région dorsale de chaque avant-bras. Sur celle du côté gauche, on étendit une couche d'onguent mercuriel; sur l'autre, on appliqua un emplâtre *Vigo cum mercurio*. Le développement des boutons fut arrêté dans l'une et l'autre plaque, mais plus complètement encore dans la droite que dans la gauche. Les boutons n'ont pas suppuré ; ils sont durs, très rapprochés les uns des autres; la peau est flétrie. Quelques précautions que l'on prenne, l'onguent mercuriel s'étend plus ou moins; au contraire, l'emplâtre reste en place; c'est pourquoi on vient de voir que le résultat a été plus parfait du côté de l'emplâtre de *Vigo* que du côté opposé. A la face, il n'en serait pas de même; là il serait aisé de renouveler la couche mercurielle, tandis que l'application de l'emplâtre ne serait pas sans quelque difficulté. La face, d'ailleurs, n'est pas exposée aux mêmes frottements dans le lit que les membres. M. Briquet ne s'en est pas tenu là. Pour démontrer que c'est bien à l'action du mercure, et non pas à la simple application de moyens propres à garantir les parties du contact de l'air, qu'il faut attribuer l'effet signalé, il recouvrit de diachylon le dos des deux pieds dans une certaine étendue, ainsi qu'une partie du sternum, et les boutons, dans les endroits ainsi recouverts, suivirent la marche ordinaire. Ces résultats sont faits pour augmenter la confiance qu'a inspirée déjà à plusieurs médecins la méthode abortive au moyen des topiques mercuriels.

— Une femme du même service est morte d'une péritonite déterminée par suite de la rupture d'un kyste ovarique dans l'S iliaque du colon. L'ouverture de communication, après avoir servi au passage de la matière du kyste dans l'intestin, a permis l'entrée d'un peu de matière fécale dans la poche ovarique : d'où l'inflammation gangréneuse de celle-ci, et la péritonite.

X...

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

De la pleurésie dans l'enfance. — Diagnostic différentiel et traitement. (Suite et fin.)

Nous avons, dans un précédent article, comparé la pleurésie chez l'enfant à la pleuropneumonie et à l'infiltration sanguine du poumon. La troisième affection avec laquelle on puisse la confondre est la bronchite.

Bronchite. — La bronchite chronique se distinguera de la pleurésie chronique, par l'absence des signes d'épanchement. De plus, la bronchite s'accompagne d'un grand nombre de râles plus ou moins variés qui n'existent pas dans la pleurésie. La bronchite aiguë ne peut se confondre avec la pleurésie accompagnée d'épanchement. Dans quelques cas on a pu être tenté de confondre le râle muqueux fin mélangé de respiration pour un frottement pleurétique. Il y a quelquefois dans la bronchite, à sa période suffocante, des phénomènes de dyspnée qui la font assez ressembler à la pleurésie chronique avec fort épanchement. Dans les cas où il y a encore douleur, la dyspnée pleurétique est facile à distinguer de la dyspnée bronchique, en ce sens que dans la pleurésie les mouvements respiratoires sont fréquents, mais peu profonds, peu étendus, la douleur s'opposant aux grandes inspirations. Dans la bronchite, au contraire, les mouvements inspiratoires sont amples, profonds, la poitrine se dilatant fortement pour faire pénétrer l'air jusque dans les dernières cellules pulmonaires momentanément oblitérées par les mucosités. Dans la grande majorité des cas, du reste, le diagnostic ne sera pas long-temps obscur, car les phénomènes de la bronchite simple sont peu durables chez les enfants et sont bientôt remplacés par d'autres moins confus.

Tuberculisation pulmonaire. — On éprouve quelquefois une assez grande difficulté à diagnostiquer la phthisie pulmonaire de la pleurésie chronique, ces deux affections produisant souvent le marasme, la fièvre hectique. Quand il s'agira de cas semblables, la connaissance des antécédents ne sera pas sans utilité, non plus que les recherches sur la santé des parents du petit malade, l'affection tuberculeuse étant fréquemment héréditaire. On examinera avec attention l'abdomen, la péritonite tuberculeuse coïncidant souvent avec la présence des tubercules dans le parenchyme pulmonaire *et vice versâ*. Si les phénomènes de la tuberculisation des autres organes ne se manifestent pas, il est à présumer que les poumons ne contiennent pas de productions tuberculeuses non plus. Puis, et ce sont les signes les plus importants, on devra faire grande attention aux signes fournis par l'auscultation et la percussion, les signes d'épanchement accompagnant presque toujours la pleurésie chronique, les râles et le gargouillement manquant rarement dans la tuberculisation pulmonaire.

Pleurodynie. — Chez les très jeunes sujets, il est assez difficile de différencier la pleurodynie de la pleurésie. Cependant s'il paraissait éprouver de la douleur à la pression ou à la percussion du thorax, l'absence des signes d'épanchement, de la toux, des modifications dans les bruits respiratoires serait d'une grande utilité. La douleur, dans la pleurodynie, augmente le plus souvent au moindre mouvement du malade; la fièvre est nulle et la toux est très rare, si tant est qu'elle existe même.

Péricardite. — Pour distinguer la pleurésie de la péricardite et principalement de l'épanchement pleurétique, dit M. Baron, on se rappellera que ces dernières affections s'accompagnent de matité dans la région précordiale, que les battements du cœur sont sourds et profonds, quelquefois irréguliers. Le bruit de frottement, que l'on entend chez quelques enfants, est isochrone aux battements du cœur, au lieu d'être isochrone aux mouvements respiratoires, comme il l'est dans la pleurésie. De plus, le bruit de frottement pleurétique s'entend le plus ordinairement dans les régions latérales ou postérieures, tandis que le frottement péricardique est borné à la région précordiale.

Pleurésie tuberculeuse. — La pleurésie tuberculeuse qui s'annonce par des symptômes aigus ou subaigus, ne saurait être, à son début, distinguée de certaines pleurésies chroniques simples. Lorsque ces deux affections sont latentes et qu'elles ont atteint leur période d'état, il est souvent fort difficile de les distinguer. Relativement aux symptômes, voici ce que l'on observe dans les cas où le diagnostic est possible : dans la phthisie de la plèvre, matité dans tout un côté du thorax, du sommet à la base ; mais le plus souvent bornée, ainsi que l'absence du bruit respiratoire à la partie postérieure, tandis que dans l'épanchement pleurétique ces deux phénomènes existent en avant aussi. Le changement de position du malade n'apporte jamais de changement dans les signes physiques ; dans la pleurésie avec épanchement au contraire, quand l'épanchement n'est pas très considérable, on peut, en faisant varier le décubitus du malade, obtenir quelquefois un déplacement de la matité. La présence du liquide dans la plèvre peut amener une dilatation dans le côté malade, dilatation qui ne se produit jamais dans la pleurésie tuberculeuse. Quant aux symptômes généraux, ils sont à peu près les mêmes dans l'un et dans l'autre cas ; le pronostic est très grave, mais nécessairement mortel dans la phthisie, tandis que la pleurésie chronique simple est susceptible de guérison.

Pronostic. — Deux mots sur le pronostic avant de passer au traitement. Lorsqu'elle est simple et sans aucune complication, la pleurésie chez l'enfant ne paraît pas être une maladie très grave. La gravité vient surtout des affections aiguës, soit chroniques qui se développent pendant son cours, ou qu'elle vient compliquer. Diverses conditions, du reste, font varier ce pronostic. La pleurésie étendue à une large surface, est plus grave que lorsqu'elle est bornée et circonscrite. Une pleurésie double est par conséquent plus dangereuse qu'une simple. Celle qui se termine par la formation de fausses mem-

branes est plus bénigne généralement que celle qui détermine un épanchement. Puis parmi les épanchements pleurétiques, l'épanchement purulent est, sans contredit, infiniment plus grave que l'épanchement séreux, soit à cause du développement des symptômes généraux qui l'accompagnent, soit à cause de la difficulté de sa résorption.

Le pronostic de la pleurésie dans l'enfance, comme celui de beaucoup d'autres maladies aiguës inflammatoires, est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes; la mort arrive beaucoup plus promptement chez les sujets peu éloignés du moment de la naissance, que chez ceux qui sont plus âgés. Ce danger de la maladie, plus grand chez les enfants très jeunes, tient à leur faiblesse, à leur constitution plus délicate, à la plus grande fréquence des complications. En général, on observe que plus la maladie se prolonge, et plus il y a de chances pour une terminaison favorable; non pas qu'il faille conclure de là pour l'innocuité complète de la pleurésie chronique; mais nous pensons, avec la plupart des auteurs modernes, que la pleurésie avec épanchement médiocre, chronique, et sans douleur dès le début, n'est pas plus grave, et même l'est moins que la pleurésie avec douleur. Dans l'état actuel de la science, on ne saurait plus guère admettre la pleurésie latente, et ce n'est que l'inattention du médecin qui pourrait expliquer l'existence de cette affection méconnue.

Traitement. — Quelques auteurs, pour la pleurésie de l'enfant comme pour celle de l'adulte, ont conseillé d'abandonner la maladie à elle-même. Pour nous, qui souvent avons eu occasion de voir se terminer fatalement des pleurésies dont le traitement avait été négligé, nous ne saurions partager cette opinion, et nous allons exposer les divers moyens que l'on a jugé à propos d'employer contre l'affection qui nous occupe, en cherchant à en apprécier la valeur.

Les émissions constituent le mode de traitement le plus commun et le plus habituel. Il sera facile de concevoir que ces émissions sanguines doivent être pratiquées suivant certaines règles, et proportionnées, pour leur nombre et leur abondance, à l'âge, à la constitution des sujets et à l'intensité de la maladie. En général, dans la pleurésie chez les enfants, on préfère la saignée locale à la saignée générale, non-seulement à cause de la difficulté où l'on est quelquefois de rencontrer la veine, mais parce que l'on a observé qu'à cette période de la vie, comme chez l'adulte, la saignée générale réussit mieux dans les phlegmasies parenchymateuses, et la saignée locale dans les inflammations des tissus membraneux.

Les sangsues, que l'on devra préférer aux ventouses scarifiées, seront proportionnées, pour leur nombre, à l'âge et à la force du sujet. Mais quelle que soit leur utilité, il ne faudra point oublier que leur emploi doit toujours être restreint, qu'il ne faut faire subir aux enfants que des saignées peu fréquentes et peu abondantes, de peur de les affaiblir et de les plonger dans l'adynamie. On les mettra principalement en usage au début de la maladie, et on n'y insistera que si la douleur persistait très vive. On observe le plus communément, après leur emploi, une diminution dans le point de côté et la fièvre. Si cet amendement se soutient, on s'abstiendra d'y revenir. Dans la pleurésie chronique, lorsque les enfants ne sont pas très jeunes, et que les symptômes de fièvre hectique n'existent pas encore, on pourra quelquefois débuter dans le traitement par une émission sanguine locale peu abondante, qui mettra l'économie dans des conditions plus favorables pour recevoir l'influence des médications subséquentes.

Dans les cas où, comme dans celui que nous avons cité, il semble y avoir complication du côté des voies digestives et état bilieux, par suite de la propagation de l'irritation phlegmasique du foie, dans la pleurésie droite principalement, dans cette forme à laquelle, depuis Stoll, on a donné le nom de pleurésie bilieuse, on ne s'est souvent pas mal trouvé de l'administration d'un vomitif léger, quelques centigrammes d'ipécacuanha; ou a conseillé, chez les sujets plus âgés, le tartre stibié à la dose de deux à dix centigrammes dans un julep gommeux. On l'a quelquefois donné à dose rasorienne, proportionnée à l'âge de l'enfant, mais avec moins de succès que dans la pneumonie.

Lorsque le tube digestif est sain, que l'épanchement est chronique, et que la résolution en est lente, on se trouvera quelquefois bien de l'usage des purgatifs. M. Baron, dans le remarquable travail qu'il a publié sur la maladie qui nous occupe, a préconisé dans un grand nombre de cas les purgatifs, mais fractionnés, à petites doses, et souvent répétés, et avec précaution, le tube digestif étant dans le premier âge plus sensible que dans les autres périodes de la vie. Cet observateur dit en avoir retiré de grands avantages dans ces formes de pleurésie lente, et avoir remarqué qu'ils facilitent la résorption de l'épanchement. M. Baudeloque a introduit à l'hôpital des Enfants l'usage d'une potion dans laquelle entrent l'infusion de séné et l'infusion de café, 15 à 16 grammes de chaque, pour une potion ordinaire de 150 grammes environ. Cette préparation a, sur les autres purgatifs, l'immense avantage d'être prise avec plaisir par les enfants, et c'est une des conditions qui la rendent très précieuse dans la thérapeutique du jeune âge.

Le calomel, agissant à la fois comme purgatif et comme altérant, facile en outre à administrer aux enfants, est souvent indiqué lorsque la pleurésie est passée de l'état d'inflammation aigu à la période subaiguë ou chronique. On devra faire une grande attention à ne point abuser des préparations mercurielles, si la débilitation générale était trop avancée, et dès que les voies digestives ou la membrane muqueuse buccale commence à s'influencer d'une manière fâcheuse. A l'extérieur, on préférera les frictions avec l'onguent napolitain sur le côté malade.

Un moyen puissant et souvent avantageux, lorsque la pleurésie commence à passer à l'état chronique, bien que quelques auteurs, et en particulier M. Louis, le proscrivent complétement, ce sont les révulsifs cutanés, les vésicatoires principalement. On les place sur les parois thoraciques correspondantes à l'épanchement; si la pleurésie est circonscrite, s'il existe de la douleur, c'est sur le lieu même de la maladie qu'on appliquera l'emplâtre. Dans le cas où la faiblesse du sujet pourrait faire craindre des accidents fâcheux de leur emploi, on pourra facilement éviter ces accidents en évitant de faire suppurer l'exutoire, et en le remplaçant par des vésicatoires volants successivement appliqués sur les divers points du côté malade, et séchés aussitôt; méthode qui offre encore l'avantage de déterminer des révulsions répétées, plus puissantes et moins débilitantes que la suppuration. D'ailleurs, la gangrène que l'on redoute peut-être un peu trop chez les enfants, survient beaucoup moins fréquemment dans la pleurésie que dans certaines autres affections, la pneumonie et la fièvre typhoïde en particulier.

Dans la pleurésie, comme dans toutes les autres phlegmasies, ce n'est qu'après la cessation complète des accidents inflammatoires intenses que l'on doit les employer. Les autres dérivatifs cutanés, tels que les sinapismes, qu'employie fréquemment M. Jadelot, l'emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré d'émétique, ont moins d'efficacité en général, et sont moins fréquemment mis en usage que les vésicatoires. Le tartre stibié, en particulier, dont l'action est plus profonde, mais moins prompte, n'est guère indiqué que dans les cas où l'affection est très ancienne, et où on a lieu de redouter une lésion profonde de la plèvre.

Tels sont à peu près les moyens énergiques que possède la thérapeutique, comme médication adjuvante et auxiliaire, mais sans grande efficacité quand ils sont seuls employés, nous citerons les diurétiques, et en première ligne le nitrate de potasse, la scille et la digitale. Le nitrate de potasse à la dose de 20 à 60 centigrammes environ par litre de tisane, paraît avoir quelquefois une heureuse influence sur la résorption d'un épanchement qui s'opère avec lenteur. La teinture de digitale, ou mieux, l'infusion de feuilles de cette plante, qui réunit le double avantage d'exciter la sécrétion urinaire, et de ralentir les mouvements du cœur, devra être préféré dans les pleurésies aiguës secondaires qui s'accompagnent d'une suffocation intense et marchant rapidement.

Selon des indications assez rares, et dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, les opiacés, les toniques, les ferrugineux et le quinquina trouveront également leur emploi. Puis enfin, si malgré l'emploi des médications que nous avons passées en revue, l'épanchement persiste, il ne faudra quelquefois pas craindre de pratiquer l'opération de l'empyème, dont M. Cruveilhier et, dans ces derniers temps M. Trousseau ont cité des exemples suivis de succès.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Deuxième série des leçons cliniques sur la plessimétrie.

Plessimétrie de la vessie. — Avant d'exposer ce qui a trait à l'exploration plessimétrique de la vessie, il est nécessaire d'émettre quelques considérations anatomiques sans la connaissance desquelles il serait impossible d'obtenir les résultats que ce mode d'investigation peut offrir. Disons d'abord que les rapports anatomiques de la vessie varient en étendue; en haut, avec les circonvolutions inférieures de l'intestin grêle; sur les côtés, avec le cœcum et l'S iliaque du colon, selon son état de plénitude ou de vacuité. Remplie d'urine, elle dépasse plus ou moins les pubis; vide, elle est appliquée derrière ces os. Il faut encore savoir tenir compte, au besoin, des différences de capacité que ce réservoir présente chez les sexes et aux différents âges.

Plus grande chez la femme que chez l'homme, elle offre une capacité proportionnellement plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte. Sa forme varie dans ces diverses conditions autant que son volume. Allongée de bas en haut chez l'enfant, elle est ovoïde chez l'homme, arrondie et presque sphéroïdale chez la femme. La portion la plus élevée touche à la paroi antérieure de l'abdomen; elle s'en trouve plus ou moins séparée dans tout le reste de son étendue par les anses intestinales.

La vessie ne renferme jamais de gaz à l'état normal; mais on sait qu'elle peut en contenir accidentellement par suite de certains états pathologiques. M. le docteur Maillot a cherché à déterminer quels étaient les phénomènes plessimétriques que produisait la présence des gaz dans la vessie, soit qu'ils s'y fussent développés spontanément sous l'influence d'un état morbide spécial, soit qu'ils y eussent été introduits artificiellement et dans un but expérimental. Nous exposerons tout à l'heure les résultats auxquels il est arrivé.

Ces considérations préliminaires posées, passons à l'examen des différentes sensations que l'on peut obtenir par la percussion de la vessie dans ces divers états, et en suivant les règles plessimétriques qu'il nous reste à établir.

Le malade sera placé dans une position telle, que le bassin soit pour le moins aussi élevé que la tête; de cette manière les muscles abdominaux seront tenus dans le relâchement, les portions du tube digestif qui recouvrent habituellement le sommet de la vessie seront éloignées, et il sera possible de pousser assez loin et assez profondément l'étude de cet organe. Si la vessie contient peu d'urine ou n'en contient pas du tout, la plessimétrie ne permettra de saisir que des qualités de son variables suivant les individus, et toujours en rapport avec les portions d'intestin qui seront plongées dans le petit bassin au voisinage de cet organe. Si, au contraire, la vessie renferme de l'urine en quantité telle que son sommet dépasse l'enceinte des pubis, la percussion en dénotera l'existence, et si l'urine contenue distend considérablement ses parois, les appréciations deviendront plus évidentes, et leur indication viendra aider considérablement le diagnostic.

Pour l'exploration plessimétrique de la vessie, le médecin se placera alternativement à droite et à gauche du malade, et il percutera selon les lignes suivantes :

1° Une première ligne suivant la ligne médiane, passant de l'appendice xiphoïde et se dirigeant vers la symphyse pubienne;

2° Une deuxième ligne perpendiculaire à la première, et passant par les épines iliaques antérieure et supérieure;

3° Puis des lignes obliques à droite et à gauche des deux premières, et venant converger toutes vers l'intersection des lignes précédemment indiquées.

La percussion sera donc conduite selon la première ligne, légèrement d'abord, et en effleurant le plessimètre avec les doigts. Si sur tous les points on obtient de la résonnance, on aura toute raison de croire que, s'il y a de l'urine renfermée dans la vessie, sa quantité est peu considérable. Alors, comme il n'est pas impossible que des masses intestinales la séparent plus ou moins des parois de l'abdomen, on déprimera graduellement ces parois, de manière à ne pas altérer, par des sons étrangers, les sons propres de la vessie. Cette dépression devra être faite avec une certaine force, mais avec prudence et d'une manière graduelle. En procédant ainsi, on est tout surpris de voir qu'on parvient à découvrir la vessie, bien qu'elle ne dépasse point le rebord des pubis.

Si, au contraire, la vessie contient de l'urine en quantité notable, on trouvera dans la région hypogastrique un son mat et d'absorption qui signalera la présence de cet organe, et ce sera en suivant les autres lignes que nous venons d'indiquer, qu'il sera possible de limiter exactement la ligne demi-circulaire que présente cet organe au-dessus du pubis lorsqu'il est distendu.

Il peut arriver, avons-nous dit, que des gaz se développent spontanément dans la vessie, ou qu'il y pénètre accidentellement de l'air par suite de diverses circonstances toutes physiques, telles que l'introduction d'une sonde dans la vessie, la pratique des injections, ou l'existence d'une communication fistuleuse, etc. Si l'air, ou tout autre gaz, et l'urine ne s'y trouvent à la fois qu'en petite proportion, la percussion donnera dans la région occupée par la vessie le bruit hydraérique ou humoral. Mais si la vessie se trouve distendue par l'accumulation, tout à la fois, d'une grande quantité de gaz et de liquide, voici ce que l'on observera. Nous transcrivons ici textuellement le résultat des recherches qu'a faites M. Maillot sur ce sujet :

« Lorsque la vessie renferme à la fois et de l'eau et de l'air, tous les points de sa circonférence qui se trouvent en rapport avec le liquide, fournissent à la percussion une matité d'autant plus grande qu'on s'éloigne davantage en bas de la ligne de niveau; mais lorsque, cessant de percuter sur ces points, on applique le plessimètre au niveau du sommet de la vessie sans déprimer les parois abdominales, on obtient, en frappant légèrement, un son excessivement clair, qui rappelle plutôt le bruit de pot fêlé que celui du cœcum ou de l'S iliaque; que si, après avoir déprimé les parties molles jusqu'à les mettre au contact du liquide, on percute encore avec modération, l'obscurité de son est évidente; mais si, sans changer le plessimètre de place, on vient à le frapper plus fortement, de manière à forcer le liquide à s'agiter violemment contre les gaz que la vessie renferme, on produit alors un son clair qui ferait croire d'autant mieux au défaut d'urine dans la vessie, qu'en percutant toujours avec la même force à toute profondeur, on n'obtient jamais que la même qualité de son clair dont je viens de parler. » (1)

Ces considérations théoriques conduisent naturellement à des données pratiques très étendues et très importantes.

Il serait trop long d'énumérer ici les circonstances nombreuses dans lesquelles la percussion de la vessie peut être de la plus grande utilité pour le diagnostic. Il nous suffira d'en énoncer quelques-unes pour en faire sentir toute l'importance. Ainsi la percussion de la vessie apprend à connaître si cet organe contient ou non de l'urine, sans avoir le soin de recourir au cathétérisme; elle empêchera de prendre la suppression d'urine pour la rétention de ce liquide. Personne n'ignore l'influence qu'exerce sur cet organe les lésions graves des centres nerveux; il ne sera plus permis, dans ce cas, de méconnaître jusqu'à quel point, dans ces cas souvent si difficiles, la vessie est distendue par le produit de la sécrétion urinaire. Il en sera de même pour reconnaître les distensions urineuses qui se manifestent si fréquemment dans la plupart des fièvres graves, dans la méningite, la péritonite, etc.; celles qui sont le résultat de la compression du col de la vessie ou de l'urètre par l'accumulation des matières fécales dans le rectum, ou qui dépendent d'une affection organique du rectum, des bourses, etc. Enfin les chirurgiens en pourront tirer un grand parti pour la plupart des opérations qui se pratiquent sur la vessie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 26 août 1844. — Présidence de M. BATAILLE, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Thirial* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il s'est préoccupé, dit-il, des doutes qui ont été émis dans la dernière séance par M. Homolle, au sujet de l'observation de miliaire idiopathique qu'il a rencontrée. Il l'a suivie avec soin, et quoi qu'il y ait trois semaines écoulées à partir de l'éruption, et quinze jours depuis qu'elle est éteinte, il n'a pas encore aperçu la moindre trace de desquammation ni même aucun soulèvement furfuracé. La langue n'a pas non plus présenté cette couleur rouge vif qui persiste si long-temps à la suite des scarlatines. Jusqu'à nouvel ordre, M. Thirial est disposé à regarder son diagnostic comme certain.

— *M. Homolle* ajoute seulement que dans tous les cas qu'il a observés il y a eu desquamation évidente.

— *M. Charrier* fait remarquer que dans toutes les épidémies de

(1) *Traité pratique de percussion*; par L. Maillot.

scarlatine, s'il y avait complication de miliaire, il a toujours vu les cas mortels, et la coïncidence du succès le fait pencher à regarder comme probable le diagnostic porté par notre collègue M. Thirial.

M. Homolle objecte qu'il n'y a pas de comparaison à établir entre la scarlatine épidémique et la scarlatine sporadique, le génie épidémique imprimant à toutes les maladies un cachet défavorable.

Correspondance. — Lettre de M. Chereau fils, qui demande à être admis comme membre titulaire de la Société médico-pratique. A l'appui de sa candidature, il envoie sa thèse et un mémoire sur les maladies des ovaires. (M. Maisonneuve, rapporteur.)

— *M. Richelot* demande la parole. Il fait ressortir d'abord que dans le rhumatisme aigu beaucoup de traitements ont été préconisés et proclamés efficaces par leurs inventeurs ; ainsi les uns vantent les saignées répétées, les autres l'émétique à dose rasorienne, celui-ci le nitre, celui-là l'opium ; mais comme l'expérience de tous les praticiens n'a pas jugé aussi absolument ni d'une manière aussi favorable, il serait bon, suivant lui, qu'on essayât de préciser dans quels cas spéciaux ces traitements si divers sont applicables avec chance de succès et ceux où ils peuvent être nuisibles ou même inutiles.

A cette occasion il rapporte qu'il y a quelque temps il donna des soins à une femme de cinquante-cinq ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu fixé dans une épaule d'abord, et qui envahit successivement toutes les articulations. Une seule application de sangsues, qui fut faite, amena une telle prostration qu'on n'osa plus revenir aux émissions sanguines. Elle fut alors soumise au sel de nitre à haute dose. Pendant trois jours elle en prit inutilement. On eut recours à l'émétique dont elle prenait de 6 à 8 grains dans les vingt-quatre heures : ce fut sans amendement. On était alors au neuvième jour de la maladie ; le pouls donnait 120 pulsations, faible ; la peau sèche et brûlante. On administra l'opium ; le laudanum fut donné en potion depuis 15 jusqu'à 35 gouttes. Sous l'influence de cette médication, la douleur diminua des quatre cinquièmes ; mais aussitôt qu'on suspendait le médicament la douleur reprenait immédiatement de l'intensité pour cesser de nouveau lorsqu'on y avait recours. Au bout de dix jours, à partir du moment de l'administration de l'opium, elle fut radicalement guérie, tout en conservant une extrême faiblesse qui céda qu'au repos et au régime fortifiant. La maladie a duré un mois.

M. Richelot demande si en précisant bien les caractères de certains rhumatismes on n'abrégerait pas la durée du mal en employant ce traitement plus tôt si l'on avait affaire à des cas semblables.

M. Charrier soutient que la maladie dans ce cas ayant parcouru ses périodes ordinaires, il n'a pas lieu de s'étonner du succès de l'opium. Dans cette circonstance, il est heureux de pouvoir exprimer d'une manière générale son opinion relative aux divers traitements suivis dans le rhumatisme articulaire.

L'opium, dit-il, administré à haute dose lorsque la fièvre est intense et surtout lorsqu'il y a une complication du côté du cœur, est regardé par tous les auteurs comme une mauvaise méthode. Pour que l'opium ait un effet hyposthénisant, il faut le donner à haute dose, et dans ce cas-là il peut empoisonner le malade avant d'arrêter la maladie. Il n'est bon que lorsque la fièvre est tombée, que le cœur et ses enveloppes sont sains, et qu'il ne reste plus que la douleur. Alors donné à faible dose, il agit comme diaphorétique et sédatif léger, et est véritablement utile.

Le sulfate de quinine, sans compter les accidents qu'il détermine et les quelques morts dont il a été cause, est un médicament tout à fait inutile, car il n'abrége en rien la maladie, qui n'en dure pas moins une trentaine de jours.

L'émétique, par cela seul qu'il amène des désordres graves dans le tube digestif qui peuvent entraîner la mort, doit être rejeté de la thérapeutique,

Quant au nitre, c'est un médicament peu dangereux, mais d'une activité peu grande aussi.

Toutes ces nouvelles méthodes ont grandement besoin d'être examinées au creuset de l'expérience. Quant à lui, il s'en tient encore à l'ancien traitement par les saignées modérées. Sydenham n'allait jamais au delà de quatre.

M. Richelot observe que dans le cas cité, c'est à partir du neuvième jour que la douleur a cessé d'être intense, bien long-temps avant l'époque ordinaire; que le pouls, quoique donnant 120 pulsations, était faible, que ce n'est pas au nombre des pulsations qu'on doit juger de l'état fébrile, mais à l'intensité et à la force des battements ; en conséquence il croit, jusqu'à preuve du contraire, que sa malade était dans des conditions convenables pour l'administration de l'opium, attendu que les douleurs reparaissaient aussitôt qu'on le cessait ; que puisqu'il a été utile dans ce cas, il pourrait l'être dans d'autres, et qu'il serait bon que la question fut élucidée.

M. Charrier remarque, à son tour, que ses réflexions n'attaquent pas l'observation de M. Richelot; qu'il a admis l'*usage modéré* de l'opium à la période non fébrile, qui, ainsi que l'a très bien noté M. Richelot, n'est pas seulement marquée par la rapidité des battements du pouls, et qu'il ne combat que l'absolutisme de certains traitements.

M. Homolle se loue de l'emploi de la digitale administrée jusqu'à saturation. Dans un cas où elle fut donnée jusqu'à déterminer des vomissements, elle calma dès le lendemain les douleurs, qui furent remplacées par un engourdissement général.

M. Thirial demande la parole. Le rhumatisme articulaire, dit-il, est une maladie complexe dans laquelle dominent deux éléments, l'*élément inflammatoire* et l'*élément nerveux* (douloureux). Ces deux éléments qui marchent d'abord de compagnie, se dissocient quelquefois. Lorsqu'au début l'inflammatoire domine, surtout s'il y a complication du côté du cœur, c'est au traitement antiphlogistique le plus énergique qu'il faut avoir recours ; et sous l'influence de ce traitement, au bout de huit ou dix jours, l'élément inflammatoire est dissipé; mais comme il reste encore l'élément nerveux, l'opium trouve ici son emploi utile et rationnel. Ce médicament lui paraît de beaucoup préférable à l'émétique, car il ne laisse pas à déplorer les mêmes désastres ; c'est ainsi qu'il vit chez deux malades émétisés des accidents inflammatoires dans le tube digestif, redoutables, cholériformes, dont la mort fut la terminaison. On trouva disséminées sur la muqueuse les pustules caractéristiques du tartre stibié. Dans le cas de M. Richelot, l'opium a été bien employé, car il a été donné au moment où dominait l'élément nerveux.

M. Charrier adopte les distinctions admises par M. Thirial.

M. Szokalski reconnaît également les mauvais effets de l'émétique. Dans un cas de pneumonie, où après deux saignées on administra le tartre stibié à la dose de 50 centigrammes, il vit au bout de deux jours apparaître sur la peau des cuisses, et au pourtour de l'anus, les pustules stibiées. On cessa l'émétique, et cinq jours suffirent pour les faire disparaître.

— *M. Szokalski* communique la note suivante :

Ayant à soigner une fille de treize ans pour une carie assez étendue de la mâchoire inférieure du côté gauche, je lui ai fait extraire la première dent molaire qui était cariée et dont les racines me semblaient contribuer à l'altération de l'os maxillaire. Cette dent, que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, porte au sommet de sa racine antérieure et à l'endroit où le filament nerveux entre dans le canal dentaire une poche membraneuse, ayant la grandeur d'une lentille, pourvue en bas d'une petite déchirure qui avait livré passage à un liquide purulent. Au premier aspect j'étais porté à considérer cette poche comme un kyste, tel qu'on en a vu quelquefois se développer à la racine des dents ; mais je changeai bientôt d'avis en remarquant qu'un stylet introduit dans la cavité de la poche touchait à une partie raboteuse de la racine dentaire, et que cette partie, examinée au microscope, faisait découvrir des points noirâtres présentant les caractères de la carie. La poche en question n'était donc que le périoste soulevé par un épanchement purulent. Plusieurs confrères, consultés par moi, m'ont assuré que les épanchements de cette sorte sont assez fréquents, mais qu'on détruit presque toujours les poches qui se forment au moment de l'extraction de la dent. Pour concevoir la cause de cette affection, il suffit de se rappeler qu'il se trouve entre la racine des dents et le périoste de l'alvéole dentaire une membrane particulière, ayant la structure fibro-séreuse, provenant, comme il paraît, de l'ancien follicule dentaire, et que cette membrane sert de périoste à la racine de la dent. Elle est sujette à l'affection rhumatismale comme les autres organes fibreux en général, et l'état inflammatoire qui y survient occasionne d'un côté la carie des racines et de l'autre la carie de l'os maxillaire. Cette inflammation est beaucoup plus fréquente sur les dents dont les couronnes sont déjà gâtées ; ce qui nous explique ce fait, malheureusement trop fréquent, que les racines qui restent long-temps dans les gencives sans faire mal, commencent tout d'un coup à faire souffrir et occasionnent en peu de temps la carie de la mâchoire et le gonflement des glandes sous-maxillaires. Si les douleurs de ce genre ne cèdent facilement au traitement approprié, l'extraction des racines pourra seule prévenir le danger. On doit conseiller de ne pas différer long-temps cette opération si difficile et douloureuse qu'elle soit.

Modifications à la suture de M. Gelly, de Nantes, procédé de Blatin. — *M. Blatin* communique à la Société une note relative à deux modifications qu'il a fait subir au procédé inventé par M. Gelly (de Nantes), dont il a été rendu compte dans le précédent procès-verbal. (V. *Gazette des Hôpitaux*, 10 septembre 1844.)

Première modification. — On ne prend qu'une aiguille, avec un fil *blanc* ; on l'enfonce dans un des bords de la plaie, le *droit*, je suppose, et on le fait sortir, parallèlement à ce bord, six millimètres plus bas, par exemple. On porte ensuite l'aiguille sur le bord gauche ; on pique ce bord à la même hauteur que l'autre, et l'on fait ressortir l'aiguille toujours parallèlement à la plaie, six millimètres plus bas, comme pour le côté droit. On revient à droite ; on enfonce l'aiguille en face du trou de sortie qui se trouve au bord gauche; on ressort encore six millimètres plus bas, et ainsi de suite. Quand cette première couture, qu'on ne doit pas serrer, est arrivée au bas de la plaie, on prend une autre aiguille avec un fil *rouge*. On l'enfonce dans le bord *gauche*, trois millimètres plus haut que le fil blanc qui est en face : l'aiguille ressort six millimètres au dessous de son point d'entrée, toujours parallèlement à la plaie : on la porte ensuite à droite ; on pique en regard du trou par lequel elle vient de sortir; on fait un point de six millimètres, comme tous les autres, et ainsi de suite jusqu'au bout de la couture. De cette façon le point *rouge* divise toujours le point *blanc*, de sorte qu'on n'a que trois millimètres au lieu de six d'intervalle entre chaque coup d'aiguille. Il faut avoir le soin de porter le point rouge un peu en dehors du blanc, afin d'éviter de piquer celui-ci, comme cela arrive parfois avec le procédé primitif.

Ce procédé modifié a l'avantage de n'employer qu'une aiguille à la fois, ce qui est moins embarrassant, surtout si la plaie est à une certaine profondeur; il est beaucoup plus facile et plus rapide; il n'expose pas à piquer avec une des aiguilles le fil passé par l'autre ; il ne met qu'un fil dans chaque point, tandis que M. Gelly en met deux. Il partage par moitié la distance qui sépare un trou d'entrée d'un trou de sortie, et donne par conséquent une suture à points deux fois plus rapprochés, avec le même travail ; enfin, il adosse les surfaces qu'on veut faire adhérer dans une plus grande étendue et présente une plus grande sécurité, à cause de l'indépendance complète des deux sutures.

Afin de serrer plus facilement les fils, quand le moment est venu, il convient de laisser un bout libre aussi bien à la partie supérieure qu'à la partie inférieure de la plaie ; la traction s'exerce ainsi plus commodément sur ces deux chefs.

Seconde modification. — On fait une première et simple couture à longs points, comme il vient d'être dit, avec le fil blanc, puis on tend ce fil pour rapprocher les bords de la plaie et les renverser en dedans, comme si la suture était achevée. Alors on prend une seconde aiguille avec un fil de couleur; on pique sur le pli formé par l'adossement des deux bords de la partie réunie, qui forme sur un des côtés un relief. L'aiguille traverse alors la double épaisseur des deux bords qu'on peut serrer à volonté dans une anse de fil plus ou moins alongée, en faisant, si l'on veut, un *arrière-point* ou un *point-devant*, ou une véritable *piqûre*. Cette couture, d'une extrême solidité, devient très facile, parce que la suture qui a précédé maintient dans des rapports convenables les tissus qu'on veut traverser. Elle aurait l'avantage, dans les cas de sutures vésico-vaginales, par exemple, de laisser le fil dans la cavité du vagin, au lieu de l'abandonner dans la vessie.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon, D.-M.-P.

Monsieur le rédacteur,

Si parmi les statues des hommes illustres, la gloire de la cité parisienne, qui prennent successivement leur place sur les façades de l'Hôtel-de-Ville, vous ne trouvez pas celles des médecins et des chirurgiens qui ont rendu de si grands services à la ville de Paris, ce n'est pas à moi qu'il faut vous en prendre. Toutes les statues que vous voyez actuellement hisser ont été commandées et votées depuis long-temps. Vous pouvez compter sur votre confrère pour soutenir une opinion qu'il partage. Avant que vous fissiez l'observation que je lis dans votre journal, déjà, à propos des noms que l'on donne aux rues et aux quais, j'avais fait entendre au Conseil ceux de Fernel, de Senac, de Bordeu et de Corvisart, représentants de la médecine, et je n'avais pas oublié les chirurgiens célèbres qui à l'époque de nos discordes civiles ont été si utiles aux habitants de Paris : Ambroise Paré, Jean-Louis Petit, Desault, Boyer, Dupuytren, Larrey.

J'espère qu'un jour nos vœux seront exaucés ; en attendant, je vous prie, mon cher confrère, de recevoir mes remercîments pour un bon conseil et pour un bon souvenir.

Agréez, etc.,

A. Thierry,
Membre du Conseil municipal de Paris.

Ce 24 septembre 1844.

Par ordonnances royales rendues sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, en exécution des lois de finances du 24 juillet 1843 et du 4 août 1844, une chaire de médecine opératoire et une deuxième chaire de clinique interne viennent d'être constituées dans la Faculté de médecine de Strasbourg.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 25 septembre courant, sont nommés : M. le docteur Marchal fils, professeur de médecine opératoire, et M. le docteur Schützenberger, professeur de clinique interne dans ladite Faculté.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 1er OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 115. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Affection cérébrale. Hémiplégie. Diagnostic.

Au n° 34 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme de quarante cinq ans, blanchisseuse, habituellement bien portante, non réglée depuis six mois. A partir de cette époque, elle devint sujette à de la céphalalgie; elle éprouva dans le bras droit des fourmillements. En même temps, palpitations assez fréquentes; il n'est pas rare d'observer ces phénomènes chez les femmes parvenues à l'âge que l'on appelle l'âge critique ou de retour, et chez lesquelles la menstruation vient de cesser. Il y a quelque temps, après avoir fait une course peu longue, elle n'avait guère marché que pendant dix minutes, elle éprouve un étourdissement, et tombe à terre sans perdre connaissance. Ce n'est qu'après un quart d'heure environ qu'elle parvint, à force de tentatives, à se relever et à continuer sa route. Mais elle s'aperçoit alors que son bras droit est complètement paralysé, et ne peut plus lui servir. Il était alors quatre heures du matin. Elle cherche à revenir chez elle. Ce n'est qu'après une demi-heure d'efforts et de chutes successives qu'elle parvient à rentrer dans sa demeure. Elle nous affirme de la manière la plus positive n'avoir pas perdu connaissance un seul instant.

En même temps qu'il y eut paralysie incomplète, il y eut des douleurs très vives dans la tête, douleurs qui persistent encore assez fortes au moment actuel. Cependant nous devons noter qu'il y a un contraste bien frappant entre les expressions qu'elle emploie, la manière tranquille dont elle s'exprime, et l'intensité de la douleur qu'elle accuse. Il y a cinq jours environ qu'elle a éprouvé ces accidents. Depuis cette époque, aucune douleur ne se fait sentir dans le côté droit du corps. La sensibilité est également conservée des deux côtés. Il n'existe pas de douleurs spontanées dans le côté affecté, mais seulement une sensation de lourdeur de tête et de céphalalgie. Telles étaient les circonstances dans lesquelles cette malade nous est arrivée.

Le pouls donnait 64-68 par minute seulement. L'intelligence, même à l'état normal, paraît n'être pas très développée chez cette femme, bien qu'elle soit libre et qu'il n'existe aucune trace de délire. Lorsqu'on l'interroge pour savoir quel était l'état de sa sensibilité lors de l'accident, il est à peu près impossible d'obtenir des détails bien distincts et bien positifs. L'affection dont elle est atteinte persistant depuis cinq jours, on ne peut douter qu'il n'y ait une lésion matérielle du cerveau, siégeant dans le côté gauche de l'encéphale. Mais ce n'est pas tout que d'être certain de l'existence d'une lésion; on doit se demander quelle est la nature, quel est le siége de l'altération pathologique. Il n'y a jamais que deux espèces d'altérations qui puissent donner lieu à des accidents de cette nature, l'hémorrhagie et le ramollissement.

L'instantanéité de l'accident, la possibilité où s'est trouvée la malade ce jour-là de se lever à quatre heures du matin, de se rendre à son travail, prouve que l'attaque a été soudaine; or, cette rapidité appartient plutôt à l'hémiplégie qu'à celle du ramollissement.

D'autre part, lorsqu'il y a hémorrhagie, il y a perte au moins momentanée de connaissance. Il y a perturbation assez marquée de l'intelligence. Chez notre malade, il n'y a pas eu de perte de connaissance. Telle n'a pas été la lésion du cerveau, à ce que l'on pourrait croire.

Depuis long temps, nous a-t-elle dit, elle est sujette à de la céphalalgie; ce phénomène peut être un signe de pléthore qui aurait précédé l'hémorrhagie; mais, de plus, il y avait des fourmillements dans le membre supérieur droit, et ce symptôme appartient bien plutôt au ramollissement qu'à l'hémorrhagie. La douleur de tête n'est pas bornée à un seul côté, elle semble être générale. Si elle occupait seulement le côté gauche, côté dans lequel doit manifestement exister la lésion qui a produit les troubles fonctionnels que nous vous avons décrits, elle constituerait un indice beaucoup plus significatif, en ce sens qu'il annoncerait un travail existant déjà depuis quelque temps dans l'hémisphère cérébral opposé à la lésion. Cependant la persistance de cette céphalalgie et des fourmillements accusés par la malade, est de nature à rendre plus probable l'existence d'un ramollissement que celle d'une hémorrhagie.

Le bras droit n'a présenté à aucun moment ni raideur, ni contracture, phénomènes notés par M. Lallemand comme signes essentiels et caractéristiques du ramollissement. Selon un auteur récent, la contracture n'appartient pas au ramollissement du cerveau, en propre et d'une manière spéciale. Quant à la diminution de sensibilité, elle appartient également aux deux affections; cette fonction peut être conservée à son degré normal, et n'être dans certains cas nullement intéressée. Quelquefois il survient des douleurs dans les parties paralysées, mais ici il n'y en a aucune trace. Tout porte à regarder comme probable le ramollissement du cerveau.

La malade a été saignée deux fois; en raison du peu de dureté et de fréquence du pouls, on a prescrit une application de sangsues derrière l'oreille gauche, un purgatif, des compresses froides sur la tête. La bouteille d'eau de Sedlitz qui avait été administrée hier n'a rien produit. Souvent il arrive que dans les affections cérébrales il faut augmenter la dose et la force du purgatif, l'intestin se trouvant en quelque sorte plus paresseux qu'à l'état normal. Nous avons prescrit un lavement composé d'une décoction de séné. D'après la marche de la maladie, nous avons quelque chance d'obtenir, non la guérison complète, mais un amendement notable, et nous avons quelque espoir d'enrayer la maladie. L'absence de tout mouvement fébrile, le peu d'intensité des accidents, nous confirment dans cette espérance. Le seul symptôme qui persiste maintenant encore, c'est une paralysie incomplète du mouvement du côté droit, qui, peut-être avec le temps, pourra se dissiper ou diminuer.

Affection cérébrale de nature douteuse. Perte de la parole. Hémiplégie.

Au n° 16 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme âgé de trente sept ans, d'une assez forte constitution, d'une bonne santé habituelle. Il a été apporté dans nos salles il y a six jours. A ce moment, il avait les yeux ouverts, il regardait et paraissait avoir la conscience de ce qu'il voyait, mais il ne pouvait prononcer la moindre parole. Les mouvements étaient assez libres, tant des membres que des muscles volontaires de la face, des yeux, de la bouche qui était déviée légèrement. Le bras droit était manifestement affaibli, et les mouvements moins étendus que ceux du côté gauche; quand on le soulevait au-dessus du lit, il retombait lentement, non tout d'une pièce, mais insensiblement, le malade ne pouvant se soutenir. De ce côté aussi, la sensibilité était un peu émoussée. Le pouls était fréquent au moment de l'entrée, il donnait 92-96 pulsations par minute; depuis lors, il s'est toujours à peu près maintenu au même degré de fréquence.

Lorsque l'on adressait la parole au malade, une question, par exemple, à laquelle la perte de la parole l'empêchait de répondre, il lui arrivait souvent de se mettre à rire d'une manière assez niaise et rappelant un peu le facies de l'idiot. Il tirait bien la langue quand on le lui demandait; cet organe était un peu dévié dans le même sens que la bouche. Les pupilles étaient égales, contractiles, se dilatant dans l'obscurité ou par la diminution de la lumière. Il y avait eu, lors de son entrée, deux ou trois vomissements de matières bilieuses verdâtres. Pendant la nuit, il criait sans articuler aucune parole distincte, et troublait le sommeil des malades de la salle; il y avait un véritable délire. Voilà les phénomènes qu'il présentait et tout ce que nous pûmes savoir sur son compte. Il était impossible d'obtenir aucun renseignement de sa part sur ce qui avait précédé le développement des accidents dont nous étions les témoins, et nous n'avions pu voir les parents ou amis qui l'avaient amené à l'hôpital. Peu à peu la parole devint de moins en moins embarrassée, la bouche perdit un peu de sa déviation, et l'intelligence devint plus nette. Aujourd'hui il répond assez bien aux questions qu'on lui adresse, bien que les réponses soient lentes encore. Il a un peu de déviation encore de la commissure droite de la bouche, déviation dont il s'aperçoit fort bien et qu'il dit ne pas lui être naturelle.

Voici donc une affection qui a commencé par une aphonie complète, une perception incomplète de ce qui se passait autour de lui, un peu de contracture, affaiblissement manifeste du membre supérieur droit, léger mouvement fébrile, et délire intermittent. Si nous ne possédions que ces phénomènes pour tout élément de diagnostic, il serait à coup sûr difficile de rien établir non-seulement de positif, mais même de probable. Mais depuis, nous avons fait prendre quelques renseignements, et voici ce que nous sommes parvenu à savoir. Cet homme était vannier; or, la veille du jour où il est tombé malade, il avait voulu travailler comme à l'ordinaire, et n'avait pu parvenir à faire un panier qu'il avait commencé. Pendant la nuit, un de ses camarades qui loge dans la même chambre que lui, l'entendit jeter son oreiller par terre. Il lui adressa la parole; mais le malade lui répondit brusquement: laisse-moi tranquille, et se rendormit. Le camarade qui donna ces détails dit être revenu dans la journée chez lui, et avoir en vain frappé pendant long-temps à la porte pour se faire ouvrir. Ce ne fut que le soir qu'il se décida à faire ouvrir la

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le prix d'Argenteuil.

La question du prix d'Argenteuil m'apparaît grosse d'embarras, de périls et d'orages. Jusqu'ici on a pu voir que je n'étais pas trop mauvais prophète; encouragé par le succès, j'ai voulu braquer mon télescope de ce côté, et j'y ai vu des signes certains d'une perturbation prochaine et inévitable, à moins que l'Académie, comme nous le disons nous autres astrologues, n'entre en conjonction immédiate avec les causes perturbatrices qui paraissent à l'horizon. Mais l'Académie est un astre — je maintiens le mot — dont les plus savants calculs n'ont pu déterminer encore l'orbite et prévoir la marche inégale et capricieuse qui ferait le désespoir du bureau des longitudes. Il est donc impossible de prédire l'influence qu'exercera l'Academie en masse sur les phénomènes prochains; mais ces phénomènes sont pour moi un fait irréfragable: tenez cela pour aussi certain que l'apparition d'une éclipse prédite par M. Arago.

Comment en serait-il autrement? Il s'agit, vous le savez, de donner un prix de près de dix mille francs à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. On sait aussi que les confrères qui cultivent cette branche fructueuse de l'art sont nombreux. On sait encore que loin de naviguer paisiblement dans ces eaux tranquilles et fécondes, la plupart de ces explorateurs se sont fait entre eux une guerre acharnée. On sait enfin que parmi ces combattants quelques-uns sont arrivés aux honneurs académiques, tandis que les autres frappent encore à la porte du sanctuaire.

Or ces derniers, et c'est bien naturel, sont tous en masse sur les rangs des candidats au prix d'Argenteuil. Trop tôt annoncée, trop tôt faite, puis défaite et enfin régulièrement prévue, la commission pour ce prix a été nommée mardi dernier. Voilà pour l'historique et la mise en scène du petit drame que je vous annonce.

Dans tous les petits ou grands événements dont jusqu'ici je vous ai entretenus, j'ai eu trop à me louer d'être toujours resté à cheval sur la question de principe, pour être tenté dans cette circonstance d'enfourcher un autre dada. Je vais donc vous dire mon opinion de ce point de vue un peu chevaleresque, comme vous voyez, opinion libre, désintéressée, qui n'engage que moi seul et mon seul jugement, au dehors comme au dedans de ce journal qui veut bien me laisser l'entière liberté de mes allures.

La science a aussi sa magistrature, ses jugements, sa justice; ce sont les académies. Plus heureuses que les tribunaux, elles n'ont point à infliger des peines, elles n'ont que des récompenses à décerner; mais cette douce mission doit être remplie avec la même équité, le même sentiment du droit, le même respect pour ce qui est juste que là où il s'agit des intérêts civils ou moraux des hommes. Quelle est la première condition d'une bonne justice dans les tribunaux ordinaires? C'est que le juge soit à l'abri de tout soupçon d'influence ou de partialité envers le justiciable. Ainsi, quand un plaideur ou un accusé paraît devant un tribunal où se trouve un juge avec lequel il ait eu un intérêt quelconque à débattre, ce juge se récuse ou est récusé. Devant les commissions académiques instituées pour décerner des prix, devraient régner, ce me semble, les mêmes scrupules et les mêmes délicatesses. C'est toujours un sentiment honorable qui pousse un juge à la récusation. Il ne suffit pas de se sentir fort de sa conscience, de son impartialité, de son désintéressement; il faut que, pour personne, le plus léger doute ne puisse s'élever à cet égard.

En est-il ainsi de tous les membres de la commission nommée pour le prix d'Argenteuil? Il serait plus que naïf de le croire. Pour qui a été témoin de cette longue et incessante polémique, ardente et passionnée que certains lithotriteurs ont entretenu les uns contre les autres, de réclamations non moins nombreuses de priorité et même de soustraction de procédés et de découvertes, quand on a entendu et lu tout ce qui s'est dit et imprimé sur la lithotritie et les maladies de l'urètre, et quand on voit ces mêmes hommes, rivaux quelquefois, antagonistes toujours, être les uns concurrents et les autres juges, eh bien! je ne puis m'empêcher de dire qu'il y a là quelque chose qui blesse le sens intime, et que certainement les juges ne se trouvent pas, en apparence du moins, dans des conditions désirables et convenables.

Or, puisque l'Académie savait cela, l'Académie a eu tort d'exposer un seul de ses membres à des récriminations désobligeantes qui iraient même, et si je le dis c'est que je le sais, jusqu'à la récusation, si certain candidat avait ce droit.

Or, puisqu'il est connu et su de tous que certains membres de la commission inspirent des doutes, une certaine méfiance, mal fondée, je veux bien le croire, aux concurrents, je dis qu'il serait prudent et honorable à ces juges de décliner le périlleux honneur que l'Académie a voulu leur rendre. Je dis que leur refus de participer au jugement serait une preuve de cette haute sagesse qu'on leur attribue généralement, et, vis-à-vis de leurs adversaires, un acte d'adresse de fort bon aloi. Je dis encore que cette idée, qu'il ne tiendrait qu'à moi de voiler sous la forme d'un conseil, m'est inspirée par des motifs sérieux et réels, et que si du scandale arrive, j'aurai tout fait pour l'empêcher.

En tout état de cause, que mon idée trouve les esprits rétifs ou bien disposés, il reste à l'Académie un moyen de concilier autant que possible tous les intérêts et de sauver toutes les convenances. Ce moyen, c'est de profiter dans toute son étendue de la disposition réglementaire qui la régit à cet endroit. Il faut élargir la commission. Le règlement permet de la porter à onze membres, et elle n'en a nommé que neuf; sans blesser aucune susceptibilité; sans vouloir imposer une ligne de conduite à qui que ce soit, elle doit à sa dignité, à la portée et à la valeur de ses jugements, de nommer deux autres commissaires. Certes, quand une compagnie possède dans son sein des chirurgiens aussi distingués que les Lisfranc, les Roux, les Velpeau, les Blandin, quand il s'agit de décerner un prix qui a pour objet essentiel la chirurgie pratique, l'Académie ne peut avoir ici que l'embarras du choix, et doit se trouver étonnée elle-même de ne pas voir ces noms figurer sur la liste. Quoi! disent les concurrents, il s'agit des rétrécissements de l'urètre, et vous nommez un accoucheur, honnête homme à coup sûr, intègre, et devant la probité duquel nous sommes prêts à nous incli-

porte de force. On trouva le malade tout nu au milieu de la chambre, cherchant à mettre son pantalon, et ne pouvant y réussir. Il paraît, d'après ce que l'on a su depuis, que dans la journée, quand on frappa à la porte, il voulut se lever de son lit pour ouvrir, mais qu'il tomba à terre et ne put se relever.

Nous avons dû nous enquérir si d'autres accidents de ce genre étaient déjà survenus, ou si c'était la première fois qu'on les observait. Nous avons appris qu'il y a quatre mois environ, il s'était plaint de fatigues et de lassitudes continuelles. Il éprouvait des crampes dans les deux jambes, surtout dans la gauche. Ces crampes duraient environ un quart d'heure ou vingt minutes et cessaient ensuite. Il y a deux mois, il eut une perte de la vue qui dura dix minutes environ. Pendant l'espace de temps que dura cet accident, le visage devint très pâle. Lorsque la vue se rétablit, il resta dans une moitié du corps un engourdissement assez fort qui dura près d'une heure, et persista un peu plus long-temps dans la main gauche. Depuis deux mois, il paraît qu'il était devenu très irritable, se fâchait à la moindre observation ; il travaillait aussi moins vite et moins bien qu'auparavant : tels sont les phénomènes qui se sont passés. A quelle lésion devons-nous en rattacher la production.

Notre malade a été pris deux fois d'hémiplégie : la première fois du côté gauche, la seconde fois du côté droit ; la première fois avec perte de la vue, la seconde fois avec perte de la parole. Il est vraisemblable de croire que la lésion pathologique matérielle qui existe, nous n'en doutons pas, a son siége vers la partie moyenne du cerveau. Cette disposition est nécessaire à admettre pour que l'hémiplégie ait porté tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre moitié du corps ; puis la perte momentanée de la vue paraît encore en être une preuve convaincante.

Mais quelle peut être la nature de la lésion qui a produit ces résultats ? Il est difficile de l'établir d'une manière absolue. Cependant, en rapprochant ce fait des faits analogues qui existent dans la science, ou que nous avons été à même d'observer personnellement, voici l'opinion à laquelle nous nous trouvons conduit. Il est possible de croire que la production de ces symptômes tient au développement d'une tumeur qui a suivi un développement lent et graduel sans causer d'accidents prompts ni sérieux pour le moment.

La forme la plus ordinaire des accidents qui se rattachent à des tumeurs de ce genre n'est pas celle qui a été observée ici. Ce sont le plus fréquemment des accès épileptiformes liés, dans la majorité des cas, à un affaiblissement dans un des côtés du corps, affaiblissement qui a été noté chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente. Quelquefois ces tumeurs donnent lieu à des rétractions douloureuses, à des contractions des membres, phénomène dont notre malade a présenté quelques traces. D'autres fois on observe des phénomènes qui semblent se rattacher à des névroses. De toutes ces formes, nous le répétons, la forme épileptique est la plus fréquente ; il y a une sorte d'intermittence dans la reproduction des accidents. Dans l'intervalle qui sépare deux accès le malade semble se rétablir presque complétement.

Chez cet homme, d'après les symptômes qu'il a présentés, d'après la marche de la maladie, il y a lieu de croire qu'il existe une tumeur de cette espèce. Dans les cas analogues, le cerveau s'accoutume à la présence de la tumeur qui se développe lentement et graduellement, et les accidents ne reparaissent que lorsque la tumeur a pris un accroissement assez notable depuis la dernière attaque. C'est donc à une modification de ce genre qu'il faut attribuer les symptômes qu'a présentés l'homme dont nous vous entretenons. Que s'il y avait eu hémorrhogie cérébrale, la durée des accidents eût été certainement beaucoup plus longue eu égard à leur intensité ; les accidents de compression ne cessent jamais ni en quelques minutes ni même en quelques heures. Quant au siége qu'occupe la tumeur dont nous soupçonnons l'existence, il est probable qu'elle se développe vers la partie moyenne et peut-être un peu inférieure du cerveau.

Bien qu'il ne soit pas immédiatement très grave, l'impossibilité où nous sommes d'agir sur la lésion pathologique elle-même, soit directement, soit indirectement, rend le pronostic peu favorable, et nous devons craindre une terminaison funeste dans un délai qu'il ne nous est pas permis de déterminer même approximativement.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Fracture des os de l'avant-bras compliquée de plaie. Emphysème. Gangrène du membre. Mort.

La publication des leçons sur les maladies des yeux nous ayant empêché de faire connaître les faits les plus intéressants du service depuis le commencement de l'année 1844, nous nous proposons de réparer cette omission. La plupart des curieuses observations que nous allons rapporter nous ont été communiquées par M. Jerjavey, interne de M. Velpeau ; c'est à son obligeance que nous devons les détails dans lesquels nous allons entrer.

Le nommé Tabaret (Etienne), âgé de vingt-sept ans, d'une constitution assez robuste, est entré à l'hôpital le 4 mai 1844, dans la soirée.

Ce jeune homme nous apprit que, se livrant à des exercices gymnastiques, et voulant franchir un cheval, comme déjà il l'avait exécuté plusieurs fois, il fit une chute dans laquelle l'avant-bras droit fut brisé. On lui apporta aussitôt un seau d'eau froide dans laquelle on l'engagea à plonger le membre fracturé. Comme il existait une plaie, il agita le bras, afin, dit-il, de faciliter l'écoulement du sang. Cette immersion dura environ vingt minutes. On lui appliqua un bandage roulé, puis il vint à l'hôpital.

Le lendemain, à la visite, le malade est dans l'état suivant : le membre thoracique droit est le siége d'un gonflement modéré ; il est dans la pronation ; la crépitation est très manifeste. L'avant-bras présente une dépression marquée vers le milieu de son étendue ; la mobilité est considérable ; le malade ne peut soulever la main. Un mouvement de torsion communiqué aux deux os vers leur partie inférieure, n'opère aucun déplacement aux extrémités opposées.

Au point de solution de continuité, la douleur est très vive à la pression. Tous les signes de la fracture des os de l'avant-bras sont évidents. La peau est naturelle. Seulement il existe une plaie petite et irrégulière vers l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'avant-bras. Cette plaie a été produite par un des fragments osseux.

La plaie est pansée avec le linge cératé et la charpie ; le membre sera couvert de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

Le 6 mai, l'avant-bras est le siége d'une tuméfaction plus considérable que celle de la veille. La peau est striée de rouge. Le bord cubital de l'avant-bras est rouge, un peu livide ; la coloration ne dépasse pas la plaie. La région externe du pli du coude présente une plaque jaunâtre, uniforme, bien circonscrite. La face dorsale de l'avant-bras est d'une rougeur légère, par plaques et par stries. On voit également sur le bras, tout le long du bord externe du biceps, une ligne rouge-foncé, brune même. Cette ligne, qui représente le trajet de la céphalique, est sensible au toucher ; la veine est dure, tendue. De plus, le bord cubital de l'avant-bras, dont nous avons tout à l'heure noté la coloration, crépite sous le doigt dans toute l'étendue de la bande rougeâtre.

Les symptômes d'érysipèle, d'angéioleucite, de phlébite et d'emphysème, se montrent donc en même temps sur ce membre. — Larges frictions avec l'onguent napolitain ; compresses avec eau-de-vie camphrée ; saignée du bras dans la journée, s'il y a des symptômes de réaction.

Le 7, tuméfaction plus considérable que celle des jours précédents. Tout l'avant-bras et la main sont colorés en gris-verdâtre ; la gangrène est évidente ; le bras est rouge et brûlant ; les veines sont indiquées par des lignes d'un rouge-brun foncé. L'emphysème a envahi le membre en entier ; il s'étend même sur le thorax jusque vers la ligne médiane, et en bas jusqu'au niveau du bord inférieur du grand-pectoral. La face antérieure de l'avant-bras est occupée par plusieurs phlyctènes pleines d'un liquide noirâtre.

La saignée prescrite hier a été pratiquée. M. Velpeau incise le membre sur une vingtaine de points à peu près. Quelques mouchetures sont aussi faites sur la poitrine. Les incisions ont environ deux ou trois centimètres d'étendue. Les tissus de l'avant-bras sont déjà mortifiés au point que la douleur n'est plus perçue. Il s'échappe des ouvertures faites à cette région des gaz et un liquide noirâtre d'une odeur gangréneuse. Les muscles qu'on aperçoit à travers les incisions sont noirs et déjà comme putréfiés. — Continuer les lotions et les compresses avec l'eau-de-vie camphrée ; potion avec l'acétate d'ammoniaque.

Le 8, la gangrène et l'emphysème n'ont pas fait de progrès. Le malade se plaint peu ; son intelligence se conserve ; il semble pourtant n'avoir pas conscience de son état. La face est colorée, vultueuse ; les yeux sont brillants et humides ; la peau est chaude, moite ; le pouls vite. Il n'y a pas de toux, mais le malade est tourmenté par le hoquet. La soif est extrême.

Le membre paraît un peu dégorgé, l'avant-bras est presque complétement noir, la main d'une teinte moins foncée. De nouvelles phlyctènes se sont développées sur la partie gangrenée.

De nouvelles scarifications sont encore pratiquées en divers points. Même prescription.

Le 9, l'emphysème a marché de nouveau, il s'étend beaucoup au-dessous du bord inférieur du grand pectoral. Le bras est énormément tuméfié, la putréfaction fait des progrès, l'épiderme s'enlève. Deux nouvelles incisions, l'une sur le moignon de l'épaule, l'autre plus en avant. Mouchetures sur le grand pectoral qui donnent issue à du sang et à de l'air.

Prescription *ut suprà*, de plus frictions avec onguent napolitain.

Le 10, la gangrène a envahi le bras, le côté droit du thorax est rouge et tuméfié. La rougeur se prolonge en arrière en marchant vers la colonne vertébrale. Le malade commence à se plaindre de douleurs très vives ; il a passé une nuit entièrement agitée ; il a été pris de frissons et de chaleurs. Le pouls est dur, vite ; il y a de l'oppression ; l'amaigrissement est considérable ; l'intelligence est intacte ; la langue est nette. — Même prescription.

Le 11, le malade s'est beaucoup plaint dans la nuit ; il veut sans cesse se découvrir, tourmenté qu'il est par une chaleur brûlante ; la gangrène n'a pas encore atteint l'épaule ; mais cette partie est énormément tuméfiée. Du reste son état a peu varié ; il parle à peine.

Le 12, le visage a une expression meilleure ; les yeux sont moins ternes, moins excavés ; il se trouve mieux ; il parle. Cependant la gangrène a encore marché ; elle est au creux axillaire et ne paraît pas encore vouloir se borner. La région dorsale du malade, qu'on peut apercevoir, présente une rougeur intense avec décollement de l'épiderme. — Même prescription ; de plus, vin de Bagnols ; une portion.

Le 13, il y a du mieux ; la gangrène paraît arrêtée ; l'emphysème disparaît lentement ; le malade a mangé avec beaucoup d'apétit toute une cuisse de poulet. La langue est assez bonne. — Médication *ut suprà*.

Le 14, état général moins satisfaisant, somnolence, beaucoup d'abattement. La gangrène paraît cependant se limiter. — Même prescription.

Le 15, aggravation des symptômes généraux dans la soirée d'hier. L'intelligence est presque abolie ; le front est couvert d'une sueur froide ; la face est crispée, profondément altérée ; les muscles y sont dans un état d'agitation perpétuelle ; la tête est renversée du côté sain ; il y a de la raideur tétanique dans la région cervicale, du trismus. Le tétanos fait des progrès dans la journée ; de l'écume couvre la bouche. Dans l'après-midi le râle commence. Le malade meurt à six heures et demie du soir après de violentes convulsions dans la face.

Autopsie trente-huit heures après la mort.

La rigidité cadavérique est fort intense. Toute trace d'inflammation a disparu du moignon de l'épaule, qui conserve

ner, mais enfin qui ne passe pas pour avoir fait une étude approfondie de cette partie de l'art ? Un savant littérateur, un écrivain éminent qui sera certainement bon juge de la forme, de l'enchaînement logique des idées, de tout ce qui constitue l'art littéraire, toutes choses ici de fort mince importance, puisqu'il s'agit d'un point essentiellement pratique ? Quoi ! diront-ils encore, vous aviez là, sous la main, des chirurgiens que vous honorez tous, que vous pouviez associer à MM. Jobert, Bérard et d'autres commissaires dont avec sécurité nous acceptons le jugement, et vous nous donnez pour juge, à moi un rival, à moi un ennemi, à moi un détracteur, à tous un juge peu bienveillant ?

Et ces concurrents auront-ils si grand tort de s'exclamer ainsi ? Non ; car je lis dans le dernier numéro d'un journal répandu les lignes que voici ; il s'agit des rétrécissements de l'urètre : « Mais il est » d'autres moyens nouveaux, ou plutôt renouvelés, qu'on propose de » substituer au caustique et qui pourront bien faire des prosélytes, » d'autant plus que l'expérience ne s'est pas encore prononcée hautement sur leur compte, et qu'on ne manque pas de les produire avec » pleine et entière confiance..... J'ai fait voir..... ce qu'on peut attendre de ce procédé aventureux..... mais il y a des hommes prévenus » qui ne reculent pas devant l'évidence. Aussi a-t-on vu les auteurs » de ces procédés se présenter *à nos académies* avec un aplomb d'autant plus surprenant que les prétendus faits favorables qu'on invoque » n'ont aucun valeur réelle. »

A qui s'adressent ces lignes empreintes de sévérité ? A un des concurrents pour le prix d'Argenteuil.

Qui les a écrites ? Un juge de ce concours.

Et remarquez bien que c'est là ce que je trouve sous ma main, et ce qui vient d'éclore, et que si je remontais plus haut ou plus avant dans la littérature chirurgicale de ces dernières années, j'y trouverais un conflit perpétuel entre concurrents et juges qui ont poussé les choses quelquefois jusqu'à un point que le style académique, dont je m'efforce de faire preuve, ne me permet pas de qualifier.

Remarquez bien encore que je ne prétends pas dire qui a tort ou raison ici des juges ou des concurrents ; ce n'est pas mon affaire ; mais ce qui paraît évident, c'est que l'opinion du juge est connue d'avance ; que voilà certainement un juge prévenu, des concurrents qui ont à lutter contre une influence patente et publique, et qu'à moins de renverser toutes nos idées acquises sur les convenances des concours académiques, voilà un concours qui ne se présente pas dans des conditions normales.

Tout ceci, qu'on en soit bien sûr, est dit en dehors de toute préoccupation personnelle, soit contre les juges, soit en fsveur des candidats. La question seule de justice et de convenance est ici en cause, et c'est parce que je m'adresse à des hommes dont l'intelligence est au niveau des bonnes intentions, que j'ose leur soumettre mes petites réflexions. Pour me résumer en quelques lignes et plus explicitement, je dirai que si j'étais

M. Civiale, je m'abstiendrais, et je sauvegarderais l'éminente position conquise par mes beaux travaux ;

M. Jourdan, pareillement par les raisons ci-dessus indiquées, et par d'autres encore que je n'ai pas besoin de lui dire ;

M. Villeneuve, je prétexterais un accouchement lointain ;

M. Amussat, j'y regarderais à deux fois, conduite tout à fait en rapport avec sa loyauté et sa prudence ;

M. Ségalas, je resterais, parce que de tous les chirurgiens spécialistes il est le seul peut-être qui ait eu le bon esprit de se tenir en dehors de toute polémique irritante et passionnée.

Les concurrents, je présenterais mes réclamations de la manière la plus polie et avec mes gants les plus fourrés ;

L'Académie enfin, j'adjoindrais deux chirurgiens à la commission déjà nommée.

Certes, on ne dira pas que, chirurgien intéressé, je ne demande que plaies et bosses, ou que feuilleton sans entrailles je me réjouisse du mal que je prévois. Non ; dans mon honorable sphère, je cherche à prévenir du scandale peut-être, des désagréments à coup sûr.

— Le *medical Times*, journal anglais qui m'a appelé *farceur*, plaisanterie dans le goût anglican dont je suis loin de me fâcher, raconte très sérieusement, lui, le fait suivant : Un individu reçut à bout portant un coup de fusil dont la balle traversa de part en part l'abdomen d'avant en arrière ; on ne retrouva pas le projectile, mais on vit avec surprise que la bourre, à sa sortie, avait mis le feu à la chemise du patient. Comme le journal ne dit pas que le pauvre homme soit mort de l'incendie, on a lieu de croire qu'il était assuré ; ce qu'on nous apprendra sans doute dans le numéro prochain.

— Un médecin étranger dont j'ai vu la carte de visite, y a fait graver ceci : *N....., médecin-accoucheur des Ecuries du Roi de.....*

J'aime autant l'enseigne que l'on a pu lire longtemps dans la banlieue de Paris : *X....., ex-chirurgien-accoucheur de la Grande-Armée.*

C'est ce brave confrère qui ne manquait jamais de prescrire à ses malades dix goultes de *l'eau danon* de l'albé Rousseau.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

Le docteur Dalmas, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, agrégé à la Faculté de médecine, vient de mourir à la suite d'une affection du cerveau.

— M. Clarion ancien professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie royale de médecine, et ancien professeur à l'Ecole de pharmacie, vient de terminer sa longue et honorable carrière, à sa maison de campagne, à Garche, près St-Cloud.

— A la suite d'une expédition d'exploration dans la haute Sénégambie, M. Huart a péri victime de son dévouement ; il a succombé à St-Louis, en quelques jours, à une maladie du foie qu'il avait contractée pendant le voyage. C'est une perte sensible pour la colonie et pour le service de santé de la marine, auquel il appartenait.

— On se plaint à Odessa (Russie), du trop grand nombre du personnel médical, en proportion de la population. Il s'y trouve 11 pharmaciens et 53 médecins, 1 médecin vétérinaire, 3 dentistes, 6 sages-femmes, 20 pharmaciens, droguistes, etc.

le volume considérable observé pendant la vie.

Thorax. — Les poumons présentent en arrière une hypérémie hypogastrique. La veine sous-clavière droite, la veine cave supérieure et celles qui la forment; le tronc brachio-céphalique, la sous-clavière gauche sont remplis d'un caillot continu, fibrineux, décoloré.

Les cavités droites du cœur sont elles-mêmes distendues par du sang coagulé. Les caillots de l'oreillette droite sont pâles, incolores aux environs de l'orifice de la veine cave supérieure.

Abdomen. — Les vaisseaux abdominaux sont intacts; le foie est d'un brun très foncé.

Crâne. — Le sinus longitudinal supérieur est vide de sang. En arrière seulement on observe un caillot irrégulier qui n'en obture pas le calibre. Ce caillot est décoloré avec quelques points noirs et très consistants. Sur la convexité des hémisphères se trouvent des grumeaux de lymphe plastique répandus au milieu d'une couche pseudo-membraneuse assez épaisse et transparente.

La pie-mère est le siége d'une injection des plus intenses; les veines sont fortement distendues par du sang. Les ventricules latéraux renferment peu de sérosité. La membrane ventriculaire n'offre rien d'anormal.

L'arachnoïde rachidienne est rouge et injectée.

Membre thoracique droit. — En enlevant les muscles grand-pectoral et deltoïde, on voit le tissu cellulaire et les aponévroses situés au-dessous convertis en un détritus jaunâtre, pultacé; les muscles eux-mêmes ont une couleur brun-foncé. A l'avant-bras, les deux os sont fracturés irrégulièrement; les fragments présentent des pointes longues et aiguës. Les parties molles ne sont pas aussi désorganisées qu'on eût pu le supposer. Le nerf médian est intact. Les vaisseaux principaux du membre ne sont point altérés. Les muscles profonds eux-mêmes sont pâles, et ne participent pas, par conséquent, à la coloration des téguments. Rien ne porte à penser qu'un travail de suppuration ait cherché à s'établir dans la fracture. En uu mot, rien non plus dans l'état du membre ne rend uu compte suffisant de la gravité des complications qui ont tué le malade.

— Ce fait, un des plus curieux que nous ayons eu l'occasion d'observer cette année à la Charité, a fourni à M. Velpeau le sujet de quelques réflexions fort importantes sur l'emphysème comme complication des fractures des membres.

M. Velpeau ayant quelquefois déjà observé une complication semblable dans les fractures du membre inférieur, et ayant vu l'emphysème devancer alors des phénomènes d'une haute gravité, n'a point hésité à pronostiquer que la gangrène envahirait probablement le membre où se trouvait la fracture.

Ce pronostic des fractures avec plaie compliquée d'emphysème ne doit pas être oublié, et M. Velpeau insiste particulièrement sur ce point, parce que pendant les premiers jours le médecin peut concevoir quelques espérances trompeuses, d'autant plus que les symptômes graves n'apparaissent pas immédiatement.

Ainsi, dans ces cas, M. Velpeau se basant sur ses observations précédentes, a pu pronostiquer que la gangrène allait s'emparer du membre avant qu'aucun signe pût faire soupçonner la venue de ce redoutable accident. La coloration de la peau était encore naturelle, la fracture en elle même, bien que fâcheuse à cause de la plaie de dedans en dehors, qui l'accompagnait, ne donnait pas le droit de prédire la gangrène, et malheureusement l'issue fatale de la maladie est venue confirmer le pronostic.

Tumeur hydatiforme du poignet (tumeur en bissac de Dupuytren). *Compression par les bandelettes. Ponction; injection iodée. Guérison.*

Pouraine (Louise), domestique, âgée de vingt-huit ans, est entrée à la Charité le 6 mars 1844, et a été couchée au n° 10 de la salle Sainte-Catherine. Cette femme, d'une bonne constitution, dit être d'une excellente santé habituelle.

Il y a onze ans, montant un escalier de cave en portant un panier de vin, elle fit une chute et se retint avec la main gauche, dont la face dorsale rencontra le sol; le poignet subit ainsi une flexion exagérée; elle sentit, dit-elle, un froissement au moment de la chute. Deux ou trois jours après, apparut une tumeur grosse comme une noisette au-dessus du ligament antérieur du carpe vers le bord cubital de l'avant-bras. Environ deux mois plus tard, une seconde tumeur aussi d'un petit volume se montra vers l'éminence thénar. La malade ressentit d'assez vives douleurs. On lui conseilla des bains qui ne changèrent rien à son état. Elle alla alors consulter Dupuytren, qui lui prescrivit des sangsues et des vésicatoires volants. Elle ne fit point ce traitement.

Pendant sept à huit ans, les tumeurs restèrent à peu près stationnaires; mais il y a trois ans à peu près, il en survint une nouvelle dans le creux de la main, et à dater de ce moment toutes ensemble commencèrent à prendre de l'accroissement. La malade se livrait alors à des travaux pénibles dans les champs. Quaud elle gardait le repos quelque temps les tumeurs diminuaient.

Tourmentée par cette maladie, elle se soumit, chez elle, à une incision qui fut pratiquée à la partie interne de la plus élevée des tumeurs; il en sortit une cuillerée de petits grains blanc-jaunâtre semblables, dit la malade, à de l'orge perlé. Ces graius étaient gluants et entourés d'une sorte de gelée. L'incision guérit très promptement, mais la tumeur diminua fort peu de volume. Enfin cette femme vint à Paris, et ces tumeurs la gênant beaucoup, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Le 10 mars, à la visite, voici ce qu'on peut constater: il existe à l'avant-bras et à la main du côté gauche une tumeur multiloculaire; le ligament annulaire du carpe la divise en deux parties distinctes. La peau n'offre aucun changement de couleur; il n'y a ni chaleur, ni douleur; les tumeurs sont fluctuantes; leur base est large; elles soulèvent les tendons du grand et du petit-palmaire, de telle sorte que ces tendons divisent eux-mêmes la tumeur supérieure en deux autres, une interne et l'autre externe. La dernière est de la grosseur d'une aveline à peu près; l'interne, du volume d'un œuf de pigeon, est limitée en dehors par le tendon du palmaire grêle, en dedans par celui du cubital antérieur, qu'elle repousse, et en bas par le ligament annulaire.

La tumeur supérieure paraît avoir son siége dans la gaîne des fléchisseurs; elle communique en dessous du ligament annulaire, qui la bride avec la tumeur inférieure ou de la paume de la main. Cette dernière a effacé le creux de la face palmaire; elle s'étend depuis le ligament annulaire jusque un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. La tumeur inférieure est elle-même divisée en deux moitiés latérales; l'une est du volume d'une noix; elle déjette le pouce en dehors et gêne ses mouvements; l'autre, l'interne, plus grosse, mais limitée, soulève les muscles de l'éminence hypothénar et la peau qui recouvre le pisiforme, que l'on sent en la déprimant. Les monvements d'extension et de flexion des doigts sont considérablement gênés par cette portion de la tumeur.

Quand on presse l'une de ces bosses, on sent une crépitation particulière qui donne l'idée de grains fuyant sous les doigts.

Le 11 mars, M. Velpeau pratique une ponction avec un trois-quarts à hydrocèle sur le point le plus saillant; il sort, en pressant, à peu près un demi-verre de grains jaunâtres semblables à du riz. Ces grains, vus à nu, présentent l'apparence de petits kystes renfermant une matière gélatiniforme. Examinés à la loupe, on peut, avec une aiguille, déchirer l'enveloppe qui les constitue, et l'on trouve dans leur intérieur une sorte de gelée tremblante, opaline. — Une injection iodée est faite par la piqûre.

Le 12, la malade a souffert dans la nnit; elle n'a pu dormir; la tumeur est revenue à son volume ordinaire; elle est douloureuse; les doigts sont fléchis et ne peuvent être étendus sans de vives souffrances. — Compresses d'eau blanche; repos.

Le 13, les douleurs ont un peu diminué; la malade a dormi quelques heures; la tumeur augmente.

Le 14, le volume de la tumeur s'est accru encore; il est plus considérable qu'avant l'injection; elle est rouge; quelques élancements s'y font sentir; elle n'est cependant pas très douloureuse au toucher.

Les jours suivants le volume diminue. Le 30 mars, la petite bosse située en dehors du palmaire grêle n'est plus qu'un noyau dur; celle qui est en dedans est plus dure et plus bosselée qu'avant l'injection, mais ne paraît pas avoir diminué. Celle de l'éminence thénar est réduite à la moitié de sa grosseur; elle ne communique plus avec celle du poignet ni même avec la tumeur du côté opposé de la main. Elle paraît comme enkystée; la fluctuation y est encore manifeste, mais l'on n'y perçoit plus de crépitation. L'éminence hypothénar est à peu près dans le même état qu'avant l'injection; elle communique encore avec la grosseur du carpe. — Frictions avec l'onguent mercuriel.

Le 11 avril, on établit une compression avec des bandelettes de diachylon sur toutes les tumeurs; on l'enlève le 18; on pratique des frictions mercurielles jusqu'au 30, et l'on rétablit la compression jusqu'au 8 mai.

Le 9 mai, la malade sort dans l'état suivant: Il ne reste sur le carpe qu'une très petite bosse appartenant à l'aponévrose interne. A la main, les tissus sont un peu empâtés; l'éminence thénar est le siége d'une très petite bosselure dure, compacte. Les mouvements de flexion sont faciles.

Cette malade est revenue montrer sa main à la consultation vers le 15; tout a encore diminué. On lui fait continuer les frictions mercurielles en les suspendant de temps en temps.

— Ce fait, rapproché du pronostic habituel de la tumeur en bissac de Dupuytren, est de nature à engager les chirurgiens à tenter l'injection iodée dans ces sortes de cas.

PAJOT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la Séance du 7 septembre 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

La Société de chirurgie de Paris qui compte déjà une année d'existence, et dont les premiers pas dans la carrière ont été marqués par une lutte qui n'est pas sans gloire pour elle, nous a autorisé à publier le compte-rendu de ses séances. Nous acceptons cette mission avec d'autant plus d'empressement, que cette Société, composée d'hommes actifs, placés pour la plupart à la tête de services d'hôpitaux importants, promet d'imprimer à la chirurgie contemporaine une direction forte et droite. On sait qu'elle a pris pour devise: *Réalité dans la science, moralité dans l'art.*

Son bureau se compose, cette année, comme il suit:

Président,	MM. Michon,
Vice-président,	Monod,
Secrétaire,	Lenoir,
Vice-secrétaire,	Vidal,
Trésorier,	Robert.

La lecture du procès-verbal de la séance précédente est faite par le secrétaire; la rédaction en est mise aux voix, et adoptée.

— *M. Nélaton* fait voir une femme sur laquelle il a pratiqué l'amputation de la moitié droite du maxillaire inférieur. Cette opération a été dirigée contre une tumeur colloïde siégeant dans l'épaisseur de cette partie de l'os. La malade, parfaitement rétablie aujourd'hui, n'offre d'autres traces de l'opération qu'elle a subie que deux cicatrices linéaires placées dans la région parotidienne et une légère déviation de la bouche. M. Nélaton promet de lire incessamment à la Société l'observation détaillée de ce fait clinique.

M. Nélaton fait remarquer que bien que la glande parotide ait été intéressée par l'instrument tranchant pendant l'opération qu'il a faite, cependant il n'y a pas eu de fistule salivaire.

M. Bérard rapporte, à l'appui de cette remarque, l'observation d'une femme à laquelle il a fait l'extirpation partielle de la parotide nécessitée par un cancer de cette glande, sans qu'il en soit résulté de fistule.

M. Robert cite un autre cas où il a enlevé une partie de la glande sous-maxillaire avec le même résultat.

— *M. Deguise* père rend compte, au nom de la commission nommée dans la dernière séance, de la visite qui a été faite à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Bérard. Messieurs les commissaires ont eu à examiner deux malades; l'un portant un goître remarquable par son volume et par quelques autres particularités, l'autre portant à la nuque une tumeur qu'ils regardent comme formée par une hypertrophie de la peau de la nuque et du tissu cellulaire sous-jacent. La commission propose de faire mouler ces deux cas pathologiques aux frais de la Société. Cette propositiou, mise aux voix, est adoptée.

— *M. Maisonneuve* présente à la Société un globe oculaire qu'il a enlevé le matin même sur un malade de l'hospice de Bicêtre; l'opération a été dirigée contre une dégénérescence mélanique de l'organe qui donnait lieu à une hémorrhagie grave. M. Maisonneuve promet de rédiger cette observation, et de la communiquer à la Société.

M. Bérard, à propos du procédé d'extirpation suivi par M. Maisonneuve, rappelle que M. Bonnet (de Lyon) a rendu cette opération plus facile et moins grave en coupant les muscles du globe oculaire à leurs insertions à la sclérotique, comme dans la strabotomie, et en enlevant l'œil sans toucher à la capsule dans laquelle il est enfermé.

M. Bonnet reconnaît à ce procédé d'extirpation l'avantage de ménager les troncs des nerfs qui se rendent aux muscles, les ramifications principales de l'artère ophthalmique, et selon lui enfin la place d'opération étant séparée par un tissu fibreux des graisses de l'orbite, ce procédé aurait sans doute encore l'avantage d'empêcher l'inflammation dont cette plaie devient le siége, de se propager au cerveau ou à ses membranes.

M. Bérard, qui a pratiqué déjà deux fois cette opération, lui reconnaît tous ces avantages et, de plus, une grande facilité d'exécution.

Plusieurs membres n'ont d'autre objection à faire à ce procédé d'extirpation de l'œil que celle que lui a déjà faite son auteur, la difficulté de trouver des cas où il puisse être mis en usage; il est, en effet, d'observation que les tissus qui entourent l'œil sont le plus souvent trop altérés dans les affections qui nécessitent l'extirpation de cet organe, pour qu'on puisse facilement énucléer le globe oculaire de son enveloppe fibreuse et pour qu'on puisse conserver ces tissus dégénérés.

— *M. Lenoir* met sous les yeux de la Société deux larges morceaux de peau pris sur les bourses d'un jeune homme affecté d'éléphantiasis de ces parties, maladie rare dans nos climats, et que le sujet de cette observation a contractée au Brésil. M. Lenoir rédigera l'histoire de ce malade, et la soumettra prochainement à la Société.

— *M. Robert* communique verbalement à la Société un cas d'anévrisme inguinal, pour lequel il a dû pratiquer la ligature de l'artère iliaque externe. M. Robert promet d'entretenir la Société des suites de cette opération.

— *M. Ricord* demande la parole pour faire connaître un nouveau procédé qu'il emploie pour guérir radicalement l'hydrocèle; procédé qui consiste dans l'application de la suture enchevillée sur la tunique vaginale, préalablement vidée du liquide qu'elle contient.

L'auteur commence par reconnaître que la méthode par injection, généralement adoptée aujourd'hui, est, sans contredit, un des moyens thérapeutiques les plus parfaits que l'on possède pour guérir la maladie contre laquelle on le dirige; mais, suivant lui, cette méthode laisse encore quelque chose à désirer, et celte raison l'a engagé à tenter de nouvelles voies et à reculer, s'il est possible, les limites de l'art. Déjà de nombreuses modifications ont été faites à cette méthode de l'injection, et, dans ces derniers temps, M. Velpeau a proposé de changer la qualité du liquide irritant pour éviter les inconvénients si souvent reprochés au vin chaud. Mais l'injection iodée qu'il a substituée à l'injection vineuse, est-elle plus parfaite? Tout le monde ne le pense pas.

Avant de faire connaître son nouveau procédé et de le mettre en parallèle avec l'ancien, il énumère les inconvénients et les accidents qu'il reproche à ce dernier.

D'abord, il faut, pour le pratiquer, des instruments spéciaux sujets à se détériorer, tels que trois-quarts et seringues; et de plus, il faut l'appareil propre à chauffer le vin, si c'est ce liquide qu'on emploie pour l'injection.

Puis il faut que le liquide, quel qu'il soit, ait, pour agir convenablement, un degré de chaleur ou de concentration qu'il n'est pas toujours bien facile de déterminer par avance et de mettre en rapport avec la sensibilité de l'opéré.

Il faut ensuite des aides instruits, adroits et attentifs, pour que tous les temps de l'opération soient sûrement exécutés.

Enfin, dans le manuel opératoire, on est exposé à blesser le testicule ou son cordon; de plus, l'instrument venant à se déplacer, soit par le retrait de la tunique vaginale, soit par les mouvements du malade, l'injection du liquide irritant peut être faite dans le tissu cellulaire des bourses, d'où résulte le plus souvent la gangrène partielle ou totale du côté malade, et des accidents plus graves encore. Il faut joindre à cela que, quelle que soit la nature du liquide injecté, celui-ci donne lieu, chez la plupart des opérés, à de violentes douleurs de pression ou d'écrasement du testicule qui, chez quelques-uns, sont si vivement ressenties, qu'elles amènent des vomissements et la syncope; les malades qui ont une fois éprouvé ces douleurs, les redoutent beaucoup quand on est obligé de les opérer une autre fois.

Ce n'est pas tout: l'inflammation qui résulte de l'injection peut être trop vive et donner lieu à la suppuration de la tunique vaginale, à des abcès du testicule et à la gangrène des bourses; d'autre part, elle peut être trop légère ou n'exister pas du tout, et alors la récidive de la maladie a lieu.

Après avoir ainsi exposé la série des accidents possibles de l'opération ancienne, M. Ricord décrit la nouvelle opération, qu'il soumet au jugement de la Société de chirurgie. Cette opération peut s'exécuter d'après deux procédés que voici:

Le premier procédé que M. Ricord appelle *procédé par suture en bourse sous-cutané de la tunique vaginale*, s'exécute de la manière suivante: On commence par reconnaître, à l'aide du toucher et de la transparence, la position relative du testicule et du liquide épanché dans les bourses; cela fait, on saisit la tumeur avec la main gauche et en la pressant on fait saillir le liquide en même temps qu'on retient le testicule en arrière. Alors on traverse l'hydrocèle d'un côté à l'autre avec une longue aiguille (on peut se servir de celle qu'emploient les femmes pour raccommoder les bas); cette aiguille porte avec elle un fil double. Une fois qu'elle est sortie par le point opposé à celui d'entrée, on la fait rentrer par ce dernier point pour la diriger sous la peau dans l'étendue d'un pouce; puis, on la fait sortir du même côté pour repénétrer par la même ouverture et traverser cette fois la tumeur de part en part. En répétant sur le côté opposé la même manœuvre et ainsi de suite selon l'étendue de la tumeur, on arrive à passer trois ou quatre points de suture. L'un des chefs du fil double se trouve à l'extrémité inférieure de la tumeur, et l'autre à son extrémité supérieure. Alors, après avoir évacué le liquide à l'aide d'un coup de lancette donné dans la partie la plus déclive de la bourse, on place dans l'extrémité à anse un bout de sonde ou un rouleau de diachylon et on lie les deux chefs de l'autre extrémité sur un autre bout de sonde; en serrant les fils on fronce la tunique vaginale comme une bourse dont on tire les cordons, et cela sans prendre la peau avec elle.

Ce premier procédé, employé sur un seul malade, a parfaitement réussi; cependant M. Ricord l'a abandonné à cause de la difficulté de son exécution, et il lui a substitué le suivant:

Deuxième procédé, *par suture enchevillée.* Avec une aiguille semblable à la précédente et armée comme elle d'un fil double, on traverse l'hydrocèle d'un côté à l'autre deux ou trois fois selon l'éten-

due de la tumeur, en plaçant cea points de auture à un pouce d'intervalle l'un de l'autre, puis on évacue la sérosité avec la poinle d'une lancette comme dans le premier procédé, et on place un bout de sonde de gomme élastique dsns les anses des fils à suture, tandis qu'on lie les chets de ces mêmes fils sur un autie bout de sonde, on termine enfin l'opération en rapprochant l'un de l'autre les deux bouts de sonde et en les serrant médiocrement on met la tunique vaginale en contact avec elle-même dans une certaine psrtie et en contact immédiat avec le testicule dans le reste de son étendue. Les points de suture doivent être laissés en place pendant vingt-quatre heures.

Cette opération, qui se tait avec un appareil si simple et qui ne nécessite la présence d'ancun aide est, au dire de M. Ricord, la moins douloureuse de toutes les opérations de la chirurgie ; facile à exécuter, elle met à l'abri d'une blessure du testicule, ou si elle en détermine une, celle-ci est inconlestablement moins grave que celle qu'on pratique avec un trois-quarts. Ici, pas d'injection à craindre dans le tisau cellulaire des bourses ; le traitement consécutif n'est pas plus long qu'après une autre méthode ; la guérison la plus rapide a été obtenue en dix jours. Sur huit malsdes opérés par ce procédé, et dont l'un était affecté d'une hydrocèle enkystée du cordon, il y a eu trois fois un petit abcès correspondant à un point de suture.

Jusqu'à présent le procédé n'a pas échoué une seule fois, et s'il est démontré par un plus grand nombre de taits que le travail inflammatoire qu'il détermine dans la bourse opérée est identiquement le même que celui qui s'établit après l'injection, M. Ricord lui reconnatt d'incontestables avantages sur les autres procédés ; il attendra du reste qu'un plus grand nombre de faits soient venus marquer la place de cette opération dans la pralique soit comme méthode génèrsle, soit comme methode exceptionnelle.

La discussion sur cette communication est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à six heures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE CHIRURGIE. (Septembre 1844.)

Lettre sur l'opération du bec de-lièvre ; par le Dr G. MIRAMET d'Angers.

Article non terminé, sur lequel nous reviendrons.

Description d'un nouvel appareil pour la réduction des luxations ; par M. BRIGUEL, à Epinal.

Cet appareil se compose d'abord d'une tige ou levier en bois équarri, d'un mètre de longueur sur trois à quatre centimètres de largeur et d'épaisseur, renflé toutefois à sa partie moyenne et à son extrémité supérieure, où il a six centimètres d'épaisseur. Le renflement du bout supérieur est traversé d'une mortaise dans laquelle joue une poulie de renvoi. Le renflement médian supporte un treuil transversal qu'on met en mouvement à l'aide d'une manivelle, et sur lequel viendra s'enrouler le cordon tracteur. Ce treuil est muni d'une cheville d'arrêt à laquelle s'attache le cordon tracteur, et d'une roue dentée circulaire, sur laquelle s'ajuste une clavette lorsqu'on veut arrêter et prolonger la traction portée à un degré convenable. Enfin, l'autre bout du levier est armé au centre d'une pointe ou saillie en fer destinée à prendre un point d'appui sur le plastron, dont il va être queation tout à l'heure. Telle est la première pièce de l'appareil.

Ce plastron est une plaque de cuir aolide, de la forme d'un carré allongé, assez large pour répartir la pression sur un espace suffisant, assez bien rembourré pour ne pas blesser, surtout à raison de aon mode d'agir. En effet, il porte dans son centre une petite plaque d'acier de deux ou trois millimètres d'épaisseur, percée d'un trou pour laisser pasaer ls pointe en fer du levier ; cette pointe, après avoir traversé ce trou, est reçue dans une cavité creusée dans l'épaisseur du plastron, véritable cavité articulaire sur laquelle le levier peut décrire des mouvements orbiculaires. A l'extérieur, le plastron offre quatre anneaux, dans lesquels passent deux courroies solides destinées à le fixer sur la région voulue, comme sur la poitrine, par exemple.

Restent enfin et le bracelet pour embrasser le membre sur lequel on veut tirer, et le cordon qui sert à la traction : le bracelet consiste en une plaque de cuir mou et un peu épais, muni de quatre courroies et de quatre boucles pour le serrer. Vers son milieu il est parcouru de haut en bas par une autre courroie forte et aolide qui lui est solidement fixée, et qui supporte un anneau auquel vient s'attacher le cordon. Ce cordon est composé de dix-huit ficelles; il a une longueur d'un mètre, et présente un œil à chaque extrémité. L'un de ces yeux sert à attacher le cordon à l'anneau du bracelet par un nœud coulant; l'autre fixe le cordon à la cheville d'arrêt du treuil.

L'appareil ainsi décrit et disposé, rien de plus aimple que la manière de s'en servir.

1° *Réduction de la luxation du bras.* — On commence par poser un bandage de corps maintenu par deux scapulaires. Le malade étant assis sur une chaise, on le fixe à celle-ci au moyen d'un linge plié en cravate qu'on passe obliquement au-devant de la poitrine? puis, ramenant les deux chefs derrière le dos de la chaise, on les noue après celui-ci.

Par dessus le bandage de corps on pose le plastron, que l'on fixe au moyen des deux courroies à boucles, plus ou moins sur le côté, selon le genre de luxation qui se présente. Les choses ainsi disposées, et un aide aecondant la fixité du malade déjà retenu par le lien de la chaise, en se plaçant derrière celle-ci et maintenant avec les mains les environa de l'épaule malade, l'opérateur pose l'extrémité en fer de l'appareil, srmé de son cordon tracteur, dans le trou du plastron, ayant soin de diriger le levier dans la direction selon laquelle la traction doit s'exercer. Alors le plaçant sur aon bras gauche, si c'est le bras droit qui est luxé, *et vice versâ*, si c'est le bras gauche, et tenant le bras luxé avec la main, de l'autre il tourne le treuil doucement. Lorsqu'il juge que la traction est suffisante, il abaisse la petite main ou clavette sur la roue dentée du treuil ; puis plaçant aa main disponible dans le creux de l'aisselle, il pousse la tête de l'humérus en face de la cavité ; puia soulevant la petite clavette ou main, il lâche peu à peu le tracteur, jusqu'à ce que la tête de l'humérus rentre complétement et sans secousse dans sa cavité. On ôte alors l'appareil, et l'on panse comme à l'ordinaire.

3° *Réduction de la luxation de l'avant-bras.* — Lorsque la luxation est récente, les moyens ordinaires suffisent ; mais, dans le css de luxation ancienne et surtout si le sujet est jeune, fort et vigoureux, on peut procéder avec cet appareil comme pour la luxation de l'humérus.

3° *Réduction de la luxation de la cuisse.* — Ici le point d'appui se fait contre une portion de la branche descendante du pubis et une portion de la tubérosité sciatique du côté opposé au membre malade.

Comme dans la réduction du bras, la traction se fera dans les quatre espèces de luxations, dans le sens de la direction vicieuse de l'os déplacé, en dirigeant l'appareil dans ce sens. Ainsi on commence par placer une serviette pliée en cravate dans le pli de la cuisse opposée au membre malade, ayant soin de ramener en les croisant les extrémités vers la crète de l'os des îles du côté malade, où on les fixe avec des épingles ; puis on passe une autre serviette pliée de la même manière sur la crête de l'os des îles du côté malade, en ramenant ses extrémités vers la crète de l'os des îles du côté opposé, et là on les confie à un aide, et on les fixe avec des épingles.

Cela fait, on pose le plastron sur le point le plus convenable du pli de la cuisse, ayant soin d'y comprendre la surface de la tubérosité sciatique, et, au moyen des courroies dont l'une embrasse la cuisse du côté sain, et l'autre se fixe sur la crête supérieure et antérieure de l'os des îles, on consolide le plastron convenablement. Les choses étant ainsi disposées, et le malade couché sur le devant du lit, on introduit dans le trou articulaire du plastron le bout ferré de l'appareil, armé de son cordon tracteur, dont on fixe le bracelet au bas de la jambe. Alora l'opérateur, les aides fixant bien avec leurs mains le bassin, tourne doucement et lentement jusqu'à ce qu'il pense que la traction est suffisante ; puis, fixant cette traction au moyen de la petite main qui arrête le treuil, il porte l'appareil et le membre dans la direction normale du membre ou de son axe normal, c'est-à-dire place la tête du fémur vis-à-vis de sa cavité, et lâche ensuite peu à peu le cordon tracteur jusqu'à ce que l'on soit rentré dans sa cavité. Pour le reste de l'opération, on se comporte comme à l'ordinaire.

4° *Réduction de la luxation du pied.* — On n'a autre chose à faire qu'à embrasser le pied avec le nœud coulant du cordon tracteur, en détachant le bracelet, et en appliquant plusieurs compresses mouillées autour et en dessous des malléoles.

Cet instrument a, dit l'auteur, sur tous ceux imaginés jusqu'à ce jour, le grand avantage de pouvoir combiner le mouvement orbiculaire simultanément avec la traction, dont on règle à volodté la force, et que l'on peut maintenir en permanence ou détruire instantanément. Comme on le conçoit, pour les personnes peu exercées et surtout dans les cas de luxation ancienne, on peut ajouter au tracteur un dynamomètre qui en facilite l'usage et prévient les accidents d'une traction exagérée. Dans le cas de luxations anciennes, le tracteur peut être appliqué au malade dans son lit et être réglé par celui-ci à volonté, c'est-à-dire qu'il peut, la nuit comme le jour, augmenter la traction de tel nombre de degrés convenus. Le tracteur jouit encore de l'avantage de remetire l'os en place lentement, doucement et sans secousse.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. (Septembre 1844.)

De l'abus des vésicatoires et des sinapismes dans les maladies aiguës; par M. VALLEIX.

Il n'est pas démontré qu'à quelque époque de la pneumonie qu'on applique un vésicatoire, cette application puisse être utile. Rien n'est moins prouvé que leur action jugulante dans cette maladie. La prétendue substitution de l'inflammation cutanée à l'inflammation parenchymateuse est une explication basée sur le raisonnement seul et non sur les faits. Après la période d'acuité, les vésicatoires ne paraissent pas moins inutiles. Quant à la pleurésie, rien de certain. On les applique sans raison sulfisaute dans les alfections cérébrales aiguës, daos les entérites légères, surtout chez les enfants, dont ils aggravent les phénomènes de la sensibilité. Enfin, comme conclusion générale, l'auteur pense que, dans l'état actuel de la science, les vésicatoires appliqués dans les cas de maladie aiguë fébrile, ne peuvent inspirer qu'une confiance très bornée, tandis qu'ils doivent très souvent faire naître dea craintes qui, d'après les exemplea cités par lui, ne sont malheureusement que trop fondées.

De quelques applications utiles de médecine iatraleptique; par M. SANDRAS.

A l'aide des agents actifs que nous possédona, M. Sandras a cru, dans un certain nombre de circonstances, pouvoir aller plus loin que la méthode endermiqoe. Il loi a paru que des alcalis végétaux agissaient d'une maoière marquée sur la peau même encore couverte de son épiderme, et il a essayé la morphine, la strychnine et la quinine. Pour la morphine, il a'est presque toujours servi d'une pommade composée de

Chlorhydrate de morphine,	50 centigrammes.
Axonge,	30 grammes.

exaclement mêlés.

On en étend sur le lieu d'élection une masse plus ou moina considérable, suivant l'étendue de la paitie endolorie et l'intensité de la douleur, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noisette, et on répète ces frictions, ou plutôt ces onctions, autant que l'exige la persistsnce du mal.

M. Sandras recommsnde l'emploi de celte pommade dans presque toutes les névralgies, qui lui a donné de beaux succès en l'appliquant soit sur les parties de la face endolorie dans des névralgies de la cinquième paire, aoit le long du trajet du nerf sciatique dans des névralgies du nerf de ce nom, soit sur la région précordiale dans des névralgies du cœur, ou sur le trajet des nerfs intercostaux, quand ces nerfs se trouvent le siége du mal, ou enfin aur les régions pédieuse, inguinale et épigastrique, quaod c'était en ces points qu'il fallait appliquer le remède.

Le plus souvent, lea onctiona ainsi faites ont suffi pour modérer momentanément les accès de la douleur ; quelquefois elles ont réussi à la calmer entièrement, et saos retour ; presque toujoura, enfin, elles ont achevé et complété une guérison que d'autres moyens plus aclifs avaient déjà fort avancés.

Quant à la strychnine, il l'a surtout employée dans la paralysie saturnine. Il fait faire une pommade composée de

Strychnine,	10 centigrammea,
Axonge,	30 grammes,

et le malade en frotte matin et soir les parties affectées. Plusieurs malades s'en aont très bien trouvés ; mais le traitement est lent.

Il a employé ausai une pommade composée de

Sulfate acide de quinine,	1,50 grammes.
Axonge,	30 Id.

Il s'en est surtout aervi chez les sujets atteints de fièvre d'accès, dont l'estomac ne pouvait supporter la quinine ; chez les enfanls faibles qui présentaient un engorgement de la rate, etc.

Du goître cystique et de son traitement par les injections iodées: Par M. BOUCHACOURT.

L'auteur développe et appuie sur troia faits qui lui aont propres les propositions suivantes :

Certains goîtres réclament le traitement des lumeurs enkystées affectant d'autrea régions. — Les rapports vasculaires de la glande thyroïde et des tumeura qui peuvent s'y développer éloignent de primeabord la pensée de l'extirpation, sauf quelques cas exceptionnels d'isolement très marqué, de pédicule grêle qui faciliterait ou l'exciaion ou la ligature. — Parmi les méthodes connues, telles que l'incision, l'excision partielle, le séton, la cautérisation de dehors en dedans, l'injection d'un liquide irritant, il est permis de recourir à la dernière avec une espérance fondée de succès. — Le mélange de teinture d'iode, une partie aur deux, trois, quatre ou cinq parties d'eau, comme pour l'hydrocèle, constitue un liquide sutfisamment irritant. — Il n'est pas nécessaire de remplir le kyste vidé par la ponction et de remplacer le liquide évacué par une égale quantité de mélange de teinture d'iode ; la moitié ou le tiers a paru suffisant. On peut sans inconvénient laisser dans le kyste ou extraire par la canule du troquart le liquide injecté. — L'inflammaton suppurative qui se développe après l'injection amène une exfoliation des parois du kyste, oblitère sa cavité par une adhésion secondaire. Le corps thyroïde, hypertrophié autour du kyste, peut diminuer de volume plus ou moins long temps après l'injection, sous l'influence de l'excitation générale et du travail adhésif amené par l'inflammation. Cette atrophie pourra être activée au besoin par les préparations iodées administrées à l'extérieur ou à l'intérieur. Il sera nécessaire de tenir compte de l'état général des sujets et de les soumettre à divers traitements suivant les indications. Une modification de la constitution par les toniques les fondants, les emménagogues, etc., aidera puissamment à l'action des moyens locaux, topiques ou opératoires.

Nouvelles méthodes pour l'amputation des mâchoires ; par M. VELPEAU.

Pour la mâchoire intérieure, une simple incision courbe longeant la courbure de l'os à enlever ; pour la mâchoire supérieure, une seule incision également, s'élendant de la bouche à la fosse temporale. Dans le premier cas, laisser l'ouverture buccale intacte ; dans le second, la fendre près de l'une de ses commissures seulement. Tels sont les quelques mots par lesquels on peut résumer ce que M. Velpeau établit de particulier relativement à l'amputation de l'une ou de l'autre mâchoire.

— M. Chassaignac commencera un Cours d'opérations à l'Ecole-Pratique, le mardi 2 octobre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 3 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 116. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Relevé des pneumonies reçucs dans le service pendant les mois de février, mars et avril 1844.

CATÉGORIE DES CAS GRAVES.

(Quatrième article.)

Nous avons à nous occuper aujourd'hui de quatre observations de pneumonie qui, en raison du degré de l'affection, de son étendue et des complications qu'elle a pu présenter, devront être rangées dans la catégorie des cas graves. J'aurais désiré épargner au lecteur les détails que nécessite l'analyse de ces différents cas; mais j'ai pensé qu'en les supprimant il devenait impossible de bien suivre les changements divers qui ont pu s'opérer sous l'influence des émissions sanguines, et par conséquent de pouvoir apprécier d'une manière rigoureuse les résultats de la nouvelle formule.

Première observation. — Salle Saint Jean-de-Dieu, n° 10, Duiilleux, âgé de cinquante ans, malade depuis trois jours; entré le 11 avril, sorti le 1er juin 1844.

Diagnostic. Pleurésie avec épanchement moyen de la moitié inférieure postérieure externe du côté droit; pleuropneumonie du premier au deuxième degré, affectant le quart ou le cinquième inférieur postérieur du poumon gauche.

Le 11 avril, le malade présente l'état suivant: Visage assez animé; dyspnée assez considérable à 36 par minute. Le pouls à 116, passablement développé, résistant. Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés. En arrière à droite, matité à peu près complète dans presque toute l'étendue du poumon. Souffle bronchique double dans les points où existe la matité, sans traces de crépitation. Bredouillement de la voix parfaitement caractérisé; résonnance et respiration assez bonnes à gauche si ce n'est à la base, où le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle bronchique parfaitement caractérisé sans crépitation notable; pas de toux; deux ou trois crachats rouillés. Le malade accuse une douleur assez vive à la partie inférieure du côté droit en arrière. Température abdominale à près de 39. Rien de notable au cœur. — Saignée, 3 palettes.

Le 12 avril, au matin, les crachats sont presque liquides, mais d'une teinte rouillée bien marquée. Pas de soulagement notable. Pouls à 108, bien développé. A peu près même état de la poitrine que la veille; si ce n'est que le souffle perçu à la base du poumon gauche a sensiblement diminué, et qu'on distingue dans cette région un râle crépitant assez fin. — Saignée, 3 palettes; répétée le soir. Dans l'intervalle, ventouses scarifiées à la partie postérieure du thorax; julep; sirop de thridace; tisanes pectorales. Diète.

Le 13, le malade se trouve beaucoup mieux. La douleur de tête a diminué, ainsi que la dyspnée. Crachats ressemblant à une solution de gomme arabique. Pouls à 100. Respiration à 24-28. Résonnance bonne en arrière à gauche. Matité moins prononcée à droite que la veille. Le souffle bronchique bien diminué ne s'entend plus que dans les fortes inspirations; quelques bulles de crépitation. — Saignée, 3 palettes. Vésicatoire à la partie postérieure du thorax; julep. Mêmes tisanes. Diète.

Le 14, douleur vive dans le côté droit pendant les fortes inspirations. Le pouls à 96-100; la respration à 32. Persistance du souffle bronchique en arrière à droite. Deux ou trois crachats visqueux composés de spumes blanches. — Saignée, 3 palettes. Mêmes tisanes.

Le 15, crachats gélatino-albumineux offrant à peine quelques traces de rouille. Pouls à 92-96, régulier. Le malade se sent mieux et respire plus à son aise. En avant en dehors à droite, la respiration se fait bien entendre. Le malade étant en sueur, on ne l'examine pas en arrière. — Tisanes pectorales; julep; sirop de thridace.

Le 16, il se trouve assez bien. Le pouls à 84-88; respiration à 24. Chaleur modérée.

Le 18, il se trouve de mieux en mieux. Le pouls à 80; la respiration à 24. Résonnance et respiration bonnes en arrière à gauche; à droite, résonnance encore faible. Souffle encore bien distinct avec retentissement égophonique. Crépitation très abondante depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. — Tisanes pectorales; julep; un bouillon.

Le 20, crachats blancs devenus muqueux. Pouls à 72. Le malade ne se plaint que du besoin de manger.

Le 21, le pouls est à 68-72. Chaleur normale. La résonnance et la respiration bonnes en arrière à gauche; un peu faibles encore à droite avec quelques craquements, sans souffle notable dans la respiration ordinaire. Quelques bulles de crépitation clairsemées. — Deux bouillons.

Les phénomènes fournis par l'auscultation vont en s'affaiblissant de jour en jour.

Le 23 il mange une portion, et le 1er juin il sort bien rétabli.

Il importe de fixer un instant l'attention sur la marche qu'a suivie dans ce cas la maladie. On a dû remarquer que la convalescence ne s'était pas déclarée d'une manière aussi franche et aussi rapide que d'habitude; ce qu'il faut attribuer à une imprudence commise par le malade, qui, dès le troisième jour, se leva pour aller à la garderobe, et resta près de dix minutes les pieds nus sur le carreau. A la visite du lendemain, la respiration était à 30, et la douleur de côté notablement augmentée, avec persistance d'un souffle bronchique très marqué, symptômes qui nécessitèrent une nouvelle saignée. Malheureusement l'on venait de perdre en grande partie le bénéfice des quatre premières. Aussi n'est-ce qu'avec une extrême lenteur qu'on vit se modifier les phénomènes sthétoscopiques dont quelques-uns persistaient encore le seizième jour de la maladie. La position de ce malade a été pendant quelques instants des plus graves, et nous a donné les plus sérieuses inquiétudes. Il n'a fallu rien moins que toute la prudence et la sévérité que M. Bouillaud a déployées pendant le cours de cette affection, pour que la terminaison n'ait pas été rapidement funeste.

Deuxième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 22. Le nommé Mallet (Théodore), âgé de trente-six ans, malade depuis six jours; entré le 20 avril 1844, sorti le 9 mai.

Diagnostic. — Pleuropneumonie au deuxième degré, affectant dans sa totalité la moitié supérieure du poumon droit.

Le 20 avril, visage jaunâtre, assez animé aux pommettes; dyspnée assez marquée; 32 inspirations par minute; pouls à 116, médiocrement développé, sans dureté, régulier. Résonnance et respiration bonnes dans tout le côté gauche. A droite, matité depuis la région sous-claviculaire jusqu'au niveau du mamelon; crépitation très fine et souffle bronchique bien marqué pendant l'inspiration seulement, dans toute la région où existe la matité. En arrière, la résonnance et la respiration sont bonnes à gauche; matité complète dans la région de l'omoplate droite, et principalement dans la région des fosses sus et sous-épineuse, où il existe un souffle bronchique double parfaitement caractérisé; respiration vésiculaire très faible dans le reste du poumon, mélangée de quelques bulles de crépitation; bronchophonie éclatante dans la fosse sous-épineuse. — Saignée, 3 palettes.

Le 21, il se trouve un peu soulagé de la douleur de côté qui existait vers la partie moyenne de l'hypochondre droit; le pouls à 100, assez résistant; respiration à 34. A peu près même état de la poitrine, si ce n'est qu'en général la crépitation prédomine sur le souffle. — Saignée de 3 palettes, répétée le soir; ventouses scarifiées sur la partie postérieure droite de la poitrine; tisane pectorale; julep, thridace; diète.

Le 22, il se trouve très bien; pouls à 88; respiration à 16; résonnance et respiration revenues en avant. Plus de souffle; quelques bulles de crépitation disséminées. En arrière, la résonnance évidemment meilleure dans les fosses sus et sous-épineuses; disparition complète du souffle; quelques bulles de crépitation çà et là; la respiration vésiculaire normale à partir de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas. — Saignée, 3 palettes; mêmes tisanes, même julep; diète.

Le 23, le malade ne se sent plus rien de sa maladie. Les crachats, qui après avoir présenté une légère teinte rouillée le premier jour de l'entrée étaient devenus blancs dès le lendemain, présentent aujourd'hui une teinte safranée bien tranchée; pas de gêne de la respiration; chaleur modérée; résonnance à peu près normale à la partie antérieure droite, un peu faible cependant dans la région sous-claviculaire; respiration bien distincte avec un peu de crépitation fine dans la région axillaire et sous-claviculaire; il existe encore de la crépitation dans les fosses sus et sous-épineuses; la résonnance et la respiration très bonnes dans le reste du poumon. — Julep, thridace; mêmes tisanes.

Le 24, même état de la poitrine que la veille; pouls à 96. — Vésicatoire sur l'omoplate droite; julep diacodé; diète.

Le 25, le pouls est à 84-88; même crépitation de la région sous-claviculaire. — Nouveau vésicatoire: le reste *ut suprà.*

Le râle sous-crépitant et la couleur flavescente des crachats persistent jusqu'au 27 avril, époque à laquelle ils deviennent tout à fait blancs. Le pouls est à 72, et la respiration à 16. Depuis deux jours, le malade prend du bouillon.

Le 29, la résonnance et la respiration sont bonnes partout; il ne reste plus que que quelques bulles de râle crépitant très clairsemées dans les fosses sus et sous-épineuses et la région sous-claviculaire.

Le 4 mai, il mange deux portions. La poitrine est tout à fait libre.

Il sort bien guéri le 9 mai.

Troisième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 17. Le nommé Pingot (Jean-Baptiste), malade depuis cinq jours; entré le 5 avril 1844, sorti le 16 avril.

Diagnostic. — Pleurésie avec pneumonie superficielle, affectant presque toute la partie postérieure du côté gauche de la poitrine sans épanchement bien notable, chez un sujet anémo-cachectique.

Le 5 avril, la résonnance et la respiration sont bonnes en avant. A gauche en arrière, matité vers la base; résonnance très faible dans tout le reste de ce côté; murmure vésiculaire également faible, mais assez distinct, avec un peu de frottement pleural vers la base, mais sans crépitation ni souffle. Vers la partie postérieure-inférieure de l'omoplate, on entend une crépitation sèche, superficielle, plus marquée pendant l'inspiration, et qui pourrait bien être aussi un peu de froissement pleural. Le pouls à 88-92, passablement développé; respiration à 32; un peu de toux sans crachats; température abdominale à 38° 1/2. Rien du côté du cœur. — Saignée, 3 palettes.

Le 6, à peu près même état de la poitrine; la douleur du côté gauche a un peu diminué. — Saignée, 3 palettes; ventouses scarifiées, 3 palettes; julep, thridace; tisanes pectorales; diète.

Le 7, il se trouve beaucoup mieux; il n'éprouve plus de douleur de côté ni de gêne de la respiration; crachats albumineux blancs; pouls à 84-88. En arrière à gauche, râle crépitant abondant, à bulles assez grosses, depuis l'épine de l'omboplate jusqu'en bas, où il est plus abondant; la résonnance toujours faible; ni souffle, ni égophonie. Rien à droite. — Saignée, 3 palettes; vésicatoire sur la partie postérieure gauche du thorax: le reste *ut suprà.*

Le 8, il continue à bien aller. Crachats albumineux blancs; chaleur sensiblement normale; respiration libre; le pouls à 76-80. La respiration se fait bien entendre dans le côté gauche; elle est seulement accompagnée de bordées de râle crépitant humide, surtout vers la fosse sous-épineuse; ni souffle, ni brouchophonie. — Orge et chiendent émulsionnés; julep thridace.

Le 9 avril, il ne sent plus aucune douleur. Bon sommeil, chaleur normale, pouls à 52; crépitation assez abondante et bien distincte à la base du poumon gauche. Crachats tout à fait blancs.

Le 10, il continue à bien aller; ni gêne de la respiration, ni fièvre. Convalescence bien déclarée. — Un bouillon.

Le 16, il mange deux portions. La crépitation a complétement disparu. Le pouls est à 56. Le malade demande sa sortie.

— Si l'analyse des signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion nous conduit le plus souvent au diagnostic précis des différentes affections de poitrine, il faut cependant reconnaître qu'il se présente de temps en temps certaines difficultés cliniques dont on chercherait vainement la solution complète dans les auteurs. Ces derniers, en effet, nous décrivent les phénomènes sthétoscopiques presque toujours isolés les uns des autres. Dans la nature, au contraire, nous les trouvons le plus souvent réunis et combinés de telle façon, qu'il devient quelquefois très difficile de pouvoir apprécier leur valeur réciproque. Prenons pour exemple l'observation qu'on vient de lire et qui a pour titre: *Pleurésie avec pneumonie superficielle sans épanchement notable.* Ce diagnostic pourra paraître au premier abord, surtout aux yeux de ceux qui ne considèrent que le nom de la maladie, des plus simples et des plus faciles à formuler; et cependant, quand on vient à réfléchir aux diverses particularités de ce cas, on reconnaît qu'il exigeait de la part de l'observateur chargé de préciser le diagnostic une longue pratique de la médecine et surtout une grande habitude de l'auscultation. D'une part, en effet, la nature des crachats, qui pendant tout le cours de la maladie furent ceux d'une bronchite simple; de l'autre, l'existence d'une crépitation qui *peut-être* (ce sont les expressions dictées par M. Bouillaud) *n'était qu'un froissement pleural*, éloignaient tout d'abord l'idée d'une pneumonie. Ce ne fut que vers le troisième ou quatrième jour que l'on constata dans presque toute l'étendue du poumon des bordées d'un râle crépitant parfaitement caractérisé qui confirmait pleinement le diagnostic porté le premier jour par le professeur de clinique.

Mais, dira-t-on, ce râle ne pouvait-il pas dépendre d'une bronchite capillaire, comme le prétendaient alors quelques personnes. Je ferai d'abord remarquer qu'en général la bronchite capillaire affecte les deux poumons à la fois; qu'au râle crépitant des petits tuyaux bronchiques s'ajoutent assez souvent des rhonchus sibilants et ronflants; qu'enfin la difficulté que l'air éprouve à pénétrer des petites bronches enflammées dans les vésicules pulmonaires, fournit à l'oreille de celui qui ausculte une sensation particulière désignée très heureusement, par M. le professeur Bouillaud, sous le nom d'enchifrènement des bronches. Or, le cas qui nous occupe présentait des conditions tout à fait opposées, et d'ailleurs, la matité constatée dans les points correspondant au râle crépitant de-

ait nécessairement faire rejeter l'idée d'une broucbite capillaire.

On a sans doute remarqué l'espèce de réserve avec laquelle M. Bouillaud s'est exprimé au sujet du râle crépitant noté le premier jour de l'examen du malade. Assurément il n'est aucun de nous qui n'ait été frappé de la merveilleuse facilité et de l'extrême précision avec lesquelles ce professeur analyse les phénomènes acoustiques dont les poumons et la plèvre sont fréquemment le théâtre, et cependant le doute a pu, dans cette circonstance, s'élever dans son esprit. C'est qu'en effet, l'on ne saurait trop le répéter, il existe entre certains frottements pleuraux et la crépitation de la pneumonie une analogie si graude que l'oreille même la plus exercée ne parvient que très difficilement à les distinguer l'un de l'autre. Le frottement pleural, dit-on, a pour caractère d'être voisin de l'oreille, tandis que le râle crépitant est plus profond, plus lointain. Ici précisément la distinction n'était plus permise, puisqu'en raison du siége de la pneumonie le râle crépitant devenait très superficiel et pouvait conséquemment simuler le bruit de frottement ou plutôt se fondre avec celui qui existait déjà.

Le caractère de l'expectoration venait encore ajouter aux difficultés du diagnostic formulé par M. Bouillaud avec tant de précision, et dont les modifications survenoes dans les phénomènes locaux sous l'influence du traitement employé, démontrèrent plus tard toute l'exactitude.

Cette observation nous prouve, d'une part, que les cas en apparence les plus simples présentent parfois des problèmes on ne peut plus embarrassauts à résoudre, et, de l'autre, qoe la théorie est des plus stériles si la pratique ne vient sans cesse lui prêter son appui.

Quatrième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 8, Toineau (Jacques), âgé de dix-huit ans, malade depuis deux jours. Entré le 28 mars 1844, sorti le 22 avril.

Diagnostic. Pleuropneumonie affectant la moitié postérieure-inférieure du côté gauche. Quelques pbénomènes typhoïdes.

Le 28, le malade éprouve une dyspnée considérable. La respiration est à plus de 40 par minute. Le pouls est à 108, médiocrement développé; le malade accuse une douleur assez vive à la partie inférieure de l'hypochondre gauche. Un peu de toux avec quelques crachats blanchâtres. En arrière à gauche, matité dans la région de l'omoplate avec souffle bronchique bien marqué dans la fosse sous-épineuse, sans traces de crépitation. Retentissement broncbique dans les points où existe la matité. Le reste de la poitrine est en bon état. La langue est molle, blanche à son centre, rouge à sa pointe; la bouche très amère; l'haleine des plus fétides. Inappéteuce, soif vive; ni nausées, ni vomissements. Température abdominale à 38. Le ventre assez souple, sensible dans le flanc droit, où existe un gargouillement bien marqué. Selle liquide daus la matinée d'hier (la diarrhée existe depuis quinze jours). Cépbalalgie intense; quelques étourdissements et tournoiements de tête; sentiment de faiblesse très marqué. — Saignée, 3 palettes.

Le 29, à peu près même état; pouls à 116; crachats peu abondants, d'une teinte rouillée; respiration à 32; persistance de la douleur de côté; à peu près même état de la poitrine. On constate de plus que la veille un froissement pleural dans la région axillaire. Le ventre souple, sans gargouillement, un peu sensible à la pression. — Saignée, 3 palettes; ventouses scarifiées à la région postérieure gauche du thorax, 3 palettes; julep-tbridace; tisane pectorale.

Le 30, il se trouve un peu mieux. La douleur de côté est beaucoup moindre; la respiration plus libre; le pouls à 104; à peine un pen de souffle avec mélange de râle crépitant dans la région de la fosse sous-épineuse; rien de bien notable ailleurs. — Saignée de 3 palettes; vésicatoire à la partie postérieure du thorax; julep diacodé; mêmes tisanes.

Le 1er avril, pouls à 96; disparition du souffle; crépitation assez abondante dans la région de l'omoplate. — Tisanes pectorales; julep diacodé.

Le 3, la fièvre est tombée; pouls à 80-84; chaleur modérée. Un peu de sommeil. — Mêmes tisanes; un bouillon.

Son état va toujours en s'améliorant jusqu'au 10. A cette époque le pouls donne 60. La respiration est tout à fait libre, le murmure vésiculaire parfaitement distinct dans toute la poitrine. — Le malade mange une portion; il sort bien guéri le 22, mangeant trois portions.

— Quelques personnes, trop préoccupées des phénomènes typhoïdes observés chez ce malade, auraient pu les considérer comme l'affection principale dont la pneumonie n'eût été qu'une complication. Il suffirait, pour ne point commettre cette erreur, de se rappeler que la pneumonie hypostatique des fièvres typhoïdes est rarement accompagnée d'un souffle tubaire aussi bien caractérisé; qu'elle constitue plutôt une sorte d'engouement pulmonaire qu'une véritable hépatisation du poumon, et que d'ailleurs elle ne se déclare guère que pendant le second septenaire ou vers la fin de la maladie. Or, d'après les renseignements fournis par le malade, la pneumonie ne datait que de la veille de son entrée à l'bôpital, et quoique la diarrbée existât depuis quinze jours la perte de l'appétit, les nausées et la cépbalalgie ne s'étaient manifestées que depuis deux ou trois. Au surplus, en admettant que l'hépatisation du poumon n'eût été qu'un accompagnement de la fièvre typhoïde, qui dès-lors devait toucher à sa secoude période, nous n'eussions pas à coup sûr obtenu, même sous l'influence de la nouvelle méthode des saignées, une terminaison aussi rapide et aussi favorable des deux affections à la fois.

Je ferai remarquer, en terminant, l'analyse de ces quatre observations, que, malgré la gravité de la maladie, la méthode des saignées suffisantes a produit ici des résultats non moins satisfaisants que ceux dont nous avons été témoin dans nos deux premières catégories. Il me reste maintenant à juger les effets de la nouvelle formule dans les cas les plus graves: c'est ce dont je m'occuperai dans un prochain et dernier article.

LEMAIRE.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur la fièvre typhoïde. De la valeur des symptômes.

Phénomènes encéphaliques. — Les symptômes dont le point de départ est dans le système nerveux, s'observent dans beaucoup de maladies. En première ligne, nous placerons la céphalalgie, phénomène qoi a beaucoup occupé les médecins, et sur la fréquence et l'importance duquel on est loin d'être d'accord.

D'après certains observateurs, on ne la rencontrerait que chez un petit nombre, le quart environ des sujets affectés de fièvre typhoïde. Selon d'autres, et d'après les relevés de M. Chomel en particulier, la céphalalgie aurait existé dans presque tous les cas, principalement dans la première période de la maladie. Peut-être, nous devons le dire, ce dernier résultat est-il un peu exagéré.

Généralement, dès le début, l'intelligence paraît être un peu obtuse. La diminution notable de l'intelligence et les troubles dans les facultés intellectuelles, se manifestent quelquefois comme prodromes. Cette diminution devient de plus en plus considérable.

A une époque plus avancée de la maladie, survient une perversion de l'intelligence, un véritable délire; mais ce n'est guère que vers les derniers jours. C'est dans les premiers jours, au contraire, que la méningite présente le délire. Ce n'est pas à dire, pour cela, que le délire ne se manifeste pas quelquefois au début et dans la première période de la fièvre typhoïde; mais ces cas sont rares. Il est des sujets qui ont naturellement une disposition au délire, et chez lesquels ce pbénomène se montre très promptement et avec une extrême facilité.

Le délire est très variable dans ses formes. Ou il est calme, ou il est loquace et bruyant. C'est plutôt le délire calme que l'on observe dans la fièvre typhoïde. Il peut encore être général ou partiel, constituer, dans certains cas, une sorte de manie aiguë.

Chez quelques sujets il n'est pas constant; il existe pendant le sommeil et cesse pendant la veille. Nous avons vu des circonstances dans lesquelles le délire existe pendant la convalescence. J'ai donné, entre autres, des soins à un élève en pbarmacie de la Salpêtrière, atteint de fièvre typhoïde. A une époque de sa maladie où il était assez bien pour pouvoir se promener dans les jardins de l'bôpital, il me disait ne voir que la moitié supérieure de mon visage, et me répétait sans cesse: Baissez donc votre cravate. Je vous cite ce fait comme un exemple des hallucinations que peuvent présenter les individus atteints de cette affection, même pendant la période de leur convalescence.

Les sensations et les mouvements méritent bien d'être examinés attentivement. Dans le typbus des armées, la sensibilité est manifestement émoussée.

J'ai traité, en 1814, une jeune fille atteinte de cette terrible affection, qui me disait ne plus sentir distinctement les impressions extérieures, et comparait les sensations qu'elle percevait, à celles qu'elle aurait ressenties si sa peau avait été fortement brûlée. Chez d'autres, il semble que des gants soient interposés entre leurs mains et les objets qu'ils toucbent. Tous les sens sont susceptibles de diminution et de perversion; quelquefois aussi, mais plus rarement, d'exaltation réelle.

Parmi les perversions des mouvements, une des plus constantes est celle que l'on désigne sous le nom de soubresauts des tendons, phénomène que l'on perçoit souvent quand on tâte le pouls aux malades. Ces soubresauts sont tout à fait indépendants de la volonté des malades. Bien que le plus souvent assez graves, ce signe est moins inquiétant et moins fâcheux que la carpbologie. Quand ce dernier symptôme existe, le pronostic est toujours très fâcheux, et souvent mortel.

Un des premiers, nous avons prétendu que l'encéphale était fréquemment malade dans la fièvre typhoïde. Pendant fort long-temps on s'est élevé contre notre assertion, et l'on s'est refusé à croire à l'existence d'une altération du cerveau et de ses membranes dans cette maladie. A ceux qui ont soutenu qu'il n'existait aucune lésion des centres nerveux, j'ai pu montrer de l'injection et jusqu'à de la suppuration. Dans des cas de ce genre, il y avait eu manifestement inflammation des méninges.

Il y a quelques années que M. Piédagnel a présenté à l'Académie un mémoire sur ce sujet. Dans ce travail, il avait pour but de démontrer, et il a en effet prouvé par des faits hors de toute contestation, qu'il pouvait y avoir, et qu'il y avait souvent altération matérielle de l'encéphale et des membranes qui l'enveloppent.

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic différentiel n'est pas souvent aussi simple qu'on pourrait le croire, et offre fréquemment des difficultés assez grandes. Les maladies avec lesquelles on peut confondre la fièvre typhoïde sont la gastro-entérite simple, la méningite, l'encéphalite, les affections adynamiques des vieillards, une certaine période de la pblébite, quelques péritonites puerpérales, les prodromes de quelques affections aiguës de la peau.

On peut confondre la fièvre typhoïde, disons-nous, avec la gastro-entérite simple. Cette erreur ne peut avoir lieu que dans les premiers jours de la maladie. Bientôt, en effet, elle revêt des caractères tels que toute espèce de doute devient impossible. Mais souvent ces deux affections débutent de la même façon. Nous avons actuellement dans nos salles trois malades chez lesquels l'affection n'est pas assez clairement dessinée pour qu'il ne nous reste pas encore quelques doutes sur l'existence possible d'une gastro-entérite simple. Voici à quels signes on pourra la reconnaître le plus souvent: Dans la gastro-entérite simple, l'aspect extérieur n'est pas le même que dans la fièvre typhoïde; la stupeur n'existe pas comme souvent dans la première période de l'affection dont nous nous occupons. Les malades entendent et voient distinctement ce qui se passe autour d'eux.

Dans la gastro-entérite simple, il n'y a point de borborygmes ni de gargouillement, symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde; la langue est plus ou moins chargée, mais ne devient jamais sèche, poisseuse ou fuligineuse. De même, l'état des dents, des lèvres diffère essentiellement de celui que présentent ces parties chez des sujets typhoïdes. Il y a souvent des vomissements. Pour le reste des symptômes que peuvent offrir les fonctions digestives, les deux maladies se ressemblent et ont des rapports étroits l'une avec l'autre. Toutes les deux, elles peuvent donner lieu à de la diarrhée, par exemple.

Les fonctions respiratoires et circulatoires offrent quelques différences relativement à leurs symptômes. On n'entend jamais, dans la gastro-entérite, ces râles sibilants si fréquents dans la fièvre typhoïde, que nous les avons nommés râles typhoïdes. Relativement à la circulation, le pouls est ordinairement fréquent dans la fièvre typhoïde, et nous avons plus d'une fois insisté longuement sur la valeur de cette accélération des battements du cœur. Dans la gastro-entérite simple, la fréquence du pouls n'est jamais aussi considérable. Mais une circonstance qu'il faut noter avec soin, c'est la persistance de l'accélération du pouls, persistance caractéristique et à laquelle on reconnaîtra toujours la fièvre typhoïde, et qui ne lui est pas commune avec la gastro-entérite.

Si nous pénétrons plus avant dans l'examen comparatif de ces deux maladies, nous constatons une altération bien manifeste et constante du sang dans la fièvre typboïde, quelle que soit la période à laquelle on en fasse l'analyse, et qui n'existe jamais dans la gastro-entérite simple. Dans cette dernière affection, le sang a la consistance et l'aspect de l'état normal. Un symptôme assez fréquent dans la fièvre typhoïde, toujours fâcheux, du reste, et qui donne au pronostic beaucoup de gravité, c'est la rétention d'urine et la miction par regorgement, phénomène qui n'explique pas les troubles qui surviennent dans le système nerveux, et que l'on n'observe jamais dans la gastro entérite simple. Dans la fièvre typboïde, il y a une modification très manifeste dans la nutrition, modification caractérisée par un amaigrissement profond et rapide. Cette émaciation est toujours particulière à l'affection qui nous occupe.

C'est principalement du côté du cerveau que des différences plus grandes encore surviennent. Le délire, les soubresauts des tendons, la carphologie suffiraient, presque, en l'absence des autres phénomènes, pour établir le diagnostic entre les deux maladies; puis les taches lenticulaires rosées, les pétécbies, si communes dans la fièvre typhoïde qu'on les note presque dans tous les cas, etc. D'après ce que nous venons de dire, il est facile de voir que la confusion ne saurait exister que dans les premiers jours de la maladie; et encore, avons-nous dit, l'on trouvera dans l'état de stupeur des circonstances assez prononcées pour différencier ces deux affections l'une de l'autre.

Les inflammations de l'appareil encépbalique simulent souvent parfaitement la fièvre typhoïde; aussi devons-nous y insister longuement. Nous croyons qu'il y a des différences à établir entre ces deux affections, et qu'il est presque toujours facile de reconnaître, dès les premiers jours, une méningo-encéphalite. Les caractères sont différents dans la méningite, les phénomènes cérébraux prédominent tout d'abord, et les autres symptômes ne se montrent qu'à une époque plus avancée de la maladie. Ainsi, appelé près d'un malade dans les premiers jours de son affection, vous pourrez, à cela seul, établir déjà la distinction. Dans la méningo-encéphalite, la céphalalgie est très intense et persistante; dans la fièvre typholde, elle durera beaucoup moins long-temps. Le délire de la méningo encéphalite a de l'énergie, de la violence; les malades cherchent à frapper, à battre ceux qui les entourent. Dans la fièvre typhoïde, il consiste plutôt dans une loquacité, souvent même dans un simple marmottement presque continuel.

C'est particulièrement dans la marche de la maladie que les différences deviennent appréciables. C'est au commencement de l'une, à la fin de l'autre, que les pbénomènes cérébraux se manifestent. Les signes tirés de l'aspect extérieur du sujet, les pétéchies, les tacbes, sont d'une grande importance. Dans la fièvre cérébrale, les fonctions digestives subissent peu de changements, tandis que chez les sujets typhoïques, les modifications de ces fonctions sont graves et constantes. La respiration peut être difficile dans les deux maladies; mais dans la méningo-encéphalite, on ne rencontre pas les râles typhoïdes sur lesquels nous avons appelé si souvent l'attention. On a dit que dans les affections cérébrales, le pouls a toujours une certaine lenteur. Sans adopter complétement cette opinion, qui n'est pas, selon nous, conforme à l'observation, nous dirons que le pouls, bien que fréquent dans la méningo-céphalite, n'est pas aussi rapide que dans la fièvre typhoïde. Le sang est couenneux, inflammatoire dans la méningite, caractère bien différent de celoi qu'il présente dans la fièvre typboïde. Cependant, ce serait une erreur de croire que toutes ces différences se rencontrent toujours au lit du malade. Quand il y a des complications, que le sang d'un sujet typhoïde présente de la couenne, l'état inflammatoire est hors de doute, et il peut y avoir des doutes sur la nature et le siége de la maladie.

Quand il existe une maladie latente ou une affection dont les sujets ne se plaignent pas, le médecin ne s'aperçoit pas tout de suite de son existence et de son développement. Des phlegmasies latentes peuvent passer inaperçues; mais généralement, on ne peut les confondre avec la fièvre typhoïde. Chez

le vieillard, nous avons, par exemple, la pneumonie adynamique, dans laquelle on retrouve la stupeur, la fuliginosité de la langue, des lèvres, la fréquence du pouls. Si l'on s'en tient à ces seuls caractères, on pourra croire à l'existence d'une fièvre typhoïde; mais l'âge du malade est une circonstance qui rectifiera promptement le diagnostic; puis l'auscultation, la percussion feront reconnaître la phlegmasie pulmonaire. Pinel avait, dans l'observation journalière des malades de la Salpêtrière, acquis une grande habitude pour reconnaître les inflammations adynamiques des vieillards à l'altération profonde des traits du visage.

On confondra difficilement la phlébite avec la fièvre typhoïde. Dance, auquel on doit des travaux précieux sur ce sujet, a écrit que la phlébite, dans sa dernière période, présentait une grande analogie avec le typhus. Du moment qu'il y a résorption purulente, il se manifeste des symptômes généraux tout comme s'il n'y avait qu'une simple intoxication, et, pour nous, la fièvre typhoïde n'est point autre chose. Mais la phlébite reconnaît toujours une cause, et la connaissance de cette cause aidera puissamment au diagnostic. Quant à la péritonite, elle jette quelquefois le sujet dans un état typhoïde; mais les phénomènes locaux ne permettront aucune erreur. Nous pensons que la phlébite puerpérale est une sorte d'affection typhoïde. Il n'est donc pas étonnant qu'elle présente quelques-uns des caractères de cette fièvre; mais, de plus que dans la simple fièvre typhoïde, on constate une douleur abdominale beaucoup plus violente, et l'intensité de cette douleur suffirait pour remettre dans la voie le médecin qui serait sur le point de s'égarer.

Il peut arriver que vous soyez appelé près d'un malade atteint d'un état fébrile intense, lequel, examiné avec une attention scrupuleuse, n'offre aucune lésion organique locale appréciable. Effrayé, vous prévoyez une fièvre typhoïde, et vous êtes tout étonné, le lendemain ou le surlendemain, de voir cet ensemble de phénomènes généraux graves disparaître et se terminer par une fièvre éruptive. Cette erreur, qui n'est pas rare, doit vous servir de leçon et vous apprendre à ne pas précipiter votre jugement.

Enfin, un caractère fort important, et par lequel nous terminerons ce qui est relatif au diagnostic différentiel, c'est l'épistaxis, symptôme qui n'appartient presque qu'aux prodromes de la fièvre typhoïde. Nous avons passé rapidement en revue les principales affections qui peuvent être confondues avec le typhus. Terminons en vous disant que jamais la gastro-entérite simple ne peut se transformer en fièvre typhoïde, parce qu'elle ne comporte pas les conditions toxiques dont l'existence est nécessaire à la production du typhus.

Dr A. FOUCART.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er octobre. — Présidence de M. BARTHÉLEMY.

M. Auguste Bérard fait un rapport sur un instrument et un ensemble de moyens qui constituent une méthode nouvelle pour l'opération de la cataracte par extraction, présentés par M. Bodinier.

L'instrument se compose d'un manche à l'extrémité duquel est fixée une aiguille et d'un couteau qui se meut sur la face inférieure de l'aiguille, et que l'on fait sortir du manche dans lequel il est caché, exactement comme on le fait pour une lame de couteau à coulisse. Une fente longitudinale existe de chaque côté du manche, afin de pouvoir y placer le bouton avec lequel on fait sortir la lame du couteau, selon que l'on opère avec la main droite ou avec la main gauche.

La forme de l'aiguille mérite surtout d'être notée; elle est ronde sur son dos, et plus plate sur la face antérieure, comme si on l'avait détachée d'un couteau à cataracte en sciant la lame parallèlement et à deux millimètres de son dos. Sa pointe est surmontée par un petit couteau triangulaire dont le talon tombe à angle droit sur le bord plat de l'aiguille.

Le rapporteur décrit ensuite la manière d'opérer de M. Bodinier, dont il dit que c'est moins une méthode nouvelle qu'une combinaison de procédés différents. Quant à l'instrument, il appartient à la classe des couteaux aiguilles dont il existe déjà plusieurs modèles.

Le rapporteur ne pense pas pouvoir formuler un jugement définitif sur la méthode de M. Bodinier. Au point de vue théorique, il montre que cette méthode offre des avantages et des inconvénients qui lui sont propres et qui se font équilibre. Quant aux résultats, ils sont certainement très heureux. Aux dix opérations de M. Bodinier, si on ajoute les trois qui sont propres à M. Auguste Bérard, il y a treize extractions dont aucune n'a été suivie de fonte purulente du globe oculaire. Dix yeux ont récupéré la vue, dont huit d'une manière parfaite.

Ces résultats ne sont point assez nombreux pour asseoir sur eux des conclusions absolues, car on a vu plusieurs fois des séries de succès suivre des méthodes nouvelles dont la supériorité s'est plus tard évanouie en raison des revers réitérés; mais ils sont cependant de nature à encourager les chirurgiens qui cherchent à perfectionner une opération si importante et dont le résultat est encore rempli de tant d'incertitude.

Conclusions: Remercîments à l'auteur, lauréat pour le prix de l'École de médecine. Adoptées.

M. Auguste Bérard fait un second rapport sur un travail de M. Callias, d'Andrinople, ayant pour titre: Mémoire sur l'iridictomie circulaire, avec un nouvel iridictome.

Nous avons publié un extrait étendu de ce travail.

Le rapporteur signale quelques inconvénients à l'instrument proposé par M. Callias, et il pense que ces inconvénients empêcheront les chirurgiens de l'adopter, et qu'ils préféreront encore pratiquer la corectomie par la méthode aujourd'hui généralement usitée. Quoi qu'il en soit, la construction de l'iridictome de M. Callias dénote un esprit ingénieux, et l'on doit lui savoir gré des efforts qu'il a faits pour rendre plus simple et plus sûre une opération aussi délicate que l'est celle de la pupille artificielle.

Conclusions: Remercîments à l'auteur, déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société. Adoptées.

M. Auguste Bérard fait un troisième rapport sur une observation d'expulsion spontanée de l'os hyoïde, adressée par M. le docteur Rozat de Bordeaux.

Une demoiselle de 41 ans, d'une constitution rachitique, jouissait habituellement d'une bonne santé et était parfaitement réglée, lorsqu'à l'âge de 36 ans il se développa des engorgements glandulaires autour de la mâchoire inférieure. En même temps, il se déclara un peu de toux et de la gêne dans la respiration. Malgré un traitement rationnel et parfaitement suivi, ces accidents allaient en augmentant. Il s'y joignit après quelques années des crachats tantôt filants, tantôt louches et épais, tantôt striés de sang; il survint de temps en temps des accès de suffocation. Il y eut des sueurs colliquatives, et la malade tomba dans le marasme. Plus tard elle devint aphone; elle éprouvait une douleur laryngée permanente, avec picotements continuels. Elle rendait souvent des crachats purulents qui n'étaient point précédés de toux: c'était une simple expuition qui succédait à une sensation de déchirure vers le gosier. L'état de cette demoiselle paraissait désespéré, lorsqu'un jour, éprouvant plus violemment que jamais des picotements insupportables et la sensation d'une déchirure dans le pharynx, des accès de suffocation et de la toux, elle rendit, au milieu d'une agitation convulsive générale, accompagnée d'envie de vomir, un os assez volumineux. Cette expuition eut lieu cinq ans après l'apparition des premiers accidents.

Un bien-être inexprimable succéda à cette scène orageuse; tous les accidents que nous avons mentionnés ont peu à peu disparu. L'os expulsé, examiné avec soin, est évidemment l'hyoïde. L'auteur le décrit ainsi: « Cet os, de forme parabolique, laissait apercevoir à sa surface commune ou externe, une foule de points de carie. Il était sain à sa surface concave ou interne. Après l'avoir lavé et séché, je reconnus immédiatement et très distinctement l'os hyoïde. La carie qui y siégeait était surtout manifeste vers son extrémité latérale droite, au point de jonction du corps de l'os hyoïde avec la branche ou corne correspondante dont il ne restait que l'extrémité articulaire. La branche gauche existait en partie et présentait un jeu facile dans son articulation avec le corps de l'os. » A cette description, l'auteur a joint un dessin qui ne laisse pas de doute sur la nature de l'os qui a été expulsé.

La forme du cou a été modifiée, et la partie supérieure de cette région, naturellement saillante en avant, est chez cette demoiselle aplatie et semble par là élargie. A la place qu'occupait l'os hyoïde, on sent au dessous de la mâchoire inférieure et un peu sur les côtés, une légère tuméfaction souple et comme élastique. Les ganglions lymphatiques ont repris leur volume normal. Il reste un certain embarras et de la gêne lors des mouvements de déglutition; quant à l'aphonie elle a cessé, et la voix a repris son timbre normal.

Conclusions. — Renvoi au comité de publication, et remercîments à l'auteur.

M. Blandin ne voudrait pas que l'Académie prît sous sa responsabilité l'expression de carie qui se trouve dans l'observation; c'était évidemment pour lui une nécrose de l'os.

M. Renauldin propose que le dessin soit gravé, et qu'une planche soit ajoutée à l'observation.

L'observation de M. Blandin sera insérée en note, et la proposition de M. Renauldin est ajoutée aux conclusions, qui sont adoptées.

— *M. Castel* lit un mémoire sur les fonctions du système nerveux. (Nous en donnerons un extrait.)

M. Virey reproche à M. Castel d'être resté à un point de vue trop rétréci, et de n'avoir envisagé les phénomènes nerveux que sur l'homme. Il faut faire de la physiologie comparée si l'on veut se rendre compte des phénomènes.

M. Londe. M. Castel nie les deux ordres de fonctions reconnues aux nerfs sensoriaux et moteurs, cela est aisé; mais je ne veux pas de preuves. Qu'il nous explique donc pourquoi les nerfs de la sensibilité sont plus gros que ceux de la motilité, pourquoi, comme La Condamine, on peut perdre la sensibilité sans la motilité? Il appelle la théorie de Bell une mystification; c'est un peu leste.

M. Blandin. Quoique les attaques de notre collègue ne me paraissent pas de nature à ébranler la théorie de Bell, je ne crois pas néanmoins que l'Académie désire la laisser passer sans une sorte de protestation. Cette lecture est un anachronisme. Bien convaincu que l'Académie partage aujourd'hui mes convictions à cet égard, je ne rentrerai pas dans une discussion qui a été longuement approfondie. La découverte de Ch. Bell n'est pas une hypothèse, comme se plaît à le dire M. Castel. Il n'y a rien en physiologie qui soit aussi bien prouvé que cela.

M. Castel. C'est parce que toutes ces choses ne sont pas prouvées que je m'élève contre leur propagation. Vous dites racine d'un nerf, qu'est-ce que la racine d'un nerf? où commence-t-elle, où finit-elle? Vous parlez de vérité établie et démontrée; tous les systèmes ont tenu le même langage à leur début, et quel est le système qui a survécu en médecine? Vous me reprochez des expressions énergiques; mais je suis mû aussi par une forte conviction, et je ne puis m'empêcher de trouver la théorie de Bell non-seulement extraordinaire, mais absurde. Si le nerf moteur n'est pas en même temps nerf sensible, comment se fait-il que la volonté agit sur lui? Je vous défie de répondre à cette objection. Je sais qu'aujourd'hui il faut avoir tué beaucoup de chiens et de chats pour être reconnu physiologiste; mais dans mon école on n'est physiologiste qu'à la condition de ne pas immoler son jugement à la moelle épinière d'un cabiais.

M. Londe m'oppose des faits que je n'ai jamais niés. M. Virey voudrait que ma théorie s'appuyât sur les deux règnes tout entiers; je n'ai pas voulu faire un traité, mais dire seulement ce qui s'observe sur l'homme, objet spécial de mes études; d'ailleurs il n'a élevé aucune objection.

Quant à ma véhémence, il faut la pardonner en faveur du motif, elle est peu en rapport avec mon âge, il est vrai; mais avant de mourir, il me serait bien agréable de vous faire tous médecins. (Explosion d'hilarité.)

M. Dupuy raconte quelques faits de pathologie vétérinaire qui confirment la théorie de Ch. Bell.

M. Blandin insiste pour qu'il ne soit pas dit que l'Académie laisse passer sans contestation les opinions de M. Castel. Il rappelle que les faits anatomiques, que les faits physiologiques et les faits pathologiques sont tous favorables à la théorie de Bell.

M. Velpeau croit que l'Académie perdrait aujourd'hui son temps à réfuter M. Castel, qui s'est trompé de cent ans. Il ne veut pas des faits, quoiqu'il ne s'en fasse faute quand ils lui paraissent favorables à ses idées; mais ses explications ne sont pas toujours heureuses. Ainsi, M. Castel a dit que les nerfs ganglionaires étaient plus mous que les autres; c'est une erreur.

M. Velpeau demande l'ordre du jour.

Après une courte réponse de M. Castel, la discussion s'éteint.

— *M. Rochoux*. Messieurs, pour écarter provisoirement toute discussion au sujet de la peste, vous avez décidé, dans votre séance du 22 août dernier, qu'une commission composée de MM. Pariset, Adelon, Dupuy, Londe, Prus, Poisseuil, Mélier, Dubois (d'Amiens), Royer-Collard et Bégin, serait chargée de recueillir tous les documents relatifs à cette maladie, dont on voudrait vous donner directement connaissance; cependant vous avez écouté mardi dernier, avec tout l'intérêt qu'il méritait, le commencement d'un travail de M. Hamont sur le sujet en question.

Après avoir accordé la parole à un zélé partisan de nos lois sanitaires, vous ne la refuserez sans doute pas à un adversaire non moins fervent de ces mêmes lois. Je ne viens donc pas précisément réclamer une faveur, bien qu'il me fût très glorieux d'en recevoir de vous. J'invoque l'égalité qui, si elle était bannie de partout ailleurs, devrait régner dans cette enceinte; j'invoque le saint Evangile qui défend d'avoir deux poids et deux mesures. Ma lecture, d'ailleurs, ne prendra pas plus de deux ou trois minutes.

Si jamais on a été fondé à dire:

> Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable,

c'est en entendant le récit des privations, des souffrances, des misères de tout genre qui pèsent sur les malheureux pellhas, il faut le témoignage irrécusable d'hommes de foi pour croire à d'aussi monstrueux abus. Malheureusement ils ne sont que trop réels. Nulle part, sans aucun doute, le mépris des préceptes les plus importants de l'hygiène n'est porté au point où on le voit sur les bords du Nil. On en aurait formé le dessein, que jamais on ne parviendrait à se mettre en opposition plus complète avec les préceptes relatifs principalement à ce que dans un langage assez baroque on appelle *circumfusa, applicata, gesta, ingesta*. En présence de cette accumulation, de cet amoncellement de causes d'insalubrité si variées, si nombreuses, si puissantes, on ne se demande plus pourquoi la peste règne dans le Delta, mais bien comment il se fait qu'une population encore nombreuse puisse échapper à l'action incessante de tant d'agents destructeurs. En même temps on s'assure que la peste n'a pas pour origine la contagion, et l'on reste convaincu que le véritable moyen d'éteindre cette maladie est d'assainir l'Egypte. A mes yeux, les faits signalés par M. Hamon sont tout ce qu'il y a de plus propre à faire connaître l'absurdité de nos mesures sanitaires, sentie par le gouvernement lui-même, qui vient tout récemment encore d'y porter un petit adoucissement (1). En attendant mieux, et comme première conclusion à tirer de la lecture faite par M. Hamon, je dirai dès à présent: Il faut supprimer les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines, et voire même la purge.

M. Velpeau voudrait que l'on fût fidèle à la décision prise relativement à la peste. Puisqu'on a nommé une commission pour examiner tous les documents qui arriveraient à l'Académie, c'est pour éviter qu'ils ne soient lus et discutés avant que cette commission ait fait son rapport.

— *M. Cherest* lit un extrait d'un mémoire sur les scrofules qu'il a observées aux environs de Forges.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 septembre 1844. — Présidence de M. DUPIN.

— *Note additionnelle au Mémoire sur l'empoisonnement par le cuivre*, lu à l'Académie le 24 juillet 1844; *par MM. Danger et Flandin*. — Dans la série de nos travaux sur les poisons métalliques, nous avons été conduits à mettre en doute la présence à l'état normal dans le corps humain, et de l'arsenic et du cuivre, et du plomb. Nous avons annoncé être arrivés à cette négation non-seulement par des analyses chimiques directes, mais par des expériences physiologiques dont il nous a paru logique d'induire (sans tirer d'inductions absolues en physiologie) que l'existence dans le corps humain d'une matière toxique est incompatible avec l'état normal.

L'Académie se le rappellera peut-être, voici quelles avaient été ces expériences:

On avait, durant plusieurs mois, soumis des animaux à prendre chaque jour, avec leurs aliments, des doses graduellement croissantes d'acide arsénieux ou arsénique, d'acétate ou de sulfate de cuivre. Par un effet que la physiologie attribue à l'habitude, mais dont la chimie donnera peut-être un jour une explication plus satisfaisante, on était parvenu à faire digérer avec innocuité à des chiens des doses considérables de l'un ou de l'autre de ces poisons. Après un intervalle de sept mois, par exemple, un chien de taille moyenne avait fini par prendre chaque jour, sans aucun accident, un gramme d'acide arsénieux mêlé à des aliments liquides et solides. Alors qu'il était à supposer que la matière toxique avait pénétré tout l'organisme, que les divers systèmes en étaient en quelque sorte saturés, on avait sacrifié les animaux et recherché l'arsenic et le cuivre dans chacun de leurs organes, et en particulier dans la chair musculaire et dans les os. Toutes les analyses n'avaient donné que des résultats négatifs, et cependant c'était par 30 et 40 grammes qu'il fallait apprécier les quantités d'arsenic ou de cuivre qu'avaient ingérées les animaux.

Depuis la communication à l'Académie de notre mémoire sur l'empoisonnement par le cuivre, en juillet 1843, nous avons, sur l'invitation de quelques membres de la commission chargée de l'examen de nos travaux, repris l'expérience relative à l'alimentation mêlée de composés cuivreux, et l'avons suivie jusqu'à ces derniers jours, c'est-à-dire pendant quatorze mois. Dans cet intervalle, un chien de moyenne taille, déjà précédemment empoisonné par absorption cutanée avec le sulfate de cuivre, mais guéri de cet empoisonnement, a pris et digéré avec ses aliments 60 grammes ou près de deux onces de ce sel préalablement dissous dans l'eau; nous disons préalablement dissous, afin qu'il soit compris que nous avons administré le sel de cuivre sous l'état le plus propre à en favoriser l'absorption. Sur ce nouvel animal, on n'a pu, en raison sans doute de l'état liquide du poison, dépasser, en une fois et par 24 heures, la dose de 18 à 20 centigrammes (3 à 4 grains); plusieurs fois, en tentant d'aller au delà, on a provoqué des vomissements, et par suite du dégoût pour les aliments. Faut-il le faire remarquer, il est nécessairement dans ces sortes d'épreuves, et relativement à l'animal et relativement à la substance toxique, une dose *maximum* que l'on ne peut franchir sans donner lieu à des accidents prompts et pour ainsi dire immédiats.

Du commencement à la fin de l'expérience, l'animal n'a rendu le cuivre que par les selles; il ne nous est pas arrivé d'en saisir des traces manifestes dans les urines.

Après quatre jours d'interruption dans l'administration du poison, afin de laisser évacuer celui que contenaient les intestins, on a tué le chien et pratiqué peu après l'autopsie. On a trouvé la muqueuse intestinale rouge ou fortement injectée dans presque toute son étendue; par places même, cette membrane a paru ramollie et comme réduite en une pulpe molle: en aucun point toutefois on n'a signalé de solution de continuité ou d'ulcération dans son tissu. L'œsophage n'a pas présenté les mêmes traces d'hypérémie, et tous les organes d'ailleurs ont paru parfaitement sains.

On a procédé aux analyses chimiques d'après la méthode que nous avons indiquée dans notre mémoire, et qui, la commission s'en est assurée, conduit avec certitude à retrouver le cuivre mêlé aux matières organiques dans la proportion de 000,001 (un centimillième).

Voici les résultats que l'on a obtenus:

Dans le foie, des traces faibles mais manifestes de cuivre;

Dans le cœur, rien;

Dans les poumons, rien;

Dans le cerveau, rien;

Dans les reins et les urines, rien;

Dans la chair musculaire dont on a analysé 500 grammes, rien;

Dans les os (500 grammes), rien.

Sur la demande qui nous en a été faite, nous avons remis avec empressement à M. Chevallier 500 grammes d'os, et une partie des chairs musculaires de l'animal. Ce chimiste, non plus que nous, n'y a trouvé aucune trace de cuivre. Nos propres opérations ont eu pour témoin un membre de la commission, M. Pelouze.

C'est une remarque qu'il faut faire: A la suite de nos premières expériences, on n'avait pas trouvé de cuivre ou d'arsenic, même dans le foie, et par l'épreuve nouvelle on a signalé la présence du cuivre dans cet organe. Tirera-t-on de ce fait la conséquence que nous avions formulé antérieurement une proposition trop hardie, en disant que la présence d'une matière toxique dans les organes de l'homme est incompatible avec l'état normal? Nous ne le pensons pas, et l'Académie aura sans doute mieux compris notre pensée que ne l'ont interprétée ceux qui avaient intérêt à la fausser pour la combattre. Ainsi que nous l'avons dit, ce ne sont pas des principes absolus que l'on peut

(1) *Courrier Français*, 20 septembre 1844.

pnser en physiologie, mais des vues générales et parfois des règles dont la nature ne s'écarte que par exception. Nous ne voulons faire ici que cette réserve, sans dire que l'animal surchargé de cuivre n'était peut-être plus dans les conditions rigoureuses de l'état normal. Ce que montre incontestablement notre dernière expérience, d'accord en ce point avec les deux autres, c'est que dans les circonstances les plus propres à favoriser l'absorption ou l'assimilation des poisons, l'organisme vivant ne s'en pénètre pas nécessairement et également pour chaque ordre de systèmes; c'est que le cuivre en particulier n'est pas porté par la circulation dans tous les organes où l'on avait cru le voir, ainsi, du reste, que l'arsenic, que personne n'y retrouve plus aujourd'hui.

Pour rappeler le point de départ de nos recherches, et mettre à son véritable jour la controverse que nous avons provoquée, car on a déjà cherché à la transporter là où elle n'est pas, nous demandons à l'Académie la permission de transcrire ici pour elle divers passages des écrits des auteurs qui font le plus autorité en toxicologie légale :

Tome III, page 532 du Traité de médecine légale, théorique et pratique de M. Devergie, publié en 1840, on lit ce qui suit :

« Le 19 avril 1838, je fis une nouvelle expertise chimique avec MM. Orfila et Ollivier (d'Angers), dans laquelle nous retirâmes des cendres du canal digestif de la dame L.... une certaine quantité de cuivre.

» Le 2 août suivant, pareille opération ayant porté sur le tube intestinal du sieur R....., j'obtins encore du cuivre des cendres.

» Cette coïncidence me frappa, et comme je m'occupais alors avec M. Hervy de recherches sur les cendres de l'estomac et des intestins, notre attention fut naturellement appelée sur ces métaux, et nous reconnûmes bientôt que dans tous les cas on obtenait une proportion notable de cuivre, de plomb, et souvent de manganèse. Des circonstances particulières ne nous ayant pas permis de poursuivre nos recherches en commun, je continuai mes investigations, et je ne tardai pas à retirer le cuivre et le plomb de tous les organes, et même du sang.

» Depuis l'époque de mes recherches, il n'est pas une analyse médico-légale que j'aie faite où je n'aie retrouvé le cuivre et le plomb toutes les fois que l'analyse a porté sur des individus qui avaient été peu de temps malades.

» J'ai dû multiplier mes investigations et m'adresser à des sujets de tous les âges, à des sujets sains comme à des sujets malades, et dans tous les cas le résultat a été le même. »

Comme résultat de ses dernières recherches, l'auteur a publié le tableau suivant :

Tableau de la pondération de quelques essais ayant pour but la recherche du cuivre et du plomb dans les organes.

	Sulf. de plomb.	Sulf. de cuivre.
Enfant nouveau-né.		
Canal intestinal,	0,001 gr.	0,001 gr.
Enfant de huit ans.		
Estomac,	0,004	0,005
Enfant de quatorze ans.		
Canal intestinal,	0,025	0,030
Adultes. — Femme saine.		
Estomac,	0,020	0,025
Intestins,	0,030	0,035
Intestins,	0,040	0,046
Hommes.		
Intestins (calcination à grand feu),	0,023	0,037
Intestins (calcination à feu doux),	0,035	0,040
Vésicule du fiel,	0,003	0,002
Femme malade.		
Intestins (phthisique),	0,010	0,010
Cerveau (une livre),	0,006	0,019

« On voit, dit l'auteur, par le tableau qui précède, qu'il existe dans l'estomac, les intestins et tous les organes de l'économie, des traces de cuivre et de plomb ;

» Que la proportion dans laquelle se trouvent ces métaux augmente avec l'âge; ainsi qu'elle est extrêmement faible chez l'enfant nouveau-né, qu'à trente ans elle est quatre et cinq fois plus grande;

» Que ces métaux sont en proportion variable dans l'estomac et les intestins de l'homme et de la femme adultes; que cette proportion ne dépasse pourtant pas 46 millièmes pour les intestins à l'égard du cuivre, et 40 millièmes à l'égard du plomb.... »

Dans le tome Ier, page 643 de la dernière édition du *Traité de Toxicologie* de M. Orfila publié en 1843, on dit, d'autre part :

« On est en droit de se demander si, à raison de l'existence naturelle du cuive dans les tissus de nos organes et dans certains aliments, l'expert ne se trouvera pas *toujours* dans l'impossibilité de décider que le cuivre qu'il aura obtenu en analysant une matière suspecte provient d'un empoisonnement, et qu'il n'y a pas lieu de déclarer qu'il faut renoncer à éclairer la justice dans toutes les espèces de ce genre ; en d'autres termes, peut-on reconnaître que le cuivre recueilli d'une expertise n'est que celui qui existe naturellement dans les organes de l'homme ou dans les aliments dont le malade avait fait usage, et qu'il a été au contraire fourni par une préparation cuivreuse ingérée comme poison ou comme médicament ? Je puis répondre d'une manière précise par l'affirmative *pour ce qui concerne les organes*, en disant que « le cuivre qui existe dans le canal digestif ou dans tout autre viscère, » par suite d'un empoisonnement par une préparation cuivreuse ou de » médication par un composé du même genre, peut être obtenu par » des procédés à l'aide desquels on ne parvient jamais à extraire le » cuivre *naturellement contenu* dans nos organes ; il ne s'agit donc » que de suivre ces procédés pour être à même de conclure que le » métal a été ingéré comme poison ou comme médicament. »

« La preuve de cette assertion importante ressortira évidemment des détails qui vont suivre sur la nature des procédés qu'il faut mettre en usage pour retirer le cuivre normal de nos organes..... ; » et l'auteur indique ces procédés, qui ont été suffisamment appréciés.

Déjà, sur la question que nous avons portée devant l'Académie, M. Chevreul a, par deux fois, exprimé son opinion, qu'il a bien voulu dire conforme à la nôtre : c'est pour nous l'assurance que la savante compagnie voudra bien aussi mettre un terme à des incertitudes qu'une polémique cherchant parfois l'équivoque n'a cessé d'entretenir, et qui se reproduiraient indubitablement encore, préjudiciables à la science et peut-être à la justice, au jour d'un procès criminel en cour d'assises.

NOUVELLES.

Un des jours de la semaine dernière, dit le *Journal du Loiret*, M. *** et M. Vaast, établi à Aulnay-la-Rivière, arrivaient de Pithiviers et partaient ensemble pour la chasse. Tous deux, alertes et dispos, cheminaient en causant gaîment des beaux coups qu'ils se promettaient de faire, quand la circonstance la plus insignifiante vint tout à coup changer toute cette joie en un deuil affreux. M. *** s'aperçoit en marchant que la capsule de son fusil n'est pas bien placée; il s'arrête pour l'ajuster; dans ce moment le coup part et va frapper en plein dans le bas-ventre le malheureux M. Waast, qui tombe blessé à mort. Cinq jours après il expirait dans d'atroces souffrances, et en proclamant l'innocence de son ami.

Mais la fatalité ne devait pas là borner ses coups; M. Vaast était sur le point de se marier. En apprenant le malheur qui venait d'arriver, sa fiancée, folle de désespoir, va se jeter dans une pièce d'eau, où elle trouve la mort. Quant à l'auteur innocent de ce double malheur, le chagrin l'a mis dans un état qui inspire les plus vives inquiétudes. On comprend quelle désolation ont jeté dans les familles des victimes et dans toute la contrée ces déplorables événements.

— On lit dans l'*Ordre* de Limoges : Un affreux malheur vient de jeter la consternation dans notre ville. Une jeune femme de vingt-trois ans, Suzanne Dupuytren, a succombé hier soir victime de la plus déplorable erreur. Un médecin lui prescrivit trente grammes de crême de tartre soluble et un élève en pharmacie lui délivra trente grammes de tartre stibié, que la femme fit dissoudre dans l'eau et qu'elle avala d'un trait. Aussitôt elle tombe à la renverse, se roule par terre en proie à d'atroces douleurs, et est prise de vomissements qui se reproduisent sans cesse, et avec une extrême violence. Malgré les soins les plus prompts et les plus empressés elle a succombé le lendemain à sept heures du soir. La justice est saisie de cette affaire.

— Samedi dernier, un accident qui a failli avoir de terribles suites, est arrivé à l'hôpital Saint-Louis. Sept femmes y prenaient un bain de vapeur, dans une étuve commune, lorsque tout à coup le couvercle de la chaudière s'est violemment détaché et a laissé échapper une quantité de vapeur si considérable et si intense, que ces femmes sont tombées suffoquées. Les secours les plus prompts ont été donnés à ces malheureuses; l'asphyxie, qui était imminente, a pu être prévenue, et les sept femmes en ont été quittes pour des brûlures, graves il est vrai, mais qui, grâce aux soins empressés que les victimes ont reçus dans l'établissement même, n'auront pas les résultats fâcheux qu'on aurait pu craindre.

M. Pernet nous adresse la lettre suivante, qu'il se dit disposé à nous signifier par huissier, en nous invitant à ne pas y changer un seul mot. Nous l'insérons donc dans toute sa pureté native.

Monsieur le Rédacteur,

Usant de mon droit comme breveté d'invention et de perfectionnement pour les bandages herniaires francs-comtois, j'ai fait saisir en avril dernier chez M. Charriere, coutelier mécanicien, rue de l'Ecole de Médecine, une contrefaçon de mes bandages, et je l'ai traduit devant le tribunal de police correctionnel. Mr Charriere pour éviter des poursuites qui le gênaient alors, m'a attaqué en déchéance de brevet, et notre proces est devant la 5e Chambre du Tribunal de 1re instance. Les juges ont nommé un médecin pour donner son avis sur les bandages connus et décrits que Mr Charriere pretend être semblables aux miens et sur lesquels il se fonde pour obtenir un jugement en déchéance de mon brevet; il me semblait que Mr Charriere devait attendre la décision du Tribunal et que, respectant la justice, il devait se garder, par aucune demarche, d'influencer les médecins, celui surtout que le Tribunal a nommé, le Tribunal lui même : il devait faire comme moi, qui me repose sur la bonté de ma cause, et qui n'aurais pas répondu à la lettre qu'il vous écrite et que vous avez insérée dans le n° de votre journal du 27 aout d^r si des médecins dont je respecte et aime à suivre les conseils n'étaient venus m'engager à repondre à cette étrange lettre, faite évidemment pour atténuer à l'avance les condamnations que Mr Charriere redoute et qu'il sait devoir le marquer du signe de contrefacteur.

Mr Charriere prétend que le bandage franc-comtois qu'on a saisi et qu'il a contrefait, a été fabriqué chez lui avec une pelote achetée chez moi, et qu'il n'à fait qu'y ajoutée une ceintre. D'abord *je déclare que je n'ai jamais vendu de pelotte isolément à qui que ce soit* et que ce tut-on procurée une pelote, pareille à ceux de mes bandages, cette pelote ne serait sortie de mes ateliers que revetue portant l'empreinte de ma griffe, *la pelote du bandage saisi ne portant pas ma griffe*, et par conséquent je déclare comme je l'ai déja fait dans mon prospectus, que j'ai apposé ma griffe, et que toute pelotes qui en sont dépourvue sont contrefaite.

Mr Charriere pretend qu'il avait deja livré un Bandage qu'il avait fait acheter chez moi. M. Charriere se trompe ou plutot il trompe le public; le Bandage qu'il a livré, autre que celui qu'on a saisi, était déja une contrefaçon, je l'ai chez moi; la personne qui l'avait acheté chez Mr Charriere l'a échangé pour un de mes Bandages; *la pelote était aussi dépourvue de ma griffe* : je ferai cette preuve au procès, s'il en est besoin. D'ailleurs Mr Charriere ne doit pas ignorer qu'il n'avait *pas le droit de vendre mes Bandages, puisque j'ai déclaré dans mon prospectus que je n'ai fait aucun dépôt de mes appareils, ni en France, ni à l'etranger.*

Un mot encore : M. Charriere ne peut prouver qu'il a acheté chez moi une pelote de mes bandages ; *je n'en ai vendu a qui que ce soit, je le répète*, s'il a eu une de mes pelotes à sa disposition, *elle provenait d'un bandage entier qu'il avait fait acheter chez moi*, pourquoi n'a-t il pas vendu ce second bandage, comme il avait déjà, d'après son dire qui est faux, vendu le premier bandage? pourquoi s'est-il donné la peine de contrefaire ma ceinture? M. Charriere expliquera cela à l'audience quand le jour du jugement en contrefaçon sera arrivé.

Quant aux pelotes de Blegny, de Hart et de Huau que Mr Charriere prétend que jai copiees pour inventer les miennes, il suffit de jetter les yeux sur ces peloles et les miennes pour s'appersevoir tout d'abord que M. Charriere ne m'a élevé cette chicane que pour échapper, pendant le temps de l'exposition, une condamation comme contrefacteur, condamnation qui aurait pu retarder la récompense honorifique que Mr Charriere attendait, à bon droit sans doute, de ses travaux dans l'art du coutelier mécanicien.

Je ne veux pas discuter devant le public dans une question qui est remise *aux connaissances et à la loyauté d'un médecin juré et à la conscience de mes juges.* Ce sera devant le tribunal que mon bon droit sera produit au grand jour et que Mr Charriere viendra répondre; qu'il s'abstienne donc de tout écrit s'il veut désormais rester dans la ligne des convenances et du respect que l'on doit à la justice. Quand la conscience est tranquille, quand le droit qu'on fait valoir est solide, inattaquable, on attend, comme je le fais, avec paix et sécurité, la décision de ses juges.

Veuillez, Monsieur le rédacteur, insérer le plus promptement possible dans votre estimable journal, cette lettre que je n'ai écrite que parce que des médecins honorables ne voulant pas que les imputations de Mr Charriere pesent sur moi jusqu'au jour du jugement.

Votre très humble et très obéissant serviteur, J. F. PERNET.
Paris le 16 septembre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 5 OCTOBRE 1844 (17e ANNÉE.) N°. 117. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 4 OCTOBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un des élèves les plus distingués de M. Velpeau, M. Deville, aide d'anatomie de la Faculté, vient de décrire, dans un travail dont les faits lui sont communs avec M. Potier, interne des hôpitaux, une maladie qu'il désigne sous le nom de *vaginite granuleuse*. Un cas récent, dont nous devons la connaissance à M. le docteur Denis, nous permet de présenter quelques remarques sur ce sujet. Exposons d'abord les idées de M. Deville, qui sont aussi en grande partie celles de M. Potier, soit dit une fois pour toutes.

La vaginite granuleuse est une maladie *de forme essentiellement chronique*, se montrant principalement chez les femmes enceintes ; caractérisée par des granulations rouges, analogues à celles de la *métrite granuleuse*, mais généralement plus volumineuses que ces dernières, indolentes, quelquefois éparses, le plus souvent confluentes, s'étendant du vagin jusqu'au col utérin, qu'elles envahissent quelquefois ; accompagnée d'un écoulement abondant plus ou moins verdâtre.

M. Ricord a observé cette maladie, dont il a parlé succinctement sous le nom de *psorélytrie*. M. Deville s'empresse de le reconnaître, et ne réclame pour lui que l'honneur qui lui est dû de l'avoir décrite le premier.

La maladie n'a aucun rapport avec la syphilis. D'abord on l'avait crue exclusivement liée à la grossesse, avec laquelle elle paraissait naître et disparaître. Mais de nouveaux faits, qui s'élevèrent jusqu'à cinq sur quatorze, nombre total des observations, firent changer cette opinion. Il n'en résulte pas moins que la grossesse est la circonstance la plus favorable à son développement. C'est aussi dans cet état qu'elle est le plus caractérisée. Une jeune fille qui n'avait jamais été enceinte a présenté la maladie au degré le plus faible qui ait été observé.

Sur les quatorze malades, neuf avaient des flueurs blanches avant le développement de la vaginite granuleuse, et M. Deville en conclut que *les flueurs blanches paraîtraient, d'après cela, être une cause prédisposante*. Cinq malades, sur les neuf dont il vient d'être question, avaient très bien constaté le passage des flueurs blanches simples à un écoulement jaunâtre et abondant survenu au moment de la grossesse.

On ne s'étonnera pas que ce soit de dix-huit à trente-cinq ans que l'affection ait été observée, puisque la grossesse semble avoir une telle influence sur son développement.

Voilà pour les *causes*. Passons aux *symptômes*. Ils sont anatomiques ou fonctionnels.

Le signe anatomique est un, et consiste dans la présence des granulations. Celles ci sont de petites saillies rougeâtres ou d'un rouge vif, d'un diamètre qui varie entre un demi-millimètre et deux millimètres, demi-sphériques, quelquefois, mais rarement, beaucoup plus volumineuses et prenant la forme de petits cylindres ; siégeant d'habitude dans toute la hauteur du vagin, mais pouvant, quand elles sont en petit nombre, n'exister qu'en haut de ce canal et sur la face postérieure, se plaçant aussi de préférence, dans ce dernier cas, le long du sommet des plis normaux du vagin ; sensibles non-seulement à la vue, mais encore au toucher, et donnant au doigt introduit dans le vagin la sensation spéciale, difficile à bien définir, d'une surface dure, rugueuse, chagrinée.

Les signes fonctionnels sont : la sécrétion morbide, des cuissons, des démangeaisons à la vulve, la chaleur du vagin.

Le produit de sécrétion « consiste dans un liquide ténu, non visqueux, assez épais, crémeux même, d'une couleur qui varie entre le verdâtre et le jaunâtre. Nous lui donnons tous ces caractères afin de le distinguer de la matière d'un écoulement produit par une métrite ou un catarrhe utérin, cas dans lesquels elle est visqueuse comme de l'albumen, plus ou moins opaque, presque toujours d'une teinte jaunâtre ou verdâtre ; celle-ci est un produit nouveau de sécrétion, celle là n'est pour ainsi dire qu'une modification des flueurs blanches habituelles, à part un peu moins d'épaisseur et la teinte. » Ce produit est susceptible de donner la chaudepisse. Lorsque les granulations sont distinctes, le vagin offre un aspect verdâtre ou blanc-sale sur lequel ressortent de petits points rouges qui ne sont autre chose que le sommet des granulations. Celles-ci sont quelquefois compliquées de végétations sur les parties externes de la génération.

Relativement à la marche, on a vu que la maladie est chronique. De plus, si la grossesse semble souvent la produire, parfois l'accouchement la fait disparaître.

On ne peut la confondre avec la vaginite érythémateuse, à cause des granulations.

Elle n'est pas grave.

Elle résiste aux moyens usités généralement contre la vaginite, et cède assez promptement aux injections avec le nitrate d'argent à la dose de 0,05 pour 30 d'eau.

Nous avons laissé, pour nous en occuper en dernier lieu, la question importante de la nature des granulations.

On a supposé qu'elles étaient dues au développement inflammatoire des follicules du vagin. Mais, d'après M. Giraldès, il n'existerait pas de follicules dans la partie supérieure de ce canal, là où l'on observe surtout les granulations. Il est difficile d'admettre, d'ailleurs, l'existence d'un nombre assez grand de follicules pour expliquer la quantité considérable de granulations que l'on voit chez certaines femmes. On a cru trouver la raison des granulations dans l'exagération des papilles qui forment les rides transversales du vagin ; mais cette hypothèse ne tient pas devant ce seul fait, que l'on observe quelquefois des granulations entre les rides.

L'examen anatomique des granulations vaginales est difficile, parce que, heureusement, les femmes ne meurent pas de cette maladie. Cependant il est arrivé que des puerpérales atteintes de vaginite granuleuse ont succombé à d'autres accidents, et que cet examen a pu être fait. Mais, dans tous les cas, il est incomplet, la compression du vagin par le fœtus ayant en grande partie effacé les granulations. Celles-ci, quoiqu'il en soit, ont été étudiées à l'œil nu, à la loupe et au microscope. On n'y a trouvé aucune trace de cavité. C'étaient de petites masses homogènes. On ne dit pas si l'épithélium se continuait sur la surface granuleuse.

Il ne nous répugnerait pas de voir dans les granulations les organes sécréteurs du pus, nonobstant l'opinion huntérienne, qui n'admet pas que ces organes puissent se former à la surface d'un conduit muqueux, hors le cas de solution de continuité. Une plaie suppurante devient souvent une muqueuse. C'est ainsi que se forment les fistules. Pourquoi, à son tour, une muqueuse ne deviendrait-elle pas une plaie suppurante? A la vue, il n'y a pas grande différence entre une plaie couverte de bourgeons et un vagin granuleux. D'ailleurs, qu'est-ce que la vaginite granuleuse? Une inflammation qui produit du pus. S'il y a du pus *sécrété*, montrez-moi les organes sécréteurs. Serait-il possible, soit dit sans intention mauvaise, que ces organes eussent été vus et touchés, dessinés même, sans qu'on les eût reconnus? Une chose pourtant nous arrête, c'est que si ces granulations sont des bourgeons charnus, il doit y avoir tendance du vagin à s'oblitérer par l'adhésion réciproque de ses parois.

La coïncidence de la vaginite granuleuse avec la grossesse ne doit pas étonner. Les organes génitaux sont le siége d'une pléthore pendant la gestation. La vie nouvelle qui se fomente dans le sein maternel appelle des matériaux de toutes parts, et le sang pleut dans le bassin. On trouve chez les femmes grosses, surtout aux approches de la délivrance, les parties de la génération gonflées intérieurement et extérieurement. La muqueuse est d'un rouge vineux, coloration si constante, qu'il arrive aux médecins exercés d'annoncer la grossesse à la seule vue des parties. Le vagin et la vulve doivent donc être très disposés à l'inflammation, et rien de plus facile à comprendre que le développement d'une vaginite particulière dans ces conditions, surtout si le vagin, déjà irrité, était le siége d'une sécrétion anormale, ce qui a été noté dans plusieurs cas.

Nous avons consulté, sur la vaginite granuleuse, un médecin qui a une grande expérience des maladies des femmes, M. le docteur Denis. Il l'a observée souvent chez les femmes grosses, et quelquefois hors de l'état de grossesse. Il l'a vue à l'état aigu, notamment dans un cas récent, où elle survint à la suite d'injections alumineuses à la dose de 8 grammes pour 1,000 grammes d'eau. Il y avait en même temps vulvite. C'était donc une vulvo-vaginite. La malade avait de la fièvre ; la douleur était vive, et le gonflement tel que les explorations furent très pénibles. La chaleur était aussi très intense. Il existait des granulations sur la vulve, dans le vagin et sur le col utérin. La diète, un bain d'eau de son de deux heures tous les jours, trois injections par jour avec une décoction de guimauve et de têtes de pavot, deux demi-lavements également à l'eau de son dans les vingt-quatre heures, le repos absolu, des boissons délayantes, quatre cataplasmes de fécule de pomme de terre dans de la gaze appliqués quatre fois par jour sur la vulve et entre les lèvres, ont suffi pour dissiper tous les symptômes dans l'espace de cinq jours. Le sixième, la muqueuse était revenue à son état normal. Il est bien entendu que la femme n'était pas enceinte.

M. Denis ne croit pas a la nécessité absolue de traiter la vaginite granuleuse chez les femmes grosses, la maladie disparaissant d'elle-même après la couche.

Nous ne terminerons pas ce paragraphe sans exprimer la satisfaction que nous a fait éprouver le travail de M. Deville, quoique nous y ayons vu des illusions sur la statistique.

— Le mouvement circulaire est la loi suprême du monde. Les idées tournent comme les molécules. Jadis on croyait à la *fièvre* puerpérale. Il y eut une révolution qui renversa l'humorisme, comme si les solides n'étaient pas des humeurs solidifiées. Aujourd'hui, après trente ans de débats, il y a un *état* puerpéral. C'est le même être. Seulement, il a changé de nom. Si M. Gastelier est encore parmi les vivants, il doit être bien heureux, lui qui disait : « Je vois la fièvre puerpérale, je la vois aussi clairement que la lumière du soleil. »

La femme en couche est dans des conditions particulières, et ces conditions ne diffèrent pas sensiblement chez celle qui est grosse, chez celle qui vient d'accoucher, et chez celle qui nourrit. Une même fonction se continue depuis la conception jusqu'au terme de l'allaitement, et cette fonction a pour objet la constitution du nouvel être dans lequel l'être ascendant semble se transfuser. Rien n'est admirable aux yeux de l'esprit comme cette prodigieuse et rapide évolution de la matière par suite de laquelle chaque organe de la mère donne un peu de soi-même au produit de la fécondation. Quelle activité! Et non seulement il y a un dépouillement de tous les organes maternels au gré du *nisus formativus*; il y a une supersécrétion de fibrine ; car la femme a une propriété de plus que l'homme, celle de s'imprégner d'un excès de fibrine, hors le cas d'inflammation.

Il y a, dans les hôpitaux, constamment un assez grand nombre d'affections qui se rattachent à cet état. Nous venons d'en observer plusieurs à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Blache, et d'abord des abcès phlegmoneux intrà-pelviens.

Un cas remarquable entre les autres est celui de la femme Heurbilliot, au sujet de laquelle M. Potier, interne du service, a bien voulu nous remettre une note détaillée.

Cette femme, entrée le 2 septembre 1844, avait accouché le 18 août à la Maternité, d'où elle était sortie le cinquième jour après ses couches. L'accouchement avait été naturel. Elle eut d'abord un abcès du sein gauche, qui s'ouvrit spontanément. Le foyer se détergeait, et la malade mangeait trois portions, lorsque, le 13, on la trouva dans l'état suivant (c'est M. Potier qui parle) :

Face pâle, décomposée, tirée, jaune-verdâtre ; yeux caves ; ventre ballonné, très sensible à la pression ; genoux relevés ; langue sèche, rouge ; soif vive ; pas de vomissements ; diarrhée abondante ; pouls petit à 120-130 ; prostration. — Soixante sangsues sur l'abdomen.

Le lendemain, un vomissement bilieux le matin ; soif toujours vive. La douleur est surtout intense dans la fosse iliaque gauche. Le pus de l'abcès mammaire continue à couler.

Le 15, pouls à 140. M. Blache diagnostique un abcès des fosses iliaques, ayant déterminé une péritonite.

Le 16, à cinq heures du matin, la femme succombe.

A l'autopsie, on trouve le péritoine recouvert de fausses membranes, les intestins agglomérés ; un foyer intra-péritonéal dans le flanc gauche, et un abcès du volume d'un œuf dans le ligament large du côté droit.

Cette observation est remarquable par la marche lente et insidieuse de la maladie. Deux abcès, l'un dans le péritoine, l'autre dans le ligament large, ont pu se former et arriver jusqu'au point de déterminer une péritonite générale, sans qu'aucun symptôme les ait fait soupçonner. Ce cas n'est pas unique ; les annales de la science en offrent de pareils. Combien, en présence de tels faits, ne sent-on pas la nécessité de surveiller attentivement l'état des femmes en couches! Ici l'excès de précautions ne saurait être un défaut.

On aura remarqué que cette malheureuse était sortie de la Maternité cinq jours après avoir accouché. La trop prompte sortie des femmes après l'accouchement a une très grande influence sur la production des abcès phlegmoneux du bassin. N'y aurait-il pas un moyen d'empêcher des femmes ignorantes ou besogneuses de s'exposer ainsi à des dangers mortels?

A part l'état général, on a, pour expliquer les abcès phlegmoneux du bassin, la pléthore locale, dont il a été question tout à l'heure à propos de la vaginite granuleuse, plus les violences dont l'accouchement le plus naturel s'accompagne toujours.

Une autre femme, venant d'accoucher, est entrée avec une arthrite du poignet et du coude ; puis l'inflammation s'étant apaisée dans les articulations, la malade a été prise d'un érysipèle.

Une troisième malade, du même service, a offert un cas bien intéressant. Cette femme, jeune et robuste, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, n'ayant jamais pris de mercure, allaite son enfant, qui a neuf mois. Dernièrement, après s'être couchée, trouvant que son mari prolongeait la veillée outre mesure, elle l'attira vivement à elle pour le faire coucher, et se rompit la clavicule droite dans cet effort. C'est là, sans contredit, un cas extraordinaire. Les observations de M. Ducrest permettent d'inférer que le squelette de la mère est dépouillé d'une partie de ses éléments calcaires au profit de l'enfant, pendant la gestation. Il est probable que ce mouvement se continue durant l'allaitement. De là nécessairement une faiblesse relative de la charpente osseuse de la mère dans l'état puerpéral, ce qui justifie l'opinion ancienne que la con-

solidation des fractures est plus difficile pendant la grossesse qu'en temps ordinaire. Si cette opinion est fondée, il doit être vrai aussi que les fractures sont plus faciles pendant que la force de décomposition agit avec tant d'activité sur le système osseux de la femme. C'est ainsi que nous nous expliquerions l'efficacité d'une cause fracturante qui dans d'autres conditions n'aurait pas été suivie d'effet. X...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Hypercardiatrophie gauche, avec cardiectasie probable de l'oreillette droite. Considérations pratiques sur les maladies du cœur.

Au n° 1 de la salle Saint-Raphaël est couché un malade âgé de trente-trois ans, d'une constitution en apparence assez bonne, pourtant un peu maigre. Depuis quinze jours il tousse et rend des crachats arrondis, visqueux, privés d'air, et presque adhérents aux parois du vase. Ce malade a eu, il y a dix ans, une péricardite qui paraît avoir été précédée d'accidents rhumatismaux. On a employé contre cette affection les moyens habituellement usités en pareil cas. Depuis cette époque il n'a cessé d'éprouver des symptômes généraux d'affection du cœur; il a vu plusieurs médecins qui lui ont prescrit successivement divers traitements : saignées, digitales, purgatifs. Les symptômes morbides ayant persisté malgré l'emploi de ces moyens, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital. Voici l'état qu'il nous a présenté lors de son arrivée dans nos salles.

Ces accidents généraux ne sont que médiocrement prononcés; le malade se plaint de ne pouvoir se livrer long-temps à la marche, et de ne pouvoir monter un escalier sans éprouver des étourdissements. Interrogé sur ses antécédents, il nous dit avoir long-temps abusé des rapports sexuels, et ne pouvoir plus s'y livrer actuellement sans éprouver des étouffements insupportables. Ce n'est que depuis quelques jours seulement qu'il a été pris de toux et de suffocation; ces accidents se sont développés, à ce qu'il dit, à la suite d'un bain de mer.

Un examen attentif révèle les caractères suivants : légère voussure du côté gauche du thorax, depuis la troisième côte jusqu'à la huitième. La délimitation du cœur, faite avec un soin extrême à l'aide du plessimètre, donne pour résultat les dimensions qui suivent : 15 centimètres d'un côté à l'autre; 11 centimètres de haut en bas, au niveau de la cloison des ventricules (05 pour l'oreillette droite, le reste pour les ventricules réunis). La cloison interventriculaire occupe à peu près la moitié de l'espace ; 0,07 centimètres pour l'artère aorte et l'artère pulmonaire réunies; 0,03 centimètres pour l'aorte après sa séparation, 0,022 centimètres pour l'aorte à la crosse. La limitation de ces diverses parties est extrêmement facile. Le son propre à chacun de ces vaisseaux est extrêmement prononcé. M. Piorry peut même limiter la branche gauche de l'artère pulmonaire jusqu'à son entrée dans le poumon. On reporte ce dessin sur le papier à l'aide de l'organotypie (1). On limite également le tronc brachio-céphalique, et plusieurs médecins et élèves constatent également tous ces faits.

Sur les points qui correspondent aux gros vaisseaux, sur les divers points de l'image du cœur, on ne trouve aucun bruit anormal qui puisse être en rapport avec des rétrécissements des orifices. L'artère radiale, qui est le siége d'une anomalie de situation, a des battements assez naturels; il y a quelques irrégularités. On ne trouve point d'autres phénomènes morbides, ni œdème, ni hydropéritonite (ascite). La digestion se fait bien. Le poumon, percuté et ausculté en avant, ne fait entendre ni son, ni bruit anormal. En arrière à droite, vers la fosse sous-épineuse et un peu en dehors, la percussion indique de la matité, et l'auscultation fait distinguer des râles sonores à grosses bulles, et qui paraissent avoir leur siége dans les grosses bronches. Il est évident qu'il s'agit ici, d'après le dessin précédent, d'une hypercardiatrophie à gauche, et peut-être à droite d'une cardiectasie de l'oreillette droite.

On ne trouve point le moindre indice de rétrécissement dans les artères; les crurales battent avec énergie. Cependant il faut avouer que les gros vaisseaux sont dilatés. Certes, il n'y a ici ni phlegmasie, ni rien qui y ressemble. L'état du poumon ne peut non plus être la cause de ces phénomènes, puisque cet état est tout à fait récent, et que la maladie date de douze années. La cause actuelle de l'hypercardiatrophie tient-elle à une péricardite qui aurait eu lieu à la suite d'un rhumatisme articulaire (hémiarthrite)? C'est ce que l'on est conduit à croire. Il y a tout lieu de penser que le sujet peut parvenir dans cet état, et malgré les phénomènes morbides qu'il éprouve, à une longue carrière; on lui inspire en conséquence une entière sécurité sur sa situation, et on lui conseille, pour tout traitement, de se faire pratiquer quelques saignées lorsque les accidents augmenteront d'intensité.

Comme le cœur ne grossit pas, s'il n'y a en quelque point un obstacle à la circulation apparent ou caché, M. Piorry pense qu'il est plus prudent de ne pas chercher à guérir l'hypertrophie du cœur; c'est, selon lui, l'obstacle à la circulation qu'il faudrait connaître, et attaquer par les moyens thérapeutiques que la science met à la disposition du médecin. L'obstacle est ici entièrement inconnu, et dépend sans doute de quelque cause organique en rapport avec l'ancienne péricardite, cause organique maintenant incurable. Il faut donc, dans ce cas, se donner bien garde de chercher à guérir la maladie du cœur.

Plusieurs malades dans le service présentent encore des maladies organiques du cœur, que l'on pourrait utilement rapprocher du fait précédent.

Ceci nous conduit à parler de la communication intéressante que le professeur M. Forget a faite dernièrement à l'Académie de M. médecine. Piorry dit avoir vu avec un extrême plaisir que presque toutes les idées de ce mémoire sont entièrement conformes aux doctrines qu'il soutient depuis vingt ans sur les maladies du cœur, et qu'en définitive, d'après M. Forget comme d'après M. Piorry, les obstacles apportés à la circulation sont les causes presque constantes de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur; que ces hypertrophies et ces dilatations sont le point culminant du diagnostic des cardiopathies; que la forme du cœur, appréciée à l'extérieur, est la condition *sine quâ non* de la connaissance des états organiques. En conséquence, M. Piorry insiste plus que jamais sur la nécessité absolue d'étudier plessimétriquement les dimensions, les formes du cœur et des gros vaisseaux; sans quoi, point de diagnostic positif. Le temps, dit-il, où l'on s'élevait contre l'exactitude plessimétrique du dessin du cœur est passé; il faut bien se rendre à l'évidence. Les bruits, selon les propres expressions de M. Forget, *ne sont qu'une base essentiellement insuffisante et trompeuse en diagnostic*, et, bien qu'ils ne doivent pas être négligés, il faut avouer cependant qu'on y attache en général trop d'importance; toutefois, il eût été à désirer que M. Forget tînt compte, dans ce qu'il dit de ces bruits et de leur degré d'incertitude, de l'utilité de la plessimétrie comme moyen propre à vérifier ou rectifier la valeur de ces mêmes bruits dans les lieux où on les écoute, car c'est, en définitive, ce qu'il est le plus utile de noter. Cette appréciation a été largement faite dans le *Traité de médecine pratique* de M. Piorry, et dans ses autres ouvrages de pathologie.

Enfin, M. Piorry rappelle que presque toujours, dans sa pratique, les malades qui ont porté des maladies du cœur ont été plutôt soulagés par la médecine restaurante et tonique que par les exténuants; et que seulement, lorsque les accès sont intenses, de petites saignées et des purgatifs ont été utiles. D'après les principes de M. Piorry, il ne faut jamais appliquer des cautères, des moxas, des vésicatoires; tous ces moyens lui paraissent inutiles et presque barbares.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Pied-bot congénial double chez un enfant de neuf ans. Section du tendon d'Achille par la méthode sous-cutanée. Amélioration progressive. Remarques pratiques sur cette difformité et sur son traitement.

Il y a dans le service un petit jeune homme, Savoyard de naissance, affecté d'un double pied-bot congénial, que M. Roux se propose d'opérer par la ténotomie. Le professeur saisit cette occasion pour faire quelques remarques pratiques sur une question qui est à l'ordre du jour.

Il y a, dit-il, une grande distinction à faire tout d'abord relativement à cette maladie, ou plutôt difformité, c'est celle qui partage les pieds-bots en deux grandes classes, c'est-à-dire en congéniaux et accidentels. Les premiers sont ceux que les enfants portent en naissant, et qui reconnaissent une cause intra-utérine; les seconds sont ceux qui résultent d'une cause accidentelle quelconque, agissant sur des membres originairement bien conformés.

Si nous devions faire l'histoire complète et dogmatique de cette difformité, nous devrions nous arrêter assez long-temps sur cette question étiologique, et nous aurions des choses à dire dignes d'intérêt; mais cela nous entraînerait dans une digression trop scientifique, et point du ressort d'un cours clinique.

Quoique les anciens n'ignorassent pas complètement cette difformité, ils ne s'en occupèrent pas pourtant assez pour établir contre elle un traitement rationnel. Tous les moyens thérapeutiques se réduisant à quelque appareil mécanique plus ou moins imparfait; ce n'est que dans ces derniers temps que l'attention des chirurgiens orthopédistes fut attirée d'une manière toute spéciale sur elle, et qu'on arriva à formuler un traitement qui donne les plus heureux résultats. Nous reviendrons sur ce point un peu plus tard.

Depuis long-temps, indépendamment de la grande division que nous venons d'établir, le pied-bot se divise en trois espèces ou formes principales, susceptibles elles-mêmes d'une foule de subdivisions, selon les différentes nuances intermédiaires qu'elles peuvent présenter. Ce sont :

1° Le *varus;* celui dans lequel le pied est porté en dedans.

2° Le *valgus;* dans lequel le pied est porté en dedans.

3° *Equin;* lorsque le pied est relevé en formant une ligne plus ou moins droite avec la jambe.

Ces différentes espèces de pied-bot présentent des altérations dans la conformation du squelette à des degrés différents, selon le degré de force de la déviation. Ainsi, dans le pied-bot-équin, les déplacements sont ordinairement peu considérables, et se passent surtout dans l'articulation du tibia avec l'astragale pour les premier et second degrés; mais dans le troisième degré, le dos du pied fait les fonctions de face plantaire, etc.

Dans le *varus*, où le pied est porté dans l'adduction et l'extension, plusieurs muscles agissent pour le produire, qu'il serait trop long de suivre dans leur action respective.

Dans le *valgus* enfin, où le pied est entraîné dans une abduction anormale, il y a en jeu des puissances musculaires opposées à celles des cas précédents. Une très petite surface du pied porte sur le sol, qui ne tarde pas à s'enflammer, à s'ulcérer; et la station devient impossible.

Toutes ces espèces exigeraient un grand développement; mais je vous répète, ce n'est pas ici notre intention de vous faire l'histoire complète de la difformité qui nous occupe. Je dirai seulement un mot sur la cause probable de celle qu'on dit congéniale. J'ai déjà dit plus haut que cette cause doit être intra-utérine; et en effet, on a vu certains fœtus, extraits de l'utérus avant le terme ordinaire de l'accouchement, présenter cette difformité. Elle semble, du reste, tenir à une position exagérée que les jambes de l'enfant affectent dans la vie intra-utérine. Cela est si vrai que tous les enfants naissent avec une tendance du pied à se porter en dedans; seulement, à mesure que les muscles prennent de la force avec l'âge, les tendons se développent, et l'espèce de pied-bot-varus disparaît sans le secours d'aucun moyen artificiel. J'insiste à dessein sur cette circonstance.

C'est en Allemagne qu'on a commencé, il y a déjà long-temps, à traiter cette difformité par la ténotomie. C'est Tiger le premier qui l'a pratiquée sur la fin du dernier siècle. Depuis, elle était presque tombée dans l'oubli, lorsqu'il y a dix à douze ans, un autre chirurgien allemand, M. Stromeyer, le fit revivre, et obtint des succès éclatants. De l'Allemagne, elle passa bientôt en France, où elle fut cultivée et reçut de très utiles développements dans les mains de MM. Duval, Bouvier, etc. C'est dans les ouvrages de ces chirurgiens orthopédistes que vous pourrez étudier cette importante question dans toute son étendue.

La ténotomie, comme vous savez, consiste à couper d'une manière ou de l'autre le tendon ou les tendons qui, par leur contraction anormale, donnent lieu à la difformité même. Ces tendons se réunissent ensuite à l'aide d'une substance intermédiaire qui se développe entre leurs bouts, et la difformité cesse ou se modifie plus ou moins. On a fait une foule d'expériences sur les animaux pour suivre la marche de la nature dans ce travail de réunion des tendons coupés, et on a certainement répandu une grande lumière sur cette question; mais je crois qu'il y a encore beaucoup de choses à dire là-dessus. Les plaies des tendons et leur mode de réunion constituent un sujet d'étude très fécond en résultats pratiques, et sur lequel je vous engage à fixer votre attention toutes les fois que la pratique vous en offrira l'occasion.

On a dit que les tendons divisés se réunissent par une substance intermédiaire très semblable à celle des tendons, et apte à en remplir les fonctions. Cela est vrai dans un certain nombre de cas, et pour certains tendons tels que le tendon d'Achille, etc.; mais il s'en faut beaucoup que cela arrive toujours. Il y a des tendons dont les bouts ne se réunissent pas, et se cicatrisent séparément l'un de l'autre : tels sont, par exemple, assez souvent les tendons qui se rendent à la main; combien de fois, après avoir été divisés, ils ne se réunissent plus, et paralysent ainsi le jeu des muscles de l'avant-bras et les mouvements des doigts! Marc-Antoine Petit cite dans ses immortels ouvrages, un cas de ce genre. Il s'agit d'un garçon cafetier qui, par une violence extérieure, eut plusieurs tendons extenseurs d'une main coupés, et la réunion de leurs bouts ne s'était pas opérée; le célèbre chirurgien mit les tendons à nu, et en réunit les bouts par des fils. Cette opération eut un plein succès; les tendons se réunirent parfaitement, et la main recouvra l'usage complet de ses doigts. M. Roux eut affaire à un cas semblable chez un artiste italien, M. Ruffi, musicien et pianiste; à la suite d'un accident, un des tendons d'une main fut divisé, ne se réunit plus, et le pauvre artiste ne pouvait plus jouer du piano. M. Roux fit la suture des deux bouts du tendon, la réunion eut lieu, et peu de temps après tous les mouvements furent rendus aux doigts de la main malade; de sorte que l'artiste put continuer à jouer comme auparavant.

La réunion dans certains tendons ne se fait pas par une substance intermédiaire, mais par l'accolement de leurs bouts aux parties environnantes; cela dépend de la région du corps où ces tendons se trouvent. En effet, vous comprenez que les choses doivent se passer d'une manière bien différente, selon que les tendons se trouvent ou isolés et entourés d'un tissu cellulaire lâche et extensible, ou enveloppés d'un tissu adipeux ou cellulaire dense et résistant, ou en contact avec une synoviale qui les baigne de sa synovie, et qui doit nécessairement influencer le travail de la cicatrisation; ou enfin côtoyés par d'autres tendons, ou parties fibreuses. Selon toutes ces différences, le résultat de la cicatrisation doit être bien différent. Ainsi, là où du tissu adipeux et cellulaire entoure de toutes parts des tendons isolés, les bouts pourront se réunir assez isolément; à la main, par exemple, où plusieurs tendons sont accolés l'un à l'autre, si l'un vient à être divisé, les bouts pourront se réunir séparément, mais en prenant des adhérences sur les autres tendons, et ainsi de suite. Ce sujet n'a pas été encore assez étudié et développé dans les livres; c'est une lacune qu'il faudra remplir tôt ou tard.

D'après les expériences faites sur les animaux et les observations sur l'homme, il est bien démontré que la substance intermédiaire aux tendons divisés, se forme très rapidement, dans l'espace de quelques jours; mais il faut un certain temps plus ou moins long selon le volume et la forme du tendon lui-même pour que cette substance de nouvelle formation acquière une solidité suffisante pour remplir les fonctions auxquelles elle est destinée.

Après ces quelques remarques jetées ici à la hâte et presque sans ordre, nous allons dire quelques mots de l'opération à laquelle doit être soumis l'enfant que nous devons opérer. Pour le moment nous pensons à lui couper les tendons d'Achille, obstacle principal au redressement de ses pieds. Il ne sera pas impossible que d'autres tendons ne méritent d'être coupés plus tard, car vous savez probablement que la ténotomie dans le traitement du pied-bot ne se borne pas toujours à la section du tendon d'Achille, mais souvent elle est étendue à d'autres tendons fléchisseurs ou extenseurs du pied, quand ceux-ci se trouvent dans un état de tension anormale et op-

(1) M. Piorry donne ce nom au procédé à l'aide duquel il reproduit sur le papier les dessins des organes tracés sur la peau avec le crayon dermographique. Nous consacrerons prochainement une petite note à l'exposition de ce procédé. Elle terminera ce qui nous reste à dire des leçons sur la *Plessimétrie*.

posent un obstacle autrement invincible au redressement du pied.

A la suite de ces sections tendineuses, le pied ou les pieds sont soumis pendant un certain temps à l'action d'appareils mécaniques destinés, pour ainsi dire, à compléter le traitement.

La section des tendons se fait maintenant par la méthode dite sous-cutanée, et on ne peut pas contester qu'elle présente beaucoup d'avantages sur la méthode ancienne, par laquelle on arrivait au tendon en faisant une large incision à la peau superposée. Mais est-il juste d'étendre cette ténotomie sous-cutanée à tous les cas, à toutes les affections pour lesquelles on a voulu dans ces derniers temps la faire servir ? Non certainement : c'est là, du reste, ce qui arrive aux idées les plus heureuses de notre esprit de vouloir leur donner une extension dont elles ne sont pas susceptibles, et on tombera ainsi par l'application pratique dans les fautes les plus graves.

Je crois que de cette manière la ténotomie sous-cutanée, appliquée à des parties autres que les tendons, a donné lieu à de graves malheurs, et qu'on ne saurait trop déplorer la témérité et l'audace brutale de ceux qui l'ont ainsi pratiquée. Je prétends en outre que, même pour les tendons, il y a des cas où la méthode sous-cutanée ne peut pas être employée sans danger, et il serait prudent de s'en abstenir. Ainsi la miotomie, appliquée au traitement du strabisme, est une conquête de la chirurgie moderne contre l'utilité de laquelle on ne pourra pas s'élever rationnellement, mais on a voulu la pratiquer par la méthode sous cutanée, en arrivant aux muscles de l'œil par un petit couteau qu'on glissait au dessous de la conjonctive. On l'a pratiquée a-t-on dit avec succès. Pourtant nous persistons à la regarder comme une opération mauvaise et dangereuse.

La myotomie, dans le traitement du torticoli, peut se pratiquer le plus souvent par la méthode sous-cutanée ; mais il y a des cas, où il serait imprudent de le faire. Supposez un cas semblable à celui qui s'est présenté dans ma pratique, et dans lequel il fallut couper le muscle sterno mastoïdien dans sa partie moyenne. Comment pourriez-vous exécuter sans danger cette incision ? Ainsi dans notre cas particulier nous avons commencé par mettre à nu le muscle à l'aide d'une incision sur la peau, et malgré cela nous éprouvâmes encore quelque difficulté à le couper convenablement.

Le tendon d'Achille peut être coupé de différentes manières. Il peut l'être par une cause accidentelle, telle qu'un couteau, une faux, ou tout autre instrument tranchant, qui, en même temps que le tendon, coupe l'enveloppe cutanée, ou par un petit couteau que l'art fait arriver jusqu'à lui à travers une petite ouverture latérale faite à la peau, ou enfin il peut être rompu par une violente extension quelconque. Il est bien évident que les résultats de ces différentes sortes de divisions du tendon seront différents.

Relativement au cas particulier qui nous occupe maintenant, nous procéderons comme aujourd'hui on procède dans cette circonstance ; nous ferons d'abord une petite ouverture à la peau, puis nous ferons arriver par cette ouverture un ténotome jusqu'au tendon, et nous le couperons à une certaine distance de son insertion sur le calcanéum.

Il y a deux manières de procéder dans cette section, c'est-à-dire en passant le ténotome au-dessous du tendon et en coupant celui-ci de la partie profonde vers la superficielle, ou en le faisant glisser entre la peau et le tendon, et en coupant vers la partie profonde. Les résultats peuvent être très beaux dans les deux procédés : quant à nous, nous préférons le second, et nous coupons par conséquent le tendon de la face cutanée vers la face profonde.

M. Roux procède immédiatement après à l'opération ténotomique des deux côtés. On applique ensuite l'appareil mécanique apte à maintenir les deux pieds dans la position normale autant qu'il était possible. Le petit malade a témoigné beaucoup de souffrance de cette application.

Nous avons vu le malade plusieurs fois à la suite de l'opération, et il nous parut que le résultat était assez bon ; les souffrances qu'il ressentait au commencement à cause de l'appareil, finirent par cesser, et tout faisait croire que les membres seraient redressés. Nous craignons seulement plus tard une reproduction incomplète de la difformité, si trop de bonne heure on soustrait les membres à l'action des appareils orthopédiques.

Pourriture d'hôpital développée sur une plaie chronique de la jambe. Traitement par le jus de citron et le chlore. Guérison.

Au n° 46 de la salle Ste-Marthe, nous avons un malade affecté d'une plaie chronique fistuleuse à la jambe gauche, venue à la suite d'un abcès on ne sait pas comment ; car le malade entra à l'hôpital avec sa fistule. Il était en traitement, lorsqu'il présenta tout à coup un accident sur lequel M. Roux a appelé l'attention.

A son entrée, la plaie était en partie couverte d'un morceau de peau dénudée et amincie ; on l'enleva, et on fit d'abord un pansement simple. Au bout de quelques jours de ce traitement, on vit la plaie prendre un mauvais aspect, et présenter une couche pseudo-membraneuse d'une couleur grisâtre, avec une grande sensibilité. Ce sont là, dit M. Roux, pour nous, les caractères de la pourriture d'hôpital. Cet accident est très rare aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris, à cause des réformes qu'on a introduites dans ces établissements sous le rapport de la propreté et des autres soins hygiéniques ; mais à une époque un peu plus reculée, elle était commune, et faisait beaucoup de victimes. C'est pour cela qu'il n'est pas rare de voir, de nos jours, des chirurgiens pleins de talents et de mérite qui, n'ayant jamais vu un cas véritable et bien authentique de pourriture d'hôpital, se trouveront assez embarrassés à la reconnaître, si elle se présente à leur observation ; car les livres donnent bien les caractères de cet accident, mais ne peuvent pas vous rendre la physionomie véritable de la maladie, qui ne se prend que sur la nature.

Le caractère principal et vraiment distinctif de cette fâcheuse complication des plaies, est cette matière grisâtre, visqueuse, qui, sous forme d'une fausse membrane, couvre la surface de la plaie et y adhère avec une certaine force ; car les frottements, même avec le doigt ou un linge, ne peuvent pas la détacher.

Dans cet accident morbide, il y a deux degrés à distinguer, dont l'un, naturellement, est beaucoup plus grave que l'autre.

Il y a une trentaine d'années environ qu'on n'a pas eu occasion de voir à Paris la pourriture d'hôpital vraiment épidémique ; et c'était principalement dans les hôpitaux qu'on l'observait, étant très rare en ville. En 1815, à l'époque des désastres essuyés par les armées françaises, et de l'envahissement de la France par les armées étrangères, les hôpitaux se remplirent de blessés, et la pourriture d'hôpital y régnait d'une manière épidémique, et y faisait des ravages effroyables.

En vous disant tout à l'heure qu'il y a des jeunes chirurgiens, très distingués d'ailleurs, qui n'ont pas encore pu s'en faire une idée exacte, je ne faisais que vous citer un fait très naturel. L'année dernière, en revenant d'un voyage que j'avais fait pour des raisons de santé, et en reprenant mon service, M. Denonvilliers, qui m'avait remplacé pendant mon absence, m'a dit avoir observé, dans cet intervalle de temps, quatre ou cinq cas de pourriture d'hôpital dans les salles. N'ayant pas vu les malades moi-même, je ne pus vraiment rien dire de positif ; pourtant je n'ai pas pu m'empêcher de lui dire que cela m'étonnait beaucoup, et que très probablement il s'était laissé imposer par l'aspect mauvais des plaies ; car il y a loin de cette apparence blafarde et sanieuse que prennent certaines plaies, et la véritable pourriture d'hôpital ; et encore aujourd'hui je persiste dans cette idée, malgré toute la bonne opinion que j'ai du mérite de ce jeune chirurgien.

Le degré le plus léger de la pourriture d'hôpital est celle qu'on appelle *sporadique* ; elle est un peu moins rare que l'*épidémique*, et dépend ordinairement d'un concours particulier de circonstances hygiéniques propres à la développer. Un fait qui se présenta à notre observation, dans la salle Sainte-Vierge de l'hôpital de la Charité, vous fera bien saisir ce que nous voulons dire. Dans un angle de cette salle, il y avait deux ou trois lits occupés très souvent par des individus avec plaies de différente nature. Chez eux on remarquait fréquemment la pourriture d'hôpital sporadique, malgré tous les soins qu'on leur donnait pour la prévenir. Dans cette partie de la salle il existait une espèce de fontaine, et des réservoirs destinés à recevoir tous les immondices de la salle ; il y avait donc un foyer permanent d'humidité et de fétidité ; il n'en fallait pas davantage, pour nous, pour y développer l'accident dont nous étions spectateur. Nous avons en effet fait éloigner cette cause, et comme par enchantement nous vîmes aussi l'effet disparaître. Depuis lors, cet endroit de la salle était aussi sain que partout ailleurs.

Il se présenterait ici une question d'une assez haute importance, savoir : si la pourriture d'hôpital est ou non contagieuse ? Sans entrer dans des détails à cet égard, nous vous dirons que nous n'avons pas une opinion bien arrêtée, malgré l'expérience et l'observation que nous pouvons avoir faites là-dessus ; les faits, pour nous, ne furent pas assez multipliés pour formuler un avis bien tranché. Néanmoins, l'occasion se présentant d'avoir à traiter des malades avec pourriture d'hôpital sporadique, nous ne manquerons pas d'employer toutes les précautions convenables pour empêcher toute transmission, tout en restant dans le doute sur la transmissibilité, pour ainsi dire, de cet accident morbide.

Quels sont les moyens efficaces contre cette fâcheuse complication des plaies ? On a employé les acides, le chlore, le quinquina, le cautère actuel, etc. Le moyen par excellence est certainement ce dernier, employé avec hardiesse ; on voit, sous son action, la plaie se débarrrasser de cette couche grisâtre et pseudo-membraneuse, se nettoyer et prendre un aspect favorable. Il n'est pourtant pas toujours nécessaire de recourir à ce moyen énergique ; le chlore et les acides suffisent dans le plus grand nombre des cas. Nous employons communément le jus de citron exprimé sur la plaie elle même, qu'on couvre ensuite avec de la charpie imbibé de chlore. C'est ce que nous allons employer sur notre malade.

Ces moyens, en effet, réussirent complétement, comme M. Roux l'avait prévu. Au bout de trois ou quatre jours de leur emploi, la plaie s'est nettoyée, elle changea entièrement d'apparence, devint rose et couverte de bourgeons de bonne nature, et tout faisait prévoir qu'elle marcherait rapidement vers sa cicatrisation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la Séance du 17 septembre 1844.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Deguise fils fait un rapport verbal sur le bulletin de la Société médico-pratique de Paris ; il ne signale de relatif à la chirurgie qu'un mémoire de M. Stéfani, intitulé : Considérations générales sur les tumeurs cancéreuses, dont il donne l'analyse.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication faite par M. Ricord dans la séance précédente.

M. Ricord, après avoir reproduit en peu de mots l'opération nouvelle qu'il propose de faire pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle, rapporte qu'il a pratiqué cette opération depuis la dernière séance, et que dans ce cas où l'affection occupait les deux tuniques vaginales, il fit d'un côté la suture enchevillée, et que de l'autre côté il se borna à une simple ponction, espérant que l'inflammation de l'une des tuniques vaginales se propagerait à l'autre, et qu'il en fut autrement : du côté opéré par la suture il y eut adhésion immédiate de la poche séreuse sans réaction inflammatoire appréciable, de l'autre côté il y eut récidive de l'épanchement. On fut vingt jours avant d'opérer de nouveau ; et ici, bien que les points de suture ne fussent laissés en place que pendant vingt-quatre heures, comme dans l'autre opération, il y eut une inflammation trop vive qui nécessita l'emploi de sangsues sur le trajet du cordon, et qui nonobstant ce moyen fut suivie d'un petit abcès dans la partie inférieure de la tunique vaginale.

M. Malgaigne regarde l'opération proposée par M. Ricord comme une imitation du procédé de M. Bonnet (de Lyon) pour la cure radicale de la hernie inguinale, et il se peut qu'elle ait été déjà proposée comme méthode curative de l'hydrocèle ; c'est un fait qu'il vérifiera. Il trouve en outre que cette opération a beaucoup d'analogie avec la méthode du séton anciennement employée, et à laquelle on a renoncé depuis longtemps à cause de l'inconvénient qu'elle a de ne produire d'inflammation adhésive de la tunique vaginale que dans des points trop limités de cette membrane, d'où résultaient des récidives.

M. Malgaigne dit avoir essayé plusieurs fois de traverser le collet des sacs herniaires avec des aiguilles, et n'avoir jamais vu ces sacs s'oblitérer après l'opération.

Le même membre dit avoir fait plusieurs fois l'opération de l'hydrocèle d'après le procédé de Kenderwood, qui consiste à exciser une portion de la tunique vaginale, que l'on attire avec des pinces au dehors de la petite plaie résultant de la ponction faite avec une lancette, dans la partie déclive des bourses. Ce procédé, dans lequel cependant on fait éprouver une perte de substance à la tunique vaginale, a toujours été infidèle. En définitive, M. Malgaigne, malgré les inconvénients attribués partout à l'injection vineuse, et malgré certains ulcères fistuleux qu'il a vus persister longtemps à la suite de la ponction des bourses, préfère la méthode par injection à l'opération proposée par M. Ricord.

M. Ricord ne voit aucune identité d'action entre son procédé et le procédé de seton. Dans l'opération qu'il propose, il y a application de la séreuse à elle-même, ce qui n'a pas lieu dans l'opération du séton ; et par suite de cette application, il n'y a pas d'exhalation séro-albumineuse ou séro-purulente possible dans la cavité vaginale, comme cela a encore lieu après toutes les opérations proposées avant la sienne. Répondant enfin à la crainte émise que l'inflammation déterminée par le séjour des fils soit trop faible et n'agisse que sur un point trop limité de la séreuse, il redoute au contraire que cette inflammation ne soit trop vive, et que des abcès n'en soient la suite plus souvent qu'il ne voudrait.

M. Robert croit que pour disposer les chirurgiens à adopter sa nouvelle opération, M. Ricord aurait dû apporter plus de faits en sa faveur, et surtout des faits plus anciennement observés ; car il a vu quelquefois des hydrocèles opérées par le vin récidiver après un temps plus long que celui auquel remonte la première opération pratiquée par M. Ricord. Il ne peut combattre cette opération que par des raisons théoriques ; mais la théorie fait présumer que la cure qu'elle doit procurer ne saurait être radicale ; car, en définitive, la plus grande portion de la tunique vaginale échappe à l'action du corps étranger qu'on emploie pour l'enflammer ; de plus, si elle soustrait l'opéré à l'imminence de quelques-uns des accidents signalés plus haut, elle l'expose à certains autres, tels que l'érysipèle et le phlegmon des bourses.

M. Robert, tout en louant les tentatives faites par M. Ricord, regarde la méthode par injection comme la méthode la plus sûre et la moins dangereuse ; et, si dans quelques cas elle n'a pas réussi, c'est que dans ces cas la tunique vaginale était dégénérée et qu'une autre opération était indiquée. Quant à la nature du liquide qu'on doit employer dans la méthode par injection, M. Robert n'est pas partisan de l'iode : il a vu des récidives chez des malades opérés par M. Velpeau, et lui-même qui a employé cette substance sur six malades, a vu deux récidives ; il ne croit pas que l'injection iodée soit sans inconvénient, et cite quelques expériences mentionnées dans une thèse soutenue récemment à l'école de médecine, qui prouvent que l'iode injecté dans certaines cavités closes et dans le tissu cellulaire a été résorbé et a déterminé des accidents d'empoisonnements manifestes. Il ne croit pas en outre que ces injections exposent moins que le vin à la gangrène des bourses quand elles sont faites dans le tissu cellulaire au lieu de l'être dans la cavité vaginale ; il sait que M. Jobert a vu pareil accident survenir en pareille circonstance, et pour lui il a vu une fois du vin poussé dans le tissu cellulaire des bourses ne déterminer outre chose qu'un abcès qui ne se manifesta qu'au bout de dix mois. Enfin il rapporte qu'une fois ayant fait, d'après le conseil qui en a été donné par M. Lisfranc, une ponction dans une bourse restée volumineuse après une opération d'hydrocèle par injection, il a vu des abcès être la suite de cette opération, et il condamne formellement cette pratique, bien qu'elle ait été approuvée par M. Ricord.

M. Vidal pense qu'il n'y a rien de mieux établi que l'efficacité du traitement de l'hydrocèle par la méthode qui consiste à injecter dans le kyste qu'on veut effacer un liquide (soit du vin, soit de la teinture d'iode diversement étendue). Il n'est donc pas possible d'ébranler cette méthode comme méthode générale. Elle est déjà assez ancienne ; elle subsistera toujours. Le moyen proposé par M. Ricord ne peut la remplacer dans la très grande majorité des cas ; tout ce qu'il y a à faire maintenant, c'est de bien observer les règles quand on fait l'injection ; si elle ne réussit pas, on peut en accuser presque toujours l'opérateur ou ses aides, ou bien une particularité dans la localité, dans l'organisme, qui fait que la réaction n'a pas été convenable ; mais il ne faut pas pour cela rejeter le moyen proposé par M. Ricord.

M. Vidal pense qu'il peut avoir une application heureuse dans les cas d'hydrocèle congéniale et dans les cas d'hydrocèle du sac herniaire. Hé bien ! dans ces cas, dit M. Vidal, je rejette l'injection quelle qu'elle soit ; car on a beau comprimer le canal inguinal, il peut arriver que le liquide passe dans l'abdomen, ce qui est une cause de péritonite. Il vaut mieux *alors traiter à sec* l'hydrocèle et employer la suture de M. Ricord.

M. Lenoir reproche à M. Ricord d'avoir exagéré les inconvénients de la méthode par injection, et de n'avoir pas assez tenu compte des améliorations qu'elle a subies dans ces derniers temps. Pour lui, depuis trois ans qu'il a adopté l'injection iodée, il a constaté que la douleur est beaucoup moins forte que quand il employait l'injection vineuse. Il a vu une fois de la solution d'iode injectée par mégarde dans le tissu cellulaire des bourses, ne déterminer aucun accident. Il a vu une fois aussi l'injection poussée dans la cavité vaginale, ne pouvoir en sortir, et cette injection être absorbée complétement au bout de trois mois, sans avoir produit aucun accident d'empoisonnement, comme quelques-uns des faits rapportés par M. Robert pouvaient le faire supposer. Enfin, il partage l'avis de M. Robert touchant le danger des ponctions faites sur une bourse restée volumineuse après l'injection. Dans ce cas, qu'il a rencontré deux fois, il n'y a pas de transparence, et il ne comprend pas qu'un chirurgien prudent ponctionne la bourse au risque de blesser le testicule.

Il croit que quand le liquide séro-albumineux épanché dans la tunique vaginale, à la suite de l'injection, ne se résorbe pas dans le laps de temps ordinaire, c'est que cette membrane est dans un état pathologique ; et si une opération convient dans ce cas, c'est évidemment l'incision ou l'excision, qu'il faut employer de préférence à l'injection.

M. Denonvilliers n'admet pas, avec M. Ricord, qu'il faille chercher des méthodes nouvelles tant que les méthodes anciennes ne donneront pas toujours des succès. Il n'y a pas d'opération de chirurgie qui réussisse toujours ; et dans l'opération de l'hydrocèle en particulier, il est persuadé que les insuccès tiennent bien plus souvent à l'opérateur qu'à la méthode opératoire. L'exécution de celle-ci est difficile et minutieuse ; elle exige une grande attention de la part du chirurgien et de ses aides, mais il n'est pas impossible de réaliser toutes les conditions nécessaires à son succès. Pour sa part, il a déjà fait trente fois l'injection vineuse de la tunique vaginale, et il n'a pas vu une seule fois des accidents en être la suite.

M. Michon adopte l'opération de M. Ricord, mais seulement comme

méthode exceptionnelle ; il ne croit pas, comme M. Vidal, qu'elle convienne spécialement dans les cas d'hydrocèle enkystée du cordon et dans celles qui sont formées par de vieux sacs herniaires, plus ou moins oblitérés à leurs collets, parce que ces hydrocèles guérissent souvent par les seules applications topiques et le repos, et ensuite parce qu'en déterminant par un moyen quelconque une inflammation dans un vieux sac herniaire, on n'est jamais sûr de ne pas voir cette inflammation se propager de proche en proche jusqu'à la grande cavité du péritoine. Dans l'opération de l'hydrocèle simple, il préfère l'injection vineuse à l'injection iodée, et dit que l'une ne détermine pas plus de douleur que l'autre ; il s'en est assuré en opérant une hydrocèle double par les deux liquides, et le patient n'a pas éprouvé de différence dans la souffrance qu'il a endurée. Après l'injection iodée, il a vu quelquefois des abcès se développer dans la tunique vaginale.

M. Ricord résume la discussion, et traçant le parallèle des avantages et des inconvénients de sa méthode et la méthode par ponction, suivie d'injection d'un liquide irritant dans la tunique vaginale, il persiste dans les conclusions de sa première communication.

— *M. Guersant* donne lecture d'une note relative à une ténotomie du jarret droit, qu'il a pratiquée pour remédier à une rétraction consécutive à une tumeur blanche du genou. L'enfant, sujet de cette observation, étant mort deux mois et demi après l'opération, par suite d'une méningite tuberculeuse, on a pu constater que déjà il y avait adhérence intime entre les tendons coupés et rétractés dans leurs gaines et le corps des muscles voisins de celle-ci. M. Guersant met sous les yeux de la Société la pièce anatomique qui montre ce fait dans toute son évidence.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er août 1844. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Chalus communique à la Société l'observation suivante :

Une petite fille âgée de six ans, et habitant Saint-Maur, fut mordue le 31 juillet dernier, à cinq heures du soir, par un chien de haute taille et de l'espèce appelée boule-dogue. La blessure fut faite à la partie moyenne de la lèvre inférieure : sa forme est longitudinale ; son étendue, de cinq centimètres en longueur, est de cinq millimètres en profondeur. En l'absence de M. Chalus, une personne de la commune cautérisa de suite avec le nitrate d'argent. Le lendemain, à cinq heures, notre confrère enleva l'eschare produite par l'application du nitrate, et cautérisa de nouveau très profondément avec un morceau de fer chauffé à blanc ; et pour tranquilliser les parents il prescrivit une légère décoction de fleurs de sureau, de bourrache et de scabieuse, avec addition de six gouttes d'ammoniaque pour chaque tasse à café de cette boisson, qui sera donnée chaude et édulcorée avec le sirop de capillaire.

Le chien, auteur de cet accident, ayant été tué immédiatement, a été ouvert trois heures après sa mort. Les vétérinaires d'Alfort, qui ont fait cette autopsie, ont prétendu avoir trouvé sur le cadavre du chien tous les signes caractéristiques de la rage.

M. Chalus se propose de suivre la petite malade, et de demander aux médecins vétérinaires une petite note des caractères nécroscopiqu'ils ont observés, afin de compléter l'observation.

— *M. Duhamel.* Madame M..., âgée de quarante ans à peu près, me fit demander pour des coliques qu'elle ressentait depuis huit à dix heures. Arrivé près d'elle, j'observai, en effet, des douleurs avec ténesme et envie de pousser, revenant toutes les deux ou trois minutes, comme il arrive dans les derniers moments de l'accouchement. Questionnée si elle n'était point grosse ; elle me répondit qu'elle ne le pensait point, puisqu'elle voyait régulièrement chaque mois quoiqu'en médiocre quantité.

Je touchai, et je rencontrai presqu'à la vulve le col utérin un peu gonflé ; entre ses lèvres tuméfiées, apparaissait un corps étranger de la consistance d'un polype vésiculaire. La malade n'a jamais eu de perte, seulement depuis deux ou trois mois un liquide sanieux et roussâtre s'écoule parfois par le vagin et l'oblige à se garnir. Elle se plaint aussi d'éprouver des besoins incessants d'uriner et d'aller à la garderobe ; elle dit même que si elle pouvait s'acquitter librement de ses fonctions, elle serait soulagée. Je constatai aussi par le toucher que l'utérus était développé comme dans une grossese de deux à trois mois. Derrière le col et à gauche, je trouvai une petite tumeur très molle, paraissant soulever le vagin ; la malade ne pouvait rester ni assise ni couchée.

Mon diagnostic fut incertain ; cependant pensant avoir affaire à un polype dont l'utérus cherchait à se débarrasser, n'étant pas édifié sur la nature de la tumeur que je sentais soulever le vagin derrière le col et à gauche, je fis prendre un bain et une potion narcotique qui calmèrent les accidents si bien que vingt-quatre heures s'étaient à peine écoulées, que la malade n'avait plus aucune envie de pousser, qu'elle avait uriné librement, et qu'elle avait été à la garderobe.

Le toucher me fit alors reconnaître que le col de l'utérus était remonté presqu'à sa place, et que le corps étranger que j'avais senti la veille, engagé entre les lèvres du museau de tanche, avait disparu. Pendant sept jours tout alla assez bien ; depuis trois jours même j'avais suspendu mes visites, lorsque la malade me fit demander de nouveau, parce qu'elle sentait une tumeur douloureuse dans la région hypogastrique et qu'elle avait de la peine à uriner.

Je pus en effet constater l'exactitude du dire de la malade, qui me parut avoir une distension considérable de la vessie, par l'urine qui ne coulait que par regorgement. Du reste, aucune envie de pousser, comme lors de la première visite. Le col de l'utérus était à sa place. Je sentis toujours le vagin soulevé en avant du côté gauche. Je me hâtai de sonder la malade, et je retirai de la vessie trois à quatre litres d'une urine claire et sans odeur.

Pendant trois jours je me bornai à vider la vessie toutes les vingt-quatre heures, dans l'espoir que cet organe reprendrait sa contractilité. Mais cet espoir étant déçu, je fis appliquer sur la région hypogastrique un très large vésicatoire, suivi de deux autres également très larges appliqués à la partie interne supérieure de chaque cuisse. Je n'obtins aucune amélioration. Il me revint alors à l'esprit que notre collègue, M. Guersant fils, communiqua il y a quelques années à la Société, les résultats de son expérimentation du seigle ergoté, administré dans le but d'exciter chez les vieillards de Bicêtre la contractilité de la vessie, pour la débarrasser du détritus résultant de la lithotritie ; j'administrai donc l'ergot à la dose de 2 grammes par jour en quatre doses. Je n'obtins aucun résultat. Je doublai alors la dose, et j'eus la satisfaction de voir la malade rendre d'abord à peu près un quart de la quantité d'urine que je retirais chaque jour de la vessie ; le lendemain plus de la moitié, le troisième jour les trois quarts, et enfin le quatrième jour je ne pratiquai plus le cathétérisme, parce que la vessie était vide. Une remarque singulière, c'est que la première fois que l'urine a été expulsée par la vessie, elle n'a pu l'être que la malade étant couchée. Actuellement et depuis quinze jours à peu près, la malade urine à volonté et dans toutes les positions. L'urine qui avait pris quelques jours après le cathétérisme une couleur louche et une odeur fétide, comme il arrive à l'urine des personnes atteintes de catarrhes vésicaux, a repris toutes ses qualités naturelles.

En rapportant cette observation, mon but a été de corroborer l'opinion des médecins qui pensent que l'ergot peut exciter la contraction d'organes musculeux autres que l'utérus, et d'engager mes confères à essayer ce moyen dans les cas de paralysie de la vessie.

Maintenant il me resterait à examiner ce que contient l'utérus et quelle est cette tumeur molle qu'on rencontre dans le vagin. La malade, qui a été bien pendant dix jours, a été prise de deux accès de fièvre intermittente qui l'ont obligée d'entrer à l'hôpital. Je dois à l'obligeance de notre très honorable président de l'avoir admise dans son service.

Voici les renseignements pris le 31 juillet à la Charité :

Dans les premiers jours de son séjour, la malade avait de la fièvre, qui est devenue continue avec douleurs dans la région hypogastrique, qui ont nécessité l'emploi de deux saignées et d'une ou deux applications de sangsues. Le toucher a fait aussi reconnaître une petite tumeur située dans la région que j'ai indiquée, et qui a fait penser à M. Fouquier qu'elle est située dans l'épaisseur du ligament large à gauche. L'utérus est aussi beaucoup plus développé que dans son état naturel.

Aujourd'hui les douleurs et la fièvre ont disparu, mais l'utérus a pris du développement, et depuis deux ou trois jours la femme croit sentir remuer. Au lieu d'un polype utérin ce serait donc un fœtus qui serait contenu dans la cavité de la matrice.

M. Tanchou. J'ai vu un instant la malade dont parle M. Duhamel, elle s'est présentée au Dispensaire, elle me dit qu'on lui avait dit qu'elle avait un polype ; je n'ai trouvé que le col abaissé et boursouflé ; il y avait dans la matrice une tumeur dans le côté gauche ; j'ai pensé que les efforts faits pour uriner avaient repoussé la matrice et amené le col en bas. Cette femme ne pouvait uriner que couchée ; je n'ai d'ailleurs vu cette femme qu'une fois et l'ai renvoyée à M. Duhamel.

M. Cheneau demande si la croyance à la grossesse se fonde sur des signes plus certains que la sensation des mouvements ressentie par la femme.

M. Duhamel. Je ne suis point édifié sur l'état de grossesse. On la croit enceinte de six mois ; l'élève interne croit même avoir senti à l'ombilic le fond de la matrice. Suivant moi, elle ne serait enceinte que de trois ou quatre mois.

M. Eguisier. L'état du col est important à constater. Dès les premiers temps de la grossesse ses lèvres s'entr'ouvent légèrement, et il se ramollit.

M. Duhamel. J'ai touché quelques femmes enceintes de quatre mois, et j'ai pu constater la vérité de ce que M. Dubois nous disait en 1822, que jusqu'à six mois le col ne bougeait pas.

M. Tanchou. Je m'inscris en faux contre cette assertion ; rien ne se passe dans le col utérin sans que le col ne s'en ressente.

M. Eguisier. Dans l'urine des femmes enceintes on voit s'élever à la surface une pellicule blanchâtre, graisseuse, qu'on nomme kestéine. Ce phénomène ne s'observe jamais dans l'urine des malades ou dans celle des femmes non enceintes.

M. Léger. Ce serait le cas d'expérimenter sur la femme dont nous a parlé M. Duhamel.

M. Tanchou. Je me suis livré avec M. Eguisier, à mon dispensaire, à de nombreuses expériences ; elles ont toutes été concluantes.

M. Serrurier. A quelle époque de la grossesse cette kestéine se manifeste-t-elle ?

M. Tanchou. J'ai pu constater sa présence dès le quinzième jour. M. Moret m'amena une dame qui portait une tumeur au sein. J'examinai l'urine de cette dame et je lui dis avant son départ pour les eaux de Dieppe : Vous êtes enceinte. A son retour, c'était incontestable. C'est donc un fait acquis à la science, et ce signe, joint à d'autres, peut faire pronostiquer d'une manière certaine l'état de grossesse.

M. Sterlin. Je dis plus, si, comme vous le prétendez, ce phénomène ne se rencontre que dans l'urine des femmes grosses et jamais dans celle des filles non enceintes ou celle des autres malades ce signe isolé peut suffire.

— *M. Guillon* présente à la Société un malade qu'il a lithotritié au moyen d'un instrument perfectionné par lui. Cet instrument peut, en une seule séance, faire ce que d'autres ne feraient qu'en cinq ou six séances. On peut à volonté retirer l'instrument contenant le détritus, ou le pousser dans la vessie. Dans ce premier cas il y a quelque peu de fièvre, du déchirement, jamais dans le second cas. Chez le malade présenté, et qui a été opéré en présence d'une commission nommée par l'Académie des sciences, un des commissaires demanda que l'instrument fût retiré plein, aussi survint il de la fièvre. A la seconde séance, qui eut lieu en présence d'une commission nommée par l'Académie de médecine, comme il restait fort peu de chose dans la vessie, l'instrument fut retiré plein, mais le malade n'éprouva point de déchirements ; il ne survint point de fièvre et le malade put aller le lendemain à pied de la rue de Ponthieu au Temple, et faire ainsi près de quatre kilomètres.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, Charles MASSON.

NOUVELLES.

M. Fouquier et M. Pasquier fils accompagnent le roi dans son voyage en Angleterre.

— Un riche négociant de Barcelone, don José Xifré, vient de donner à l'ayuntamento de cette ville une somme de 200,000 douros (un million de francs) pour la fondation d'un hôpital de deux cents lits. M. Xifré s'est encore engagé à payer tous les ans une rente destinée à l'entretien de l'établissement. M. Xifré est jeune encore ; pendant longtemps il pourra jouir des témoignages de gratitude que lui vaudra son humanité.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 8 OCTOBRE 1844 (17e ANNÉE.) N°. 118. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Pneumo-thorax chez un sujet affecté de phthisie pulmonaire. Mort. Quelques considérations sur cette maladie dans l'enfance

Au n° 16 de la salle Sainte-Catherine fut couchée une fille de neuf ans et demi, d'une constitution assez faible, lymphatique, d'une assez mauvaise santé.

Vaccinée, non variolée, elle eut la rougeole il y a un an environ; rougeole à la suite de laquelle elle est restée sujette à une toux sèche d'abord, fréquente, puis accompagnée d'une expectoration abondante. Elle ne se rappelle pas avoir eu de point de côté, et avoir craché du sang. Elle ne se plaint dans le moment actuel que d'une gêne de la respiration assez considérable, et d'une toux presque continuelle qui la fatigue beaucoup.

Voici l'état qu'elle présente au moment de la visite. Pâleur générale de la peau du corps entier et du visage, sauf un peu de rougeur des pommettes. Pouls à 96, petit, peu développé, régulier. Respiration assez gênée pour que la malade soit souvent obligée de rester à son séant dans son lit, ou du moins de coucher la tête très élevée. Peau chaude, sudorale; les yeux brillants. La résonnance est assez bonne en avant des deux côtés, un peu plus obscure cependant au sommet à gauche. Respiration assez bonne aussi en avant dans les deux tiers inférieurs de chaque côté, faible à droite au sommet; presque nulle à gauche, et remplacée par des ronflements et des sifflements isochrones aux mouvements respiratoires. Matité précordiale normale, bruits et battements du cœur un peu secs et rudes, sans souffle.

En arrière résonnance bonne, ainsi que la respiration, dans toute l'étendue du côté droit. A gauche, résonnance faible dans la moitié supérieure, assez bonne dans la moitié inférieure. Respiration assez bonne en bas, mêlée en haut de râle muqueux à grosses bulles; tintement métallique peu distinct, mais expiration amphorique bien manifeste; le bruit inspiratoire manque presque complétement, dans les points où l'on entend le souffle amphorique. Expectoration abondante, mucoso-purulente, adhérente au vase. Amaigrissement général du sujet. Langue humide, blanchâtre; anorexie; soif assez vive. Ventre insensible à la pression. Ni diarrhée, ni constipation. — Deux bouillons; lichen coupé avec du lait. Cataplasmes aux jambes, le soir.

Pendant les dix ou douze premiers jours, l'état de la jeune malade reste le même, à peu de chose près; mais le douzième jour, après des quintes de toux très violentes, suivies d'une expectoration puriforme assez abondante, on put noter à la partie supérieure du côté gauche, en avant, un gargouillement assez fort, accompagné de sifflements pendant l'inspiration. En arrière persistance des mêmes phénomènes notés plus haut, avec augmentation de la respiration amphorique. Faiblesse extrême de l'enfant. Pouls toujours à 96-100. — Mêmes prescriptions; un demi looch avec 15 grammes de sirop diacode.

Le 18, la matité est beaucoup plus considérable dans le côté gauche, dans presque toute l'étendue duquel on la constate. Absence du murmure vésiculaire; respiration amphorique à la partie postérieure. Tintement métallique assez prononcé, surtout en bas. Dyspnée extrême, assez forte pour empêcher la malade de se coucher horizontalement. Pouls à 108, petit, peu développé. La diarrhée s'est déclarée depuis trois jours, et n'a pu être arrêtée par aucun moyen.

L'enfant succombe dans la nuit.

Autopsie cadavérique. — A l'ouverture de la poitrine, on constate l'existence d'adhérences nombreuses entre la plèvre costale et la plèvre pariétale du côté gauche. Le poumon droit sans adhérences, si ce n'est au sommet en arrière, est sain dans ses deux tiers inférieurs, et présente dans son tiers supérieur des tubercules nombreux commençant à être ramollis, mais sans cavernes. Quelques-uns sont encore à l'état de crudité.

A la partie inférieure et postérieure de la cavité pleurale droite, on trouve une quantité de liquide séro-purulent que l'on peut évaluer à 150 grammes environ. Ce liquide est un peu grumeleux; formé en partie de pus tuberculeux mal lié; la sérosité un peu roussâtre. En arrière il n'existe presque pas d'adhérences ou du moins elles sont lâches, et le poumon semble avoir été, soit par la présence du liquide, soit par celle de l'air, refoulé loin de la plèvre costale. Le poumon gauche sain dans sa moitié inférieure, ou seulement un peu engoué, est farci dans sa moitié supérieure de tubercules crus et ramollis; des incisions pratiquées dans son tissu font apercevoir deux cavernes, dont la plus spacieuse pourrait contenir un gros œuf de pigeon. La face postérieure du poumon présente une petite ouverture fistuleuse, étroite, évidemment formée par un tubercule superficiel ramolli.

Les autres appareils n'offrent rien de particulier à noter, si ce n'est une rougeur assez vive de la membrane muqueuse du gros intestin.

— Cette observation est assez curieuse sous le rapport de la perforation pulmonaire survenue très probablement à la suite du ramollissement d'un tubercule pulmonaire superficiel, disposition la plus commune, du reste, dans les cas de pneumo-thorax. Il est excessivement rare que chez les sujets affectés de pneumo-thorax on ne constate pas cette perforation pulmonaire. Cependant, comme nous le verrons plus bas, on l'a quelquefois rencontrée dans des cas où l'autopsie faite avec le plus grand soin n'a permis de constater aucune lésion de ce genre. Lorsque la perforation est la suite de la phthisie pulmonaire, son siége, dans le plus grand nombre des faits, a été rencontré, comme ici, au sommet du poumon, ce qui s'explique par le rapport qu'elle affecte avec l'affection tuberculeuse. C'est ordinairement vers le sommet que cette affection débute, et qu'elle a son siége principal. Ce n'est que par une exception très rare que l'on rencontre des tubercules à la base ou à la partie moyenne du poumon sans qu'il y en ait au sommet, tandis qu'il est assez fréquent de voir la moitié supérieure, et le sommet en particulier, être le siége exclusif des tubercules pulmonaires.

Lorsque la perforation a existé pendant la vie, et nous venons de dire que c'était là ce qui arrivait le plus souvent, on la constate aussi après la mort; rarement elle se referme et se cicatrise. Quant au diamètre de l'ouverture, il peut varier depuis celui d'un pertuis fistuleux jusqu'à deux et même trois centimètres. Entre ces deux degrés extrêmes, tous les degrés intermédiaires sont possibles. Tantôt la perforation se rend immédiatement dans une caverne, tantôt ce n'est qu'après un trajet de plusieurs centimètres qu'on trouve la cavité à laquelle elle aboutit. Cependant, la première de ces circonstances est la plus commune.

Lorsque la perforation est oblitérée, c'est, dans la plupart des cas, par une fausse membrane. La cicatrisation de l'ouverture est excessivement rare; l'exsudation pseudo membraneuse plus ou moins épaisse qui se produit, supprime la communication de la cavité tuberculeuse avec la plèvre. Dans quelques cas curieux, on voit la fausse membrane, libre par une de ses extrémités, et flottante par l'autre, faire l'office d'une soupape, d'une valvule, qui s'abaisse pendant l'inspiration se relève pendant l'expiration, permettant l'entrée de l'air dans les plèvres, mais s'opposant à sa sortie. Lorsque l'occlusion s'est faite par l'adhérence intime des deux plèvres au moyen de fausses membranes parfaitement organisées et solides, elle est définitive; tandis que dans les autres cas, elle n'est que temporaire assez souvent.

Dans la phthisie pulmonaire, la perforation aboutit toujours à une caverne ou à un foyer tuberculeux. Les dimensions de la caverne peuvent être très variables. On a vu quelquefois un seul tubercule isolé et fort petit, ulcérer le poumon et la plèvre, et donner naissance à un pneumo-thorax. Dans ces cas, il est rare de ne point rencontrer dans la plèvre un épanchement séro-purulent ayant quelque ressemblance avec le pus tuberculeux. Cet épanchement explique la production du tintement métallique que détermine le frôlement de l'air à la surface du liquide.

Lorsque le pneumo-thorax existe dans la phthisie, et qu'on le trouve à gauche, très souvent on observe des tubercules à droite et à gauche; cette circonstance s'est rencontrée chez le sujet dont nous avons rapporté l'observation détaillée ci-dessus. La perforation a lieu plus souvent à gauche qu'à droite, ce que l'on doit rapporter à la rapidité plus grande ordinairement à gauche qu'à droite, de la marche de la phthisie pulmonaire. Le plus souvent aussi, il n'existe qu'une seule perforation, bien que plusieurs cavernes superficielles existent et semblent présenter les mêmes conditions.

Le pneumo-thorax peut être déterminé par l'ouverture d'un abcès dans la plèvre. Ce fait d'un abcès du poumon s'ouvrant dans la plèvre et non dans les bronches est rare, et ne doit point nous occuper ici, bien qu'il ait été constaté plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte.

Nous avons dit plus haut qu'il peut y avoir pneumo-thorax

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le feuilleton Juif errant.

Anne, ma sœur Anne, ne vois-tu rien venir?... Ainsi pouvait chanter le pauvre feuilleton pendant toute cette triste semaine, où il a été réduit à la portion la plus congrue. Quelle pénurie! quelle misère! Et que vous êtes donc ennuyeux, chers confrères, quand vous êtes si sages! Me voilà arrivé au délai fatal, ma lampe brûle, mes feuillets immaculés attendent la plume, celle-ci s'imbibe d'encre, je suis sous les armes, j'attends l'inspiration..... et rien n'arrive. C'est fort triste. Le feuilleton devrait-il ainsi souffrir des vacances? Lui à qui une voix impitoyable, comme au Juif errant, crie sans cesse: Marche! marche! marche! — Et où voulez-vous donc, seigneur et maître, qu'il porte ses pas? — Voyons, que fait-on à l'Institut? — De cet auguste aréopage une seule section est justiciable du feuilleton; c'est la section de médecine et de chirurgie, et celle-là, vous le savez, je vous l'ai dit, est en perpétuelles vacances. La dynastie des Pingard s'éteindra, ce qui serait fort regrettable, avant que cette fortunée section ait donné le plus mince signe d'agitation. Des six membres dont elle se compose, quatre sont absents; seuls M. Velpeau et M. Serres viennent hebdomadairement s'asseoir sur le fauteuil académique; ce qui me paraît bien courageux et bien exemplaire, sans doute. M. Velpeau, qui n'aime ni les champs, ni les forêts, ni les montagnes, ni les eaux, et qui me répondait, un jour que je lui vantais les douceurs de la campagne: Les arbres parlent-ils? M. Serres, dont le zèle peut au moins se rafraîchir sous les marronniers du Jardin-des-Plantes, voisins de sa demeure. N'attendez donc rien de ce côté, à moins de quelque phénomène imprévu qui imprimât un mouvement quelconque à cette section depuis long-temps classée par M. Duméril dans la famille des tardigrades. Je pourrais bien, à la vérité, vous raconter la grande colère de M. Thénard contre l'arsenic normal, et le singulier dialogue qui eut lieu lundi dernier entre ce célèbre chimiste et M. Arago à ce sujet; mais tout ce qui sent l'arsenic me fait une peur effroyable: normal ou non, je le respecte, car il me semble voir que de ceux qui y touchent un grand nombre en est incommodé, et que quelques-uns même en périssent. A moins de force majeure, je ne toucherai jamais à l'arsenic. Aussi je n'approuve pas le moins du monde la substitution que voudrait opérer M. Boudin dans la thérapeutique des fièvres intermittentes. Quoi! vous avez un médicament précieux, héroïque, spécifique, autant que cela puisse se dire du sulfate de quinine, et vous voudriez le remplacer par une diabolique drogue, dont quelques centigrammes avalés par erreur peuvent tuer un homme! Mais le sulfate de quinine est fort cher, dit-on; et la vie d'un homme est-elle donc moins chère?.. — Ne vous échappez pas par la tangente, il s'agit du feuilleton et non d'une dissertation thérapeutique; puisque vous n'avez rien à l'Institut, conduisez-nous à l'Académie de médecine — Egale misère, car que voulez-vous que je dise de l'allocution de ce brave et hippocratique M. Castel, qui trouve la doctrine de Charles Bell une absurdité et une mystification? Ce propos un peu leste, comme a dit M. Londe, a suscité une protestation de la part de MM. Blandin et Velpeau, qui ont accusé leur respectable collègue de vivre rétrospectivement de cent ans en arrière. Je rends plus de justice à la philosophie médicale de M. Castel, elle ne me semble appartenir à aucun âge, à aucune époque, à aucune école; elle est bien sienne, et parfaitement originale dans toute l'acception du mot. Et quelle hardiesse, quelle témérité dans la forme! Quel autre que M. Castel aurait osé, sans craindre d'être précipité du haut de la tribune, dire en face à toute une Académie de médecine cette phrase qui doit rester dans les annales de la compagnie: «Il me serait bien agréable, avant de mourir, de vous faire tous médecins!» J'avoue que Mirabeau, dans sa fameuse réponse à M. de Dreux-Brézé, n'apparaît ni si audacieux, ni plus sublime. Et cependant cette phrase qui dans toute autre bouche eût soulevé le plus violent orage, n'a excité qu'un intarissable rire, dont le véhément orateur a paru déconcerté. Il courait après le martyre, il n'a rencontré que l'hilarité; c'est fort humiliant. S'attendre tout au moins à être lapidé et ne recevoir que des pommes cuites, il y a là de quoi donner sa démission de réformateur médical. — Et ce point noir que vous nous annonciez à l'horizon du prix d'Argenteuil, il n'a donc pas crevé? — Doucement, vous allez trop vite. Nous sommes en automne, presque en hiver, et les orages ne se forment pas si vite que pendant la canicule. Mais ce point noir grossit, les nuages s'amoncellent, le ciel de ce côté brunit de plus en plus, voilà tout ce que j'en puis dire, et qui vivra verra. A ce sujet, j'ai une réparation à faire à M. Villeneuve, et je la fais sans hésiter. Pourquoi, disaient les concurrents, et aussi plusieurs membres de l'Academie, et moi-même après eux, pourquoi avoir nommé cet honorable accoucheur membre d'une pareille commission? pourquoi, messieurs? Parce que, sans lui, cette commission serait inutile; parce que c'est lui qui l'a rendue nécessaire; parce que, médecin du marquis d'Argenteuil, c'est lui qui encouragea son noble et riche client, qui l'excita peut-être à fonder le prix dont il s'agit, et qu'il était très juste, très convenable que l'Académie lui en témoignât de cette façon sa gratitude et ses remercîments. J'ai appris tout cela depuis mon dernier feuilleton, et je m'empresse de le dire, parce qu'en tout il faut être équitable. — Quoi! plus rien de nouveau du côté de la rue de Poitiers? — Plus rien; j'ai beau secouer le sac, rien n'en sort plus, si ce n'est un cri plaintif attribué à M. Mérat, qui se lamente, dit-on, lui trésorier, lui dispensateur économe et même un peu avare des fonds académiques, d'avoir été éliminé de la commission d'Argenteuil. Gare au jour de la distribution! J'avertis d'avance le vainqueur que le *bon à toucher* ne sera pas facile à arracher; règle générale, les culottes de velours s'usent plus vite que la rancune d'un trésorier. (Cet aphorisme, complétement inédit, ne se trouve dans aucune édition d'Hippocrate.) — Alors, passez un peu du côté de la Faculté, et dites-nous ce qui s'y fait. — Mais vous oubliez donc que, pour mon malheur, nous sommes en vacances? A la Faculté, aussitôt qu'a sonné la dernière heure du mois d'août, professeurs et élèves, comme une nichée d'oiseaux long-temps tenus en cache, prennent leur volée et fuient à tire d'aile le noir et vieux quartier des Cordeliers. Aussi, à cette heure, quel silence et quelle solitude depuis le quai des Augustins jusqu'à l'Estrapade! L'amphithéâtre est muet, muette *la Chaumière*, ces deux termes où se

ans perforation du poumon. Quoique les faits de cette espèce ne se rencontrent pas fréquemment, il est maintenant hors de doute qu'ils existent, et la science n'a jusqu'à présent pu en donner que des explications vagues et peu satisfaisantes.

Quelles qu'aient été les causes du pneumo-thorax, il est un certain nombre de caractères anatomiques communs que l'on constate dans tous les cas. Le côté malade est ordinairement dilaté, et donne à la percussion un son caverneux. La plèvre contient toujours une certaine quantité d'air mélangé le plus souvent à un liquide plus ou moins abondant, et consistant habituellement en une sérosité sanieuse ou purulente, analogue à celui que l'on rencontre dans les maladies qui produisent l'épanchement, la pleurésie, la gangrène, l'hémorrhagie. Il est peu commun de ne trouver que de l'air et des fausses membranes. La paroi thoracique une fois enlevée, on voit le poumon plus ou moins éloigné des parois costales, et refoulé soit partiellement, soit totalement. Dans les cas où, comme chez l'enfant dont nous parlons, il existe des adhérences dans un point du poumon, l'organe est refoulé contre la paroi qui présente ces adhérences. Enfin, et pour finir ce que nous avions à dire des altérations anatomiques du pneumo-thorax, il nous reste à examiner l'état du poumon.

Lorsque l'air pénètre dans la cavité de la plèvre, le poumon s'affaisse de lui-même, et si la quantité de gaz est un peu considérable, il est comprimé. Si cette quantité est telle que les parois thoraciques soient fortement distendues, le poumon n'est plus perméable à l'air que dans les grosses bronches, et il est souvent réduit à un si petit volume, qu'il n'est plus susceptible de se laisser dilater par la respiration.

La compression du poumon, dit un jeune auteur auquel on doit de précieux travaux sur ce sujet, peut être divisée en trois degrés : 1° tantôt la quantité d'air est assez considérable pour que l'on distingue encore facilement le bruit respiratoire, qui cependant présente une modification occasionnée par l'interposition du gaz entre sa surface et les parois thoraciques ; 2° bientôt la compression est d'une force telle que la respiration est bronchique, mais peut être entendue également avec une modification ; tantôt enfin, il n'existe plus de respiration bronchique ou autre. Remarquons en passant que la compression du poumon porte par contre-coup sur les parois des cavernes, s'il en existe, et les affaisse également.

Le volume du poumon dépend du degré de compression auquel il est soumis et de son état particulier. Tantôt il est à peine diminué, parce que la compression est légère ou même n'existe pas, ou bien parce qu'il est induré ou adhérent en plusieurs sens ; tantôt, il est tellement revenu sur lui-même qu'on en trouve à peine des traces : dans ce dernier cas il est ordinairement sain, et cette condition est nécessaire, car sans elle on conçoit facilement que le parenchyme résisterait à la compression exercée sur lui par l'air et les liquides de la plèvre.

Les causes du pneumo-thorax sont nombreuses. Dans la très grande majorité des cas, cette affection n'est que le résultat d'autres maladies, de telle sorte que ces maladies peuvent être considérées comme des causes prédisposantes d'un épanchement de gaz dans la poitrine ; la perforation du poumon, comme une cause déterminante, et la circonstance qui amène cette perforation comme une cause occasionnelle.

Pour quelques auteurs, MM. Rilliet et Barthez entre autres, il n'y a pas de pneumo-thorax qui n'ait été précédé de la perforation du poumon, et dans les cas où cette perforation n'a pu être constatée, ils sont portés à croire qu'elle avait existé pendant la vie, et que l'ouverture en aura été oblitérée par une cause quelconque. Quant à l'influence de l'âge, du sexe, de la constitution, on conçoit qu'elle doit être grande, en tant que favorisant le développement des affections à la suite desquelles peut survenir le pneumo-thorax. Par exemple, les abcès du poumon, assez rares chez l'adulte, sont assez fréquemment la suite de la pneumonie lobulaire, forme presque exclusivement particulière à l'enfance.

La cause occasionnelle du pneumo-thorax n'est que fort rarement apparente et appréciable ; le plus souvent la rupture de la plèvre n'est que le résultat de l'entière destruction des tissus par une inflammation ulcérative ; cependant il est possible que certaines causes, l'accumulation du liquide bronchique, une forte quinte de toux, un effort, accélèrent le résultat nécessaire de la lésion du poumon.

L'invasion du pneumo-thorax est ordinairement caractérisée par une violente douleur et une dyspnée très forte qui survient tout à coup. Chez notre sujet, nous n'avons pu observer ce phénomène, le pneumo-thorax existant déjà au moment de l'entrée de la malade et n'ayant fait qu'augmenter d'intensité pendant son séjour à l'hôpital. La douleur et la dyspnée ne doivent cependant pas être prises en trop sérieuse considération. La douleur appartient surtout à la perforation ; celle-ci étant le résultat de la phlegmasie de la plèvre, occasionnée par la déchirure de cette membrane. L'action de l'air sur la plèvre étant à peu près nulle, on ne pourrait attribuer une douleur un peu vive à un simple épanchement pulmonaire. Quant à la dispnée, elle est commune à la perforation et au pneumo-thorax. Dans le premier cas, elle reconnaît pour cause l'inflammation de la plèvre ; dans le second, elle est le résultat de la compression du poumon par l'air épanché dans la cavité séreuse. Le décubitus varie beaucoup ; mais rarement il est le même que dans l'état normal. Souvent, comme dans l'observation précédente, le malade est forcé de se tenir à son séant, pour respirer plus librement, surtout quand une affection chronique organique de l'appareil respiratoire empêche l'organe entier de remplir normalement ses fonctions. Loin d'être diminuée par le fait de la perforation pulmonaire, l'expectoration, ou reste la même, ou augmente même sensiblement, et surtout même dans les cas où le pneumo-thorax complique une pleurésie antérieure ; elle peut être un moyen de diagnostic, et devenir la preuve certaine d'une communication établie entre la plèvre et le poumon.

(La fin à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Accidents pernicieux. Mort prompte. Diagnostic douteux.

Le 17 juillet 1844, est entré un homme âgé de trente ans, domestique dans un hôtel garni, habitant Paris depuis trois ans, d'une bonne santé habituelle, et n'ayant fait que cinq jours d'hôpital pendant toute la durée de son service militaire, qui a été de cinq ans. Sa nourriture était excellente. Sa maladie a débuté le 13 par une douleur violente dans la région lombaire, et par de la céphalalgie.

Le 16, il s'alita, prit l'émétique et eut plusieurs vomissements.

Le 17, il eut une épistaxis pendant la nuit, et poussa des cris continuels.

Le 18, à la visite, le malade offre l'état suivant: Jactitation, anxiété extrême, impossibilité de garder un seul instant la même position ; les cris, qui ont duré toute la nuit, persistent ce matin ; ils paraissent uniquement occasionnés par une douleur lombaire qui a marqué le début du mal, est aujourd'hui à son maximum, et qui n'augmente pas par la pression. L'intelligence est bien présente ; il n'y a pas de délire ; température de la peau peu élevée ; pouls à 84 ; 72 respirations ; face grimaçante, crispée par la douleur, empreinte d'une rougeur vive et rosée, sans éruption appréciable ; hémorrhagie de presque toute la conjonctive oculaire droite ; rougeur uniforme de la peau ; apparition sur le ventre et la partie supérieure des cuisses, de petites taches papuleuses, dont huit à dix sont surmontées de vésicules ombiliquées semblables à celles d'une variole commençante.

Sept à huit larges ecchymoses violacées à la base et vers le côté gauche de la poitrine.

Rien sur les bras, qui offrent une cicatrice de vaccine douteuse.

Langue couverte d'un enduit jaunâtre ; ventre indolent, fortement contracté par la douleur lombaire ; pas de nausées ni de vomissements ; pas de selles. — Saignée générale de 4 palettes ; ventouses scarifiées sur la région lombaire.

La saignée est pratiquée pendant la visite même ; le malade paraît immédiatement soulagé ; il crie moins ; il reste plus tranquille. Dans la soirée, M. Monneret revient le voir. La rougeur de la face et du tronc s'était entièrement dissipée ; il n'y avait pas de nouvelles pustules de variole. Celles qu'on avait observées le matin étaient remplacées par des ecchymoses de la grosseur d'une lentille, et d'autres pétéchies plus petites étaient disséminées autour d'elles. Il existait des myriades de pétéchies sur le cou et les avant-bras. La partie antérieure du tronc, les cuisses et les jambes, étaient rouges comme l'avait été la face le matin, mais n'offraient ni papules, ni ecchymoses, ni pétéchies. L'intelligence était présente. Les douleurs lombaires et les cris, qui étaient apaisés depuis la saignée, n'ont pas reparus. Il y avait eu une légère épistaxis. L'intelligence est restée parfaitement intacte jusqu'à la mort.

Le sang, analysé par M. Routier, interne du service, a donné les résultats suivants : fibrine, 0,905 ; eau 795 244 ; globules, 121,701 ; matériaux solides, 83,465. — On administra une potion composée de camphre, d'éther et d'extrait de quinquina, mais inutilement. car le malade mourut le même jour, à quatre heures et demie du soir, avec sa pleine connaissance.

Autopsie le 20 juillet, quarante heures après la mort.

La putréfaction est très avancée ; l'épiderme s'enlève de tout le corps, et l'abdomen est verdâtre, ainsi que le visage.

Tête. Il est impossible d'apprécier l'état du cerveau, dont la substance est réduite en bouillie.

Poitrine. Au sommet du poumon gauche, entre cet organe et la plèvre, existe une hémorrhagie peu considérable. Une hémorhagie semblable s'observe à la partie externe du lobe supérieur du poumon droit. Les poumons sont sains et non engoués. On ne trouve ailleurs aucune ecchymose sous-pleurale.

Le péricarde contient une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Le cœur est flasque, ramolli, les cavités en sont vides.

Abdomen. Au-dessus du grand cul-de-sac de l'estomac, existe un épanchement de sang ; entre les tuniques séreuse et celluleuse dans la portion supérieure de l'intestin grêle, qui offre des plaques saillantes, visibles, se trouve une ulcération arrondie, comprenant à peine la muqueuse. Toutes les plaques de Peyer sont visibles, mais ne forment pas de relief bien prononcé. Elles sont entremêlées aux glandes de Brunner saillantes. Il n'y a aucune injection anormale. Les ganglions du mésentère sont atrophiés.

Le foie est pâle.

La rate a trois fois son volume ; elle est en bouillie.

Les reins sont en putréfaction.

— Quelle est la nature de cette maladie, qui par sa marche rapide, et en quelque sorte foudroyante, a constitué l'affection la plus aiguë que l'on puisse concevoir. Est-ce un purpura? Evidemment, non. Le purpura, même dans sa forme la plus active, ne tue pas en quelques heures, à moins qu'il ne survienne des hémorrhagies considérables par un ou plusieurs points de l'économie. Il n'y a pas non plus de douleurs lombaires déchirantes, et qui arrachent des cris au malade. Dans le purpura le plus aigu, les phénomènes typhoïdes sont excessivement prononcés ; il y a de la prostration et un état ataxo-adynamique très marqué ; rien de semblable n'a été observé chez le sujet dont il est question. Sa peau, et surtout celle du visage, du cou et des cuisses, présentait une rougeur papuleuse que l'on n'observe pas dans le purpura. Le siége des ecchymoses établissait aussi une différence entre cette dernière maladie et celle dont a été frappé le malade. En effet, dans le purpura, les taches pourprées occupent principalement les membres, et surtout les membres inférieurs.

Etait-ce une fièvre typhoïde ordinaire ? Cela n'est pas probable. On ne trouve pas, dans cette affection, lors même qu'elle parcourt ses périodes avec une grande rapidité, ces larges ecchymoses et cette absence des autres signes propres à la fièvre typhoïde. Cependant, nous devons faire remarquer qu'il y avait eu pendant la vie une ou deux épistaxis peu abondantes, et qu'à l'autopsie la rate fut trouvée hypertrophiée ; que les glandes du mésentère étaient plus grosses que dans l'état normal, et quelques plaques de Peyer développées, en sorte que l'on pourrait soutenir, à la rigueur, que c'était une

---

rencontre inévitablement ce charmant et joyeux produit de la création qui a nom l'*étudiant*. La Faculté est triste, déserte, abandonnée ; il n'y a pas à y glaner le plus mince fétu. Un ancien professeur de cette Ecole, un homme bon, modeste, ami des élèves pour lesquels il était plein de zèle, d'aménité et de bienveillance, un homme complétement inoffensif et qui n'eut d'autre tort que de devoir sa place aux rancunes de M. de Corbière, M. Clarion vient de mourir presque oublié de cette Faculté d'où la révolution de Juillet l'avait éliminé. La génération médicale à laquelle j'appartiens conservera un souvenir qui n'est pas sans charme pour ce brave et digne professeur faisant avec une bonhomie sans égale, mais affublé constamment de sa robe et du bonnet carré, la description de la jusquiame ou de la belladone ; examinateur plein de bonté, soufflant la réponse à un élève embarrassé, et mettant toujours dans l'urne la boule la plus blanche. Une perte plus cruelle, car elle était moins prévue et elle a frappé dans la force de l'âge un homme plein d'avenir, est celle de M. Dalmas, médecin dont cette école était fière à juste titre, à laquelle il appartint comme agrégé et dans laquelle il aurait à coup sûr obtenu une chaire si une triste et cruelle infirmité n'était venue briser sa carrière et lui fermer la porte de l'enseignement et de la pratique. Triste, abattu, découragé, Dalmas, depuis plusieurs années, ne menait plus qu'une vie languissante qui s'est éteinte dans les souffrances d'une affection cérébrale. On lui doit quelques bons articles de journaux et une coopération active à des publications faites en commun. La Faculté a un autre sujet d'inquiétude bien légitime par la maladie d'un de ses plus jeunes professeurs, M. Hipp. Royer-Collard, dont la constitution énergique résistera, sans aucun doute, à une épreuve passagère. Je me sens d'autant plus à l'aise pour dire ici tout ce que m'inspirent de sympathie le talent réel et le caractère de ce professeur, que j'ai quelquefois signalé, mais sans passion mauvaise, quelques excentricités qui revenaient de droit au feuilleton. La chaire d'hygiène est parfaitement occupée par M. Royer-Collard ; son cours est un des plus suivis de la Faculté, et par son talent seul il a dissipé les préventions que son avancement rapide avait légitimées. Dans les rares occasions où il s'est fait entendre à l'Académie, ses improvisations ont toujours été écoutées avec un vif intérêt, et, à vrai dire, c'est à peu près le seul improvisateur que possède cette compagnie. Voilà bien des motifs qui font désirer son prompt rétablissement que nul ne lui souhaite de meilleur cœur que nous ; ce qui nous constitue dans un état de parfait chrétien, car ce journal oublie volontiers en ce moment les épigrammes de M. Royer-Collard à l'endroit de la presse en général, et de lui-même en particulier. — Est-ce là tout votre butin de la semaine? — Absolument. — Il est bien maigre. — Je vous ai prévenu. — Quoi ! rien dans la littérature médicale? — Les libraires font leurs vendanges, et n'imprimeront qu'à la rentrée. — Et dans la presse périodique? — Ah ! si ; j'ai lu dans un journal qui rendait compte d'un livre d'ophthalmologie, que ce livre n'était pas pratique, mais qu'à cause du peu de lien qu'il y avait dans les idées et du désordre qui régnait dans les matières, cedit livre était philosophique. — C'est très joli ! — Je ne crois pas que l'auteur du livre soit de votre avis, pour peu qu'il sache ce que c'est que d'être philosophe.

Jean RAIMOND.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Le n° du 21 septembre de la *Gazette des Hôpitaux* contient un article de M. le docteur Lafargue, qui me paraît être de nature à soulever quelques réflexions.

Pour M. Lafargue, c'est l'écorce de racine fraîche de grenadier indigène que l'on doit *toujours* employer pour expulser le tænia, parce que c'est en elle *seulement* qu'on doit trouver la merveilleuse efficacité tænifuge (textuel) ; et une opinion aussi absolue est basée sur deux observations ! On sait combien ce moyen nous réussit mal tant en ville que dans les hôpitaux ; de là vient cette foule de remèdes que l'on voit surgir dans toutes les publications, et qui, plus que tout ce que l'on pourrait dire, prouve leur insuffisance.

En admettant la méthode numérique qui doit être toute-puissante dans l'espèce, je crois pouvoir affirmer, contradictoirement à l'opinion émise par M. le docteur Lafargue, et non deux faits, mais plus de cent que je possède m'y autorisent, que le vrai spécifique du ver solitaire est l'écorce sèche de racine de grenadier, non indigène (1), mais exotique, *de Portugal*. Depuis dix ans je n'emploie que celle-là, que je tire directement de Lisbonne, et nombre de cas rebelles à tous les moyens connus ont été couronnés du plus heureux succès, comme pourraient l'attester, chacun pour sa part, les docteurs Félix Legros, Campardon, Deronet-Boissière, Grosjean, etc. La dose, pour les adultes, est de 60 grammes pris de la manière ordinaire, et assez ordinairement le tænia est rendu après le deuxième verre.

Agréez, etc.

J. LESAGE-PICOU, pharmacien.

NOUVELLES.

— Le corps médical de Marseille vient de faire une nouvelle perte en la personne de M. Guiaud, médecin en chef honoraire et consultant de l'Asile des aliénés de Marseille, fondateur et directeur d'une maison de santé d'aliénés. Dans un prochain numéro, nous publierons une notice sur cet honorable médecin, qui joignait aux plus brillantes qualités du cœur une ardeur sans borne pour tout ce qui se rattache aux progrès et à la dignité de la médecine. M. Guiaud est mort le 1er octobre.

— Les autopsies sont défendues à Milan pendant les mois de juin juillet et août ; on ne peut procéder à l'ouverture des cadavres, dans les circonstances extraordinaires, qu'avec une autorisation spéciale. Il faut également une autorisation pour faire, n'importe en quel temps, la nécropsie des individus morts de typhus pétéchial, de variole ou de rage.

(1) Celle que l'on vend dans le commerce nous vient du midi, et est de mauvaise qualité ; elle est frêle, mal nourrie et toujours mélangée d'écorce de buis ou de racine de berbéris.

fièvre typhoïde violente et à son début.

Il reste une autre opinion à laquelle nous devons nous arrêter. On est en droit de se demander si la maladie qui fait le sujet de cet article n'était pas un de ces cas d'éruption varioleuse qui ne peuvent s'effectuer, et qui s'accompagnent d'efforts malheureux sous lesquels la nature succombe souvent, D'abord, il est incontestable que le sujet a présenté une dizaine de petites pustules contenant un liquide opaque et très distinctement ombiliquées, comme les pustules de la variole. Ensuite la douleur lombaire est un trouble nerveux qui se rattache ordinairement à l'éruption d'une variole, et à coup sûr on ne l'observe pas d'une manière aussi tranchée dans le purpura et la fièvre typhoïde, si toutefois elle a lieu dans ces deux affections. Le sujet, en outre, ne portait qu'une trace fort douteuse de vaccine. Quant aux hémorrhagies sous-épidermiques, elles peuvent être comparées à celles que l'on voit se produire dants le cours de ces varioles graves, typhiques, qui occasionnent si constamment la mort du sujet. Les lésions cadavériques sont aussi bien en faveur de cette opinion que d'une fièvre typhoïde. Nous sommes donc fortement porté à admettre, chez ce malade, une tendance à la production d'une variole, qui n'a pu sortir et s'est accompagnée des accidents graves que nous avons signalés. L'analyse du sang n'est pas non plus contraire à cette manière de voir.

M. Monneret, sans se dissimuler l'état présumable du sang, qui était une contre-indication à l'emploi de la saignée, fit néanmoins pratiquer cette opération pour diminuer la congestion générale qui s'était manifestée. Le sujet était robuste, et en mesurant l'état des forces, il restait évident qu'elles étaient plutôt opprimées qu'anéanties. D'ailleurs, on devait tenter l'emploi de ces moyens, tant dans l'hypothèse d'une éruption varioleuse qui voulait se faire, que dans l'idée d'une fièvre typhoïde. Ne voyons-nous pas les médecins les plus éminents considérer les émissions sanguines comme le meilleur traitement que l'on puisse opposer à la fièvre typhoïde, et ne pas se laisser arrêter par les hémorrhagies nasales et les congestions sanguines, qui attestent cependant une altération du sang? Outre la saignée générale, on fit appliquer des ventouses scarifiées sur la région lombaire, et le malade fut immédiatement soulagé. Il cessa de crier, et eut plusieurs heures de calme. Dans la journée, on fit donner les préparations de quinquina et les excitants diffusibles, comme l'éther, le camphre, mais sans le moindre succès.

On ne peut s'empêcher de rapprocher de ce cas grave quelques faits de fièvre typhoïde que l'on pourrait appeler foudroyants, tont ils enlèvent rapidement les sujets. M. Monneret a vu dans ses salles deux malades être enlevés ainsi dans l'espace de trois à quatre jours; l'un au milieu de la stupeur et de l'état adynamique le plus intense que l'on puisse imaginer; l'autre avec une hémorrhagie intestinale peu considérable. Le premier, sans lésions intestinales bien appréciables; le second, avec des plaques de Peyer commençant à se développer. Tous les symptômes observés étaient, du reste, en faveur d'une fièvre typhoïde qui avait la plus grande analogie, par sa marche et sa prompte terminaison, avec le typhus épidémique. Nous reviendrons, à la première occasion, sur ces faits, que nous ne pouvons qu'énoncer en ce moment.

Il est à regretter que l'on n'ait pas exploré attentivement les fosses nasales, pour acquérir la certitude qu'il n'y avait pas de morve aiguë. On a vu dans un cas la mort enlever en trois jours un sujet atteint de cette maladie (observation publiée par M. Marchand); et le malade dont nous avons parlé était garçon d'hôtel, et pouvait être exposé à panser les chevaux.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 7 septembre 1844. — Présidence de M. Thierry.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Lettre de M. le docteur Carpentier-Méricourt, qui demande à être admis comme membre de la Société, avec envoi de sa thèse *sur les Inflammations et Abcès du sein*, à l'appui de sa candidature. (Rapporteur, M. Vinchon.)

Envoi d'une brochure de M. Chailly (Honoré), intitulée : *De la Conversion de la présentation de la face en présentation du sommet*, etc.

Lettre de M. le docteur de Moulon, médecin de l'hôpital civil de Trieste, qui demande à être admis comme membre honoraire.

Envoi des brochures suivantes :

1° Reflexions sur les principaux systèmes modernes en médecine (en français);

2° Recherches sur le *delirium tremens* (en latin);

3° Observations sur le scherlevis (en français);

4° Etudes sur le choléra à Trieste (en italien);

5° Sur un nouveau médicament interne, et théorie de la syphilis (en italien).

(Rapporteurs, MM. Belhomme et Cerise.)

Communications. — *M. Bonnassies* a la parole pour communiquer l'observation d'un empoisonnement par les fruits de la belladone.

Un petit garçon de cinq ans bien portant, après avoir mangé des fruits de belladone qu'il avait cueillis à la porte d'un herboriste, se réveilla au milieu de la nuit en pleurant et en criant; sa langue était déjà embarrassée, sa démarche mal assurée; il tremblait de tous ses membres; quelques instants plus tard il perdit complétement la parole et l'usage de ses sens; son agitation est extrême; la figure est injectée, la tête et le corps brûlants; les paupières sont fermées, les pupilles dilatées, et quoique ouverts les yeux sont insensibles; le pouls est tort régulier et très fréquent, les jugulaires tendues; la muqueuse buccale est d'un rouge vif, sans salive, la respiration accélérée, l'abdomen ballonné; tout son corps éprouve des frémissements fréquents; les doigts sont convulsés fortement par intervalles; le tronc et la figure participent à ces mouvements convulsifs; démangeaisons à la tête. Un vomitif administré fit rendre les fruits de belladone mal digérés.

Le lendemain au matin, persistance à peu près des mêmes symptômes: lavement purgatif suivi d'abondantes selles et d'un soulagement marqué; moins d'agitation. A cet état succède dans la journée un coma accompagné de frayeurs, d'hallucinations et de carphologie. Saignée du bras de 80 à 90 grammes; affusions froides sur le front; synapismes; infusion de café; nouveau lavement purgatif, huit sangsues aux apophyses mastoïdes. La nuit est plus calme; le coma cesse ainsi que la fièvre. Le malade commence à parler le matin du troisième jour, et depuis le mieux a persisté.

M. Aubrun fait observer que sous la constitution médicale actuelle, il a rencontré bon nombre d'affections éruptives (rougeoles), et qu'elles coïncident avec une espèce de grippe dans laquelle on rencontre de l'angine, de la toux, des coliques, de la diarrhée et quelques vomissements muco-séreux.

M. Brossard a fait les mêmes remarques. Il a eu occasion de voir trois cas de croup qui ont été suivis de mort.

— *M. Bonnassies* a de nouveau la parole. Une fille de dix-sept ans, présentant tous les attributs de la phthisie pulmonaire, et qui se livrait depuis longtemps à la masturbation avec une grande frénésie, était atteinte d'une leucorrhée abondante qui s'accompagna d'un certain nombre de métrorrhagies dans ces derniers temps. Cette fille, arrivée au dernier degré de marasme, vit tout à coup sortir hors de la vulve un corps assez volumineux qui fut reconnu pour un polype fibreux, lequel s'insérait dans l'utérus au pourtour du col. Aidé de M. Vinchon, M. Bonnassies en fit l'ablation avec des ciseaux, et cette opération ne fut ni douloureuse, ni accompagnée de perte sanguine.

Examiné quelques jours après, le col fut trouvé parfaitement sain.

M. Bonnassies demande si ce polype ne pourrait pas être le produit d'une masturbation prolongée, et s'il ne pourrait pas avoir pris naissance à la suite d'une irritation continuelle des organes génito-utérins : c'est un doute qu'il émet, et rien de plus.

Cette étiologie paraît impossible à M. Thierry, attendu la difficulté qu'éprouverait une femme pour faire arriver les doigts jusqu'au col utérin. On ne pourrait supposer la titillation du col possible que dans le cas où le polype congénial d'abord aurait entraîné de bonne heure l'abaissement de l'utérus; alors la masturbation ne pourrait être considérée que comme un moyen hâtif de développement de ce corps anormal.

M. Belhomme dit avoir remarqué chez certaines femmes une véritable rage de masturbation; quelques-unes vont jusqu'à s'introduire des morceaux de bois dans le vagin. Souvent, chez les aliénées, il survient un état d'exacerbation utérine qui les pousse involontairement à la masturbation : ainsi il a vu une femme, traitée dans sa Maison de santé, s'introduire la main entière dans les parties sexuelles, et exercer des frictions telles qu'elle teignait son lit de sang. Dans un cas de cancer utérin, une malheureuse femme avait recours à des morceaux de bois qu'elle retirait teints de sang.

M. Otterburg soutient que, dans la plupart des cas, la masturbation est secondaire et sous l'influence d'une lésion voisine. Chez les femmes, elle est amenée par des maladies du vagin ou de l'utérus; chez les garçons, par des eczéma ou d'autres irritations. En Allemagne, on a defendu les sous-pieds aux pantalons, à cause du frottement excessit qu'ils occasionnent contre les organes génitaux. Il est possible que chez la jeune fille citée en premier lieu le polype ait agi à la manière d'un pénis, et l'ait poussée à la masturbation.

M. Brossard pense que si l'onanisme est quelquefois secondaire et excité par des démangeaisons et un prurit des parties génitales chez les deux sexes, il ne l'est pas toujours, comme l'a dit M. Otterburg, et qu'il faudrait accorder davantage au principe moral et instinctif pour ainsi dire chez les enfants, ou tout au moins à l'imitation; toutefois, et pour appuyer l'opinion de M. Otterburg, il raconte qu'il a vu un prurigo de la vulve déterminer de telles démangeaisons que malgré elle la femme se grattait et avait souvent pendant la nuit et sans sollicitation manuelle des jouissances involontaires.

Le prurigo et les eczéma de la vulve sont des maladies qui exaspèrent les femmes et pour lesquelles elles demandent des secours avec le plus d'ardeur. Dans les cas de ce genre, M. Thierry applique un vésicatoire *loco dolenti*, et lorsqu'il est en pleine suppuration il cautérise le corps muqueux avec une solution concentrée de nitrate acide de mercure. Il s'est bien trouvé de ce moyen jusqu'à présent.

M. Bataille se contente de cautériser la peau sans déterminer de vésication avec la même solution, mais il n'a pas toujours eu un plein succès.

M. Thierry donnait ses soins à une dame atteinte de fissure à l'anus; la maladie marchant bien, elle partit pour la campagne, lorsqu'elle fut prise au bout de quelques jours d'un abcès à la marge de l'anus : elle revint à Paris. L'abcès fut ouvert et l'on trouva dans son intérieur un petit morceau de verre. Ce corps étranger provenait d'un pot d'onguent populeum, avec lequel elle se pansait, qui avait pénétré dans le rectum avec les mèches et qui avait déterminé une fistule. En examinant le pot d'onguent on retrouva encore quelques fragments de verre.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon, de Noyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 2 juillet 1844. — Présidence de M. Belhomme.

M. le docteur Ratier envoie deux exemplaires de sa *Lettre sur la Syphilis*. (Remercîments.)

— La Société reçoit une demande d'admission de M. le docteur Szokalski, appuyée de l'envoi d'un mémoire sur une question d'accouchement. (Commissaires : MM. Bertot, Blatin et Dreyfus.)

M. Ségalas présente un des deux malades qu'il a taillés récemment et dont il a montré la pierre dans la dernière séance. La guérison de ce malade a été complète en moins de trois semaines, et s'est effectuée sans le moindre accident.

— *M. Edouard Louis* fait l'analyse de plusieurs mémoires adressés par M. Payan (d'Aix) à l'appui de sa demande du titre de membre correspondant. Ce rapport, trop long pour trouver place dans notre compte rendu, se termine par des conclusions favorables.

M. Bonnafont présente quelques observations sur le traitement de l'ongle incarné, qui fait le sujet d'un des mémoires de M. Payan. De toutes les méthodes, dit-il, l'arrachement est la plus expéditive, celle qui procure la guérison la plus rapide et la plus sûre. Je m'étonne des efforts des chirurgiens pour la remplacer. La douleur qu'elle cause a été beaucoup exagérée, du moins d'après ce que j'ai été à même de voir. C'est une illusion de croire qu'avec les caustiques on puisse conserver une portion de l'ongle; cela est très difficile, et quand bien même on y parviendrait, la partie conservée deviendrait plus gênante qu'utile pour la marche.

M. Forget rappelle un mot que M. Listranc avait coutume de citer comme se disant proverbialement aux armées, et qui ferait croire que l'avulsion de l'ongle n'est pas aussi exempte de douleur que le pense M. Bonnafont, c'est qu'il n'était point permis aux vieux grognards de crier pendant les amputations ou opérations quelconques qu'ils avaient à subir, excepté pendant l'arrachement de l'ongle.

M. Collomb demande pourquoi on n'emploie pas plus souvent le procédé de Desault, c'est-à-dire le redressement de l'ongle, combiné avec la cautérisation des chairs qui le recouvrent. Ce moyen est plus doux que les autres et généralement suffisant. Il lui a dû plusieurs succès.

M. Bonnafont ne croit pas qu'on puisse obtenir de guérison complète par ce procédé.

Après cette courte discussion, M. Payan, d'Aix, est nommé membre correspondant.

— *M. Blatin* fait le rapport suivant sur la candidature de M. le docteur Chailly (Honoré) :

« M. Chailly vous a adressé, messieurs, son *Traité pratique de l'Art des Accouchements*, pour obtenir le titre de membre de votre Société. Vous m'avez chargé de vous faire connaître cet ouvrage. Je n'essaierai pas de l'analyser, car il renferme tant de préceptes que j'emploierais bien des pages pour vous signaler seulement les plus utiles. Elève de M. Dubois, et chef de la clinique d'accouchements à la Faculté, M. Chailly était bien placé pour acquérir une solide expérience. Aussi son livre est-il essentiellement pratique. Les théories n'y tiennent qu'une place très restreinte, ou plutôt n'y figurent qu'exceptionnellement. Tout est consacré à l'application, à la mise en œuvre des connaissances que le médecin a surtout besoin de bien posséder au lit du malade. M. Chailly n'a point grossi son livre, comme il l'aurait pu faire, en appuyant ses utiles préceptes sur les noms des auteurs dont la plupart émanent; mais en le lisant, on sent qu'il a toujours puisé avec discernement aux meilleures sources, et que souvent il a fait intervenir avec bonheur sa propre expérience. L'ordre qu'il a suivi diffère, et je l'en félicite, de celui qu'on trouve dans la plupart des traités d'obstétrique. Ainsi M. Chailly, après avoir décrit en quelques pages le bassin, l'utérus et ses annexes, expose avec beaucoup de détails et de clarté le diagnostic de la grossesse, dont il divise les phénomènes en trois ordres suivant leur succession chronologique, si l'on peut s'exprimer ainsi, et suivant leur importance à chaque époque de la gestation. Il envisage ensuite la grossesse dans son ensemble, montre les accidents qui peuvent la compromettre et le remède qu'on peut leur opposer. L'accouchement vient ensuite; il est considéré sous le même point de vue, dans les différentes présentations du sommet, de la face, des membres pelviens et du tronc. Chaque présentation se trouve décrite avec ses signes, son indication, ses dangers et ses remèdes. Il en est de même pour les suites de couches. Partout l'auteur entre dans les détails les plus minutieux pour guider le praticien et lui sauver même l'hésitation. Quand l'explication eût été trop longue ou trop minutieuse, M. Chailly l'a aidée par une figure. C'est ainsi que, dans les deux tiers de l'ouvrage, il écrit le crayon à la main, donnant à côté de la phrase concise et nette un trait complémentaire qui parle aux yeux. C'est, à mon avis, un excellent moyen, qui ne laisse ni doute ni incertitude, et qui aide puissamment la mémoire. Pour ma part, je regrette de ne pouvoir souvent exprimer par le dessin la conformation des objets que j'ai conçus ou que je veux faire connaître, et je pense que l'iconographie serait, dans tous les ouvrages élémentaires qu'on met entre les mains des étudiants, la méthode la plus sûre pour leur donner des idées nettes et précises. L'auteur a dessiné lui-même les planches de son livre : elles sont dignes du texte.

» Je vous propose, messieurs, de sanctionner par un vote les conclusions de votre rapporteur, qui sont entièrement favorables à M. Chailly. »

Le scrutin, qui a lieu ensuite, donnant un résultat conforme à ces conclusions, M. Chailly est proclamé membre de la Société médicale du Temple.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Archives générales de médecine. Septembre 1844.

Du varicocèle et de sa cure radicale; par M. Hélot.

Rien de nouveau dans ce travail.

Du développement simultané de la vaccine et de la variole, et des modifications qu'exercent ces deux éruptions l'une sur l'autre; par le docteur Legendre.

Ce travail est le développement des propositions suivantes :

Quand une éruption variolique survient un ou deux jours après le développement des pustules vaccinales, c'est-à-dire après le quatrième ou cinquième de l'inoculation, on peut, en général, expliquer cette anomalie apparente par l'existence d'une épidémie régnante ou par le séjour des individus dans un milieu où ils ont contracté, avant d'être vaccinés, le germe de la variole.

Quand un enfant est soumis à l'influence de la contagion variolique, la vaccination pratiquée en pareille circonstance semble favoriser l'évolution de la variole.

Les enfants au-dessus de quatre ans, vaccinés pendant la période d'incubation de la variole, ne sont en général atteints que de varioles modifiées.

Si la vaccine exerce une modification avantageuse sur la variole, elle paraît être d'autant plus marquée qu'au moment de l'évolution de la variole, l'éruption vaccinale est plus avancée et moins modifiée dans ses caractères.

La vaccination pratiquée pendant les prodromes ou le premier jour de l'éruption variolique peut réussir, mais ne nous a pas semblé modifier la marche de la variole.

Lorsque de jeunes enfants débiles ou affaiblis par la maladie sont soumis à l'influence du contagium variolique, on doit se garder de les vacciner. En effet, la vaccination pratiquée en pareil cas ne paraît propre qu'à hâter l'évolution de la variole, qui, toute modifiée qu'elle pourra se montrer, est toujours à redouter à cause du surcroît de faiblesse qu'elle détermine.

Essai d'une analyse thérapeutique des effets du quinquina et du sulfate de quinine; des indications remplies par ces médicaments dans les maladies en général, et de l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde; par le docteur F. Jacquot.

L'auteur cherche à montrer d'abord que le quinquina remplit des indications autres que celles de la quinine; qu'il est fébrifuge à cause du spécifique qu'il contient (quinine), et à cause de ses propriétés toniques; que les toniques sont fébrifuges, non spécifiquement, mais par leur action lente et soutenue qui fortifie l'antagoniste du système nerveux.

Il se livre ensuite à une discussion étendue pour prouver que la quinine est un sédatif, et un sédatif spécial des fièvres paludéennes.

Il arrive ensuite aux indications, et principalement à ce qui est relatif au traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. Cette partie de son travail est résumée en ces termes:

Onze observations. Dans neuf, emploi du sulfate de quinine. J'élimine de suite le cas où n'y avait pas d'intermittence; restent huit cas. Dans ces huit cas, il y eut sept guérisons et une mort. Dans ce dernier cas, les exacerbations diminuèrent d'intensité; dans les autres, nous ne chercherons pas à attribuer la solution favorable au sel alcaloïde; mais il y contribua puissamment en dépouillant la maladie de son caractère ataxique.

Les antiphlogistiques ne produisirent que par exception un amendement notable dans la maladie; les plus énergiques ne purent arrêter les paroxysmes; quelquefois ils semblèrent les entretenir, si ce n'est les augmenter.

Le sulfate de quinine, au contraire, parvint à les couper, souvent avec facilité, et quelquefois malgré la faible dose à laquelle on le donna. En nous plaçant à notre point de vue, nous pouvons dire qu'il fut parfois donné trop timidement, trop tardivement, ou avec trop peu de persévérance; ce qui empêcha son efficacité, on laissa en pure perte la maladie marcher long-temps avec sa funeste complication.

Le sulfate de quinine n'a porté aucune agression sur le tube digestif, malgré l'extrême impressionabilité de celui-ci dans la fièvre typhoïde.

Les exacerbations ne se manifestent guère qu'à la seconde période, période nerveuse de l'affection dothinentérique. Nous avons donc constaté une marche tout à fait opposée à celle que M. Waton nous donne comme propre à cette maladie, qui pour lui n'est qu'une fièvre rémittente particulière dont les exacerbations, d'abord caractérisées, s'effacent de plus en plus dans le type continu.

L'existence si fréquente des paroxysmes dans la seconde période de

ces fièvres ne pourrait-elle pas provenir, en partie, de ce que le système nerveux a été privé de son antagoniste naturel, le sang, par tant de déplétions sanguines employées à l'origine !

Ces paroxysmes ont eu lieu la nuit ou commencèrent le soir.

Si nous avons pu constater que le sulfate de quinine est un sédatif du système nerveux, nous n'avons pas été à même de rechercher son action dépressive sur la circulation, ce dont on se rend compte par les faibles doses qu'on a données et par les circonstances dans lesquelles fut faite l'administration.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Octobre 1844.

Mémoire sur la grossesse compliquée d'ascite; par A. SCARPA.

Travail traduit des Mémoires de l'Athénée de Trévise.

Dilatation du tube digestif; par M. PIORRY.

Chapitre extrait du nouveau volume qui va paraître du *Traité de médecine pratique* de cet auteur.

De l'hydrocèle; par M. GUEPRATTE.

L'auteur préfère l'injection vineuse à l'injection iodée.

Lobes antérieurs du cerveau traversés par une balle sans lésion des facultés intellectuelles; par M. BLACQUIÈRES.

Communication faite à l'Académie de médecine, et dont nous avons déjà rendu compte.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à l'hôpital militaire de Versailles en 1839; par le Dr FAURE-VILLAR. In-8° de 136 pages. 1844. (Baillière et Labé.)

Ce travail, le même qui, après avoir été l'objet d'un rapport de M. Bally à l'académie de médecine en avril 1841, rapport qui concluait à son impression dans les Mémoires de l'Académie, et dont les conclusions furent adoptées, fut écarté, nous ne savons trop pourquoi, du Recueil de la docte compagnie par le comité de publication, et publié dans les Mémoires de médecine militaire.

Au premier abord, on est tenté de se demander s'il existe, en effet, un méningite épidémique; et, dans le cas d'affirmative, comment il se fait que cette forme ait été omise dans tous les Traités de pathologie médicale publiés jusqu'à présent. Quelle que soit la surprise que l'on en doive ressentir, le travail de M. Faure Villard, fait avec un zèle et une habitude d'observation auxquels on reconnaît un praticien distingué, semble mettre hors de doute la question de l'existence de la méningite épidémique. Trente-deux observations, dont treize terminées par la guérison, et parmi lesquelles quelques-unes, nous devons le dire, auraient peut-être dû être éliminées, vu le peu de netteté des symptômes, et les rapports de leurs caractères avec ceux de certaines variétés de la fièvre typhoïde, et dix-neuf suivies d'autopsies, forment la première partie du Mémoire.

Puis vient une seconde section renfermant, après les documents pratiques et matériels, la description théorique de la maladie considérée dans ses symptômes, sa marche, sa terminaison; l'histoire des lésions anatomiques, les causes, le diagnostic, le pronostic et le traitement, puis enfin la nature de l'affection. L'auteur termine son mémoire par l'historique des épidémies de méningite anciennement observées qui lui ont offert quelque analogie avec celles de Versailles; historique nécessairement incomplet, et n'offrant souvent, par la nature même des éléments qui ont servi à l'établir, aucun caractère de certitude.

Nous ne pouvons entrer ici dans l'analyse approfondie et détaillée de ce travail intéressant, qui est destiné à combler une lacune dans l'histoire de la méningite; nous nous bornerons à dire seulement que M. Faure-Villard admet trois périodes bien distinctes dans la maladie : une d'invasion, habituellement soudaine et sans prodromes; une de suppuration; une de terminaison, offrant des symptômes différents suivant que l'affection se terminait par la guérison ou par la mort. Le pronostic fut toujours très grave, puisque sur 154 malades on en perdit 66, plus des deux cinquièmes. Les traitements employés furent les antiphlogistiques, le sulfate de quinine, et une méthode mixte formée de la combinaison des deux précédentes. La méthode antiphlogistique fut celle qui produisit les plus heureux résultats, puisqu'elle réduisit à 42 sur 101 la mortalité, qui était de 8 sur 15 par le sulfate de quinine, et de 14 sur 33 par la médication mixte.

Rapport adressé au roi de Hollande sur les suites de l'ophthalmie militaire, etc.; par BOISSONNEAU, professeur de prothèse oculaire. Chez l'auteur.

Brochure in-8° ne contenant autre chose que des certificats délivrés à l'auteur par les autorités administratives et les notabilités médicales des Pays-Bas, attestant les services gratuits qu'il a rendus aux militaires de ce pays pendant les années 1842-1844.

Musée d'anatomie pathologique; Bibliothèque de médecine et de chirurgie pratique, représentant en relief les altérations morbides du corps humain; par le docteur F. THIBERT. — In-8°; 1844.

Cet ouvrage, qui n'est que la simple énumération des pièces et des préparations qui composent l'admirable collection du docteur Thibert, échappe à toute analyse; mais nous saisissons cette occasion d'engager nos lecteurs à visiter le musée pathologique de l'auteur, qui réunit dans un espace resserré une grande quantité des pièces d'anatomie morbide les plus curieuses et les plus variées que nous offrent journellement la pratique civile et celle des hôpitaux.

Nouvelles recherches sur le traitement des maladies appelées typhus, fièvre typhoïde, petite-vérole, rougeole, scarlatine, etc., et sur l'efficacité du quinquina pendant les périodes d'invasion et fébrile de cette maladie; par M. CORNAY, D.-M.-P. — In-8° de 106 pages (1844). Labé.

Dans cette brochure, que sa brièveté ne permet de considérer que comme un abrégé très succinct des doctrines nouvelles auxquelles l'auteur se réserve de donner plus tard une plus grande extension, sont examinées tour à tour la nature et l'identité des maladies occasionnées par les émanations, les virus, et les humeurs viciées, l'action des émanations putrides sur l'économie, et l'état de l'organisme après l'excrétion des principes délétères. L'auteur range toutes les maladies dont nous avons plus haut fait l'énumération dans une seule et même classe, sous le nom de maladies par infections, et les traite toutes par les mêmes moyens, le quinquina, qu'il regarde comme un dépuratif du sang, et auquel il attribue la propriété de débarrasser le corps des principes nuisibles. Suit l'histoire abrégée de dix-sept malades traités par cette médication.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'alun comme base d'un traitement antichoréique; par M. le docteur WINCKEL, de Berleburg.

Le 14 1843, M. Winckel fut consulté pour une petite fille de la campagne, âgée de sept ans, qui, atteinte d'une chorée depuis deux mois environ, avait été traitée sans succès par un autre médecin, avec les fleurs de zinc, le sulfate de quinine, etc. M. Winckel fit la prescription suivante :

Pr. Alun cristallisé,	50 centigrammes.
Gomme arabique,	4 grammes.
Hydrolat de camomille,	60 id.
Hydrolat de laurier-cerise,	4 id.
Sirop de guimauve,	24 id.
Acide sulfurique dilué,	1 id.

M. et F. S. A. une potion.

A prendre par demi-cuillerées à bouche, toutes les deux heures.

Le 17 juillet, l'enfant n'avait plus de contractions musculaires involontaires. La potion fut réitérée.

Le 22, il y avait toujours beaucoup de faiblesse, et les mouvements involontaires se reproduisaient encore de temps en temps. M. Winckel prescrivit l'infusion suivante :

Pr. Racine de valériane,	4 grammes.
Eau bouillante,	60 id.

Faire infuser S. A. en vase clos, passer et ajouter à la colature refroidie,

Hydrolat de laurier-cerise,	4 id.
Acide phosphorique pur,	2 id.
Sirop de guimauve,	24 id.

M. et F. dissoudre S. A., à prendre par demi-cuillerées à bouche, toutes les deux heures.

Le 30 juillet, l'état restant toujours le même, la petite malade fut mise à l'usage de la mixture ci-dessous :

Pr. Racine de valériane,	4 grammes.
Feuilles d'oranger,	4 id.
Eau bouillante,	60 id.

F. infuser S. A. en vase clos, passer et ajouter à la colature refroidie.

Gomme arabique,	4 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise,	4 id.
Alun,	60 centigrammes.
Sirop de guimauve,	45 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

A prendre une demi-cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Sous l'influence de cette médication, l'état s'améliora, et la mixture fut continuée, mais avec augmentation de la dose d'alun, qui fut portée à un gramme. La guérison fut confirmée pleinement.

(*Medicinische Zeitung.*)

Heureux emploi du sous-carbonate de potasse et de la compression méthodique dans un cas d'œdème éléphantiasique de la main et de l'avant-bras; par M. le docteur PHILIPPE.

Des incisions ayant été pratiquées sur le dos de la main et ayant donné lieu à un écoulement très abondant de sérosité, sans avoir amené aucune diminution du gonflement, M. Philippe pensa qu'il avait affaire à un œdème résultant de l'obstruction des troncs veineux du membre. Alors, ce chirurgien, confiant dans l'efficacité des alcalins pour opérer la dissolution des produits anormaux, soit albumineux, soit fibrineux, prescrivit l'administration d'une potion dans laquelle il fit entrer 20 centigrammes de sous-carbonate de potasse; il appliqua en outre un bandage expulsif sur la main. L'avant-bras, d'ailleurs, ne fut pas comprimé.

Le jour suivant, les mêmes moyens furent continués.

Le surlendemain, la main et l'avant-bras lui-même étaient flasques et distendus. Or, comme il vient d'être dit, la compression n'avait pas été étendue à cette dernière partie, et le malade n'avait pris encore que 40 centigrammes de sel potassique. Plus tard, la dose du sous-carbonate fut portée au double.

La médication alcaline ayant été suspendue, la tuméfaction reparut; mais elle céda de nouveau à l'emploi des mêmes moyens, dont l'usage fut repris. (*Mém. de Méd., de Chir. et de Pharm. militaires.*)

Traitement des rhagades; par M. le docteur VELPEAU.

M. Velpeau traite les rhagades comme les chancres, et les guérit aussi promptement que ces derniers au moyen du calomel à la vapeur appliqué de la manière suivante :

Pr. Calomel préparé à la vapeur,	4 grammes;
Eau de guimauve,	130 id.

M.

Après avoir fortement agité ce mélange, on en imbibe des plumasseaux de charpie que l'on place entre les orteils.

Trois ou quatre jours au plus de l'emploi soutenu de cette médication suffisent pour faire disparaître l'affection bien complétement.

Il existe dans le département de l'Ariége des établissements thermaux qui, s'ils étaient plus connus, seraient appelés à une juste célébrité. Les eaux d'Ax et d'Ussat, notamment, possèdent des propriétés particulières qu'aucune autre ne peut leur disputer.

Le conseil-général de ce département, dans des vues d'utilité publique, a cru devoir appeler les hommes de la science à faire une étude particulière des richesses thermales de ce pays; le conseil a voté une somme de 2,000 francs, qui sera accordée au meilleur mémoire qui fera connaître à la fois le gisement, la nature et l'efficacité des eaux thermales de l'Ariége.

Les mémoires devront être adressés au préfet avant le 1er janvier 1846, et ils seront jugés par une commission composée d'hommes spéciaux.

Dans la session suivante, le prix sera décerné.

— Un scène assez plaisante a eu lieu aux dernières courses. Un jockey tombe de cheval; le docteur Van H..., qui se trouvait à proximité, saute de son tilbury et accourt auprès du jockey, qu'il trouve atteint d'une légère commotion cérébrale. M. Van H... fait transporter le jockey au pied d'un arbre et se met en devoir de le saigner (le jockey bied entendu). Sur ces entrefaites, survient M. Van C..., qui déclare la saignée inutile. Là-dessus, incertitude, indignation d'un côté, persévérance de l'autre, moment d'arrêt. Nos deux médecins allaient peut-être se prendre de querelle, lorsque le jockey sortit tout à coup de son assoupissement et coupa court à la discussion hippocratique en s'en allant. (*Gazette médicale belge.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 12 OCTOBRE 1844 | (17e ANNÉE.) | N°. 120. TOME VI. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française ;

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 3.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne

Sommaire.

PARIS, 11 OCTOBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Il existe un antagonisme manifeste entre le système nerveux et le système sanguin. Le premier prend le dessus à mesure que l'autre s'affaiblit. Les affections du système nerveux sont communes chez la femme et chez l'enfant, qui ont généralement ce système plus développé que le sanguin. Dans les maladies, on voit souvent les phénomènes nerveux se manifester à mesure que l'on vide l'appareil circulatoire. Les animaux que l'on égorge meurent avec des convulsions.

Deux faits qui viennent de se passer dans le service de M. Fouquier, à la Charité, dirigé provisoirement par M. Béhier, agrégé de la Faculté, jusifient ces remarques. M. le docteur Boudet, chef de clinique, a eu la bonté de nous communiquer ses notes sur ces deux faits.

Un homme, âgé de quarante-deux ans, à face blême, offrant une décoloration assez marquée des muqueuses, entre à l'hôpital le 27 septembre. On rapporte qu'il y a huit jours il a été saisi d'un effroi violent et que, depuis ce moment, chaque jour, à l'heure où il avait éprouvé cette émotion, il a été pris d'un frisson intense suivi de chaleur et de délire. Il est dans un état d'exaltation extrême qui dure depuis la veille; il crie comme un furieux et se livre aux contorsions les plus violentes; il parle d'assassins et de poignards. Pouls fréquent; peau un peu chaude. On pratique une saignée de 500 grammes; on met deux sinapismes aux jambes et un vésicatoire à une cuisse; on est obligé d'employer la camisole de force : le délire ne diminue pas. C'est alors qu'un examen de plus en plus attentif fait reconnaître que le sujet est anémique. Les battements du cœur sont clairs, et on constate un souffle intermittent dans les carotides. M. Béhier prescrit un bain froid de deux heures et une pilule de 0,05 d'extrait gommeux d'opium. Le lendemain le délire est moindre, et le surlendemain il a cessé.

Le second fait est encore plus curieux. Le malade dont il vient d'être question avait été couché auprès d'un homme de trente-neuf ans, nommé Beaudin, anémique (souffle carotidien continu), affecté depuis quinze jours de diarrhée sanguinolente, et depuis trois semaines d'anasarque. Après avoir passé la nuit auprès du premier malade, Beaudin crie et s'agite, parlant aussi de poignards et d'assassins. On le met dans une chambre à part. On lui applique le même traitement qu'à l'autre, et le lendemain matin il est guéri de son délire.

L'anémie, dans ces deux cas, a été la cause prédisposante. L'effroi chez le premier malade, l'imitation chez le second, ont été la cause occasionnelle. Le traitement est facile à déduire de ces deux notions : 1° toniques ; 2° sédatifs spéciaux du système nerveux; 3° éloignement immédiat de la cause occasionnelle.

— Nous aurons bientôt à parler d'un triste exemple d'intoxication saturnine existant en ce moment dans les salles de M. Cruveilhier, à la Charité.

— M. Lisfranc a obtenu quelques avantages, cette année, de l'emploi de la pommade ammoniacale dans les amauroses. Dans un cas actuel de son service, cette médication, continuée pendant trois mois, n'a produit aucun résultat, et il s'est décidé à mettre en usage le traitement de M. Serre d'Uzès, consistant dans la cautérisation du pourtour de la cornée avec le nitrate d'argent fondu, qui n'a pas réussi non plus. Cette méthode, dit M. Lisfranc, est loin d'être toujours innocente, outre qu'elle est rarement efficace. Des inflammations de l'œil qu'il est quelquefois impossible de maîtriser, et qui vont jusqu'à produire la fonte de l'organe, en ont été la suite.

— Un homme est entré dans le service de M. Lisfranc par suite d'une chute dans laquelle le périnée a porté sur un échelon. Il est sorti du sang avec les urines. Ce signe devait faire soupçonner une déchirure de l'urètre. Alors même que la chute ou la violence sur le périnée n'a pas été suivie de pissement de sang, il faut se prémunir contre l'accident qui pourrait arriver. Cet accident est l'infiltration d'urine. Le moyen de le prévenir est l'introduction d'une sonde laissée à demeure pendant le temps nécessaire. L'ouverture du canal propre à déterminer le passage de l'urine dans le tissu cellulaire environnant, peut avoir lieu de plusieurs manières : par déchirure ; par la formation d'une eschare qui se détache au bout de quelque temps, ce que M. Lisfranc a vu deux fois; enfin, par l'effet d'un rétrécissement dû à l'inflammation traumatique. Dans ces deux derniers cas, il peut très bien n'y avoir pas eu de pissement de sang, et cependant le résultat aura été le même.

Il y a vingt-cinq ans, un enfant qui jouait dans la cour de l'amphithéâtre d'anatomie, fut enlevé par le fond de son pantalon par un homme très vigoureux. Le périnée fut saisi en même temps que le pantalon. L'enfant souffrit beaucoup, et pissa le sang. On n'y prit pas garde. Deux jours après, M. Lisfranc fut appelé et constata une infiltration considérable d'urine, qui, malgré un traitement rationnel, fit succomber le malade. L'urètre était déchiré transversalement.

Un marchand de vin (il y a de cela dix à douze ans) descend à sa cave, glisse, et tombe sur l'angle d'un degré de l'escalier : c'est le périnée qui porte. Il remonte, et se met à table sans pouvoir manger, à cause de la douleur et du malaise qu'il éprouve. Il a des besoins fréquents d'uriner. Après le repas il sent la vessie se vider, et il sort cependant très peu d'urine par le méat. Bientôt les accidents augmentent. Les fesses et le haut des cuisses prennent une couleur noire. Des incisions profondes sont pratiquées. Tout est inutile. Le malade succombe à l'infiltration urineuse.

Ces faits, auxquels, dit M. Lisfranc, il serait facile d'en ajouter d'autres, justifient le précepte posé plus haut relativement au maintien d'une sonde dans l'urètre. Il faut, en outre, saigner les malades, si la constitution le permet, et prescrire des boissons adoucissantes, la diète, le repos au lit.

— M. Lisfranc insiste beaucoup, dans ses leçons, sur une cause assez fréquente du phlegmon de la main et des doigts, dont il existe un exemple actuellement dans ses salles. Cette cause consiste dans les durillons qui se forment à la face palmaire des mains et des doigts, chez les ouvriers, par suite du frottement.

L'irritation produite par le durillon sur les tissus sous-jacents et environnants, détermine la formation d'une quantité généralement peu considérable de pus. La douleur qui en résulte est des plus violentes, et l'engorgement s'étend au loin. Il faut fendre le durillon au moyen d'une incision simple ou cruciale. Ordinairement les accidents cessent dès que l'ouverture a été pratiquée. On reconnaît que c'est le durillon qui produit l'inflammation phlegmoneuse à la douleur vive que fait éprouver la pression sur le point qu'il occupe.

M. Lisfranc compare très justement ce qui a lieu par suite de la présence d'un durillon, à ce qui arrive lorsque l'on a cautérisé une piqûre anatomique, et qu'il s'est formé une eschare. Au dessous de cette eschare il se produit une gouttelette de pus qui est incarcérée; d'où résultent une douleur très vive, des battements, et l'extension de l'inflammation. On s'inquiète; mais soulevez la petite eschare ou faites-lui éprouver une perte de substance au travers de laquelle le pus puisse se faire jour, et vous verrez tous les accidents se dissiper. Ce sont sans doute ces accidents qui ont porté quelques chirurgiens à s'élever contre la cautérisation appliquée aux piqûres anatomiques, et à conseiller simplement contre ces lésions le lavage à grande eau, et la pression réitérée de la partie blessée pour en exprimer le liquide septique qui aurait pu s'y introduire. M. Lisfranc préfère de beaucoup la cautérisation, et nous partageons complétement sa manière de voir à ce sujet. Il va sans dire que l'on doit toujours commencer par presser et faire saigner la partie.

— M. Lisfranc croit que l'on opère beaucoup de cancers que l'on pourrait ne pas opérer. Ce qui revient à dire que la médecine opératoire, avec plus de réserve, pourrait compter moins de revers. Nous le suivrons très volontiers dans cette voie. Il semble se faire d'ailleurs, depuis quelque temps, une réaction contre le bistouri; et, par exemple, le professeur de clinique chirurgicale à la Charité, expérimente en ce moment les caustiques sur une grande échelle dans le traitement des cancers.

M. Lisfranc cite le fait suivant : Un homme entre à la Pitié avec un cancer volumineux du nez (champignons fongueux, douleurs lancinantes, etc.). M. Lisfranc extirpe la masse cancéreuse en respectant le cartilage des ailes nasales. La cicatrisation marche, et la guérison semble prochaine, lorsque tout à coup l'ulcération s'empare de la partie et s'étend. Que faire ? Opérer ? Mais dans quelle limite ? On attend. Le *molumen* ulcératif s'apaise. La vaste plaie se rétrécit. Le malade sort. Il ne fait aucun traitement, et recouvre simplement l'ulcère d'un linge cératé. Il revient une première fois, au bout de quelque temps, et l'ulcère est cicatrisé au 19/20e. Un peu plus tard, il vient se montrer tout à fait guéri.

— M. Lisfranc a opéré, mardi dernier, un enfant affecté d'ongle incarné des deux côtés du gros orteil. Le procédé qu'il préfère et qu'il a suivi dans cette circonstance, consiste dans l'excision des parties molles du côté de l'ongle jusqu'à l'os. On surveille la cicatrisation en ayant soin de réprimer les chairs avec le nitrate d'argent. Voici comment on procède à l'opération : Un bistouri traverse les chairs sur le côté de l'ongle de haut en bas et d'arrière en avant. Le petit lambeau prismatique qui en résulte est extirpé à l'aide de ciseaux courbes que l'on fait agir le plus en arrière possible, de manière que les chairs ne soient pas attirées en avant par la cicatrice.

Lorsque l'ongle est très convexe, M. Lisfranc pratique son extirpation au moyen d'une incision préalable faite à quatre lignes en arrière de l'ongle, de telle sorte que l'on soit bien assuré d'enlever la matrice ongulaire.

Nous concevons les préventions de ce chirurgien contre l'arrachement de l'ongle. Toute fois ce procédé est rendu beaucoup moins douloureux par l'application préalable d'un lien fortement serré à la racine de l'orteil pour y engourdir la sensibilité.

— Nous avons parlé de l'ouverture des bubons par la méthode des incisions multiples. Cette méthode n'a pas donné des résultats aussi avantageux à M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, qu'à M. Denis et à M. Vidal (de Cassis). M. Sédillot est partisan déclaré de l'ouverture par les caustiques, qu'il a expérimentés concurremment avec les ponctions multiples et l'incision ordinaire. Il a vu souvent l'ouverture par l'instrument tranchant s'ulcérer, tandis que dans aucun cas, cela n'est arrivé lorsque le bubon avait été ouvert par le caustique. Pendant quelque temps, dans le service qui lui est confié présentement, tous les bubons ont été ouverts par le bistouri, et quatre malades ont succombé à l'extension du travail suppuratif ou à une ulcération phagédénique. M. Sédillot se persuade qu'il n'en eût pas été de même si les bubons avaient été ouverts par le caustique. Mais il faut admettre, pour expliquer ces étranges revers, une fatalité indépendante du mode d'ouverture, car nous ne voyons que bien rarement ici de tels malheurs, et M. Vidal, en particulier, n'a jamais perdu un de ses vénériens affectés de bubons ouverts par le bistouri. Quoi qu'il en soit, un fait important résulterait des études comparatives de M. Sédillot, c'est que par les caustiques la guérison serait beaucoup plus prompte. Les faits à l'appui seront publiés prochainement. Le professeur de Strasbourg a expérimenté divers caustiques, et il s'en tient définitivement à la pâte de Vienne. On en applique une petite quantité sur le bubon et on ne touche pas à l'eschare. La tumeur s'affaisse ; il se fait sous l'influence de l'irritation produite par le caustique, une résorption notable du pus, et quand l'eschare se détache, le foyer est déjà en partie revenu sur lui-même. Ce sont là les avantages que les partisans du caustique trouvent à ce moyen, auquel l'opinion d'un chirurgien tel que M. Sédillot ne peut que donner plus de crédit.

— Pourquoi donc n'existerait-il pas une paralysie essentielle ou idiopathique de la vessie? Nous avons déjà touché à cette question à propos d'un fait du service de M. Gerdy. Un cas observé au Val-de-Grâce par M. Casimir Broussais, nous engage à y revenir. Un vieux soldat ne pouvait rendre ses urines, et cependant il était facile d'introduire une sonde dans sa vessie. Aucun obstacle n'arrêtait l'instrument. La prostate n'était pas sensiblement tuméfiée. M. Broussais, forcé de chercher la cause de la rétention dans le dynamisme propre de la vessie, établit son traitement sur cette idée, et administra une potion avec douze gouttes de teinture de cantharides. Après quelques jours de l'emploi de ce moyen, le malade put rendre ses urines, dont l'émission se fit de plus en plus facilement. Si l'axiome est vrai, si les résultats du traitement peuvent dévoiler la nature des maladies, il est très certain que dans ce cas, la rétention était due à l'*anervie* de la vessie.

Sœmmerring avait dit : « Là, au milieu d'organes dont les fonctions de tous les instants se sont conservées presque intacts, la vessie est graduellement ou tout à coup frappée de paralysie, sans que le cerveau ni le rachis semblent y participer en rien. » Ces réflexions sont invoquées contre l'existence de la paralysie de la vessie par un jeune chirurgien plein de mérite, dont nous combattrons cependant l'opinion trop absolue : « Tout ce qu'on regardait comme l'effet d'une paralysie essentielle de la vessie ou de son col, dépend d'obstacles matériels au libre exercice de leurs fonctions » (Mercier, *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux*, pag. 115). On voit assez souvent chez les vieillards le rectum se laisser distendre par les matières fécales sans pouvoir réagir sur elles, au point qu'on est obligé d'en débarrasser l'intestin avec une curette. Cette atonie des fibres musculaires du rectum est très analogue à la paralysie de la vessie. D'ailleurs, comme le dit très bien M. Vidal, il n'est pas possible qu'un obstacle à l'issue de l'urine n'en soit pas un, *jusqu'à un certain point*, à l'introduction de la sonde. L'instrument entrera, mais, plus ou moins, il aura été arrêté par l'obstacle. Or, il y a des cas, tels que celui de M. Gerdy et de M. Broussais, dans lesquels il n'existe absolument aucun obstacle à l'introduction de la sonde. Dans le fait qui est l'objet de ce paragraphe, la teinture de cantharides n'a pu agir sur un obstacle qui aurait existé; elle n'a pu que réveiller l'activité musculaire de la vessie. Enfin, n'observe-t-on pas des paralysies des muscles de la vie de relation amenées par la disten-

sion forcée de ces muscles? Il existe donc une paralysie idiopathique de la vessie. On est fondé à l'admettre lorsque, l'urine étant retenue, la sonde entre sans rencontrer aucun obstacle, et que, l'instrument étant introduit, l'urine, après avoir coulé un instant par jet sous l'effort des muscles abdominaux, ne sort plus qu'en bavant.

— Un vieux militaire entra au Val-de-Grâce, dans le service de M. C. Broussais, se plaignant uniquement de douleurs dans les fesses et la partie supéro-postérieure des cuisses. M. C. Broussais l'ayant découvert, et lui ayant placé machinalement la main sur l'abdomen, constata la présence d'une tumeur globuleuse s'élevant du pubis jusqu'à l'ombilic, et supposa qu'elle pouvait être formée par la vessie très distendue. Les réponses du malade n'étaient pas claires, mais une sonde introduite dans la vessie eut bientôt levé tous les doutes Une quantité énorme d'urine fut évacuée, et, bien entendu, la tumeur abdominale disparut.

Le cas précédent fournit un exemple de perte de la contractilité de la vessie. Dans celui-ci, il faut admettre, de plus, la perte de la sensibilité. Les douleurs sciatiques, seul symptôme accusé par le malade, étaient le résultat de la compression exercée médiatement sur le plexus sacré par la vessie.

— Il se trouve dans les salles de M. Jobert, à l'hôpital St-Louis, plusieurs individus amputés au-dessus des malléoles, dont le moignon, parfaitement conditionné, fait l'éloge du procédé employé. Celui ci consiste à tailler par ponction un lambeau postérieur, et à pratiquer une incision demi-circulaire en avant, après quoi on procède à la section de l'os; il n'est autre que celui de Verduin (1696), reproduit par Sabourin (1702), et revendiqué par les Anglais pour leur compatriote Lowdham (1679); seulement il est pratiqué au bas de la jambe au lieu de l'être au point dit d'élection. La surface osseuse est bien garnie, bien doublée, et l'on comprend que la station sur le moignon doit être aisément supportée. La cicatrice, située en avant, ne porte pas sur le moyen prothétique. Dans l'un des derniers cas, la cicatrisation a eu lieu par première intention. M. Jobert réunit généralement les plaies des amputations à l'aide de la suture, et attribue en grande partie à cette pratique, qui est aussi celle de M. Sédillot, les bons résultats qu'il obtient. Chez l'un de ses opérés, la pourriture d'hôpital, assez opioiâtre pour avoir nécessité l'application du feu, n'a pas empêché le moignon de prendre une forme convenable.

Cette fâcheuse complication des plaies, la pourriture, a été jusqu'ici assez fréquente à Saint-Louis, ce que l'on a attribué avec vraisemblance aux émanations de Montfaucon, des raffineries voisines et du canal Saint-Martin. L'influence des miasmes résultant de la décomposition végéto-animale sur les plaies est des plus évidentes. M. le docteur Chambolle, chirurgien principal d'armée, a publié, dans le tome 54 des *Mémoires de médecine militaire*, l'histoire succincte d'une épidémie de pourriture observée dans les salles de blessés de l'hôpital militaire de Dunkerque, par suite de la mise à découvert d'un ancien fossé de la ville plein de vase. L'épidémie décrut rapidement à mesure que l'on combla ce fossé.

— M. Jobert continue à employer avec prédilection deux moyens qui rentrent dans la grande méthode substitutive: les bougies aluminées et la pommade au nitrate d'argent. Les premières auraient pour avantage, sur le caustique, de modifier l'état de la muqueuse dans les rétrécissements de l'urètre, sans destruction de tissus. Nous ferons remarquer que cette destruction ne semble pas devoir être regardée comme un inconvénient quand il s'agit d'un rétrécissement. Mais, à part la question de préférence, résolue dans la pratique générale, il est bon de savoir que M. Jobert a lieu de se louer de son moyen. La préparation des bougies aluminées est très simple: on ramollit avec les doigts le bout d'une bougie emplastique que l'on plonge dans la poudre d'alun, laquelle est incorporée à la cire par malaxation; on recommence jusqu'à ce qu'il y ait assez d'alun sur l'instrument. La muqueuse en contact suppure, et le canal s'élargit par ce seul fait. Quant à la pommade au nitrate d'argent (4, 8, ou même, suivant les cas, 12 grammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'axonge), elle n'est pas toujours employée à titre de moyen substitutif. Elle agit comme telle dans l'érysipèle; mais dans les arthropathies, elle est révulsive. M. Jobert nous a montré une femme guérie d'une tumeur blanche du poignet par ce moyen. L'effet du médicament consiste dans une foule de petites vésicules qui ne tardent pas à se rompre; au bout de quelque temps la partie est couverte d'une couche épidermique assez épaisse et noire, qui se détache, laissant à nu une surface parfaitement nette, exempte de tout stigmate. S'il existe un moyen révulsif et substitutif puissant, qui ait pour avantage de ne laisser aucune trace de son application, ce moyen mérite assurément d'être généralisé.

— L'autoplastie est une des branches de l'art qui montrent le plus à quel degré le génie des modernes a élevé la chirurgie. Par elle on s'est créé des ressources étonnantes pour des cas jusqu'alors incurables. L'audace le dispute à l'habileté. Il y a excès quelquefois. Mais on répond aux prudents, d'autres diraient aux timides, que l'homme n'existe qu'à la condition d'être audacieux. La chirurgie suit la loi commune. Elle est entraînée dans le mouvement général. Partout l'homme tourmente la nature. Comment s'épargnerait-il lui-même? La peau est une étoffe que l'on taille, que l'on détire, que l'on raccommode. Si la chirurgie a sa part aux progrès de l'industrie humaine, elle a sa part aux revers. Il n'y a pas de triomphe de l'intelligence qui ne contienne des malheurs en germe. Voilà ce qu'il faut avoir présent à l'esprit.

Cela dit, enregistrons deux faits d'autoplastie de M. Jobert. Dans un cas il s'agit d'un homme affecté d'un rétrécissement de l'urètre à la suite de nombreuses gonorrhées, chez lequel il s'est fait une rupture du canal, suivie d'infiltration urineuse. Chose bien remarquable, l'infiltration n'a eu lieu que d'un côté, dans le dartos; elle est remontée jusqu'au pubis. Un côté des bourses, le droit, était tout à fait exempt d'infiltration. De grandes incisions ont été pratiquées; et l'on a reconnu que l'urètre était détruit sur une de ses faces dans l'étendue de six centimètres environ à partir de la racine de la verge. Après la détersion, la vaste perte de substance a été comblée à l'aide de la peau du voisinage. Il ne reste plus aujourd'hui qu'un pertuis, dont il est permis d'espérer l'obturation. L'observation sera publiée; et nous y reviendrons alors.

Le second cas est celui d'un homme qui portait un anus accidentel, suite de hernie gangrenée. On avait essayé plusieurs moyens sans succès, lorsque M. Jobert eut l'idée de tenter l'ingénieux procédé suivant. De chaque côté de l'ouverture, *à une certaine distance*, deux lanières de peau furent excisées, puis les deux surfaces saignantes furent mises en rapport et maintenues à l'aide d'une suture.

On aura sans doute fait la différence de ce procédé avec celui qui a été plusieurs fois employé déjà et dans lequel on pratique l'excision des bords de l'ouverture, que l'on affronte ensuite. Ici les bords ont été respectés, et c'est à une certaine distance que la peau a été excisée. Il y a moins de risques de cette manière que les surfaces en rapport soient irritées par les matières intestinales, et d'un autre côté on conserve plus de largeur au tube digestif que si les bords mêmes de l'anus accidentel étaient rapprochés. Le rétrécissement d'une portion déjà rétrécie de l'intestin, dans ce dernier cas, doit être une cause puissante d'insuccès. Nous avons vu l'opéré jeudi dernier; l'ouverture semble définitivement fermée. La suture, autant qu'on en peut juger, a parfaitement réussi.

— M. Jobert a, dans ses salles, un jeune homme de vingt-quatre ans dont les deux testicules sont tuberculeux et forment deux tumeurs volumineuses. Dans chaque testicule, une des bosselures est fluctuante. M. Jobert se propose de vider cette bosselure, et d'y introduire le liquide iodé. Dans un cas semblable, le succès de cette pratique dépassa ses espérances. Sous l'influence de l'injection iodée, il vit toutes les bosselures se fondre successivement. Il est même à remarquer que, contre toute supposition, le sujet est resté apte à la fécondation, aptitude dont il est même porté à faire abus. On savait bien que l'engorgement testiculaire qui accompagne souvent l'hydrocèle est modifié avantageusement par l'injection d'iode, mais un tel succès dans le tubercule va au delà de toutes les prévisions. Attendons de nouveaux faits pour conclure.

— Il résulte des renseignements que nous avons pris relativement à ce cas de variole survenue chez une jeune femme qui venait d'être vaccinée dans le service de M. Velpeau, qu'il faut admettre une simple coïncidence entre la vaccination et l'éruption variolique. Il ne faudrait pas beaucoup de ces coïncidences pour déconsidérer le vaccin. X.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Ulcère phagédénique siégeant sur la partie antérieure de la poitrine. (Leçon recueillie par H. Damoiseau, interne des hôpitaux.)

Au n° 5 de la salle Saint-Louis est couché un malade qui porte sur le devant de la poitrine, au niveau de la moitié supérieure du sternum, un ulcère de mauvaise nature. Lors de l'entrée de ce malade dans notre service, l'ulcère, de forme ovalaire, avait 12 centimètres (4 pouces) dans son grand diamètre, et 9 centimètres (9 pouces) dans son petit diamètre. Son aspect était bien différent à son centre et à sa circonférence. A son centre, il présentait une coloration noirâtre, et on eût dit du tissu érectile frappé de mort.

Si, avec des pinces à pansement, on enlevait cette matière, on découvrait des bourgeons charnus qui saignaient abondamment. A sa circonférence, existait un bourrelet saillant, fongueux, couvert d'un ichor fétide. Des douleurs que le malade compare à des piqûres d'aiguille, se faisaient sentir surtout aux bords de la solution de continuité. Le malade nous raconta qu'il y a deux ans, un petit bouton qu'il portait sur la partie supérieure du sternum s'étant ulcéré, avait envahi de proche en proche les tissus, et avait donné lieu à l'ulcère qu'il présente actuellement. Il nous affirma qu'il n'avait jamais eu de maladie vénérienne. Nous prescrivîmes l'iodure de potassium à l'intérieur; un pansement simple d'abord, puis avec de la charpie imbibée de chlorure de sodium à trois degrés. Sous cette influence, la substance noire disparut, la plaie se détergea; mais depuis quelques jours les douleurs sont devenues plus fortes, et le bourrelet circulaire a notablement augmenté. Il n'est plus possible de conserver des doutes sur le caractère cancéreux de cet ulcère. Nous aurons recours prochainement à une opération; nous enlèverons probablement le sternum en totalité ou en partie. Ce n'est pas là une opération nouvelle; M. Genouville l'a pratiquée au Val-de-Grâce, et d'autres chirurgiens l'ont aussi mise à exécution.

Très vaste ulcère phagédénique siégeant sur la poitrine et sur le cou. Guérison rapide par l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

Au n° 6 de la même salle est couché un malade qui, à son entrée dans notre service, portait depuis deux ans un vaste ulcère de la plus mauvaise nature en apparence. La presque totalité de la surface antérieure du thorax jusqu'aux hypochondres, les parties antérieures et latérales du cou, étaient envahies par une ulcération du plus fâcheux aspect: fond grisâtre, bords taillés à pic, ichor sanieux et fétide, douleurs lancinantes.

Il y a dix ans, le malade a éprouvé une blennorrhagie avec chancres; ce sont les seuls accidents vénériens qu'il ait éprouvés, et depuis cette epoque il n'a présenté aucun symptôme que l'on puisse rapporter à la syphilis, si ce n'est sa maladie actuelle.

L'iodure de potassium fut prescrit à l'intérieur, et l'on fit un pansement simple. En quinze jours l'ulcère diminua des dix-neuf vingtièmes, et ce qui en restait avait perdu tout caractère spécifique et présentait l'aspect le plus avantageux. Les végétations celluleuses étaient touchées avec le nitrate d'argent, et le pansement était fait avec de la charpie imbibée de chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés, lorsque tout à coup une grande partie de la solution de continuité se reproduisit, mais avec les caractères de l'ulcère simple, dit atonique. Avions-nous affaire à une récrudescence de la cause syphilitique? Nous ne le pensâmes pas; car nous n'observions aucun des symptômes d'une ulcération de cette nature. Il nous parut que du cérat qui était fortement adhérent à la cicatrice lors de l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium ayant ranci, l'avait déchirée.

Ce n'est pas la première fois que M. Lisfranc a vu du cérat resté adhérent à des cicatrices récentes, amener leur déchirure et reproduire des solutions de continuité nouvellement guéries; aussi a-t-il donné depuis long-temps le précepte de rétrécir le linge cératé au fur et à mesure que la cicatrice fait des progrès. On prévient ainsi le dépôt d'une couche de cérat sur les cicatrices nouvellement organisées. Si pourtant ce dépôt avait eu lieu, il faudrait, suivant le conseil de M. Lisfranc, l'enlever à l'aide de lotions faites avec un mélange d'eau et d'huile battues ensemble. Après l'enlèvement des croûtes par ce moyen, nous avons vu la cicatrisation marcher rapidement, et en quelques jours elle est devenue complète. Il serait inutile de faire remarquer l'efficacité merveilleuse de l'iodure de potassium dans ce cas particulier, le fait parle assez de lui-même.

Traitement de l'érysipèle par des applications d'axonge.

Deux érysipèles se sont manifestés dernièrement dans la salle Saint-Louis. L'un sur le malade du n° 13, qui portait un vaste abcès à la cuisse. Une large ouverture pratiquée en avant et un peu en dedans du membre, avait donné issue au pus; mais la couche musculaire ayant été divisée, l'écoulement de ce liquide est bientôt devenu difficile, la fièvre s'est allumée, un érysipèle ambulant a pris naissance sur le foyer. L'autre s'est développé sur le malade du n° 39, affecté d'une tumeur blanche du genou à l'occasion d'une application de sangsues sur cette région. Tous deux ont cédé rapidement au traitement que nous dirigeons d'ordinaire contre l'érysipèle. Donnons quelques détails sur ce traitement. Les anciens craignaient beaucoup l'application des corps gras sur les érysipèles. Il y a une dizaine d'années environ, M. Walter, de Munich, étant venu visiter notre service, nous dit qu'il réussissait assez souvent à éteindre les érysipèles à l'aide d'applications d'axonge sur les surfaces enflammées. On savait d'ailleurs en France, à cette époque, que les applications d'onguent mercuriel jouissaient de la même propriété. Nous pensâmes que si l'axonge avait réellement autant d'efficacité que ce médicament, elle serait un moyen d'autant plus précieux qu'il serait d'ailleurs tout à fait inoffensif, et n'exposerait pas comme l'onguent mercuriel à produire des salivations dangereuses.

En deux ou trois jours les érysipèles, à l'occasion desquels je suis entré dans ces détails, ont été guéris. Les cas de ce genre ne sont pas rares, j'en possède par centaines. Il faut convenir, toutefois, qu'il y a des épidémies qui résistent, et que souvent il ne faut point se borner à ce moyen purement local. Des émissions sanguines seront pratiquées en cas de pléthore; on appliquera des sangsues à l'épigastre, s'il y a irritation de l'estomac; un éméto-cathartique sera administré, s'il s'agit d'un embarras gastro-intestinal, etc. Nous supposons, en un mot, qu'il n'y a pas de complication, ou que si elle existe, on a eu soin de la faire disparaître. Comment doit-on employer l'axonge? Rien n'est plus simple, et pourtant rien n'est moins connu, et l'on échoue tous les jours faute de connaître ces détails importants. On a dit avec beaucoup de raison que l'art était tout entier dans les détails; j'en puis fournir un exemple frappant: Un de mes élèves les plus distingués fut pris à la campagne d'un érysipèle au bras, et se contenta de faire des onctions sur les parties malades avec de l'axonge; l'érysipèle n'en poursuivit pas moins sa marche.

Le jeune médecin dont je parle avait oublié ou n'avait jamais remarqué la manière dont je faisais appliquer l'axonge. Voici ce qu'il faut faire: on taille un morceau de gros linge à demi-usé, de la forme de la surface érysipélateuse et assez large pour dépasser cette surface d'un ou deux pouces en tout sens, car l'anatomie pathologique a démontré que la peau est enflammée dans son épaissenr à une certaine distance au-delà des limites apparentes de l'érysipèle. On étend sur ce morceau de toile une couche d'axonge de deux ou trois lignes d'épaisseur, on l'applique ensuite sur l'érysipèle. L'axonge fond plus ou moins rapidement suivaot la température des surfaces malades et celle de l'atmusphère. Deux heures après, en général, on enlève le linge pour le recouvrir d'une nouvelle couche sans enlever ce qui pourrait rester de la première, et on le répplique. Si la température de l'atmosphère ou celle des parties malades est élevée, il faut renouveler l'axonge toutes les demi heures. Sous l'influence de ce traitement on voit le plus souvent les phénomènes inflammatoires s'éteindre rapidement. Je possède un nombre considérable de succès dus évidemmenr à l'emploi de cette méthode.

Considérations générales sur le traitement de l'entorse.

Au n° 3, de la salle Saint-Antoine, est couché un malade qui est entré à l'hôpital pour une entorse violente. Saisissons cette ocasion pour vous entretenir de quelques-uns des points les plus pratiques de cette question importante. L'entorse, maladie si simple en apparence, est une des affections dont la thérapeutique est la moins connue, et pourtant c'est peut-être la cause la plus commune de ces graves affections qui nécessitent l'amputation des membres.

Qu'est-ce que l'entorse? C'est une contusion, un tiraillement, une torsion, un déchirement plus ou moins violent des

parties molles qui entrent dans la composition d'une articulation ; il faut ajouter qu'il existe en même temps des épanchements sanguins en foyer ou en infiltration et quelquefois un diastasis.

L'entorse de l'articulation tibio-tarsienne, la plus commune de toutes est produite par le renversement brusque du pied en avant ou en arrière, en dehors ou en dedans. En général, elle est plus grave dans ce dernier mouvement ; le poids du corps, se portant en dehors, ne trouve de ce côté rien qui le soutienne, tandis que quand il se porte en dedans, il rencontre un point d'appui dans le membre abdominal voisin.

On connaît les belles expériences de Dupuytren sur la torsion des ligaments : rien n'est plus douloureux. On sait aussi quelles douleurs atroces causent aux malades les mouvements que l'on imprime aux articulations affectées de fausse ankylose pour rétablir la mobilité. Dans ces cas évidemment, il n'y a pas inflammation ; en est-il de même dans l'entorse ? Non évidemment ; car à la douleur vient se joindre une vive chaleur et une tuméfaction considérable. Tout ici est inflammatoire. Eh bien, que fait-on contre cette maladie ?

On a conseillé de plonger le membre malade dans de l'eau de puits ou même dans de l'eau à la glace, maintenue à une température constante. Indépendamment des inconvénients que l'immersion du pied dans l'eau froide peut avoir, surtout chez les personnes disposées à la phthisie pulmonaire, chez les individus très nerveux, etc., cette pratique a de bons ou mauvais résultats, suivant qu'on l'emploie à terme ou à contre-temps. Il y a une grande loi thérapeutique qui dit que toute inflammation en voie d'accroissement considérable, ou qui n'a pas cinq ou six jours de durée, augmente sous l'influence des résolutifs. Ces moyens, qui sont des excitants, agissent au bénéfice de la phlegmasie après huit ou dix heures, et dans la majorité des cas le médecin n'est pas appelé avant cette époque. Les phénomènes inflammatoires se sont déjà développés, et les répercussifs ne font que les accroître; employés une heure avant l'accident, ce serait un moyen puissant et héroïque. La vive impression produite par le froid resserre les tissus ; elle détermine dans les petits vaisseaux une constriction qui ne leur permet pas de se gorger du sang que l'irritation y appelle. Le froid a encore l'avantage d'engourdir la sensibilité, de diminuer l'irritation elle-même, et d'empêcher ainsi, par cette double action, l'abord d'une trop grande abondance de liquide. Les réfrigérants doivent être employés pendant cinq ou six heures ; on renouvelle l'eau froide à mesure qu'elle s'échauffe, afin que le membre malade soit soumis à une température constante.

L'application trop peu prolongée des réfrigérants serait nuisible; elle provoquerait une réaction qui attirerait les fluides sur le point malade où l'irritation les appelle d'une manière si puissante : ainsi j'admets en principe la repercussion, pourvu qu'on l'emploie en temps opportun et qu'on sache la manier. Que l'on ait employé ou non l'immersion dans l'eau froide, quel traitement fait-on d'ordinaire ?

Quelques médecins, j'en conviens, font d'abord une saignée au bras; mais presque tous enveloppent l'articulation malade de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, d'eau de boule de Nancy, d'eau salée, d'eau de savon, et d'autres substances résolutives, pendant que la jointure est le siége d'une très grande chaleur, d'une tuméfaction considérable et d'une sensibilité si vive, que le moindre mouvement fait pousser des cris aux malades. On ne voit dans tout cela que les effets de l'afflux des fluides blancs; c'est pour procurer la résorption de ces fluides que l'on met en usage les résolutifs, et l'on est ainsi conduit à traiter par des applications excitantes une phlegmasie articulaire interne. Aussi la guérison se fait-elle, en général, long-temps attendre, et voit-on quelquefois la maladie se terminer, pour ainsi dire, dans une articulation par de nouvelles entorses venant l'une sur l'autre sous l'influence de l'état de faiblesse des ligaments. Ce n'est pas tout encore, une tumeur blanche peut survenir, surtout si l'on a affaire à un malade affecté d'un vice tel que les scrofules, le rhumatisme, la syphilis, la goutte, etc. De là cette opinion des gens du monde qu'on se ressent de l'entorse toute sa vie, et qu'il vaut mieux avoir une fracture qu'une entorse.

Il y a bien long-temps que l'observation clinique a démontré à M. Lisfranc les mauvais effets de ce traitement, et qu'il a été obligé d'y renoncer. Jamais il n'a recours à l'immersion dans l'eau froide, si ce n'est dans le cas mentionné plus haut. Il emploie la saignée même pendant l'administration du bain froid, s'il en fait usage, et il couvre d'un large cataplasme laudanisé l'articulation malade immédiatement après sa sortie de l'eau

M. Lisfranc emploie les émissions sanguines dans le double but de combattre l'inflammation et de favoriser la résorption des fluides épanchés, quels qu'ils soient. La phlébotomie du bras lui paraît préférable à l'application des sangsues; car la déplétion du système veineux, ainsi que M. Magendie l'a démontré, active merveilleusement l'absorption. La quantité de sang qu'il fait extraire est en rapport avec la manière dont le sujet supporte les évacuations sanguines. Est-il d'une constitution ordinaire, il fait pratiquer au bras une saignée de 360 grammes (trois palettes) ; il revoit le malade le soir ; si le pouls n'est pas trop déprimé, si la face est à peine décolorée, si les forces musculaires se soutiennent, si le système nerveux n'est pas beaucoup irrité ; il fait pratiquer une seconde saignée ; elle est de 240 grammes (deux palettes) ; le lendemain ou le surlendemain, suivant l'indication, le malade n'est-il pas faible, il revient encore à la phlébotomie ; mais alors la saignée est de 90 à 120 grammes (3 ou 4 onces) ; pour qu'elle soit révulsive on la fait sur le point le plus éloignée possible de la maladie, et par cela même que la quantité de sang extraite est petite on peut y revenir plus souvent en prenant toujours en considération, nous ne saurions trop le répéter, la manière dont le sujet résiste aux évacuations sanguines. On sait quelles sont très facilement tolérées en général dans les cas de lésion traumatique. Ainsi le même sujet qui, affecté d'une maladie de cause interne, n'aurait pu supporter la soustraction que d'une quantité de sang représentée par 1, en supportera une représentée par 2 ou par 3, s'il est affecté d'une lésion traumatique.

Le stimulus inflammatoire, si l'on peut s'exprimer ainsi, donne un coup de fouet aux propriétés vitales, et elles résistent beaucoup mieux aux pertes de sang que dans l'état de santé, et cela d'autant plus qu'elles ne sont point déprimées par une cause interne. J'ai dit qu'il fallait demander aux malades comment ils supportent les saignées ; c'est là un précepte auquel M. Lisfranc attache la plus grande importance. On rencontre en effet des individus n'ayant nullement la teinte scrofuleuse, d'une belle stature, à poitrine large, qu'une saignée jette dans un abattement extraordinaire ; et par contre, on voit fréquemment des femmes petites, faibles en apparence, auxquelles la saignée produit si peu de diminution des forces, qu'elles n'en continuent pas moins leurs exercices ordinaires. Il y a des femmes que la saignée jette dans des états nerveux dont il est souvent difficile de les faire revenir. On ne saurait donc consulter avec trop de soin l'idiosyncrasie des malades par rapport aux effets de la saignée. Lorsqu'on traite ainsi l'engorgement inflammatoire de l'entorse, on le voit en deux ou trois jours diminuer rapidement ; il ne reste bientôt plus que de l'œdème ; c'est alors qu'il faut prendre garde de continuer trop long-temps l'usage des cataplasmes et des émissions sanguines. L'œdème avec l'absence de douleur indique l'emploi des résolutifs et de la compression. En procédant de cette manière, en six ou huit jours l'articulation a repris à peu près son volume ordinaire. C'est ce qui est arrivé chez le malade du n° 3 de la salle Saint-Antoine, dont l'articulation tibio-tarsienne a repris sa forme et ses dimensions normales. La peau de cette région est encore couverte de larges ecchymoses jaunissantes. En douze ou quinze jours les malades peuvent être en grande partie guéris; je continue de leur faire garder le repos, et ce n'est qu'au bout de vingt-cinq jours ou un mois que je leur permets de marcher. Avec ces précautions, l'entorse ne récidive pas dans l'immense majorité des cas.

Attaquons un autre point de la question. On dit que l'entorse a récidivé, l'articulation est douloureuse, et sous l'influence des résolutifs et de la compression la maladie se prolonge indéfiniment. Il doit y avoir là, me suis-je dit, un reste de phlegmasie. Une tuméfaction légère qui existe, une vive douleur que l'on excite presque toujours en imprimant avec lenteur des mouvements en divers sens à l'articulation, ne signifient pas autre chose. Je réfléchissais sur cette idée, lorsqu'il y a dix-huit ou dix-neuf ans, plusieurs de mes anciens malades que j'avais traités par la méthode ordinaire pour des entorses, et qui étaient restés affectés de douleurs persistantes dans l'article, vinrent mourir dans mon service, d'autres affections. Je rencontrai presque toujours, à l'autopsie, une phlegmasie chronique et des indurations des ligaments qui avaient perdu leur élasticité. J'employai, en conséquence, pour combattre ces douleurs, des sangsues, des cataplasmes et du repos, et je réussis parfaitement. Vingt jours de traitement m'ont suffi, en général, pour les dissiper entièrement ; si elles sont compliquées d'engorgement, je les combats comme s'il s'agissait d'une tumeur blanche.

M. Lisfranc vient d'obtenir, dans sa pratique civile, deux succès très remarquables. Un malade affecté de fistule testiculaire contre laquelle tous les moyens ordinaires avaient échoué, a été guéri par la cautérisation avec le fer rouge. Un autre malade atteint de chute du rectum, a été complétement débarrassé de son affection par l'administration de lavements composés avec une forte décoction de ratanhia. Ce même moyen a été employé sur une malade de la salle Saint-Augustin, affectée de chute du rectum, et que nous allons opérer immédiatement. Quoiqu'un amendement notable ait été obtenu, nous ne sommes pas moins obligé, pour compléter la guérison, d'en venir à la méthode de Dupuytren.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Maladie complexe du membre inférieur droit qui exigea un traitement de dix-huit mois environ, avec double amputation de la jambe et de la cuisse. Ouvertures d'abcès multiples, etc. Guérison. Remarques pratiques.

Ce fait, remarquable à plus d'un titre, a été présenté par un jeune homme qui passa successivement sous le traitement de M. Denonvilliers et de M. Roux pendant dix-huit mois. Voici comment M. Denonvilliers en a commencé l'histoire dans le mois de janvier 1842. Dans la salle Sainte-Marthe est couché un jeune homme de dix-huit ans, à constitution grêle, et affaibli surtout par le long séjour à l'hôpital. Il était d'abord entré dans un service de médecine pour y être traité d'une légère affection de poitrine apparemment catarrhale. Dans le même service on constata qu'il avait une blénorrhagie ; quelque temps après, il y contracta une roséole qu'on reconnut syphilitique, à ce qu'il paraît ; puis une tuméfaction considérable se développa dans son membre inférieur droit, et plusieurs petits abcès se formèrent autour de la malléole interne, qu'on ouvrit avec une lancette. La tuméfaction de la jambe et de la cuisse augmentant, on se décida à faire entrer le malade dans un service de chirurgie pour recevoir des soins plus appropriés à cette nouvelle affection qui se présentait sous une apparence grave, et on le plaça dans nos salles.

A son entrée l'écoulement blénorrhagique avait cessé entièrement, il n'y avait plus chez lui que le gonflement considérable du membre inférieur droit et les petits abcès ouverts au niveau de l'articulation du pied, et qui donnaient encore un peu de suppuration. En examinant bien le membre, on reconnut qu'il existait un phlegmon très considérable à la partie postérieure et interne de la jambe, et nous nous décidâmes à l'ouvrir sans retard ; nous fîmes une large ouverture de 6 centimètres environ à la partie inférieure et interne du membre, près de l'articulation tibio-tarsienne, et une grande quantité de pus en sortit en poussant avec notre main sur les muscles du mollet. Cela nous fit soupçonner tout de suite que le foyer remontait bien haut et était profondément placé ; en effet, en introduisant une sonde de femme dans l'ouverture faite, elle pénétrait facilement dans un foyer profond et vaste placé apparemment entre les os de la jambe et les muscles profonds, et nous pûmes juger qu'il occupait probablement les deux tiers du membre. Il en sortit une quantité très considérable de pus. Nous pensâmes à la manière d'obtenir le dégorgement de cet immense abcès et successivement la guérison. On craignit en même temps qu'un autre foyer purulent n'existât déjà ou isolé, ou communiquant avec celui-ci dans le jarret et dans la cuisse correspondante, car le malade souffrait beaucoup dans ces points. La question qui se présentait alors à résoudre était très grave. Pourrait-on arriver à vider ces grands abcès profonds ? La chose était bien douteuse ; et si on ne pouvait pas les vider et si le pus fusait çà et là le long des muscles, les décollait, etc., aurait-on dû en venir à l'amputation du membre ? et si l'amputation était nécessaire, fallait-il amputer la jambe ou la cuisse ? Voilà les doutes qui se présentaient à notre esprit, et qui nous tenaient dans une pénible incertitude à l'égard du malade.

L'ouverture pratiquée à la partie inférieure de la jambe était large, mais on ne savait pas si elle suffisait à donner issue à toute la suppuration qui était contenue dans le foyer du jarret et si on devait en pratiquer une autre dans cette région ; le malade était beaucoup affaibli, et nous craignions qu'une nouvelle large incision d'où une certaine quantité de sang se serait écoulée dans une région où il y a beaucoup de vaisseaux d'un certain volume, n'augmentât la faiblesse au grand préjudice du malade. Alors nous prîmes le parti de donner au membre malade une position telle que le pus pût s'écouler sans effort et tout naturellement ; nous fîmes placer le malade sur le dos, et, mettant plusieurs coussins sur le jarret du membre, nous fîmes fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin en fixant le membre dans cette position. Le foyer, de cette manière, se vidait spontanément comme une bouteille renversé, car le pus du haut de la jambe s'écoulait naturellement vers la partie inférieure. Pour tout pansement, nous fîmes couvrir la jambe d'abord de cataplasmes, puis de simples compresses graduées, etc., pour faciliter la sortie du pus. Cet écoulement purulent était considérable tous les jours ; la jambe peu à peu se dégorgea ; le genou, la cuisse, qui avant étaient le siége d'une sensibilité vive, devinrent indolents et se désenflèrent entièrement. Bref, au bout de huit ou dix jours, pendant lesquels la suppuration fut très abondante, le foyer diminua et la suppuration aussi en proportion. Dans cet intervalle plusieurs petits abcès se formèrent au pied d'où s'écoula un peu de pus. Tout le membre se dégorgea enfin tellement, et les douleurs disparurent au point qu'on ne pensa plus à l'amputation. Ce résultat, vraiment inattendu, nous étonna et étonne tous ceux qui ont pu suivre la marche de cette maladie. En examinant le pied, on reconnut que les abcès développés dans cette région étaient produits par quelques-uns des os du tarse malades. En effet, on sentait manifestement quelques craquements lorsqu'on mettait en mouvement ces os entre eux, et le malade même s'en apercevait et éprouvait cette même sensation ; il y avait là une altération évidente de quelque partie osseuse, pourtant, avec des topiques émollients, le pus sortit, se tarit peu à peu, et le pied fut amené à son état naturel, au moins en apparence : les douleurs avaient disparu ; il ne restait plus que quelques craquements dans les os.

La santé générale était tantôt bonne, tantôt mauvaise ; aujourd'hui il y a de la diarrhée qui dure depuis quelques jours. Hier il se plaignait du pied ; mais il n'y avait encore aucun changement notable ; aujourd'hui on le trouve enflé à la partie antérieure et externe ; il est d'une rougeur érysipélateuse, et il est sensible à la pression. Il y a là une nouvelle inflammation aiguë produite probablement par les parties osseuses malades que nous avons indiquées. Nous faisons appliquer une vingtaine de sangsues autour de la partie enflammée et des cataplasmes émollients, et nous verrons ce qu'il en résultera. Pourrons-nous arrêter cette nouvelle recrudescence de la maladie? Sera-t-on plus tard obligé de recourir à des moyens plus violents, tels que l'amputation du pied ou de la jambe à sa partie inférieure ?

Le 25 janvier, l'inflammation du pied a plutôt augmenté, malgré l'application des sangsues. Le gonflement est considérable, surtout à la partie extérieure du pied et autour des malléoles ; pourtant on ne sent pas une fluctuation manifeste et bien caractérisée. Les moindres attouchements sont douloureux, et font jeter les hauts cris au malade. — On répétera les sangsues et les cataplasmes laudanisés après celle-ci.

Le 30, l'état du malade est à peu près le même ; il y a un peu moins de sensibilité dans le pied. Le gonflement qui s'étendait à la jambe paraît limité au pied et aux environs de l'articulation tibio-tarsienne. Nous continuons à tenir le membre dans la position un peu fléchie à l'aide de coussins qui soutiennent le genou, et cela dans le but de faciliter le passage de tout le liquide ou pus qui pourrait stationner dans la partie supérieure de la jambe. Si nous ne réussissons pas à guérir la maladie actuelle par les moyens que l'art nous fournit, indépendamment de l'amputation, nous chercherons au moins à limiter le mal autant qu'il est possible à la partie inférieure du membre, pour n'avoir plus tard en désespoir de cause à sacrifier qu'une partie du membre. On administrera aussi du diascordium pour combattre une diarrhée assez abondante qui s'est manifestée depuis quelques jours et qui épuise le malade.

Le 16 février, voyant que la maladie locale faisait des pro-

grès, qu'il n'y avait pas de chances fondées de sauver le pied de ce malheureux jeune homme dont les os devaient être profondément altérés, M. Denonvilliers se décida avant-hier à l'amputer dans la partie inférieure de la jambe, en conservant le plus de membre qu'il lui était possible. Déjà depuis quelques jours il avait vu la nécessité de cette opération ; mais il a dû attendre à cause de la diarrhée colliquative à laquelle était sujet le malade, et qui la contre-indiquait en quelque sorte.

Après l'opération, qui n'a présenté rien de remarquable, le malade fut transporté dans son lit avec tous les ménagements que son état grave réclamait. Dans la journée il a eu de la fièvre ; la nuit qui a succédé a été assez bonne, avec un peu de sommeil calme. Hier il y a eu dans le membre amputé quelques secousses convulsives; mais la nuit dernière a été assez tranquille. Aujourd'hui la fièvre continue. On a enlevé le premier appareil, selon l'habitude de M. Denonvilliers de l'ôter plus tôt que par l'ancien système; le moignon se trouve en bon état, il y a peu de gonflement. Le rapprochement des bords de la plaie est fait d'avant en arrière ; il s'est écoulé un peu de sérosité du fond de la plaie même. On a enlevé quelques bandelettes agglutinatives qui comprimaient trop le moignon, et pour soutenir les tissus et tenir bien en rapport les bords de la plaie, on place un morceau de carton au-dessous du moignon même, couvert de charpie. Ce corps résistant fait pour ainsi dire l'effet des bandelettes, sans en avoir les inconnients. Le membre est tenu dans une position un peu déclive. — On prescrit du bouillon et une potion calmante pour le soir.

Le 20 février. Ces jours derniers, il a eu la fièvre traumatique assez vive. Le dévoiement continue toujours un peu, ou pour mieux dire s'est reproduit hier, après avoir cessé depuis le jour de l'opération. On revient à l'usage du diascordium à l'intérieur, et de quelques lavements laudanisés. Malgré cette diarrhée, on juge nécessaire d'administrer un peu d'aliments, car le malade est épuisé et a besoin de réparation ; il a d'ailleurs un appétit vorace, et mange ce qu'on lui donne avec un extrême plaisir. Il y a des circonstances où le dévoiement n'est pas une contre-indication à l'administration de quelques aliments ; c'est à notre avis le cas de celui-ci. L'aspect de la plaie, du reste, est bon ; la suppuration s'écoule librement et en quantité modérée.

Le 26, le malade est dans le même état à peu près. Il existe toujours un peu de diarrhée. En comprimant le fond de la plaie de haut en bas, on a fait sortir une certaine quantité de sérosité sanguinolente.

Le 1er avril, les suites définitives de l'opération n'ont pas été heureuses. La plaie semblait d'abord marcher bien vers la guérison, lorsque des abcès se développèrent autour du moignon, qu'on fut obligé d'ouvrir ; des esquilles osseuses sortirent. De nouveaux abcès se formèrent ensuite dans toute l'étendue de la jambe et même jusque sous le jarret, qu'on ouvrit largement. Ces ouvertures ont de la peine à se fermer.

Le 15, tout autour des ouvertures faites aux abcès se développa de l'érysipèle, ce qui retarda encore leur cicatrisation. Maintenant elles semblent marcher sans obstacle vers ce but. Le dévoiement n'a pas encore cessé ; mais l'appétit se soutient encore. — On continue les mêmes moyens internes, et on tient le malade à un régime convenable.

Quelque temps après cette époque, M. Roux ayant repris son service, trouva notre malade dans un bien mauvais état. Des douleurs vives se faisaient sentir dans toutes les articulations, mais principalement dans celles du poignet, de l'épaule et des doigts du côté droit, et finirent par se fixer dans le poignet, en donnant lieu à un abcès qui fut ouvert par le bistouri. Tout le bras et la jambe malades, pourtant, continuèrent à faire beaucoup souffrir le pauvre jeune homme ; la plaie surtout résultant de l'abcès du poignet était très douloureuse, et M. Roux la faisait couvrir de cataplasmes arrosés de laudanum. Enfin, cette ouverture aussi finit par se fermer, mais en laissant dans toute la partie une gêne, une faiblesse telle que, longtemps après, le malade ne pouvait pas s'en servir comme à l'état normal.

M. Roux fut forcé encore de quitter le service clinique pour des raisons de santé, dans le mois de juillet, et fut de nouveau remplacé par M. Denonvilliers.

A cette époque, le malade avait un peu gagné du côté de l'état général ; la diarrhée avait cessé complètement, les douleurs vagues dans le bras et la jambe avaient véritablement diminué ; mais la plaie du moignon ne se cicatrisait pas, et on doutait qu'il y eût un travail de nécrose dans quelque point du tibia. Le chirurgien eut recours aux bains locaux faits avec la décoction de feuilles de noyer, et à l'usage interne du proto-iodure de mercure, dans le but de combattre des restes supposés de virus syphilitique. Ce traitement, continué pendant quelque temps, ne produisit pas d'effets notables, sans pourtant nuire à l'état du malade ; alors on le quitta.

Enfin, au commencement de l'hiver, M. Roux étant rentré dans ses fonctions cliniques, reconnut, dans une nouvelle inspection du moignon, l'existence de la nécrose supposée qui semblait s'étendre très loin dans le centre du tibia, et, désespérant désormais d'obtenir une guérison, il décida le malade à une nouvelle opération très grave, telle que l'amputation de la cuisse, seul moyen de tirer ce malheureux de l'état d'affaiblissement progressif et de véritable cachexie qui menaçait de le conduire au tombeau. L'opération fut pratiquée le 10 janvier par la méthode à lambeaux, que ce professeur préfère souvent à la méthode circulaire dans certaines circonstances. Au bout de six semaines, le moignon était près de se cicatriser ; dans cet intervalle, pourtant, un nouvel abcès se développa, qu'il fallut ouvrir, et qui retarda de quelque peu la marche de la cicatrisation, car cette ouverture détruisit des adhérences déjà formées dans les tissus cutanés du moignon : cet abcès était produit par un petit morceau qui, détaché du reste du tibia, agissait comme corps étranger.

A partir de cette époque, c'est-à-dire du commencement du mois d'avril dernier, la guérison stable et complète eut lieu dans un très court espace de temps ; le malade reprit bientôt de l'embonpoint, et se trouvait en parfaite santé. M. Roux l'aurait immédiatement fait sortir de l'hôpital et renvoyé à la campagne, son pays natal ; mais le pauvre jeune homme n'avait pas les moyens de se procurer une jambe mécanique, et continua à rester dans les salles jusqu'à ce que l'administration fût venue à son secours. Il y est encore dans ce moment, 12 août, et il serait bien regrettable que pendant son séjour inopportun à l'hôpital, une affection quelconque vînt l'assaillir et l'enlever, comme il arrive assez fréquemment.

Quelques observations sur l'emploi des excitants dans le traitement des phlegmasies thoraciques chez les enfants; par M. le docteur Posner.

Tandis que, dans les inflammations qui surviennent chez les adultes, on réussit assez souvent à obtenir la résolution par l'usage des débilitants (émissions sanguines générales et locales. purgatifs, etc), la marche des phlegmasies chez les enfants exige, dans la plupart des cas, que ce mode de traitement subisse des modifications. L'énergie de la circulation dans le jeune âge se trouve moins développée que dans l'âge adulte ; aussi est elle plus facilement déprimée par les antiphlogistiques, de sorte qu'après l'emploi de ces derniers, la résolution est beaucoup plus difficile à obtenir.

Cette particularité se rencontre surtout dans les inflammations des organes respiratoires, dans lesquelles les symptômes de véritable phlegmasie aiguë ne durent que peu de temps, et disparaissent promptement sous l'influence des émissions sanguines, pour revêtir le caractère de l'adynamie, et s'accroître de plus en plus si l'on persiste dans l'emploi de la médication antiphlogistique.

Dans le plus grand nombre de cas, cette période adynamique de la broncho-pneumonie des enfants survient déjà après la première déplétion vasculaire, et se manifeste par les symptômes suivants. Les enfants deviennent extraordinairement pâles; leurs lèvres sont bleuâtres, leurs yeux fixes, leur face décomposée et presque hippocratique ; la fréquence du pouls augmente à un tel point que les pulsations artérielles ne peuvent plus être comptées, et la fréquence des mouvements de la respiration s'accroît dans la même proportion. La toux, au contraire, qui était très fréquente, devient plus rare et ne se montre que par accès. L'auscultation fait reconnaître des bruits de râle de différentes nuances ; il existe de l'hépatisation dans plusieurs points du tissu pulmonaire, et la percussion du thorax rend un son mat. Ordinairement, particulièrement lorsque les émissions sanguines ont été réitérées, des signes d'anémie cérébrale viennent s'adjoindre aux autres symptômes.

Si, trompé par l'ensemble de cet état pathologique, le praticien se laisse aller à poursuivre le traitement antiphlogistique, il ne tarde pas à survenir des accès de suffocation, des convulsion, des symptômes comateux, et le malade meurt victime des conséquences de la médication employée.

Mais quelque menaçant que paraisse être l'ensemble des sympômes qui viennent d'être indiqués, le pronostic n'est cependant pas tout à fait mauvais si on cesse complétement l'emploi des moyens antiplogistiques et qu'on ait recours aux excitants, suivant M. Posner ; et, dans les cas de ce genre, ce médecin préfère à tous les autres excitants le vin, surtout le vin doux de Hongrie (vin de Tokai). Ce vin, adminitré à petites doses et d'une manière soutenue, rend bientôt à la pneumonie une expression meilleure, diminue la fréquence du pouls et procure un sommeil réparateur. Les symptômes inflammatoires locaux se trouvent réduits à très peu de chose ; les bruits de râle cessent en grande partie, et il reste qu'un faible ronchus muqueux ; les points hépatisés redeviennent perméables à l'air, et cette amélioration se manifeste avec une rapidité si étonnante qu'ordinairement, au bout de vingt-quatre heures, la broncho-pneumonie s'est transformée en un simple catarrhe qui cède aux moyens usités généralement contre cette affection,

L'indication de ce traitement excitant existe quand, après l'apparition évidente de la broncho-pneumonie, on a employé, pendant deux jours les émissions sanguines, le calomélas, la solution de tartre stibié, sans qu'il se soit manifesté un changement favorable.

On ne doit pas attendre alors, pour agir, l'apparition des symptômes adynamiques mentionnés plus haut ; mais il vaut encore mieux recourir sans retard à l'administration des excitants. Dans ces circonstances, les excitants moins énergiques que le vin, tels, par exemple, qu'une légère décoction de *polygala sénéga*, une faible solution de liqueur ammoniacale anisée suffisent déjà. Si, au contraire, il y a développement évident des signes caractéristiques de l'adynamie, on ne peut plus balancer à prescrire immédiatement l'usage du vin, dont la dose doit varier suivant l'âge du malade. La durée de l'emploi de ce moyen est subordonnée au retour plus ou moins prompt du sommeil.

(*Journal fuer Kinderkrankheiten.*)

NOUVELLES.

La distribution solennelle des prix au Val-de-Grâce, aura lieu le 14 octobre courant, à midi, dans cet hôpital.

— M. Pigné, conservateur du Musée-Dupuytren, commencera son cours public d'anatomie et de physiologie pathologique le lundi 21 octobre, dans l'amphithéâtre n° 1, de l'Ecole pratique, à une heure, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Son cours particulier commencera le vendredi 25 octobre.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de faire une très courte réponse à la lettre de M. Pernet insérée dans votre numéro du 3 courant.

Lorsque j'ai fait connaître, dans votre estimable journal du 27 août dernier, les circonstances principales de la saisie que M. Pernet a fait faire, dans mon magasin, d'un bandage qu'il dit être une contrefaçon, je n'ai pas eu, comme le suppose M. Pernet, l'intention d'influencer la justice, qui prononcera bientôt entre nous deux. J'ai seulement voulu prouver, par des documents *historiques*, que le bandage Franc-Comtois était depuis long-temps dans le domaine public, et éclairer l'opinion médicale sur une affaire qui aurait pu, en ce qui me concerne, être le sujet d'une interprétation fâcheuse. Je crois avoir atteint ce double but, et ce n'est pas avec des personnalités, auxquelles je ne veux pas répondre, que M. Pernet détruira des faits dont je suis parfaitement en mesure de démontrer la valeur et l'authenticité.

Agréez, etc. Charrière.

Paris, 11 octobre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 121. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BÉRARD.

Tumeur volumineuse à la région postérieure du crâne chez un jeune enfant, constituée par un encephalocèle. Considérations pratiques.

Le fait suivant a été observé il y a quelques mois dans le service de M. Bérard. Nous n'aurions peut-être pas songé à le reproduire, si un cas du même genre, communiqué récemment à l'Académie de médecine, où il a provoqué une discussion intéressante, ne donnait un caractère tout particulier d'opportunité aux considérations cliniques que M. Bérard émit alors sur ce sujet. Nous rappellerons brièvement les circonstances principales du fait, pour insister plus particulièrement sur les réflexions auxquelles il a donné lieu.

Dans la salle Saint-Jean, n° 13, était couché un jeune enfant portant une tumeur considérable à la région occipitale. On ne connaît aucune des circonstances relatives à la grossesse de la mère et à l'accouchement. Tout ce que l'on sait, c'est que l'enfant est venu au monde avec cette tumeur. Sitôt après sa naissance il a été envoyé en nourrice, où il a été perdu de vue jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital; de sorte qu'on ignore si la tumeur a subi quelque changement dans son volume, ainsi que les phénomènes morbides ou physiologiques auxquels elle a pu donner lieu jusqu'à présent. Quoi qu'il en soit, voici l'état qu'il offrait lorsqu'il a été reçu à l'hôpital : il était chétif, maigre, malpropre, et présentait toutes les apparences d'un enfant qui aurait pâti et manqué des premiers soins. Le tronc et les membres n'offraient du reste rien de particulier; à l'émaciation près, la conformation de toutes ces parties est normale. La tête, régulièrement conformée d'ailleurs, présente sur la ligne médiane de la région occipitale, au niveau du sommet de la suture lambdoïde, une tumeur sphéroïdale assez régulière, du volume d'un gros œuf de dinde environ, légèrement étranglée au niveau de son insertion au crâne, de manière à présenter en ce point un large pédicule. Sa surface est glabre au sommet et dans sa plus grande étendue, elle n'est recouverte de cheveux qu'à son collet seulement; la peau est blanche, légèrement rosée par places; elle n'est pas parfaitement lisse; elle présente çà et là de légères saillies et de petits enfoncements.

On remarque sur son sommet une petite exulcération provenant probablement de la chute de petites croûtes développées par suite des frottements auxquels cette tumeur est exposée. On n'y voit point de gros vaisseaux; point de veines développées sous la peau. Au toucher, cette tumeur paraît d'abord assez dure, tendue et résistante; mais par une pression méthodique faite en tous sens, on reconnaît bientôt qu'elle est un peu réductible; elle cède légèrement sous une pression un peu prolongée, et diminue sensiblement de volume. Cette diminution tient-elle à un certain degré d'œdème des téguments qui céderait momentanément à la pression, ou à un refoulement du contenu de la tumeur dans le crâne? C'est sur quoi on ne peut se prononcer d'une manière absolue; la dernière supposition paraît cependant plus probable, car la peau n'offre point l'aspect d'une peau œdémateuse. Quoi qu'il en soit, la tumeur reprend sa forme et son volume primitifs aussitôt qu'on a cessé de la comprimer. On ne sent point de pulsations dans toute l'étendue de sa surface; mais si l'on presse sur sa base en cernant le pédicule de la tumeur avec le doigt, on sent un défaut de résistance produit par une interruption brusque des os du crâne, et on perçoit profondément des pulsations très appréciables, et qui sont évidemment transmises par les mouvements du cerveau; circonstance qui rend plus probable encore la pénétration de la tumeur dans le crâne. Vue à contre-jour, la tumeur présente un peu de translucidité. Enfin par une exploration attentive, à l'aide du toucher, on peut à peu près reconnaître avec certitude qu'elle est formée par un amas de parties molles, et peut-être des parties fluides et des parties plus résistantes qui constituent l'enveloppe. Celle-ci offre plus de résistance et d'épaisseur que ne devraient en avoir les téguments seuls; d'où l'on serait porté à croire qu'il y a autre chose que la peau enveloppant une collection liquide, qu'entre les téguments et le liquide, si cela en est, il y a une seconde enveloppe qui pourrait bien être constituée par les méninges et une expansion cérébrale. Quant à l'état général du sujet, on n'en peut déduire aucun symptôme important. L'enfant ne présente d'autre vice de conformation qu'un strabisme double convergent, plus prononcé d'un côté que de l'autre. Il ne paraît pas sujet à des mouvements convulsifs; du moins il n'en a pas présenté depuis son séjour à l'hôpital (où il était alors depuis plusieurs jours). Il n'y a point de troubles appréciables de la santé; les digestions se font régulièrement, la respiration est libre et régulière, le sommeil bon. Voilà pour l'état général. Les symptômes locaux sont tout aussi peu significatifs. La pression exercée en masse sur la tumeur, de manière à la refouler vers l'intérieur du crâne, ne détermine ni assoupissement, ni convulsions, ni trouble dans les fonctions de la poitrine ou de l'estomac.

A quelle sorte de tumeur a-t-on affaire? quelle est sa nature? On ne peut jusqu'ici que concevoir une forte présomption en faveur de l'existence d'un encéphalocèle ou plutôt d'un hydro-en[illegible] hernie cérébrale avec accumulation [illegible] son intérieur. A défaut de caractères directs d[illegible] serait-il pas possible, en examinant successivement [illegible] en analysant les caractères propres aux principales sortes de tumeurs qui peuvent siéger sur le crâne, d'arriver à ce diagnostic par voie d'exclusion :

Une tumeur siégeant dans cette région pourrait être un céphalématome, une tumeur sanguine développée dans l'épaisseur des téguments du crâne. Ces sortes de tumeurs peuvent en effet avoir un pourtour dur avec une apparence de dépression du crâne; mais il est rare de voir se développer un céphalématome précisément sur la ligne médiane du crâne et au niveau d'une fontanelle; ils peuvent siéger indistinctement et plutôt même sur tout autre point du crâne; d'un autre côté, les céphalématomes n'ont pas cette forme; ils ne sont point pédiculés; enfin ils ne reposent point sur une base vide et perforée, et ils ne laissent point percevoir de pulsation. En voilà plus qu'il n'en faut pour repousser l'idée d'un céphalématome.

Ce pourrait-il être une loupe? Une loupe est effectivement pédiculée, mais elle laisse ordinairement sentir une fluctuation très apparente; ici la fluctuation n'est pas manifeste, elle est obscure et la transparence douteuse; mais un caractère exclusif d'une bien plus grande valeur que les précédents, c'est qu'une loupe ne serait pas accompagnée d'une perforation du crâne. La perforation exclut naturellement ici toutes les tumeurs qui auraient leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, telles par exemple que les tumeurs érectiles, les kystes, abcès froids, et sur lesquelles il serait par conséquent inutile de nous arrêter plus long-temps. Ce ne peut donc être qu'une tumeur formée par les membranes du cerveau. Reste à examiner si c'est une tumeur fongueuse, une hydrocéphale partielle ou une tumeur formée par une hernie du cerveau, un encéphalocèle.

Les tumeurs fongueuses ne sont jamais pédiculées; elles laissent percevoir des pulsations dans toute leur étendue. D'ailleurs ces sortes de tumeurs ne s'observent pas ordinairement à cet âge; elles sont presque exclusivement dévolues aux sujets adultes et même d'un certain âge. Quant à l'hydrocéphale partielle, je ne crois pas qu'on l'ait vue jamais sans qu'il existât en même temps un peu d'hydrocéphale générale. Or, ici, outre que la conformation et le volume de la tête excluent l'idée d'une hydrocéphale générale, même peu développée, on n'observe aucun des symptômes qui l'accompagnent à peu près, tels que l'hébétude, l'altération des traits, le trouble des sens, etc.

Il ne nous reste donc plus, par cette voie d'élimination, qu'à examiner la possibilité d'un encéphalocèle. Et d'abord l'encéphalocèle n'est pas absolument une altération très rare.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

La pairie et les médecins. — Les impossibilités. — Démissions obligées. — Abandon de clientèles. — Exemple à suivre. — Mot de M. Viennet. — Les contrastes en médecine. — Impossibilité d'une règle commune. — L'ordre du jour à l'Académie. — Appel en faveur de la presse. — Un organe officiel. — Les Facultés et les Ecoles. — Légère erreur de chiffres. — Effets de l'air sur l'utérus.

Il est beaucoup question, comme vous savez, de nominations nombreuses à la pairie. Aujourd'hui, comme en toute occasion semblable, on parle d'honorer la profession médicale en donnant à un médecin un des fauteuils dorés du Luxembourg. Mais l'embarras est grand, si grand qu'il est infiniment probable qu'aujourd'hui comme toujours la chose restera à l'état de projet. En effet, certaines influences, que pas besoin n'est de désigner, voudraient revêtir de cette haute distinction un homme qui eût donné des preuves manifestes de son dévouement à certains principes, à certaines idées, à certain système. On voudrait que tout en honorant la profession, l'honoré put y voir comme une sorte de récompense politique, comme une faveur méritée par des services réels. Mais, première difficulté, on impose comme condition, qu'avant d'entrer dans cet aristocratique aréopage, le personnage désigné fasse abandon de ses places et de ses titres universitaires. On craint que des fonctions trop scolastiques ne blessent la susceptibilité de la chambre haute. Or, le personnage en question répond que la pairie lui sied à merveille, mais que les appointements attachés à ses places lui siéent encore mieux, qu'il n'est pas assez riche pour en faire l'abandon, et que le manteau de pair, tout honorable qu'il soit, ne l'indemniserait de la perte ni de sa robe professorale, ni de sa toque de doyen, ni de son hermine de conseiller universitaire. D'un autre côté, seconde difficulté, une autre influence puissante aussi et écoutée, veut bien qu'on accorde les honneurs de la pairie à un médecin, mais elle veut, comme conditions essentielles, d'abord que ce médecin soit membre de l'Institut et, de plus, qu'il renonce absolument à l'exercice de sa profession. Or, en cherchant parmi les médecins membres de l'Institut, on a trouvé que quelques-uns devaient être éliminés par raisons politiques, que certains ne jouissaient pas d'une célébrité assez éclatante, que d'autres y étaient entrés depuis trop peu de temps, et surtout que tous étaient infiniment peu disposés à l'énorme abandon qu'on leur impose. Donc, les difficultés paraissant de tous côtés insurmontables, considérez comme à peu près certain l'ajournement indéfini de toute nomination médicale à la pairie.

On voit que la même condition, noblement refusée il y a quelques années par M. Double, est de nouveau imposée à tout médecin à qui la célébrité et les services rendus dans l'exercice de notre profession peuvent permettre d'aspirer à la dignité de pair. Condition injuste, absurde, déloyale, et à laquelle M. Double répondit par ces belles paroles : « Je ne peux, je ne dois et je ne veux entrer au Luxembourg que le sthétoscope à la main. » Je sais bien que quelques personnes ont mis au rang des fables cette proposition faite à M. Double et sa réponse, et l'on a dit que notre honorable et regrettable confrère n'avait eu pas plus à refuser la pairie qu'Hippocrate les présents d'Artaxerce. C'est une erreur, le fait est positif; la nomination, délibérée et approuvée en conseil des ministres, n'attendait plus que la signature du roi, lorsque fut faite l'étrange proposition de renoncer à la profession médicale. Les instances d'un illustre maréchal, dont M. Double était encore plus l'ami que le médecin, ne purent vaincre sa généreuse résistance, et le projet d'ordonnance fut retiré. Cette action, tout en honorant son auteur, honore trop aussi notre profession tout entière pour que le souvenir n'en doive pas rester pur de toute contestation. C'est de plus un courageux exemple à présenter à ceux à qui pareille condition serait offerte, et qui l'imiteraient sans doute. Toujours est-il que cette grande affaire doit se décider dans les premiers jours du retour de Windsor, et qu'à l'heure qu'il est bien des démarches sont faites pour imposer silence à des répugnances ouvertes ou cachées. Mon avis est qu'on n'y réussira pas. C'est aussi celui de M. Viennet, une autorité de la chambre, qui répondait à quelqu'un qui lui demandait le motif de son opposition : « On ne manquerait pas dire que la pairie est bien malade, puisqu'elle appelle la Faculté. »

— Puis, on l'a dit bien souvent, est le pays des contrastes. Mais nulle part ils ne sont plus tranchés et plus évidents peut-être que dans notre profession. C'est à ce point qu'il est à peu près impossible de dessiner un type qui représente, je ne dirai pas un caractère général au médecin parisien, mais à un groupe suffisamment nombreux de nos confrères. Aussi, s'il est vrai de dire que Paris possède le plus nombreux personnel médical qui soit au monde, il faut reconnaître en même temps qu'il n'existe pas de lieu où se fasse plus sentir l'absence de ce qu'on pourrait appeler les mœurs médicales. Un romancier moderne, qui semble se complaire à mettre des médecins en scène, a complétement échoué en voulant peindre avec des personnages de notre Faculté un tableau de mœurs ; ses types, en effet, ne sont que des excentricités plus ou moins contestables d'ailleurs, et que je trouve, pour mon compte, en dehors de toute vérité, en dehors même de toute vraisemblance. Le médecin à Paris n'est qu'une individualité ; il n'y a pour lui ni esprit de corps, ni mœurs communes, ni habitudes uniformes, ni direction avouée, ni tendances générales. On est médecin, mais on l'est à sa guise, selon ses goûts, ou plutôt, et je serai plus vrai, selon le hasard heureux ou malheureux qui vous pousse dans telle ou telle voie. Nul lien, nuls rapports, nulle ressemblance à établir entre les médecins de Paris. La situation hiérarchique, les places et les honneurs, telle ou telle clientèle, une spécialité quelconque, le quartier qu'on habite, sans compter la position sociale, le plus ou moins de fortune, l'éducation, l'esprit, les manières, tout cela impose des différences extrêmement tranchées entre nos confrères parisiens, et tout cela, pour le dire en passant, rendra pour long-temps infructueux, si ce n'est pour toujours, tous ces beaux projets de règle commune et de régime disciplinaire que l'on voudrait imposer aux médecins. Ce qui convient à une catégorie ne peut convenir aux autres. Je vous défie de faire passer sous un niveau commun le riche médecin consultant, l'élégant spécialiste dont les salons se peuplent tous les jours d'une clientèle opulente, et le modeste et utile praticien de quartier, dont la profession laborieuse mène si rarement à une honnête aisance. A quelle règle commune voulez-vous assujettir le professeur en renom, le chirurgien célèbre qu'un luxurieux équipage entraîne vers de somptueuses demeures d'où il rapporte de l'or, et le chétif médecin qui court à pied sur le pavé boueux après de pauvres clients dont il ne sera pas payé? Faites d'abord et avant tout, si vous pouvez, que le public ait autant de confiance au mérite modeste qu'à l'éclat et au luxe, et vous pourrez après chercher à niveler la profession. Je dis ceci à bon escient. Je sais qu'une réunion de médecins s'occupe en ce moment de rédiger un projet de règlement disciplinaire ; je sais que ce projet est rempli de bonnes intentions, qu'il a pour but principal de rendre la clientèle accessible et fructueuse au plus grand nombre des médecins de Paris, de s'opposer à cette sorte de monopole qui s'est introduit dans les consultations au profit de sept ou huit confrères haut placés ; mais, je l'avoue, je crains que les moyens proposés ne soient inefficaces et ne détournent l'attention d'une autre série d'idées bien autrement pratiques et avantageuses. Dans un autre moment, et dans des circonstances plus opportunes qui se présenteront probablement bientôt, j'essaierai de démontrer que toute règle générale est impossible à imposer, et que le bien qui peut se faire ne doit être demandé qu'à des efforts individuels, ce qu'il est toujours possible d'espérer.

— Les vérités n'entrent que par le gros bout à l'Académie de médecine; mais enfin elles entrent. Je signalerai encore avec plaisir l'allocution de M. Nacquart sur la nécessité de fixer d'avance l'ordre du jour, et de ne pas consacrer à tous les inconvénients de l'imprévu des séances qui pourraient toutes avoir leur utilité. Que M. Nacquart veuille persévérer dans sa demande, qu'il formule et développe une proposition formelle à cet égard, et il est homme à la faire aboutir, il

Il en existe un certain nombre d'exemples dans les annales de la science. Tous les cas connus et bien constatés d'encéphalocèle offrent un certain nombre de caractères communs ; ce sont : d'abord l'origine congénitale de la tumeur, un pédicule plus ou moins rétréci, l'aspect glabre du sommet de la tumeur avec la circonstance de l'existence de quelques poils au collet ; la perforation du crâne avec des battements appréciables à la base de la tumeur ; enfin le siége de la tumeur sur la ligne médiane, tantôt sur la région frontale, d'autres fois et plus fréquemment au niveau de la fontanelle occipitale. Or ces caractères sont précisément ceux que l'on retrouve ici.— Maintenant il y a en outre quelques caractères particuliers qui peuvent être variables ; ainsi l'ouverture du crâne est assez souvent irrégulière, il y a quelquefois deux trous au lieu d'un. Ici il n'y a rien de bien particulier à cet égard ; l'ouverture est unique et présente un peu d'inégalité sur ses bords. Les tumeurs encéphalocèles sont en général facilement réductibles ; celle-ci l'est, mais à un très faible degré. Du reste, l'irréductibilité, quand bien même elle serait absolue, n'impliquerait pas l'absence de l'encéphalocèle. Enfin, les pulsations sont ordinairement plus complètes et plus étendues ; ici elles ne se font sentir que partiellement et à la base de la tumeur seulement.

Il ressort toutefois assez clairement, ce nous semble, de cet examen que la tumeur en question est, sinon certainement, au moins très probablement un encéphalocèle.

Quelle sera la marche de cette tumeur et quel pronostic peut on porter sur une pareille lésion ? La marche des tumeurs semblables est ordinairement très peu rapide, elles ne font que des progès très lents et insensibles. Dans quelques cas cependant on a vu ces tumeurs s'accroître avec une rapidité insolite, et acquérir en peu de temps un volume tel qu'elles cessaient d'être compatibles avec la vie. Il survient dans ces cas une méningo-encéphalite qui enlève rapidement les malades. Mais c'est là la marche la moins commune.

Le pronostic est très grave. Quelques sujets meurent presque en venant au monde ; d'autres meurent au bout de quelques années ; très peu vivent long-temps avec une pareille affection. On ne connaît que deux exemples tout au plus de sujets porteurs d'encéphalocèles, qui aient fourni une carrière un peu prolongée. La conservation de la vie est très exceptionnelle. Nous devons dire cependant que cet enfant se trouve, à tous égards, dans les meilleures conditions de viabilité possibles.

L'art peut-il offrir quelques chances de remédier à une pareille affection ? Le traitement des tumeurs de ce genre est très peu avancé, ou, pour parler plus exactement, il n'y a pas encore de traitement rationnel. Presque tous les moyens qui ont été tentés jusqu'ici l'ont été en vue d'autres affections ou d'autres tumeurs que l'encéphalocèle, et ils ont à peu près constamment échoué. On a eu recours à la ligature, les sujets sont morts ; on a fendu, excisé ces tumeurs : même résultat. On a cité cependant un cas, un seul, de guérison par l'excision. On a été peut-être un peu moins malheureux par la ponction ; quelques-uns des sujets qui y ont été soumis ont survécu, mais c'est encore le plus petit nombre. Que pourrait-on donc faire dans ce cas-ci ? Ne pourrait-on pas tenter le traitement que M. Dubourg a proposé contre l'hydrorachis ? On sait que ce qui cause presque constamment la mort à la suite des opérations pratiquées par les procédés usités jusqu'à présent pour l'extirpation de ces sortes de tumeurs, c'est l'inflammation et la suppuration qui se développent à la surface de la plaie, et qui se propagent de là dans les méninges et la moelle. M. Dubourg s'est attaché à prévenir ces graves accidents, et c'est dans cette vue qu'il à proposé d'appliquer au pansement de ces sortes d'opérations la réunion immédiate, avec la plus stricte précision et dans ses plus rigoureux principes, à l'aide d'une suture entortillée. Il a pensé qu'on ne parviendrait que par ce moyen seulement à opérer et guérir les tumeurs hydro-rachidiennes. Ce que M. Dubourg a proposé pour les tumeurs du rachis, ne pourrait-il pas s'appliquer à celles du crâne ? L'esprit ne répugne pas à admettre la possibilité d'une pareille tentative ; mais nous ne la réaliserons pas néanmoins sur ce sujet, par la raison qu'il n'y a jusqu'à présent aucune imminence, que la vie n'est pas immédiatement compromise. D'ailleurs, avant de recourir à une opération aussi chanceuse, la prudence exige qu'on essaie des moyens plus simples. Aussi, avant d'en venir à un parti décisif, tenterons-nous une compression méthodique, régulière, dans le but d'essayer la réduction partielle de cette tumeur.

Conformément à ces principes, M. Bérard a appliqué un bandage compressif sur cette tumeur à l'aide de circulaires de bandelettes de diachylon. Cette compression est restée appliquée assez longtemps pour qu'on pût apprécier ses effets ; ils ont été complétement nuls. La compression a été supportée sans aucun inconvénient ; mais le volume de la tumeur n'en a pas été le moins du monde modifié. Ne voulant pas renvoyer l'enfant sans tenter quelque chose, sinon pour la guérison, au moins pour la confirmation du diagnostic, M. Bérard, après bien des hésitations, se décida à pratiquer une ponction exploratrice à l'aide d'un petit trocart. La ponction donna issue à une quantité assez notable de sérosité ; cette sérosité n'était pas parfaitement limpide, elle était troublée par la présence d'une très petite quantité de matière grisâtre à laquelle il ne fut possible d'assigner aucun caractère précis. La quantité de sérosité qui sortit par la canule du trocart fut assez abondante pour produire une diminution appréciable et un affaissement de la tumeur. Mais le lendemain, la tumeur fut trouvée avec le volume et le degré de dureté et de tension qu'elle avait auparavant. La petite ponction n'avait, du reste, donné lieu à aucun accident ; elle s'était cicatrisée. A la suite de cette tentative, l'enfant fut renvoyé auprés de ses parents, dans un état d'embonpoint et d'amélioration générale de la santé, sous l'influence d'un bon régime, mais ayant sa tumeur dans le même état qu'à l'époque de son entrée à l'hôpital. On a su depuis de ses nouvelles. Il vit encore, et continue à jouir d'une bonne santé.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Du pneumo-thorax dans l'enfance. (Suite.)

Nous avons, dans un précédent article, examiné les causes et les altérations pathologiques de cette affection ; nous allons en examiner aujourd'hui les symptômes et le diagnostic, puis nous arriverons au traitement.

De tous les symptômes qui indiquent l'existence du pneumo-thorax, les signes physiques sont les plus importants ; ils consistent dans des modifications apportées à la forme, à l'étendue, aux mouvements du thorax, à la sonoréité, aux bruits respiratoires. L'épanchement de l'air dans la poitrine agit tout à fait mécaniquement. En même temps que le poumon est comprimé, les parois de la poitrine sont dilatées du côté malade, de telle sorte que les côtes sont écartées, et que les espaces intercostaux s'agrandissent par le redressement des côtes selon un plan perpendiculaire à l'axe du corps. Ce redressement détermine une voussure bien manifeste du côté malade, souvent appréciable à première vue, toujours constatable par la mensuration. Le redressement des côtes une fois opéré, le côté du thorax est nécessairement frappé d'immobilité, lorsque la dilatation est considérable, puisque les côtes ne peuvent plus s'affaisser comme elles le font à l'état normal pendant l'expiration.

La présence de l'air dans la cavité pleurale augmente nécessairement la sonoréité des parois de la poitrine. Ce changement peut présenter quelques particularités. Quelquefois, en comparant les deux côtés, on trouve seulement un peu plus de son du côté où siége le gaz que de l'autre. Mais l'augmentation peut être telle que la percussion rende un son analogue à celui d'un tambour. De là est venu le nom de sonoréité tympanique. Au lieu d'être plus sonore que le côté sain, il est des cas où le côté affecté d'un pneumo-thorax rend un son plus obscur. Il en est ainsi lorsque, étant déjà le siége d'un épanchement de liquide abondant, le gaz vient se surajouter. La plèvre pariétale, tapissée par une couche plus ou moins épaisse de fausses membranes, fait que la paroi ne rend nulle part un son aussi clair que dans le côté opposé pendant un certain temps, même lorsque la quantité de liquide est proportionnellement peu abondante. Si l'on étudie toujours cette même sonoréité dans toute l'étendue du côté, on acquiert en outre la preuve qu'elle n'est pas partout la même. La raison de cette différence est la différence des positions qu'occupe le poumon suivant les cas, ce qui dépend souvent du point où existe la perforation. Le son est alors moins clair du côté où se trouve l'organe respiratoire. Lorsque l'épanchement de gaz est peu abondant, que le foie n'est point refoulé en bas par la dilatation du diaphragme, il peut se présenter un phénomène particulier à la percussion, phénomène qu'un jeune médecin distingué, M. Sausin, a désigné sous le nom de claquement costo-hépatique. Ce claquement est produit par le choc de la huitième côte percutée contre le foie, un espace vide existant entre le foie et les côtes par la rétraction de la languette du poumon qui l'occupait avant l'épanchement. Si, dans la grande majorité des cas, le pneumo-thorax peut être reconnu sans l'existence de ce phénomène, il n'en est pas moins vrai que souvent il sera de la plus grande utilité pour le diagnostic.

Les signes fournis par l'auscultation sont de trois espèces ; ils sont dus au murmure respiratoire, à la voix et à la toux. Et d'abord, le murmure respiratoire est ordinairement plus faible qu'à l'état normal. Ce phénomène est plus appréciable chez l'enfant que chez l'adulte, la respiration étant presque toujours plus forte dans le jeune âge ; ce qui a fait donner le nom de respiration puérile à l'exagération du murmure vésiculaire sans mélange de bruits anormaux. Mais, outre cette diminution de volume, le murmure vésiculaire peut présenter encore un autre caractère, c'est la modification désignée sous le nom de tintement métallique. Le poumon, dans le pneumo-thorax, peut se trouver dans un état tel, que la plus grande partie des vésicules soient encore perméables, et qu'un assez grand nombre d'entre elles soient oblitérées pour produire le souffle tubaire ou bronchique. Ces conditions étant données pour le poumon, elles pourront se rencontrer avec une perforation de cet organe, avec ou sans épanchement de liquide, et le niveau du liquide pourra se trouver au-dessus ou au-dessous de la perforation.

Si l'épanchement de gaz est peu considérable, et peut diminuer pendant l'inspiration, la respiration vésiculaire sera légérement modifiée par l'air. On pourrait l'appeler, dans ce cas, vésiculo-amphorique. La compression du poumon avec imperméabilité des vésicules, donne lieu, dans un épanchement de liquide, à de la respiration bronchique ; modifiée par la présence du gaz et par le vide, cette respiration sera broncho-amphorique. Si l'air pénètre dans la plèvre à chaque inspiration, on aura, au contraire, une respiration amphorique simple, pour laquelle on a proposé le nom de respiration amphorique fistulaire. Dans les cas où la perforation se trouvera au-dessous du niveau du liquide, l'arrivée de l'air dans la poitrine sera caractérisée par l'éclat des bulles à la surface du liquide, crépitation métallique, ou tintement métallique simple. La voix et la toux subiront des modifications analogues à celles de la respiration. D'abord, le retentissement sera moindre sur les parois thoraciques ; puis la bronchophonie présentera un caractère particulier, que l'on désigne sous le nom de bronchophonie amphorique.

On sait maintenant que le bruit amphorique est dû au passage de l'air à travers la couche du liquide épanché dans la plèvre, à la surface duquel les bulles viennent éclater, quelle que soit du reste la cause de la production de ces bulles gazeuses. Cette explication, qui a été donnée par Dance, a remplacé celle que Laënnec avait donnée du phénomène qu'il regardait comme déterminé par la chute d'une goutte de liquide suspendue au sommet de la poitrine, sur la masse de l'épanchement. On s'est encore plus manifestement convaincu de la justesse de cette explication par la facilité avec laquelle on reproduit le phénomène après la mort, en soufflant par la trachée dans les cas de pneumo-thorax avec fistule et épanchement de liquide.

Le diagnostic est presque toujours facile quand il existe un épanchement de gaz un peu considérable. La perforation pulmonaire n'est difficile à reconnaître que lorsque l'air n'a point pénétré dans la plèvre. On ne peut guère alors la soupçonner que par la douleur et la dyspnée survenues tout à coup, une expectoration de matières diverses, inodores ou fétides, liquides ou solides. Si l'on se fonde sur les signes physiques, il est évident que le pneumo-thorax ne saurait être confondu avec aucune autre maladie. L'emphysème pulmonaire donne bien lieu souvent à une augmentation de résonnance à la percussion, à une diminution dans l'intensité du murmure vésiculaire, et à une dilatation du thorax. Mais ce ne sont là qu'une partie des signes du pneumo-thorax, et, nous devons le dire aussi, ce ne sont pas les plus importants.

Pour peu que la respiration amphorique et le tintement soient distincts, on ne prendra jamais un épanchement de gaz dans la plèvre pour une autre affection, si on les combine avec les phénomènes précédents, dans le détail circonstancié des

---

rendra un véritable service à cette compagnie en donnant plus d'ampleur, plus d'éclat et plus de solidité aux discussions qui s'élèvent dans son sein.

Mais comment se fait-il que les justes et si légitimes réclamations de la presse à l'endroit de la communication de la correspondance et des rapports n'aient pas encore trouvé un appui auprès de l'Académie ? Les choses en sont toujours au même état ; pour donner à leurs comptes-rendus un peu d'exactitude et d'étendue, les journaux sont obligés de demander à droite et à gauche communication des pièces, et les membres de l'Académie qui comprennent un peu les avantages de la publicité, ne livrent leur manuscrit qu'en cachette et en évitant soigneusement des regards scrutateurs continuellement braqués sur le banc des journalistes. En vérité, on ne comprend pas cette illibéralité de la part de certains hommes, qui ont pour leur part si largement usé de la presse qui leur a rendu de si nombreux services et envers laquelle ils devraient être remplis de gratitude. Est-ce d'ailleurs les intérêts véritables de l'Académie qu'ils servent en agissant ainsi ? Tous les hommes de sens savent bien que si la publicité des séances n'avait d'autre organe que le *Bulletin*, l'Académie et les académiciens n'auraient pas acquis une grande popularité. L'immense majorité du public médical ne connait ce qui se passe dans cette compagnie savante que par les journaux, et cependant on ne se fait pas idée de tous les embarras et des entraves que la mauvaise volonté de certaines personnes leur suscite. Je fais un nouvel appel à la libéralité de l'Académie ; ces petites misères, ces petits intérêts qu'on met en avant sont indignes d'un corps aussi élevé. Le *Bulletin* peut et doit rester l'organe officiel de la compagnie sans qu'il soit nécessaire de lui sacrifier les organes indépendants et libres qui seuls donnent quelque éclat et quelque retentissement à ses séances.

—Voyons un peu ce que c'est que les organes officiels. *L'Almanach de l'Université*, qui est officiel, donne le chiffre des élèves en médecine dans les Facultés et Ecoles préparatoires pour l'année 1844. Si l'exactitude devait se trouver quelque part, c'est là assurément. Or j'ai grand peur que l'*Almanach officiel* n'ait puisé ses renseignements à des sources suspectes. J'y vois, en effet, qu'il dote libéralement la Faculté de Paris de 1,700 élèves. Hélas ! les libraires, les restaurateurs et les hôtels garnis du quartier latin et même le caissier de la Faculté protestent tristement contre ce chiffre fabuleux. Mes renseignements, à moi, qui ne suis pas officiel, me permettent en toute sûreté de conscience de retrancher quelque chose, comme 900, du chiffre de l'Almanach. Je puis à peu près assurer qu'il n'y a guère plus de 800 élèves en cours d'inscription dans la Faculté de Paris. J'ai voulu chercher le motif de cette enflure de chiffre commise par l'Almanach, et je crois l'avoir trouvé. On sait, en effet, que quelques personnes ont eu la témérité et même l'impertinence de ne pas donner toute leur approbation à la création des Ecoles préparatoires. On a même soutenu que le chiffre des élèves allait en se déplaçant, qu'il diminuait dans les Facultés pour augmenter dans les Ecoles. Or, l'Almanach de l'Université royale de France s'est trouvé fort à propos sous la main pour imposer silence aux détracteurs. Ainsi en supputant les élèves on est arrivé au chiffre énorme de 718, ce qui a un peu effrayé. Pour rassurer les esprits, l'expédient était simple, on a ajouté quelques centaines à la colonne des Facultés, et l'équilibre s'est trouvé rétabli. Je dis des Facultés, mais j'ai tort ; car en même temps que l'école de Paris voyait plus que doubler le chiffre de ses élèves, Montpellier voyait fondre les siens avec une rapidité effrayante. En effet, l'Almanach, toujours officiel, ne donne plus à cette antique et célèbre école que ce chiffre mythique et désobligeant de 175 élèves. Strasbourg est dans une pénurie plus affligeante encore ; sa Faculté ne possède, en effet, dit toujours l'Almanach, que 109 disciples.

En vérité, l'organe officiel est une excellente chose.

— Je reçois à l'instant le prospectus d'une maison de santé qui a pour spécialité de guérir, dit le directeur, les engorgements de l'utérus. Vous croyez peut-être que c'est par quelque médication particulière ? Point du tout : l'air seul qu'on respire dans ce lieu salutaire possède cette favorable influence. J'avoue que c'est un peu fort.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

Quelques bruits alarmants s'étaient répandus sur l'état sanitaire de l'hospice de Bicêtre. On parlait d'une épidémie meurtrière de fièvre typhoïde qui aurait régné dans cet établissement, et à laquelle auraient déjà succombé quelques élèves. Les renseignements que nous avons pris à cet égard nous permettent d'assurer que cette nouvelle est heureusement inexacte. Il est vrai qu'un des élèves externes du service de M. Rochoux est mort il y a environ un mois ; mais ce jeune homme a succombé à la petite-vérole, dont il assurait, du reste, avoir été déjà atteint. Un autre élève externe est actuellement malade par suite d'un abcès de l'aisselle. Un troisième, enfin, présente depuis quelques jours des phénomènes qui pourraient faire craindre le développement de la fièvre typhoïde. Mais on voit qu'il n'y a rien là d'épidémique. Dans les sections des indigents et des aliénés, l'état sanitaire est satisfaisant.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de faire don à la Faculté de Montpellier de soixante pièces d'anatomie artificielle représentant les maladies vénériennes. Ces pièces sont l'ouvrage de M. le docteur Félix Thibert.

quels nous sommes entrés. Une grande caverne tuberculeuse pourrait cependant simuler un pneumo-thorax peu étendu, et *vice versâ*, car elle serait susceptible de présenter la respiration amphorique et le tintement métallique ; et d'un autre côté, un épanchement de gaz peu volumineux au sommet de la poitrine, survenu après un épanchement pleurétique, pourrait n'être pas accompagné d'une plus forte sonoréité du côté malade que du côté opposé. L'épanchement du liquide avec pneumo-thorax se reconnaît à la matité plus ou moins changeante suivant la position du malade, à la fluctuation sonore ; enfin au tintement métallique dont nous avons parlé, à la crépitation amphorique.

La marche et la durée du pneumo-thorax sont déterminées par l'état de la maladie qu'il accompagne, par la quantité de l'épanchement de gaz, par l'absence ou la présence d'une perforation pulmonaire. Si le malade a déjà beaucoup dépéri au moment de son apparition, si le poumon est fortement comprimé, et qu'il en résulte une dyspnée intense ; si enfin l'air se renouvelle sans cesse à la faveur d'une perforation, la vie se prolongera moins que dans les circonstances opposées. Du reste, on ne voit guère les malades survivre plus de quelques mois à cette affection, tandis qu'il n'est pas rare de les voir succomber, non pas seulement dans les premiers jours, mais dans l'espace de quelques heures.

Le pronostic des tumeurs du thorax est toujours extrêmement grave. On a prétendu que dans la phthisie cet épanchement de gaz dans la plèvre pouvait exercer une influence favorable sur la maladie organique, en comprimant le poumon, le faisant dégorger, affaissant les cavernes, diminuant les fonctions respiratoires et la sécrétion du pus. Cette assertion n'est rien moins que fondée, et l'on voit, au contraire, le développement du gaz dans les plèvres augmenter la dyspnée, modifier rarement l'expectoration, la perforation ne se fermer presque jamais, et entretenir cette dyspnée ; enfin la vie se terminer le plus souvent en moins d'un mois après son apparition.

Bien qu'il constitue une maladie le plus souvent mortelle, et par lui-même, et en raison des causes productives auxquelles on doit le rattacher, nous ferons observer que les enfants, en général, supportent mieux que les sujets adultes une gêne extrême de la respiration, pourvu cependant qu'elle ne dépasse pas certaines limites ; que chez les enfants atteints de pneumo-thorax, la dyspnée n'est excessive que pendant peu de jours, et cesse assez rapidement. De plus, il existe des cas assez fréquents, sans être non plus très communs, dans lesquels on a vu le maladie durer, non pas seulement quelques jours ni quelques semaines, mais plusieurs mois. Il existe un pareil fait dans lequel la vie se prolongea pendant près de trois ans et demi. Dans les cas où le pneumo-thorax est la suite d'une phthisie pulmonaire, il est évidemment beaucoup plus grave que lorsqu'il n'est que la suite d'un abcès du poumon, affection qui n'est pas nécessairement et infailliblement mortelle. Enfin, il existe quelque faits bien authentiques de guérison de pneumo-thorax ; et dans leur excellent Traité des maladies des enfants, MM. Rilliet et Barthez en ont rapporté un cas très circonstancié sur lequel on ne peut élever le moindre doute. En général, il reste à peu près prouvé que l'air extérieur n'exerce sur la plèvre aucune action nuisible ; aussi, dans le cas de pneumo-thorax, n'est-ce pas au pneumo-thorax lui-même, mais aux maladies qu'il complique, et dont il est une des conséquences, qu'il faut attribuer la terminaison fatale.

La thérapeutique des pneumo-thorax est réduite à un bien petit nombre de ressources. Dans le plus grand nombre des cas, le médecin assiste, spectateur impuissant, à la marche de la maladie et aux désordres qu'elle produit dans l'appareil respiratoire. Dans quelques cas exceptionnels, le praticien peut, sinon guérir, du moins soulager le malade. On peut ranger dans l'ordre suivant les trois indications à remplir dans le traitement du pneumo-thorax : diminuer la douleur, diminuer la congestion pulmonaire, l'embarras de la circulation ; diminuer la dyspnée. Cette dernière indication participe de la première ; ensuite par elle-même, comme elle est surtout le résultat de la compression du poumon, elle exige que cette compression soit diminuée.

La douleur, quand elle existe, tient à l'inflammation de la plèvre occasionnée par la rupture de cette membrane dans le pneumo-thorax avec perforation. Les moyens thérapeutiques sont assez peu efficaces le plus souvent, parce qu'il existe une cause de phlegmon matérielle et permanente. Ils sont les mêmes que ceux que l'on emploie dans toutes les pleurésies. Lorsque l'enfant est fort, on pourra essayer quelques émissions sanguines locales, les cataplasmes émollients, les topiques laudanisés, les narcotiques à l'intérieur. Les vésicatoires volants, les sinapismes *loco dolenti*, pourront être quelquefois employés avec avantage.

L'indication qui a pour but de diminuer la congestion et l'embarras de la circulation, ne nous occupera point ici, ne s'appliquant guère qu'au pneumo-thorax traumatique. En général, chez les jeunes sujets, on devra éviter les médications débilitantes dans le traitement de l'affection qui nous occupe, car c'est dans la prolongation de la maladie que le praticien doit placer son espoir, et toutes les causes qui auraient pour résultat d'enlever à la constitution une partie de son énergie, contribueraient à accélérer la terminaison funeste. Les préparations d'opium et de belladone, qui diminuent le besoin de respirer, l'agitation et la toux, paraissent être à peu près les seules qui puissent exercer une influence favorable sur la maladie.

On doit chercher, avons-nous dit, à éliminer la dyspnée ; nous avons indiqué les moyens propres à calmer ou à détruire l'inflammation de la plèvre. Quant à la compression produite par l'épanchement gazeux, on ne pourrait la diminuer qu'en facilitant sa sortie au gaz épanché dans la plèvre. Cette opération, toujours très grave, ne devra être faite que dans les cas où l'enfant, en assez bon état d'ailleurs, est en proie à une suffocation imminente. Par cette évacuation artificielle, on obtiendra un soulagement momentané, on prolongera la vie, et à la rigueur il n'est pas impossible que la guérison s'ensuive si le poumon n'est pas atteint de lésions incurables. Lorsqu'il existe une perforation, on ne peut espérer de l'opération qu'un soulagement momentané ; si elle manque, le malade peut guérir. Quant aux craintes que l'on pourrait concevoir de l'opération qui aurait pour but de provoquer la sortie de l'air, pourquoi, dans des cas de cette espèce, inspirerait-elle, par elle-même, plus de craintes dans le pneumo-thorax que dans la pleurésie chronique ; et l'on sait que dans cette dernière affection, M. Trousseau, dans ces derniers temps, a obtenu des succès authentiques de son emploi ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la Séance du 25 septembre 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M Malgaigne obtient la parole à l'occasion du procès-verbal. Il avait dit, dans la précédente séance, qu'il croyait avoir aperçu dans quelque livre, des traces de l'opération proposée par M. Ricord pour la cure radicale de l'hydrocèle. Il se trouve que c'est précisément dans le Manuel de médecine opératoire de M. Malgaigne, où on lit que l'opération de l'hydrocèle pourrait être tentée par le même procédé qui a été employé par M. Bonnet (de Lyon) pour la cure radicale des hernies. En effet, à la page 609 du Manuel de M. Malgaigne, il est écrit : « Si l'injection aidée de la compression ne réussissait pas, je proposerais de tenter l'oblitération de la tunique vaginale, en la traversant » avec des épingles, comme fait M. Bonnet pour le sac herniaire ; l'analogie permet d'en espérer de bons résultats. »

M. Maisonneuve fait remarquer la différence qui existe entre le procédé décrit dans le Manuel de M. Malgaigne et celui proposé par M. Ricord, lequel ne se contente pas de traverser le kyste avec des épingles, mais exécute en réalité la suture enchevillée, pour affronter d'un côté à l'autre la surface séreuse et la mettre partout en contact avec elle-même.

— *M. Vidal* (de Cassis) fait connaître à la Société un procédé d'autoplastie qu'il a appliqué au prépuce. Un chancre rongeant avait détruit presque tout le prépuce d'un homme encore jeune. Il n'en restait que la portion qui correspond au frein ; elle représentait une languette très allongée et difforme. Le sommet des corps caverneux avait aussi été dévoré par le chancre, ainsi qu'une bonne partie de la base du gland. Ce qui restait de celui-ci était appendu à l'urètre, et flottait comme le chapeau d'un champignon dont la tige est flexible. Dans cet état, la verge était hors de service.

M. Vidal a voulu réparer, autant que possible, le prépuce et soutenir le gland. Il a tiré parti de la languette dont il a été question. Il a d'abord rafraîchi les bords de cet appendice et les bords rongés du fourreau de la verge, puis il a divisé la languette sur la ligne médiane pour former des bandelettes qui ont été portées vers le dos de la verge, de manière à former avec ces deux bandelettes une espèce de cravate entourant l'urètre et soutenant le sommet du gland, lequel a eu alors un point d'appui. Le tout été fixé par des points de suture, et le sujet a pu se livrer sans inconvénient au coït après la réunion des bandelettes à la peau restante de la verge.

M. Robert saisit cette occasion pour s'élever contre l'abus de l'autoplastie ; il n'admet pas que le prépuce constitue un organe dont l'intégrité soit de toute nécessité.

M. Vidal répond qu'il n'a pas voulu traiter de l'autoplastie en général, et de ses accidents à ce point de vue. Ce n'est pas seulement pour créer un prépuce qu'il a opéré, mais pour remplacer autant que possible ce qui avait été détruit des corps caverneux et pour soutenir le sommet du gland, qui appendait à l'urètre sans fixité.

M. Chassaignac a observé chez un enfant de trois mois une hypospadias avec méat anormal à trois centimètres du lieu où se trouve ordinairement cette ouverture. L'orifice anormal était assez grand pour laisser passer l'extrémité d'une sonde cannelée ordinaire. Cependant l'enfant paraissait en proie à toutes les souffrances de la rétention quand il fallait uriner.

M. Chassaignac propose de prolonger vers le sommet du gland le canal qui n'y arrive pas. Pour cela une sonde cannelée serait introduite dans l'urètre ; sa cannelure serait tournée vers le dos de la verge et un trocart, enfoncé sur le point où devrait être le méat, serait conduit vers l'urètre en dépassant, du côté de la racine de la verge, l'endroit où se trouve le méat anormal.

M. Malgaigne rejette l'opération dont parle M Chassaignac, et croit à l'extrême difficulté d'entretenir le nouveau canal avec les diamètres nécessaires à ses fonctions. Nous rencontrons pour créer un nouveau canal les mêmes difficultés qui s'offrent à nous quand nous voulons effacer un canal anormal ancien, une fistule.

M. Malgaigne a observé, chez un enfant de sept ans, les phénomènes indiqués par M. Chassaignac. Ici le méat n'était qu'un pertuis large comme la tête d'une épingle. M. Malgaigne s'est contenté de débrider du côté du dos de la verge et, pour empêcher l'adhésion des bords de la petite plaie qu'il avait produite, il passait de temps en temps entre eux la lame du bistouri.

MM. Cullerier, Maisonneuve et *Danyau* prennent la parole sur la question des avantages et des dangers de l'opération dont M. Chassaignac a entretenu la Société. Selon M. Maisonneuve, M. Blandin créa bien un nouveau canal, mais l'oblitération du méat anormal fut impossible.

Des faits de la clinique de M. Roux ayant été cités, M. Danyau dit avoir souvenir de deux opérations de ce genre, exécutées par M. Roux, dans un cas il s'agissait d'un enfant qui, par une forte constriction de la verge s'était créé un méat anormal, une espèce d'hypospadias accidentelle. On creusa un canal en avant qui se rétrécissait toujours. L'autre opération fut suivie d'accidents mortels.

— *M. Jobert* fait part à la Société de l'observation suivante :

Un jeune homme se promenait à cheval dans le bois de Boulogne. Sa monture s'emporte et va se précipiter contre un cabriolet qui stationnait près de la porte Maillot. Le membre abdominal droit du cavalier heurte si violemment contre un des brancards, que celui-ci traverse toute l'épaisseur de la cuisse à l'union de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Le brancard est entré à la face interne de la cuisse, un peu au-dessous du canal du troisième adducteur (il existe là une plaie déchirée et contuse), et s'est ensuite glissé entre la face postérieure du fémur, resté intact, et l'artère poplitée, pour sortir en dehors en déchirant le muscle biceps, dont les lambeaux pendaient hors de la plaie.

Bien que le blessé eût perdu beaucoup de sang au moment de l'accident, l'artère poplitée est restée intacte ; car on sent aujourd'hui les battements de l'artère pédieuse. Le nerf sciatique-poplité a été violemment distendu ; un lambeau du pantalon a été entraîné dans la plaie et extrait immédiatement après l'accident.

Le blessé a beaucoup souffert, il a eu des vomissements ; mais, du reste, il n'a rien offert d'extraordinaire jusqu'à ce moment (dix-huit heures après l'accident).

M. Malgaigne prend texte de cette observation pour se livrer à des considérations sur les ruptures des muscles. Selon lui, la partie musculaire se rompt surtout quand la violence est extérieure ; tandis que ce sont les fibres tendineuses qui cèdent après une violente contraction musculaire. Cette distinction a de l'importance en médecine légale ; car il est évident que, si le siége de la rupture indique la cause de cette solution de continuité, dans les cas de rupture du diaphragme, par exemple, dont la cause n'a pas pu être appréciée d'abord, on pourra dire quelle est sa nature, si elle est traumatique ou physiologique, selon que le centre phrénique ou les fibres musculaires auront été rompus.

— *M. Deguise fils* donne quelques détails sur un cas d'enfoncement des os du crâne, qui a nécessité l'application du trépan. Un fragment osseux enfoncé a été extrait. Déjà quinze jours se sont écoulés après l'opération, et le malade va bien.

Ce fait suscite des réflexions qui sont surtout produites par MM. Vidal, Malgaigne, Chassaignac, Michon et Denonvilliers.

Il est convenu qu'une discussion s'ouvrira sur la question du trépan applicable dans les cas d'enfoncement des os du crâne, quand M. Deguise aura lu en entier l'observation de son malade.

M. Malgaigne cite un fait confirmatif de ses opinions sur les difficultés de réduction de certaines fractures.

Un jeune homme assez robuste avait une fracture directe de la cuisse ; vingt-quatre heures après l'accident, il y avait dix centimètres de chevauchement. Un lacs de contre-extension fut fixé à la tête du lit ; trois aides qui tiraient plus de deux cents livres firent l'extension par un lacs et en prenant avec leurs pieds un point d'appui sur le pied du lit. La réduction fut impossible. La cuisse ne fut allongée que d'un centimètre.

— *M. Danyau* instruit la Société d'une opération qu'il a pratiquée avec M. Laborie sur une femme en travail d'enfant. L'indication d'agir étant pressante, et M. Danyau ayant à choisir entre la symphyséotomie et le broiement de la tête du fœtus, a préféré ce dernier moyen. Mais, malgré cette très grave opération, l'enfant a été extrait vivant, et cependant l'autopsie a prouvé plus tard que les lobes cérébraux étaient broyés.

M. Robert se demande si, dans ce cas, la symphyséotomie sous-cutanée n'aurait pas été applicable. On n'entame aucune discussion sur ce fait, qui doit être publié avec tous ses détails par M. Laborie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. (Septembre 1844.)

Essai sur la grossesse extra-utérine abdominale (péritonéale), par le docteur J.-B.-S. HILLAIRET.

Nous reviendrons sur ce travail, dont une partie seulement a été publiée.

Discours prononcé à la rentrée du cours de clinique chirurgicale ; à la Faculté de médecine de Strasbourg, par M. le professeur C. SÉDILLOT.

L'analyse décolorerait ce morceau de philosophie médicale aussi bien pensé que bien écrit.

Accouchement à terme ; mauvaise conformation du bassin ; céphalotomie ; persistance de la vie chez l'enfant pendant plus d'une heure après son extraction hors des organes de la mère, malgré l'issue d'une grande partie de la masse encéphalique. Guérison de la mère ; par M. le docteur Edouard LABORIE, chef de clinique de la Faculté.

Une femme, âgée de dix-huit ans, s'est présentée le 2 septembre 1844 à l'hôpital des Cliniques, dans le service des accouchements. Cette femme a eu une enfance maladive. Jusqu'à l'âge de trois ans la marche fut impossible ; à cette époque elle put se soutenir sur ses jambes, à sept ans seulement elle put marcher facilement. Les jambes étaient tordues, nouées. Plusieurs traitements furent employés ; on eut même recours à l'usage des mécaniques. A quatorze ans la santé était bonne. A dix-sept ans les règles apparaissent et viennent régulièrement. Elle devient enceinte vers le mois de novembre 1843, et le 2 septembre suivant au matin apparurent les premières douleurs de l'enfantement. A huit heures du soir les membranes se rompirent, et *il s'écoula une grande quantité d'eau*. On n'avait pas jusqu'alors soupçonné de vice de conformation.

Toute la nuit les contractions se suivirent sans relâche, et le matin à l'heure de la visite le col était dilaté dans l'étendue de deux pouces et demi environ. La tête se présentait en occipito-iliaque gauche antérieure ; elle était maintenue au détroit supérieur. « C'est alors, dit M. Laborie, que nous vîmes la malade pour la première fois. Nous avons remarqué immédiatement l'extrême saillie que faisait l'utérus en avant, ce qui peut par avance, dans un grand nombre de cas, faire préjuger un rétrécissement du bassin.

» L'aspect de la malade était le suivant : la face était pâle, fatiguée par la longueur du travail ; le ventre horriblement douloureux dans toute la région utérine, ne pouvait supporter la moindre pression. Le volume de la tête nous a offert les dimensions suivantes :

Diamètre bi-pariétal,	0 m,145	(5 pouces 6 lignes).
— occipito-frontal,	0 ,175	(6 pouces 6 lignes).
— occipito-mentonnier,	0 ,187	(7 pouces).

» Le tronc nous a paru d'une longueur normale ; mais les membres sont courts, et cette particularité mérite d'être notée ; car, pour M. Dubois, une déformation du tronc siégeant sur la colonne vertébrale, à quelque degré que ce soit, ne coïncide le plus souvent pas avec la déformation du bassin, tandis que celle-ci est presque constante quand les membres sont courts. Voici, du reste, les mesures que nous avons prises :

Longueur totale du corps,	1 m.	40 cent.
Du sommet du sternum à la symphyse pubienne,	0	515 mill.
— à l'ombilic,	0	36 cent.
Du grand trochanter à la plante des pieds,	0	68 cent.
— à la tête du péroné,	0	375 mill.
Longueur totale du membre thoracique,	0	61 cent.
De la voûte acromiale à l'épicondyle,	0	26 cent.
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius,	0	22 cent.

» Les membres sont forts, le système musculaire est fortement dessiné ; nous trouvons seulement une incurvation médiocrement prononcée en avant et en dehors du tibia gauche.

» La partie supérieure du bassin est bien évasée. En touchant la malade on arrive facilement à l'angle sacro-vertébral. M. Danyau, qui supplée M. Dubois, trouve, pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, par la mensuration à l'aide du doigt, 3 pouces 2 lignes, ce qui, déduction faite, donne pour mesure 2 pouces 7 à 8 lign. Néanmoins, ce chirurgien fut d'avis de tenter une application du forceps, que je fis immédiatement. »

Deux tentatives furent infructueuses, M. Danyau se décida à faire la perforation du crâne. On entendait malheureusement les battements du cœur ; seulement ils devenaient tumultueux.

« L'épuisement progressif de la mère ne permettait pas un plus long retard, qui du reste n'aurait eu aucun but.

» Le ciseau de Smellie fut porté sur le pariétal gauche, et pénétra profondément dans la cavité crânienne. Immédiatement après, une longue canule de plomb, percée en arrosoir, fut introduite par la plaie

du pariétal, et trois injections furent poussées avec force, et entraînèrent une grande quantité de la pulpe cérébrale ; le forceps était resté en place. Alors de nouvelles tractions furent faites, et en dix minutes la tête fut amenée dans l'excavation : son extraction fut facile.

» L'enfant pesait 3,500 grammes, malgré la quantité de cervelle extraite. C'était un garçon fort, parfaitement constitué. La mère fut facilement délivrée, et depuis lors, à part une grande fatigue, et b aucoup de douleurs du côté des organes génitaux. l'état général a été très bon. Les suites de couches ont été très naturelles.....

» Quant à l'enfant, une fois extrait, nous l'avons posé sur une crèche, et nous ne pouvons dire quel douloureux étonnement nous éprouvâmes lorsque, quelques minutes après, nous le vîmes faire quelques mouvements et quelques inspirations. »

L'enfant vécut une heure après sa naissance, c'est-à-dire qu'il donna des signes d'inspiration, que les membres postérieurs manifestèrent quelques mouvements. Et cependant, à l'autopsie, on trouve que tout l'hémisphère gauche du cerveau est enlevé ; il ne reste que le plancher ventriculaire de ce côté, et encore voit-on en ce point des déchirures.

M. Laborie présente, à la suite de ce fait, des considérations intéressantes de physiologie et de médecine légale. Sous le premier rapport, comment expliquer la persistance de la vie après des lésions aussi graves ? Sous le second point de vue, quelle conduite tiendrait l'expert en présence d'un pareil cadavre ? Les mutilations de la tête, les preuves irréfragables que l'enfant est né viable, qu'il a vécu et respiré, ne le porteraient-ils pas à conclure à un infanticide plutôt qu'à un fœticide ? On voit que l'examen des parties génitales de la mère serait ici de rigueur.

Il est un point cependant négligé par M. Laborie, et que la relation de ce fait rendait bien intéressant : c'est une discussion qui prouvât jusqu'à l'évidence que la femme n'aurait pas pu accoucher naturellement, que l'opération pratiquée sur le fœtus était indispensable, et que l'opérateur a attendu pendant un temps suffisant pour être bien sûr que les forces de la nature étaient décidément impuissantes.

Du débridement du testicule dans les cas d'orchite parenchymateuse, par M. Vidal (de Cassis).

Dans cet article, M. Vidal pose les indications de l'opération qu'il propose dans l'orchite parenchymateuse, et qui ne lui paraissent pas avoir été bien comprises par quelques personnes. « On a feint de croire, dit-il, que je portais le fer sur tous les testicules pour toutes les orchites. On m'a prêté ainsi une pratique que rien ne pourrait justifier. L'orchite ordinaire, qui n'est autre qu'une épididymite simple ou une vaginalite, guérit ordinairement *sans aucune espèce de médication*. Les émissions sanguines, les topiques actifs, la compression, ne modifient en rien sa marche. Ainsi, l'épididymite simple peut ne pas être traitée. Il est bien entendu que je ne conseille pas de négliger l'hygiène.

« L'orchite doit être traitée sérieusement quand éclatent des accidents : vomissements, coliques, douleurs térébrantes ou tensives du côté du testicule, remontant vers la fosse iliaque et vers les lombes, descendant vers le membre inférieur correspondant ; insomnie, fièvre, etc. Ces accidents ne permettent plus la neutralité. Il faut intervenir : eh bien ! ici vous échouerez encore, c'est-à-dire, vous n'entraverez en rien la marche des accidents avec les émissions sanguines, les topiques, et vous aggraverez le mal par la compression.

» Il est des symptômes qui peuvent être observés, sans qu'il y ait pour cela inflammation bien manifeste du parenchyme du testicule. Il y a alors, dans le plus grand nombre des cas, inflammation de l'épididyme et de la tunique vaginale ; il y a épididymite avec hydrocèle suraiguë : alors une ponction qui ne va pas jusqu'au testicule, et qui ne fait que vider la tunique vaginale, abat quelquefois les accidents d'une manière assez rapide. Je fais fréquemment cette opération, et en cela j'imite M. Velpeau.

» Mais il est des cas où il faut agir plus profondément ; c'est quand le mal est plus profond, c'est quand, au lieu d'une phlegmasie membraneuse, avec plus ou moins de retentissement dans la glande, on a à traiter une inflammation parenchymateuse. En effet, dans certaines circonstances pathologiques encore difficiles à apprécier, et ordinairement chez les malades les plus jeunes de notre service (dix-neuf, vingt ans, rarement vingt-quatre ans), surviennent des inflammations qui envahissent le tissu propre du testicule, inflammations avec étranglement, et qui, si on les laisse marcher, ou ce qui revient au même, si on les traite par les moyens jusqu'ici usités, font toujours cruellement souffrir et se terminent quelquefois par la perte du testicule, car sa substance est emportée par la suppuration. Ces cas sont rares ; ils existent cependant, et tous ceux qui ont été à la tête d'un service chirurgical un peu important doivent les avoir observés. C'est pour dompter ces inflammations parenchymateuses du testicule, que je pratique le débridement de la tunique fibreuse de l'organe, comme on pratique le débridement des tissus fibreux de la main, pour faire cesser l'inflammation de cette partie ou la rendre moins compromettante.

» Ce traitement est donc *exceptionnel*, si on le considère comme traitement de l'orchite en général ; il est toujours applicable, s'il s'agit de l'orchite parenchymateuse, qui, elle-même, est une orchite exceptionnelle.

» Grâce à cette opération, pendant une année je n'ai observé aucune suppuration du testicule, et mes malades sont promptement soulagés ; tandis qu'il n'en était pas de même avant l'adoption de cette méthode dans mon service. »

M. Vidal répond aux diverses objections qui ont été faites à l'emploi de la méthode qu'il préconise, et il termine par la relation de trois observations, dont la dernière, communiquée à la *Société de Chirurgie* par M. Cullerier, sera publiée dans les compte-rendus de cette Société.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, par BOYER ; cinquième édition, *augmentée de notes et publiée* par le docteur Philippe BOYER, 1er vol. Labé, 1844.

Un des plus magnifiques monuments qui aient jamais été élevés à la chirurgie, c'est sans contredit le Traité des maladies chirurgicales de Boyer, livre destiné à faire pendant autrefois à la Nosographie philosophique de Pinel. Mais si l'ouvrage du célèbre médecin de la Salpêtrière a disparu, emporté, pour nous servir de l'expression pittoresque, quoique un peu prétentieuse d'un auteur célèbre, par la tourmente révolutionnaire de 1816, le Traité des maladies chirurgicales, que nous ne voulons pas cependant prétendre exempt de toute erreur et de toute lacune, lui a survécu, probablement pour long-temps encore, et continuera à servir de guide à ceux qui s'occuperont de chirurgie pratique. Il semblait donc imprudent, en en publiant une nouvelle édition, de porter une main téméraire sur sur l'œuvre du maître, soit pour ajouter, soit pour modifier, et peut-être eût-il paru moins difficile de faire un nouveau livre que de corriger Boyer.

La tâche qu'a entreprise le fils du célèbre professeur, et qu'il mènera, nous l'espérons, à fin avec sagesse et discernement, a consisté en une légère modification apportée dans la distribution des matières, et en additions, souvent même assez considérables, soit pour servir de complément rendu nécessaire par la marche incessante de la science, soit pour rectifier quelques erreurs que l'on ne saurait se refuser à reconnaître à une époque où n'est plus admise la vérité de cet ancien axiome : *Magister dixit.*

Relativement à l'ordre qu'a suivi M. Ph. Boyer, et aux changements qu'il a introduits dans le premier volume, ils ne touchent point au fonds même de l'ouvrage. C'est une simple transposition du chapitre consacré aux règles générales des opérations placé par Boyer au commencement du cinquième volume, et de celui que renfermait le onzième sur les opérations simples et la petite chirurgie, que le nouvel éditeur a cru, avec raison, devoir insérer dans la pathologie et la thérapeutique générales.

Quant aux additions, elles suffisent pour mériter au docteur Ph. Boyer un titre moins modeste que celui de simple éditeur qu'il s'attribue. Près de 200 pages, consacrées à l'hygiène et à la discussion des lois diverses que comprend cette partie importante de la science, des considérations judicieuses sur la pathologie et la thérapeutique générales appliquées à la chirurgie servent d'introduction à l'ouvrage. Au chapitre primitif de Boyer, intitulé : *Des opérations en général*, sont jointes quelques pages intéressantes dont le sujet est l'examen des principaux instruments, bistouris, ciseaux, aiguilles, et en particulier pour ces dernières, de celles qui sont destinées à l'acupuncture. Nous avons remarqué un paragraphe relatif à l'autoplastie, qui résume avec bonheur l'état actuel de la chirurgie sur ce sujet.

En tête du traité proprement dit des maladies chirurgicales, se trouvent des considérations générales sur les anomalies et les affections congéniales dont l'absence constituait dans l'ouvrage original une lacune regrettable.

Le remarquable chapitre sur l'inflammation est suivi, dans la nouvelle édition, d'un résumé des notions principales que la chimie et la microscopie ont données aux praticiens dans ces dernières années. Quelques pages disséminées çà et là, et que les bornes d'une analyse ne nous permettent point d'analyser en détail, complètent l'ensemble de la science dans ce qui a rapport aux abcès, à la gangrène, à la brûlure, à la congélation.

Les accidents qui compliquent les plaies sont complétés également par deux additions importantes : dans la première, qui a pour sujet l'introduction de l'air dans les veines, nous avons été fâchés de ne point trouver, à côté du nom de Nysten et de M. Magendie, celui de M. Amussat, dont les beaux travaux sur cette matière ont reçu de l'Institut, en 1840, la plus honorable récompense. La seconde est relative à l'infection purulente et à la pourriture d'hôpital. Enfin le volume se termine par un chapitre additionnel sur les plaies venimeuses et les morsures des animaux dangereux.

D'après l'esquisse rapide que nous venons de donner des modifications que le docteur Ph. Boyer a apportées au Traité des maladies chirurgicales, on comprendra toute leur importance. On se convaincra, par la lecture des nouveaux chapitres, que l'auteur s'efforce de porter dignement un si beau nom, tout en respectant avec la plus religieuse admiration le magnifique travail du professeur de la Charité.

Traité de pathologie cérébrale, ou des maladies du cerveau ; nouvelles recherches sur sa structure, ses fonctions, ses altérations, et leur traitement, etc. ; par Scipion PINEL. — Chez Just Rouvier.

Ce n'est point un ouvrage spécial sur les maladies mentales, comme l'ont cru quelques personnes, mais un traité complet, élémentaire et abrégé, il est vrai, des affections dont l'appareil nerveux peut être le siége, qu'a voulu faire le docteur Scipion Pinel. Plus tard, nous l'espérons, il donnera suite à ses recherches sur l'aliénation mentale, et cherchera à combler une lacune que l'on est étonné de trouver encore dans la science. Dans le livre dont nous nous occupons ici, ces lésions de l'intelligence sont traitées succinctement, mais n'en font point l'objet spécial et particulier.

Le travail de M. Pinel peut être divisé en trois parties : la première est consacrée à l'anatomie et à la physiologie du cerveau, tant à l'état sain qu'à l'état pathologique. L'auteur examine successivement le développement du système nerveux dans l'échelle animale, depuis les degrés inférieurs jusqu'aux êtres qui en occupent le sommet, les mammifères et l'homme en particulier. Chez ce dernier, après quelques pages consacrées à la formation du centre nerveux, il décrit brièvement, mais aussi complétement qu'il était possible dans le cadre un peu restreint qu'il s'était tracé, l'anatomie du cerveau à l'état sain ; ce chapitre est terminé par des considérations générales sur les altérations du cerveau, considérations dans lesquelles il passe en revue les travaux des anatomistes modernes les plus distingués, Meckel, Arnold, Sœmmering, Esquirol, Gall, Foville, etc., et sur lesquels nous ne nous appesantirons point ici. Pour ce qui a rapport à la physiologie cérébrale, nous avons remarqué que l'auteur, tout en n'admettant point complétement les idées de Gall, et en évitant d'entrer dans le dédale des discussions phrénologiques, rend cependant justice entière aux travaux du célèbre docteur allemand, dans les premières inspirations duquel, dit-il, il y a un instinct de génie qu'il faut nécessairement reconnaître.

Arrivant à la seconde partie, « la pathologie proprement dite, l'auteur a cru devoir adopter l'ordre indiqué par M. Andral dans ses cours, et qui consiste à classer en première ligne les lésions de l'intelligence, qu'il examine à l'état d'exaltation, d'affaissement, d'abolition, de perversion ; 2° celles de la motilité, ou des mouvements volontaires ; 3° celles de la sensibilité des fonctions sensoriales.

Parmi les lésions de l'intelligence, le délire aigu, la manie, la monomanie aiguës, les hallucinations, la démence, le délire chronique, l'hypochondrie que M. Pinel propose d'appeler biophobie, la manie homicide, etc., sont traités d'une manière un peu trop abrégée peut-être, mais bien complète, et qui révèle l'observateur éclairé qui a vu par lui-même, et ne s'en rapporte point au jugement et aux assertions des autres.

Un des chapitres qui ont été traités avec le plus de soin et d'étendue, est sans contredit celui qui est consacré à la paralysie générale, que l'auteur range dans l'ordre des lésions de la motilité à l'état d'affaissement. Cette description, qui n'occupe pas moins de cinquante pages, comprend l'étude de la paralysie générale sous six formes différentes dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, mais comme exemples desquelles l'auteur rapporte un nombre assez considérable de faits cliniques concluants et bien observés.

Pour éviter des redites tout au moins inutiles, l'auteur a rassemblé dans la troisième partie ce qui est relatif au traitement des diverses affections dont il a tracé l'histoire dans les chapitres précédents ; puis, arrivant au traitement de la folie en général, il consacre les dernières pages de son livre à l'examen et à l'appréciation des méthodes thérapeutiques successivement préconisées ou proscrites par tels ou tels auteurs. Contrairement aux idées de quelques médecins distingués, en tête desquels nous citerons M. Falret, dans le service duquel nous n'avons jamais vu administrer une seule fois la douche, qu'il juge inutile, sinon nuisible, M. Pinel approuve, dans un grand nombre de cas, l'emploi de ce moyen, plus applicable, dit-il, et plus susceptible d'heureux résultats dans un grand établissement que dans la pratique civile.

Comme traité élémentaire, et résumant dans ses points les plus importants l'histoire des affections cérébrales, le livre de M. Scipion Pinel ne peut manquer d'être lu avec fruit et avec intérêt par les élèves et les médecins qui voudront trouver dans un petit espace un ensemble de connaissances et de préceptes qui exige ordinairement la lecture d'innombrables volumes et de longues observations.

La distribution des prix à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce a eu lieu aujourd'hui. Nous en rendrons compte dans le prochain numéro

— Les épreuves éliminatoires du concours du bureau central pour deux places de chirurgiens, sont terminées. Les candidats dont les noms suivent ont été admis seuls à continuer leurs épreuves :

MM. Darcet, Boyer, Richet, Després, Gosselin, Voillemier, Sanson et Laborie.

Les remerciements que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tetine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 17 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 122. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 16 OCTOBRE 1844.

DISTRIBUTION DES MÉDAILLES AU VAL-DE-GRACE.

La distribution des médailles, au Val-de-Grâce, a offert, cette année, un double attrait, à part le vif intérêt qui s'y rattache toujours. D'une part, elle a été présidée par M. Evrard de Saint-Jean, directeur de l'administration de la guerre, dont le nom doit être et restera cher aux médecins militaires; de l'autre, le discours d'usage a été prononcé par M. Alquié, médecin en chef et premier professeur, dont tous les élèves du Val-de-Grâce connaissent le savoir, l'esprit distingué et le bon goût littéraire. Aussi l'assistance était-elle nombreuse, lundi dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Hôpital de perfectionnement. La salle avait été décorée avec un luxe élégant, par les soins du directeur de ce magnifique établissement, M. Versial.

A midi, M. le directeur de l'administration de la guerre a pris place, au son des instruments, dans l'hémicycle, accompagné de MM. les membres du conseil de santé des armées, de M. le sous-intendant militaire chargé de la police administrative des hôpitaux de Paris; de M. le chef du bureau des hôpitaux de la guerre; de MM. les officiers de santé en chef du Val-de-Grâce, et de plusieurs notabilités, parmi lesquelles nous citerons M. Barbier, ancien chirurgien en chef de cet hôpital, et M. Roche, membre de l'Académie de médecine, qui est toujours reçu au Val-de-Grâce comme faisant partie de la famille. M. le lieutenant-général Sébastiani, empêché, s'est fait représenter par le colonel d'état-major, chef de son état-major général.

On ne saurait donner trop d'éclat à de telles cérémonies. Les esprits les plus sérieux ne peuvent s'empêcher d'être influencés par la pompe extérieure, et on mesure généralement sur cette pompe l'importance des événements qui en sont l'objet.

M. Evrard de Saint-Jean a donné la parole à M. Alquié, aussitôt après avoir ouvert la séance.

Le discours de M. Alquié, dont nous allons essayer de donner une idée, était parfaitement approprié à la solennité. Les élèves y auront trouvé une dernière leçon résumant toutes les autres, et des règles sûres touchant la conduite qu'ils auront à suivre dans la vie nouvelle qui s'ouvre devant eux.

Dans la partie scientifique de son discours, M. le médecin en chef du Val-de-Grâce a fait pour ainsi dire le bilan de la médecine depuis Broussais. Il a demandé leur raison d'être à toutes ces *bannières sans couleur* que l'on a essayé de substituer au drapeau du grand réformateur. Il a signalé la tendance à l'empirisme, ce *mal vers lequel on glisse tous les jours*, et il a parlé en termes péremptoires de ces hommes qui mettent toute leur gloire dans l'appréciation infinitésimale et purement matérielle des faits; de ces hommes qui croient travailler à un monument, et qui, pour employer une comparaison triviale, mais frappante de vérité, n'arrivent à faire que de petits tas de pierres comme ceux que l'on voit sur le bord des grandes routes. Il a dit qu'il y a injustice et ingratitude à méconnaître les services rendus par Broussais à la science et à l'humanité. Il a tracé le tableau de la thérapeutique avant la médecine physiologique, alors que les éthers, le musc, la serpentaire de Virginie, le quinquina, faisaient la base du traitement dans la plupart des maladies contre lesquelles on emploie avec succès les antiphlogistiques et les émollients, et il s'est demandé à qui était due cette heureuse substitution.

Ce plaidoyer en faveur de la médecine physiologique ne doit pas faire penser que l'adhésion de M. Alquié à cette doctrine soit absolue. Il y a douze ans, le médecin en chef actuel, alors second professeur, avait exprimé des restrictions notables dans lesquelles il n'a pu que se fortifier depuis. C'est ainsi que le fait de l'irritation ne lui paraissait pas, et lui paraît encore moins aujourd'hui, assez général pour embrasser tous les phénomènes morbides. Mais tel qu'il se présente, il est encore, pour nous servir des expressions de M. Alquié, le plus grand fait de la *morbidité*, celui que l'on retrouve dans le plus grand nombre des cas. Dans les maladies même où existe un principe particulier qui a porté son action sur le sang, dont l'altération est évidente, dans la variole, la rougeole, la scarlatine, l'irritation est encore un élément très important. Il en résulte que, si la doctrine qui a illustré le Val-de-Grâce laisse effectivement échapper beaucoup de faits, elle n'est pas moins, parmi toutes les doctrines, celle qui donne la raison du plus grand nombre des phénomènes morbides; c'est-à-dire qu'elle est la plus générale, ou, si l'on veut, la moins incomplète. On peut se demander à ce sujet si, à cause de la diversité des faits pathologiques, ce n'est pas une illusion que de chercher ou d'espérer un principe qui pourra les rallier tous.

M. Alquié a parlé de la chimie appliquée à la pathogénie, en homme qui sait apprécier les services qu'elle a rendus, mais qui ne se laisse pas éblouir. Le passé doit nous servir, a-t-il dit; or, il nous offre des exemples qui nous engagent à une grande réserve relativement aux applications de la chimie à la connaissance de la nature des maladies.

Quant à la méthode numérique, M. Alquié en restreint justement l'emploi à la solution de certains points de l'étiologie; mais il la croit dangereuse quand il s'agit de déterminer le meilleur mode de traitement. Pour que les faits pathologiques pussent se prêter aux formules mathématiques, il leur faudrait l'invariabilité des chiffres, et l'on sait combien ils en sont éloignés. Au Val-de-Grâce, pour ne citer qu'un exemple, les pneumonies du mois de décembre et du mois de janvier dernier ont été traités avec succès par les saignées, qui n'ont pas eu à beaucoup près la même efficacité contre les pneumonies des mois de février et de mars.

Les paroles de M. Alquié ne seront point perdues. Les élèves que le Val-de-Grâce va livrer à la pratique des régiments et des ambulances, les emporteront comme un préservatif contre le scepticisme dont la médecine tend de plus en plus à être affligée.

M. Alquié a trouvé d'heureuses inspirations en parlant des devoirs moraux des officiers de santé, surtout quand il a représenté le médecin militaire comme le délégué obligé de la famille au lit de souffrance du malheureux soldat éloigné du foyer paternel.

M. le médecin en chef a rendu justice, en terminant, aux efforts de tous les sous-aides majors et élèves qui ont pris part au concours, et son dernier mot, vivement applaudi, a été celui de Cornélie.

M. le directeur de l'administration de la guerre a pris la parole ensuite, et l'émotion a été vive et profonde dans l'auditoire. Beaucoup de ceux qui étaient là se rappelaient avec reconnaissance la bienveillance éclairée et l'affabilité de ce fonctionnaire lorsqu'il était chargé de la surveillance administrative du Val-de-Grâce. On savait aussi que M. Evrard de Saint-Jean a eu l'initiative de toutes les améliorations dont le corps des officiers de santé a été l'objet; et, quoiqu'il ait voulu se dissimuler lui-même dans son discours, ces pensées étaient celles de tous ses auditeurs. M. Alquié venait d'émettre un vœu, celui de voir l'hôpital du Val-de-Grâce transformé en une école dans laquelle les élèves seraient soumis à la vie en commun. M. Evrard de Saint-Jean s'est interrompu dans la lecture de son discours, pour donner l'assurance que ce vœu serait fidèlement transmis à M. le ministre de la guerre. Cette assurance a été accueillie avec d'unanimes applaudissements, et M. Evrard de Saint-Jean a pu juger de l'extrême importance attachée à la réalisation du vœu formulé par M. le médecin en chef. Les officiers de santé, nécessairement disséminés après leurs études, ne peuvent avoir de traditions, et cet ensemble d'idées et de sentiments que l'on appelle *esprit de corps*, qu'à la condition de la vie commune pendant leur éducation médicale. Les études d'ailleurs, et c'est là le grand motif, y gagneraient immensément. M. le duc de Dalmatie a montré beaucoup d'intérêt pour la médecine militaire. Espérons qu'il sera favorable à un projet dont l'accomplissement équivaudrait à la constitution définitive du corps des officiers de santé. Il ne peut dédaigner d'attacher son glorieux nom à un tel acte.

M. le directeur de l'administration a terminé son discours en rappelant l'autorisation donnée par M. le ministre de la guerre pour l'érection des statues de Broussais et de Larrey au Val-de-Grâce. Nous regrettons de ne pouvoir citer ses paroles; il les a prononcées avec une chaleureuse émotion, et des applaudissements prolongés ont dû lui prouver qu'elles avaient été vivement senties.

M. Evrard de Saint-Jean a appelé ensuite les trois lauréats: MM. Pasquier, Boucher et Tavernier.

En remettant la première médaille à M. Alphonse Pasquier, M. Evrard de Saint-Jean a rendu hommage à un nom justement honoré.

Ainsi s'est terminée une matinée qui a été une véritable fête de famille, et dont le Val-de-Grâce gardera long-temps le souvenir. X.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Résumé général des cas de taille pratiquée en 1844. Considérations générales et pratiques.

Le service chirurgical de l'hôpital des Enfants n'avait pas depuis long-temps présenté un nombre aussi considérable de calculeux que cette année. Leur nombre, en effet, s'élève à sept depuis le mois d'avril, et chaque opération a été, de la part de M. Guersant, le sujet de réflexions particulières, dans lesquelles il s'est attaché à établir la différence des cas où se trouve indiquée la taille plutôt que la lithotritie, et le grand nombre de succès que compte la cystotomie chez l'enfant. Après un résumé succinct et rapide des sept observations relatives à ces sujets, nous exposerons en quelques mots les considérations pratiques qu'elles ont suggérées à M. Guersant.

Le 4 avril a été opéré un jeune garçon de six ans et demi, couché au n° 21 de la salle Saint-Côme; nous donnerons ici quelques renseignements sur les conditions dans lesquelles se trouvait ce sujet, dont nous avons recueilli l'observation parce qu'il a présenté une particularité digne de remarque, un accident qui heureusement n'a point eu de suite, et que, avec une franchise qu'on ne saurait trop louer, M. Guersant s'est empressé d'avouer dans les séances suivantes de son cours de clinique.

Cet enfant était maigre, pâle, d'une constitution assez forte cependant; sa poitrine était étroite; ses membres étaient bien conformés, et malgré l'apparence lymphatique de son tempérament, il ne présentait aucun symptôme de rachitisme. D'une bonne santé habituelle, il éprouvait depuis six mois environ des douleurs caractéristiques d'une affection de la vessie. D'après le dire de ses parents, il urinait difficilement, trépignait souvent et criait quelquefois en rendant ses urines, touchait fréquemment sa verge; les urines déposaient assez abondamment. Au mois de décembre, il eut une rougeole peu intense à marche régulière, et c'est principalement dans le mois de janvier que les symptômes de l'affection calculeuse se manifestèrent plus intenses; le jet de l'urine était souvent interrompu quand il urinait debout, comme si un corps étranger fût venu déterminer l'occlusion de l'ouverture vésicale de l'urètre. Ces phénomènes furent constatés à plusieurs reprises pendant les dix jours que le petit malade passa dans le service avant l'opération. Après ces symptômes rationnels, le cathétérisme vint confirmer d'une manière positive l'existence d'une pierre dans la vessie. Un léger engorgement survenu à la mâchoire inférieure par suite de l'éruption d'une dent molaire, engorgement qui s'accompagna de la formation d'un petit abcès, fit retarder de quelques jours l'opération, qui eut lieu le 4 avril.

M. Guersant a fixé l'attention de ses auditeurs sur ce cas, parce qu'il a offert un accident qui eût pu devenir fort grave, la blessure du rectum. C'était la première fois, sur vingt-cinq ou vingt-six tailles périnéales, que cette blessure du rectum arrivait à ce chirurgien. On a, du reste, lieu de s'étonner que cet accident n'arrive pas plus souvent chez les enfants, qui, d'ordinaire fort indociles, se débattent et remuent pendant l'opération, malgré les précautions que l'on prend et les efforts des aides qui secondent l'opérateur. Peut-être aussi le rectum était-il quelquefois blessé; mais les cas de ce genre passent-ils inaperçus, ou les chirurgiens n'aiment-ils pas à les signaler? La cause à laquelle M. Guersant croit, dans ce cas particulier pouvoir rapporter cet accident, est la suivante: un lavement avait été donné la veille au petit malade, et n'avait pas été rendu. Un second lavement devait être administré le matin quelques heures avant l'opération, et l'on n'apprit que plus tard qu'il avait été oublié. Le rectum était resté rempli, et la preuve en est que le malade rendit des matières fécales en assez grande abondance au moment où l'on incisa la portion membraneuse de l'urètre, et c'est probablement à ce temps de l'opération que l'intestin a été blessé, s'étant précipité en quelque sorte au-devant du bistouri.

Lorsque l'opération fut terminée, et après l'extraction du calcul, on s'aperçut que des matières fécales sortaient par la plaie. La blessure était probablement peu étendue; car le doigt introduit dans le rectum ne put constater aucune ouverture à la paroi antérieure de l'intestin. Aussi ne conçut-on pas de graves inquiétudes. Cependant l'enfant fut reconduit d'abord à son lit, puis mis au bain, et il ne survint en effet comme on l'avait espéré, aucun accident inflammatoire. Nous devons dire néanmoins que cette piqûre du rectum entretint la plaie fistuleuse pendant près de deux mois.

Durant ce laps de temps, l'enfant a rendu des urines troubles par le canal de l'urètre, urines probablement mélangées d'une certaine quantité de matières fécales. Au bout de deux mois, la plaie était fermée en très grande partie, et ne présentant plus qu'un petit pertuis fistuleux par lequel il ne s'échappait point de matières fécales, M. Guersant craignant l'influence fâcheuse d'une salle remplie de malades et des miasmes souvent fétides qui s'en dégagent sur la santé générale de l'enfant, le renvoya de l'hôpital, sans cesser de le voir

fréquemment chez ses parents. Au bout d'un mois, le petit malade, qui se trouvait dans des circonstances hygiéniques plus favorables, ne présentait plus aucune trace de fistule, urinait facilement par le canal, et ne rendait plus par l'anus une seule goutte d'urine. La guérison s'était spontanément effectuée, retardée seulement par la complication accidentelle dont nous avons parlé.

A ce propos, M. Guersant est entré dans quelques détails sur l'influence des circonstances hygiéniques dans les opérations que l'on pratique chez les enfants. Souvent on est obligé, malgré la conviction où l'on est que le traitement et les pansements seraient mieux exécutés à l'hôpital, on est obligé de renvoyer les malades chez leurs parents, afin d'éviter les fâcheux résultats exercés par les exhalaisons nuisibles qui se font sentir dans les salles encombrées d'un hôpital.

— Le second opéré est du mois de juin; c'était un garçon de deux ans, qui subit la taille bilatérale: l'opération fut promptement faite, et aucun accident ne l'accompagna ni primitivement, ni consécutivement. La seule circonstance digne d'être notée fut que le calcul, qui était assez volumineux, fut chargé d'abord dans les tenettes dans le sens de son grand diamètre, ce qui en rendit l'extraction un peu plus douloureuse et moins rapide.

— Le 25 juillet, eut lieu la troisième opération sur un enfant de six ans. La taille fut facile; mais ce qui présenta quelques difficultés, ce fut le chargement de la pierre. Elle s'était logée dans une sorte de cavité située vers le bas-fond de la vessie, et paraissait en quelque sorte enchatonnée. Aussi les tenettes, introduites dans la cavité selon les préceptes ordinaires, ne pouvaient-elles atteindre le calcul au-dessus duquel elles passaient, et fut-il nécessaire de les plonger plus profondément en imprimant au manche un mouvement de bascule en haut. Ce malade sortit guéri le 11 août, sans aucune espèce d'accident.

— Le 8 août, a été opéré le nommé Janson, entré vers la fin de juillet, et qui sortit guéri de l'hôpital dans les premiers jours de septembre. Ce petit malade souffrait depuis environ dix-huit mois, et présentait les phénomènes symptomatiques de l'affection calculeuse. L'opération fut très rapide, et dura une minute à peine. Le lendemain, et pendant trois ou quatre jours, un peu de fièvre; au bout de sept jours, il se promenait dans les salles. Il prit du bouillon dès le lendemain de l'opération. M. Guersant a fait à plusieurs reprises uriner cet enfant devant ceux qui suivent la visite, et tout en leur faisant observer qu'il ne sortait plus une seule goutte d'urine par la plaie dès le quatorzième jour, il profita de cette occasion pour leur faire remarquer que dans la taille bilatérale chez l'enfant, c'est le plus souvent du douzième au seizième jour que l'occlusion de l'ouverture artificielle est complète, et que les urines ont repris entièrement leur cours normal.

— La cinquième opération de taille a été pratiquée chez un enfant âgé de dix ans, couché au n° 7 de la salle Saint-Côme. C'a été le plus âgé de toute la série de cette année. Ce malade a présenté quelques circonstances remarquables et dignes d'être notées. Il y a plus d'un an (au mois de juillet 1843) qu'il a commencé à accuser les symptômes caractéristiques de l'affection calculeuse. Par une incurie inconcevable, mais cependant assez ordinaire chez les gens de la basse classe et chez les habitants de la campagne, on négligea toute espèce de traitement, et on abandonna la maladie à elle-même pendant une année entière. Un mois seulement avant son entrée à l'hôpital, il éprouva de très vives douleurs dans la région du périnée, et ses parents s'aperçurent qu'il rendait du pus mélangé avec ses urines. Un médecin fut appelé qui reconnut par le cathétérisme la présence d'un calcul, et l'envoya dans les salles de M. Guersant. La sonde faisait bien constater en effet l'existence d'une pierre, mais il sembla à M. Guersant qu'elle était engagée dans le col de la vessie. Le scrotum devint le siége d'un engorgement assez considérable qui se termina par un abcès, dont on fit l'ouverture.

Au moment de pratiquer l'opération, M. Guersant pensa que le calcul était situé dans la portion membraneuse du canal de l'urètre, et eut un instant l'idée de faire la taille par la méthode dite *de Celse*, dans laquelle le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans le rectum, fait saillir la pierre en avant, et l'on incise le périnée couche par couche sur le calcul. Cependant, il crut, après de nouvelles réflexions, devoir renoncer à cette idée. Le cathéter fut introduit, et l'on fut assez heureux pour le faire passer au-dessous du calcul. Le lithotome à peine introduit heurta le corps étranger, et l'opération fut tellement simple que l'on n'eut pas besoin d'introduire le gorgeret. C'est avec une pince à polype que fut saisi le calcul, d'une moyenne grosseur, et recouvert d'une couche épaisse de mucus concret.

Le doigt, introduit dans la vessie après l'opération, fit reconnaître que le calcul avait été renfermé dans une petite poche formée aux dépens de la portion membraneuse de l'urètre, poche dont on pratiqua le débridement sans toucher au col de la vessie. Huit jours après l'opération, il n'était survenu aucun accident sérieux; les urines coulaient encore par la plaie et par le canal, mélangées d'une assez grande quantité de matière purulente. Une collection purulente semblait près de se former dans la partie gauche du scrotum, collection à laquelle M. Guersant craignait de se voir obligé de donner issue avec le bistouri. Vu la longueur et l'état de faiblesse du sujet et la menace d'un abcès urineux dans les bourses, M. Guersant crut devoir porter un pronostic grave, annonçant qu'il regarderait comme une très heureuse terminaison la guérison du jeune malade avec une fistule périnéale. Nous reviendrons sur ce malade, et nous dirons l'issue de la maladie.

Enfin, une sixième taille a été pratiquée le 29 août chez le nommé Trophit, âgé de 7 ans, couché au n. 17 de la salle Saint-Côme, depuis une quinzaine de jours. Cet enfant souffrait depuis près de deux ans; depuis son entrée et quelques jours auparavant, il urinait du sang en petite quantité. Il lui arrivait assez souvent aussi de rendre involontairement ses urines sous lui, soit pendant le jour, soit pendant la nuit. L'opération, qui fut faite avec une promptitude remarquable, ne présenta rien de particulier et fut suivie de succès. Le malade est sorti guéri il y a quelques jours dans un état de santé très satisfaisant.

Dans un prochain article, nous reproduirons les quelques réflexions auxquelles ces divers cas ont donné lieu de la part de M. Guersant, et nous insisterons, après avoir raconté les détails d'un fait de lithotritie pratiqué cette année par le même chirurgien, sur quelques considérations pratiques sur la taille, et sur le parallèle des deux modes de destruction et d'extraction de la pierre vésicale chez les enfants.

HOPITAL BEAUJON. — M. MARTIN-SOLON.

De la valeur séméiologique des urines; par le Dr DEBOUT. (Suite.)

Pleuro-pneumonie bilieuse du sommet du poumon droit. Gravité des symptômes. Urines albumineuses. La teinte verte ou bilieuse qu'elles prennent par l'addition de l'acide nitrique fait prescrire les purgatifs. Le malade, qui semblait expirant, passe rapidement à un état meilleur; les urines cessent de verdir; elles donnent des nuages critiques, et la guérison ne tarde pas à se manifester.

Bigaut, maçon, âgé de cinquante-huit ans, d'une constitution émaciée et d'une intelligence médiocre, paraît n'avoir été affecté que de maladies légères, qui toujours ont épargné la poitrine.

Le 30 avril, après avoir eu chaud dans la journée, cet homme éprouva, le soir, une douleur de côté accompagnée d'une expectoration sanguinolente abondante. Il continua son travail et ne fit pas de traitement.

Le 5, jour de son admission, nous trouvons l'état suivant: Décubitus dorsal; facies un peu abattu. La douleur de côté a cessé lors de la toux, mais la respiration n'est pas plus facile. Matité moyenne au sommet du poumon droit et en avant; souffle tubaire non éclatant, entouré de quelques bulles de râle crépitant; respiration vésiculaire à la base; sonoréité en arrière, égale pour les deux côtés de la poitrine; expansion moins grande à droite; bronchophonie du même côté. Expectoration peu abondante, rouillée, tendant à la couleur du jus de pruneaux; langue sèche, un peu brunâtre; ventre indolent; la peau d'une chaleur plus vive que dans l'état normal: l'artère radiale, assez large sans être dure, donne 120 pulsations; les urines, de couleur citrin-orangé, et d'une densité de 1,010, prennent, par l'addition de l'acide, citrique, une teinte opaline qui dénote la présence de l'albumine.

Soumises à l'action du calorique, leur nature albumineuse est mise en relief d'une façon plus évidente encore. — Saignée du bras; pect. jul. béchique.

Le 6, dans la journée, un peu de délire et d'exacerbation fébrile étant survenu, on a recours à une nouvelle saignée; la couenne qui couvre le caillot, toujours épaisse, présente la couleur jaune-bilieux; le sérum, en quantité moyenne, sali par la matière colorante du sang, est abandonné à la décantation; la matière colorante se dépose; le reste du liquide, traité par l'acide azotique, se coagule et prend des zones vertes et plusieurs autres nuances; les urines ne donnent plus, par l'acide nitrique, de précipité albumineux, mais elles se colorent comme le sérum en beau vert. Ce nouveau phénomène, et l'inspection du mucus bronchique, qui est de même verdâtre, donnent à penser qu'il existe une complication bilieuse que l'état du malade ne pourrait faire soupçonner; car ses sclérotiques et sa peau sont à peine jaunâtres. La matité du sommet du poumon persiste avec les quelques bulles de râle crépitant observées la veille; souffle tubaire et bronchophonie en arrière. La langue croûteuse, un peu humide. Pas de douleur abdominale; chaleur de la peau au-dessous de la moyenne. Le pouls, peu dur et moyennement développé, donne 112 pulsations; 52 inspirations. — 60 centigr. de calomel en 2 prises; pect., julep béch.

Le 7, le purgatif a déterminé plusieurs garde-robes. La langue est peu humide, mais moins croûteuse; l'expectoration diffluente et moins safranée; la bronchophonie toujours très prononcée. Les urines se colorent beaucoup moins qu'hier par un excès d'acide azotique; leur densité est 1,008. Le pouls descend à 100 pulsations. — 40 grammes d'huile de riein; on ajoute 4 grammes d'antimoine diaphorétique au julep béch.

Le 8, la matité est un peu moindre; le souffle tubaire et la bronchophonie ont aussi diminué, et l'on trouve un peu de râle crépitant de retour. L'expectoration a perdu sa teinte verdâtre; il en est de même de l'urine, qui, au lieu de la coloration verte, prend, par un excès d'acide, une teinte rosesale. L'huile de ricin a produit bien des garde-robes abondantes, et l'urine présente aujourd'hui un nuage critique que développe tour à tour l'addition de l'acide azotique ou de l'acide acétique. Pouls normal; langue encore un peu croûteuse, mais humide. — Pect. looch avec 4 grammes d'ant. diaph.

Le 9, rhoncus sonore sans râle crépitant; résonnance bruyante de la voix; diminution de la matité; expectoration plastique et blanche. Les urines limpides, citrines, acides, d'une densité de 1,012, donnant un très beau nuage critique. La peau a repris un ton normal. — Même prescription; 3 potages.

Le 10, la bronchophonie a cessé; le son revient; l'expectoration est spumeuse; pas de fièvre; appétit; beau nuage critique. — On diminue de moitié la quantité d'antim. diaph. ajoutée au looch, et l'on donne le demi-quart.

Le 11, la respiration devient plus facile, les symptômes locaux sont très amendés, et les urines, pour la dernière fois, donnent un nuage critique. — On cesse l'antim. diap., on continue le looch, la tisane, et l'on augmente le régime.

Le 15, le malade mange la demi-portion, et le 22 il sort de l'hôpital en parfaite santé.

Les points importants de cette observation sont: 1° la complication de la pneumonie avec ce trouble sécrétoire que les pathologistes anciens ont désigné sous le nom d'*état bilieux*; 2° la réaction chimique qui vient mettre hors de doute l'existence de la diffusion des matériaux de la bile alors que les symptômes de l'appareil digestif, l'aspect général de la teinte de la peau et même la coloration des yeux seraient insuffisants pour établir le diagnostic.

Si la saignée employée soit à haute dose, soit coup sur coup, comme le dit le professeur Bouillaud, est promptement efficace dans le plus grand nombre des pleuro-pneumonies, il n'en est plus de même lorsque cette affection se complique de l'état bilieux. La médication antiphlogistique est encore utile dans ces cas particuliers, mais elle est insuffisante, et une amélioration sensible ne commence à se manifester qu'après l'administration des évacuants, comme on a pu le voir dans l'observation ci-dessus. Il semble qu'en augmentant l'excrétion bilieuse, ces évacuants ramènent vers l'organe sécréteur les matériaux biliaires dispersés; qu'ils en dépouillent le sang qui, pour ainsi parler, infecté de ces principes doit être plus irritant pour les organes inflammés. « Ne voit-on pas, dit M. Martin-Solon dans son excellent ouvrage sur l'*albuminurie*, dans la dernière période de la maladie de Bright que ce liquide semble devenir stupéfiant pour le cerveau, par les qualités que lui communique l'altération de la sécrétion urinaire? L'examen de ces viciations du sang, négligé pendant long-temps, mériterait l'attention des pathologistes et justifierait cette pensée de Baglivi: « Si quis animum dederit anatomica humorum investigationi per variorum liquidorum infusionem..... » eum magnam lucem curationi morborum allaturum..... » existimo. »

Quels sont les fluides organiques qui peuvent révéler la diffusion des matériaux de la bile? Le sang d'abord, aussi quelque faible que soit la quantité des éléments bilieux qu'il contient, aussitôt que l'on vient à ajouter quelques gouttes d'acide azotique dans la partie séreuse de ce liquide, le coagulum qui se forme présente aussitôt à sa partie supérieure une teinte verte, puis une suite de zones superposées de couleur bleue, rose et jaune. — Vient ensuite l'urine, et cela se conçoit facilement: les matières colorantes de la bile circulant dans le sang, lorsque celui-ci traverse les reins, comme ces organes sont sans aucun pouvoir d'élimination de ces matériaux, ils doivent passer l'urine; aussi la réaction azotique leur fait prendre toujours une teinte verdâtre, et quelquefois la série des zones colorées qui se manifestent dans le sérum du sang. C'est en recherchant si l'urine d'une femme affectée d'une ascite contenait de l'albumine, que M. Martin Solon constata pour la première fois la présence des éléments de la bile dans ce fluide; au lieu d'un coagulum blanc l'acide azotique fit naître dans le liquide, d'apparence normale, une très belle couleur verte. Cette coloration provoqua l'examen de l'abdomen de la malade, et l'on reconnut, en le palpant et en le percutant, que le foie était hypertrophié et induré. Dès-lors il devint évident que l'altération de sécrétion de cet organe occasionnait l'aberration des matériaux biliaires, et qu'une maladie du foie et non des reins était la cause de l'hydropisie. Quant à la sécrétion bronchique, la présence des éléments de la bile y est plus difficile à constater; on ne devra les y admettre qu'autant qu'une coloration franchement verdâtre viendrait à se développer dans le mucus par l'addition de l'acide azotique. Tout le monde sait, et des mélanges à doses variées de mucus et de sang, répétées sous nos yeux à l'hôpital Beaujon, nous ont démontré que c'est à la présence du sang, plus ou moins divisé, plus ou moins abondant, qu'il faut rapporter la couleur rouge, orangée, abricot, safranée, de l'expectoration de la pleuro-pneumonie aiguë. Or, dans la circonstance d'une complication de l'état bilieux avec la pneumonie, la teinte verdâtre de l'expectoration ne s'expliquerait-elle point par la présence du sang chargé des éléments bilieux, et dont il abandonnerait les principes colorants au mucus par la réaction de l'acide azotique? Ce qui, pour nous, vient à l'appui de l'opinion que nous avançons, c'est que, même parmi les faits cités par M. Martin-Solon dans son ouvrage, un seul malade a présenté cette coloration en vert du mucus bronchique, et que la seule fois que le phénomène s'est produit l'expectoration était en partie sanguinolente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 octobre. — Présidence de M. FERRUS.

M. le secrétaire perpétuel annonce que parmi les pièces de la correspondance on trouve une lettre d'un candidat au prix d'Argenteuil, lettre à laquelle le règlement et les antécédents de l'Académie ne permettent pas de faire droit.

M. Velpeau. C'est là l'opinion du Conseil; mais pour que l'Académie pût juger de la légitimité de la demande et de la justice de la décision du Conseil, il serait bon que lecture fût faite de cette lettre.

M. le président. Il s'agit de la récusation d'un juge nommé dans la commission pour le prix d'Argenteuil, et le règlement ne prescrit rien à cet égard. Le Conseil a donc pensé qu'il fallait passer outre.

M. Cornac. Je n'ai pas l'intention d'occuper l'Académie de la question de récusation; je m'empresse de reconnaître qu'il n'y a pas de possibilité d'agiter de sujet; mais je désire appeler son attention sur la manière dont est composée la commission pour le prix d'Argenteuil. Il est probable, il est même certain que la commission aura à juger expérimentalement la valeur des procédés que les concurrents ont soumis au jugement de l'Académie pour le traitement des rétrécissements du canal de l'urètre. Où et par qui peuvent être faites ces expériences? Evidemment ce n'est que dans les hôpitaux et par des chirurgiens d'hôpitaux. Or, dans la commission, telle qu'elle est composée, il ne se rencontre que deux chirurgiens d'hôpital sur neuf commissaires. Messieurs, c'est trop peu! Le prix dont il s'agit est trop important, la question à résoudre offre trop d'intérêt pour que l'Académie

ne sente pas le besoin de réunir dans le sein de la commission la plus grande masse de lumières possibles. Le règlement nous en donne le moyen : la commission n'est composée que de neuf membres, nous avons le droit de la porter à onze ; j'en fais la proposition formelle, et je désire que les deux nouveaux membres soient pris parmi les chirurgiens d'hôpitaux. (Rumeurs.)

M. Nacquart. J'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Cornac. Par cela seul que des susceptibilités se manifestent à l'égard de la commission, il est digne de l'Académie de s'entourer de toutes les précautions possibles pour que son jugement définitif ait toute l'autorité qu'elle a droit d'espérer. Il ne peut s'agir de la question de récusation, pour laquelle l'Académie et les compétiteurs sont incompétents ; mais il est possible de composer la commission de telle façon que tout prétexte soit enlevé à des récriminations.

M. Bégin. La lettre dont il est question dans la correspondance a été renvoyée aussi à la commission. La commission l'a examinée, a pesé tous les motifs qu'on faisait valoir, et elle n'a pas cru devoir s'y arrêter. Elle s'est donc constituée. Revenir aujourd'hui sur la composition de la commission, ce serait la frapper de suspicion ; est-ce l'intention de l'Académie?

Plusieurs voix. Non, non.

M. Villeneuve. J'ajoute que la commission s'est déjà partagé la besogne ; que les travaux des compétiteurs ont été déjà distribués aux commissaires, et que l'adjonction de deux membres nouveaux entraînerait la nullité de tout ce qui a été fait jusqu'à présent. Cette réclamation aurait dû venir plus tôt.

M. Desportes. Cependant, Messieurs, je crois qu'il faut remonter aux principes. Un prix important, le plus beau de tous ceux que l'Académie ait à décerner, lui a été légué par M. d'Argenteuil. Quelle a été l'intention du légataire? C'est que le plus grand nombre possible de concurrents se présentassent à ce concours. Or, si dans un premier vote, l'Académie avait composé la commission de telle manière que quelques concurrents pussent avoir des motifs de s'éloigner, je dis qu'il serait du devoir de l'Académie de revenir sur son vote, et de faire disparaître ces motifs. Il paraît que c'est ici le cas ; il paraît que quelques concurrents s'éloigneraient pour n'être pas jugés par tel ou tel juge. Or, sans blesser en rien la susceptibilité de la commission déjà nommée, l'Académie ferait fort bien, invoquant son règlement, d'ajouter deux nouveaux commissaires, dont l'adjonction aurait pour résultat d'affaiblir des influences que l'on semble redouter. (Agitation.)

M. Moreau. La proposition de M. Cornac établirait un précédent fâcheux. Tout concurrent qui aurait à craindre les opinions d'un commissaire, pourrait demander la récusation. Je m'oppose à toute modification à la commission.

M. Bégin. Je le répète, l'Académie en modifiant la commission ferait peser sur elle des soupçons offensants. Pour mon compte, je n'en ferais plus partie. (L'agitation redouble.)

M. Nacquart. Cette susceptibilité m'étonne et ne me paraît pas justifiée. De quoi s'agit-il? Un concurrent se présente au prix d'Argenteuil ; il rencontre au nombre de ses juges un de nos collègues qui, dans une publication récente, a formellement, sévèrement rejeté comme sans valeur les travaux que précisément il soumet à la commission du prix. Certes, ce candidat a le droit de demander à l'Académie si ses règlements ne s'opposent pas à ce que l'influence de ce juge soit affaiblie, et s'il n'y aurait pas opportunité et même justice à ce que deux nouveaux membres soient adjoints à la commission.

M. Lagneau. Membre de la commission du prix d'Argenteuil, je viens cependant appuyer la proposition de M. Cornac. Ce n'est pas assurément que je doute des lumières de la commission nommée, ni de son impartialité, ni de sa justice ; mon témoignage serait ici surabondant. Mais dans une question qui nécessitera certainement de nombreux déplacements de la commission, je voudrais que deux chirurgiens des hôpitaux centraux, comme l'Hôtel-Dieu et la Charité, fussent adjoints à la commission déjà nommée. J'avoue que je ne me rends pas très bien compte de la susceptibilité de M. Bégin, et que je ne vois pas en quoi la nomination de deux nouveaux commissaires peut déconsidérer ceux qui sont déjà nommés.

M. Bégin. Si l'Académie adopte la proposition de M. Cornac, ce n'est pas deux, mais bien trois commissaires qu'elle aura à nommer, car je me retire.

M. Rochoux. En effet, c'est faire injure à la commission déjà nommée.

M. Cornac. Je proteste contre l'expression d'injure dont M. Rochoux vient de se servir. Dans ma proposition, je n'ai rien voulu articuler de personnel contre aucun membre de la commission. J'ai indiqué un principe ; je persiste dans ma demande.

Quelques voix : L'ordre du jour.

M. le président. L'ordre du jour étant demandé, il doit avoir la priorité ; je vais donc le mettre aux voix.

Une faible portion de l'Académie prend part au vote, et l'ordre du jour est adopté.

— Il est donné lecture d'une lettre de *M. Raciborski*, relative à quelques particularités sur le rôle que jouent les vésicules de Graaf et le *corpus luteum* dans les phénomènes de la conception.

— *M. Bouvier* donne quelques détails sur le fait rappelé dans la dernière séance par M. Velpeau, relatif au pouls veineux. Le phénomène avait été présenté par un individu offrant tous les symptômes d'une diathèse inflammatoire aiguë. Il était difficile d'adopter ici l'explication de M. Martin-Solon, savoir la fluidité du sang. Cependant on ne comprima pas l'artère brachiale. M. Bouvier croit qu'on peut expliquer ce qui s'est passé dans ce cas par l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires du côté droit du cœur.

M. Poiseuille. J'ai demandé la parole à l'occasion du procès-verbal, pour prier l'Académie de vouloir bien me permettre de l'entretenir, pendant quelques instants, de certains phénomènes de circulation qui ont échappé à la discussion improvisée de la dernière séance, au sujet du nouveau *pouls veineux* signalé par notre honorable collègue M. Martin-Solon, et qui donneront peut-être une interprétation satisfaisante de ce fait curieux d'hydraulique animale.

Nous ne rappellerons pas ici les nombreuses expériences de Haller, de Spallanzani, etc., de M. Magendie, ni d'autres plus récentes, qui légitiment la circulation harveyenne ; nous regarderons, avec le plus grand nombre des physiologistes modernes, comme démontré, que le cœur est l'agent principal de la circulation capillaire et veineuse, ainsi qu'il l'est de la circulation artérielle.

Quand on examine au microscope la circulation capillaire des batraciens ou des mammifères, si la perte de sang, dans la préparation de l'animal, a été faible, les globules, eu égard à leur grande vitesse, semblent doués d'un mouvement *continu uniforme ;* il n'en est pas ainsi, rigoureusement parlant : le mouvement est *continu*, mais *sensiblement saccadé*. En effet, si sur un chien on abouche à l'une des veines d'un membre thoracique ou pelvien un tube recourbé contenant une solution saturée de sous-carbonate de soude, pour s'opposer à la coagulation du sang, l'ouverture du tube étant dirigée vers l'extrémité du membre, le sang de la veine s'introduit dans le tube, d'un mouvement *continu*, mais non *uniforme*, il est *continu-saccadé* ; ce qui n'aurait pas lieu si le cours du sang dans les capillaires était uniforme, car dans ce cas, toutes choses égales d'ailleurs, l'ascension du sang dans le tube offrirait la même espèce de mouvement.

L'expérience que je viens de rapporter est en quelque sorte celle de M. Magendie, rappelée par M. Blandin dans la dernière séance, à l'exception qu'elle est faite sur le vivant.

Nous retrouvons un phénomène du même genre par l'examen attentif de la courbe que décrit le sang au sortir de la veine, dans les saignées dont nous sommes témoin tous les jours : l'amplitude du jet n'est jamais la même pendant deux instants consécutifs, et cela indépendamment du parallélisme des ouvertures faites à la peau et à la veine, et des mouvements qu'on excite ordinairement dans les muscles de l'avant-bras. Le bras étant maintenu quelques minutes dans la même position, le sang arrive dans le vase qui le reçoit, en des points qui s'éloignent et se rapprochent alternativement : est-il nécessaire de dire que la plus grande amplitude du jet correspond soit à une contraction du cœur, soit à une expiration qui augmente aussi la force d'impulsion du sang artériel, et la plus petite amplitude à la diastole du cœur ou à une inspiration.

Si cet état normal dont nous venons de parler est exagéré par des circonstances spéciales, alors il fixera d'une manière particulière l'attention de l'observateur moins attentif qui pourra craindre d'avoir intéressé une artère.

Ainsi, dans la thèse de M. Coudret, citée avec raison par M. Velpeau, les malades observés étaient jeunes, vigoureux, d'une constitution robuste, avaient un pouls artériel très développé. L'impulsion du sang était alors considérablement augmentée pendant la systole du cœur ; de là un mouvement saccadé très prononcé dans les saignées pratiquées à ces malades, à la suite de chaque contraction de cet organe, dont l'effet du jeu intermittent se transmettait à travers les capillaires pour se montrer dans les veines.

Le fait communiqué par M. Martin-Solon offre beaucoup de similitude avec celui relaté dans la thèse dont il vient d'être question, mais, comme les circonstances sont tout à fait différentes, il nous faut invoquer d'autres phénomènes circulatoires.

Nous venons de parler d'un mouvement continu offert par le cours du sang des vaisseaux capillaires, dans les premiers moments où cette circulation est étudiée ; ce mouvement devient bientôt *saccadé*, et sans laisser le moindre doute, *si l'animal perd une quantité assez notable de sang.*

Ainsi, « la circulation dans le mésentère de rats âgés de six à huit jours, et celle de la vessie de rats qui viennent de naître, devient moins vite peu de temps après leur fixation sur la lame de liége ; des saccades ont lieu dans les artères, les capillaires et les veines ; leur nombre est celui des contractions du cœur, etc. »

Sur de jeunes souris, le mouvement du sang dans les capillaires du mésentère est d'abord continu, sans saccade ni intermittence ; mais l'animal perdant de nouvelles quantités de sang par la plaie faite à l'abdomen, le mouvement du sang dans les artères, les capillaires et les veines, de continu devient continu-saccadé. L'animal s'affaiblissant ainsi, les contractions du cœur perdent de plus en plus de leur énergie ; une quantité moindre de sang se trouve lancée dans le système artériel ; les artères sont donc moins dilatées et par suite elles reviennent moins sur elles-mêmes après chaque systole du cœur, de là leur impuissance à changer en *continu* le mouvement intermittent produit par les contractions du cœur, comme il arrive dans l'état normal.

Les malades sur lesquels M. Martin-Solon a découvert le pouls veineux aux veines dorsales de la main, et qu'il a décrit avec tant de netteté, avaient perdu cinq à six kilogrammes de sang ; ceux des docteurs Ward et Graves avaient été abondamment saignés. D'après les expériences que nous venons de rapporter, nous sommes porté à penser que ce *pouls veineux* reconnaît comme cause principale les pertes copieuses de sang qu'ont éprouvées les malades.

L'attention des observateurs étant maintenant éveillée par la communication si intéressante de notre laborieux confrère, il sera sans doute facile de se rendre compte d'autres circonstances qui accompagnent ce *pouls veineux*, quand elles pourront être étudiées avec plus de détails.

Quant à la modification du sang, invoquée par M. Martin-Solon à la suite de nouvelles saignées, comme pouvant favoriser le *pouls veineux* qu'il a observé, nous partageons son avis, mais par des raisons un peu différentes de celles qu'il a émises : ainsi, il a supposé que le sang, devenu plus aqueux, devait passer plus librement des artères dans les veines à travers les capillaires. M. Magendie est d'une opinion tout à fait contraire. De notre côté, en étudiant l'influence de la composition des liquides sur leur passage dans les vaisseaux capillaires organisés, nous avons vu que plus le sang devenait aqueux, moins il en passait des artères dans les veines, et cela à cause de l'imbibition des tissus. Mais de fréquentes évacuations sanguines rendant le sang plus aqueux, les contractions du cœur perdent de leur intensité, et, comme nous l'avons dit plus haut, le nouveau *pouls veineux* pourrait être observé.

M. Poiseuille répond à M. Roux que l'amplitude variable dont il a parlé, dans le jet formé par le sang sortant de la veine, ne s'applique nullement au cas où le parallélisme entre les ouvertures faites à la peau et à la veine cesserait d'exister, ni au cas où l'on exciterait les contractions des muscles de l'avant-bras, par les mouvements imprimés aux doigts de la main, mais au cas où le bras est maintenu dans une immobilité complète, alors le sang arrive dans le vase en des points qui varient avec les mouvements du cœur où les mouvements d'expiration et d'inspiration de la poitrine. C'est une expérience assez délicate, mais dont le résultat peut être contesté tous les jours.

Après quelques nouvelles observations de MM. Roux, Martin-Solon et Piorry, cette discussion s'éteint.

— *M. Velpeau* est invité à donner quelques détails sur l'opération qu'il a pratiquée sur l'enfant nouveau-né qui portait une tumeur volumineuse à la partie postérieure de la tête et dont il fut question dans la dernière séance.

Cet enfant ne put entrer que mercredi soir à l'hôpital, et M. Velpeau ne le vit que le jeudi matin. Il le trouva déjà fort affaibli et dans des conditions visibles de dépérissement. Il examina la tumeur avec soin et il la crut formée par un sac ou kyste rempli de liquide. Mais le pédicule offrait une certaine résistance, une densité, une épaisseur qui pouvaient faire présumer une hernie du cervelet. Un trocart explorateur fut introduit dans le kyste et il s'écoula une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Cet enfant était voué à une mort certaine, l'opération, quoique infiniment chanceuse, pouvait présenter cependant une planche de salut, et, après de grandes hésitations, M. Velpeau se décida à l'entreprendre. Il la pratiqua de la manière suivante : Une ligature fut passée au sommet du pédicule et immédiatement après il fit l'excision de la tumeur. L'enfant parut fort mal supporter l'opération ; car, pendant quelques instants, on le crut mort. Cependant quelques mouvements inspiratoires eurent lieu et peu de temps après il jeta des cris. Il s'écoula environ 500 grammes de sérosité. Pendant trente-six heures l'enfant parut aller mieux ; mais après des secousses trop brusques qui lui furent imprimées, il eut des convulsions qui se répétèrent et il succomba.

La dissection des pièces pathologiques n'est pas encore assez avancée pour que M. Velpeau puisse en donner une description complète. Cependant il croit pouvoir assurer que le sac contenant le liquide n'était pas formé par les membranes du cerveau, que le liquide était placé entre elles et les téguments du crâne ; que le pédicule était formé par le cervelet qui avait fait hernie en grande partie, qui lui-même contenait une certaine partie de liquide, et comme particularité curieuse que l'un des lobes du cerveau était du double plus gros que l'autre. M. Velpeau ne croit pas que ce fait ait d'analogue dans la science. Il discute ensuite la convenance et l'opportunité de l'opération, et quoique dans ce cas elle n'ait pas réussi, il ne pense pas que ce fût une raison, dans les cas analogues, pour ne pas la tenter.

M. Auguste Bérard s'empresse d'assumer une partie de la responsabilité qui résulte de cette opération, puisqu'il a engagé M. Velpeau à l'entreprendre. Il rappelle que le premier il a fait remarquer que le pédicule de la tumeur contenait autre chose que du liquide, et que c'était probablement une lamelle du cerveau. Il n'aurait pas opéré de la même manière que M. Velpeau ; la ligature du pédicule lui paraît nuisible.

M. Blandin, qui s'est opposé à toute opération, trouve que le résultat lui a donné raison. Il avait dit qu'une lamelle de l'encéphale se trouvait dans le pédicule ; on y a trouvé le cervelet presque en entier. Comment une opération qui compromettait un organe aussi essentiel pouvait-elle réussir? Il élève des doutes sur la disposition du sac décrite par M. Velpeau. Il est pour lui très probable que le liquide était contenu dans la dure-mère, et si M. Velpeau avance une opinion contraire, c'est qu'il ne tient pas compte de ce fait, que dans les tumeurs de cette nature la dure-mère s'éraille et qu'on ne la trouve plus au sommet.

M. Moreau trouve que l'opération étant la seule ressource pour conserver la vie à cet enfant, il était convenable de la tenter.

M. Velpeau répond à M. Blandin que c'est une mauvaise manière de raisonner, en jugeant toujours les opérations chirurgicales par leur résultat. Quant à la disposition du sac de cette tumeur, il ne veut encore rien affirmer avant que la dissection des pièces ne soit complète ; mais l'examen qu'il en a fait jusqu'ici le porte à se maintenir dans l'opinion qu'il a exprimée.

Il est plus de cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 octobre 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Rouelle, médecin à Gorron, adresse une observation de fractures comminutives d'une partie des os du sommet de la tête, dans une étendue d'environ 6 à 8 centimètres, avec perte de substance cérébrale du volume d'une pomme d'api, ayant déterminé une hémiplégie du côté gauche. Cette observation est une nouvelle preuve que les plus grands désordres peuvent exister dans le cerveau sans qu'il y ait trouble des facultés intellectuelles, sans qu'il y ait fièvre, car elle n'a existé que lorsqu'il y a eu un amas purulent, et que si le cerveau est sensible, il l'est du moins fort peu.

— *M. le docteur Fiard* adresse un mémoire intitulé : *Expériences comparatives ayant pour but de constater les caractères différentiels de développement, de marche et de durée éruptive du vaccin de* 1844 *et de celui de* 1836, *avec des dessins formant deux grands tableaux.* En voici le résumé et les conclusions :

Ce n'est pas, comme on l'a pensé jusqu'à ce jour, le développement plus ou moins considérable (dans certaines limites cependant) des pustules vaccinales au 8e ou 9e jour, qui peut et doit d'une manière essentielle démontrer la dégénérescence de la vaccine. C'est, à mon avis, selon des observations plus longues et plus complètes, la marche continue et régulière, et surtout la durée de l'éruption qui, par sa diminution progressive, indique les degrés de cette dégénération.

Plus tard, l'appauvrissement des développements pustuleux s'accroît aussi progressivement, comme on l'a vu pour le vaccin de Jenner en 1836 ; mais, je le répète, c'est surtout, comme pour la varioloïde comparée à la variole, par l'abréviation de la durée régulière de l'éruption que se dénote l'atténuation ou la décroissance de la force du virus recueilli sur l'éruption naturelle et spontanée de la vache, porté et entretenu artificiellement sur l'homme.

Le tableau n° 1, dessiné d'après nature, montre le caractère vaccinal des pustules produites sur un enfant par l'inoculation du cowpox que j'ai recueilli sur une vache.

Le tableau n° 2, dessiné d'après nature aussi, représente les effets comparatifs de développement, de marche et de durée du nouveau vaccin de 1844 et de celui de 1836 sur le même enfant au bras droit et au bras gauche ; il montre que jusqu'au 8e jour (comme cela a lieu pour la varioloïde et la variole) la différence est nulle, mais à dater du 9e jour la dessiccation des pustules de l'ancien vaccin commence ; elle est complète du 13e au 14e jour. Le nouveau au contraire poursuit sa marche et son développement plus lentement et la dessiccation n'est complète que du 16e au 17e jour, c'est donc entre les deux vaccins une différence de 3 à 4 jours.

Le vaccin de Jenner, après un séjour de 39 ans sur l'homme, comparé en 1836 à celui de 1836, était tombé au point que la dessiccation avait lieu le 12e jour, tandis que celui de 1836 comme celui de 1844 n'arrivait à la dessiccation complète que le 17e jour ; il y avait donc une différence de 5 jours.

Celui de 1836, aujourd'hui, après 8 ans de séjour sur l'homme, comparé à celui de 1844, dont la dessiccation n'est complète que le 17e jour, arrive à cette dessiccation du 13e au 14e jour, c'est-à-dire 3 ou 4 jours qu'il a perdus sous le rapport de la durée éruptive.

Or, d'après ce qui précède, il est évident que le vaccin de 1836, en 8 ans, a subi aujourd'hui une altération.

Donc, il faut le remplacer par le nouveau, puis se mettre en mesure d'opérer ce renouvellement tous les 5 ou 6 ans.

— *M. Ducros* (de Marseille) adresse un mémoire, intitulé : *Emploi de l'action vitale, de la douleur et des sensations en thérapeutique.* Ce travail se termine par les conclusions, dont nous rapportons les principales :

La douleur occasionnée par les cautères, par les vésicatoires, est le plus souvent utile dans les maladies névralgiques et rhumatismales ; mais l'usage intempestif de ces moyens thérapeutiques dolorifères augmente souvent l'irritabilité générale, et contribue à exaspérer l'affection névralgique.

La flagellation au moyen de l'urtication, les sinapismes, une infinité d'autres agents dolorifères employés dans les névralgies anémiques, énervent encore plus les individus déjà affaiblis, et exaspèrent la douleur.

L'hydrothérapie, les bains de mer froids amènent quelquefois une régularisation dans les forces centrifuges et centripètes de l'organisme, et offrent alors de l'utilité thérapeutique ; mais ils déterminent souvent chez les individus trop impressionnables des métastases fâcheuses sur la plèvre, sur le péricarde et sur l'arachnoïde.

Ces derniers agents impressifs agissent encore en produisant des sensations sur le système nerveux, et en modifiant les conditions physiques du système circulatoire et du système nerveux ; mais l'inconvénient est à côté de l'avantage.

L'emploi de la douleur par compression et par pincement sur deux points opposés le long du trajet des nerfs qui se terminent en plexus ou en disposition plexiforme, est l'une des médications la plus sûre et la plus innocente qui peut remplacer toutes les médications endolorissantes indiquées plus haut.

Dans la majorité des névralgies, des douleurs rhumatismales non inflammatoires, on pourra se servir des pincements et des compressions.

La compression des nerfs faciaux à la région parotidienne enlève les douleurs de migraine et les douleurs névralgiques.

L'hépatalgie peut être enlevée en comprimant sur l'hypochondre droit endolori, et en pinçant la face antérieure de la cuisse pendant dix minutes, de manière à déterminer deux courants nerveux en sens inverse.

La compression endolorissante sur la trompe d'Eustache au moyen de l'index porté par l'arrière-bouche, amène aussi une douleur dans l'oreille et détermine à l'instant chez le sourd, dans la surdité torpide, une amélioration. Nouvelle médication servant de diagnostic et de guérison.

La compression des nerfs faciaux à la région parotidienne peut prévenir l'attaque épileptique dans le vertige épileptique prodromique, dans l'*aura epileptica ;* la même compression abrége la longueur des attaques éclampsiques des femmes en couche, fait sortir de la syncope,

réveille de leur torpeur les asphyxiés par le charbon et par la submersion.

La médecine par ébranlement nerveux reconnaît pour base anatomique la formation isolée embryonnaire des nerfs et des centres nerveux, leur union plus tard pour établir l'harmonie des organismes; mais si les nerfs sont réunis aux centres, ils n'en conservent pas moins leurs puissances physiologiques et thérapeutiques : ils représentent le pôle négatif de la vie; les centres en sont le pôle positif. La santé résulte de l'harmonie de ces deux pôles.

— *M. le docteur Ch. Sédillot*, professeur à Strasbourg, adresse une observation de rhinoplastie partielle. — Cette observation fournit à l'auteur l'occasion de quelques réflexions pratiques. On ne saurait, dit-il, attendre aucun résultat avantageux des opérations de rhinoplastie, dans les cas où les os du nez, les cartilages de la cloison et les téguments ont été détruits en totalité. La persistance des os du nez et celle de la cloison donnant un point d'appui suffisant au lambeau tégumentaire, permettent de le tailler sur le front et d'obtenir de remarquables succès. Les conditions opératoires les plus heureuses sont celles où les parties latérales de l'organe ont été partiellement détruites, telles que l'aile du nez, dans une plus ou moins grande étendue.

— *M. Mayor*, de Lausanne, envoie un supplément au mémoire précédemment envoyé sur un appareil de sauvetage. Des expériences faites dans le lac Léman ont parfaitement réussi.

— *M. Gauthier de Claubry* écrit pour annoncer que M. Mori, pharmacien distingué de Livourne, est parvenu, par un procédé dû au docteur Menici, à extraire l'asparagine de la *viscia sativa* étiolée. Le produit obtenu est d'une parfaite pureté et parfaitement cristallisé. En cultivant à l'ombre cette plante qui se développe avec beaucoup de facilité, il sera possible d'obtenir de grandes quantités d'asparagine. M. Menici fait remarquer que dans l'étiolage, l'amidon et quelques autres principes, tels que le sucre, par exemple, se transformaient en asparagine.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la nature, des complications et du traitement des plaies d'armes à feu; par le docteur Serrier. Ouvrage couronné (médaille d'or) par le ministre de la guerre. — 1844. — Just Rouvier.

C'est, sans contredit, de la noble carrière de la médecine et de la chirurgie militaires que sont sortis la plupart des hommes qui ont fait la gloire de notre profession, et sans remonter à Ambroise Paré, nous voyons peu de renommées, non pas seulement en France, mais en Europe, dépasser celles des Sabatier, des Percy, des Larrey, des Broussais, des Desgenettes. Les rudes et sévères épreuves du concours par lesquelles il faut passer aujourd'hui pour avancer en grade dans cette carrière, ont encore contribué à augmenter la confiance que l'on doit avoir dans l'instruction et l'habileté des officiers de santé de l'armée. Le livre à propos duquel nous faisons cette réflexion, prouvera, nous l'espérons, à nos lecteurs que le corps de nos confrères militaires est digne, par le savoir de ceux qui le composent, de la réputation que lui ont conquise les travaux de ces hommes illustres.

Le mémoire dont nous faisons l'analyse a obtenu le prix proposé par le ministre de la guerre à l'auteur du meilleur traité sur la nature, les complications et le traitement des plaies d'armes à feu, sujet déjà bien des fois traité, et sur lequel il reste encore tant à faire. Se conformant à l'ordre tracé dans la question mise au concours, le docteur Serrier a divisé son livre en deux parties. La première, consacrée à l'étude des plaies d'armes à feu considérées en général, contient trois chapitres. Dans le premier, l'auteur indique les caractères généraux de ces lésions dans les différents tissus de l'économie, muscles, nerfs, vaisseaux. Dans le second, il traite des complications les plus fréquentes et les plus graves, la douleur, la stupeur, la commotion, l'étranglement, l'hémorrhagie, etc. Le traitement et l'appréciation des divers moyens thérapeutiques les plus employés sont l'objet du troisième chapitre.

Une seconde partie comprend l'étude des plaies de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, des membres, et l'examen des cas qui réclament l'amputation.

Passons rapidement en revue chacun des paragraphes consacrés à ces divers sujets. En tête du mémoire, nous trouvons quelques notions succinctes sur la description et le mode d'action des diverses armes à feu et des projectiles employés de nos jours; puis l'examen des plaies qu'ils déterminent, soit qu'elles n'affectent qu'un seul genre de tissus, soit que le projectile ait intéressé les articulations, les nerfs, les vaisseaux ou les viscères contenus dans les cavités crânienne, thoracique, ou abdominale. Ces connaissances préliminaires sont terminées par un paragraphe qui résume de la manière la plus fidèle et la plus complète l'ensemble des caractères propres aux plaies par armes à feu.

Parmi les accidents qui compliquent fréquemment ces plaies, on lira avec intérêt les pages où l'auteur s'occupe de la douleur, de la stupeur, de l'étranglement, et surtout de la présence de corps étrangers soit inorganiques, soit organiques, soit provenant du blessé lui-même, soit étrangers à l'individu. Le tétanos, la pourriture d'hôpital, l'hémorrhagie, n'ont pas été de la part de M. Serrier l'objet de considérations moins intéressantes.

L'examen des principales méthodes de traitement applicables en général aux plaies par armes à feu, précédées considérations éminemment pratiques et d'une incontestable utilité sur les blessures des diverses régions du corps, les opérations qui leur conviennent et les modes de pansement préférables dans telle ou telle circonstance. Nous attirerons particulièrement l'attention des praticiens sur le chapitre consacré à l'examen raisonné des cas qui réclament l'amputation des membres, et aux pansements extemporanés qu'exigent les différentes plaies d'armes à feu.

L'ouvrage de M. Serrier est d'un praticien qui a vu par lui-même, en même temps qu'il a mis à contribution les travaux de ses devanciers, et qu'il en a tiré ce que la science possédait de positif et d'avéré sur le sujet dont il s'est occupé. Il n'a rien admis sans preuves, n'a rien hasardé de douteux, se tenant toujours dans les limites posées par l'expérience journalière des faits acquis; pour tout dire, en un mot, ce livre, entrepris peut-être dans la seule vue d'un concours, deviendra précieux aux jeunes chirurgiens de nos hôpitaux militaires et de nos armées, et remettra sous les yeux des chirurgiens civils l'ensemble des notions nécessaires au traitement des plaies d'armes à feu, notions qui leur échappent quelquefois par le fait même de l'absence de cas spéciaux, triste fruit de nos guerres modernes et de la perfection de nos armes à feu.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de la cochenille comme moyen spécifique contre la coqueluche; par M. le Dr Bennewitz, de Berlin.

M. Bennewitz vient confirmer l'effet salutaire de ce nouveau moyen thérapeutique dans le traitement de la coqueluche. Sous son influence médicatrice, il a vu la violence de cette affection s'amender, les paroxismes s'éloigner et diminuer de durée, à ce point que douze à quatorze jours ont suffi pour amener une amélioration notable dans l'état des malades, et même pour procurer une guérison complète et solide.

Ce médecin commence ordinairement par donner, si les circonstances le permettent, un vomitif pendant la période catarrhale de la maladie, et il croit devoir recommander spécialement cette pratique, parce que le médicament émétique s'est toujours montré bientaisant et a produit une heureuse dérivation en augmentant l'expectoration et en agissant sur le nerf grand-sympathique. C'est après le vomissement seulement qu'il passe à l'emploi de la cochenille.

Comme le mélange prescrit par M. Wachtl (que nous avons déjà fait connaître précédemment) se décompose facilement, M. Bennewitz conseille de ne faire préparer qu'une moindre quantité du médicament à la fois, pour qu'il puisse être pris en entier dans l'espace de quarante-huit heures environ.

Voici la formule à laquelle il donne la préférence :

Pr. Cochenille,	20 centigrammes.
Sel de tartre,	40 centigrammes.
Eau bouillante,	45 grammes.
Sirop de sucre,	30 grammes.

M. et F. S. A. une potion.

Ce médicament, ainsi que M. Wachtl l'a déjà fait observer très judicieusement, doit être préparé avec de l'eau bouillante, parce que la cochenille n'est que divisée mécaniquement dans l'eau froide, ce qui est indiqué par la couleur brune-noire de la potion. Au contraire, avec l'eau bouillante, il s'opère une véritable dissolution chimique, et le liquide prend une teinte rouge rosée, qui devient plus intense encore par l'addition du sel de tartre.

Du reste, la solution récemment préparée n'ayant ni odeur, ni saveur, est prise sans aucune difficulté par les enfants.

M. Bennewitz, qui a également administré, d'après la proposition de M. Wachtl, la cochenille contre la toux de la rougeole, déclare qu'il n'en a retiré aucun avantage dans les cas de ce dernier genre.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

Traitement topique du rhumatisme de la face, par le docteur Lion, de Breslau.

Dans le rhumatisme de la face qui s'accompagne d'une céphalalgie violente, d'insomnie et d'une excitation presque fébrile, M. Lion emploie avec un grand succès le moyen suivant.

Il fait préparer un mélange d'une consistance moyenne avec l'amidon et l'alcool, puis il en étend une couche assez épaisse sur de la toile, et il applique ce topique sur la surface douloureuse.

Ce mélange, qui détermine de la cuisson, rafraîchit ensuite, et, au bout de quelques minutes, suivant que la chaleur de la partie malade était plus ou moins forte, la compresse devient sèche et dure.

On réitère ces applications aussi souvent que la dessication du mélange en indique la nécessité. La douleur se dissipe en s'éteignant peu à peu, ou bien encore la partie se tuméfie, et la maladie cède.

(*Idem.*)

Pilules spécifiques du docteur Conradi, contre la dysurie des vieillards.

Pr. Ass-fœtida,	15 grammes.
Poudre d'ipécacuanha,	10 centigrammes.
Poudre d'opium,	10 id.
Huile volatile de menthe poivrée,	10 id.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de 10 centigrammes, roulées dans la poudre de lycopode.

On fait prendre, trois fois par jour, dix de ces pilules.

M. le docteur Schneider emploie ce moyen avec le plus grand succès dans les cas d'ischurie chez les vieillards.

M. le docteur Wittcke cite, entre autres cas de succès, celui d'un vieillard âgé de quatre-vingt-deux ans, atteint d'une forte ischurie à la suite d'un refroidissement. Ce malade, chez lequel on avait, pendant plusieurs jours, employé sans aucun avantage le cathétérisme, les bains chauds et tout le cortége de moyens usités en pareille circonstance, éprouva une amélioration notable au bout des vingt-quatre premières heures de l'administration de ces pilules, et la guérison complète ne se fit pas longtemps attendre.

(*Medicinische Zeitung.*)

NOUVELLES.

Le *Guy's hospital*, à Londres, doit son existence à la munificence d'un libraire appelé Guy, dont la fortune était si énorme qu'elle suffit seule à l'entretien de cet hôpital, qui reçoit annuellement au-delà de 3000 malades et où environ 20,000 personnes se présentent chaque année aux consultations gratuites.

— D'après des relevés statistiques, le nombre de personnes qui meurent annuellement à Londres de la maladie de Bright, s'élève à 500.

— On écrit de Londres : « Le prix élevé du mercure de provenance européenne fait rechercher ici le mercure chinois. La manière dont les Chinois expédient ce métal est assez originale; ils en remplissent des tubes de bambou, d'environ un pied de longueur eet de trois pouces de diamètre; les deux bouts du tube sont fermés au moyen de la gomme.

— Nous trouvons dans la *Gazette médicale* de Londres l'aperçu suivant, sur le nombre des aliénés dans quelques états et dans quelques villes d'Europe :

Pays.	Population.	Aliénés.	1 sur
Espagne,	4,058,000	569	7,180
Italie,	16,789,000	3,441	4,876
Belgique,	3,816,000	3,763	1,014
Hollande,	2,302,000	2,300	1,001
France,	32,000,000	32,000	1,000
Etats-Unis,	17,068,666	17,434	978
Malte et Gozzo,	120,000	130	932
Westphalie,	1,283,142	1,535	846
Angleterre,	13,089,358	16,222	807
Irlande,	7,784,536	10,059	774
Ecosse,	2,365,807	3,652	648
Norwège,	1,051,300	1,909	551
Brunswick,	262,948	488	539

— On écrit de Graefenberg : La manie hydrosudopathique commence à diminuer ici. Il y a trois ans, nous comptions 1,500 patients; cette année-ci, il n'y en a eu tout au plus que 600. Il se trouve encore ici un médecin envoyé par le roi de Danemark, et un autre envoyé par la reine d'Espagne, de même qu'un médecin américain et un médecin persan. On évalue le capital que Priesnitz s'est amassé à 600,000 thalers, c'est-à-dire environ 2,250,000 fr. !

— On nous prie de dire que les candidats pour le concours du Bureau central, admis à continuer leurs épreuves, ont été classés par le jury par ordre alphabétique.

La SIXIÈME LIVRAISON de la Bibliothèque du Médecin-Praticien, complétant le tome deuxième, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle contient la fin des Maladies des reins, et une partie des Maladies de la vessie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 19 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 123. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 18 OCTOBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Les faits dont nous allons parler sont de la plus haute importance, et cependant ils sont peu connus. Ce n'est pas que les annales de la science n'en renferment des exemples. Il y a plus : dans un mémoire récent, un chirurgien en a rassemblé plusieurs, et alors même qu'ils n'auraient pas un intérêt pratique et un intérêt scientifique réels, ils devraient appeler l'attention par leur étrangeté ; car ce sont, selon le terme consacré, des cas *très curieux* (1).

Ainsi, une jeune fille de vingt-deux ans, ayant reçu plusieurs années auparavant un coup de chaise au dessus de l'apophyse mastoïde droite, éprouve subitement, à la suite d'un violent accès de colère, une paralysie du sentiment et du mouvement du côté gauche du corps; elle perd la parole, ne peut plus avaler, et respire très difficilement. On lui fait des saignées; on lui administre l'émétique; on lui applique des ventouses et des vésicatoires sur le dos. A la suite de ces moyens, la malade parle, mais en bégayant; elle peut déglutir, et respire plus facilement. Un mois après, elle est paralysée de tout le corps, à l'exception du bras droit, du cou, et de la moitié droite de la tête; elle bégaye, et elle a des vertiges; elle éprouve de violentes douleurs au côté droit de la tête, surtout à l'œil et au pourtour de l'orbite. Puis, la paralysie cesse presque entièrement. Mais bientôt la malade est de nouveau paralysée, recommence à bégayer et à ne pouvoir plus avaler; elle a un délire furieux et des mouvements convulsifs; son corps se plie en deux tout à coup. Cet état dure trois jours. C'est alors que le chirurgien apprend l'accident arrivé pendant l'enfance de la malade, c'est-à-dire le coup reçu sur le côté de la tête. Il examine aussitôt cette partie, la presse, et au même instant la femme perd connaissance, tombe en convulsion et écume. On rase le dessus de l'oreille, ce qui est très douloureux, et on y fait une incision verticale jusqu'à l'os, dans l'étendue de quatre travers de doigt. Un peu de charpie est interposée aux lèvres de la plaie. Une demi-heure s'est à peine écoulée que la malade se lève, parle, et avale avec facilité. Une nouvelle incision devient nécessaire, les bords de la première étant encore douloureux. Les plaies se cicatrisent en peu de temps, et la guérison radicale de tous les accidents se maintient indéfiniment.

Cette observation est rapportée beaucoup plus longuement dans les *OEuvres posthumes* de Pouteau, et est suivie de deux autres observations analogues. Mais ce n'est pas tout de connaître des faits curieux; il faut, autant que possible, les expliquer. Quelle était donc la lésion essentielle dans le cas que nous venons de rappeler ? Nous répondrons à cette question après avoir cité un autre fait que nous trouvons dans le mémoire dont nous avons parlé.

Un garde municipal reçoit, en jouant, une forte contusion un peu au-dessus de la bosse frontale droite. Pendant longtemps il ne se ressent pas de cet accident; mais insensiblement, une douleur, tantôt sourde, tantôt aiguë, se fait sentir dans le point contus et s'irradie vers les yeux et les oreilles. Le malade a de fréquents étourdissements, des bourdonnements ou des sifflements d'oreille, l'ouïe dure, certains troubles de la vision, de l'incertitude dans la marche, une insomnie presque continuelle. L'appétit est diminué, les forces sont languissantes; le sujet est de plus en plus affaissé. M. Bégin (l'observation a été recueillie au Val-de-Grâce) se décide à pratiquer une incision sur le point de départ des douleurs. Dès le lendemain l'amélioration est sensible, et les douleurs se dissipent sans retour avant même l'entière cicatrisation de la plaie.

Dans ce cas comme dans le précédent, il est facile de rattacher tous les accidents à la contusion de quelques filets nerveux de la cinquième paire; de là les douleurs s'irradiant suivant la distribution de ces filets, ainsi que les troubles de la vision et de l'audition. La propagation de la névropathie à un siége plus profond, de manière à déterminer une paraplégie passagère, n'a rien qui doive surprendre.

(1) *De la prosopalgie traumatique*, etc.; par M. Marchal (de Calvi), chez J.-B. Baillère.

D'autres fois, les filets nerveux ne sont pas contus; ils sont impliqués dans une cicatrice dure, et les accidents sont les mêmes que dans le premier cas.

Ce qui arrive pour la tête a lieu aussi pour d'autres parties du corps, comme le prouve, avec beaucoup d'autres faits, le suivant, dont M. le baron Michel, membre du Conseil de santé des armées, nous a rendu témoin.

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, habitant la commune de Montreuil, charcutier, se fit une blessure par instrument tranchant au côté radial de la première phalange du doigt indicateur gauche. La plaie se cicatrisa promptement. Au bout de deux mois, sans cause appréciable, il commença à éprouver des accès qui avaient lieu de la manière suivante: le doigt devenait douloureux dans l'endroit de la blessure et s'engourdissait ainsi que la main, qui était agitée de mouvements convulsifs; la douleur s'élevait rapidement le long de l'avant-bras et du bras jusqu'à la région thoracique et à la tête; la face devenait rouge, vultueuse; le sujet perdait connaissance et tombait, les membres roides, les mâchoires resserrées et l'écume à la bouche. Cet état durait de huit à dix minutes. On lui fit des saignées, mais il n'en éprouva aucune amélioration; au contraire, les accès se rapprochèrent, au point de se répéter de temps à autre jusqu'à deux et trois fois dans la même journée; ce qui, soit dit en passant, vient à l'appui de la remarque que nous avons présentée dans notre dernier article sur la prédominance du système nerveux quand on affaiblit le système circulatoire. Il consulta alors M. le baron Michel, qui diagnostiqua une épilepsie traumatique, et conseilla d'appliquer une ligature à la racine de l'indicateur et une autre au-dessus du poignet, aussitôt qu'il sentirait la douleur naître dans le doigt. Ce moyen n'empêcha pas le mal de revenir; mais il ralentit l'invasion de l'accès, si bien que le malade pouvait s'asseoir ou se coucher lorsqu'il en éprouvait les premières atteintes, tandis qu'auparavant il tombait roide. Dans la pensée qu'une opération pouvait être indiquée, M. le baron Michel conduisit le malade chez M. le professeur J. Cloquet, qui proposa de revêtir le doigt d'un emplâtre d'extrait d'opium, ce qui fut fait pendant deux mois sans résultat avantageux. Ce fut alors que M. le baron Michel eut l'idée d'employer à l'intérieur l'indigo uni à l'extrait gommeux d'opium, à la valériane et au quinquina, dans les proportions suivantes:

Extrait gommeux d'opium,		1 décigr.
Indigo pulvérisé,		8 décigr.
Extrait de valériane,	de chaque,	12 décigr.
Extrait de quinquina,		
F. 24 pilules.		

Le malade prit quatre de ces pilules par jour, et il but, matin et soir, une infusion d'*arnica montana*.

Le traitement fut commencé le 2 octobre 1843; les accès s'éloignèrent et parurent moins forts. Le 24 décembre de la même année, il y en eut un qui dura à peu près trois minutes, sans perte de connaissance: ce fut le dernier. Il y a donc bientôt un an que la maladie n'a pas reparu, et on peut regarder la guérison comme radicale. Toutefois, par mesure de précaution, le malade prend encore de temps à autre quelques pilules.

Ce cas remarquable fait l'éloge des connaissances thérapeutiques du médecin recommandable qui a dirigé le traitement. Il est absolument analogue aux deux autres que nous avons cités, et on peut se demander, en raison de l'évidence du point de départ des accidents, si une incision faite sur la cicatrice jusqu'au voisinage de l'os, n'aurait pas amené immédiatement la cessation des accès, comme dans le cas de Pouteau et celui de M. Bégin. Il ne faut pas moins conserver la formule rapportée plus haut, pour le cas où l'incision n'aurait pas été suivie de l'effet probable; d'ailleurs il est facile de prévoir que ce médicament doit trouver une application utile dans beaucoup d'autres affections névropathiques.

— M. Baudens, au Val-de-Grâce, fait un usage très fréquent de la glace. Nous avons vu dans son service plusieurs malades qui sont entrés pour des fractures compliquées, ou pour des phlegmons diffus, et qui ont éprouvé de ce moyen, joint aux saignées, les effets les plus avantageux. L'opinion de M. Baudens est que l'on pourrait faire toute la chirurgie des états aigus avec la lancette et la glace. Lorsqu'on emploie les réfrigérants, on est invinciblement préoccupé de la crainte de porter atteinte aux organes pulmonaires, et même chez les individus d'une constitution suspecte, il est prescrit de s'en abstenir. M. Baudens n'a jamais vu survenir une complication du côté de la poitrine chez aucun des nombreux malades qu'il a soumis à la réfrigération, et il fait à ce sujet un raisonnement qui nous paraît au moins spécieux. Si on appliquait la glace sur un membre qui ne fût pas enflammé, dit-il, le refroidissement de ce membre pourrait facilement être suivi de la concentration des liquides sur les organes intérieurs, en particulier sur les poumons, parce que rien n'appelle et ne retient ces liquides à l'extérieur. Mais quand on refroidit un membre enflammé, on ne fait qu'enlever l'excédant du calorique que l'inflammation y produit, et on oppose une force à une autre. A mesure qu'on enlève du calorique, il s'en forme sous l'influence du *raptus* inflammatoire. La lutte se passe dans la localité, et l'économie y reste étrangère.

Un malade de M. Baudens avait été saigné; la petite plaie de la veine s'enflamma, la phlogose s'étendit, et en peu de temps la plus grande partie du membre fut envahie par le phlegmon diffus. La douleur était violente, continue, et la réaction très vive, le danger imminent. Le membre fut couvert de glace, et dès ce moment il y eut du soulagement. Dans les premiers temps, nous disait le sujet, un kilogramme de glace était fondu dans l'espace de cinq minutes. La glace est restée appliquée sur le membre pendant six semaines, et c'est là ce qui prouve avec quelle abondance et quelle opiniâtreté l'inflammation produit le calorique. Un membre à l'état normal aurait été gelé et mortifié dix fois pendant l'espace de temps qu'il a fallu pour éteindre le phlegmon dans ce bras. Le malade peut être regardé aujourd'hui comme guéri, et ce succès est d'autant plus heureux que le phlegmon diffus lié à la phlébite est horriblement grave. A la vérité, des incisions avaient été faites sur le membre pour lever l'étranglement; mais l'action salutaire de la glace n'en est pas moins flagrante. On n'avait pas manqué de pratiquer ces incisions dans une circonstance récente, sur une de nos célébrités scientifiques, qui a succombé à l'infection purulente. Nous ne voulons pas dire assurément que la glace réussira toujours, mais nous y voyons un moyen rationnel qui mérite d'être recommandé.

Un fait digne de remarque, c'est que souvent là où la glace produit de bons résultats, le feu est susceptible aussi d'une application très avantageuse. C'est ainsi que, à l'imitation de Larrey, M. Sédillot a apaisé l'inflammation dans une cuisse livrée tout entière au phlegmon diffus, à l'aide de la cautérisation transcurrente.

C'est ici l'occasion de dire un mot de la méthode de traitement de M. Baudens pour l'entorse. Sans doute de tout temps on a employé les réfrigérants contre la distorsion des articulations; mais M. Baudens les emploie d'une manière particulière. Le pied est laissé dans l'eau glacée pendant trois, quatre jours, plus ou moins, suivant la ténacité de l'inflammation. Le malade, après quelque temps de sédation, retire son pied de l'eau glacée, et si la partie en s'échauffant redevient douloureuse, il la replonge dans le liquide. Si, au contraire, la douleur ne se reproduit pas, on applique un bandage compressif rendu inamovible par une forte dissolution de gomme dont on l'enduit après l'application. M. Baudens préfère cette dissolution solidifiante à toutes les autres.

Un danger signalé par ce chirurgien, est attaché à l'emploi de l'eau glacée dans l'entorse. Au bout de quelque temps il peut arriver que le pied devienne douloureux dans le liquide même; si on l'examine, on le trouve vergeté d'une couleur rosée; le tissu cellulaire est comme induré; en un mot, la partie tend à la gelure. Il faut cesser la réfrigération et faire des lotions avec l'eau de pavot tiède. La douleur se dissipe, et on applique le bandage compressif. Ce danger n'existe pas lorsque la glace est employée dans un cas d'inflammation déclarée et très intense.

— Nous avons vu dans le service de M. Baudens plusieurs exemples de ponctions successives de la cornée pour des staphylomes de cette membrane suites d'ulcération. On renouvelle la ponction autant de fois que la tumeur se reproduit, puis on touche légèrement avec le crayon de nitrate d'argent. Quelquefois, comme chez un malade qui se trouve encore dans les salles de M. Baudens, il s'établit une fistule par laquelle se vide incessamment l'humeur aqueuse. Après un temps plus ou moins long le pertuis s'oblitère. Cette méthode, qui est celle de plusieurs oculistes allemands, donne de bons résultats; elle a fort amélioré un malheureux matelot qui a été pris, loin de tout secours, pendant qu'il était à la pêche à la morue, d'une ophthalmie dont les suites ont été déplorables.

Ses yeux faisaient saillie entre les paupières refoulées, qui ne pouvaient plus se toucher; ils étaient continuellement irrités, et semblaient réclamer l'excision. M. Baudens les a ponctionnés un grand nombre de fois; aujourd'hui ils sont revenus à leur volume normal et ne présentent plus trace d'inflammation. Le malade, qui avait complétement perdu la faculté visuelle, distingue les masses et peut se conduire; il a vu notre main passer devant ses yeux. Il est probable que l'état de sa vision s'améliorera encore à la faveur de la résorption interstitielle des leucomes.

— M. Baudens applique aux fractures de la rotule et à celles de l'olécrane l'appareil que les lecteurs de ce journal connaissent. Dans les deux cas, le membre est placé dans l'extension. Ce procédé est fort ingénieux.

Voici l'appareil de M. Pasquier pour les fractures de la rotule. Le membre étant dans l'extension, les fragments coaptés, et, avant tout, les accidents inflammatoires ayant été apaisés, des compresses sont appliquées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, de manière que le bord épais de la compresse touche le fragment correspondant. Les extrémités de ces compresses sont préalablement amincies avec un rasoir, de manière qu'elles ne fassent pas de volume et qu'elles s'étalent en guise de patte d'oie sous le jarret. Les compresses maintenues en place par un aide, le chirurgien les

fixe au moyen d'une bande trempée dans une dissolution d'amidon, laquelle bande est croisée en arrière. On voit alors la peau se plisser en avant sur la rotule. Une couche de coton est appliquée le long de la région poplitée, et une longue gouttière de carton mouillée, divisée par place sur ses bords pour faciliter son application, est adaptée à la face postérieure du membre. Une nouvelle bande amidonnée maintient cette dernière pièce de l'appareil, et le membre est placé sur un plan incliné. Il va sans dire que le pied et la jambe ont été entourés d'un bandage roulé, pour prévenir la stagnation des liquides au-dessous de la compression péri-rotulienne.

Nous avons pu juger à plusieurs reprises des effets de cet appareil, à l'infirmerie des Invalides. Le sujet dont la rotule fut présentée en 1841 à l'Académie de médecine par M. Eloire, et qui était mort quelque temps après la consolidation d'une fracture de la rotule, avait été traité de cette manière. Il n'existait pas le plus léger écartement entre les deux pièces de l'os. La cicatrice résultant de la fracture était absolument linéaire.

Il est des cas de fracture de la rotule pour lesquels la contention n'est pas nécessaire : ce sont d'abord ceux dans lesquels la fracture est longitudinale ; ensuite ceux où les couches fibreuses qui entourent l'os ont résisté ; enfin, il y a des fractures en étoile qui ne s'accompagnent non plus d'aucun déplacement, et qui pour cette raison, de même que les fractures longitudinales, peuvent être très difficiles à diagnostiquer. M. Pasquier nous en montra un exemple dans le temps, et nous en avons observé un autre, il y a quelques mois, à la Charité. Du reste, tous les auteurs les ont mentionnées.

Quant à la fracture de l'olécrâne, nous adoptons les idées de M. Baudens sur la convenance de l'extension, mais nous croyons qu'un appareil spécial pour cette fracture n'est pas indispensable. Règle générale, il ne faut pas que pour une fracture du membre supérieur, l'appareil contraigne le malade à rester couché. M. Baudens, après le douzième ou le quinzième jour, découvre le membre, et, appliquant fortement le pouce au-dessus de l'olécrâne pour l'empêcher de se déplacer, il fait exécuter lentement un mouvement de flexion à l'articulation, après quoi il ramène l'avant-bras à l'extension et réapplique l'appareil. Cette manœuvre, quand il y a lieu de craindre l'ankylose, ne doit pas être omise.

— Parmi les services que M. Velpeau a rendus à la médecine, un des plus notables résulte de ses travaux sur les maladies du système lymphatique, et particulièrement sur la manière dont se développent l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et l'engorgement des ganglions auxquels ils se rendent. On ne saurait trop appeler l'attention des médecins sur cette question. Chaque jour des erreurs graves sont commises, et l'on cherche dans la constitution la cause d'engorgements glandulaires dûs à des lésions locales voisines, quelquefois de très minime importance. Nous avons parlé d'un eczéma du dos des pieds ayant déterminé de chaque côté l'engorgement des ganglions sous-inguinaux. Cette fois, c'est un furoncle de la fesse qui produit une angéioleucite de toute la hanche, et une ganglite inguinale très intense et très douloureuse. Le sujet se trouve encore dans la salle des hommes de M. Velpeau. Des applications de sangsues sur l'engorgement glandulaire, des onctions mercurielles sur toute la surface enflammée, ont éteint la phlogose. La marche de ces affections du système lymphatique est aiguë ou chronique : elle était aiguë dans ce dernier cas, chronique dans celui de l'homme à l'eczéma. L'acuité ou la chronicité de l'affection lymphatique dépendent de l'acuité ou de la chronicité de la lésion locale primitive ; tel paraît être du moins le fait général. Ainsi, une *croûte de la tête* amènera une ganglite chronique ; une piqûre anatomique, un furoncle, donneront lieu à un engorgement aigu.

— M. Velpeau a enlevé dernièrement sur un garçon d'une quinzaine d'années, une tumeur du volume d'une petite bille de billard, siégeant au dessous de l'oreille, bosselée et très dure, sur laquelle la peau amincie glissait très facilement. Le sujet avait eu des *glandes* au cou, lesquelles avaient disparu. Cette circonstance, jointe aux caractères extérieurs de la tumeur, qui d'ailleurs n'était pas douloureuse, firent penser qu'elle était formée par des ganglions indurés. Ce que son examen a confirmé.

— M. Velpeau a encore opéré un varicocèle par l'excision d'une partie des bourses. Cette fois il a saisi le scrotum entre deux sondes cannelées dont deux des extrémités ont été nouées avec un fil, et dont les deux autres bouts ont été confiés à un aide qui les tenait fortement serrés. Deux épingles ont été passées au devant des sondes pour empêcher la peau de s'échapper lorsqu'elle aurait été coupée ; puis la section du scrotum a été pratiquée, les fils ont été passés ensuite. Nous persistons à penser qu'il serait plus simple de saisir les bourses avec une grande pince, et de passer soit les aiguilles, soit les fils, avant de couper le scrotum, suivant l'idée de M. Lustreman. En passant d'abord les aiguilles enfilées sans tirer les fils, on éviterait l'inconvénient de couper ceux-ci, en même temps que les bourses.

Dans notre article du 28 septembre 1844, nous avons dit qu'un homme n'était point *vacciné* pour avoir eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il pouvait très bien contracter un nouvel accident primitif. C'est ce que prouvent mille faits chaque jour observés. La démonstration à cet égard est même surabondante, et notre remarque aurait pu paraître superflue. Mais quelques personnes paraissent avoir mal interprété notre pensée, et auraient supposé que nous avons voulu combattre une opinion de M. Ricord, d'après laquelle ce chirurgien distingué admet qu'un individu qui a éprouvé une première fois les accidents de la syphilis constitutionnelle paraît à l'abri, non d'une nouvelle contagion ou de nouveaux accidents primitifs, mais d'une seconde infection générale. Cette opinion est basée sur les relevés de treize années d'observations faites par M. Ricord, non-seulement à l'hôpital, mais aussi dans sa clientèle. D'où il résulte que s'il peut exister quelques exceptions à cette règle générale, elles doivent etre extrêmement rares, puisque, jusqu'à ce jour, M. Ricord dit n'en avoir pas encore rencontré un seul exemple.

On est maintenant parfaitement à même de faire la différence entre ce que nous avons dit et ce que quelques personnes ont compris. Nous entrerions dans de plus grands détails sur l'opinion de M. Ricord, relativement au point de doctrine qui vient de nous occuper, si ce chirurgien ne devait prochainement lui-même publier, à cet égard, un travail auquel le public médical ne peut manquer de s'intéresser vivement.

— Nous avons parlé d'un cas d'intoxication saturnine. L'issue a été malheureusement telle que nous l'avions prévue. Le nommé Sultzer, âgé de vingt-trois ans, né à Strasbourg et d'une constitution lymphatique, travaillait depuis huit jours à la manufacture de blanc de céruse de Courbevoye, lorsqu'il commença à éprouver de la difficulté à mâcher. Il eut des maux de tête, des vomissements fréquents, l'haleine fétide. A son entrée à l'hôpital, on constata des ulcérations grisâtres dans la bouche ; les gencives étaient gonflées, les dents noirâtres. Le malade s'exprimait lentement, avec une sorte d'indifférence ; le pouls était très lent. L'affaissement fit des progrès. Le sujet cessa de parler ; il rendit les urines et les selles involontairement ; les pupilles étaient paralysées ; parfois l'une d'elles se contractait, tandis que l'autre restait immobile. Il y avait contracture des avant-bras. On prescrivit quelques lavements purgatifs et une application de sangsues aux tempes. A l'autopsie, on a trouvé le cerveau turgescent, les circonvolutions très aplaties. Quand on incisait la dure-mère, le cerveau faisait immédiatement hernie à travers l'ouverture. La masse encéphalique pesait 1,505 grammes. D'après l'estimation de M. Longet, la moyenne du poids de cette masse est de 1,318. Le cerveau et le cervelet ensemble pesaient donc chez cet individu près de 200 grammes plus que dans l'état normal. Il est évident d'après cela que la mort a eu lieu par suite de la compression du cerveau turgescent par la boîte crânienne, et cette turgescence était le résultat elle-même de la stase du sang dans le cerveau ; de sorte que l'on doit entendre ainsi la pathogénie de ces cas : 1° hypostbénie du système nerveux central, et par suite stase du sang veineux dans la masse encéphalique ; 2° turgescence du cerveau et compression de cet organe par les parois inflexibles de la cavité qui le renferme. Le point de départ est l'action hyposthénisante exercée sur l'appareil cérébro-spinal ; mais il faut d'abord avoir égard à l'effet, c'est-à-dire à la turgescence du cerveau. On fera donc des saignées pour lever la cause de compression, et on prescrira ensuite ou peut être concurremment, des excitants directs du système nerveux central pour combattre l'hyposthénie. X.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Squirrhe du pylore. Mort. Autopsie. Considérations générales.

Au n° 8 de la salle Sainte-Anne, a été couchée la nommée Marie Duy, âgée de trente-trois ans, blanchisseuse, née à Nobent-le-Rotrou, à Paris depuis quatorze ans.

D'une assez bonne constitution autrefois, d'une bonne santé habituelle ; sa mère est morte, à trente-quatre ans, de phthisie pulmonaire ; son père a succombé à une maladie aiguë. Réglée à l'âge de dix-sept ans pour la première fois : depuis lors, toujours bien réglée tous les vingt-huit jours ; la durée de l'écoulement menstruel, qui était autrefois de quatre jours, n'est plus maintenant que de deux jours au plus. Il y a deux ans elle fut malade pendant six semaines ; cette maladie a été caractérisée par des vomissements. Jusqu'au moment de son entrée la malade avait l'habitude de prendre chaque matin un petit-verre d'eau-de-vie. Depuis six mois environ, elle s'est aperçue de changements notables et graves dans sa santé ; elle a beaucoup maigri, est devenue sujette à des vomissements fréquents, se répétant quelquefois plusieurs fois par jour ; douleurs dans la région épigastrique après les repas ; la déglutition a toujours été facile, mais quelques heures après le repas, il lui arrive souvent de rendre, par les vomissements, une partie de ce qu'elle a mangé. Elle dit même avoir retrouvé, dans les matières ainsi rendues, des morceaux entiers et non digérés de substances alimentaires prises par elle deux ou trois jours auparavant. Presque tous les matins, vomissements de matières glaireuses précédés d'éructations acides. D'autres fois les vomissements consistent en un liquide un peu noirâtre. Sentiment de brûlure dans la région l'estomac.

Au moment de son entrée, la langue est naturelle, seulement un peu pâle et humide ; soif assez vive ; maigreur considérable ; les yeux sont excavés, le visage d'une pâleur jaunâtre. La malade se plaint de douleurs sourdes dans le ventre, et principalement à l'épigastre, mais sans élancements. Peau de chaleur modérée, sans sueurs ni sécheresse ; pouls à 80, régulier, faible ; respiration à 16 par minute. Constipation ; la malade ne va à la selle que lorsqu'elle a pris des lavements ; urines naturelles, faciles.

Il n'y a point de céphalalgie ; sommeil pendant la nuit ; étourdissements, éblouissements, palpitations, principalement lorsqu'elle vomit. Elle n'a ni syncopes, ni pertes de connaissance, non plus que de mouvements convulsifs. De temps en temps elle éprouve dans les bras une sensation de picotements et de fourmillements. Voici ce que présente l'examen attentif de la région épigastrique :

Entre l'ombilic et les cartilages des septième et huitième côtes, on constate une tumeur dure, facile à circonscrire par la palpation, du volume d'un œuf de poule, peu mobile, correspondant bien évidemment à la région pylorique. L'examen superficiel de l'abdomen fait reconnaître à la vue une tumeur beaucoup plus volumineuse, présentant à peu près la forme de l'estomac, et à l'extrémité droite de laquelle est située la petite tumeur indiquée plus haut. La grosseur la plus considérable, que l'on ne peut rapporter qu'à l'estomac hypertrophié, sans induration très manifeste de ses parois, est le siége de mouvements péristaltiques réguliers, dont la direction est du grand cul-de-sac au pylore, et facilement appréciables. — Eau de Vichy, deux verres ; gomme sucrée ; lait, 2 tasses.

Le lendemain, même état ; pouls à 88, très petit. Hier soir, six heures après avoir pris du lait, elle a vomi une quantité considérable de matières liquides noirâtres, à la surface desquelles on voit surnager des grumeaux de lait coagulé. Mêmes boissons ; une pilule d'extrait gommeux d'opium de 0,05 ; cataplasmes ; un bouillon.

Pendant les quatre jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, la malade continua à se sentir dans le même état. La tumeur s'était cependant un peu déplacée, occupant la ligne médiane immédiatement au-dessus de l'ombilic. Persistance des vomissements noirâtres de plus en plus abondants. — Julep avec le nitrate de bismuth, 0,60 ; eau de Seltz ; glace en morceaux.

Le neuvième jour après son admission dans le service, les douleurs deviennent plus vives, lancinantes ; gonflement à la région parotidienne avec changement de couleur à la peau. Insomnie complète depuis deux jours. Altération des traits de la face.

Mort à sept heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort.

Appareil digestif. — Au niveau de la région correspondant à l'orifice pylorique, il existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, se prolongeant un peu vers l'origine du duodénum, parfaitement libre, sans aucune adhérence du côté du foie, lisse, sans bosselures à sa surface extérieure, entourant toute la circonférence de l'orifice pylorique de l'estomac. La tumeur étant fendue suivant sa longueur, nous trouvons l'orifice pylorique dilaté, ayant environ un centimètre et demi de diamètre, divisé en deux parties par une espèce de pli longitudinal saillant, de demi-cloison, se dirigeant de l'estomac vers le duodénum. On ne distingue plus de traces de la muqueuse ; les parois de ce canal sont ulcérées, érodées.

La tumeur est dure, squirrheuse, homogène dans toute son épaisseur. On ne distingue à la section, et par l'examen le plus attentif, aucune trace des différents tissus de l'estomac. On trouve seulement la tunique péritonéale, que l'on ne peut cependant détacher partout de la surface de la tumeur.

La tunique musculeuse gastrique est notablement hypertrophiée dans toute son étendue, depuis le cardia jusqu'au pylore. La muqueuse un peu épaissie également, injectée ; pas de traces de la valvule pylorique.

On trouve dans le foie, dans le point correspondant à la tumeur pylorique, deux ou trois petits noyaux squirrheux, durs, du volume d'une noisette, sans aucune adhérence avec le squirrhe du pylore. Un seul de ces noyaux fait saillie à la surface de l'organe.

— Le cancer de l'estomac est une maladie beaucoup plus fréquente dans les établissements consacrés aux maladies des vieillards que dans les hôpitaux du centre. Les cas nombreux que nous avons été à même d'en observer à l'hôpital de la Salpêtrière, les nombreuses autopsies que nous avons pratiquées, nous ont fourni l'occasion de faire sur cette affection des remarques importantes, et nous profitons avec empressement de l'occasion qui nous est offerte, pour vous communiquer les quelques réflexions suivantes, relatives au diagnostic et à l'anatomie pathologique du cancer de l'estomac.

Et d'abord, nous pensons que cette dénomination est impropre, bien que nous soyons habitué à l'employer, et que nous ne cherchions point à la changer. On a donné le nom de cancer à des altérations pathologiques très différentes les unes des autres ; ce qui ne devrait pas être, et ce qui amène une confusion nuisible dans la science. Nous ne sommes pas le seul qui nous élevions contre ce nom, et M. Andral, comme nous, l'a énergiquement condamné. Vous pourrez vous convaincre bientôt par vous-mêmes des inconvénients que présente cette dénomination appliquée à toutes les altérations profondes, au squirrhe, à l'encéphaloïde, etc., qui se présentent sous une foule d'aspects différents les uns des autres.

On a pensé que le cancer de l'estomac commençait par l'hypertrophie des tissus membraneux de cet organe lui-même ; par l'augmentation de leur volume. Nous ne pouvons admettre cette proposition. Assurément, dans le plus grand nombre des cas, les membranes de l'estomac sont hypertrophiées ; mais il n'y a pas hypertrophie simplement ; leur organisation est altérée, et le mot hypertrophie ne comporte pas cette idée d'altération organique, laissant au contraire à l'esprit l'image d'une simple augmentation de volume d'un tissu normal. Dans ce que l'on appelle cancer de l'estomac, les tissus ne peuvent être considérés comme sains. Si nous prenons comme exemple la tumeur pylorique dont nous venons de donner la description, on voit qu'il est impossible d'y reconnaître les divers tissus de l'estomac. Ils sont convertis en une masse amorphe qui ne présente aucun des caractères propres à chacune des parties constituantes de l'organe. Cependant les divers tissus sont isolément susceptibles d'hypertrophie.

La membrane muqueuse peut s'hypertrophier ; lorsque, dans des cas analogues à celui-ci, on pratique une section verticale de l'organe, et que l'on compare les résultats de cette section pris du point malade avec ceux d'une section faite dans un point plus éloigné, on peut se convaincre bien facilement qu'il y a épaississement de la membrane muqueuse. Mais ce n'est pas tout. Si l'on incise plus profondément, on découvre souvent une hypertrophie de la membrane fibreuse et de la musculeuse. Ces conditions existaient ici. Lorsque l'épaississement a fait de grands progrès, les tissus peuvent prendre un aspect lardacé, augmenter de consistance, et

produire sous le scalpel ce cri particulier si connu des anatomistes.

Un observateur avait pensé que jamais la muqueuse n'était primitivement altérée, et que c'était toujours le tissu sous-muqueux par lequel l'affection commençait. Il est certainement possible qu'il en soit ainsi quelquefois; mais la règle n'est pas générale. Lorsque la dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde a déterminé une certaine augmentation de volume des parties, il arrive fréquemment que les parties voisines participent à la maladie, contractent des adhérences avec la tumeur primitive, et deviennent cancéreux par contiguïté. On a vu quelquefois la colonne vertébrale elle-même être altérée par le développement du cancer. Ce n'a point été ici le cas d'observer des altérations aussi profondes ni aussi étendues. Comme exemple de dégénérescence cancéreuse nerveuse par voie de contiguïté, nous n'avons, dans le fait dont nous avons donné les détails plus haut, à signaler que deux ou trois petites tumeurs cancéreuses développées dans l'épaisseur du foie, tumeurs opaques, dures, rougeâtres, et qui présentent tout à fait l'aspect du cancer encéphaloïde au degré d'induration. Lorsque le cancer est parvenu à un certain degré de développement, il se ramollit, puis il se forme des ulcérations qui détruisent peu à peu la surface de la masse cancéreuse; cette disposition constitue ce que l'on appelle le cancer ulcéré; elle est assez fréquente.

Le cancer de l'estomac occupe diverses régions de l'organe, et, suivant les différents points où il s'est développé, les symptômes varient. L'orifice cardiaque peut être altéré, mais il l'est beaucoup moins souvent que le pylore; ce dernier orifice semble être, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le lieu d'élection du cancer de l'estomac. Quelle est la raison de cette préférence? Est-ce parce que le tissu de l'organe est dans ce point plus serré, plus dense, que son organisation se rapproche de celle du col de l'utérus qui est souvent, on le sait, attaqué par la dégénérescence cancéreuse? On n'en sait rien; dans l'état actuel de la science, nous devons nous borner à constater le fait. L'ordre de fréquence du développement du cancer de l'estomac est le suivant: le pylore, le cardia, la petite, enfin la grande courbure de l'organe. J'ai vu quelquefois la surface entière de l'estomac envahie par le cancer, cas heureusement rares, nous devons le dire.

On s'est demandé si les parties constituantes de l'estomac peuvent être altérées. Il est évident que les vaisseaux qui se trouvent enveloppés par la tumeur ne peuvent rester sains; souvent dans le cancer de l'estomac surviennent des hémorrhagies, mais elles ne sont pas toujours la preuve de l'ulcération et de la destruction des parois des vaisseaux. Cette hémorrhagie nous paraît pouvoir être quelquefois le résultat d'une simple exhalation à la surface de la muqueuse, que l'on trouve souvent injectée et congestionnée. De même que les vaisseaux, les nerfs qui se rendent à l'estomac sont susceptibles d'altérations. M. Prus, auquel on doit de précieux travaux sur le cancer, a cherché à poursuivre le nerf pneumo-gastrique dans le tissu d'estomacs cancéreux, et il s'est convaincu, dans de nombreuses autopsies, que les cas sont très communs dans lesquels le tissu nerveux est tellement altéré qu'il est impossible de e distinguer de la tumeur cancéreuse elle-même.

Diagnostic. — Il s'en faut beaucoup que le diagnostic de l'affection cancéreuse de l'estomac soit toujours facile. Les principaux symptômes sont ceux de la gastrite chronique: inappétence, digestions difficiles, renvois âcres, vomituritions de matières limpides d'abord; puis vomissements de matières alimentaires, noirâtres et fuligineuses; enfin vomissements de sang; douleur épigastrique, surtout à la pression. Les auteurs anciens ont cru pouvoir affirmer que cette douleur présentait le caractère des douleurs lancinantes; nous ne voyons pas pourquoi le cancer du pylore ne présenterait point le même phénomène que celui des autres parties du corps, et, malgré l'opinion d'un médecin distingué, nous persistons à croire que les élancements sont le signe distinctif de la dégénérescence cancéreuse dans un grand nombre de cas. Les fonctions de l'intestin sont lentes, il y a de la constipation.

Si l'on palpe les malades avec soin, on voit qu'il existe une tumeur circonscrite au creux de l'estomac, offrant les caractères que nous avons indiqués plus haut. Les phénomènes généraux sont peu importants. Il n'y a rien du côté de la circulation; pas d'appareil fébrile, à moins que la maladie ne succède à l'inflammation. Il y a diminution de la nutrition. Quelquefois la maladie ne dure pas assez long temps pour que l'amaigrissement ait lieu. Du côté des fonctions intellectuelles, rien de remarquable. Ainsi, pour nous résumer, trois caractères du cancer de l'estomac nous semblent donner, quand ils existent ensemble, la certitude de la maladie organique: les vomissements, la douleur, la tumeur.

Bien que la plupart du temps la maladie soit facile à reconnaître, cependant le diagnostic n'est pas toujours tellement facile qu'il ne puisse jamais rester de doutes. Nous possédons des observations qui prouvent de la manière la plus évidente que des médecins ont pu se tromper pour le diagnostic du cancer. Cette affection peut exister quoiqu'il n'y ait ni douleur, ni vomissements, ni tumeur. D'autre part, il se peut faire qu'il y ait vomissements, douleur et tumeur sans cancer de l'estomac. Il a fallu voir des cas de ce genre pour pouvoir arriver à ce résultat. Nous avons eu à observer à la Salpêtrière une jeune femme qui portait une tumeur épigastrique, vomissait les aliments qu'elle prenait, était d'une maigreur remarquable, éprouvait des douleurs dans la région de l'épigastre; la tumeur était de la grosseur d'une petite pomme. Dans le temps où M. Landré-Beauvais faisait une clinique médicale, nous crûmes, M. Falret et moi, reconnaître chez cette malade un cancer de l'estomac. Le professeur, qui était cependant un homme très prudent, pensa comme nous. La malade resta longtemps dans nos salles; nous la perdîmes de vue, et l'ayant par hasard retrouvée plusieurs années après, nous fûmes tout surpris de voir que la tumeur avait disparu, et que la malade ne vomissait plus. Elle succomba, depuis, à des tubercules pulmonaires qui avaient été primitivement méconnus. Nous dûmes chercher les traces du cancer de l'estomac. Il n'y avait rien dans cet organe. La muqueuse était saine, lisse, polie, à peine injectée; pas d'hypertrophie, pas de cicatrices. Quant à la tumeur, nous en trouvâmes des traces dans l'épaisseur des parois abdominales, entre les muscles droits et transverses: c'était une sorte de kyste renfermant une substance demi solide, dont les parties ténues avaient été absorbées pour ne laisser que les principes les plus consistants.

Nous croyons que dans plusieurs circonstances, les vomissements peuvent ne pas exister, bien qu'il y ait cancer de l'estomac. Nous avons vu à la Salpêtrière une femme de cinquante ans qui offrait tous les symptômes du cancer de l'estomac. A l'âge de trente ans, elle avait présenté tous les phénomènes d'un cancer de l'estomac très avancé, les vomissements noirs, etc. Pendant vingt ans les vomissements disparurent complètement, et nous en trouvâmes la raison dans une ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs, qui élargissait l'ouverture pylorique. Les boissons, les aliments passaient dans le duodénum sans être complètement digérés, aussi y avait-il amaigrissement et digestions incomplètes; mais par la nature même de la lésion, les vomissements et les digestions étaient devenus impossibles.

Cette disposition n'est pas la seule au moyen de laquelle on puisse expliquer l'impossibilité du vomissement. M. Magendie, par ses savantes recherches expérimentales, a prouvé que c'était à la contraction des muscles de l'abdomen et nullement à l'estomac lui-même qu'était dû le vomissement. Supposons que cette opinion soit acquise à la science. Quelquefois le cancer envahit la totalité du ventricule, et il n'est pas très rare de voir des estomacs dont les parois sont épaissies, rester béants. Dans cet état, comment concevoir le vomissement? En admettant qu'il soit dû à la contraction de l'estomac, il est devenu impossible. Il ne l'est pas moins par la contraction des parois abdominales, puisque les parois épaissies de l'organe ne sont plus compressibles.

D'après cela vous comprenez qu'il puisse exister des cancers de l'estomac sans douleur et sans vomissement; ils peuvent exister aussi sans tumeur appréciable, le pylore étant souvent recouvert par le foie. Si le cancer occupe la petite courbure de l'organe, la tumeur peut être cachée sous la pointe du sternum; s'il occupe l'orifice cardiaque, il est placé sous les fausses côtes gauches. Puis, il est des circonstances où l'épaississement est si peu prononcé, que l'on ne peut reconnaître la tumeur. Il y a des cas où les phénomènes existent sans cancer, et d'autres où le cancer existe sans phénomènes directement et positivement appréciables.

Pronostic. — Le cancer de l'estomac peut-il être susceptible de guérison? Voici ce que nous avons vu, et c'est un des plus beaux cas que nous ayons eu occasion d'observer à la Salpêtrière. Une fille rachitique assez jeune revenait tous les ans à la clinique et présentait tous les caractères d'une maladie organique de l'estomac au plus haut degré. Il y avait une tumeur épigastrique bien circonscrite, des douleurs lancinantes, une couleur jaune-paille de la peau: la maladie était pour nous incontestable. Nous vîmes la malade pendant plusieurs années. Enfin peu à peu la tumeur diminua de volume, les vomissements cessèrent, et tous les symptômes d'une affection organique de l'estomac disparurent.

Cette malade nous revint long-temps après pour une affection organique du cœur, à laquelle elle succomba, et dont nous constatâmes les altérations anatomiques. Dans l'estomac, où nous cherchâmes avec soin les traces de l'affection cancéreuse dont nous avions observé les symptômes, nous trouvâmes, dans la région pylorique, un point où les tissus froncés présentaient un aspect analogue à celui d'un éventail, des irradiations blancbâtres, étoilées. Il y avait eu manifestement ulcération, cicatrisation, dont nous pouvions constater les traces. On a quelques exemples d'accidents semblables, qui ont disparu, entre autres chez Béclard, qui succomba à une méningo-encéphalite. Il avait présenté à une époque antérieure les symptômes bien manifestes d'une maladie organique de l'estomac. A l'autopsie on trouva sur la membrane muqueuse de cet organe une cicatrice étoilée parfaitement distincte.

Nous avons quelquefois observé des cicatrices pareilles chez des sujets sur lesquels nous n'avions pas constaté la maladie pendant la vie. D'autres fois, nous avons vu les phénomènes disparaître pendant la vie du sujet; mais nous avons perdu de vue les malades, et nous n'avons pu savoir quelles avaient été les altérations pathologiques reconnues après la mort. Enfin quelquefois, rarement il est vrai, nous avons pu croire avoir guéri des affections de ce genre à l'aide d'un traitement approprié et régime convenable.

Quoi qu'il en soit, le cancer de l'estomac est toujours une affection très grave, sans que nous devions dire pour cela que la guérison soit tout à fait impossible. Nous ne pouvons poser des bornes à la puissance de la nature.

En terminant, nous devons recommander l'attention la plus scrupuleuse dans l'examen des malades, attention sans laquelle on serait souvent exposé à des erreurs de diagnostic funestes aux malades. Nous vous citerons un dernier exemple de cette nécessité d'une exploration minutieuse: Pinel reçut un jour dans ses salles, à l'infirmerie de la Salpêtrière, une malade qui présentait une tumeur épigastrique volumineuse. Il y avait des nausées fréquentes, suivies de vomissements, et Pinel crut reconnaître une dégénérescence carcinomateuse de l'estomac. A un examen plus attentif, il reconnut bientôt avec nous que la tumeur était mobile; nous pensâmes que la malade étant très âgée, il était possible que les intestins eussent perdu de leur contractilité, et que par suite de cette inertie une accumulation de matières fécales se fût produite dans le colon transverse. L'événement justifia ce pronostic. Un laxatif fut administré, la malade eut d'abondantes évacuations alvines, et le lendemain la tumeur avait complétement disparu.

Dr A. FOUCART.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la Séance du 2 octobre 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

La lecture du procès-verbal de la séance précédente est faite par le vice-secrétaire. La rédaction mise aux voix est adoptée,

— *MM. Malgaigne et Robert* demandent la parole à l'occasion du procès-verbal. Le premier, pour dire qu'il a vu récemment la mère du petit malade auquel il a fait une opération pour un hypospadias, et qu'il a appris d'elle que l'espèce de gouttière établie sous le gland pour prolonger jusqu'au bout de cet organe l'ouverture anormale de l'urètre, s'est maintenue. — Le second (1), pour informer la Société que le malade dont il a parlé dans la dernière séance, et qui portait à la cuisse une plaie contuse si grave, a succombé la nuit dernière, à une hémorrhagie foudroyante probablement fournie par une lésion de l'artère poplitée. M. Robert vérifiera le fait, et il fera part de ses recherches à la Société dans la séance prochaine.

— *M. Cullerier* donne lecture d'une observation d'orchite aiguë dans laquelle il a été amené, par la violence des accidents, à inciser la tunique albuginée du testicule, d'après la méthode de M. Vidal (de Cassis). Voici le résumé de cette intéressante observation.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, et qui deux ans auparavant avait eu déjà une orchite à droite, fut pris, le 20 du mois dernier, à la suite d'une marche forcée, d'une orchite qui cette fois occupait le testicule gauche (ce jeune homme portait depuis trois mois un écoulement urétral peu abondant). Traité d'abord par les moyens simples usités en pareil cas, la maladie augmenta, et le 25, époque à laquelle M. Cullerier fut appelé, le testicule était volumineux, douloureux au toucher, exactement arrondi et remontait jusqu'à l'anneau inguinal; son cordon était fortement engorgé, et son canal déférent très dur; il y avait de la fièvre: on prescrivit une saignée du bras de 3 palettes, des cataplasmes laudanisés et un purgatif. Malgré l'emploi de ces moyens la douleur augmenta et se propagea le long du cordon jusque dans le flanc; ce qui nécessita l'application de vingt-cinq sangsues et des embrocations narcotiques sur les parties malades. Plus tard encore ces accidents s'aggravèrent et il survint des vomissements et du délire. Nonobstant l'emploi d'une nouvelle saignée du bras, la douleur du testicule et du cordon devint extrême, et cependant on ne sentait aucune fluctuation dans les bourses de ce côté, et on ne voyait aucune transparence à la lumière. Ce fut dans cette circonstance que M. Cullerier se décida néanmoins à plonger la pointe d'une lancette dans la cavité vaginale; il n'en sortit que quelques gouttes de sérosité sanguinolente, et il n'y eut aucun soulagement; alors il introduisit l'instrument dans l'épaisseur même de l'organe, un une espèce de craquement lui fit connaître que la tunique albuginée était incisée. Il s'écoula environ deux petites cuillerées de sang. Le malade n'accusait que peu de douleur dans le moment même de l'incision. Cette opération fut suivie au bout de trois heures d'une amélioration notable des accidents locaux et généraux; le malade put dormir la nuit suivante pendant quatre heures; le testicule put être facilement examiné le lendemain matin, il fut trouvé moins dur et moins volumineux; il offrait seulement à lendroit où il avait été incisé une petite saillie mollasse qui pouvait faire croire à de la fluctuation. A dater de cette époque la convalescence eut lieu, et la guérison fut complète dix-huit jours après l'invasion des pemiers accidents.

M. Cullerier, tout en reconnaissant combien il a eu à se louer de la pratique qu'il a suivie, ne considère le débridement de la tunique albuginée du testicule que comme une méthode exceptionnelle dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.

M. Chassaignac considérant que beaucoup de productions accidentelles se développent à la suite d'épanchements sanguins qui se font au sein de nos organes, redoute que l'incision d'un organe parenchymateux, comme le testicule, ne donne lieu à de pareils épanchements, et consécutivement à des tumeurs de plus ou moins mauvaise nature.

M. Malgaigne n'admet pas cette théorie, qui, selon lui, n'est étayée d'aucuns faits bien observés. Ce qui l'a frappé dans l'observation de M. Cullerier, est l'état de détresse dans lequel se trouvait le malade avant l'opération, et le bien-être instantané qui en a été la suite. Il demande quelle longueur avait l'incision de la tunique albuginée.

M. Vidal trouve que l'objection faite par M. Chassaignac à l'incision du testicule est plus théorique que pratique. Si elle était fondée, il faudrait s'abstenir de toute incision sur le sein, sous peine de donner naissance à des produits morbides dans cette glande. Pour lui, il a déjà fait quinze fois avec succès l'opération qu'il a proposée le premier. En la faisant, il avait pour but de prévenir la suppuration du testicule et de calmer la douleur atroce qui s'accompagne de quelques autres accidents de l'étranglement de la substance du testicule par son enveloppe fibreuse. Il approuve, du reste, la restriction faite par M. Cullerier à l'application du débridement dans le traitement de l'orchite. Il admet trois variétés distinctes de cette maladie, qui chacune ont un siége spécial. Une première variété comprend l'inflammation aiguë de la tunique vaginale, c'est la *vaginalite;* une seconde comprend l'inflammation de l'épididyme, c'est l'*épididymite;* une troisième enfin comprend l'inflammation de la substance même de la glande; il nomme celle-ci l'*orchite parenchymateuse*.

Les deux premières variétés exigent rarement un traitement actif: une hygiène bien dirigée suffit dans la majorité des cas pour en faire justice; il n'en est pas de même de la troisième variété: il n'y avait jusqu'ici qu'un seul traitement chirurgical de cette espèce d'orchite, c'était la compression vantée par Frick (de Hambourg). Or ce traitement, qu'il a essayé plusieurs fois, n'a pas paru à M. Vidal avoir plus de valeur que les antiphlogistiques et le repos. C'est quand ces moyens ont échoué, et seulement, alors qu'il emploie l'incison de la tunique albuginée.

M. Malgaigne est frappé du nombre des cas d'orchite rebelle aux traitements ordinaires qui s'est offerte à M. Vidal. Il a de la tendance à ne voir là qu'une de ces séries exceptionnelles qu'on rencontre quelquefois dans l'observation des faits cliniques; pour lui, il n'a jamais vu d'orchite qui se soit montrée réfractaire à l'emploi des moyens ordinaires de traitement; une seule fois il a, dans un cas grave, été obligé de faire une ponction à la tunique vaginale, et les accidents ont promptement disparu.

M. Robert ne partage pas l'avis de ses deux collègues sur les épanchements sanguins considérés comme cause de développement des produits accidentels dans les organes; ce n'est pas là une hypothèse vague, c'est un fait qui avait déjà frappé J. Hunter long-temps avant qu'il ait été vulgarisé par M. Velpeau. Il cite, à l'appui de son observation, le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'une violente contusion de la cuisse, vit une tumeur encéphaloïde se développer dans l'épaisseur du muscle triceps; mais il reconnaît qu'il doit y avoir, et qu'il y a en effet de grande différence entre un épanchement interne que produit une contusion et celui que produit une incision qui ne pénètre dans le sein de l'organe qu'après avoir traversé son enveloppe. Dans le premier le sang est retenu; dans le second, au contraire, il est versé au dehors par la solution de continuité, et la cicatrice de celle-ci ne se fait qu'à cette condition.

(1) C'est par erreur qu'on a imprimé dans le dernier compte-rendu le nom de M. Jobert.

M. Vidal reconnait qu'il a peut-être eu affaire à une série, comme le croit M. Malgaigne ; il est d'autant plus porté à le croire, que déjà il en a rencontré une autre, car il est resté dix-huit mois sans tomber sur un seul cas d'orchite qui nécessita pour sa guérison l'application de sangsues. Quant au cas cité par M. Malgaigne, M. Vidal croit que c'était une veginalite, maladie dans laquelle la ponction est parfois souveraine.

M. Cullerier regarde l'orchite parenchymateuse comme très rare, et n'exigeant qu'exceptionnellement l'emploi du débridement dans son traitement. Il ne partage pas l'opinion de M. Vidal sur la guérison des deux autres variétés de l'orchite blennorrhagique, par les seuls soins hygiéniques ; il faut au contraire, selon lui, traiter ces maladies par des moyens énergiques, si l'on veut en débarrasser promptement les malades.

M. Huguier ferme la discussion en développant l'opinion émise plus haut par M. Robert sur la différence qui existe entre les épanchements sanguins, suite de contusions, et ceux que produisent les incisions considérées comme cause de productions accidentelles.

— *M. Michon* donne lecture d'une note sur un fait d'anatomie pathologique curieux. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui travaillant de son état de poêlier sur un échafaud, fit une chute de trente pieds de haut. Relevé immédiatement après l'accident, et porté à l'hôpital Cochin, il a offert les phénomènes suivants : assoupissement léthargique, respiration stertoreuse, pouls très faible et intermittent, battements du cœur sourds et ne pouvant être comptés, paralysie générale du mouvement et du sentiment, perte complète de connaissance, évacuations alvines involontaires, écoulement du sang par le nez et la bouche. Il existait une plaie du côté gauche de la tête, et un echymose de la paupière droite.

Le blessé succomba deux heures après l'accident. A l'autopsie on constata l'existence d'une fracture du crâne, étendue depuis l'angle interne de l'orbite droit jusqu'au milieu du pariétal gauche; un épanchement de sang dans la cavité de l'arachnoïde, et une contusion du cerveau dans le voisinage de l'apophyse *crista galli*.

Dans la poitrine, on trouva une déchirure qui siégeait sur la face antérieure du péricarde, et qui offrait à peu près 17 centimètres de longueur. A travers cette rupture, la plus grande partie du cœur faisait hernie à l'extérieur de son enveloppe, et venait se mettre immédiatement au report avec le poumon. Un sillon circulaire assez profond sépare la portion de l'organe qui est situé à l'extérieur du péricarde, de celle qui est contenue dans son intérieur. La partie du cœur qui est herniée est rouge et plus gonflée que de coutume. M. Michon met sous les yeux de la Société la pièce anatomique. Il est décidé que cette pièce sera dessinée et conservée dans les archives de la Société.

Séance levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 7 septembre 1844. — Présidence de M. MICHON.

Emploi des alcooliques dans le délirium tremens.— *M. Belhomme* demande la parole sur la communication de M. Brierre de Boismont, concernant l'emploi des liqueurs spiritueuses dans le *delirium tremens*. Il s'agit d'un jeune homme présentant les symptômes du délire des ivrognes, et auquel il prescrivit les boissons émollientes, les bains, et des lavements qui contenaient plusieurs gouttes de laudanum. Quatre jours après son entrée, ce malade fut atteint d'une pneumonie gauche. On le saigna largement, ce qui n'empêcha pas le poumon droit de se prendre à son tour. Dans cette circonstance, M. Belhomme se rappela ce qui avait été dit de l'emploi des alcooliques chez les individus adonnés à l'ivrognerie ; il fit donner au malade un demi-litre de vin blanc dans sa tisane. Ce moyen parut activer puissamment l'effet des saignées (6), car la résolution se fit rapidement en quelques jours. Une potion émétisée administrée à cette époque détermina une diaphorèse abondante.

M. Brierre de Boismont fait observer qu'il n'était pas seulement question dans son travail de l'emploi des alcooliques dans le *delirium tremens*, mais d'un point de pathologie qui n'avait point jusqu'alors fixé l'attention, savoir, *De l'hydropisie chez les aliénés buveurs, et de sa guérison par l'usage modéré du vin et de l'eau-de-vie.* (*Gazette des Hôpitaux*, 8 août 1844.) Les changements qu'éprouve l'économie sous l'influence prolongée des boissons fermentées et par leur brusque privation, ouvrent le champ à d'intéressantes recherches. C'est ainsi, par exemple, qu'on a observé dans les prisons que les ivrognes qui se trouvaient privés de leur excitant habituel, étaient souvent pris de pleurésies, accompagnées plusieurs fois d'épanchement sanguin.

Lésions anatomiques de la folie.— M. Belhomme communique à la Société le fait d'un hypémaniaque, âgé de quarante-deux ans, dont le grand-père a été fou, la mère folle et dont l'enfant, âgé de quinze ans, présente déjà des symptômes de mélancolie. Lorsque cette dame fut conduite dans son établissement, elle était fort amaigrie par la maladie et par son refus presque continuel d'aliments. Le pouls était faible, mais régulier, la digestion se faisait bien, quand elle mangeait, ce qui arrivait rarement. Tous les moyens employés ne purent triompher de sa volonté ; la malade succomba et l'autopsie fit reconnaître les désordres suivants : l'émaciation était extrême, de nombreux furoncles se remarquaient sur diverses parties du corps ; la tête, assez volumineuse, présentait un défaut de symétrie ; le côté droit faisait saillie en arrière, le côté gauche en avant ; la calotte du crâne ayant été enlevée, on constata qu'à la partie antérieure les os étaient très épais ; la circonférence de la tête était normale. La dure-mère détachée, on trouva la surface interne rouge, l'arachnoïde et la pie-mère étaient imprégnées d'une sérosité sanguinolente, les membranes se détachaient sans déchirure ; la substance médullaire était également colorée en rouge, sa consistance était normale jusqu'aux ventricules, elle diminuait alors de consistance ; le septum lucidum était très ramolli, ainsi que la voûte à trois piliers. La même altération se remarquait dans les pédoncules cérébraux et dans les couches optiques. Le poumon gauche contenait un tubercule ramolli et quelques tubercules gris. Le péricarde renfermait un peu de sérosité sanguinolente ; le cœur était très petit. L'abdomen était très distendu par des gaz. La muqueuse était d'un rouge ardoisé. Le foie et la rate avaient subi une atrophie considérable. A cette occasion, M. Belhomme fait observer que les altérations centrales n'ont pas été assez étudiées, et il rappelle que dans le mémoire qu'il a lu à l'Académie royale de médecine sur la paralysie générale des aliénés, il a cité quinze faits où il existait un ramollissement marqué des parties inférieures.

M. Brierre de Boismont objecte que dans le cas de lypémanie qui vient d'être cité, M. Belhomme note comme une altération importante le ramollissement des parties centrales, altération qu'un médecin a également constatée dans la paralysie générale des aliénés. Il est cependant impossible de donner la même lésion comme signe caractéristique de deux maladies si différentes l'une de l'autre. Il est d'ailleurs difficile de considérer le ramollissement comme un signe positif de l'altération de la motilité; car on voit des individus qui, après avoir présenté les symptômes de la paralysie générale, tels que bégayement, incertitude dans la marche, confusion, incohérence dans les idées, reviennent complètement à la santé, conservant tout au plus un peu de faiblesse dans les idées. Ils vaquent à leurs occupations, se livrent à des travaux manuels, puis ils meurent subitement, et à l'autopsie on trouve des traces d'un ramollissement plus ou moins étendu, dont rien ne faisait soupçonner l'existence. En un an deux faits semblables se sont présentés à l'observation de notre confrère.

— *M. Pinel Grandchamp* entretient la Société d'une amputation de la cuisse au-dessous du petit trochanter, qu'il a pratiquée pour s'opposer aux progrès d'une tumeur colloïde. C'est la quatrième opération de ce genre qu'il a faite avec succès au même endroit.

Trachéotomie dans le croup. — M. Pinel-Grandchamp communique à la Société un autre fait. Il fut appelé, il y a douze jours, pour une enfant malade du croup et presque agonisante. Le cas semblait désespéré; car sur neuf cas de trachéotomie pratiquée dans de semblables circonstances, il avait vu survenir la mort autant de fois. Le médecin, M. Roux, avait fait tout ce qu'il est convenable en semblable circonstance, à l'exception de la cautérisation. Notre confrère hésitait ; mais sur l'insistance des parents, il se détermina à pratiquer l'opération. A peine avait-il pénétré dans la trachée, que l'enfant parut expirer. Tous les signes extérieurs annonçaient la mort. M. Pinel ne s'arrêta point ; il incisa trois à quatre anneaux de la trachée; puis, pour rappeler l'enfant à la vie, il fit des pressions prolongées sur la poitrine ; une inspiration faible eut lieu ; bientôt la respiration se rétablit ; des quintes de toux amenèrent, par l'ouverture, l'expectoration de mucosités spumeuses et de quelques portions de fausses membranes. Une petite sonde fut placée dans la plaie. On appliqua un cerceau recouvert d'un linge et d'une toile cirée. Des fumigations émollientes furent constamment dirigées sous ce petit appareil à l'aide d'une bouilloire. A ces moyens, M. Pinel joignit l'application de deux vésicatoires aux jambes et le calomel à l'intérieur. La petite malade est sans fièvre, sans oppression ; les traits sont bons. Comme elle ne boit qu'avec beaucoup de difficulté, notre confrère a prescrit des lavements nourrissants.

Cas d'œsophagisme. — M. Salone rapporte un fait d'œsophagisme d'une date déjà très ancienne. Il y a environ cinq ans, un ecclésiastique de trente-trois à trente-quatre ans, à la suite d'un émotion vive, fut pris d'un resserrement de l'œsophage. Cette indisposition ne l'avait point fait recourir à la médecine, lorsque, il y a trois à quatre mois, il commença à éprouver de la difficulté à avaler; les aliments solides passaient assez bien, mais lorsqu'il voulait boire il était comme un hydrophobe. Il prenait un peu de sucre mouillé ; puis il fut dix jours sans boire et onze jours sans manger. Pendant cette cruelle abstinence, il fut nourri avec des lavements de bouillon. A cette difficulté d'avaler s'était joint un gonflement du cou. M. Salone prescrivit des frictions huilées avec la jusquiame, le camphre; des pilules de Méglin furent données à l'intérieur. A l'aide de ces moyens, il y eut de l'amélioration ; puis les pilules de Méglin parurent donner lieu à une sécrétion extrêmement abondante de matières d'un gris-jaunâtre. Le malade a perdu l'appétit, le gonflement du cou a presque disparu ; le malade avale, boit ; mais peu à la fois et très longuement ; car il met trois à quatre heures à prendre un verre d'eau sucrée. La langue est noirâtre. Il est à craindre que cet ecclésiastique ne soit atteint d'une affection organique.

Un membre fait observer que la couleur noire de la langue a été notée plusieurs fois par lui, sans qu'il pût s'expliquer cette coloration par aucun des faits connus. Dans quelques cas, elle lui a paru se rattacher à un état gastralgique de l'estomac.

Le secrétaire, A. BRIERRE DE BOISMONT.

BIBLIOGRAPHIE.

Du cœur, de sa structure et de ses mouvements; par M. PARCHAPPE, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de Rouen. In-8° de 192 pages. — Chez Labé.

Si le diagnostic des maladies du cœur est encore si souvent obscur, et si l'on devine plutôt qu'on ne reconnaît à l'aide des signes physiques un grand nombre des altérations aiguës ou chroniques de cet organe, c'est, n'en doutons pas, que sa structure et le mécanisme de ses mouvements sont peu sûrement connus, malgré le grand nombre des savants travaux dont il a été l'objet. Même après Wolf et Senac, après Meckel et MM. Burdach et Gerdy, M. Parchappe a cru pouvoir aborder cette haute question d'anatomie et de physiologie, et nous devons dire qu'il eût été fâcheux que par un sentiment exagéré de modestie, le professeur de Rouen eût laissé dans ses cartons le résultat de ses recherches et de ses expériences.

L'ouvrage de M. Parchappe est divisé en deux parties : la première consacrée à l'anatomie descriptive et à l'anatomie de structure; la seconde à l'étude des mouvements, et à l'influence qu'ils exercent sur la forme et la position du cœur et sur la production de ses bruits normaux.

Bien qu'il dût sembler au premier coup d'œil qu'il restait peu de chose à dire sur la description anatomique, l'auteur a su donner à cette section de son travail un intérêt tout particulier, par la clarté et l'exactitude avec lesquelles il l'a traitée, et par la manière originale et neuve dont il l'a présentée. Quant à la structure, tout en admettant avec M. Gerdy que chacune des fibres qui entrent dans la composition du tissu musculaire des ventricules, considérée isolément, se résume en une anse dont les deux chefs sont immédiatement ou médiatement attachés au pourtour des anneaux fibreux de la base des ventricules, l'auteur pense qu'il y a loin de cette vue générale à la détermination exacte des diverses conditions de longueur, de forme, de situation que ces anses revêtent dans les diverses régions pour engendrer les ventricules, toutes conditions qu'il examine en detail, et qu'il s'efforce d'établir aussi nettement que le comporte la difficulté du sujet. Un résumé général dans lequel il expose en quelques lignes les dispositions principales de ces anses musculaires relativement les unes aux autres, termine la partie anatomique.

Pour les mouvements, l'auteur considère la systole comme un phénomène actif et simple, la diastole comme un phénomène passif et composé, et c'est aux expériences directes sur les animaux vivants qu'il a eu recours pour éclairer les questions encore si controversées de la simultanéité des contractions des diverses cavités et du mécanisme suivant lequel se produisent les bruits. Nous ne croyons pouvoir mieux donner une idée des opinions de l'auteur dans le développement et la démonstration desquelles nous ne pouvons le suivre, qu'en reproduisant ses conclusions : 1° *Premier temps*, premier bruit, systole auriculaire, achèvement de la diastole ventriculaire, application des valvules cuspidées contre les parois ventriculaires, abaissement des valvules sigmoïdes sous la pression du sang des vaisseaux, systole artérielle, pouls veineux ; — 2° *Deuxième temps*, deuxième bruit, systole ventriculaire, application des valvules sigmoïdes contre les parois artérielles, diastole artérielle, rapprochement jusqu'au contact des colonnes musculaires avec occlusion et tension des anneaux valvulaires, commencement de la diastole auriculaire ;—*Troisième temps*, silence, repos du cœur, diastole s'achevant dans les oreillettes, commençant dans les ventricules, point de propulsion du sang ni de mouvement des valvules, systole artérielle.

Un appendice, qui contient des recherches d'anatomie comparée, l'appréciation approximative du volume du cœur, et de son poids, qui est, selon l'auteur, comme 5,35 : 1000 chez l'homme adulte bien conformé, termine l'ouvrage de M. Parchappe, que les anatomistes liront avec intérêt, et duquel les praticiens pourront tirer des données utiles pour le diagnostic des maladies d'un des plus importants organes de l'économie.

NOUVELLES.

Le transport des aliénés des hospices de Paris dans certains asyles des départements déjà effectué n'est pas le seul que l'administration des hôpitaux veuille entreprendre. Elle est en voie de négociation avec plusieurs de ces asyles, et il est probable qu'un nouveau transport aura lieu prochainement. Après avoir publié les articles de M. Trélat, dont deux ont déjà paru dans ce journal, nous examinerons cette question avec tout l'intérêt qu'exige une mesure aussi grave pour les pauvres malades, pour les familles et pour l'administration elle-même.

— On parle d'un projet de mémoire qui serait adressé au ministre de l'instruction publique, au ministre de l'intérieur et à l'Administration des hôpitaux pour exposer les inconvénients de l'élimination dans les concours et pour en demander la suppression

Nous avons publié dans ce journal plusieurs articles sur cette question où notre opinion sur les dangers de cette mesure a été appuyée sur des raisons dont on sentira de plus en plus la justesse.

— On assure que le gouvernement a réalisé, dans la saison dernière, un bénéfice net de 400,000 fr. sur le produit des eaux de Vichy. Avant que l'administration ne les gérât elle-même, ces eaux n'étaient affermées que pour le prix de 80,000 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 22 OCTOBRE 1844 (17e ANNÉE.) N°. 124. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Traitement des fractures de l'olécrane ; par M. MARTURÉ, aide de clinique.

L'appareil employé par M. Baudens pour les fractures de l'olécrane, a la plus grande analogie avec celui que nous avons décrit pour la fracture de la rotule. Il est aussi simple que ce dernier, et basé sur les mêmes principes. Une boîte, un coussin en crin, une compresse graduée et quelques bandes, tels sont les éléments qui entrent dans sa composition.

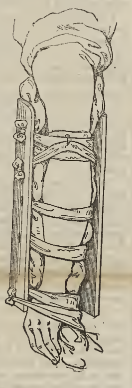
La boîte est formée de trois parois : une inférieure, longue de 40 centimètres, large de 16, et deux latérales, perpendiculaires à la première, sur laquelle elles sont immobiles, longues de 40 centimètres, hautes de 14, et percées de deux rangées de trous. Cette caisse est assez longue pour embrasser tout l'avant-bras et le coude jusqu'au-dessus du quart inférieur du bras.

Quand on veut appliquer l'appareil, au lieu de faire reposer la boîte par sa paroi inférieure sur le lit il faut la renverser sur un des côtés. Par cette disposition, la paroi inférieure devient verticale et interne par rapport au membre, et les deux parois latérales deviennent horizontales, l'une supérieure et l'autre inférieure : cette dernière repose sur le lit.

L'avant-bras, tenu dans l'extension et dans une position moyenne entre la pronation et la supination, est placé dans la boîte, qui le reçoit jusqu'au-dessus du coude. La face antérieure du membre se trouve ainsi en rapport avec la paroi interne de la caisse, qui fait fonction d'attelle. Pour éviter une pression douloureuse, cette paroi doit être matelassée avec un coussin en crin qui, dépassant la boîte par son extrémité digitale, servira à soutenir la main du blessé.

Le chirurgien applique alors une compresse graduée au-dessus du fragment supérieur de la fracture. Sur cette compresse il fixe, à l'aide d'une épingle, la partie moyenne d'une bande dont les chefs, engagés directement en haut et en bas dans un des trous de la paroi supérieure et inférieure de la caisse, sont ramenés sur la paroi interne et noués l'un à l'autre. Cette bande, disposée transversalement sur le fragment supérieur, soutient la compresse graduée et l'empêche d'obéir entièrement au lien qui exerce une traction oblique. Le lien destiné à agir obliquement est également fixé par sa partie moyenne sur la compresse à l'aide d'une épingle ; puis les deux chefs, obliquement dirigés en bas et en dedans, sont engagés dans un des trous des parois supérieure et inférieure, et ramenés en dedans sur la paroi interne, où on les noue ensemble. Ce lacs a pour effet d'abaisser le fragment supérieur et de le maintenir en contact avec le reste de l'os. Si son action n'est pas suffisante, il sera facile d'augmenter la force de traction dans le même sens ; il n'y aura qu'à appliquer une nouvelle bande dont on rendra la direction plus oblique encore, si l'on veut, en faisant passer ses extrémités dans les trous plus rapprochés de la main. On conçoit aisément qu'en multipliant ou diminuant le nombre de bandes disposées de la sorte, on pourra graduer à volonté la puissance qui tire l'olécrane en bas, et tient les fragments affrontés.

Enfin trois ou quatre autres bandes, dont les chefs sont engagés dans différents trous de la boîte, servent à soutenir l'avant-bras et la main.



Cet appareil maintient la fracture réduite bien mieux que le bandage en 8 de chiffre et que le bandage unissant des plaies en travers. Il a sur eux le grand avantage de ne pas exercer de compression circulaire autour du membre ; de plus, il se relâche beaucoup moins facilement.

Contradictoirement aux opinions reçues, M. Baudens rejette la demi-flexion dans le traitement des fractures de l'olécrane. Voici pourquoi : Dans cette position, le fragment supérieur est constamment tiré en haut par le muscle triceps ; il est donc impossible que la fracture se consolide sans substance intermédiaire aux fragments, et cette substance fibreuse sera d'autant plus longue que l'action du triceps aura été plus énergique et plus prolongée. En supposant ici le cas le plus heureux, c'est-à-dire celui où la consolidation se sera opérée sans ankylose, il n'en restera pas moins une grande gêne dans les mouvements du membre. L'olécrane, en effet, a acquis un allongement notable par suite de la matière fibreuse interposée entre les fragments. Devenu trop long, il ne peut plus être reçu dans la cavité destinée à le recevoir ; dès ce moment, dans les mouvements d'extension de l'avant-bras, le sommet de cette apophyse vient arc-bouter sur l'humérus, au-dessus de la cavité olécranienne, et empêche le redressement du bras de se faire d'une manière complète. Personne n'ignore que l'extension s'opère d'autant plus aisément que l'olécrane est plus court : ainsi, chez les enfants qui ont l'olécrane beaucoup moins élevé proportionnellement que les adultes, l'extension du membre peut être portée plus loin que chez ces derniers.

D'après ces considérations, que nul avant M. Baudens n'avait exposées, nous tenons la demi-flexion pour une position radicalement vicieuse, puisqu'elle ne permet d'obtenir qu'une guérison très imparfaite, et nous donnons la préférence à l'extension. La crainte de l'ankylose ne doit pas arrêter ; ce fâcheux résultat n'est point à redouter si l'on se conforme au précepte de M. Baudens, qui recommande de lever l'appareil tous les cinq jours pour imprimer à l'avant-bras quelques mouvements de flexion, ce qu'il appelle remettre de l'huile dans les roues. Mais ces manœuvres détermineraient sans nul doute l'écartement des fragments, et peut être même la rupture du col, si on y procédait sans précaution. Pour éviter ces accidents, le chirurgien doit, pendant tout le temps qu'un aide fait exécuter lentement des mouvements de flexion à l'avant-bras, tenir son pouce fortement appliqué sur le sommet de l'olécrane ; et comme dans ces circonstances on ne saurait avoir une pression trop intense, un second aide appuiera énergiquement ses deux pouces superposés sur celui du chirurgien. Après cet exercice, le membre est remis dans l'appareil. C'est à un tel traitement que M. Baudens doit les succès qu'il a obtenus chez plusieurs malades atteints de ce genre de fracture, et en particulier chez un des membres de la famille royale.

Fracture transversale de l'olécrane occasionnée par une chute sur la paume de la main.

Au n° 6 de la salle 30, était couché le garde municipal Héraud, âgé de vingt-huit ans, d'une bonne constitution.

Le 30 mai dernier, ce militaire étant de service au convoi de Laffitte, fut renversé par la foule, et fit une chute sur la paume de la main gauche, le bras étendu et soutenant le poids du corps. En se relevant, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus étendre son avant-bras. Bientôt il survint de la douleur et du gonflement dans le coude. Deux heures après l'accident, le blessé fut envoyé au Val-de-Grâce, où le chirurgien de garde constata une fracture transversale de la base de l'olécrane du côté gauche, offrant un intervalle d'environ trois centimètres entre les fragments.

A la visite du 31 mai, l'on observe que la tuméfaction a augmenté d'une manière notable ; elle est devenue assez forte pour empêcher d'apprécier aussi exactement que la veille l'écartement des fragments. Cet écartement est déterminé par le muscle triceps, qui entraîne en haut le fragment supérieur. Lorsqu'on porte l'avant-bras dans la flexion, le blessé ne peut le ramener dans l'extension, et l'écartement augmente notablement. Il éprouve des douleurs assez vives quand on vient à imprimer des mouvements à l'articulation huméro-cubitale. Il n'a perçu aucun craquement au moment de la chute. L'avant-bras, tenu dans l'extension, est placé sur un coussin en crin, et l'on applique de la glace en permanence sur les parties tuméfiées. — Diète ; limonade ; saignée de 500 grammes ; potion purgative pour le lendemain matin.

Le 2 juin, le gonflement a bien diminué, et la douleur est presque nulle. M. Baudens applique son appareil, et reconnaît aisément la crépitation des fragments au moment où ils sont mis en contact par l'action des liens obliques. — La glace est continuée.

Le 9, on lève l'appareil pour la première fois, et l'on soumet le membre à quelques mouvements de flexion pour prévenir l'ankylose. Pendant cette manœuvre, le chirurgien et un aide pressent fortement avec leurs pouces sur le sommet de l'olécrane, afin de s'opposer à l'écartement des fragments. On remarque qu'ils sont bien en contact, et que leur réunion s'o-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Menaces d'un nouveau procès. — Conseils à cet égard. — Ce serait la faute de l'Académie. — L'élimination et le turf. — Le sport et les concours. — Prééminence des bêtes. — Les hirondelles et les médecins voyageurs. — Le discours de rentrée. — Un nouveau musée. — La tente d'Achille. — Un tambour importuné. — La ventilation et l'appétit. — Un squelette de Waterloo.

Avais-je raison de prédire des orages ? Vous avez pu, mardi dernier, en entendre les premiers roulements, en voir les premiers éclairs. Si je suis bien renseigné, ce serait tout au plus un prélude, et quoique l'Académie, peut être bien un peu partiale et d'ailleurs mal informée de la nature du débat, ait tout fait pour dissiper les nuages, il est à craindre qu'elle qu'ait pas atteint son but. On dit que la justice de l'Académie lui faisant défaut, un compétiteur au prix d'Argenteuil qui se croit outragé, veut en appeler à une autre juridiction. On parle, en un mot, de la seconde édition d'un procès fameux dont le monde médical est à peine remis. Ce serait, je le dis sans détour, une faute immensément grave. Si le premier j'ai appelé l'attention de l'Académie sur ce qu'il y a d'irrégulier, d'étrange et de choquant pour de légitimes susceptibilités d'avoir introduit dans une commission de prix un membre qui est à la fois accusateur et juge, je veux être le premier aussi à donner ce salutaire avertissement, savoir : que les sympathies publiques s'éloigneraient de celui qui, dans une question de science et de pratique mettrait entre son adversaire et lui des robes noires et des huissiers. Que Dieu, vos amis et votre bon sens vous gardent d'une pareille entreprise ! Que dirait-on de nous si, après les pénibles et affligeants débats dont nous avons été témoins relativement à l'orthopédie, des scènes semblables allaient retentir encore devant les tribunaux, et si la lithotritie en personne allait s'asseoir demain sur le banc correctionnel !...

Ce serait, il le faut avouer, un peu la faute de l'Académie, qui n'a pas voulu donner satisfaction à des réclamations justes, exposées avec modération et convenance, et basées sur des motifs sérieux et réels. Quand je dis l'Académie, je devrais seulement parler du conseil qui s'est chargé d'exposer à sa manière le sujet du debat. Tel qu'il lui a été présenté, et à l'époque où il lui a été soumis, l'Académie ne pouvait faire que ce qu'elle a fait ; mais si le conseil, voulant être moins habile, avait tenu à être plus juste et moins partial envers un membre de la compagnie, il aurait parlé plus tôt et dans des circonstances plus opportunes de ce qui, mardi dernier, occupa la première partie de la séance académique. Il aurait dit surtout qu'il ne s'agissait point de la récusation d'un juge par un compétiteur, mais d'une prière, d'une instance, d'une sommation, si l'on veut, adressée à ce juge de se récuser volontairement. Il aurait dit les motifs invoqués par ce compétiteur, et l'Académie aurait pu juger en connaissance de cause.

Du reste, la proposition de M. Cornac, qui avit eu la bonté de développer avec talent les idées exposées par moi sur ce sujet, présentait le grand avantage de tout concilier, de tout aplanir, de tout satisfaire. Des motifs honorables, sans doute, mais d'une austérité tant soit peu puritaine, très adroitement développés d'ailleurs par M. Bégin, ont décidé l'Académie à passer outre ; décision dont je désire qu'elle n'ait pas à se repentir.

— Ah, messieurs ! vous commencez à vous plaindre et à vous émouvoir de cette arme dangereuse et perfide mise entre les mains des juges de concours ? Il est certain que ce qui s'est passé cette semaine au concours du Bureau central des hôpitaux est bien fait pour dessiller les yeux des plus aveugles partisans de l'élimination. Des partisans ! en existe-t-il d'autres que les caissiers de l'administration ? A-t-on fait valoir, en effet, un seul autre motif en faveur de cette mesure que celui de l'économie ? Or, qu'on me permette ce rapprochement douloureux, le jour même où le jury de ce concours infligeait à cinq ou six braves jeunes gens pleins de talent et solidement instruits, à ces jeunes hommes qui ont sacrifié leur jeunesse aux travaux pénibles, austères, épuisants de l'amphithéâtre et de l'hôpital, au moment où le jury leur infligeait, dis-je, l'humiliante et la décourageante peine de l'élimination, et cela pour économiser quelques francs sur les frais du concours, le gouvernement accordait des prix de six, de cinq, de quatre mille francs à de riches et puissants oisifs dont les chevaux couraient sur l'hippodrome. Affligeante et stupide contradiction ? Et remarquez, en outre, de quelles précautions infinies s'entourent les juges du turf pour éviter toute injustice, toute erreur ; quels soins ils prennent pour que les concurrents se trouvent dans des conditions d'égalité parfaite et de chances semblables, afin que le mérite seul soit couronné. Là pas d'intrigue possible, ni faveur, ni protection, ni népotisme. En vérité, je vous le dis, mes bons et chers camarades qui placez votre avenir de gloire et de fortune sur les chances du concours, vous êtes moins heureux que les bêtes du sport.

Il est certain qu'en apprenant les noms de quelques compétiteurs éloignés de ce concours, le public bien au courant des choses a été douloureusement impressionné. Il n'y a qu'une voix pour reconnaître que parmi les élus il y a des talents incontestables complétement dignes de cette distinction. Mais il n'y a qu'une voix pour reconnaître que, parmi les éliminés, on ne peut en voir certains sans crier à l'injustice et à la faveur. Il ne manquait vraiment à cette institution du concours, si belle comme principe, mais si dénaturée, si pervertie dans l'application, il ne manquait plus que cette mesure de l'élimination pour la rendre répugnante et même odieuse. La manière dont on l'applique vient combler la mesure, et je dis que dans nos circonstances actuelles, avec nos mœurs et nos habitudes, il est impossible au jury le plus austère de ne pas l'appliquer avec iniquité. Il y a des concurrents qu'on ne veut, qu'on ne peut pas nommer, mais contre l'élimination desquels s'élèvent des considérations si puissantes at si obsédantes, qu'elles font fléchir la justice du jury. Celui-ci trouve un moyen commode de se délivrer des sollicitations dont il est accablé, de s'acquitter de ses nombreuses promesses, en même temps de servir ses protégés, et quelquefois d'étrangler derrière la porte de l'élimination un compétiteur redoutable à un ami. Comme principe, l'élimination est absurde ; on l'a prouvé dans ce Journal : comme application, elle est perfide ; les faits le prouvent tous les jours.

Réunissez-vous donc, comme on l'annonce, dans une plainte com-

père convenablement. L'engorgement des parties molles a presque entièrement disparu ; il n'y a plus de douleur ; une teinte ecchymotique jaunâtre s'observe sur la peau sur toute l'étendue de la face interne du bras. Le membre est remis dans l'appareil ; on remplace la glace par des compresses imbibées d'eau froide, et l'on donne au blessé une alimentation légère.

Le 15, l'eau froide est supprimée, et l'on fait exécuter de nouveaux mouvements de flexion à l'avant-bras, et en usant toujours des mêmes précautions : la main du côté blessé arrive jusqu'au menton. Ces mouvements occasionnent une douleur très supportable, et qui cesse au bout de quelques instants de repos. Tous les cinq ou six jours, les mêmes manœuvres ont été répétées jusqu'à consolidation entière de la fracture.

Le 11 juillet, on fait la levée définitive de l'appareil. La fracture est très bien consolidée par réunion osseuse immédiate, sans substance fibreuse intermédiaire. Il n'existe ni tuméfaction, ni engorgement dans les parties molles. Il y a un peu de roideur dans l'articulation du coude ; cependant le malade peut porter la main à son menton.

L'exercice et les frictions huileuses ont fait disparaître en peu de temps cette roideur, et le 30 juillet Héraud est sorti de l'hôpital, l'articulation jouissant de la plénitude de ses mouvements et ne présentant aucune difformité.

— Il y a actuellement dans le service de la clinique un autre malade atteint de fracture de l'olécrane ; c'est un mineur du 3e régiment du génie, âgé de vingt cinq ans, d'une bonne constitution, couché au nº 45 de la salle 31. Ce militaire travaillait, le 18 septembre dernier, à la caserne que l'on construit au fort d'Ivry, lorsqu'il fit une chute de dessus un mur ayant environ trente pieds d'élévation. Ce furent le côté gauche du tronc, et surtout le bras correspondant, qui vinrent frapper le sol dans cett chute. Après une perte de connaissance qui ne dura qu'une dizaine de minutes, le blessé fut transporté au Val-de-Grâce, où l'on reconnut une fracture transversale de la base de l'olécrane du côté gauche, avec écartement considérable du fragment supérieur tiré en haut par le muscle triceps. Quelques légères contusions se faisaient remarquer çà et là sur diverses parties du corps. — De la glace fut appliquée en permanence pour prévenir une réaction locale trop intense, et l'on pratiqua un saignée du bras.

Le 20 septembre, deux jours après l'accident, M. Baudens a appliqué son appareil, qui fonctionne encore en ce moment. Aujourd'hui le blessé est dans un état satisfaisant : il ne souffre point de son articulation du coude, à laquelle on ne manque pas de faire exécuter des mouvements tous les cinq ou six jours, afin d'éviter l'ankylose. Tout annonce que ce malade guérira aussi heureusement que celui qui fait le sujet de l'observation précédente.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Résumé général et mouvement du service pendant l'année clinique 1843-1844.

Phlegmasies pleurales et pulmonaires.

Pendant la durée de cette année, les affections aiguës ont été assez rares. Nous ne fixerons votre attention, et d'une manière rapide, que sur les inflammations du parenchyme pulmonaire, les pleurésies, les affections typhoïdes et les rhumatismes, considérés dans leurs rapports avec les maladies du cœur. Nous commencerons ce résumé par les phlegmasies pulmonaires et pleurales, faisant abstraction des cas dans lesquels la pneumonie n'aurait été que la dernière phase d'une autre affection. Nous nous occuperons des cas dans lesquels la pneumonie a été l'affection principale et non la complication.

La première chose qui nous frappe, c'est le petit nombre des cas que nous avons observés cette année, et qui ne se sont élevés qu'à onze, tandis que les années précédentes nous en comptions trente ou quarante chaque hiver. En 1842, en particulier, il y eut trente-sept cas de pneumonie dans le même espace de temps ; l'an dernier, il y en eut trente-deux. Le chiffre de cette année forme à peine le tiers du nombre habituel. D'un autre côté, ce qui doit nous frapper encore, c'est la gravité extrême des pneumonies ; la mortalité a été de cinq sur onze, puis de moitié ; c'est une mortalité qui dépasse de beaucoup les années précédentes ; nous indiquerons plus loin la cause de cette mortalité.

La première question que l'on est tenté de faire est celle-ci : Comment se fait-il que les pneumonies aient été aussi peu nombreuses? Les causes qui amènent la production de la pneumonie sont généralement assez obscures. On voit en effet des sujets sur lesquels l'impression du froid est suivie du développement de pneumonies, et l'on serait porté à conclure que le refroidissement a été la cause occasionnelle de ces maladies. Mais ce n'est que dans des cas assez bornés que la pneumonie succède ainsi au refroidissement ; et dans la grande majorité des cas, les malades ne se sont pas refroidis. Les pneumonies sont plus fréquentes à certaines époques. Les saisons froides exercent une influence très marquée sur leur production ; mais pourquoi un sujet est-il atteint de pneumonie, pendant que l'autre, soumis aux mêmes influences, est pris de rhumatisme? C'est ce que nous ne pouvons savoir, et ce que nous ne saurons probablement jamais. Il y avait sûrement une prédisposition. La même cause, le froid, avait agi vingt fois sur ces sujets sans produire le même résultat. C'est par exception qu'un sujet s'exposant au froid est pris de pneumonie. On ne doit regarder le froid que comme une cause occasionnelle qui détermine l'apparition de la pneumonie chez les enfants qui y étaient prédisposés ; mais ce n'est pas la véritable cause productrice. La véritable cause productrice, c'est la prédisposition, prédisposition insaisissable qui fait qu'un sujet est pris d'une affection à laquelle il est préparé.

Dire pourquoi la pneumonie est plus rare cette année que les années précédentes, est chose impossible. A une certaine époque, on a espéré qu'en observant avec le plus grand soin les conditions qui agissent sur les populations, les conditions atmosphériques, l'alimentation, etc., on avait cru, disons-nous, qu'en faisant ces rapprochements on arriverait par la connaissance des constitutions médicales à des résultats positifs. Cette marche est évidemment très philosophique. On arrivera peut-être plus tard au résultat désiré ; mais jusqu'à présent, il faut l'avouer, il a été impossible aux médecins de dire pourquoi cette année a présenté un nombre de pneumonies, par exemple, plus ou moins considérable que les années précédentes.

Ce que nous venons de dire de la pneumonie peut s'appliquer de même aux affections catarrhales, aux grippes qui surviennent sans que l'on puisse apprécier les conditions qui président à leur développement. Pendant un hiver doux et tempéré, humide, les affections catarrhales sont plus fréquentes. Dans les années sèches et froides, il n'en est pas de même ; mais tout cela ne constitue que des hypothèses. La cause réelle de la fréquence relative de la pneumonie dans certaines années nous échappe. Nous examinerons plus loin la cause de l'augmentation énorme et insolite de la mortalité.

Les onze cas que nous avons observés sont insuffisants pour nous conduire à des résultats positifs. Mais nous pouvons les comparer aux faits que nous avons recueillis les années précédentes, et voir s'ils se rapportent les uns aux autres. Généralement, nous avons eu occasion d'examiner depuis douze ans que la pneumonie est plus fréquente parmi les hommes que parmi les femmes. En 1842, nous avons signalé une différence d'un quart. Cette année, sur les onze malades, nous trouvons dix hommes et une femme seulement ; proportion qui est loin, du reste, d'être toujours aussi forte. Il faut, pour les conclusions définitives, se reporter toujours aux résumés généraux. Nous avons étudié l'influence de l'âge, moins sur la fréquence de la pneumonie que sur sa terminaison, et voici ce que nous avons remarqué.

Au delà de soixante ans la pneumonie est mortelle dans plus de la moitié des cas, et principalement dans les hôpitaux. La constitution détériorée, les soucis de la vieillesse, etc., font varier la mortalité de la moitié aux deux tiers. Cette année, nous avons eu un de nos malades, âgé de plus de 60 ans, et qui a succombé. Parmi les sujets de 15 à 20 ans, nous avons eu, les années précédentes, un chiffre très remarquable de guérisons. Cette année, nous avons eu deux sujets de 15 à 20 ans ; ils ont guéri tous deux. Sur 69 cas de pneumonies survenues de 15 à 20 ans, nous n'avons en tout que deux morts et ces deux sujets présentaient des conditions particulières ; tous deux avaient des pneumonies doubles. Chez l'un d'eux, la constitution était très faible, la santé habituelle peu satisfaisante. L'autre était une jeune fille convalescente d'une rougeole ou d'une scarlatine, et qui, dans ces conditions défavorables, fut prise de pneumonie. En remontant à ces cas, et à l'examen des circonstances, nous arrivons à cette conclusion que, de 15 à 20 ans, on ne meurt pour ainsi dire jamais de pneumonie.

La pneumonie se reproduit assez souvent chez les sujets qui en ont été affectés ; elles sont, en général, moins graves que les pneumonies primitives. Nous trouvons dans nos relevés une mortalité d'un sur trois dans les pneumonies primitives, d'un sur cinq seulement pour les pneumonies secondaires. Mais il a fallu quelquefois nous passer de renseignements, les malades n'étant pas toujours en état d'en donner ; et par cela même, les résultats de cette année, qui sont en désaccord avec ceux ci, ont porté sur un trop petit nombre de malades pour être considérés comme concluants.

Les pneumonies du sommet nous ont paru plus graves que celles de la partie moyenne ou inférieure. Cette année, il en a été de même. Nous avons eu deux pneumonies du sommet, un mort.

Si nous en venons à l'examen de l'influence du froid dont nous avons déjà parlé plus haut, nous voyons que la plupart des malades n'ont pas rapporté leur pneumonie au froid. Trois ont dit qu'ils pensaient pouvoir rapporter leur maladie à un refroidissement ; quatre ont déclaré qu'ils ne s'étaient pas refroidis. Dans notre résumé général, nous trouvons sur 71 malades, 26 déclarant qu'ils se sont exposés au froid ; les 45 autres ne s'y sont point exposés. Ces chiffres réduisent prodigieusement, on le voit, la valeur du froid considéré comme cause de la pneumonie.

Le frisson d'invasion est un phénomène d'une grande valeur, à tel point que lorsqu'un sujet est pris d'un frisson violent, qu'il n'est pas dans les conditions de fièvre intermittente, de métro péritonite puerpérale, par exemple, ou de résorption purulente, cette circonstance d'un frisson violent est une présomption que le sujet sera pris d'une pneumonie. Si après les frissons le malade se plaint de céphalalgie, s'il a du délire, on croirait souvent qu'il va se déclarer une méningite ou une encéphalite, on est tout étonné de voir apparaître une pneumonie. Si l'on observe des vomissements bilieux, on croirait qu'il surviendra une inflammation intestinale ; au bout de quelques heures, tout s'arrête, les vomissements cessent, une pneumonie se déclare.

Le frisson initial manque rarement dans la pneumonie, et on le rencontre beaucoup plus souvent dans cette maladie que dans les autres affections aiguës. Neuf de nos malades, interrogés sur ce point, nous ont déclaré, en effet, avoir observé chez eux ce frisson d'invasion. Sur 75 du relevé général, 63 l'ont éprouvé.

La fréquence du pouls dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie n'est pas sans importance. Lorsque le pouls est très fréquent, la pneumonie est très grave ordinairement. Parmi les malades dont le pouls était au-dessus de 112 par minute, la mortalité a été de moitié moindre que chez les autres ; elle a été de 1 sur 28 pour ceux qui avaient moins de 112 pulsations, de 1 sur 13 pour ceux qui en avaient plus de 112.

Un délire intense qui survient dès les premiers jours est une condition très grave. Nous l'avons rencontré chez trois des cinq malades qui sont morts cette année. Dans le cours de l'année précédente, cinq sujets seulement avaient présenté un délire violent. Sur ces cinq sujets, trois sont morts. Vous voyez qu'en les réunissant, nous trouvons 6 morts sur 8 sujets qui ont eu du délire, proportion considérable.

Nous avons dû étudier l'influence de l'époque à laquelle le traitement a été commencé, sur la durée et sur la terminai-

---

mune et une commune opposition. N'attendez pas que l'institution s'enracine. Rien de plus difficile à extirper qu'un vieil usage ou qu'un vieil abus. Celui-ci est récent encore ; l'opinion publique est pour vous ; et si vous n'agissez pas vous-mêmes, certes, n'espérez pas que l'initiative soit prise d'un autre côté.

— Peu à peu notre personnel médical se complète. Avec les mauvais jours, nos confrères voyageurs nous reviennent ; et, différents des hirondelles, ils rentrent à Paris avec le givre et le bouillard. C'est plaisir de voir combien l'air pur de la campagne a ramené leur teint, a rebondi leurs joues, leur a donné à tous un air de force et de santé. Quelles en soient bénies les divinités propices des eaux, des bois et des montagnes ! Que de belles choses nous allons voir et entendre cet hiver, qui auront été méditées dans le calme des champs, et que mon butin va être riche, à moi narrateur obligé des faits et gestes du monde médical. Je m'en réjouis, et pour vous, et pour moi-même ; car, en vérité, depuis long-temps le feuilleton passe de mauvais jours.

Mais voici venir M. Bouillaud et son discours de rentrée qu'il est chargé de prononcer à la séance d'ouverture de la Faculté. On sait la sympathie des élèves pour ce caractère indépendant et ferme, pour ce talent net et franc, et pour recueillir une ample moisson d'applaudissements, M. Bouillaud n'aura qu'à être lui-même. De cet esprit distingué on peut attendre une allocution sérieuse et élevée, sortant des banalités scolastiques et des compliments officiels. La foule sera grande assurément à cette séance de rentrée.

On nous annonce aussi des merveilles à l'endroit de la création prochaine d'un musée d'anatomie pathologie comparée. Ceci serait le résultat d'un récent voyage en Angleterre, non pas du voyage retentissant de Windsor, mais bien d'une excursion à Londres faite par le chef de notre Faculté. Un feuilleton ami a déjà enflé ses pipeaux pour chanter la chose. Ici nous sommes moins lyriques, quoi que prêts à approuver ce qui est bien, nous aimons volontiers à voir avant de rien dire, et nous estimons que, même sur la porte d'un musée, il y a peu de nom que l'on puisse mettre en regard du grand nom de Hunter. Cette grosse flatterie du feuilleton a été mal prise en général, ainsi que la malencontreuse comparaison d'Achille retiré dans sa tente, à propos d'un célèbre toxicologue qui se tait et fait le mort. L'amitié peut avoir ses faiblesses, mais il les faut discrètes.

— Un de nos confrères, brave et excellent homme, est venu me demander avis pour ce cas singulier. Un nouveau client lui est arrivé d'une classe modeste, quoiqu'il fasse grand bruit dans le monde ; c'est un tambour de la garde nationale. Cet homme est atteint d'une maladie de la peau, et il a pour capitaine un pharmacien. Celui-ci a promis de guérir le tambour, et pour ce, depuis deux mois, il le drogue, le redrogue et le surdrogue, si bien que la solde, les aubaines et les économies du pauvre diable y ont passé, mais non pas la dermatose, quoi qu'on lui donne le tout *au prix coûtant*. L'infortuné tambour est venu conter la chose au confrère. Il comprend bien qu'il est victime de son capitaine, et que celui-ci abuse de sa double qualité ; mais s'il le quitte, il craint son influence et son autorité dans la légion. Le confrère, dont l'âme charitable s'est émue aux infortunes du tambour, est venu tout bouillant me demander ce qu'il fallait faire contre un pharmacien qui 1º se rend coupable d'exercice illégal de la médecine ; 2º qui abuse de son autorité sur un pauvre tambour dont il est capitaine, pour écouler tous ses dépuratifs.

J'ai promis ma consultation pour aujourd'hui, et je la donne ainsi :

1º L'exercice illégal de la médecine regarde M. le procureur du roi, avec qui ni vous ni moi, cher confrère, ne voulons avoir rien à démêler.

2º Pour sauver le tambour des dépuratifs de son capitaine pharmacien, il faut envoyer à celui-ci un exemplaire de ce feuilleton ;

3º Et pour neutraliser la colère de M. le capitaine, il faut en envoyer un autre exemplaire au colonel de la légion ;

4º Enfin, pour guérir la dermatose rebelle, il faut la confier à vos bons soins, cher confrère.

— Je recommande aux gastronomes le passage suivant d'un ouvrage du docteur Reid sur la ventilation. Quel rapport y a-t-il, direz-vous, entre la ventilation et la gastronomie? Un énorme, selon notre confrère anglais, et vous allez voir son influence sur l'appétit : cinquante convives dînaient dans le salon du club de la Société royale d'Edimbourg, bâti d'après les plans du docteur Reid. L'aération du salon était parfaite ; les produits de la combustion étaient complétement entraînés au dehors, pendant qu'un courant d'air échauffé et odorant s'introduisait continuellement dans le salon. Le résultat en fut que les convives burent trois fois autant de vin que de coutume, et qu'ils consommèrent une telle quantité d'aliments, que l'hôte, qui avait fait ses calculs d'après les consommations des années précédentes, ne pouvait revenir de sa surprise, et, ce qui pis est, qu'il fut attrapé en flagrant délit d'avoir servi trop peu. On ne dit pas s'il suivit l'exemple de Vatel, mais l'histoire a enregistré qu'aucun de ses convives ne se plaignait le lendemain de pesanteur de l'estomac ni de douleur de tête.

Voilà bien de ces excentricités de cette race de boxeurs, de mangeurs et de brocanteurs ; de brocanteurs surtout. Un journal belge rapporte que deux Anglo-Américains sont allés sur le champ funèbre de Waterloo, y ont déterré un squelette, et l'ont renfermé dans une caisse avec des cigares et autres produits du pays. Le journal demande ce qu'ils veulent faire de ce squelette. Et, parbleu ! ils veulent le vendre en détails à leurs compatriotes.

Et les autorités belges ont laissé commettre cette profanation !

Jean Raimond.

NOUVELLES.

L'ouverture des cours de la Faculté de médecine aura lieu le 4 novembre. M. le professeur Bouillaud est chargé de prononcer le discours de rentrée.

— *Prix décerné par l'Académie de médecine de Bruxelles.* Cette Académie vient de décerner une médaille d'encouragement en or, à l'auteur du mémoire nº 7, sur l'une des questions qu'elle avait proposées : « Faire l'histoire des médicaments ferrugineux ; indiquer les formes les plus convenables pour leur administration et les changements qu'ils peuvent subir dans les voies digestives et circulatoires. »

L'Académie a décidé que ce travail serait inséré dans ses mémoires, et invite l'auteur à l'informer s'il consent à se faire connaître.

son de la maladie. Dans le cours de l'année 1842-1843, les sujets qui sont entrés le cinquième jour de la maladie ont tous guéri. Ceux qui ont succombé sont tous entrés, terme moyen, le septième jour. Cette année nos chiffres confirment ce résultat. Les malades qui ont guéri sont entrés dans les trois premiers jours; ceux qui sont morts sont entrés après le cinquième jour.

Nous avons commencé par examiner si l'on pouvait trouver dans les circonstances atmosphériques la raison de la rareté des pneumonies cet hiver. Nous avons vu que l'on n'avait pas encore des données assez positives sur ce point pour arriver à des résultats positifs et pour résoudre la question. Une deuxième question non moins importante était celle de savoir pourquoi elles avaient été si graves. D'abord, et en général, cet hiver la mortalité a été beaucoup plus grande dans toutes les classes de la société; c'est surtout dans l'examen des cas particuliers que nous trouverons l'explication de ce fait, qui paraît si surprenant. Cinq malades ont succombé sur onze. Nous avions au n. 6 de la salle Saint-Agnès, chez un sujet atteint de diarraée depuis long-temps déjà, une affection que nous considérâmes comme une pneumonie primitive. Mais nous devons dans ce cas tenir compte d'une foule de circonstances : les saignées avaient été employées un certain nombre de fois, par exemple; la pneumonie était primitive. La respiration bronchique annonçait une pneumonie arrivée au second degré; nous dûmes, en raison de toutes ces conditions employer le tartre stibié : l'entérite chronique fut exaspérée par ce médicament, et le malade succomba.

Le second malade présenta un délire violent qui persista jusqu'à la fin de la maladie. Un troisième malade, couché au n. 17 de la salle Sainte-Agnès, était atteint de pneumonie pour la douzième fois. A le voir, on lui eût donné quarante-cinq ou cinquante ans plutôt que trente-trois ans, tant sa constitution était épuisée, appauvrie, détériorée. Un autre sujet était âgé de soixante-trois ans; il était au bout de trois ou quatre jours en voie de guérison, lorsqu'il fut repris de pneumonie et succomba; il y avait eu chez ce malade une circonstance excessivement grave, rechute pendant la convalescence. Enfin, le dernier malade était un homme couché au n. 10 de la salle Sainte-Agnès. Il avait eu une maladie éruptive, la rougeole, je crois. Un chancre énorme avait dévoré la moitié du gland. On trouva des abcès multiples dans l'épaisseur des organes comme dans les cas de résorption purulente. Le chancre s'était desséché pendant la maladie; l'influence de cette complication n'a peut-être pas été de peu d'importance sur la pneumonie. En examinant ainsi chacun des faits dont nous avons parlé, on voit combien chacun d'eux présentait de conditions défavorables.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 octobre 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Brullé, professeur à la Faculté des sciences de Dijon, adresse une lettre sur la coloration des os et sur leur mode d'accroissement.

Les os s'accroissent en grosseur, comme l'a dit Duhamel, au moyen de couches qui s'emboîtent; mais ces couches sont extrêmement minces et ne s'appliquent pas en même temps, ni d'une manière continue, sur toute la longueur de l'os; elles suivent, dans leur formation, un ordre que l'on n'a pas encore reconnu. Ce que les recherches de M. Brullé démontrent surtout, c'est que les différents os se colorent par l'action de la garance indépendamment de leur formation : c'est que les différents cercles colorés que l'on y remarque ne sont pas réellement les parties formées pendant les modes d'alimentation correspondants; c'est enfin que les os, une fois colorés, se décolorent, et ce fait de décoloration, soupçonné d'abord, puis abandonné par Duhamel, renverse complétement la théorie du renouvellement rapide des os, qui avait prévalu depuis les travaux de ce célèbre académicien.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 23 septembre 1844. — Présidence de M. Thierry.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — *M. le docteur Tanchou* écrit à la Société que, désirant mettre la commission chargée de faire un rapport sur l'opuscule qu'il lui a dernièrement envoyé, à même d'apprécier *convenablement* la question du cancer telle qu'il la considère, il lui envoie son ouvrage intitulé : *Recherches sur le traitement médical des tumeurs cancéreuses du sein*, etc. (Rapporteur, M. Bourdin.)

— *M. Maisonneuve* fait un rapport favorable sur la thèse et le premier mémoire de M. le docteur Chéreau, relatif aux maladies des ovaires. Après avoir tracé une analyse rapide et apprécié les diverses qualités de ce dernier ouvrage, il termine en disant : que l'auteur n'a reculé devant aucune des difficultés du sujet, qu'il a posé nettement les questions alors même qu'il ne lui était pas donné de les résoudre, et que s'il n'a point enrichi la science de nouveaux faits et de nouveaux aperçus, toujours est-il qu'il a savamment résumé les travaux de ses devanciers, et qu'il a mis à la portée de tous l'étude d'une série d'affections graves et jusqu'à présent trop négligées des praticiens.

Il conclut à l'admission du candidat comme membre titulaire de la Société.

M. le docteur Richelot, chargé de l'enquête sur la moralité, appuie les conclusions de son confrère M. Maisonneuve.

— *M. le docteur Vinchon* lit également un rapport favorable sur la thèse de M. Carpentier-Méricourt, intitulée : *Des inflammations et abcès du sein*. Après avoir reproduit rapidement le plan général de cette thèse et l'avoir analysée, le rapporteur insiste sur ce point, que cette œuvre se fait surtout remarquer par le talent le plus utile au médecin consciencieux, le talent de l'observation, talent qui ne s'acquiert qu'au lit des malades et dans la contemplation de la nature. Il termine ainsi : Elève distingué des hôpitaux de Paris, interne de première classe, le candidat a étudié sous les maîtres les plus recommandables; citer MM. Roux et Velpeau, c'est assez faire son éloge sans doute.

En conséquence, il conclut à l'admission de M. Carpentier-Méricourt comme membre titulaire de la Société.

M. le docteur Labarraque, chargé de l'enquête sur la moralité, appuie les conclusions de M. le docteur Vinchon.

— *M. le docteur Homolle* a la parole pour faire un rapport sur une brochure envoyée par M. Chailly (Honoré), ayant pour sujet : *De la conversion de la présentation de la face en présentation du sommet*, et de l'application du forceps dans les positions mento-postérieures. Après avoir présenté quelques idées générales sur les difficultés de l'art obstétrical, après avoir applaudi à la direction éminemment pratique des travaux de M. Chailly, M. le rapporteur expose en quelques mots l'opinion de l'auteur, qu'il résume ainsi pour la première partie du mémoire :

1° Dans la plupart des cas il est inutile d'essayer de réduire au début du travail les positions mento-postérieures en présentations du sommet, attendu que dans l'immense majorité des cas les positions mento-postérieures se réduisent en antérieures directes pendant le travail, et que celui-ci se termine spontanément sans entraîner la mort de l'enfant au moins dix fois sur onze;

2° Dans les quelques cas où la position mento-postérieure ne se convertit pas, il repousse complétement encore cette manœuvre à cause des difficultés qu'elle présente, des dangers qu'elle fait courir à la mère et à l'enfant, de son inutilité dans un grand nombre de cas, et conseille de préférence la version pelvienne ou l'application du forceps.

3° Dans une deuxième partie de ce mémoire M. Chailly, examinant les cas où la version n'est plus possible, la tête étant fortement engagée dans l'excavation, ayant conservé la position mento-postérieure droite, et, de plus, le bassin et la tête étant dans des conditions défavorables à l'évolution spontanée et nécessitant l'emploi du forceps, l'auteur pense qu'il y a plus d'inconvénient à dégager la face en position *mento-postérieure*, le menton le premier, qu'il ne peut y en avoir à déterminer la rotation de la tête pour ramener le menton en avant, au risque de tordre le cou de l'enfant, le tronc, dans le plus grand nombre des cas, obéissant au mouvement de rotation imprimé à la tête du fœtus.

— *M. Richelot* demande la parole pour lire une observation. Il fait remarquer d'abord qu'il serait important qu'une commission fût désignée pour examiner les travaux de nos membres, et que cette commission fît des recherches ou au moins des remarques critiques sur le sujet présenté; qu'en admettant une pareille mesure on exciterait l'ardeur au travail, et que ces travaux réunis feraient de notre Bulletin trimestriel une mine féconde où l'on pourrait aller puiser d'excellents matériaux.

Cette mesure paraît bonne à M. Maisonneuve; seulement, il désirerait qu'elle ne fût pas constituée en règle générale et absolue, mais qu'elle fût appliquée toutes les fois que le membre présentant l'observation en ferait la demande.

La Société adhère à cette proposition de M. Maisonneuve.

M. Richelot reprend la parole. Une jeune femme vierge, de vingt-cinq ans, bien réglée, dont plusieurs frères sont morts en bas âge, et dont un fut rachitique, fit à l'âge de dix neuf ans une chute, et ne se fit mal qu'au genou droit; quelque temps après douleur dans le côté droit du ventre. Une année plus tard, souffrances plus vives dans l'abdomen, qui grossissait peu à peu. Un an encore après, suppression des règles pendant trois mois sans cause appréciable; trois mois après ce retard elles se rétablirent et continuèrent à couler, mais moins abondantes et précédées par des flueurs blanches, du malaise général, du ballonnement du ventre, et l'émission difficile des urines. Lorsque M. Richelot la vit pour la première fois, elle était prise d'une rétention d'urine à la suite d'efforts considérables pour garder les urines. Evacuation facile par la sonde. Pendant plusieurs jours elle ne put uriner qu'étant couchée sur le dos; la palpation abdominale fit découvrir dans la partie inférieure de l'abdomen, à droite de la ligne médiane, une tumeur dure et douloureuse. Cette tumeur, située profondément à la partie inférieure et interne de la fosse iliaque droite, remontait dans le ventre; elle était ronde, molle, fluctuante; elle augmenta de volume graduellement. Le col utérin était placé en haut et en avant derrière le pubis. En arrière, à la place du cul, on trouvait une tumeur immobile, souple, élastique, bien distincte de la matrice, en arrière de laquelle elle était située, la tumeur étant parvenue, par son développement graduel, à la hauteur de l'ombilic. M. Bérard jeune y fit une ponction exploratrice avec une aiguille à acupuncture; le traitement se composa de cataplasmes, de bains, et de deux purgatifs; après cette opération, le kyste disparut peu à peu sans aucune évacuation qu'on pût appeler critique. Quelques mois plus tard la tumeur avait repris son premier volume; on fit une nouvelle ponction, et l'aiguille pénétrait facilement dans une sorte de masse spongieuse lorsqu'on portait sa pointe vers la partie la plus déclive de la tumeur vers le détroit supérieur du bassin. La malade fut purgée avec de l'eau de Sedlitz; nouvelle disparition, qui fut quelques mois encore après suivie d'un faible développement de la tumeur dure, mais qui reste stationnaire et ne donne pas la sensation d'un kyste plein de liquide. Elle est soumise en ce moment à l'usage de l'iodure de potassium. Le kyste paraît n'avoir plus de tendance à se reproduire; mais la tumeur principale marche d'une manière continue, bien qu'avec lenteur. En s'appuyant sur les antécédents de famille et la santé généralement bonne de cette jeune femme, M. Richelot pense que cette tumeur est de nature scrofuleuse, et qu'elle siége probablement dans l'ovaire droit.

Rapporteur : M. Maisonneuve.

M. Maisonneuve regarde cette observation de M. Richelot, guérison d'un kyste par une simple ponction, comme étant très intéressante, attendu qu'elle est peut être la seule existant dans la science. Il croit devoir cependant la rapprocher des hydrocèles chez les enfants qu'on a vus guérir par ce fait d'une simple piqûre; méthode thérapeutique qui avait été préconisée et généralisée par un médecin anglais, mais qui, généralisée, lui paraît mauvaise.

Quant à la luxation d'un kyste organique par suite d'une ponction, elle lui paraît possible, attendu que la nature emploie quelquefois des procédés analogues, en en déterminant la rupture spontanée ou accidentelle, et que l'ascite qui en est le résultat ne tarde pas à être résorbée. L'ovaire, dans ces cas, revient sur lui-même, se cicatrise, et peut se remplir de nouveau. Il cite un cas où une rupture eut lieu jusqu'à trois fois.

— On procède à l'élection de deux candidats présentés, MM. Chéreau fils et Carpentier-Méricourt. Ces deux docteurs ayant réuni l'unanimité des suffrages, M. le président les proclame membres titulaires de la Société Médico-Pratique.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon, de Noyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 6 août 1844. — Présidence de M. Belhomme.

M. Payan, d'Aix, écrit pour remercier la Société du titre de membre correspondant qu'elle lui a accordé dans sa dernière séance.

— *M. Géry* rend un compte favorable d'un mémoire sur l'*Eclampsie*, offert par M. Dubreuil, de Bordeaux. (Remercîments.)

— *M. Blatin* lit le rapport suivant sur la demande d'admission de M. le docteur Szokalski :

« Vous m'avez chargé, messieurs, de vous faire un rapport sur le mémoire de M. Szokalski, qui a pour titre : *Un cas d'application de forceps dans la présentation de la face*. Ce travail contient deux observations suivies de réflexions pratiques. En voici la courte analyse :

» L'auteur a donné, dans deux cas, ses soins, comme accoucheur, à une femme âgée de trente-deux ans, petite mais bien conformée, qui avait eu précédemment deux couches très difficiles. Dans la première, elle avait mis au monde un enfant qui était venu par les fesses, et qui avait péri pendant le travail, dont la durée avait été de 52 heures. La seconde couche, pendant laquelle la mère a souffert 48 heures, a donné naissance à un enfant vivant, mais dont la face était noire et tuméfiée. M. Szokalski pense, d'après les renseignements qu'il a recueillis et l'état du nouveau-né, qu'il y a eu là une présentation de la face. Ici commencent les faits dont notre confrère a été témoin : ils ont trait au troisième et au quatrième accouchement de la femme dont nous venons de parler.

» Le début du travail ne présenta aucune anomalie; mais dès que la tête de l'enfant fut assez descendue, et le col utérin suffisamment dilaté pour livrer passage au doigt explorateur, M. Szokalski put constater, à travers les membranes intactes, que l'enfant se présentait par la face et dans la position *mento-iliaque gauche postérieure*.

» La largeur et la bonne conformation du bassin firent espérer que le menton ne tarderait pas à se diriger en avant, et que l'accouchement pourrait se terminer sans aucune intervention de l'art; mais il n'en fut pas ainsi, le menton descendit directement et s'engagea dans l'excavation du sacrum. Connaissant la suite fâcheuse de cette position pour la mère et pour l'enfant, M. Szokalski s'efforça de donner à la tête une autre direction. Il introduisit la main entière dans le vagin, saisit la tête et tâcha de la faire tourner sur son axe, en ramenant l'occiput au-dessous du pubis; mais elle était tellement fixée dans la cavité pelvienne qu'il ne put lui faire exécuter le moindre mouvement. Les contractions énergiques de l'utérus, et probablement aussi les progrès avancés du travail, s'opposèrent aux tentatives de version que voulut faire l'accoucheur. Il dut donc attendre pour prendre plus tard un parti suivant l'occurrence. Bientôt l'énergie et l'irrégularité des douleurs, la céphalalgie et le trouble des sens firent craindre un état convulsif, et nécessitèrent une saignée qui n'amena aucun soulagement. Il fallut terminer à tout prix l'accouchement cause unique de tous ces troubles. Le forceps fut appliqué sans beaucoup de difficulté. Des tractions vigoureuses amenèrent au bout de quelques minutes le front sous la symphyse des pubis; le menton, tourné vers le périnée, ne tarda pas à paraître. L'extraction du corps de l'enfant présenta quelques difficultés et une résistance assez grande. La face était tuméfiée, la tête assez volumineuse et allongée en arrière. La petite fille resta long-temps asphyxiée et finit, après un espace de temps d'environ vingt minutes et plusieurs immersions dans l'eau froide, par respirer librement. Elle a vécu.

» La mère eut une légère déchirure au périnée; elle conserva pendant deux mois une incontinence d'urine qu'un traitement convenable a fait disparaître.

» Dix mois plus tard cette dame devint enceinte pour la quatrième fois. Sa grossesse ne présenta aucune anomalie. M. Szokalski, en l'explorant, reconnut une obliquité antérieure de l'utérus qu'il avait déjà observée pendant la gestation précédente et qui cette fois lui parut plus prononcée. La présentation de la face dans deux accouchements consécutifs lui fit concevoir quelques craintes pour la reproduction de ce phénomène. L'événement justifia cette conjecture, car il trouva, dès le début même du travail et avant la rupture des membranes, que l'enfant se présentait encore une fois par la face et dans la position mento-iliaque gauche postérieure. Pour s'opposer à la descente directe du menton et à son engagement dans la cavité du sacrum, notre confrère introduisit dans le vagin, le plus haut possible, l'index et le médius de la main droite, les appliqua contre la paroi postérieure et les tint en place pendant huit ou dix douleurs consécutives. Durant cette manœuvre il rompit les membranes et remarqua avec satisfaction que le menton glissant sur les doigts, se dirigeait en avant. L'accouchement se termina naturellement ensuite, sans aucun secours de l'art.

» Telles sont, messieurs, les deux observations que M. Szokalski a recueillies et que j'ai rapportées presque littéralement, me bornant, pour ne point vous fatiguer, à supprimer quelques détails qui ne m'ont point paru indispensables.

» L'auteur fait remarquer ensuite avec raison que le rapport du menton avec la face antérieure du sacrum, dans la présentation de la face, constitue un cas fort rare. Madame Lachapelle ne l'a jamais vu et le croit impossible (Pratique des Accouchements, t. I, p. 41). Smellie, Delamotte et Meza en ont observé chacun un seul exemple. Deux fois l'accouchement a été spontané; mais les enfants étaient petits et morts, et leurs mères étaient accouchées précédemment d'enfants volumineux et à terme. Dans le troisième cas, celui de Meza, rapporté par M. Guillemot (Archives de médecine, 1834), l'enfant fut retiré avec le forceps et conserva la vie. M. Chailly, qui a consacré, dans son Traité des accouchements, plusieurs pages et des figures qui parlent aux yeux, pour tracer avec beaucoup de soin les règles à suivre dans cette présentation, ne dit pas l'avoir observée. Il en est de même du docteur Cazeaux. Dans la deuxième édition qui vient de paraître de son excellent livre sur les accouchements, je n'en trouve aucun exemple dont il aurait été témoin. Cependant, depuis l'impression de cet ouvrage, il a eu une fois l'occasion d'appliquer le forceps avec succès dans une présentation semblable : la manœuvre n'a point différé de celle qu'a exécutée M. Szokalski (communication verbale).

» Quelle doit être, dans des cas de ce genre, la conduite de l'accoucheur? Si l'on arrive assez à temps auprès de la femme, il convient, il me semble, d'imiter la conduite de M. Szokalski qui a formé, avec ses doigts maintenus dans le vagin, un plan sur lequel le menton a glissé pour se porter en avant, au lieu d'aller s'engager dans l'excavation du sacrum. Mais quand la tête est fortement descendue, et que le menton s'est logé dans cette position, faut-il, ainsi que le conseille M. Chailly, notre habile collègue, dans un mémoire qui a pour sujet l'application du forceps dans les présentations de la face, faut-il appliquer les cuillers de l'instrument sur les tempes de l'enfant et, pendant les tractions, faire exécuter au forceps et à la tête une rotation sur son axe, pour ramener forcément le menton sous la symphyse pubienne? M. Szokalski ne le pense pas. Considérant que l'engagement du menton dans l'excavation du sacrum ne peut guère avoir lieu que lorsqu'elle est favorisée par la largeur du bassin, il regarde comme préférable l'application du forceps et les tractions directes, sans imprimer à la tête une torsion qui peut amener la mort de l'enfant, avec luxation des vertèbres cervicales.

» Les faits observés par Meza, M. Cazeaux et M. Szokalski, nous prouvent que la manœuvre qu'ils ont employée peut être imitée avec succès. Celle que conseille M. Chailly, et que le professeur Moreau enseigne également, n'a pas, comme le craint M. Szokalski, pour conséquence inévitable la mort de l'enfant, si elle est exécutée avec douceur, en serrant peu les cuillers du forceps, suivant le précepte de Baudelocque, et lentement surtout, afin de permettre au tronc d'exécuter un mouvement de rotation et de ne point luxer les vertèbres. M. P. Dubois a signalé deux faits dans lesquels il a pu obtenir une rotation de l'articulation atloïdo-axoïdienne suffisante pour ramener le menton en avant, sans que les enfants aient péri. Mais M. Dubois lui-même regarde ces deux cas comme exceptionnel. Je pense donc, messieurs, que la manœuvre qu'a employée M. Szokalski était la plus convenable, et je répète, pour soutenir cette opinion, les lignes qu'a tracées M. Cazeaux dans la récente édition que j'ai citée : « M'appuyant » sur l'opinion de mes devanciers, je n'hésiterais pas, dit-il, après avoir » autant que possible appuyé les cuillers du forceps sur les côtés de la » tête, à tirer directement en bas et en arrière, dans le but d'abaisser » le sommet. » Il regarde la manœuvre opposée comme plus difficile, et par conséquent plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant que les tractions directes sur le vertex. »

Le rapporteur énumère, en terminant, les autres travaux de M. Szokalski, et conclut à son admission.

M. Chailly. C'est avec raison que la possibilité de la position mento-postérieure gauche, niée par madame Lachapelle, a été constatée par M. Szokalski. Mais je ne puis approuver, en pareil cas, les tractions directes à l'aide desquelles il a cru devoir terminer l'accouche-

ment. Je les regarde comme très dangereuses, en ce qu'elles entraînent la tête suivant un sens dans lequel ses diamètres ne se trouvent point en rapport avec ceux du bassin. Pour moi, je préfère beaucoup ramener le menton en avant, en faisant exécuter à la tête un mouvement de rotation qui est suivi par le tronc. Cette manœuvre, conduite avec prudence et ménagement, n'a pas les inconvénients qu'on lui attribue, et elle est plus avantageuse pour la mère et pour l'enfant que celle qui consiste à exercer des tractions directes.

L'admission de M. Szokalski est ensuite mise aux voix et prononcée.

— *M. Bénet* rapporte qu'il a donné récemment des soins à un malade affecté d'un hoquet convulsif, non accompagné de fièvre, et qui a duré pendant dix-huit à dix-neuf jours. Vainement s'est-il efforcé de l'arrêter en mettant successivement en usage les vésicatoires volants et tous les antispasmodiques ordinairement employés, le camphe, l'asafœtida, le sulfate de quinine, etc. A la fin, en désespoir de cause, il eut recours à des frictions faites largement sur les parties antérieures et latérales du tronc avec l'huile de croton tighum. Ce moyen eut un plein succès. En effet, aussitôt que les boutons commencèrent à paraître, il y eut une rémission très notable du hoquet et celui-ci cessa entièrement dès que l'éruption fut complète. Trois frictions furent pratiquées, chacune avec 60 gouttes d'huile de croton-tighum; il y en eut donc environ 12 grammes employés. On n'a pas observé d'effet purgatif.

M. Toirac rappelle qu'il y a dix-huit ou vingt ans, M. Bretonneau de Tours a rapporté un fait de hoquet qui, après avoir résisté à tous les moyens, céda enfin à l'acupuncture.

M. Géry a été témoin d'un hoquet rebelle qu'on ne put faire cesser qu'en faisant respirer le malade en mesure. Quelqu'un battait sans cesse la mesure près de lui, en l'engageant à régler sa respiration sur ce rhythme. On se relaya ainsi continuellement pour cet office pendant trois jours. Au bout de ce temps, le hoquet avait entièrement disparu. Ce fait avait lieu à Limoges sous la direction de M. Cruveilhier, qui exerçait alors dans cette ville.

M. Bonnassies a vu, il y a deux ans, un malade atteint de pleuro-pneumonie, chez lequel M. Récamier arrêta un hoquet très fatigant en lui jetant un verre d'eau froide à la figure à chaque retour du hoquet.

M. Gayde est étonné que, dans le cas rapporté par M. Bénet, il n'y ait pas eu de purgation produite par l'huile de croton.

Plusieurs membres font observer qu'à haute dose, cette huile ne purge plus.

M. Blatin pense que l'huile rubéfiante n'a pas dû agir ici d'une autre manière que le vésicatoire volant. Mais peut-être, dit-il, pour faire cesser l'état convulsif du diaphragme il faut agir sur un point déterminé, et dans ce cas la friction étendue à une large surface a rencontré ce point qu'un vésicatoire plus limité eût pu ne pas atteindre.

M. Dreyfus rappelle que les acides sont d'excellents antispasmodiques, et ont été recommandés par Hufeland dans le cas dont il est question. L'éther acétique, l'éther sulfurique lui ont également réussi.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Annales de la Société de médecine d'Anvers. (Octobre 1844.)

Observations de chirurgie pratique; par M. Van Camp.

La première observation est relative à un calcul salivaire extrait de la région sub-linguale, et n'offre rien de particulier si ce n'est la forme du calcul composé de deux pièces s'emboîtant l'une dans l'autre comme dans une véritable énarthrose.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une rétention d'urine occasionnée par un calcul arrêté au méat urinaire chez un enfant de dix à douze ans. Il était en proie à de vives douleurs, et il jetait des cris continuels; sa face était rouge et couverte de sueur; il accusait une vive souffrance vers la région suspubienne, et il éprouvait un violent besoin d'uriner que, malgré des efforts inouïs, il ne parvenait pas à satisfaire. A l'examen du ventre, l'auteur trouva le pénis en érection; la vessie était tellement distendue par les urines, qu'elle se dessinait à travers les parois de l'abdomen.

En découvrant le gland, il vit au méat urinaire un petit point noir auquel il ne fit d'abord aucune attention, et dans son impatience à soulager les souffrances du jeune malade, il introduisit une sonde dans le canal de l'urètre; mais à peine était-elle arrivée à un pouce et demi environ, qu'il sentit glisser entre les doigts qui soutenaient la verge, un petit corps dur. Convaincu dès lors que c'était là l'obstacle à la libre émission de l'urine, il retira la sonde, et il fit de légères pressions d'arrière en avant pour faciliter la sortie du corps étranger. Il fut secondé dans ses tentatives par la colonne d'urine qui tendait à l'amener au dehors, et bientôt il vint se replacer au méat urinaire. Une petite incision pratiquée à cet endroit, donna issue à un petit calcul de la forme et du volume d'une aveline; il présentait un point noir sur une de ses faces. Après cette petite opération, le malade urina abondamment.

La troisième observation est relative à un cas de crépitation douloureuse des tendons, affection désignée par M. Velpeau sous le nom d'aïe. L'auteur semble attribuer cette maladie à de grands efforts musculaires et à de fortes secousses, tandis que M. Velpeau en rapporte le développement à la répétition des mouvements plutôt qu'à leur violence.

Observations de corps étrangers introduits accidentellement dans les tissus; par M. Des Malines.

Un capitaine âgé de quarante-six ans, d'une bonne constitution, avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, pendant l'anné 1839, il commença à ressentir par moments de légers picotements un peu à droite des dernières vertèbres dorsales, à six lignes environ des apophyses épineuses. Ces douleurs s'étaient dissipées insensiblement après quelque temps de durée, lorsqu'en 1841 il ressentit tout à coup, au même endroit, en se baissant pour ramasser un objet, une douleur tellement aiguë, qu'il tomba et fut, d'après son dire, près de deux heures sans pouvoir remuer ni bras, ni jambes. Transporté dans son lit, il reprit peu à peu l'usage de ses membres; et depuis cette époque il continua à ressentir de temps en temps de l'engourdissement dans les membres inférieurs, et une douleur parfois assez vive, non plus au même endroit, mais dans le point opposé, du côté gauche de la colonne vertébrale. Lorsqu'il marchait, il était toujours enclin à y porter la main.

Depuis cette époque cet officier avait été presque toujours souffrant, un peu d'infiltration s'était manifestée aux extrémités inférieures; les viscères abdominaux avaient éprouvé différents dérangements dans leurs fonctions; en général, il y avait eu toujours quelque chose de fort obscur dans son état. Les médecins qu'il avait consultés lui avaient particulièrement recommandé un régime léger et un peu d'exercice. Ces moyens ne lui ayant procuré aucun soulagement, il avait eu recours à la médecine de Leroy, et sous l'influence de cette médication intempestive, il avait considérablement dépéri. C'est dans ces circonstances que l'auteur fut consulté. Il prescrivit infructueusement les moyens les plus rationnels; il en était encore à rechercher les causes probables de l'infiltration, lorsqu'un matin en interrogeant le malade, il apprit que pendant la nuit, en se plaçant sur le dos, il avait senti un picotement au côté gauche de la colonne vertébrale à l'endroit où il avait long-temps éprouvé de la douleur, et qu'en pinçant la peau de haut en bas il avait cru sentir deux petits corps durs et résistants qui lui donnaient la sensation d'une piqûre. Il visita la partie, et cet examen venant confirmer les dires du malade, il resta convaincu qu'un corps étranger, une aiguille peut être était en cet endroit, et était la cause des douleurs qu'il y ressentait depuis si long-temps. Après quelques jours d'attente afin que ce corps devînt plus superficiel, l'auteur fit une incision à la peau à l'endroit où il supposait que devait se trouver l'une des extrémités; le bistouri ayant rencontré un corps métallique, il porta le doigt entre les lèvres de la plaie, et ayant senti un corps piquant, il le saisit et il retira une aiguille longue d'environ un pouce et quart, entièrement oxydée.

Tous les symptômes graves diminuèrent peu à peu, et la santé de cet officier s'est maintenue très bonne.

Voici une autre observation plus remarquable encore:

Un officier reçoit en duel, le 3 septembre 1839, à neuf heures du matin, dans la hanche droite, une balle qui vient frapper le grand trochanter. Au moment du coup il n'éprouva rien de particulier, si ce n'est un violent besoin d'aller à la selle. Il n'existait pas d'ouverture de sortie de la balle. La plaie avait la grandeur d'un demi-franc, elle paraissait se diriger directement d'avant en arrière.

L'auteur le sonda à l'instant dans le but de reconnaître son trajet et d'extraire la balle; ses efforts furent vains; il débrida la plaie en haut et en bas dans l'étendue d'un pouce et demi à deux pouces; des compresses trempées dans l'eau de Goulard furent appliquées sur la partie et maintenues humides. Le soir, nouvelles recherches encore infructueuses. Le blessé accusait alors d'assez fortes souffrances dans la partie; le pouls était dur, accéléré; la peau chaude. Saignée de seize onces; diète; boissons délayantes acidulées.

Le lendemain 4, le pouls était revenu à son rhythme normal; plus de douleur jusqu'au 9.

Le 10, nuit fort agitée, vives douleurs dans la fesse gauche qui ne lui avaient pas permis de goûter un instant de repos; pouls plein, accéléré, peau chaude.

Le 11, la fesse du côté opposé est devenue le siége d'un gonflement considérable; la pression de cette partie fait reconnaître de la crépitation par la présence de gaz sous la peau; le malade accuse de vives douleurs qui sont exagérées lors de l'émission de l'urine et de l'excrétion des fecès; les selles sont mêlées de matières purulentes.

Le 15, le malade est plus souffrant et plus abattu, il a deliré pendant une partie de la nuit et éprouvé plusieurs syncopes; les selles sont de plus en plus purulentes; les urines sont rendues involontairement; le pouls donne 120 pulsations; la tuméfaction de la fesse est plus considerable.

L'exploration du rectum ne fit rien reconnaître. Trois confrères, appelés en consultation, furent d'avis que la balle tendait à sortir par la fesse gauche, à l'endroit où le gonflement s'était manifesté.

Le lendemain 16, l'auteur y plongea la lame d'un bistouri, mais il ne s'écoula qu'une grande quantité de gaz répandant une odeur d'hydrogène sulfuré très prononcée et une petite quantité de sang. De nouvelles recherches pour découvrir l'endroit où la balle s'était logée, n'amenèrent aucun résultat.

Les jours suivants le malade continuait à être à peu près dans le même état, lorsque le 19, après une nuit fort agitée, il rendit la balle par le rectum, en allant à la garderobe. Depuis ce moment son état s'améliora sensiblement, la langue devint humide, la soif modérée, le pouls moins agité, les selles naturelles, la plaie d'entrée de la balle bourgeonnait. Plus tard des accidents graves se manifestèrent vers la fesse droite; un abcès s'y forma; il fut largement ouvert, et après huit mois de maladie, cet officier recouvra une santé parfaite qu'il conserva depuis.

L'auteur pense que la balle entrée par la hanche et ayant changé de direction en frappant le grand trochanter, aura pénétré dans le bassin par la grande échancrure sciatique, et a dû aller se loger entre la vessie et le rectum. Arrêtée dans les environs de cet intestin, elle s'y sera préparé par la violence de son choc, une voie de sortie à travers ses parois, et il est heureux qu'il n'en soit pas résulté un épanchement dans le bassin, ou une grave inflammation des parties profondes de l'abdomen; tout s'est borné, comme nous l'avons vu, à des abcès accessibles aux secours de l'art.

Poudre pectorale adoucissante; par M. le docteur Schneider.

M. le docteur Schneider, de Fulda, emploie avec le plus grand succès, dans les bronchorrhées chroniques, dans les catarrhes pulmonaires anciens et accompagnés d'une expectoration difficile, la poudre composée suivante:

Pr.		
	Huile volatile de mille-feuille,	4 gouttes.
	Huile volatile de sauge,	4 gouttes.
	Huile volatile d'hysope,	4 gouttes.
	Arrow-root de l'Inde,	30 grammes.
	Sucre blanc,	30 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

Cette poudre s'administre à la dose d'une cuillerée à café, toutes les deux heures.

Chaque dose est donnée dans une tasse de lait chaud.

Pour ajouter encore à l'efficacité de ce mélange, M. Schneider y associe quelquefois un demi-gramme d'extrait alcoolique de jusquiame, ou un gramme de lactucarium anglais, ou encore cinq à dix centigrammes d'extrait aqueux d'opium. (*Casper's Wochenschrift.*)

— Un procès dont l'issue doit intéresser vivement le monde médical, en ce qu'il met en discussion une des grandes questions de police de la médecine, s'agitait dernièrement à l'audience du tribunal de simple police de la ville de Cusset.

On sait que, chaque année, le jury médical fait une tournée dans le département, à l'effet d'inspecter les officines des pharmaciens et les boutiques des droguistes et épiciers; ce jury médical était jusqu'alors composé de deux médecins et de quatre pharmaciens choisis et nommés par M. le préfet. Le 11 juillet, ce jury s'étant présenté chez M. Bru, pharmacien à Cusset, et propriétaire d'une pharmacie à Vichy, éprouva, de la part de celui-ci, une opposition énergique qui lui niait le droit de visite dans ses établissements, et qui protestait contre toute opération qui serait faite chez lui, au nom d'un jury médical ainsi formé. M. Bru soutenait que, d'après la loi, le jury médical devait être composé de sept membres, et que sa composition ne serait légale qu'autant qu'il serait assisté d'un délégué de l'une des écoles de médecine nommé par le roi; que ce membre était d'autant plus indispensable, que, sans lui, il n'y avait pas de voix prépondérante, et partant, pas de délibération possible. Un procès-verbal, constatant l'opposition du sieur Bru, a été dressé par M. le commissaire de police, et le sieur Bru, comparaissant en personne par-devant M. le juge de paix de Cusset, a persisté dans son opinion qu'il a appuyée de la citation des textes de la loi qui règle la composition du jury médical. M. le juge de paix, se fondant sur les termes précis de cette loi, a déclaré le jury médical illégalement constitué, et a renvoyé le prévenu de la plainte portée contre lui sans dépens. Le ministère public s'est immédiatement pourvu contre ce jugement, et la Cour de cassation va être appelée à statuer sur cette question du plus haut intérêt pour la pharmacie et la salubrité publique. (*L'Echo de l'Allier.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 24 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 125. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Résumé général des cas de taille pratiquée en 1844. Considérations générales et pratiques. (Suite.)

Nous avons, dans un précédent article, rapporté les détails et les résultats des six cas où M. Guersant a eu, cette année, l'occasion de pratiquer l'opération de la taille chez des enfants. Ils ont tous été suivis de succès; un seul a été accompagné d'accidents particuliers sur lesquels nous nous sommes longuement expliqué. L'heureux résultat obtenu chez ces jeunes malades, milite fortement en faveur de l'opinion des chirurgiens qui pensent que la taille est préférable, dans la première période de la vie, à la lithotritie. Appuyons par des chiffres la préférence que M. Guersant accorde à la cystotomie. Nous pouvons ajouter les six cas dont nous avons rendu compte au chiffre de vingt-quatre opérations de taille pratiquées par M. Guersant depuis qu'il est chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Sur ces trente malades, il n'en a perdu que trois, proportion évidemment beaucoup moindre que celle que l'on obtient chez les adultes. Nous verrons, du reste, que la nature de l'opération n'est pas la même à cet âge qu'à l'âge adulte. De ces trois morts, l'un a succombé à une inflammation violente du tissu cellulaire du bassin, inflammation qui se termina par une suppuration abondante. Un second n'a rien présenté à l'autopsie qui pût expliquer matériellement la funeste terminaison de la maladie.

Il était arrivé dans le service dans de fâcheuses conditions; était triste, pleurait sans cesse, et demandait continuellement ses parents. On ne trouva aucune trace de tubercules ni de lésions organiques; le seul symptôme local observé fut un peu de diarrhée. M. Guersant le considéra comme ayant succombé à une véritable nostalgie. Le troisième enfin, a été pris d'angine couenneuse après l'opération, et a succombé très rapidement, mais non aux suites de la taille elle-même.

On voit donc que sur ces trois cas, il n'y en a qu'un dans lequel la mort puisse être rapportée à l'opération, et que les deux autres sont du fait de causes étrangères. Cette proportion d'un mort sur dix-huit suffirait pour établir la préférence que donne M. Guersant à la taille sur la lithotritie.

L'opération de la taille a plusieurs avantages qui méritent d'être attentivement examinés. D'abord, elle débarrasse tout d'un coup les malades du corps étranger contenu dans la vessie; puis, entre quinze et dix-huit jours, dans l'immense majorité des cas, la guérison est complète. Le plus souvent, il n'y a pas d'accidents. M. Guersant n'a point vu d'enfants qui aient conservé de fistule à la suite de l'opération, et cependant il en a revu un grand nombre long-temps après leur sortie de l'hôpital.

La lithotritie, bien qu'elle paraisse, au premier abord, fort simple et peu dangereuse, n'est pas sans être quelquefois suivie d'accidents graves; témoin le fait d'un malade opéré le 14 juillet dernier, et dont voici l'observation très succincte.

Le nommé Tillot, âgé de cinq ans et demi, d'une bonne constitution, présentait depuis quelques mois tous les symptômes de l'affection calculeuse. Sondé à plusieurs reprises et avec le plus grand soin chaque fois, il parut ne présenter qu'un calcul peu volumineux, condition qui sembla favorable à l'opération de la lithotritie; la petitesse de la pierre qui permet de concevoir l'espérance de la broyer en une ou deux séances au plus, est une des raisons déterminantes pour lesquelles on doit, chez les enfants, recourir au broiement plutôt qu'à l'extraction. En effet, le calcul saisi par l'instrument n'accusa que cinq millimètres de diamètre, dimensions fort minimes en effet. Peut-être cependant, nous devons le dire, l'instrument avait-il saisi la pierre dans son petit diamètre? Ce qui nous porterait à croire qu'il en fut ainsi, et qu'une moitié seulement du calcul avait été brisée, ce sont les accidents qui survinrent. L'enfant fit, le lendemain de grands efforts pour uriner, et souffrit encore beaucoup. Il rendit pendant la journée et le lendemain de l'opération une assez grande quantité de détritus et de poudre. Mais il restait encore un fragment trop volumineux pour traverser l'urètre. Quant à introduire de nouveau le lithotriteur, on ne pouvait y penser pour le moment. Au bout de quelques jours les urines étaient devenues purulentes, et de vives douleurs se faisaient sentir dans le bas-ventre. Des sangsues furent appliquées sur l'hypogastre. Les accidents ayant cessé sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et émollient, M. Guersant, avant d'essayer une nouvelle séance de broiement, explora le canal de l'urètre, et la sonde fit reconnaître la présence du calcul dans la portion membraneuse du canal. La curette de M. Le Roy d'Etiolles fut introduite sans succès; on fut obligé de pratiquer l'opération de la boutonnière, et l'on retira un fragment ayant la forme et le volume de la moitié d'un noyau de datte; preuve certaine, selon nous, que le calcul, lors de la première opération, avait été saisi par son petit diamètre, et en travers. Depuis ce moment, l'enfant n'a plus fait d'efforts considérables pour uriner, et son état s'est grandement amélioré.

Dans six autres cas, M. Guersant a fait la lithotritie, et il a perdu un de ses opérés. Bien qu'il professe que l'on ne doit pas juger en dernier ressort d'après un si petit nombre de faits, ni regarder ces résultats comme définitifs, ce chirurgien regarde la lithotritie comme une opération plus dangereuse chez l'enfant que la taille, des fragments pouvant s'engager dans le canal et n'être que difficilement extraits. Pour lui, la taille est la règle; la lithotritie, l'exception, et pour cette dernière, on ne doit y recourir que dans les cas où le calcul est très petit.

Chez l'enfant, on saisit la pierre aussi facilement que chez l'adulte, bien que l'on éprouve souvent quelque peine à cause de l'indocilité des sujets, et des mouvements qu'ils font malgré les efforts des aides qui les maintiennent. Mais, après l'opération, l'on n'est jamais sûr du volume des fragments qu'on a laissés; il y en a de petits qui passent assez facilement, tandis que les plus gros ne peuvent sortir. Une disposition remarquable en même temps que fâcheuse pour l'enfant, c'est la facilité avec laquelle se dilate le col de la vessie à cette époque de la vie, disposition tout à fait contraire à celle que l'on observe chez le vieillard. De plus, la vessie de l'enfant est très contractile, et pousse vivement les corps étrangers qu'elle contient pour les engager dans l'urètre; tandis que celle du vieillard est moins contractile et moins puissante. D'après tout cela, l'enfant est dans des conditions très favorables pour que le calcul s'engage dans le col de l'urètre. Lorsqu'une pierre du volume de celle qui existait chez Rilliot s'engage dans l'urètre, on dit généralement qu'il faut la refouler dans la vessie; ce précepte est facile à suivre ordinairement chez le vieillard. Chez l'enfant, le calcul reste emprisonné dans la portion membraneuse de l'urètre, et lorsque l'on ne peut l'extraire avec la curette, il ne reste d'autre ressource que l'opération de la boutonnière, extrémité toujours fâcheuse et à laquelle on ne doit recourir qu'en désespoir de cause, une fistule urétrale, peut-être inguérissable, pouvant en résulter. Une cause qui contribue encore à rendre chez l'enfant le col de la vessie plus dilatable, c'est le peu de développement de la prostate, qui acquiert dans l'âge avancé un volume considérable.

C'est la réunion de toutes les circonstances dont nous venons de parler qui engage, dans le plus grand nombre des cas, M. Guersant à pratiquer la taille dont le résultat est presque toujours favorable, à la lithotritie. Si, pour nous résumer, on nous demandait, ajoute ce chirurgien, à laquelle des deux méthodes on doit avoir recours chez l'enfant, nous répondrions qu'il ne nous est pas possible de conseiller l'emploi d'une seule méthode exclusivement. Il est des cas où l'on devra préférer la taille; dans d'autres, lorsque le calcul sera assez petit pour que le chirurgien soit à peu près certain de le pouvoir broyer en entier dans une seule séance, on préfé-

FEUILLETON.

DE L'ENVOI DE DEUX CENTS ALIÉNÉS DE LA SALPÊTRIÈRE ET DE BICÊTRE DANS LES ASILES DE SAINT-VENANT, DE LILLE, D'ARMENTIÈRES ET DE MARÉVILLE, par ULYSSE TRÉLAT, médecin à l'hôpital de la Salpêtrière.

(Suite et fin du n° 119.)

Mademoiselle Crespel, âgée de quarante-trois ans, affectée de manie chronique, est une furieuse faisant partie de celles qu'on tint enfermées jusqu'à la fin de 1840, et qui sont devenues infiniment moins dangereuses depuis que nous les laissons courir et que nous nous contentons de les contenir par le gilet de force dans leurs mauvais moments.

Ratier (cinquante ans), ancienne habitante du dépôt de St-Denis, sombre, ne répondant pas et frappant quand elle ne peut être vue, est privée de la main gauche, dont le moignon paraît offrir la trace d'une horrible brûlure. Elle porte également une large cicatrice à la partie antérieure du cou. Malgré la perte complète de sa main, elle balaie bien dans ses bons moments; c'est la seule chose qu'on puisse obtenir d'elle et de loin en loin.

Duhorel, âgée de vingt-cinq ans, est une maniaque en état chronique, d'une grande force, qu'on peut quelquefois utiliser pour de gros travaux.

Chaumusard, affectée de nymphomanie, a quarante-cinq ans, une taille et une force d'athlète. Non-seulement elle déchire tout ce qu'elle trouve, non-seulement elle frappe et blesse ses voisines; elle fait plus, elle les pervertit. Cette femme, qui ne voulait pas de vêtements, est d'une grande obscénité, et met tous ses soins à chercher à *s'enfermer avec une de ses compagnes*. Nous avons eu beaucoup de peine à lui faire porter une chemise; c'est le point sur lequel elle a cédé le plus difficilement. Elle consentit d'abord à se couvrir d'un jupon et d'une camisole, elle qui était restée longues années couchée nue sur la paille; mais ce ne fut que bien long-temps après que nous obtînmes la chemise.

Fernebach, âgée de quarante-deux ans, a une grande vigueur. Elle est en état de manie chronique rémittente, fort à craindre, et a besoin d'être contenue dans ses paroxysmes, car elle déchire alors et frappe avec fureur; mais dans ses moments de relâche elle aime le travail actif et s'y livre ardemment.

Rosi a trente-sept à trente-huit ans; ses traits, beaux et réguliers, ont contracté, sous l'action répétée de ses accès de fureur, un aspect tout-à-fait viril, que des cheveux noirs et droits, mêlés de blancs et coupés courts, sont loin d'adoucir. On la tenait constamment enfermée, et alors elle appelait quelquefois doucement près de sa grille ceux qu'elle voyait, pour leur faire du mal s'ils avaient l'imprudence de s'approcher. Cette malade se construisait des coiffures d'une grande bizarrerie avec la paille de son coucher, et je l'ai vue souvent couverte d'un immense casque de cette matière. Une fois elle s'était fait de sa couverture un costume de dominicain auquel rien ne manquait, pas même une certaine élégance. J'ai eu la plus grande peine à obtenir qu'on la fît sortir de sa prison: elle inspirait une profonde terreur. Il est quelque chose de plus difficile encore que de mettre en liberté des hommes aliénés c'est de faire ouvrir par des femmes les portes depuis longtemps fermées sur des femmes aliénées. Il y a trois ans et demi que j'ai l'honneur d'être chargé du service qui m'a été remis. Quand on me l'a confié, en mars 1841, quatorze malades du quartier des loges étaient continuellement enfermées et couchaient sur la paille dont le sol était jonché. J'ai mis tous mes soins à faire cesser cet état sauvage, et dix jours plus tard il n'y avait plus que quatre personnes ainsi traitées; toutes les autres avaient reçu des lits, des matelas et des draps qu'elles ne déchiraient point; mais ce sont ces quatre victimes dont l'affranchissement a été le plus laborieux et le plus pénible. Dix jours avaient suffi pour les dix premières, et il fut besoin de deux ans pour que les quatre autres eussent autant de soleil, d'exercice, d'air à respirer et de bons soins que nous leur en devions. Il n'y a que dix-huit mois à peine que j'ai obtenu ce que j'avais regardé comme possible, ce que j'avais voulu. Pour faire beaucoup de bien dans ce quartier des loges, il avait fallu la présence d'une sous-surveillante jeune, active, intelligente et ferme; pour accomplir tout le reste, il fallut une personne douce et religieuse, ne reculant jamais devant aucune difficulté, ne regardant rien comme impossible, ne faisant d'objection à quoi que ce fût, recevant toutes les idées de bien comme des ordres, n'employant jamais que sa patience et sa douceur pour éteindre les plus grandes colères, et puisant dans sa foi une force et des ressources presque toujours victorieuses.

La malade Rosi se promena donc, et au bout de quelque temps ses jambes amaigries reprirent de l'assurance et de la vigueur. Quand elle eut reconquis l'habitude de marcher, quand elle eut cet emploi de sa force, il lui en resta moins pour être méchante, elle ne fut plus aussi dangereuse; puis plus tard, beaucoup plus tard, elle ne fut plus aussi malpropre, et sa cellule cessa enfin d'être chaque matin souillée dans toutes ses parties jusqu'au plafond de l'enduit le plus infect. Ce fut une grande victoire.

Il me reste encore à parler d'une malade pour ce convoi du 18 juillet.

Mademoiselle Degland, âgée de quarante-huit ans, en état d'érotomanie chronique, sujette à de terribles accès de fureur jalouse, était de celles qu'on tint si longtemps renfermées. Je n'ai jamais vu rien de plus énergique que l'attitude de cette femme irritée; je n'ai jamais entendu de parole si rapide et si fortement accentuée que celle de ce pauvre être si déchu, si longuement battu et affaibli par la souffrance. On ne conçoit pas comment alors elle pouvait retrouver tout à coup une si grande puissance. Dans cette maison de cinq mille femmes, où il n'y a qu'un fort petit nombre d'hommes, elle s'est passionnée pour un de ceux qu'elle voyait chaque jour; elle s'est imaginé qu'il était son mari; et lorsqu'il adressait la parole à une autre malade et surtout à une des dames surveillantes, sa figure se colorait vivement, ses yeux étincelaient, elle proférait un torrent d'injures et se livrait à d'affreux transports de jalousie. Quand il arrivait à celui dont elle se croyait la femme, d'aller visiter le quartier à d'autres heures qu'au moment de la visite, quand elle le voyait hors de la présence de personnes jeunes et dans le cas d'exciter sa passion jalouse, alors elle prenait une expression touchante de confiance et de familiarité intimes; elle le remerciait d'être venu la voir; puis le lendemain matin, si elle apercevait d'autres personnes près de lui, elle lui reprochait avec les plus grossiers outrages l'oubli de ses devoirs, ses désordres, ses coupables excès nocturnes, l'altération de sa santé et la maigreur qui en faisaient foi. Malgré une figure sans régularité, sans correction, sans élégance; malgré les tristes et profonds ravages de sa maladie, elle était quelquefois vraiment belle pendant un instant; mais je l'ai vue plus belle au moment de partir, car elle était contente, radieuse et tout à fait vaincue par un jupon blanc.

C'était un délicieux spectacle que celui de ces trois malades, Fernebach, Rosi et Degland, assises ensemble dans l'avant-cour de leur quartier des loges, au moment où elles venaient de prendre leur repas, ayant toutes trois complétement changé de visage et pris un air de confiante bonté que je ne leur avais jamais si bien vu, répondant avec bienveillance à mes questions, à tout ce que je disais, accueillant mes compliments sur la propreté de leur costume, et me proposant de me faire voir le jupon de dessous dont la parfaite blancheur leur arrachait des éclats de rire. C'était un changement complet; et il dura long-temps, car il se maintint pendant le voyage et même encore après. Les malades Fernebach, Rosi, Degland ont soupé sans camisole à leur arrivée à Lille, et ont été fort sages. Il en a été de même des autres; elles ont toutes été débarrassées de leurs liens pour se mettre à table.

Le dernier départ pour Lille se fit le 25 juillet (1), et se composa

(1) C'était le second de ma section, et le troisième de la Salpêtrière pour cette destination. Il est parti le 18 juillet, 17 malades de ma section; le 23, 18 de celle de M. Baillarger; le 25, 15 de la mienne: en tout 50 qui, réunies aux 100 envoyées à Saint-Venant, forment un

rera la lithotritie ; mais un fait qui milite encore en faveur de la taille, c'est que l'on peut la pratiquer dans tous les cas chez les enfants, et presque toujours sans danger, tandis que la lithotritie est le plus souvent contre indiquée, ou du moins très fréquemment dangereuse.

Ce point une fois discuté, M. Guersant examine les moyens à mettre en usage, et les précautions à prendre pour préparer le malade à l'opération de la taille. On doit d'abord sonder à plusieurs reprises le sujet, afin de ne point risquer de pratiquer l'opération chez un individu dont la vessie ne contiendrait point de calcul, ou de confondre les plaques calcaires qui se trouvent quelquefois à la surface de la muqueuse avec une véritable pierre vésicale. Une fois que l'on a la conviction qu'il existe en effet un calcul, et que l'on s'est décidé soit pour l'une, soit pour l'autre opération, il s'agit de préparer le malade. On s'assure qu'il a été vacciné ; c'est un point dont on ne saurait s'enquérir avec trop d'attention, car la complication de variole qui surviendrait pendant le cours de la maladie, constituerait presque à coup sûr un cas mortel. Pendant huit à dix jours, on doit laisser l'enfant se promener dans les salles et les jardins, s'acclimater à l'hôpital, si nous pouvons nous exprimer ainsi ; des bains, quelques boissons émollientes et mucilagineuses, tels sont à peu près les seuls moyens préparatoires à conseiller. La veille de l'opération, on administrera un lavement, ainsi que le matin même du jour où l'on doit la pratiquer, afin de vider complétement le rectum des matières qu'il pourrait contenir.

M. Guersant préfère en général la taille bilatérale, qui présente des avantages que l'on ne retrouve point dans les autres. Dans la taille latéralisée, par exemple, le commencement de l'incision se fait sur le raphé. L'incision est dirigée à droite vers la tubérosité de l'ischion, et l'on a évité l'artère honteuse interne, l'artère transverse. Chez les très jeunes sujets, il faut faire une incision très peu étendue, pour ne point tomber sur l'un de ces vaisseaux. Les limites que l'on est obligé de donner à l'incision, s'opposent à ce que l'on puisse l'avoir suffisamment grande, et c'est souvent un obstacle à l'extraction du calcul quand il est volumineux. Dans la taille bi-latérale, au contraire, l'incision se fait des deux côtés, et il est rare qu'elle ne soit pas assez grande pour permettre facilement le passage des tenettes chargées. Sous le rapport de la sécurité relativement à la blessure de l'artère honteuse interne, la taille bilatérale offre encore un avantage immense.

La prostate, il est vrai, est divisée des deux côtés, tandis par l'autre méthode elle ne l'est que d'un côté. Mais c'est là une bien faible compensation des inconvénients qu'elle peut présenter. Dans la taille latéralisée, on peut facilement aller blesser le rectum ; dans la taille bilatérale, l'instrument passe au-dessus de l'intestin, dont on s'éloigne.

On met rarement en question de pratiquer la taille hypogastrique chez l'enfant, opération qui est toujours beaucoup plus grave que la taille périnéale. Ce n'est guère que chez les filles que l'on devrait quelquefois y avoir recours. Nous avons vu dans les salles de M. Guersant une jeune fille qui avait subi cette taille hypogastrique, et chez laquelle il était resté une incontinence d'urine. Cette infirmité aura probablement été la suite de ceci : que l'incision aura été trop rapprochée du col, et qu'elle aura influé sur la faiblesse de cette partie de l'organe.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'opération de la taille bilatérale, que nous supposons sans aucun doute connus de tous nos lecteurs. Nous recommanderons seulement aux opérateurs de se servir de préférence des cathéters les plus volumineux, ce qui facilite singulièrement l'opération de l'introduction du lithotome.

Dans le plus grand nombre des cas, on ne retire qu'une seule pierre. Lorsqu'il y en a plusieurs, on est obligé d'introduire les tenettes à plusieurs reprises. Disons en outre que très rarement il survient des hémorrhagies inquiétantes.

Aussitôt après l'opération, l'enfant doit être porté dans un bain tiède, à moins qu'il ne survienne une hémorrhagie, cas auquel on doit par prudence s'en abstenir. Dans cette circonstance aussi, l'on est quelquefois obligé d'employer la compression, que l'on exerce au moyen de morceaux d'agaric percés d'un trou par lequel passe une grosse sonde en gomme élastique pénétrant dans la vessie. Dans les cas où l'hémorrhagie serait très rebelle, on aurait recours à la canule de Dupuytren et à une compression plus complète à l'aide de bourdonnets de charpie. Pendant quelques jours, l'urine coule par la plaie. Le malade ne ressent que peu de douleurs. Si le bas-ventre devient sensible, quelques sangsues seront placées sur l'abdomen. Quelques grammes d'huile de ricin procureront une selle, dans les cas où il y aurait de la constipation. Les accidents inflammatoires qui pourraient se manifester, et qui, du reste sont rares, devront être combattus par les saignées locales, les émollients, les bains. Nous devons dire, du reste, que ces accidents, quand ils surviennent, sont ordinairement très fâcheux et déterminent souvent la mort.

Cas de grossesse extra-utérine dans lequel le fœtus, après avoir acquis un développement complet, a séjourné dans la cavité abdominale pendant deux autres gestations normales qui se sont terminées heureusement; par le docteur BACCHETTI.

On a observé un grand nombre de cas de grossesses extra-utérines qui ont présenté des phénomènes très variés dans leur siége, dans leur marche, et dans leur mode de terminaison. Ainsi on a trouvé des fœtus développés dans l'ovaire, dans la trompe de Fallope, dans la cavité péritonéale, et dans les parois même de l'utérus. On a vu également que ces grossesses ont présenté quelquefois presque tous les signes d'une gestation normale dans laquelle le fœtus a pu parvenir au neuvième mois avec des phénomènes semblables à ceux de l'accouchement, tandis que dans d'autres cas le fœtus est mort pendant les différentes périodes de la gestation, qui avait été annoncée par des phénomènes particuliers. On a trouvé que le fœtus pétrifié, ou converti en matière graisseuse, a pu rester impunément dans l'abdomen de la femme pendant plusieurs années, et quelquefois pendant toute sa vie. Souvent il est arrivé que le fœtus s'étant putréfié dans l'abdomen a causé une péritonite mortelle, ou une espèce d'empoisonnement par l'absorption purulente, et il y a des cas dans lesquels après la rupture du kyste, des débris du fœtus ont été éliminés spontanément à travers les parois mêmes de l'abdomen, ou par la voie des intestins, de la vessie, ou du vagin. On a enfin observé que dans quelques cas on a pu, par les moyens de l'art, extraire les débris du fœtus, ou même un fœtus entier et vivant, et sauver ainsi la mère et l'enfant. Néanmoins dans cette grande variété de cas, il est arrivé très rarement de trouver des grossesses extra-utérines qui aient offert en même temps : 1° le développement complet du fœtus; 2° son séjour dans l'abdomen de la mère pendant plusieurs années; 3° de nouvelles grossesses heureusement terminées.

Ces trois particularités, observées chez le même individu, m'ont paru dignes de fixer l'attention des praticiens.

Marie Petrucci, de Boscolongo (en Toscane), âgée de trente ans, d'une forte constitution, mariée depuis treize ans, mère de six enfants, sains et vigoureux, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'en décembre 1836 elle éprouva une suspension de règles avec tous les symptômes qu'elle avait eus dans ses grossesses précédentes. Trois mois après, elle s'aperçut que dans le côté droit du bas-ventre il y avait une tumeur circonscrite qui devenait de plus en plus saillante au dessus du pubis. A la même époque elle commença à éprouver des douleurs intestinales, et ressentit les mouvements du fœtus. Le développement du bas-ventre, et les mouvements du fœtus allèrent successivement en augmentant ; il survint une constipation opiniâtre, et les douleurs abdominales devinrent insupportables. Dans ce moment elle réclama les soins du docteur Franceschi, qui lui ordonna de légers purgatifs et des lavements. A la suite de cette médication la malade put arriver jusqu'au neuvième mois de la grossesse, et à cette époque elle présenta tous les symptômes d'un véritable travail d'accouchement ; les douleurs se montrèrent intermittentes, et la femme éprouva des contractions dans la tumeur du bas-ventre. Les douleurs se renouvelèrent après des intermittences de trois à quatre jours et, quinze jours après, un dernier effort fut suivi de symptômes alarmants ; mais bientôt les mouvements du fœtus et les douleurs cessèrent tout à coup. Pendant ce travail les mamelles gonflèrent, et la sécrétion du lait fut abondante. Depuis cette époque, elle n'éprouva d'autre symptôme qu'une pesanteur dans le bas-ventre, occasionnée par la tumeur, qui conservait toujours le même volume.

En janvier dernier, cinq mois après le faux travail d'accouchement, elle redevint enceinte, et neuf mois après elle mit au monde un enfant du sexe masculin bien conformé et bien portant. Elle avait eu soin, pendant la gestation, de soutenir le bas-ventre avec un bandage. Elle allaita son enfant, et, après son rétablissement, retourna à ses occupations ordinaires.

En juillet 1841, environ quatre ans après sa grossesse extra-utérine, cette femme redevint enceinte, et, sans avoir éprouvé de phénomènes remarquables, elle accoucha heureusement d'un autre garçon. L'allaitement de ce dernier enfant était déjà arrivé au dixième mois, lorsque la mère, jusque-là bien portante, ressentit des douleurs dans la tumeur abdominale, restée jusqu'alors stationnaire. Peu à peu cette tumeur devint molle et fluctuante ; des symptômes morbides survinrent dans les fonctions gastriques ; la fièvre se déclara avec des rémittences de froid bien marquées ; il y eut une diarrhée colliquative, et elle mourut le 11 février 1842, cinq ans et trois mois après sa grossesse extra-utérine.

Autopsie. — Le bas-ventre contenait un épanchement de liquide séro-purulent peu considérable ; on remarquait de grandes adhérences entre l'épiploon et les intestins, qui avaient été repoussés dans le côté gauche de l'abdomen. Du côté droit on trouva un kyste à peu près sphéroïdal, qui occupait presque entièrement cette région et avait des adhérences très nombreuses avec les intestins, l'estomac, le bord antérieur du foie et la vessie. Un abcès peu étendu existait entre le kyste et la surface inférieure du foie ; cet abcès contenait une matière très fétide et semi-liquide, et il communiquait avec le kyste par une ouverture de trois pouces. On trouva dans ce kyste un fœtus du sexe masculin parfaitement développé ; qui se conservait intact dans toutes ses parties à l'exception du crâne dont les os pariétaux étaient séparés et la masse encéphalique transformée en matière purulente. La surface du corps et surtout les membres étaient couverts d'un enduit jaunâtre. On ne trouva pas de traces du cordon ombilical et du placenta. Les parois du kyste étaient très épaisses à la partie inférieure ; sa partie interne était comme sillonnée et montrait parfaitement des fibres semblables à celles de l'utérus pendant la gestation. On voyait des traces de l'ovaire droit

---

de quinze malades : dix dans le compartiment de devant, et cinq dans la rotonde. Toutes ces malades sont parties dans le plus grand calme, et se sont maintenues dans le même état pendant la route. Une seule (Lesclabart), femme âgée, en démence, a fait quelques difficultés pour monter en diligence, mais sans pleurs, sans chagrin, et elle a cessé de faire entendre aucune plainte aussitôt qu'elle a été en voiture. Une épileptique (Roger), qui faisait partie du convoi, a eu deux attaques pendant le trajet ; mais cet accident n'a causé aucun embarras à la fille de service exercée qui était assise à côté d'elle. Une malade en démence prenait plaisir à distribuer, à chaque station, du tabac et de la boisson à ses compagnes. Une autre (Trouvé) ne voulait jamais manger, que sœur Sophie, qui descendait pour visiter ses malades de l'autre compartiment, ne fût remontée. Quand cette dernière est repartie, bon nombre des nouvelles habitantes de la maison de Lille, tant de celles du précédent voyage que de celui-ci, pleuraient et demandaient à revenir avec elle. Le calme et l'amabilité de mademoiselle Degland s'étaient peu maintenus, car elle avait donné au directeur de l'établissement ou à l'économe un coup assez violent pour le retenir au lit.

Il ne faut pas oublier de mentionner dans cette relation, qu'au passage à Ham, nos malades reçurent des marques de sollicitude et de bonté à l'hôtel de la poste, où l'on ne voulut absolument rien recevoir pour le café au lait qu'on leur avait fourni. A Douai, au lieu de gendarmes et de force armée, le maire, le sous-préfet et l'officier de gendarmerie se trouvèrent eux-mêmes au passage du convoi, et leur présence suffit pour maintenir l'ordre et pour rappeler le respect qui est dû à une si grande infortune.

J'ai senti pendant quelques jours un tourment qui avait tout le poids du remords. Une malade du premier convoi de Lille (Tollentin) m'avait pris à part au moment de monter en voiture, et m'avait dit qu'elle était fort affligée de nous quitter et qu'elle espérait que je la ferais revenir. Comme elle me réitéra plusieurs fois le chagrin qu'elle éprouvait, j'eus une vive tentation de déclarer qu'elle était hors d'état de partir et de provoquer son remplacement. Je ne le fis pas, et je m'en repentis lorsque je sus, au retour de la sœur qui l'avait conduite, que sa tristesse avait persisté toute la route et ne s'était pas dissipée à l'arrivée. « Je ne tarderai pas à mourir ici, disait-elle » Aussitôt que je sus cela, je demandai qu'on la fît revenir; mais on m'engagea à m'informer auparavant si son chagrin n'était pas dissipé, et l'on eut raison. J'écrivis à M. de Smytter, médecin de l'asile des aliénés de Lille : une lettre de lui, qui ne se fit pas long temps attendre, contenait le passage suivant :

« En réponse à votre lettre du 25 de ce mois, qui m'a été remise
» par une dame surveillante de votre hospice, j'ai l'avantage de vous
» donner des nouvelles de la nommée Tollentin, arrivée avec le premier
» convoi de femmes de la Salpêtrière. Cette bonne mère est moins
» triste que lors de son départ de Paris, et s'habitue à notre asile.
» Elle a été très sensible à votre charitable souvenir, et votre recom-
» mandation augmentera, s'il est possible, mes soins pour elle. »

Quand les départs de la Salpêtrière furent achevés, ceux de Bicêtre pour l'asile d'Armentières commencèrent, et ils continuent en ce moment de s'effectuer. Ce sont les mêmes voitures qui y sont employées, et les dispositions sont les mêmes que chez nous. Le moment du départ a été avancé d'une heure à cause du raccourcissement des jours. Les malades dînent entre quatre et cinq heures, sont entièrement vêtus de neuf : chemise, bas, pantalon, gilet, veste, mouchoir, casquette et souliers. Les gâteux ont des blouses neuves d'un fort coutil. Ils occupent le compartiment de devant, où ils sont accompagnés par un garçon de service. Les malades moins déchus montent dans la rotonde avec un autre homme de service ; un employé des bureaux ou un surveillant occupe la banquette de l'impériale. Le contingent d'Armentières est de 125 hommes de Bicêtre.

J'ai assisté à l'un de ces départs, celui du 2 août. Il s'est fait dans le plus grand ordre. Tous les aliénés de ce convoi étaient tranquilles. Le compartiment du devant était entièrement occupé par des gâteux en blouse. Aucun malade n'avait la camisole. On devait faire partir par le convoi suivant plusieurs malades agités.

Nous avons cru ne pas devoir attendre, pour publier cette note, que tous les départs fussent achevés; mais nous n'en continuerons pas moins d'observer les autres convois, et d'y recueillir ce qui pourra nous paraître encore digne d'attention. Nous attacherons également un grand prix à nous informer de l'état des malades qui ont quitté la Salpêtrière pour les différents asiles dans lesquels on vient de les placer.

Cette mesure peut être envisagée sous deux aspects, l'un relatif à l'administration, l'autre à la science et au traitement. Nous devons beaucoup plus nous occuper de ce dernier point de vue que du premier.

Il peut se faire que l'administration, quoique les frais de transport de quatre cents malades qu'elle éloigne en ce moment s'élèvent à 15,000 fr., et que les prix de journée qu'elle paye aux maisons départementales soient assez élevés (1), se trouve bien de débarrasser les autres aliénés du contact des plus bruyants et des plus destructeurs. Nous nous apercevons, depuis les départs effectués, d'un changement notable dans nos sections. Il y règne plus de silence et plus de propreté; on y déchire moins. Il est possible que, ne pouvant obtenir du conseil municipal les allocations indispensables pour faire des constructions, les hôpitaux de Paris aient dû, dans l'état d'encombrement où ils étaient, aviser à la détermination qu'ils ont prise. Puisqu'on ne pouvait s'entendre, et qu'on regorgeait de population, il a bien fallu la diminuer, et s'il y a eu quelque chose de pénible dans cette élimination, il faut reconnaître que l'administration s'est montrée ingénieuse à en tempérer les rigueurs.

Nous nous proposons d'examiner prochainement la question sous un autre point de vue. (*Annales médico-psycologique.*)

total de 150. Il en reste encore 50 à expédier de nos deux sections de malades en état chronique, pour la maison de Maréville.

(1) Les hôpitaux de Paris payent à la maison de Saint Venant, 1 fr. 15 c. de prix de journée pour chaque malade; à Lille. 1 fr. 20; à Armentières, 1 fr. 25 c. (ce sont des hommes); et à Maréville....

On nous invite à publier cette lettre adressée aux concurrents pour le prix d'Argenteuil.

Paris, 14 octobre 1844.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous savez qu'aux termes du testament de M. le marquis d'Argenteuil, le prix doit être accordé à l'auteur du *perfectionnement* le plus important apporté au traitement des rétrécissements de l'urètre, ou, à son défaut, au *perfectionnement* le plus important apporté au traitement des autres maladies des voies urinaires.

En conséquence, la commission vous prie de vouloir bien lui faire connaître, dans une description succincte, quels sont les perfectionnements que vous avez imaginés, et quelles sont les pages de votre travail où ces découvertes se trouvent consignées.

Veuillez agréer, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma parfaite considération.

Auguste BÉRARD,
Secrétaire de la Commission.

M. le Secrétaire prévient aussi que quelques compétiteurs n'ont pas fait connaître leur nom à la Commission ; il les invite à remplir cette formalité dans le plus bref délai possible.

N. B. Adresser la réponse au secrétariat de l'Académie, rue de Poitiers, 8.

M. Delestre commencera, le lundi 28 octobre, un nouveau Cours clinique, théorique et pratique des affections des dents. Tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudis et dimanches. Quai Conti, 5.

sur la surface inférieure du kyste. L'ovaire gauche et l'utérus étaient à l'état normal.

Les pièces qui montrent le fœtus et le kyste dans ses rapports avec l'utérus et l'ovaire gauche ont été déposées dans le Musée physio-pathologique de Pise. L'autopsie avait été faite par M. le docteur Grandi, en présence de MM. les docteurs Franceschi, Guerri et Lamberti.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 octobre. — Présidence de M. FERRUS.

M. Desportes demande quelques rectifications au procès-verbal sur son opinion relative à la commission d'Argenteuil. Il ne se souvient pas d'avoir dit ce que lui fait dire le procès-verbal. Mais il sait bien que le procès-verbal n'a pas reproduit ce qu'il a dit.

M. le secrétaire annuel répond qu'il n'a pas voulu reproduire, en effet, tout ce qu'a dit M. Desportes, parce que bien des choses échappent à l'improvisation qu'on serait fâché de voir consignées dans le procès-verbal. Ainsi, il se souvient bien que M. Desportes a appuyé l'adjonction de deux nouveaux membres à la commission pour paralyser une influence qu'on semble redouter; mais l'Académie lui saura gré sans doute de n'avoir pas consigné cette opinion dans le procès verbal.

— *M. Capuron* lit un rapport sur un mémoire de M. Négrier, professeur d'accouchements à l'École d'Angers, intitulé : De la crâniotomie, et d'un nouvel instrument pour pratiquer cette opération.

Le bruit qui règne dans la salle, l'inattention de l'assemblée et l'enrouement de l'orateur, nous empêchent de saisir un seul mot de ce rapport, dont les conclusions favorables sont adoptées (1).

— *M. Fiard* lit une note sur le nouveau vaccin qu'il a découvert avec M. Magendie. (Nous avons reproduit les principaux faits de ce travail dans nos compte-rendus de l'Académie des sciences.)

— *M.* ....., professeur adjoint à l'école de Tours, lit un mémoire sur les dangers que présente l'emploi dans l'économie domestique du vinaigre dans lequel on a fait mourir des cantharides.

— Après une discussion tumultueuse, M. *Velpeau* est appelé à la tribune pour compléter les renseignements sur l'anatomie pathologique de la tumeur présentée par cet enfant nouveau-né dont il a été question dans les deux dernières séances.

L'Académie se rappelle, dit M. Velpeau, que dans la dernière séance je regrettais de n'avoir à présenter qu'un fait incomplet à cause de la dissection peu avancée des pièces anatomiques. Elle se souvient aussi qu'une discussion s'éleva à ce sujet, et que les avis furent partagés, les opinions diverses. Aujourd'hui, l'examen attentif des pièces me permet de dire que nous avons tous commis des erreurs sur le fait en question. J'avouerai les miennes, bien convaincu que mes collègues en feront autant des leurs. Et d'abord, je prierai M. Blandin de bien préciser son objection sur l'absence de la dure-mère dans les parois du sac. Si j'ai bien compris, M. Blandin attribue cette absence à une éraillure qui se serait opérée dans la dure-mère, et qui n'aurait plus permis d'apercevoir cette membrane.

M. Blandin. Ce n'est pas tout à fait cela; j'ai soutenu que la tumeur n'avait qu'une seule cavité dans laquelle faisait hernie une portion de l'encéphale, et qu'il n'y avait pas de kyste indépendant.

M. Velpeau. Une dissection minutieuse a montré que les parois du kyste étaient tapissées par une fausse membrane tout à fait distincte de la dure-mère, dont on a pu suivre les dispositions.

La portion de l'encéphale herniée n'était pas le cervelet, mais une partie du lobe gauche du cerveau. On se souvient que j'avais remarqué une grande différence dans les deux lobes du cerveau; cette différence s'explique aujourd'hui, puisque c'est la partie postérieure de ce lobe qui faisait hernie. Dans ce lobe hernié, nous avons trouvé des caillots sanguins d'origine ancienne.

Quoique la tumeur fût volumineuse, le trou qui lui donnait passage dans l'os occipital était petit, et le pédicule de la tumeur était, relativement, fort mince. Ce trou était lui-même tapissé de fausses membranes.

Voilà le fait tel que la dissection anatomique le présente. Maintenant il y a une discussion à établir d'abord sur l'opportunité de l'opération, et sur la manière dont elle a été pratiquée.

Sur le premier point, il est évident pour moi que cet enfant ne pouvait pas vivre dans les conditions où il était; il fallait donc courir la seule chance qui se présentât, celle de l'opération.

Celle que j'ai pratiquée était-elle rationnelle? Je le crois. Il était d'abord impossible d'opérer la réduction de cette tumeur; une simple ligature n'aurait remédié à rien; l'excision simple du sac, pas davantage. Je crois donc que la ligature préalable du pédicule et l'excision étaient le meilleur mode d'opérer qu'il fût possible d'employer. Du reste, comme il n'existe pas d'exemple analogue dans la science, il est impossible de raisonner par analogie. L'opération d'ailleurs ne me rend pas compte de la mort de cet enfant, car il est rigoureusement possible de vivre, et de nombreux exemples en font foi, avec une perte du cerveau comparable à celle qu'a faite cet enfant.

La discussion sur ce sujet, sur la proposition de plusieurs membres, est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Auguste Bérard* lit une Note sur les pièces d'anatomie artificielle présentées à l'Académie par MM. les docteurs Carteaux et Chaillou.

Les pièces que MM. Carteaux et Chaillou soumettent à l'appréciation de l'Académie sont moulées sur nature par un procédé perfectionné qui n'a pas, comme le moulage au plâtre, l'inconvénient très grave d'affaisser des tissus privés de résistance vitale. L'emploi de ce moyen nouveau permet de saisir pour ainsi dire la nature sur le fait, et d'obtenir une empreinte qui donne ensuite une image en plein relief parfaitement identique à la pièce originale.

Cette image une fois obtenue, des épreuves sur cuir en nombre suffisant sont tirées par l'ingénieux procédé du repoussage. On pourrait également s'en procurer en carton; mais cette matière, outre qu'elle est accessible à l'humidité, est sujette à des retraits qui altèrent la régularité des formes primitives. Le cuir, au contraire, se prête merveilleusement au repoussage; il prend et conserve exactement la configuration qu'on lui imprime; il est à la fois solide et léger, apte à recevoir la couleur à l'huile et le vernis, et n'a nul besoin d'être placé sous verre, car si l'on doutait de la précieuse propriété qu'a cette substance de résister aux influences atmosphériques, il suffirait, pour être édifié à cet égard, d'examiner à l'hôtel de Cluny la belle conservation des antiques tapisseries de Cordoue.

Ainsi préparées, les pièces de MM. Carteaux et Chaillou présentent non pas une copie, mais la reproduction mathématiquement exacte de la nature morte. C'est, en un mot, la préparation anatomique telle que l'a faite le scalpel.

Quant à l'application de ces résultats à l'étude et à la pratique de la science, MM. Carteaux et Chaillou se proposent de publier d'abord une anatomie en rapport avec la médecine opératoire. Déjà même, ils sont en mesure de donner une série de pièces disposées pour servir à la ligature des artères. Ils passeront ensuite en revue les autres opérations, en s'attachant à reproduire les procédés généralement adoptés.

MM. Carteaux et Chaillou espèrent que leur travail, ainsi conçu, pourra trouver utilement sa place dans les centres d'instruction, et notamment dans ceux des contrées où les conditions de température apportent un obstacle insurmontable aux dissections. Ils croient aussi qu'il rendra un service réel aux praticiens éloignés des ressources de l'amphithéâtre, en leur offrant le moyen de se procurer celles des parties du corps humain qu'il leur importe le plus de connaître, et même de se former, sans déboursé considérable, un cabinet anatomique qu'ils pourront consulter en tout temps; car, bien que les sacrifices d'invention et de premier établissement aient été très onéreux pour les auteurs, ils sont néanmoins parvenus à rendre leurs produits accessibles aux fortunes les plus modérées.

— *M. Gibert* présente une demoiselle qu'il est parvenu à guérir d'une esthiomène de la face.

— *M. Nicolas* présente un enfant nouveau-né sur lequel les os de la partie supérieure du crâne ne se sont pas développés. Quoiqu'une partie du cerveau se soit écoulée pendant le travail de l'accouchement, cet enfant a vécu une heure et a poussé des cris.

La séance est levée après cinq heures.

(1) La réputation de l'auteur de ce travail, l'autorité et la célébrité du rapporteur, nous font vivement regretter de ne pouvoir rien reproduire et du travail et du rapport, qui touchent à un sujet si important de pratique obstétricale. Si l'Académie n'avait pas privé les journaux de la communication des pièces, nous n'aurions pas à exprimer ce regret. Tous les jours nous pourrions ainsi signaler le dommage fait à la science par cette mesure illibérale prise par l'Académie.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 4 septembre 1844. — Présidence de M. SOUBERBIELLE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté, après quelques rectifications demandées par MM. Giraldès et Forget.

— *La correspondance* renferme :

1° Une demande d'envoi de diplôme, avec le montant du coût, par M. Letengam (de Liverpool), membre correspondant;

2° Une lettre de M. Cazeaux, agrégé, avec envoi de sa thèse de concours Sur les kystes de l'ovaire. M. Cazeaux demande à faire partie de la Société.

MM. Larrey, Laborie et Giraldès, rapporteurs, sont chargés de rendre compte de son travail.

3° M. Cayetano Garoise, docteur en médecine et en chirurgie, professeur à l'université de la république Argentine, demande le titre de membre correspondant, et envoie plusieurs brochures, parmi lesquelles il fait remarquer sa thèse et celle sur la ligature de l'iliaque primitive, faite par lui avec succès;

4° M. Larrey fait présent à la Société des Mémoires de chirurgie militaire, et des campagnes de 1815 à 1840, par son père (cinq volumes);

5° M. Leblanc envoie sa Clinique vétérinaire, numéro de septembre.

— Remercîments de la Société à ces Messieurs.

— *M. Forget* rappelle un cas remarquable consigné dans un journal allemand. Il s'agit d'un tétanos terminé par la mort, et qui était survenu à la suite de l'excision d'un cor au pied, suivi de phlegmon et carie. Un journal belge annonce un autre cas également mortel, à la suite de l'opération de la fistule lacrymale.

A ce sujet, *M. Larrey* apprend à la Société que le malade dont il l'a entretenu à la dernière séance, est guéri, et qu'il ne lui reste plus qu'une certaine roideur du cou.

— *M. Caffe*, secrétaire-général, a la parole pour lire un rapport sur les travaux de M. le docteur Victor Stœber, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, *Sur la réorganisation médicale*.

M. Forget, tout en approuvant le but général de ce rapport, ainsi que les généreux sentiments et l'esprit progressif qui l'ont dicté, fait quelques réserves sur la forme d'abord, puis ensuite sur quelques vues et propositions de réformes médicales, desquelles la Société ne saurait sans inconvénients se faire solidaire.

M. Gillette, qui déplore plus que personne les désordres et les scandales qui affligent l'exercice de la médecine, et qui fait aussi tous ses efforts pour y remédier par l'association, parle cependant dans le même sens que M. Forget. Comme ce dernier, il fait surtout ses réserves, sur ce que contenait le rapport de relatif à la pratique de la médecine dans les hôpitaux.

M. Larrey est du même avis que M. Gillette.

M. Faivre, croyant que toutes les initiatives franches, hardies et généreuses peuvent appartenir à la Société; voudrait que le rapport de M. Caffe eût été adopté entièrement pour la forme et pour le fond.

Voici des fragments de ce rapport, tel que la Société, quoique le considérant comme un acte tout individuel, a cependant désiré qu'il fût modifié.

M. Caffe. Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur les écrits envoyés par M. Stœber, et parmi les travaux si recommandables de notre confrère sur la clinique des maladies des enfants, sur les eaux minérales de Humbourg, sur l'ophthalmologie et sur l'organisation médicale en France, je choisis ce dernier, couronné par la Société de médecine de Marseille, et qui répondait aux questions qu'elle avait posées sur cet important sujet en 1830.

Depuis cette époque le mal a fait des progrès bien rapides et bien profonds, malgré toutes les promesses, toutes les espérances et tous les efforts de quelques-uns d'entre nous, qui n'ont même pu apporter un allégeant palliatif.

Ici le rapporteur fait ressortir toute l'importance de cette question d'organisation médicale. Il montre que ce n'est pas tant l'instruction que le caractère et la direction primitive et morale qui manquent aux médecins. Il y a, dit-il, deux espèces de lumières, celle qui brûle et celle qui éclaire. Il montre les causes qui ralentissent les progrès pratiques de l'art; mais on n'est pas moins d'accord, dit-il, sur ce que l'état social des médecins devrait être amélioré. Mais pour cela il faut que la législation succède aux théories, l'immense majorité des médecins ne vit que dans cette espérance.

L'historien Hume, dit le rapporteur, a remarqué que les choses humaines peuvent arriver à un certain point d'abaissement qu'elles ne dépassent jamais. A ce point, il faut réagir en sens contraire, ou périr. Les hommes de science patientent et sacrifient trop souvent leurs droits au besoin d'ordre et de paix; mais les abus deviennent excessifs, la classe de citoyens qui les supporte doit s'annihiler ou se réformer. Or, la classe des vingt mille médecins de France ne peut s'anéantir. Malgré la force stationnaire qui de tout temps dans la société s'oppose plus ou moins sagement à la force d'impulsion, nous ne pouvons plus long-temps dire : « Laissez aller, laissez passer? »

Notre classe, continue M. Caffe, n'a rien gagné aux révolutions qui qui se sont succédé depuis cinquante ans; sans intelligence ni principes arrêtés. Les lumières, dit-on, se sont répandues, mais elles se sont affaiblies dans les sommités et ont perdu en profondeur ce qu'elles ont gagné en superficie. — Si les charlatans ont cessé de faire fortune dans les carrefours, les salons luxueux ont remplacé la calèche; et la publicité, la clarinette. Dans une époque peu casuiste, où l'argent vaut plus que l'hermine, il ne va pas toujours de préférence à celui-ci.

Cependant les médecins moraux et instruits constituent l'immense majorité, mais ils sont éclipsés, débordés, outragés par les industriels de toute sorte.

Ici le rapporteur fait le tableau le plus éloquent et le plus vrai des mœurs publiques actuelles; il montre comment leur dégradation, leur matérialisme avide n'ont pas le droit de faire le procès aux médecins qui, plus que d'autres classes, ont conservé les traditions du travail, de la probité peu productive. Il parle surtout du tiers-état des médecins qui est celle qui mérite le plus, et souffre davantage. Aussi c'est elle seule qui cherche successivement le remède à tant de maux. Les hauts dignitaires tolèrent volontiers un état malgré lequel ils prospèrent, et à l'autre extrémité morale, les charlatans, presque tous de basse extraction, n'ont nuls motifs de se respecter ni de rendre compte de leurs honteux instincts.

Ici M. Caffe parle sommairement de ce que proposent les nombreux ouvrages parus depuis dix ans sur la réorganisation médicale, et particulièrement celui très remarquable et si notable de M. le docteur Delasiauve. M. Caffe montre comment les médecins devraient être chargés de la santé publique, mais comment alors leur profession devrait leur assurer régulièrement leur existence pour qu'ils fussent à l'abri des mauvaises suggestions du besoin et des appâts de la réclame. Pour cela leur pratique devrait être une fonction publique, et dans les hôpitaux elle devrait être temporaire comme d'autres mandats.

Passant aux officiers de santé, il fait encore ressortir cette absurdité d'établir des sous-médecins, comme s'il y avait des sous-malades.

Parlant des concours, le rapporteur se plaint de l'altération qu'a subie leur esprit et par suite des résultats qu'il fournit. Il voudrait que, comme à la Faculté des lettres, les mêmes précautions fussent prises contre la séduction et la captation des juges.

M. Caffe montre qu'il faut que le malaise des médecins soit devenu bien grand, pour que les plus honorables d'entre eux proposent la création d'une maison de refuge, où seraient admis ceux qu'une longue et pure carrière a cependant laissés infirmes et pauvres...... Mais leur famille, qui souffre plus qu'eux encore, que gagnerait-elle à ce moyen, dont la pensée serre le cœur?

Le rapporteur insiste sur le besoin de faire entre nous ce que les avocats ont fait entre eux, mais en prenant encore bien plus de précautions dans l'élection des dignitaires. L'absence de l'union entre les médecins est peut-être la plus grande, la seule cause des souffrances et des désordres qui les affligent. Que l'association se fasse partout et fonde la connaissance, la surveillance et l'estime des uns pour les autres.

Tels sont aussi les sentiments et les espérances de M. Victor Stœber, à l'admission duquel M. Caffe conclut chaleureusement.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— *M. Laborie*. Nommé rapporteur de la commission que vous aviez chargée de vous rendre compte de la thèse de M. Camille Laurès, je viens vous soumettre une analyse de cet intéressant travail. La thèse de M. Laurès est intitulée : « Quelques considérations sur les ulcéra- » tions et les engorgements du col de la matrice, de leur traitement » par la cautérisation à l'aide du fer rouge.

Si la première partie du mémoire n'est pas importante, il n'en est pas de même de celle qui traite des nerfs de l'utérus. Nous ne pouvons nous dispenser d'en donner une analyse succincte, car c'est la donnée anatomique qui a été le point de départ de la nouvelle méthode de traitement des affections de l'utérus, et c'est sur elle qu'est basée la justification d'un procédé que quelques chirurgiens ont cru devoir repousser et même blâmer avec énergie.

Frappé de l'insensibilité manifeste de la partie du col utérin contenue au-dessous de l'insertion vaginale, M. Jobert voulut rechercher si l'étude anatomique des parties pouvait rendre compte de cette particularité, et, anatomiste habile, il interrogea successivement l'anatomie humaine et l'anatomie comparée. Toutes les dissections faites sur la femme d'abord, puis sur les femelles du singe et du lapin, sur les juments, sur les chiennes, sur les marmottes, etc., ont donné un résultat semblable quant au col utérin. Constamment les nerfs nombreux qui se rendent à l'utérus lorsqu'ils arrivent à la partie du col où a lieu l'insertion vaginale se dévient, et, abandonnant l'utérus, se rendent sur les parois du vagin, de telle sorte que toute la partie vaginale du col se trouve dépourvue de nerfs, comme si l'insertion du vagin leur présentait une barrière infranchissable.

Une fois qu'il eut reconnu cette singulière disposition, ce chirurgien fut convaincu que le col utérin pourrait supporter des opérations qu'il n'eût osé pratiquer dans la crainte de « provoquer une violente douleur » qui aurait pu se propager dans le bassin, dans les nombreux filets » nerveux qui s'y rencontraient, et ébranler ainsi toute l'économie. » (1)

M. Camille Laurès, après cet examen anatomique traite, dans un chapitre spécial, des ulcérations et engorgements du col de la matrice.

Après avoir étudié successivement l'étiologie, les signes, la forme, la marche, les symptômes, le pronostic des engorgements utérins et des ulcérations, M. Laurès arrive au traitement, et c'est la partie essentielle de la thèse.

Arrivons à l'examen de la nouvelle méthode de cautérisation à l'aide du fer rouge; je dis nouvelle, car s'il est juste de dire que Percy, Larrey et d'autres chirurgiens encore, avaient proposé et même appliqué la cautérisation avec le fer rouge dans certaines altérations utérines, il reste bien évidemment démontré que l'adoption définitive de ce moyen, que son appréciation rigoureuse, que les règles à suivre dans son application sont dues à M. Jobert.

1° Des cas dans lesquels on pourra avoir recours à la cautérisation.

Presque toutes les ulcérations qui peuvent siéger sur le col utérin, en en exceptant cependant les ulcérations simples décrites par M. Gosselin, et les ulcérations d'essence syphilitique, sont susceptibles d'être attaquées par le cautère actuel.

En faisant une si large part à cette médication, il est bien entendu que nous faisons des réserves que par avance chacun doit pressentir. Ainsi, par exemple, les ulcérations qui sur un col sain d'ailleurs succèdent à de petites éruptions miliaires se dissipent presque seules, et dans la majorité des cas disparaissent avec facilité après une simple cautérisation, soit avec l'azotate d'argent, soit avec le nitrate acide liquide de mercure. Mais si le col est hypertrophié, ramolli, saignant facilement, la cautérisation avec le fer rouge sera héroïque.

Ainsi M. Camille Laurès range parmi les cas qui réclament la cautérisation, les ulcérations exubérantes ou fongueuses, profondes, compliquées d'hémorrhagie, d'hypertrophie simple, d'engorgement avec ramollissement ou induration de l'organe. L'auteur dit en outre que M. Jobert applique le caustique même lorsqu'il n'y a pas d'ulcération.

Pour peu qu'on ait suivi un service de chirurgie, on a vu souvent des malades présentant un excès de volume du col utérin qui devaient à cette disposition de nombreux accidents, tels que d'abord un état d'irritation habituelle de la muqueuse vaginale, une pression douloureuse exercée d'une manière permanente sur le rectum par le col, car le plus souvent alors l'utérus se met en antéro-version. Les femmes ne marchent que péniblement; il y a de la lassitude, des douleurs lombaires, etc.

Ordinairement toute la série des médicaments fondants est mise en usage dans ces cas; et si le succès suit la médication, ce n'est que lentement et à la suite d'un de ces longs traitements pendant lesquels la malade s'épuise et sa constitution s'altère.

Nous avons vu M. Jobert obtenir une prompte cessation des accidents en recourant à la cautérisation. Après trois ou quatre cautérisations en partie par eschare, en partie par dégorgement, le col a repris son volume.

Il est encore une circonstance remarquable dans laquelle on aura recours à cette cautérisation, quoique le col ne paraisse offrir d'autre altération qu'une hypertrophie plus ou moins forte; c'est lorsque à la suite de cet état du col on voit surgir des accidents nerveux sympathiques tellement graves, que l'on serait tenté de croire à une lésion organique des plus profondes. Nous avons vu avec M. Jobert et M. Bouilland, une dame anglaise qui depuis plusieurs années était en proie à des douleurs nerveuses horribles siégeant dans le bassin et sur tout le tube digestif. Après avoir en vain cherché du soulagement dans les

(1) Extrait textuel du Mémoire de M. Jobert.

traitements les mieux suivis tant en Angleterre qu'en Allemagne, elle vint se mettre entre mains de M. Jobert, et après quelques cautérisations le col perdit promptement son excès de volume, et la malade fut guérie.

Il est enfin une lésion du col contre laquelle la cautérisation devient un moyen tout à fait spécifique, nous voulons parler de la formation sur la surface de l'organe, le plus souvent en dedans des lèvres, d'un véritable tissu érectile saignant avec la plus grande facilité sous l'influence du moindre contact, de l'irritation la moins vive. Cet état particulier du col, décrit déjà par notre ami M. le docteur A. Forget, a été plusieurs fois signalé par M. Jobert à l'hôpital St-Louis. Dans les cas de ce genre les femmes épuisées acquièrent promptement une teinte chlorotique qui peu à peu imprime à la physionomie, si le mal n'est pas entravé, l'aspect que donne une véritable cachexie cancéreuse. Quelques cautérisations détruisent le tissu nouveau, et la constitution, qui semblait profondément altérée, se modifie avec une extrême rapidité dès que la cause de l'épuisement est supprimée.

Enfin, pour terminer, disons que le cancer avec ou sans ulcération devra surtout être attaqué par le cautère actuel, quand il sera limité au col. Du reste, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer sur ce sujet à l'observation rapportée par M. Jobert à la suite de son mémoire.

2° De la manière de pratiquer la cautérisation. — Voici comment M. Laurès décrit le manuel opératoire :

« On emploie, pour pratiquer la cautérisation, des tiges de fer terminées par une extrémité renflée et un spéculum plein en ivoire qui » protége les parties environnantes en raison de la propriété dont jouit » la matière qui le forme d'être un mauvais conduit du calorique. » Après avoir abstergé avec un pinceau de charpie le muco-pus qui recouvre la surface ulcérée, on applique le fer sur elle en veillant à ce » qu'il soit rougi à blanc, pour qu'il n'adhère pas aux parties avec » lesquelles on le tient en contact : ce qui exposerait à arracher, en le » retirant, l'eschare qu'il a produite. »

3° Du mode d'action de la cautérisation. — Le premier effet est et doit être la production d'une eschare. Nous ne saurions, en effet, trop recommander de se servir d'un cautère rougi à blanc, car sans cette précaution la désorganisation n'est pas aussi complète, et l'on cause une irritation plus vive.

L'aspect de cette eschare est grisâtre; on peut lui donner sans crainte une étendue aussi grande que celle de la surface du col.

On serait tenté de croire que cette action désorganisante, jouissant d'une si grande puissance, doit jeter de la perturbation dans l'économie; il n'en est rien cependant. La règle est que, ni immédiatement, ni consécutivement, la malade n'éprouve la moindre réaction, et c'est un avantage immense.

Nous avons dit que la règle était que la femme ne souffrait pas; ce mal suppose donc des exceptions. Il y en a, en effet, et voici comment nous les expliquons :

Nous n'avons pas entendu dire aux malades, lorsque la cautérisation se limitait à la surface du col, qu'elles éprouvassent un sentiment de brûlure; mais, nous devons le dire, quelquefois elles accusent une douleur réelle; et quand nous avons cherché à analyser cette douleur, les malades nous ont appris qu'elles avaient senti une pression pénible. En effet, dans ces cas, l'application seule du doigt pressant un peu sur le col, déterminait une sensation analogue. C'était donc là un indice que le col, au-dessus du vagin, était malade lui-même; et en pressant sur la partie insensible on agissait médiatement sur la partie sensible. C'est sans doute cela qui a déterminé l'erreur des médecins qui ont dévolu à la partie vaginale du col une si vive sensibilité, et pour s'en convaincre on n'aura, lorsqu'on rencontrera cette prétendue sensibilité, qu'à se prémunir contre la cause de l'erreur en touchant le col sans le soulever et sans presser sur lui.

La douleur déterminée par le seul fait de la brûlure n'existera que dans deux cas : 1° si, par mégarde, on a laissé à nu une partie de la paroi vaginale, qui alors est brûlée par rayonnement; 2° lorsque l'on se trouvera dans la nécessité d'introduire le cautère assez profondément dans l'orifice du col pour arriver au niveau de la partie sus-vaginale. Après la cautérisation, les malades regagnent leur lit comme si elles avaient subi un simple examen au spéculum; quelques malades du dehors retournent chez elles, et ne prennent même pas le soin de se coucher.

M. Laurès, qui a suivi avec le plus grand soin les femmes soumises à la cautérisation, dit : « Le ventre, les régions iliaques ne sont pas » plus douloureux qu'après les cautérisations faites avec les caustiques; » la miction des urines, la défécation n'éprouvent pas de changements; » le pouls n'offre point de variations dans sa fréquence, ni dans sa » force. »

Huit ou dix jours après, une nouvelle cautérisation peut être faite, car le plus souvent l'eschare est tombée. A sa place, on trouve une belle surface suppurante; le col a diminué de volume. La chute de cette eschare, chez quelques femmes, se fait plus lentement; mais on peut donner huit ou dix jours, comme moyenne, pour sa complète élimination.

Nous avons cru remarquer que l'eschare se détachait à peu près dans le même temps, quel que fût l'état du col; seulement, nous considérons comme annonçant sa chute complète, un écoulement purulent plus abondant, plus épais, et sans odeur.

Quand on a obtenu l'effet voulu par la cautérisation dans les cas d'hypertrophie du col, on laisse la cicatrice se faire. Rien de particulier à dire sur la manière dont elle se fait. Contentons-nous de dire qu'elle est complète généralement douze ou quinze jours après la dernière cautérisation. La plaie se couvre d'une pellicule fine si transparente, qu'on pourrait croire que la cicatrice n'existe pas; pour reconnaître si elle existe réellement, nous indiquons le moyen signalé par M. Lisfranc. On fera avec un pinceau fin et doux quelques frictions légères sur la surface du col; s'il ne s'écoule pas de sang, la cicatrice est obtenue. Quand on a cautérisé pour détruire des ulcérations de quelque nature que ce soit, on ne doit cesser l'application du feu que lorsque la plaie présente une surface bien égale, sans bosselures, quand partout son aspect est rose, uniforme, et que le liquide qu'elle secrète est franchement purulent.

M. Laurès le dit dans sa thèse, je puis également l'affirmer, dans aucun cas la moindre réaction douloureuse n'a suivi la cautérisation. Est-ce un remède infaillible? Non, sans doute; mais jamais on ne pourra trouver un modificateur plus puissant, et jamais bistouri ne pourra mieux et plus souvent détruire ce qu'une saine chirurgie ne doit pas laisser persister.

Neuf observations seulement sont rapportées à la suite de la thèse de M. Laurès. Nous regrettons qu'il n'ait pas jugé convenable d'en transcrire un plus grand nombre et de les donner avec plus de détails. En résumé, messieurs, nous sommes heureux d'avoir été chargé de vous faire connaître l'œuvre de M. Laurès, c'est un travail bien fait dans lequel on trouve l'exposition d'une méthode encore peu répandue sans doute, mais qui ne peut manquer d'acquérir des partisans en raison de sa puissance et en même temps de son innocuité. Nous devons savoir gré à M. Laurès de la manière dont son sujet a été traité. Je crois devoir vous proposer de voter son admission comme membre de la Société médicale d'émulation.

M. Giraldès, à propos de l'opinion qui a décidé M. Robert à employer le fer rouge, à savoir qu'il n'existe pas de nerfs dans le col utérin, établit, au contraire, dans cet organe, l'existence de filets nerveux, en se fondant sur la fonction de sécrétion qui les y nécessite, aussi bien que sur les phénomènes de sensibilité qu'éprouvent beaucoup de malades vers cette région. D'ailleurs, le fer rouge peut souvent être porté sans plus de réaction que dans le cas actuel sur des parties éminemment nerveuses; ce n'est donc pas là une preuve.

M. Larrey rappelle des faits de la pratique de son père, confirmant entièrement l'opinion de M. Giraldès. Larrey père en faisait usage sans produire de grande douleur, même contre l'érysipèle.

M. Piedagnel cite des faits prouvant la sensibilité du col, faisant remarquer d'ailleurs que les muqueuses ne sont guère douloureuses en général qu'auprès des orifices. Il peut donc y avoir des nerfs dans le col, mais s'ils appartiennent à la vie végétative, ils ne sentent pas.

M. Forget cite bien un fait de cautérisation très douloureuse; mais le vagin avait été touché faute de précautions suffisantes, ce qui prouverait la sensibilité du vagin dans tous ses points.

— Selon les conclusions du rapport, M. le docteur Camille Laurès est reçu membre de la Société.

Le secrétaire particulier, Dr S. Faivre.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la nature et le traitement d'une cause peu connue et fréquente de rétention d'urine; par M. A. Mercier, ancien interne des hôpitaux, etc. (1844.) Chez Labé; in-8° de 370 pages.

Après avoir, il y a trois ou quatre ans, signalé dans un travail remarquable, l'hypertrophie de la prostate comme cause fréquente de rétention d'urine, M. Mercier n'a point cru avoir épuisé le sujet qu'il avait si laborieusement entrepris de traiter; la cause nouvelle est rarement indiquée; ce qu'il signale aujourd'hui, c'est la présence d'une sorte de valvule anormale qui se forme à l'intérieur du col vésical, sous l'influence soit de l'âge, soit de certaines affections chroniques des voies urinaires, valvule en forme de soupape, obstruant d'autant plus exactement l'orifice vésical de l'urètre, que la pression exercée par l'urine est plus considérable. Des recherches anatomiques minutieuses ont démontré à M. Mercier que c'était par un mécanisme de soupape ou de valvule, et non par la simple contraction du sphincter que l'urine était retenue dans la vessie, et que cette valvule se déplissait par la contraction des fibres musculaires du plan postérieur de la vessie. Lorsque, par une cause quelconque, ces fibres ne peuvent plus se contracter suffisamment, ou du moins déplisser suffisamment la soupape valvulaire, l'obstacle au cours de l'urine subsiste pathologiquement, et la permanence de la valvule détermine une rétention d'urine. C'est à l'année 1836 que remontent les premières publications de M. Mercier sur ce sujet. Depuis, il a rassemblé des matériaux assez nombreux et assez complets pour en constituer un corps d'ouvrage important.

Après un historique complet dans lequel il établit ses titres à la découverte de cette lésion, l'auteur examine successivement les causes des valvules permanentes du col de la vessie; au premier rang il trouve une proéminence particulière du bord postérieur du col de la vessie, fréquente chez l'enfant; la blennorrhagie aiguë qui détermine la contraction du faisceau musculaire qui forme le col de la vessie, et par conséquent une saillie permanente du bord postérieure de cet orifice, l'urétrite simple, quelle qu'en soit la cause, la masturbation, la présence du calcul vésical, les rétrécissements de l'urètre, etc. Le vice herpétique, rhumatismal, goutteux, la cystite, les affections du rectum et de l'intestin, ne lui paraissent pas non plus sans influence sur leur production.

Ces causes, longuement examinées, ainsi que les moyens d'arriver au diagnostic de la lésion dont nous parlons, M. Mercier arrive au traitement qui forme la partie la plus importante et la plus détaillée de l'ouvrage. La première indication est, sans contredit, de rétablir le cours de l'urine par le cathétérisme. On devra traiter ensuite l'état général et en même temps combattre l'état local, chercher à déterminer la cause sous l'influence de laquelle s'est produite la valvule vésicale dont nous parlons.

Les bougies, les sondes métalliques et élastiques, sont le sujet de paragraphes intéressants, dans lesquels l'auteur passe en revue les avantages et les inconvénients de chaque méthode opératoire. Puis les mouchetures, la cautérisation, les injections, sont l'une après l'autre examinées en détail, puis enfin l'auteur arrive au point le plus intéressant de ses recherches, à la discussion et à la description des trois seules méthodes qui lui semblent applicables au traitement des valvules de la vessie : la dépression, l'excision et l'incision.

Pour M. Mercier, la dépression n'est le plus souvent qu'un moyen palliatif; le véritable, le seul moyen curatif, c'est l'instrument tranchant. C'est dans cette persuasion qu'il a fait fabriquer trois instruments destinés à pratiquer la section de ces brides valvulaires, opération dont il s'est, dans l'immense majorité des cas, bien trouvé, et à l'aide de laquelle il a obtenu des succès nombreux.

L'auteur termine son ouvrage par quelques considérations sur la maladie dont était affecté J.-J. Rousseau, et qu'il considère comme une simple valvule musculaire du col de la vessie. Ce livre, d'un jeune auteur qui a déjà pris un rang distingué dans la spécialité des voies urinaires, et qui dénote un observateur expérimenté et un anatomiste habile, ne peut manquer d'être lu avec fruit par les praticiens.

NOUVELLES.

M. Jourdain, médecin principal de 1re classe à l'hôpital de Bayonne est décédé.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur (officier), MM. Philippe, chirurgien principal de 2e classe en Algérie; (chevaliers) Sancery, chirurgien-major de 1re classe au 14e léger, Warmé, id. au 50e de ligne; Chevalier, id. au 9e cuirrassiers, Macquin, chirurgien-major de 2e classe au 66e de ligne; Falières, id. au 18e léger; Mignot, id. au 11e dragons, Durontgé, id. au 3e léger; Aussenac, id. au 13e léger; Laforet, chirurgien aide-major de 2e classe en Algérie; Compagnon, chirurgien aide-major commissionné au 15e léger.

— M. Scoutetten, chirurgien de 1re classe, premier professeur à l'hôpital de Strasbourg, passe à l'école d'application de Metz.

La SIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, complétant le tome deuxième, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle contient la fin des Maladies des reins, et une partie des Maladies de la vessie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 26 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 126. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne

Sommaire.

PARIS, 25 OCTOBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La formule de M. Bouillaud pour le traitement des inflammations aiguës a donné de très beaux résultats à M. Vigla, suppléant de M. Honoré à l'Hôtel-Dieu, contre le rhumatisme articulaire aigu. Chez l'un des malades on a fait, dans l'espace de trois jours, cinq saignées et trois applications de sangsues. A la cinquième saignée, les symptômes ont cédé complétement, et le douzième jour le malade mangeait les trois quarts. Le rhumatisme était général. Un autre malade dans le même cas a été saigné quatre fois de suite. Entré le mercredi à l'hôpital, il était en convalescence le dimanche. Lundi dernier, treizième jour après le commencement du traitement, il mangeait la portion. Rien qu'à la joie avec laquelle cet homme, très reconnaissant envers la méthode, agite ses membres, on se fait une idée de l'acuité des douleurs qu'il a souffertes. Enfin, dans un troisième cas, un rhumatisme général des articulations a été maîtrisé dans l'espace de trois jours, ou plutôt de deux jours, du samedi au lundi, au moyen de quatre saignées de 300 grammes seulement, le sujet n'étant pas robuste. Le lundi il ne ressentait qu'un peu de douleur à l'un des poignets. D'autres rhumatisants ont éprouvé des effets aussi heureux de la méthode de M. Bouillaud. On a reproché à cet éminent professeur de n'avoir pas les honneurs de l'invention. Nous savons tous que, dans les plaies de poitrine, J.-L. Petit et les chirurgiens de son temps faisaient des saignées nombreuses et rapprochées. Mauriceau emploie l'expression même de *saignées coup sur coup*, et se reproche, dans un cas, de n'avoir *pas assez rapproché les saignées*. Il faut tenir compte à ces chirurgiens de la vue partielle qui les faisait agir. Mais une vue partielle ne sera jamais l'âme d'une méthode, ou, si l'on veut, sa base. Etudier l'inflammation partout où elle se présente, considérer sa marche ascendante, seulement interrompue un instant lorsque la soustraction de ses matériaux n'est pas progressive comme elle, et de cette large vue déduire une règle thérapeutique commune à tous les cas; déterminer ensuite, d'après les faits, les circonstances qui doivent faire varier l'application de cette règle, voilà créer une méthode, et c'est là, pensons-nous, ce que M. Bouillaud a réalisé.

— M. Honoré a vu, cette année, à l'hôpital ou en ville, des fièvres rémittentes ou intermittentes revêtir les signes de la fièvre typhoïde. En trois jours, à l'aide du sulfate de quinine, il a fait passer une de ces pseudo-typhoïdes de l'état le plus grave à la convalescence franche. C'est ici que l'art est personnel. La doctrine est de peu de secours. La perspicacité de l'artiste fait tout. Il faut suivre d'un œil attentif la marche de la maladie. Si quelque indice d'intermittence se fait jour, si la constitution épidémique est d'ailleurs tournée à l'intermittence, on administre 50 ou 60 centigrammes de sulfate de quinine, deux jours de suite. C'est la pierre de touche. Si l'on a été trompé par les apparences, on n'a pas à craindre d'avoir aggravé la position du malade. Nous avons vu chez un élève distingué des hôpitaux, M. Roussel, attaché à un service de médecine de la Charité, un de ces cas dans lesquels l'esprit hésite anxieusement entre l'idée d'une fièvre typhoïde et celle d'une fièvre intermittente. Sur des signes habilement saisis par M. Cayol, le sulfate de quinine fut administré, et la question fut tranchée à l'avantage de l'art et du patient. Dans un de nos articles nous avons parlé de fièvres typhoïdes à forme intermittente qu'un médecin habile a combattues heureusement par le sulfate de quinine. A l'avenir il faudra être très attentif à la nature de ces fièvres, dans lesquelles il se pourrait que l'élément typhoïde fût purement supposé. On ne peut s'étonner de la coïncidence de la fièvre typhoïde et de la fièvre intermittente durant une épidémie, puisque ces deux maladies paraissent également miasmatiques.

Ce sujet a fourni à M. Vigla l'occasion de rappeler deux faits anciens du service de M. Honoré, dans lesquels des hommes étaient entrés avec du délire et un état général tel qu'on les aurait crus prochainement perdus, tandis que le lendemain, la rémission des accidents était complète, et fit ressortir l'indication du sulfate de quinine, souverain dans ces cas. C'étaient des fièvres intermittentes pernicieuses encéphaliques, comme nos médecins militaires en voient par milliers en Afrique. C'est ainsi qu'un homme peut entrer à l'hôpital dans l'intermittence d'un deuxième ou troisième accès pernicieux, avec des signes légers d'irritation gastro-intestinale, par exemple, qui laisseront le médecin dans une parfaite sécurité, et succomber le lendemain à un troisième accès. Il n'est pas sans utilité, à ce propos, de recommander aux médecins des hôpitaux de Paris, que les jeux de l'intermittence surprennent toujours beaucoup, la lecture de l'excellent livre de M. Maillot sur les fièvres intermittentes du nord de l'Afrique.

— Nous avons vu dans le même service plusieurs cas de névralgie brachio-faciale. Dans l'un, les doigts médius et indicateur étaient alternativement engourdis et affectés d'un fourmillement douloureux. Une douleur se faisait sentir au-dessus de la clavicule dans le siége du plexus cervical. Des vésicatoires volants répétés sur les points douloureux ont amené la guérison. Sur un homme dès long-temps privé de l'usage de ses deux membres supérieurs atrophiés, M. Vigla a pu remonter à une névralgie cervico-brachiale. Notre dernier article a montré qu'on ne sait pas tout ce que les simples névralgies périphériques sont capables de produire en fait de paralysie.

— M. Marotte, qui est chargé d'un service à l'hôpital Saint-Louis, a retiré d'assez bons effets du valérianate de zinc dans les névralgies. On en administre cinq centigrammes par jour. Il paraît que l'acide valérianique est le principe actif de la valériane, et à ce titre on comprendrait son efficacité sous un petit volume : condition bien avantageuse, quand on pense surtout à la quantité de valériane ou au nombre de pilules de Méglin que l'on est obligé de prescrire pour obtenir une sédation peu certaine.

— Le sulfate de quinine reste le moyen par excellence dans les névralgies périodiques. Une prosopalgie du côté droit qui revenait avec une certaine régularité, a été coupée dès la première administration de ce médicament (M. Vigla).

— Un homme entre dans le service confié à M. Vigla avec un ictère général, un délire violent, du tremblement et de la fièvre. On le saigne plusieurs fois sans succès (avance-t-on); il dort pendant vingt-cinq heures, et l'amendement se prononce. Peut-on dire qu'il n'a pas été amélioré par les saignées, lorsque la sensibilité cérébro-spinale, si troublée, a éprouvé un effet sédatif tel qu'elle a été enrayée pendant vingt-cinq heures? Nous ne chercherons pas à éclaircir un fait si obscur. Contentons-nous de rappeler que la plus étroite sympathie lie l'appareil gastro-duodéno hépatique au cerveau. Cette sympathie a frappé les observateurs les plus étrangers aux sciences médicales. Richelieu disait au père Joseph, à propos de l'abbé de Saint-Cyran (Duvergier de Hauranne) : « C'est un Basque, et a les entrailles chaudes et ardentes par tempérament. Cette ardeur excessive lui envoie à la tête des vapeurs dont se forment ses imaginations mélancholiques qu'il prend pour des réflexions spéculatives et pour des inspirations du Saint-Esprit. »

— Un malade de la même salle est affecté d'amaurose saturnine. Nous consacrerons prochainement un article spécial à l'intoxication par le plomb. Le fait que nous avons cité dernièrement exige de nouveaux développements.

— M. Andral, et tous ceux qui suivaient sa visite, ont été frappés, un de ces derniers jours, d'un symptôme présenté par une jeune fille typhoïde. Cette malade, au moment où M. Andral arriva près de son lit, se mit à tirer la langue sans qu'on le lui eût demandé. Elle la tirait et la rentrait; la langue était d'ailleurs tremblotante, comme convulsive. La malade ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait. Elle était stupéfiée. Il y avait de l'anxiété dans le mouvement qu'elle effectuait. M. Andral supposa que c'était là une manifestation de l'instinct, et que ce mouvement dénotait une soif ardente. En effet, il cessa lorsqu'on eut donné à boire à la malade. Ceux qui ont quelque teinture de psychologie ne pourront s'empêcher de méditer sur ce fait, où l'on voit l'instinct à l'état de force déterminante complétement indépendante de la raison.

— Une femme du même service, affectée d'hypertrophie du foie, éprouvait une douleur vive dans l'organe malade. 60 centigrammes de calomel ont fait cesser la douleur.

— Une autre malade de M. Andral est la contre-épreuve des faits de M. Vigla sur la méthode par les saignées à court intervalle dans le rhumatisme articulaire aigu. Cette malheureuse jeune femme n'est entrée à l'hôpital que le huitième jour de la maladie. Chez elle on lui avait fait prendre des bains de vapeur. Outre que le malade traîne en longueur, et qu'elle souffre extrêmement, elle est condamnée à une affection organique du cœur, dont le traitement jugulant l'eût préservée s'il avait pu être appliqué en temps opportun. Son cœur fait entendre un bruit de souffle à l'état typique.

— M. Monneret, pendant les derniers temps de son *interim* à la Charité (service de M. Andral), a expérimenté la cautérisation pharyngienne avec l'ammoniaque sur une femme âgée, atteinte de catarrhe bronchique avec dyspnée intense et production de râles bruyants et étendus. Le soulagement a été immédiat, et il ne semble pas possible d'invoquer une simple coïncidence. D'ailleurs, dans un autre service du même hôpital, celui du savant et habile M. Rayer, ce moyen a été expérimenté un assez grand nombre de fois et les résultats ont été satisfaisants. Seulement M. Rayer a jugé à propos de substituer la cautérisation palatine à la cautérisation pharyngienne, qui n'est pas sans présenter de graves dangers. Le premier malade sur lequel on cautérisa le pharynx éprouva des accidents qui, pendant un instant, firent entrevoir la nécessité de pratiquer la trachéotomie. Chose singulière! il inspirait, l'air entrait dans le larynx; mais il ne pouvait expirer, l'air ne sortait pas : l'anxiété du malade était extrême, et son état, comme nous venons de le dire, inspira l'inquiétude la plus vive. Cette inquiétude fut de courte durée. Mais les accidents pourraient se prolonger, et cette prolongation, à moins d'une extrémité opératoire, douteuse dans ses résultats, aurait la mort pour effet. Nous ne parlons pas d'après ce que nous avons vu; mais les détails qui précèdent nous sont fournis par un jeune médecin digne de confiance, M. le docteur Bouchut, chef de clinique de M. Rayer, qui a fait l'opération. La cautérisation palatine donne les mêmes résultats avantageux que la cautérisation pharyngienne et ne présente pas les mêmes dangers; elle est donc préférable. L'indication de ce mode de traitement se trouve dans les catarrhes pulmonaires chroniques avec dyspnée. On trempe un pinceau dans un mélange de deux tiers d'ammoniaque liquide avec un tiers d'eau, et on touche rapidement le pharynx ou mieux le palais. La sensation éprouvée par le malade n'est pas la douleur de la cautérisation, c'est celle bien connue qui suit l'aspiration forte de la vapeur d'ammoniaque. Le mode d'action du moyen, comme celui de la plupart des moyens thérapeutiques qui ne sont pas mécaniques, est des plus obscurs. L'explication tirée de l'électricité est une pure hypothèse. L'idée d'une révulsion comme celle que produit la pommade ammoniacale appliquée au sinciput dans les cas de cataracte ou d'amaurose, n'est pas admissible en raison du peu d'intensité de l'action escharotique. Il semblerait plus juste de supposer une action sédative spéciale, élective, de la vapeur ammoniacale sur la muqueuse bronchique. Mais alors la nature de la sensibilité de cette muqueuse serait bien différente de la nature de la sensibilité des muqueuses oculaire et nasale, à moins de faire intervenir la loi homœopathique.

— M. Furnari, dans un article dont la partie scientifique a dû être généralement goûtée, vient de reprendre la question ophthalmologique à l'ordre du jour, celle de la spécificité des ophthalmies; des faits nombreux que nous avons observés depuis peu dans divers hôpitaux, particulièrement à la clinique ophthalmologique de la Pitié, nous engagent à le suivre sur ce terrain.

La question est double, comme chacun sait; elle est anatomique et étiologique. Il s'agit de savoir : 1° si l'inflammation peut affecter séparément les différents tissus de l'œil; 2° non pas s'il y a des ophthalmies spécifiques, mais s'il existe des signes locaux spécifiques de ces ophthalmies, ce qui est bien différent. Sur le premier point, M. Furnari partage les opinions de MM. Bérard et Velpeau, contre celles de M. Gerdy, qui s'était fondé sur l'exiguïté de l'œil pour nier les variétés anatomiques de l'inflammation dans cet organe. On a objecté avec raison que les couches des parois d'un intestin sont aussi très rapprochées, et que cependant rien n'est plus vrai que leur inflammation isolée. Il peut donc y avoir une conjonctivite, une sclérotite, une choroïdite, une rétinite. Quant à la kératite et à l'iritis, leur complète individualité est si flagrante qu'il est superflu de chercher à la démontrer; seulement la sclérotite, la choroïdite et la rétinite sont plus ou moins obscures; et, tout en devant les admettre théoriquement, on conçoit la réserve du *praticien* à leur égard.

Il ne nous paraît pas douteux que la cataracte ne soit due à une maladie de la capsule cristalline. Jamais un produit de sécrétion ne s'altère de lui-même. Voilà donc encore une localisation. D'ailleurs, on a décrit une périphakite. M. Gerdy, outre son argument *métrique*, ou, si l'on veut, *anatomique*, avait élevé une objection tirée de la pathologie : La conjonctivite purulente ne vide-t-elle pas l'œil quelquefois en fondant la cornée? Personne ne le conteste; mais parce qu'une inflammation peut s'étendre ou détruire les moyens d'existence d'une partie voisine, est-ce une raison pour la déshériter de son siége primitif, et faut-il nier la pneumonie lobulaire parce qu'elle peut devenir lobaire, ou l'entérite parce qu'elle peut devenir entéro colite? Avec une synthèse trop absolue, comme il est évident que l'inflammation se répète quelquefois du dedans au dehors, on en viendrait à dire qu'il y a une inflammation du corps humain, ce qui serait infiniment trop simple. Il y a pourtant une spécificité anatomique que nous contestons fortement, que nous nions même jusqu'à meilleure démonstration; c'est la cyclite, que son nom euphonique ne préservera pas de l'oubli. Nous avons été la chercher à son berceau; nous avons vu des kératites ulcéreuses avec le demi-cercle ou le quart de cercle, en un mot avec un cercle plus ou moins complet de vaisseaux fins autour de la cornée; nous

avons vu, comme toujours, ce cercle en rapport de siége et d'étendue avec l'ulcère kératique ; nous n'avons pas été assez heureux pour voir une seule cyclite pure, c'est-à-dire indépendante d'une maladie de la cornée.

M. Bérard a fondé sur la cyclite l'explication de la photophobie. Les mouvements de l'iris ne pouvant avoir lieu sans que des tractions s'exercent sur le cercle ciliaire, et ce cercle étant douloureux, puisqu'il est enflammé, le malade évite la lumière qui aurait pour résultat de faire contracter la pupille, c'est-à-dire de faire tirer douloureusement sur le ligament ciliaire. Cette explication est très ingénieuse, et ferait désirer qu'il y eût une cyclite ; mais ni l'explication, ni la cyclite ne sont indispensables pour comprendre la photophobie. La lumière est l'excitant naturel de la cornée et de l'iris, et lorsque la sensibilité de ces membranes est exagérée par l'inflammation, il est parfaitement simple qu'elles se refusent à subir un excitant dont l'effet serait d'exagérer une sensibilité déjà exagérée.

Quant au second point de la question, celui qui a rapport à la spécificité de la *nature* des ophthalmies, et non plus à la spécificité de leur *siége*, encore une fois il ne s'agit pas de savoir *s'il y a des ophthalmies spécifiques*, ce dont personne ne doute (qui voudrait nier l'iritis syphilitique?). Il s'agit de savoir si une maladie spécifique de l'œil étant donnée, cette maladie peut servir, à elle seule, et comme premier symptôme, à diagnostiquer une affection générale constitutionnelle. Dans ces derniers termes, la question s'atténue extrêmement.

A notre connaissance, il n'est pas d'usage qu'un malade ne présente au médecin que son œil ou ses yeux malades, en cachant le reste de son individu. Cela pourrait arriver en Turquie, où l'on tâte le pouls à travers un voile ; mais dans nos climats, le malade se montre tout entier, et quand il n'est pas stupide on peut le faire parler ; de sorte qu'on jouit de son présent et de son passé. Avec cela on n'a pas besoin de lui regarder dans l'œil pour savoir s'il a eu la vérole. Le diagnostic n'est pas une chose si facile qu'il faille se priver de lumières. Si donc on parvient à trouver des signes locaux certains des ophthalmies spécifiques, on devra en tenir compte et les faire concourir au diagnostic de la diathèse : mais celui-ci doit avoir d'autres points de départ. Il ne paraît pas d'ailleurs que l'on soit bien avancé sur ces signes, si nous en jugeons du moins par cette phrase : « Lorsque la maladie (l'ophthalmie scrofuleuse) s'étend sur la cornée, celle ci prend un aspect terne, s'ulcère et se ramollit. » Voilà des signes bien spéciaux en effet, et l'ophthalmie simple a des procédés bien peu délicats de revêtir intégralement ces signes, tout comme s'ils lui appartenaient !

En définitive : *anatomiquement*, il y a autant de variétés d'inflammation qu'il y a de couches distinctes dans l'œil ; *étiologiquement*, il y a des inflammations spécifiques de l'œil. Quant à la question de savoir si la spécificité peut être déduite des signes locaux, premièrement il s'en faut qu'on ait les éléments nécessaires pour la résoudre ; secondement elle est de peu d'intérêt, les antécédents et l'état du sujet fournissant les matériaux du diagnostic quant à la diathèse. Il ferait beau voir un oculiste affirmer une iritis syphilitique chez un homme qui déclarerait positivement n'avoir jamais eu aucun accident vénérien.

— Un professeur pratique la division sous-cutanée du sphincter pour la fissure anale. Il y a là une question de doctrine renouvelée de Boyer. Ce serait le spasme du sphincter qui serait le principal, la fissure serait secondaire. Il ne s'agirait alors que de couper le sphincter pour guérir la fissure. Au moins Boyer divisait l'un et l'autre : quelque chose était coupé inutilement ; mais il n'en résultait que plus de douleur pendant l'opération et plus de lenteur dans la cicatrisation, la guérison n'avait pas moins lieu. Aujourd'hui on respecte les téguments, par conséquent la fissure ; on ne coupe que le muscle, et un suppose le malade guéri. Quinze jours se passent, et les douleurs renaissent. Comme le patient n'a garde de revenir, on suppose la cure définitive. Nous avons connaissance du cas d'un jeune homme qui a été opéré deux fois de cette manière, et qui n'est point guéri. C'est qu'en effet, le spasme du sphincter n'est pas plus le principal que ne l'est celui de l'orbiculaire des paupières lié à une irritation de la conjonctive palpébrale. C'est la fissure qui est la maladie ; le spasme n'est que consécutif. La crevasse du sein, analogue de la fissure anale, n'a pas besoin d'un sphincter pour exciter les plus vives douleurs. Si l'on disait que la bouche de l'enfant remplace le sphincter, il faudrait pousser le principe jusqu'à la conséquence thérapeutique, et débrider l'orbiculaire labial de l'enfant sous la peau. L'incision sous-cutanée du sphincter est donc une opération sans avenir. On touche là, d'ailleurs, à une porte qu'il est bon de ne pas affaiblir.

— M. Chassaignac a opéré jeudi dernier un cryptocèle susbyoïdien. La tumeur était globuleuse, du volume d'une très grosse noix. Elle offrait une certaine rénitence ; sa nature était douteuse. M. Chassaignac y a fait une ponction exploratrice. Il en est sorti une humeur sébacée analogue à un amas de grains de semoule très rapprochés et gras, dans laquelle se trouvaient quelques poils. La tumeur vidée, l'intérieur du kyste a été touché avec un crayon de nitrate d'argent, comme on le fait pour les cryptocèles des paupières. On a dû introduire dans la poche une mèche de charpie. Nous avons vu avec plaisir M. Chassaignac adopter la nomenclature que nous avons proposée dans un de nos articles. Le siége de ce cryptocèle est aussi celui d'une tumeur ganglionnaire dont nous avons vu plusieurs exemples dans le service de M. Velpeau, qui l'extirpe toujours, et avec raison, car elle est irréductible. Cette tumeur est dure, sans rénitence, moins superficielle que l'autre ; car les ganglions lymphatiques sont sous l'aponévrose ou entre les muscles, tandis que le cryptocèle est tout à fait sous cutané.

— M. Vidal (de Cassis) vient d'opérer une hydrocèle par incision dans les circonstances suivantes. Un jeune homme portait une double hydrocèle ; la gauche était plus ancienne et plus volumineuse que la droite, et avait été opérée plusieurs fois. M. Vidal a dû supposer un état particulier de la vaginale, et l'exception dans l'anatomie pathologique l'a conduit à l'exception opératoire. Une incision a été faite du côté droit, et on a constaté en effet un état granuleux de la séreuse qui donnait au doigt la sensation du sable adhérant aux parois d'un vase dans lequel une urine sédimenteuse a séjourné long-temps, ou encore celle que fait éprouver le dessous d'une boîte d'allumettes chimiques. Une mèche de charpie a été introduite dans la séreuse, qui s'est enflammée et a contracté adhérence avec elle-même. Par une synergie bien remarquable, l'hydrocèle du côté gauche, l'ancienne hydrocèle, a disparu sous l'influence de l'irritation voisine.

— M. Marchal (de Calvi) vient d'appliquer avec succès la solution d'extrait de ratanhia, dans les mêmes proportions que pour la fissure anale, aux crevasses du mamelon, si fréquentes chez les nourrices. Il est parti de l'analogie ou plutôt de l'identité de nature de la crevasse du sein et de la fissure anale. M. Blache a expérimenté ce moyen dans deux cas, et le résultat a été aussi prompt qu'avantageux. Une femme qui souffrait horriblement et qui ne pouvait continuer à nourrir son enfant, a pu donner le sein au bout de trois jours de l'application du topique. Nous ne pouvons qu'engager les médecins à essayer un mode de traitement qui donne de si belles espérances.

— Samedi prochain, nous dirons notre mot sur l'hydrencéphalocèle qui a tant occupé l'Académie. X....

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Résumé général et mouvement du service pendant l'année clinique 1843 — 1844.

Pleurésies. Fièvres typhoïdes. (2e article)

Les pleurésies ont été, de même que les pneumonies, fort peu nombreuses pendant le cours de la clinique de cette année. Du 1er novembre au 1er avril, nous n'en avons observé que cinq, parmi lesquelles un cas de mort. Cette proportion nous a semblé énorme. Pendant les années précédentes, nous en avions dans nos salles, terme moyen, quinze ou vingt, nombre sur lequel nous n'avions souvent pas un seul cas de mort. Cette année, l'examen particulier des cas nous a fait constater des lésions très graves, et cette circonstance nous a fourni l'occasion de vous rappeler que, bien que bénignes dans le plus grand nombre des cas, la pleurésie n'est pas toujours innocente.

La pleurésie avec épanchement est du nombre des maladies dans lesquelles la mort peut survenir d'une manière subite. Le malade qui a succombé était dans des conditions très graves. Cependant nous étions loin de redouter une terminaison funeste aussi prompte, lorsque au jour et au moment où nous y pensions le moins, il a cessé de vivre subitement. A ce propos, nous avons insisté sur la fréquence de cet accident, que l'on rencontre principalement dans les cas où le cœur est déplacé par l'épanchement et fortement repoussé à droite. Nous avons, pour notre part, observé déjà cinq ou six fois des terminaisons de ce genre, et nous ne saurions trop répéter aux jeunes gens qui suivent la pratique des hôpitaux, de se tenir en garde contre cette catastrophe imprévue. Le pronostic est tout pour les gens du monde ; il est plus important que le diagnostic, et un jeune médecin entre les mains duquel un malade affecté d'épanchement pleurétique viendrait à succomber ainsi subitement sans que les parents eussent été prévenus de la possibilité d'un pareil événement, serait à tout jamais perdu de réputation. Il importe donc beaucoup dans les affections où, comme dans celles-ci, l'issue est presque toujours heureuse, de ne point cependant laisser ignorer aux parents ou aux personnes qui environnent le malade, qu'une mauvaise terminaison n'est point impossible.

Parmi les cas de pleurésie les plus redoutables, nous devons citer la pleurésie double ; celle bornée à un seul côté, mais dans laquelle l'épanchement est tellement considérable, que le cœur est refoulé du côté opposé ; la pleurésie purulente. Il est assez difficile de déterminer si l'épanchement pleurétique est formé de sérosité simplement, ou si le liquide séreux est mélangé de pus ; cependant, lorsqu'il n'y a pas de fièvre, on est naturellement porté à croire qu'il n'y a pas de pus dans la cavité pleurale ; qu'il y en a, au contraire, lorsque la fièvre est intense. Cette dernière forme se termine souvent d'une manière funeste. Nous ne voulons pas dire, d'après cela, que la pleurésie avec épanchement très considérable et refoulement du cœur ne soit pas susceptible de guérison ; nous en avons observé l'année dernière un exemple fort remarquable. L'âge est une condition défavorable en pareille circonstance, et il est rare qu'il y ait terminaison heureuse passé soixante-dix ans. M. Louis avait pensé que la pleurésie, lorsqu'elle était exempte de complication de tubercules, n'est jamais une affection dangereuse. Sur ce point, nous sommes en désaccord avec cet observateur distingué. Le malade que nous avons perdu cette année ne présentait aucune trace de tubercules. Mais nous avons trouvé chez lui le poumon comprimé, ratatiné, si nous pouvons nous exprimer ainsi ; de plus, il y avait des fausses membranes très épaisses, des adhérences très considérables. Dans des circonstances pareilles, lorsque le poumon a été ainsi aplati pendant long-temps, qu'il a perdu son ressort et son élasticité, la guérison est difficile et souvent même impossible. Le sujet dont nous avons eu la mort à déplorer, a offert un exemple de cette terminaison soudaine et imprévue dont nous venons de vous entretenir.

Fièvres typhoïdes.

Le nombre des malades atteints de fièvres typhoïdes a été de vingt-deux. Nous rapprocherons ces faits d'un nombre beaucoup plus élevé, comprenant tous les cas que nous avons observés depuis onze ans, et qui s'élèvent à 564. Un résumé de cette étendue peut offrir des données de quelque intérêt, surtout quand on les rapproche des résultats contenus dans le résumé partiel de cette année. La première chose qui nous frappa dans l'examen de ces faits, c'est la différence qui existe parmi les hommes et parmi les femmes, relativement à cette maladie. Sur vingt-deux cas, nous trouvons dix-neuf hommes et trois femmes ; cette proportion de six à un en faveur des hommes a lieu de nous étonner, car elle n'est pas ordinaire. L'an dernier, en particulier, nous avons eu quarante-neuf hommes et trente-deux femmes ; proportion considérable certainement, mais non comparable à celle de cette dernière saison. La fréquence de cette affection chez l'homme, cette année, a donc été anormale. Terme moyen, et consultant notre tre relevé général, nous comptons deux hommes pour une femme.

La mortalité n'a pas été la même chez les hommes et chez les femmes. Sur les trois femmes dont nous venons de parler, une mort. Sur les dix neuf hommes, quatre morts seulement ; un peu moins du quart. Dans nos 564 faits, nous trouvons de même que la mortalité a été plus considérable chez les femmes que chez les hommes. Chez ces derniers, un mort sur six malades ; chez les femmes, une mort sur cinq.

L'âge, qui a une si grande influence sur le pronostic de la pneumonie, n'a pas une valeur aussi considérable pour celui de la fièvre typhoïde. Cette année nous avons eu, pour la fièvre typhoïde, sept sujets âgés de quinze à vingt ans ; dans cette période de la vie, où l'on ne meurt presque jamais de pneumonie, nous avons perdu trois sujets sur sept ; près de la moitié. De vingt à trente-cinq ans, nous avons eu également trois morts. Au-dessus de trente-cinq ans, tous ont guéri. De même, en consultant notre résumé général, nous avons trouvé la plus grande mortalité de quinze à vingt ans.

Nous avons étudié avec le plus grand soin l'influence que la longueur du séjour à Paris peut exercer sur la gravité et sur la durée de l'affection. Dans le cours de cette année, cinq sujets affectés de fièvre typhoïde habitaient Paris depuis moins d'un an. Un seulement a succombé. Quatre étaient dans la seconde année de leur séjour dans la capitale. Il en est mort un. Pour le résumé général, nous trouvons pour la première année du séjour, une mortalité d'un cinquième ; pour la seconde année, d'un tiers. Passé ces deux années, elle est moindre qu'un cinquième, et diminue de plus en plus.

Une question fort grave est celle-ci : Les saisons ont-elles une influence sur la production, la durée de la maladie et sur la mortalité ? Nous n'avons pu éclairer cette question qu'à l'aide de notre grand résumé de 564 cas, et nous sommes arrivé à ce résultat que les différences ne sont pas très grandes selon les saisons. Dans l'hiver, la mortalité a été d'un peu plus d'un cinquième. Dans l'été, d'un cinquième seulement. Nous avons eu cette année deux faits assez remarquables relativement aux conditions dans lesquelles la maladie s'est développée. Les deux sujets dont nous parlons ont été pris, pendant leur séjour à l'hôpital, de l'affection typhoïde.

Ces faits peuvent sembler de peu d'importance, et cependant, pour nous, ils ont une grande valeur. Je ne possédais encore, il y a trois ans, qu'un seul cas d'un malade pris de fièvre typhoïde pendant son séjour à l'hôpital. Ce sujet était entré pour une blennorrhagie, et ce fut dix jours après son admission dans notre service que se déclara la fièvre typhoïde. L'année dernière nous eûmes à observer un cas semblable. Dans le cours de cette année, il y en a deux chez lesquels la maladie se déclara dans des circonstances analogues. Ce qui, à nos yeux, donne une certaine importance à ce fait, c'est que quelques auteurs regardent, comme vous le savez, la fièvre typhoïde comme une maladie contagieuse, tandis que d'autres s'obstinent à nier cette contagion, et prétendent que les faits ne viennent point à l'appui de l'opinion de la contagion.

Pour nous, nous nous adressons cette question : Si la fièvre typhoïde est contagieuse, comment se fait-il que parmi les malades qui entrent à l'hôtel-Dieu pour se faire traiter d'autres affections, il n'y en ait point qui contractent la fièvre typhoïde ? Ces faits, on le voit, acquièrent tout de suite une grande importance du moment qu'ils amènent à soulever cette question de la contagion qui, depuis plus de vingt ans, divise en deux camps les praticiens. Cependant il faut, à cet égard, réduire l'observation à sa juste valeur. La plupart des sujets que nous avons à traiter d'autres affections peuvent avoir eu déjà la fièvre typhoïde ; ils peuvent aussi n'être pas aptes à la contracter. Si elle est contagieuse, il faut nécessairement admettre qu'elle ne l'est point à un très haut degré, ou bien peut-être, ces principes contagieux se perdent-ils bientôt et subissent-ils, si nous pouvons nous servir de cette expression, une sorte de décomposition ? Un sujet aussi obscur que la contagion de la fièvre typhoïde renferme des possibilités sans nombre. Le fait de la rareté excessive de la maladie typhoïde se développant chez des malades pendant leur séjour à l'hôpital, ce fait est important.

Lorsque quelques circonstances, quelques observations, viennent montrer des faits contradictoires, ils méritent de la part du praticien une grande attention, sans être cependant de nature à prouver à eux seuls la contagion. Nous le répétons, la rareté des cas de fièvre typhoïde contractée dans les hôpitaux sera toujours une arme puissante contre l'opinion des contagionistes.

Les deux malades qui ont présenté cette particularité sont : une femme couchée au n° 3 de la salle Saint-Bernard, entrée le 8 janvier pour une affection de l'utérus, à Paris depuis un an ; elle l'avait habité pendant cinq ans à une époque antérieure. L'autre était placée au n° 4 de la même salle, entrée pour une affection de l'estomac, sortie le 30 novembre, et qui fut prise cinq jours après d'une fièvre typhoïde pour laquelle

elle rentra à l'Hôtel-Dieu.

Un assez grand nombre de circonstances portaient à croire que la maladie qui nous occupe est en effet contagieuse. Cette opinion a repris un certain crédit, et quelques faits ont paru lui donner du poids. Mais, pour nous, ces faits sont plutôt des exemples du typhus contagieux; or, la différence qui existe entre ces deux affections a été clairement et longuement établie par Hildenbrand. Selon cet auteur, il y a deux sortes de typhus, un spontané, un contagieux. Dans le typhus spontané, l'éruption ne se montrerait que vers le neuvième jour, huit jours plus tard que dans le typhus contagieux. Le point le plus important, ce serait d'établir que les lésions anatomiques sont les mêmes dans le typhus contagieux que dans le typhus spontané. Si cette identité de lésion était démontrée, l'identité de nature ne serait plus l'objet d'aucun doute. Une fois la maladie produite spontanément, elle pourrait se développer, peut-être sans avoir la même violence que le typhus contagieux, mais enfin elle se contracterait. Parmi les maladies aiguës qui ont quelques phénomènes inflammatoires, il n'y a que celles qui sont contagieuses qui ne se reproduisent jamais chez les sujets qui les ont eues une première fois. La rougeole, la variole, la scarlatine sont dans ce cas. Cherchez une inflammation proprement dite et franche qui ne puisse pas se reproduire plusieurs fois chez le même individu, vous n'en trouverez pas. C'est là le caractère des affections contagieuses, de ne se montrer qu'une seule fois. Par cela seul que la fièvre typhoïde ne se reproduit pas, il y a à croire qu'elle peut être contagieuse, et cette circonstance donne une grande valeur à l'opinion des contagionistes.

Jusqu'à cette année, jusqu'à ce qu'un fait authentique de récidive de la maladie typhoïde se fût présenté à nous, nous n'avions jamais observé deux fois cette affection chez le même sujet; car nous sommes d'avis que l'on ne doit pas beaucoup ajouter foi à ce que disent les malades qui affirment avoir eu déjà la maladie. Cette année, voici un fait dont nous avons été témoin.

Un sujet, couché au n° 12 de la salle Sainte-Agnès, fut admis avec des phénomènes typhoïdes bien caractérisés. Vers le quatorzième jour, il parut entrer en convalescence. Pendant trois ou quatre jours, il se levait et commençait à prendre des aliments. Au bout de ce temps, il fut repris de céphalalgie, avec fièvre, insomnie; une éruption typhoïde qui ne s'était pas montrée d'abord, quelques épistaxis; enfin, nous vîmes se dérouler une seconde fois tous les symptômes de la maladie typhoïde. Dans ce cas, y a-t-il eu récidive de la fièvre typhoïde, ou seulement rémission extrême entre le commencement et la fin de la maladie?

Nous avons cette année étudié, indépendamment de ces circonstances générales, quelques autres phénomènes particuliers de l'histoire de la maladie typhoïde. Sous le rapport du pronostic, nous avons cherché à déterminer la durée de la maladie. Voici, pour quelques points, les résultats auxquels nous sommes arrivé. Nous devons avertir ici que l'on ne trouvera pas toujours le chiffre de vingt-deux malades; ce qui s'explique par ceci, que tous les malades n'ont pas eu toujours assez d'intelligence pour nous donner les renseignements nécessaires.

Cette année, huit de nos vingt-deux malades ont été pris de phénomènes typhoïdes sans prodromes; ils n'avaient pas, pour nous servir d'une expression vulgaire, traîné pendant quelques jours avant de tomber malades. Sur ces huit malades, nous n'avons eu qu'un mort. Sur le reste de la série, il y a eu une mortalité d'un quart. Voilà les résultats de cette année, portant sur l'observation de seize malades. En 1843, sur cinquante-cinq malades qui n'ont présenté aucuns prodromes, cinq sont morts, un sur onze; sur trente-sept qui avaient déclaré avoir traîné pendant quelques jours, la mortalité avait été de onze, un sur trois. Nos résultats de ces deux années se confirment.

Frisson initial. — Nous avons observé l'invasion sans frisson initial quatre fois; un mort. En 1843, nous avons eu trente et une fois l'invasion sans frisson; mortalité, huit. Lorsque le frisson initial s'est montré, nous avons eu cette année une mortalité d'un douzième; l'année dernière, elle avait été d'un neuvième.

Nous avons cherché à étudier la fréquence de certains symptômes comme pouvant aider au diagnostic. La céphalalgie a eu lieu chez tous les malades qui ont pu répondre. Sur quatorze sujets, douze ont éprouvé des étourdissements. L'épistaxis a été observée moins fréquemment. Sur quatorze sujets, nous ne l'avons constatée que trois fois; l'année dernière, sur quatre-vingt-sept malades, trente-neuf en avaient été affectés. Ainsi, cette année, l'épistaxis aurait été rare; l'année dernière, près de la moitié des sujets en ont présenté.

(*La fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 9 octobre 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Chassaignac* présente une tumeur de nature érectile offrant le volume d'une olive, et qu'il a extraite, chez un enfant, de la cavité du rectum, aux parois duquel elle tenait par un pédicule étroit. Ce pédicule était assez résistant pour qu'il fût possible d'exercer sur lui, sans en produire la déchirure, une traction capable d'amener la tumeur à l'extérieur de l'anus. Avant d'enlever celle-ci, M. Chassaignac eut soin, dans le but de prévenir une hémorrhagie possible, de pratiquer une ligature sur le pédicule. L'opération étant faite, la ligature remonta dans le rectum, et ses deux chefs, pendants au dehors de l'anus, furent attachés à un petit rouleau de linge, ce qui permit plus tard de retirer le fil après la section du pédicule.

M. Chassaignac a déjà observé des tumeurs de ce genre chez de jeunes enfants qui n'avaient pas dépassé la sixième année. L'un d'eux s'était présenté à la consultation de M. Piédagnel, à St-Antoine. Le même mode opératoire a été appliqué chez tous, et il n'a été suivi, chez aucun, d'accidents fâcheux.

— Le même membre présente une tumeur fibreuse du volume d'un œuf de poule et de forme sphéroïdale, qui faisait saillie par les deux tiers de sa surface dans la cavité de l'utérus sur la paroi postérieure de laquelle elle était implantée. Cette tumeur avait été recueillie sur le cadavre d'une femme qui avait depuis deux ans des hémorrhagies fréquentes, et qui a succombé à une fièvre grave. Les parois de l'utérus avaient augmenté d'épaisseur et présentaient le degré de développement qu'elles offrent ordinairement à deux mois de grossesse. Le col de l'organe avait conservé toute sa longueur, de telle sorte qu'on ne pouvait arriver à la tumeur par l'orifice qu'à travers un canal long et étroit.

M. Guersant, à l'occasion de la première pièce, dit qu'il a rencontré, tant à son hôpital que dans sa pratique particulière, cinq ou six cas de ces tumeurs pédiculées du rectum; il en a traité quelques-unes par l'excision, et il a toujours vu une hémorrhagie être la suite de cette opération; il a traité les autres par la ligature, et toujours avec succès. Il signale, à propos de ces petits polypes du rectum, une erreur de diagnostic possible: plusieurs des enfants qui lui ont été présentés étaient sujets à un flux de sang abondant qui les avait mis dans un état anémique prononcé; ce flux chez la plupart avait été regardé comme tenant à la constitution chétive du sujet, et combattu en conséquence par les ferrugineux et les toniques de toutes sortes. Un examen attentif de l'extrémité inférieure de l'intestin, qu'il ne faut jamais négliger en pareil cas, a pu seul faire reconnaître la véritable cause du flux sanguin, et mettre sur la voie de la véritable thérapeutique qui lui convient.

— *M. Bérard* demande la parole à propos de la seconde communication de M. Chassaignac. Selon lui, on aurait pu attaquer avec quelques chances de succès le corps fibreux renfermé dans la matrice qu'il a sous les les yeux, si toutefois on eut pu connaître son siége et son volume durant la vie de la malade. Il cite, à l'appui de cette doctrine, quatre opérations faites par M. Amussat avec des résultats divers. Pour atteindre de pareilles tumeurs, ce praticien n'a pas reculé devant un large débridement du col utérin et l'incision de la muqueuse et du tissu propre de l'organe qui recouvre le col fibreux. Dans les deux cas ou il a pu au moyen de ces incisions appliquer des érignes sur la production accidentelle et l'enlever, les deux malades ont guéris. Dans deux autres cas, il n'a pas été aussi heureux; n'ayant pu extirper le corps fibreux il l'a laissé en place, comptant que l'utérus l'expulserait par ses contractions propres. Mais la mort des deux malades est arrivée avant cette heureuse terminaison.

M. Huguier regarde, comme M. Bérard, que le diagnostic du siége et du volume de ces tumeurs est une condition préalable indispensable au choix du traitement qu'elles réclament. Il fait connaître à ce propos un moyen qu'il emploie depuis quelque temps pour diagnostiquer les corps fibreux saillants dans la cavité utérine, d'avec ceux qui sont placés dans l'épaisseur des parois de l'organe ou qui sont multiples, et d'avec l'engorgement simple du corps de la matrice. Ce moyen consiste à introduire un long stylet ou une sonde métallique dans la cavité du corps de l'organe; si cette cavité est vide, le stylet ne s'enfonce pas à plus de trois à cinq pouces; si, au contraire, elle est remplie par un polype, l'instrument pénétrera profondément, et l'étendue qu'il parcourt donnera la mesure de la longueur de la cavité utérine et du polype qu'elle renferme.

M. Michon ne croit pas que les opérations dont a parlé M. Bérard soient sans danger, même quand on parvient à énucléer ces tumeurs parasites, et il n'admet pas que M. Amussat les ait faites le premier. Il a vu, pendant son internat à l'Hôtel Dieu, Dupuytren extirper un corps fibreux placé dans l'épaisseur du col de l'utérus, et cette opération être suivie d'une hémorrhagie qui nécessita le tamponnement du vagin: la malade succomba à une inflammation du tissu cellulaire du petit bassin. M. Michon croit; en outre, que le moyen de diagnostic signalé par M. Huguier est employé depuis long-temps par M. Récamier.

M. Chassaignac ne condamne pas d'une manière absolue les tentatives d'opération que l'on peut diriger contre les tumeurs fibreuses placées dans la cavité utérine. Mais il trouve que celles qui ont été exposées par M. Bérard laissent beaucoup à désirer; rien ne dirige l'opérateur sur la direction et la profondeur qu'il doit donner à l'incision qu'il a à pratiquer sur le tissu utérin pour arriver à la tumeur.

— *M. Robert* rend compte de l'autopsie du blessé dont il a entretenu la Société dans la précédente séance. L'hémorrhagie à laquelle celui-ci a succombé était fournie, comme il le pensait, par l'artère poplitée. Ce vaisseau était dilacéré et allongé dans une partie de son étendue; il était, dans une autre, le siége d'une suppuration qui avait amené sa perforation.

— *M. Lenoir* montre à la Société le malade sur lequel il a enlevé une grande partie de la peau des bourses affectée d'éléphantiasis. La plaie d'opération, aujourd'hui complétement fermée, laisse à sa place une cicatrice à peu près linéaire placée sur la ligne médiane, et répondant à la cloison du dartos; la peau qui constitue actuellement les bourses est blanche et mince, et n'offre aucune trace de l'altération qui a nécessité l'opération.

— *M. Huguier* met sous les yeux de la Société plusieurs instruments dont il se sert pour dilater graduellement le col de l'utérus; ce sont de longues pinces qu'on introduit fermées dans l'organe, et dont on écarte les branches à l'aide d'une vis de rappel dès qu'elles ont pénétré. Les dilatateurs de M. Huguier sont à deux ou trois branches. Le premier est composé de deux tiges unies entre elles à leur partie moyenne par un pivot vertical; son extrémité utérine est formée de deux branches qui, réunies, ont la forme d'un cône très allongé dont la base a 6 lignes (13 millim.) de diamètre, et le sommet 2 lignes 1/2 (5 millim.), du volume et de la forme de l'extrémité d'une sonde n° 9. Ce cône a 2 pouces (5 centim. 1/2) de longueur. A partir de sa base, chaque branche s'écarte l'une de l'autre en formant une courbure dirigée en dehors; puis, après avoir décrit entre elles un intervalle ovalaire dont la grosse extrémité est dirigée en avant, elles redeviennent droites pour se réunir au pivot central. C'est à l'aide de cette courbure ou renflement latéral que présente les branches, qu'elles jouissent de la propriété de s'écarter l'une de l'autre en conservant leur parallélisme; de telle sorte que l'instrument ne pénètre jamais plus profondément dans l'utérus que le chirurgien ne le désire, et que la pression qu'elles exercent sur le col se fait dans toute leur étendue, et non par leur sommet seulement.

Elle laisse entre elles un écartement de près de deux pouces. Si l'on voulait une plus grande dilatation, il suffirait d'augmenter l'étendue de leur courbure.

Le manche ou extrémité vulvaire est terminé par une vis de rappel qui supporte un écrou mobile. A l'aide de cette vis on obtient le degré de force et de dilatation désirables.

La dilatation se fait graduellement, sans secousse; on n'a jamais à craindre une rupture brusque et étendue du col.

On peut facilement apprécier l'étendue exacte de la dilatation, en comptant les pas de vis, puis, partant de ce point, on peut, tous les deux ou trois jours, augmenter la dilatation d'autant de degrés qu'on le juge convenable. Le degré de l'agrandissement obtenu peut, à l'aide de l'écrou, être fixé d'une manière très précise et maintenu aussi longtemps que le désire le chirurgien; il peut même être augmenté ou diminué sans déplacer l'instrument ou lui faire éprouver la moindre secousse.

M. Huguier a inventé aussi un dilatateur à trois branches pour voir dans l'utérus, y porter divers instruments et avoir une dilatation plus considérable que celle qu'il obtient avec le dilatateur à deux branches.

Cet instrument diffère seulement du premier en ce qu'il porte à sa face supérieure une troisième tige qui s'écarte ou se rapproche des deux branches latérales à l'aide d'un pivot cunéiforme placé derrière leur articulation centrale. Les trois branches écartées limitent un intervalle qui a 15 centimètres de circonférence.

M. Lenoir, sans faire d'objections à la nature des moyens dilatateurs employés par M. Huguier, croit devoir signaler à son collègue la ressemblance assez grande qui existe, suivant lui, entre les pinces qu'il a sous les yeux et celles qui sont figurées dans un atlas d'accouchement de Busch, publié à Berlin en 1841. L'auteur allemand recommande d'employer une pince à trois branches courbes, dans le cas où l'on peut dilater le col utérin, pour provoquer et faciliter l'accouchement prématuré artificiel. M. Lenoir, en faisant cette remarque, n'a d'autre but que d'empêcher la Société d'adopter comme nouveaux des instruments qui ont cours dans la science depuis plus ou moins de temps. Du reste, il promet de vérifier le fait qu'il signale, et de communiquer l'ouvrage de Busch à la Société.

M. Bérard, pour les mêmes raisons, appelle l'attention de M. Huguier sur l'analogie de forme qui existe entre l'instrument à trois branches qu'il a montré et le spéculum figuré dans Ambroise Paré, sous le nom de *spéculum de la matrice.* Il lui demande en outre si, dans les incisions qu'il pratique sur le col utérin et qu'il fait de dedans en dehors avec un cathéter canelé sur sa concavité, il se dirige du côté des commissures des lèvres du col utérin ou ailleurs. Pour lui, quand il a eu occasion de débrider cet orifice pour en extraire un corps fibreux, il a toujours incisé directement en dehors à droite et à gauche, et il n'a jamais éprouvé de difficulté à le faire en se servant d'un simple bistouri boutonné.

M. Huguier répond, qu'ayant eu l'occasion de faire de nombreuses recherches bibliographiques sur le spéculum il a acquis la conviction que tous les instruments de ce genre qui sont figurés ou décrits dans les anciens auteurs, le sont tous le nom de *spéculum de la matrice*, bien qu'en réalité ils ne s'appliquent qu'à la dilatation du vagin; il ne reconnaît aucune analogie entre le spéculum de Paré et le sien, et c'est sans doute la conformité des noms qui en a imposé à M. Bérard.

Quand à la direction qu'il convient de donner aux incisions qu'on pratique sur le col utérin, il distingue deux cas: quand cet orifice est déjà dilaté par un corps fibreux placé dans l'utérus, que le col est effacé et qu'il est nécessaire d'agrandir son ouverture pour extraire la production morbide, il incise du côté des commissures seulement; mais quand le col utérin n'est ni dilaté ni effacé, comme dans le cas où il s'agit de remédier à un simple catarrhe de cette partie de l'organe gestateur, comme alors les incisions doivent être peu profondes, il ne voit aucun inconvénient à les pratiquer dans tous sens, et il se comporte ainsi; il obtient par ce moyen plus de facilité à dilater le col et à porter dans son intérieur les instruments propres à le cautériser convenablement.

M. Robert appuie la remarque faite par M. Huguier sur les instruments décrits par les anciens, sous le nom de *spéculum de la matrice*. A son avis, ces spéculum sont trop courts pour pouvoir être appliqués sur le col de l'utérus, et ils n'ont jamais été employés à cet usage.

M. Bérard admet la distinction établie par M. Huguier; il partage son opinion sur la direction qu'il faut donner aux incisions du col, dans le premier cas qu'il a posé; mais dans le second cas, celui dans lequel il y a intégrité du col utérin, il demande à M. Huguier comment il a pu, quand il existe un polype dans la cavité du corps de l'organe, constater que le col n'était pas en partie effacé, comment il a pu agir sur l'orifice supérieur de celui-ci, et comment enfin les débridements qu'il a fait dans ce cas ont pu lui permettre de voir dans la cavité de l'utérus.

M. Huguier répond qu'avant d'inciser il opère toujours la dilatation graduelle du col utérin, et qu'il n'emploie l'instrument tranchant que quand il peut introduire le doigt jusque dans la partie supérieure du col. Du reste, il reconnaît qu'il y a ici de grandes difficultés d'exécution, et qu'il faut beaucoup de temps avant d'arriver à un résultat pratique de quelque importance. Il parle d'une femme chez laquelle il mit six mois entier avant d'obtenir une dilatation du col, capable d'admettre trois doigts.

M. Chassaignac remarque que ce sujet important serait plus convenablement traité à l'occasion d'un travail que M. Huguier pourrait soumettre à la Société.

M. Huguier souscrit aux vœux exprimés par M. Chassaignac. Il rédigera prochainement une note sur le sujet en discussion, et il la communiquera à la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 septembre 1844. — Présidence de M. FOUQUIER.

A deux heures et demie M. Fouquier occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Foucart*, rapporteur du Traité sur l'hypochondrie, publié par M. Brachet, de Lyon, rend compte d'une manière claire et succincte des doctrines contenues dans cette volumineuse monographie.

Deux opinions ont divisé les auteurs, dit M. Foucart. Les uns voient dans l'hypochondrie une maladie essentielle du système nerveux; d'autres ne la considèrent que comme un accident, un phénomène causé par l'altération de quelque viscère important. M. Brachet adopte la première de ces opinions; et moi, sans la rejeter absolument, je ne l'admets que comme une cause exceptionnelle, et pense que dans tous les cas cette affection est le résultat d'une altération grave survenue dans la profondeur de nos organes, et surtout dans ceux qui président à l'accomplissement des fonctions digestives ou à l'élaboration et à l'émission de l'urine.

Voici, au reste, comment M. Brachet, après avoir examiné et réfuté les définitions de l'hypochondrie adoptées par divers auteurs, définit lui-même cette maladie:

« C'est, dit-il, une viciation bizarre de la sensation du système nerveux cérébral, de plusieurs actes de la vie organique et de fonctions de l'organe de l'intelligence, relatives à la perception de ces phénomènes et au jugement qu'elle en porte. »

L'auteur, ajoute M. Foucart, rapporte à l'appui de la thèse qu'il soutient, vingt-deux cas d'hypochondrie; mais telle est la force de la vérité, que M. Brachet ne peut se dispenser de faire une large part aux maladies organiques, considérées comme cause de l'hypochondrie.

Notre confrère se demande si dans une monographie médicale c'était bien le lieu de placer une sorte de plaidoyer en faveur de l'immortalité de l'âme, de soulever des questions mieux placées dans un livre de métaphysique, de remuer à ce sujet les cendres de Socrate et d'Anitus, et de s'inquiéter de la destinée des hommes à qui elles ont appartenu.

Le rapporteur ajoute que, hors ces quelques points sur lesquels il ne se rencontre pas d'opinion avec l'auteur, ce traité lui a paru éminemment pratique, et qui sera lu avec fruit et aussi avec plaisir même par les médecins qui ne partagent pas ses convictions. Il termine en proposant que des remercîments soient adressés à l'auteur qui a fait hommage à la Société de son ouvrage, traité le plus complet qui ait été publié jusqu'à ce jour sur l'hypochondrie. Les propositions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

— *M. Tanchou.* A l'occasion de la malade dont nous a entretenus M. Duhamel à la dernière séance, je dirai qu'elle est venue chez moi, que le ventre se développe un peu à droite; que le col de l'utérus est entr'ouvert, et qu'il présente ainsi que le vagin cette couleur bleuâtre qu'on observe souvent dans ces organes chez les femmes enceintes.

M. Guillon. M. Duhamel n'a peut être pas assez insisté sur ce point, que le seigle ergoté n'a point déterminé l'avortement.

M. Duhamel. Les faits parlent assez. J'ai donné le seigle ergoté et la femme est encore enceinte. La conclusion est facile à déduire ; mais, je répète ici ce que j'ai souvent eu occasion de dire, que le seigle ergoté donné trop tôt détermine des contractions de l'utérus si violentes qu'elles peuvent interrompre les communications de la mère à l'enfant et compromettre son existence.

M. Sterlin demande si on n'a point soupçonné une grossesse extra-utérine. Il dit avoir observé chez une femme une tumeur qui se développait dans le vagin à droite, tandis que la matrice se portait à gauche. Ce n'est que vers la fin de la grossesse, ajoute notre confrère, que, en sentant les mouvements de l'enfant dans le vagin, l'on se demanda s'il était bien contenu dans la matrice. La femme passa l'époque de la grossesse et conserva un gros ventre pendant dix-huit mois. A cette époque, M. Dubois fit l'opération césarienne vaginale ; il s'écoula une quantité énorme de pus avec les débris des os du crâne et des bras. Mais cette malheureuse succomba cinquante quatre jours après l'opération aux suites d'une diarrhée colliquative.

— *M. Souberbielle.* Un homme de quarante-cinq ans, souffrait depuis six mois de la vessie, et urinait fréquemment ; il vint me consulter. A l'exposé de ces symptômes, je ne doutai point qu'il n'eût un calcul dans la vessie ; je le sondai, l'instrument rendit un son mat; je le jugeai volumineux et friable, et conseillai la lithotritie. En présence de M. le docteur Payen, j'introduisis un lithotriteur sans difficulté. Le malade était calme, impassible ; mais aussitôt que je fis le plus léger mouvement, cet homme fut pris de spasmes convulsifs généraux ; il tomba en syncope ; je retirai l'instrument ; il revint à lui surpris de ce qui venait d'arriver. J'ai senti, dit-il, dans l'intérieur du corps, un mouvement d'agitation douloureuse ; il demanda qu'on ne revînt pas à la charge, et insista pour qu'on l'opérât. Quatre ou cinq jours après je l'opérai par le haut appareil. Le calcul avait le volume d'un œuf de poule ; il se brisa dans l'extraction avec les tenettes ; je pratiquai des injections avec la seringue de Lallemand, et par ce moyen débarrassai la vessie des plus minces débris ; je laissai une sonde dans l'urètre ; la nuit se passa sans accidents ; le lendemain, la sonde molle et flexible se courba, les urines s'accumulèrent, le besoin de les rendre se fit sentir, elles sortirent par la plaie de l'hypogastre. J'introduisis une nouvelle sonde dans l'urètre, les urines reprirent leur cours, il ne survint aucun accident ; enfin le quinzième jour il urina à plein canal. La sonde retirée, il se promena. Je l'engageai à venir le dix-huitième jour à Paris et le présentai à l'Académie de médecine. On voit par ce fait quels résultats différents on obtient par la lithotritie et par la taille. Quelques malades ont subi jusqu'à soixante-seize opérations de broiement. J'ai vu un malade lithotritié me dire qu'il fallait être de bronze pour supporter de pareils tourments.

M. Guillon. On avait cependant affaire à un calcul friable, puisqu'il s'est brisé en morceaux dans les tenettes. Peut-être la difficulté qui ne vient pas de l'opérateur, doit-elle en être reportée au choix de mauvais instruments ? Je n'éprouve pas de semblables difficultés ; et dans la séance dernière, je vous ai présenté un homme que j'avais débarrassé en une séance et demie d'un calcul de plus de cinq centimètres de circonférence.

M. Souberbielle. Malgré la préférence accordée généralement à la lithotritie, on ne peut se dissimuler qu'elle ne donne lieu à de grands malheurs. On a trouvé dernièrement chez un malade qui a succombé, les reins enflammés par suite de l'irritation portée sur l'appareil urinaire. Plus récemment à l'hôpital de la Pitié, dans une des salles de M. Bérard, ce chirurgien a cherché, mais inutilement, à broyer un calcul volumineux ; il a bien été forcé de recourir à la taille hypogastrique, et sur l'observation que je lui fis qu'il aurait dû commencer par là, il a avoué franchement qu'il avait eu tort.

— *M. Guillon.* fait observer que depuis longtemps on ne parle plus des constitutions médicales, mais que maintenant on ne s'entretient que de fièvres typhoïdes. Il demande si les fièvres bilieuses, ou les fièvres inflammatoires, ont disparu.

— *M. Belhomme.* Je lisais dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, qu'il fallait se garder, dans le *delirium tremens*, de sevrer le malade de toute boisson alcoolique. J'ai dernièrement reçu dans mon établissement un jeune homme de trente ans, faible d'esprit, et atteint d'un *delirium tremens* pour lequel il avait reçu quelques soins d'un médecin en ville. Ce docteur avait même reconnu chez lui une hypertrophie du cœur, maladie assez commune chez les buveurs. Le mal céda à quelques sédatifs ; mais il survint une autre maladie, une pneumonie double, pour laquelle je fus obligé de le saigner coup sur coup. Mais prenant en considération son habitude déjà invétérée des boissons alcooliques, je fis ajouter un verre de vin à un litre de sa tisane ; le malade revint à un état meilleur. Une dernière indication restait à remplir : je donnai une potion fortement émétisée ; je n'eus plus ensuite qu'à soutenir ses forces par du vin vieux et de bons aliments. Ce n'est pas, au reste, la première fois qu'on a parlé de l'heureux effet obtenu des boissons alcooliques dans le traitement des pneumonies chez les ivrognes.

M. Fouquier. On a publié plusieurs faits qui prouvent qu'on se trouve bien de soutenir les forces des ivrognes par le vin, dont ils ont l'habitude. Quant au *delirium tremens* dont il est ici question, la saignée est peu efficace pour le combattre. On réussit mieux en administrant des narcotiques. On peut ensuite soutenir les forces par des boissons alcoolisées, bien entendu qu'il faut en user avec prudence.

M. Tanchou. A l'appui de ce qui vient d'être dit, j'ajouterai que j'ai été appelé, il y a quelque temps à la campagne, pour voir un individu de ma clientèle, bon buveur, et atteint de *delirium tremens*. On l'avait saigné ; il avait pris de l'opium ; il allait un peu mieux ; mais dans le cours du traitement il survint une ophthalmie aiguë. Le soin du malade m'étant remis, je le traitai pendant cinq ou six jours antiphlogistiquement, mais sans résultat. Me rappelant ensuite ses antécédants, je lui donnai du vin pur et quelques petits verres d'eau-de-vie. Quelques instillations d'eau nitratée dans les yeux achevèrent la cure, lorsque je commençais à craindre qu'il vînt à perdre la vue.

M. Sorlin. Je me rappelle que lors de nos campagnes dans le Nord, nous étions surpris en voyant les médecins allemands permettre des aliments à leurs malades atteints de fièvres typhoïdes ; et cependant ils ne s'en trouvaient pas plus mal. Ces médecins disaient qu'il fallait soutenir le principe de la vie contre l'état septique.

M. Fouquier. On rencontre dans le monde des gens qui disent ne pouvoir point soutenir la diète : ce sont des personnes nerveuses ; il faut tenir compte de cette disposition. J'ajouterai même que durant le choléra quelques personnes sont mortes pour avoir interrompu leur régime habituel et s'être rendus par là plus impressionnables.

— Notre secrétaire-général, M. Serrurier, lit à la Société un mémoire qu'il a rédigé sur la constitution atmosphérique de l'année, et sur les maladies qui ont coïncidé avec les variations atmosphériques.

L'hiver, dit-il, avait été plutôt humide et brumeux que froid, sans que l'hygromètre ait marqué cependant un grand degré d'humidité. Le printemps s'était montré brillant et promettait une succession de beaux jours, mais nos espérances ont été trompées, et pendant l'été le ciel est souvent resté couvert, des vents secs ont régné, ou des pluies abondantes et obstinées ont détrempé la terre. Les corps ont dû nécessairement se ressentir de ces variations atmosphériques. Les plus robustes ont souvent été atteints de préférence, et plusieurs ont succombé. Après quelques jours d'une indisposition qui ne présageait rien de funeste, on voyait survenir brusquement des pneumonies dont la brutale apparition laissait à peine au médecin le temps d'organiser ses moyens de défense.

Dans ces circonstances, notre confrère s'est presque toujours bien trouvé des émissions sanguines ; mais dans les pneumonies, l'expérience lui avait appris à ne point trop compter sur les saignées coup sur coup. A une saignée générale il faisait souvent succéder une application locale de sangsues sur les côtés de la poitrine ; il en appliquait ensuite au siége, aux malléoles, et faisait ainsi des saignées déplétives et dérivatives. Il ne négligeait point non plus l'application de ventouses sèches, et souvent immédiatement après de ventouses scarifiées. Il usait aussi de cataplasmes placés sur la poitrine, d'emplâtres de minium arrosés d'huile de croton-tiglium.

Dans les cas où la pneumonie, où le catarrhe étaient compliqués d'embarras gastrique, aux moyens déjà indiqués on joignait l'usage des éméto-cathartiques, des lavements émollients ; inutile de dire qu'on avait recours à toutes les boissons pectorales usitées. Dans les convalescences, on purgeait avec de l'eau de Sedlitz ou de Pulna, et on mettait le malade à l'usage d'une décoction de lichen coupée avec du lait d'ânesse et sucrée avec du sirop de Tolu.

Les fièvres typhoïdes ont été graves et nombreuses. Notre confrère termine en nous rapportant l'histoire d'une typhoïde survenue chez un enfant de neuf ans, maladie qui pendant l'espace de trois mois a présenté des phénomènes effrayants et bizarres, tels que l'hydrophobie et une malpropreté si grande que l'enfant cherchait incessamment ses excréments pour les porter à la bouche. Ces symptômes étaient accompagnés de tous ceux qu'on observe dans les typhoïdes : cris aigus, soubresauts des tendons, coma, délire continuel, gargouillement dans la fosse iliaque, diarrhée, etc. A la convalescence, l'enfant était idiot ; il avait perdu la mémoire ; il se laissait tomber, ne pouvant croire que ses jambes fussent les siennes. Il a pu enfin échapper à une maladie si effroyable.

Dans le cours de la maladie, l'enfant, fatigué des boissons qu'on avait variées à l'infini, supportait assez bien le bouillon de poulet à la glace, ou l'eau simple édulcorée avec le sirop de cerises. Plus tard, le danger redoublant, on a insisté sur la prescription suivante : décocté de serpentaire de Virginie édulcoré avec le sirop de quinquina, avec addition de quelques gouttes d'acide sulfurique. Trois pilules dans le courant de la journée ; elles étaient composées avec le musc, le camphre et l'essence de castoréum. Les lavements étaient préparés avec l'eau de guimauve et de pavot ; on y ajoutait de l'asa-fœtida, et plus tard du quinquina.

M. Charles Masson. Celle-ci est vraiment une fièvre typhoïde, mais il faut le dire, dans le monde et dans la bouche même des praticiens, ce mot n'a plus qu'une signification, celle de fièvre grave. Dans le principe, on donna le nom de typhus à cette maladie si grave qui vint porter le dernier coup aux débris de nos armées pressées et entassées à Mayence.

Plus tard on donna ce nom redouté de typhoïdes aux fièvres adynamiques et ataxiques de Pinel.

Maintenant ce n'est plus, pour la plupart des praticiens, une dénomination spéciale, c'est un terme générique qui se retrouve partout, s'applique à tout ; aussi dit-on fièvre typhoïde à forme cérébrale, inflammatoire, gastrique.

Deux raisons ont maintenu cette dénomination : il n'y a point à craindre d'être démenti par le malade, il est flatté de pouvoir raconter qu'il a échappé à un grand danger ; il jouit de l'émotion qu'il cause ou qu'il éprouve lui-même lorsqu'il dit : j'ai eu une fièvre typhoïde. Pour le médecin, ce mot est un triomphe ou une excuse.

Mais il est parfois même forcé de triompher malgré lui ; il saigne un malade atteint de céphalalgie et de délire ; les parents et les amis, effrayés, s'écrient que c'est une fièvre typhoïde. On interroge, on presse le médecin de s'expliquer. Que faire ? Si on appelle en consultation, ce nom sera peut-être appliqué à la maladie. Et quelle opinion aura-t-on du médecin qui n'aura pas reconnu ce qui n'a pas échappé aux étrangers à la médecine ? Il se tait ; il laisse dire, et huit jours plus tard le malade guéri, le nomme son sauveur.

— *M. Morel* demande que la commission pour choisir les questions des prix s'assemble enfin.

M. Tanchou. J'appuie cette proposition, et demande en outre que la fièvre typhoïde soit mise à l'ordre du jour dans la première séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, Charles MASSON.

M. le Dr Berlon nous adresse une note à propos de notre dernier compte-rendu des séances de la Société médicale d'Emulation (*Gazette des Hôpitaux* du 28 octobre). Il s'agit des ulcérations du col de l'utérus et de leur traitement dans certaines circonstances par le cautère actuel, ainsi que l'a plus particulièrement fait dans ces derniers temps M. Jobert, et ainsi que l'a relaté M. Laurès dans sa thèse. L'utilité de ce moyen paraissant incontestable, c'est seulement sur son mode d'emploi que portent les observations de M. Berlon. Il n'est pas indifférent, en effet, de choisir sans nécessité des procédés susceptibles de jeter l'effroi dans l'âme et le trouble dans le système nerveux. Bien que la sensibilité du col utérin soit complétement nulle, les apprêts inévitables de l'emploi du cautère actuel doivent fréquemment, chez les femmes, bouleverser le physique et le moral. C'est pour obvier à ces inconvénients trop réels, que M. Berton propose, dans l'emploi du feu, certaines modifications. Elles consistent dans une nouvelle application ingénieuse de l'invention de Dœbereiner, et sont basées sur cette propriété qu'a certaine préparation de platine de passer au rouge incandescent par le contact d'un courant de gaz hydrogène. En résumé, le procédé de M. le docteur Berton, à peu près analogue à celui dont il a déjà donné avis pour le traitement des rétrécissements de l'urètre, consisterait à faire arriver à travers un spéculum ordinaire et jusque sur le col utérin, convenablement épongé et essuyé, un porte caustique creux, armé à cette extrémité d'un morceau de *platine préparé*, puis ensuite un courant de gaz hydrogène, au moyen d'une vessie remplie de gaz (qu'il est si facile de se procurer avec des copeaux de fer ou de zinc et une solution aqueuse d'acide sulfurique), serait dirigé à travers l'autre ouverture ou pavillon de sonde ou porte caustique indiqué, et serait continué tant qu'il serait nécessaire ; de la sorte, l'emploi du feu passera, pour ainsi dire, complétement inaperçu.

La SIXIÈME LIVRAISON de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, complétant le tome deuxième, est en vente au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22-24.

Elle contient la fin des Maladies des reins, et une partie des Maladies de la vessie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 127. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Appareil pour les fractures de l'avant-bras, et spécialement du radius. (Observations recueillies par M. MARTURÉ, aide de clinique.)

Les pièces qui composent l'appareil sont une boîte en bois, des coussins en crin, quelques bandes et un compresseur interosseux.

La boîte est constituée par trois parois : une inférieure, horizontale, longue de 34 centimètres, large de 12, et deux latérales, verticales, longues de 24 centimètres, hautes de 12, et percées de plusieurs trous. La paroi inférieure, plus longue que les parois latérales, se termine par une espèce de planchette destinée à soutenir la main; elle est matelassée dans toute son étendue par un coussin en crin.

Le compresseur interosseux est un ressort métallique élastique; il est demi-circulaire, en forme de pince, et offre deux extrémités libres et arrondies, qui doivent correspondre aux deux faces de l'espace interosseux. Cet instrument ingénieux refoule très bien les chairs, et remplace avantageusement les compresses graduées que l'on emploie d'habitude.

Pour appliquer l'appareil, la fracture étant maintenue réduite par des aides, le chirurgien place dans la boîte l'avant-bras demi-fléchi, et dans une position moyenne entre la pronation et la supination ; le membre repose ainsi, par son bord cubital, sur la paroi inférieure de la caisse.

Un ou deux petits coussins disposés sur le bord interne du poignet servent à élever cette partie et à la rendre plus saillante. On fixe alors, en les entrecroisant, sur le bord radial du poignet et de la main, la partie moyenne de deux bandes dont on réunit les chefs en bas pour les nouer ensemble au-dessous de la boîte. Ces liens exercent une action facile à comprendre, ils inclinent la main vers le bord cubital, et la ramènent dans une bonne direction en s'opposant efficacement à l'abduction dans laquelle la main se trouve entraînée par suite de la fracture; ils font en même temps éprouver au radius un mouvement de bascule qui porte en dehors le fragment inférieur et l'affronte contre le supérieur. Cette partie de l'appareil remplit le même but que l'attelle cubitale de Dupuytren.



Le chirurgien applique ensuite au niveau de la fracture le compresseur interosseux; mais, pour éviter que le fer de l'instrument n'excorie la peau, il interpose entre les téguments et chacune des extrémités de l'anneau, une toute petite attelle longue de 4 à 5 millimètres, large de 3, et garnie de ouate ou de linge.

Jusqu'ici, nous n'avons remédié qu'au déplacement latéral des fragments et qu'à l'abduction de la main. Il faut maintenant s'opposer au déplacement antéro-postérieur dont l'os fracturé est susceptible. Pour triompher de ce nouvel obstacle, il suffit de disposer des liens de manière à les faire agir en sens inverse du déplacement. Si, par exemple, le fragment inférieur est tiré en arrière, on appliquera sur la face dorsale de l'avant-bras, au niveau de ce fragment, le plein d'une bande dont les deux chefs, embrassant le membre en arrière et sur ses deux bords, seront ramenés en dedans sur la paroi interne de la boîte, et noués ensemble sur un des trous de cette paroi. Le fragment se trouvera ainsi ramené en avant vers la face palmaire. Le déplacement d'un des fragments en avant sera combattu par un lien dirigé en sens opposé.

Cet appareil très simple permet de suivre et d'apprécier les divers changements qui peuvent survenir dans les parties pendant le cours de la maladie, puisque le membre fracturé reste continuellement à découvert. Il convient aussi bien pour les fractures des deux os de l'avant-bras que pour celles d'un seul os; mais il est surtout utile dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Observation. — *Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche.*

Dans la nuit du 11 août dernier, G....., soldat au 23e de ligne, étant dans un état d'ivresse se laissa tomber d'une trentaine de pieds de haut en voulant escalader un mur pour sortir de la caserne. Transporté au Val-de-Grâce aussitôt après l'accident, ce militaire, âgé de vingt-trois ans et jouissant d'une bonne constitution, fut couché au n. 24 de la salle 31.

A la visite du 12, on diagnostique une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche, siégeant à trois centimètres environ au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Les signes qui servent à la faire reconnaître sont les suivants : déformation de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, qui présente le Z signalé par les auteurs ; forte abduction de la main ; saillie prononcée de l'extrémité inférieure du cubitus, dépression très marquée au-dessous de l'apophyse styloïde de ce dernier os ; saillie du poignet en arrière. La fracture est accompagnée d'une entorse violente de l'articulation radio-carpienne avec déplacement incomplet des surfaces articulaires et d'un gonflement considérable dans les parties molles. Il y a absence de crépitation. Douleurs vives à la pression, légères dans l'état de repos.

Malgré la gravité de la chute, le blessé ne porte la trace d'aucune autre lésion. Il ne sait point nous dire sur quelle partie du corps il s'est laissé tomber, ni s'il a perdu connaissance. Du reste, point de réaction générale. L'avant-bras est placé dans la demi-flexion sur un coussin horizontal et le poignet et est entouré de glace. — Diète, limonade, saignée de 500 grammes ; potion purgative pour le lendemain matin.

Le 14 M. Baudens applique son appareil à fracture qui obvie à l'abduction de la main et au déplacement des fragments soit dans le sens latéral, soit dans le sens antéro-postérieur. On continue les applications de glace.

Le 20, on note une grande diminution dans le gonflement des parties molles et une coloration jaunâtre des téguments sur toute la face palmaire de l'avant-bras. L'amélioration sensible de l'état local permet de supprimer l'usage de la glace.

De temps en temps on resserre les liens à mesure qu'ils se relâchent. Depuis plusieurs jours le malade se lève ; une large écharpe lui sert à soutenir le membre garni de son appareil.

Le 10, septembre on fait la levée de l'appareil ; on trouve la fracture consolidée : mais l'on s'aperçoit que l'on a dépassé le but ; ainsi la main, qui primitivement était dans l'abduction se trouve maintenant dans une adduction exagérée. Pour remédier à cette position vicieuse, le membre a été replacé dans l'appareil, non plus dans une position moyenne entre la pronation et la supination, mais bien dans une pronation complète ; puis, la portion moyenne d'une bande a été appliquée sur le bord cubital de la main et les chefs en ont été ramenés en dedans et noués sur un des trous de la paroi interne. Pour soutenir la partie inférieure de l'avant-bras, on l'a embrassée avec une seconde bande agissant en sens inverse de la première. Le malade n'est pas encore sorti de l'hôpital.

— L'élève de l'Ecole polytechnique dont les journaux ont raconté naguère la malheureuse chute d'un troisième étage, et qui entre autres lésions a été atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, se trouve très bien de l'appareil que M. Baudens lui a appliqué il y a bientôt un mois.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Le programme de la saison médicale. — Le pape a eu raison de prohiber le magnétisme. — Histoire de mademoiselle Hortensia. — Les anges de mademoiselle Lucie. — Un pharmacien peut-il vendre des œufs frais ? — Boîte aux lettres et réponse.

Le feu sacré paraît enfin se ranimer dans le monde médical. Partout on remarque un certain air d'activité qui fait plaisir à voir. Dans les hôpitaux, presque tous les chefs de service ont repris leur cahier de visite ; les cliniques se peuplent, et les salles s'emplissent d'élèves empressés. A la Faculté, les appariteurs époussettent les banquettes et la chaire, les robes rouges sont exposées au grand air, et tout se prépare pour la grande solennité où M. Bouillaud doit porter la parole. A l'Académie, les séances prennent animation et intérêt ; demain même, une discussion que l'on peut espérer sérieuse, puisqu'elle aura été préparée, doit ouvrir la séance : il s'agit de cette tumeur anencéphalique opérée par M. Velpeau sur un enfant nouveau-né, et à propos de laquelle toute la chirurgie académique se trouve divisée d'opinions. On annonce une joute scientifique et oratoire pleine d'intérêt ; nous serons à notre poste pour vous en rendre compte. Enfin nos libraires s'encombrent de productions nouvelles ; jamais, dit-on, la presse n'avait tant et si longtemps gémi, vieille expression qu'il ne faut pas considérer comme de mauvais augure. Que messieurs les auteurs et messieurs leurs libraires veuillent bien seulement ne pas nous engloutir sous leur avalanche de science ; que nous restions au moins pour chanter leur succès et leur gloire. Mais tout cela n'est encore qu'à l'état de programme, et vous savez si les programmes sont menteurs. En attendant, et puisque je n'ai pas même à vous raconter un prologue, voyons un peu ce qui se passe ailleurs.

— Notre saint-père le pape a défendu, comme on sait, la pratique du magnétisme; invention pernicieuse et diabolique, dit la bulle. Le pape a eu parfaitement raison, et je n'en citerai pour preuve, laissant de côté tout ce qu'ont d'incandescent et de provocateur les attouchements et les passes magnétiques, que les extases de mademoiselle Hortensia, jeune somnambule fort jolie, qui met en émoi dans ce moment tout le quartier de la Madeleine.

L'histoire de mademoiselle Hortensia est d'ailleurs mystérieuse et romanesque. Voici ce que j'en entendais raconter, ces jours passés, dans un élégant salon de la rue de Rumfort.

Un colonel français revenait d'Ispahan, où il avait été envoyé en mission, il y a seize ou dix-sept ans, par le gouvernement de la restauration. Aux approches de je ne sais quelle ville d'Asie, les difficultés de la route l'ayant forcé de mettre pied à terre, il entend près de lui les vagissements d'un enfant. Il s'approche, et, sous un hortensia en fleur, il trouve une charmante petite fille nouvellement née, enveloppée dans un magnifique cachemire. Auprès d'elle un rouleau de parchemin sur lequel étaient écrits ces mots en caractères persans : « Qui que tu sois, prends pitié de cette enfant; de grandes destinées l'attendent, et pour toi une récompense au delà de tes désirs. »

Emu de compassion, plus encore qu'excité par les promesses du rouleau, le colonel recueille cette enfant, espérant bien pouvoir le déposer dans la ville voisine. Mais là, soit préjugé religieux, soit crainte, soit avarice, malgré le cachemire et les promesses, personne ne voulut se charger de cet enfant abandonné. L'esprit chevaleresque du colonel se révolta de cette inhumanité asiatique, il s'émut de pitié pour cette pauvre petite créature, il résolut de ne pas l'abandonner, espérant toujours trouver plus tard sur sa route, quelque cœur plus compatissant. Il emporta donc l'enfant plus loin. Figurez-vous tous les embarras de ce pauvre colonel dans des pays presque barbares et où le biberon-Charrière n'a pas encore pénétré! Mais, en raison même des difficultés qu'il eut à vaincre, son intérêt s'accrut de plus en plus pour la jolie petite fille que la Providence avait si singulièrement placée sous sa main. Il arriva ainsi en Europe, puis à Paris, sain et sauf, et il présenta à sa famille surprise et à ses amis la petite Hortensia, ainsi nommée de l'arbuste où il l'avait cueillie, comme il le disait lui-même.

Cette aventure fit du bruit ; le roi Charles X voulut voir cette enfant et complimenta le colonel sur sa généreuse action. Madame la dauphine manifesta l'intention de subvenir à tous les frais de son entretien et de son éducation ; madame la duchesse de Berry envoya une layette superbe, et dans le noble faubourg c'était à qui donnerait les langes les plus beaux, le berceau le plus coquet.

Mais arriva la révolution de juillet, et la petite Hortensia perdit ses augustes protecteurs. Le colonel lui-même, attaché de cœur à l'ancienne dynastie, refusa le serment au nouvel ordre de choses, renonça à ses places et rentra dans la vie civile. Mais comme le père le plus tendre il a veillé sur le développement intellectuel et physique de sa jeune protégée, lui a fait donner la plus brillante éducation, et si bien, qu'aujourd'hui, mademoiselle Hortensia est une belle et charmante personne de seize à dix-sept ans, ravissante de distinction, d'une beauté parfaite et de ce quelque chose que le poète a si heureusement exprimé dans ce vers :

> Et la grâce plus belle encor que la beauté.

Cependant, et ceci me ramène à mon point de départ, il y a six mois, mademoiselle Hortensia fut atteinte d'une maladie nerveuse singulière qui résista aux soins les plus éclairés. Après plusieurs traitements infructueux, un médecin conseilla le magnétisme. Un magnétiseur en renom fut appelé, et dès les premières séances, outre une amélioration évidente dans l'état de la malade, on s'aperçut d'une clairvoyance extraordinaire et d'une lucidité phénoménale. La malade annonça sa guérison à jour fixe, et l'événement s'accomplit selon la prédiction. Mais un sujet doué d'aussi belles facultés ne pouvait pas être perdu pour la science magnétologique; aussi, sur les instances du magnétiseur, et mademoiselle Hortensia ayant annoncé d'ailleurs que cette pratique serait avantageuse à sa santé, on ne s'est fait faute de développer de plus en plus sa merveilleuse lucidité. On assure qu'interrogé sur ses parents, sa naissance, les destinées qui l'attendent, elle a répondu des choses si étranges, si mystérieuses, mais si bien circonstanciées, que le colonel, qui a bien la soixantaine et qui passe pour un homme de bon sens, est immédiatement parti pour un royaume lointain, situé en Asie, d'où il espère revenir avec la réalisation des promesses écrites sur le rouleau.

Voilà ce qui se raconte très sérieusement dans quelques salons de Paris.

En attendant, mademoiselle Hortensia donne de temps à autre à quelques rares et très privilégiés invités, le spectacle de sa clairvoyance surnaturelle. On rapporte des choses renversantes. Entre autres, pendant le voyage du roi Louis-Philippe en Angleterre, on assure qu'elle s'est écrié : « Allez vite avertir la reine que le roi ne peut s'embarquer à Portsmouth. La mer est horrible. » Quelques heures après le télégraphe annonçait, en effet, cette nouvelle.

Mais, ce qui me faisait dire que le pape avait eu bien raison d'excommunier le magnétisme, ce sont les réponses de mademoiselle Hortensia sur plusieurs points qui touchent à nos croyances religieuses les plus respectables. — Qu'est-ce que Dieu? lui demandait-on. — Ce sont les lois qui président aux phénomènes de la nature, répondit-elle. — Voyez-vous ce qui se passe au ciel? — Je vois des soleils et des planètes, plus beaux que notre soleil, plus belles que notre planète. — Voyez-vous l'enfer ? — Je vois des astres affreux où règne une nuit éternelle. — Croyez-vous à la vie future? — Oui. — Où vont les bons? — Dans les belles planètes. — Où vont les méchants ? — Dans ces astres affreux..... Et bien d'autres hérésies, impiétés et blasphèmes que je n'ose répéter.

Du reste, mademoiselle Hortensia n'est pas la première somnambule qui ait eu la prétention de voir ce qui se passe au ciel; j'en ai connu une autre qui faisait quotidiennement ce petit voyage. C'était mademoiselle Lucie, mélancolique et élégiaque personne qui voyait dans le ciel de beaux anges aux yeux bleus, à la chevelure d'or, vêtus de tuniques blanches, avec lesquels elle entretenait un commerce extatique

Quand l'entorse du poignet n'offre pas de déplacement des surfaces articulaires et quand il existe une fracture du radius simple un peu au-dessous de l'articulation radio carpienne, M. Baudens supprime tout appareil et se contente de l'application de son compresseur interosseux, qui a sur les compresses graduées et sur les attelles l'avantage d'exercer une action limitée au point de la lésion et de rétablir parfaitement bien l'espace interosseux. Quand on applique le pouce d'une part, l'index de l'autre dans l'espace interosseux rétréci par le fait d'une fracture on sent sous la pression élastique que ces doigts opèrent l'espace se rétablir. C'est là ce qui a fait imaginer à M. Baudens son compresseur dont l'action douce et continue remplace parfaitement la puissance des doigts.

Appliqué quatre fois dans le courant de l'année au Val-de-Grâce, il a constamment donné d'excellents résultats.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Du diagnostic des hernies par la percussion.

A l'occasion d'un malade entré dans les salles pour une affection aiguë, et qui présentait en même temps une hernie inguinale, M. Piorry a consacré une leçon spéciale au diagnostic des hernies par la percussion plessimétrique. Nous avons cru devoir reproduire aussi fidèlement que possible cette leçon, qui renferme des faits neufs et peu connus, et qui forme d'ailleurs un complément naturel à l'une de leçons que nous avons récemment publiées sur la plessimétrie du tube digestif.

Toutes les fois, dit M. Piorry, que l'estomac ou l'intestin sont contenus dans une hernie, ils donnent à la percussion des sons qui varient en raison de l'état de vacuité ou de plénitude et de la nature des substances qui y sont contenues ; mais indépendamment de la qualité du son, qui sera déterminée par diverses circonstances, et que la percussion fait apprécier, il existe, ainsi qu'on le verra tout à l'heure, des moyens de déterminer à laquelle des portions du tube digestif appartient la portion herniée. Et d'abord, indiquons les règles suivant lesquelles doit être pratiquée la percussion plessimétrique suivant que la hernie occupe les parois abdominales ou toute autre région. Si la tumeur siége sur les parois abdominales, la plessimétrie ne devra point être pratiquée d'avant en arrière, dans la crainte de confondre les sons fournis par les organes contenus dans la hernie, avec ceux qui seraient produits par les viscères situés derrière elle. Pour éviter cette erreur, on doit faire soutenir la tumeur latéralement par un aide; le plessimètre sera appliqué du côté opposé, et de manière que la percussion se fasse latéralement et vers le centre de la tumeur, et non dans la direction des viscères situés dans l'abdomen. Si la portion du tube digestif herniée est remplie de gaz, elle donnera à la percussion un son clair et un sentiment de rénitence. Si, au contraire, elle est pleine de matière ou vide de gaz, le son sera mat, et l'on éprouvera une certaine résistance au doigt. S'il existe des gaz et du liquide tout à la fois en certaine quantité, on constatera leur présence par une double sensation de résonnance aux parties les plus élevées, et de matité aux parties déclives, séparées par une ligne de niveau. On aura une contre-épreuve de ce fait en déplaçant la tumeur si elle est mobile, ou en faisant changer de position au malade. La matité et la sonoréité correspondront à des points différents de ceux où elles avaient été reconnues l'instant d'avant, et elles seront toujours séparées par la ligne de niveau. Enfin, lorsque les gaz et les liquides s'y trouvent intimement mêlés et combinés, la percussion donnera lieu alors au bruit hydraérique.

Tels sont les premiers résultats que fournit la plessimétrie dans l'exploration des hernies ; elle permet, comme on le voit, de reconnaître si la tumeur herniaire renferme des matières solides, des liquides ou des gaz. Mais comme ces différentes conditions sont communes à toutes les tumeurs herniaires du tube digestif, qu'elles soient formées par l'estomac, par l'intestin grêle ou par le gros intestin, ce ne serait là qu'un signe diagnostic insuffisant. L'exploration plessimétrique peut heureusement aller plus loin. Secondée par certaines expériences que nous allons exposer, elle peut permettre de distinguer quelle est la portion du tube digestif qui est contenue dans le sac herniaire.

Si, par exemple, c'est l'estomac qui fait hernie, la qualité du son fourni par la percussion variera dans les différents temps où l'on procédera à cette exploration. Le son, qui était clair pendant que l'estomac est vide, deviendra mat immédiatement après l'ingestion des aliments ou des boissons. Il suffira donc, dans les cas où l'on aurait lieu de soupçonner que l'estomac ou une portion de ce viscère fait partie de la hernie, d'ingérer des liquides ou des aliments, de percuter immédiatement après, et de comparer le son obtenu avec celui que rendait la tumeur avant cette ingestion, pour lever tout doute à cet égard.

Si les dernières portions du gros intestin sont contenues dans le sac, une injection dans le rectum rendra très promptement mate la tumeur qui, lorsque le viscère hernié contient des gaz, donnerait de la sonoréité à la plessimétrie.

Quand le cœcum ou le colon transverse sont renfermés dans une tumeur herniaire, les sons ne s'altèrent à la suite d'une injection anale, que si la quantité d'eau introduite est considérable et poussée avec force, ou si des pressions faites avec la main sur l'abdomen font parvenir les liquides dans les parties déplacées.

Si c'est l'intestin grêle que la hernie renferme, la tumeur donnera un son clair dans certains moments, deviendra mate dans l'heure qui suivra la digestion stomacale. En même temps que l'on trouvera alors que la matité due à l'estomac plein d'aliments, occupera dans l'épigastre un espace de moins d'étendue, le son de la hernie commencera à devenir obscur, et cela aura lieu d'autant plus vite que l'anse d'intestin sera plus voisine du pylore. Quand ce sera une portion d'épiploon qui se trouvera contenue dans une hernie, le son sera constamment mat.

Mais les diverses portions du tube digestif que nous venons d'examiner se rencontrent rarement seules dans des hernies volumineuses et anciennes; celles-ci sont souvent constituées en partie par des intestins, et en partie par l'épiploon ou le mésentère. Il y aura alors des points qui donneront à la percussion un son toujours obscur, et d'autres qui seront alternativement et clairs et obscurs. Ces différences auront lieu suivant que les intestins renfermeront alternativement des gaz d'une part, des aliments ou des boissons de l'autre. Quand des viscères tels que le foie, la rate, les reins, seront renfermés dans une hernie, le son sera toujours mat et la résistance au doigt très marquée. Quand la vessie y sera contenue, le son deviendra mat si ce viscère contient de l'urine ; cette matité disparaîtra lorsque l'urine aura été excrétée. Dans les cas où une hernie intestinale est engouée ou remplie de matières, la tumeur, qui d'ordinaire présente un son clair, donne lieu alors à de la matité. Ce fait est très important à noter relativement aux questions qui se sont récemment élevées sur l'engouement et l'étranglement des hernies. On voit à coup sûr des tumeurs de ce genre offrir tous les signes de l'étranglement, et contenir principalement des gaz, ce qui prouverait que dans de pareils cas les accidents ne seraient pas dus à la présence des matières ; mais, par contre, on voit les symptômes de l'engouement se déclarer dans des cas où la plessimétrie démontre que la tumeur est remplie de matière.

M. Piorry rappelle ici un fait très remarquable sous ce rapport, qu'il a publié dans le temps, et que nous reproduisons ici.

Tumeur scrotale énorme prise pour une hydrocèle. Constatation de la présence de gaz dans la tumeur par la plessimétrie. Diagnostic d'une hernie. Réduction.

Il s'agissait d'une tumeur scrotale du volume de la tête d'un fœtus, et qui existait depuis un très grand nombre d'années. Quelques personnes croyant à l'existence d'une hydrocèle, avaient proposé la ponction. Le malade s'y était heureusement refusé. Peu de temps après il survint des hoquets, des vomissements et tous les symptômes de l'engouement. Appelé pour y remédier, j'examinai la tumeur, qui était volumineuse, dure, et qui n'avait jamais été réduite ; elle donnait à la percussion un son mat ; cependant on trouva par la plessimétrie pratiquée superficiellement et dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, une sonoréité et une élasticité considérables ; il y avait donc des gaz. Or, dans quels organes pouvaient être contenus ces gaz, si ce n'était dans le tube digestif ? Il était donc à peu près certain qu'il s'agissait d'une hernie. Des pressions exercées méthodiquement sur la tumeur pendant plus d'une heure, firent rentrer dans l'abdomen une partie de l'intestin et une grande quantité des matières qui y étaient contenues. Ces matières furent remplacées par des gaz qui donnèrent lieu à un son clair et résonnant dans les mêmes points où l'instant d'auparavant on avait constaté de la matité. Cependant la tumeur n'était pas à beaucoup près complètement réduite. Il y avait un sac énorme, et la peau du scrotum avait acquis une dimension extraordinaire. Elle formait une poche dans laquelle les intestins et le sac herniaire s'échappaient avec une extrême facilité par une très large ouverture abdominale de l'anneau inguinal. Il fallait la main de plusieurs aides pour embrasser la tumeur. J'imaginai un appareil à pression graduée à l'aide duquel je parvins à réduire complètement toute la masse herniée.

— Des faits de ce genre sont de nature à faire suffisamment ressortir l'importance de la plessimétrie appliquée au diagnostic des hernies, par la possibilité qu'elle donne de déterminer les parties qui entrent dans la composition d'une hernie, et la précision qui en devra résulter dans les opérations qui y devront être pratiquées. Sans s'arrêter ici à la comparaison des diverses tumeurs des bourses ou des parois abdominales qui, par quelques signes communs, pourraient être prises, au premier abord, pour des hernies, il ne sera pas superflu de faire remarquer que la circonstance de la sonoréité dans de semblables tumeurs, que les bruits divers que le stéthoscope peut y faire entendre durant les mouvements spontanés ou provoqués, peuvent être d'un grand secours pour démontrer que les tumeurs dont il vient d'être question peuvent être formées d'organes contenant des gaz, ou qu'il peut exister des fluides élastiques dans le tissu cellulaire. Enfin, les moyens accessoires d'exploration que nous avons indiqués permettront de distinguer si les gaz dont la plessimétrie aura révélé la présence sont contenus dans une portion du tube intestinal ou dans le tissu cellulaire.

M. Piorry rapporte à cette occasion un fait remarquable qui s'est passé dans son service il y a quelques années, et qui est bien propre à faire ressortir l'utilité de la plessimétrie pour distinguer ces cas difficiles.

---

et même orgasmique qui la réduisit à un état de véritable consomption. Par prudence et pour la rappeler aux choses de ce bas-monde, on la maria à un employé des contributions indirectes, qui, tout peu angélique qu'il était, la rendit très humainement mère de plusieurs enfants sans yeux bleus, ni chevelure d'or.

— Un pharmacien peut-il vendre des œufs frais? Cette grave question a été portée devant je ne sais quel conseil pharmaceutique, qui s'est donné la mission de faire une police sévère sur toutes les infractions commises par les pharmaciens de Paris. Voici à quelle occasion. Il y a, dans un faubourg très populeux, un brave confrère qui traite le plus grand nombre de ses malades par les œufs frais. Les malades, comme vous sentez, au lieu d'aller à l'officine, vont tout bonnement chez la fruitière, ce dont enrage le pharmacien. Qu'a-t-il fait? Il a acheté des poules et a bravement exposé un grand bocal rempli d'œufs, sur lequel il a écrit : *Œufs frais du jour*. Quelques clients lui sont revenus par ce moyen, auxquels, au lieu de vendre du calomel ou de l'ipéca, il vend les œufs de ses poules. Mais la dignité pharmaceutique d'un confrère s'est révoltée ; plainte a été portée au tribunal en question où l'affaire est actuellement pendante. Je m'informerai de la décision pour vous la faire connaître.

Jean RAIMOND.

Boîte aux lettres de Jean Raimond.

Monsieur le rédacteur,

Depuis quelques jours chacun m'aborde avec des doléances au sujet du mauvais accueil fait par l'Académie à une demande en récusation de l'un des juges du concours pour le prix d'Argenteuil ; demande bien juste pourtant, s'empresse-t on d'ajouter. Permettez-moi, par l'entremise de votre journal, de remercier nos confrères de l'intérêt qu'ils veulent bien me témoigner, les engageant à le reporter sur un autre, car ce n'est pas moi qui suis l'auteur de la récusation.

Mon respect envers l'Académie est trop grand pour que je me permette de contrôler ses choix ; et quant à la commission du prix d'Argenteuil, je la trouve fort de mon goût, malgré les raisons très bonnes données contre sa composition par votre malicieux Jean Raymond, en voici le motif : dans la foule des procédés et procédoncules que nous venons d'adresser à l'examen de l'Académie, il y en a que se disputent les concurrents et les juges : ne sera-t-il pas divertissant de voir ces derniers descendre de leur siége et venir s'asseoir sur la sellette pour se défendre ! C'est, je vous l'assure, l'attente de cette petite satisfaction qui m'a surtout déterminé à me ranger parmi les concurrents ; je me garderai donc bien de m'en priver par des récusations.

Dans ses causeries de ce jour, Jean Raymond parle de la lithotritie traînée devant la police correctionnelle par l'un des compétiteurs, et il joint à cette annonce de salutaires avertissements sur les dangers de l'intervention des robes noires. J'avoue n'y rien comprendre. Qu'est-il donc advenu en lithotritie qui donne lieu à tout ce bruit? Quel homme ou quelle chose a surgi à mon insu? Qu'a de commun la lithotritie avec le prix d'Argenteuil? Que s'est-il donc passé? Aurais-je dormi pendant quelques mois, ou bien serais-je frappé d'un affaiblissement prématuré des fonctions intellectuelles? Je vais chercher à m'éclairer sur tout cela.

Agréez, etc.

LE ROY-D'ÉTIOLLES.

Je dois une courte réponse à cette lettre.

D'abord ce n'est pas ma faute si les personnes qui font des doléances à M. Le Roy-d'Etiolles ont pris martre pour renard. Je n'ai jamais dit, en effet, qu'il s'agît de M. Le Roy dans la question de la commission du prix d'Argenteuil. L'Académie sait aujourd'hui à quoi s'en tenir, elle connaît le plaignant et les motifs de la plainte, elle sait aussi qu'il ne s'est point agi de récusation.

M. Le Roy est content de la commission, j'en suis fort aise, quoique les motifs de sa satisfaction ne soient pas de ceux qui puissent plaire à tous les membres de la commission elle-même. Il sera fort curieux, en effet, de voir les juges disputer leurs inventions aux concurrents et ceux-ci lutter contre l'accaparement des juges. Tout ceci prouve qu'en prédisant des embarras, du bruit et des orages, j'ai été encore plus perspicace que *malicieux*.

M. Le Roy ne comprend pas ce que j'ai dit à l'occasion de la lithotritie menacée d'un procès. J'aurais dû me souvenir, en effet, que parler de la lithotritie *en personne* c'est s'exposer à faire plus d'une personnalité. Cette invention, qu'on me passe cette comparaison damnable, ressemble un peu au mystère de la Sainte-Trinité. M. Le Roy est-il la lithotritie? Oui. — M. Civiale est-il la lithotritie? Oui. — M. Amussat est-il la lithotritie? Oui. — Ce sont donc trois lithrotities? Là commence le mystère que les gros et petits livres, que l'Institut lui-même n'ont pas parfaitement éclairci, et que moi, pauvret, n'ai pas la présomption d'élucider davantage. Tout ce que je peux dire, c'est que de cette lithotritie en trois personnes, ce n'est ni au père ni au Saint-Esprit que je faisais une allusion correctionnelle. Du reste, grâce à Dieu, et un peu à mes conseils, cette velléité de robes noires paraît s'être amortie ; bonne nouvelle que j'ai hâte d'annoncer.

NOUVELLES.

Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Paris a commencé aujourd'hui, 28 octobre, dans le grand amphithéâtre des hôpitaux.

150 élèves se présentent à ce concours.

Il y a 38 places vacantes.

Les juges de ce concours sont MM. Lisfranc, Lenoir, Guersant père, Rostan, Velpeau ; MM. Danyau et Nonat, suppléants.

Il s'agissait aujourd'hui de la question écrite, qui était ainsi conçue :

Anatomie médico-chirurgicale de la fosse iliaque; abcès et phlegmons de cette région.

— Le gouvernement de Breslau (Prusse) vient de défendre la pratique civile aux médecins militaires ; elle ordonne aux pharmaciens de la province de ne pas préparer les recettes qui seraient délivrées par ces hommes de l'art à des personnes du civil, et recommande aux médecins de district de tenir la main à l'exécution de cette ordonnance.

— On sait qu'il y a deux ans la bibliothèque de la Société de médecine de Hambourg devint la proie des flammes, lors du terrible incendie qui ravagea cette cité. La Société de médecine fit alors un appel aux savants et aux corporations scientifiques pour l'aider, par des dons volontaires, à reconstruire une bibliothèque. Aujourd'hui, grâce à ces dons, la bibliothèque de la Société de médecine de Hambourg contient 5,800 volumes et 2,500 dissertations, brochures, etc. A ce nombre ont contribué 14 Sociétés médicales pour 461 volumes, 163 médecins étrangers pour 2,260 volumes, 52 médecins de Hambourg et d'Altona pour 3,111 volumes, et 66 libraires pour 968 volumes. La Société s'occupe actuellement de l'achat de plusieurs ouvrages anciens et modernes, de sorte qu'il est à espérer qu'en peu d'années la bibliothèque sera aussi riche qu'auparavant.

— Dernièrement des pustules de vaccine ont été trouvées dans les trayons de vaches, dans un village de près de Loningsberg, à Treienwalde, à Dramburg et près d'Angermunde, en Prusse. La matière de ces pustules a été inoculée avec le plus grand succès sur des enfants. Il paraît cependant que la matière recueillie perd de sa vigueur par le transport. (*Med. Central Zeitung.*)

— Prochainement, une Société de zoologie va être érigée à Berlin. Elle aura la surveillance du jardin zoologique qui vient d'être créé dans le magnifique bois appelé Thiergarten, qui avoisine la capitale de la Prusse.

Cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfants (hôpital des Enfants), *rue de Sèvres*, 149.

M. Paul GUERSANT, chirurgien à l'hôpital des Enfants, continuera cette année, à dater du jeudi 7 novembre, les visites à huit heures ;

Les leçons et les opérations, le jeudi de huit heures à dix ;

Les consultations, tous les jours à huit heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche.

Tumeur inflammatoire des bourses donnant à la percussion une sonoréité remarquable. Absence des signes d'une hernie. Diagnostic d'une communication avec l'anus par un trajet fistuleux. Vérification du diagnostic par l'autopsie.

Un malade présentait une tumeur inflammatoire des bourses en bas et en arrière, près du périnée; je trouvai, dit-il, par la plessimétrie une sonoréité remarquable. Un examen attentif fit voir que l'anneau inguinal, que le canal crural, que le trou sous-pubien n'avaient point donné passage à une hernie. D'où pouvaient donc provenir ces gaz? Les cavités de l'air et le tube digestif seuls en laissent dégager spontanément. Lorsqu'il s'en trouve ailleurs, ils proviennent évidemment soit de ces cavités, soit de quelque ouverture en communication avec l'air extérieur. Etudiant alors avec soin les circonstances commémoratives, j'appris qu'un abcès avait eu lieu à la marge de l'anus et dans le voisinage du périnée; j'en déduisis qu'une fistule à l'anus avait dû être la source des accidents, et que des gaz échappés du rectum donnaient lieu à la sonoréité que l'on venait de constater dans la tumeur. Un chirurgien que j'appelai à voir le malade avec moi, combattit cette opinion; il se fondait sur l'existence de l'aponévrose périnéale qui rendait le fait impossible. Je lui objectai qu'un abcès pouvait avoir détruit cette aponévrose, et que les gaz avaient pu s'échapper par la solution de continuité. Le lendemain, le mal s'était étendu; la sonoréité s'élevait jusqu'à l'aine droite, une teinte livide s'était manifestée sur la peau. On fit de larges incisions; le tissu cellulaire contenait en abondance des fluides élastiques. Le derme fut, au loin et jusque dans la région lombaire, frappé de gangrène. Le malade succomba, et nous trouvâmes à l'autopsie une perforation du rectum qui avait donné lieu à tous ces accidents.

Non-seulement la plessimétrie présente de grands avantages dans le diagnostic de l'état anatomique des hernies, mais elle en offre évidemment encore relativement à l'appréciation exacte des effets qui résultent dans ces maladies de l'emploi des divers moyens thérapeutiques. C'est ainsi qu'on peut juger des résultats de l'administration des purgatifs dans une tumeur herniaire, en obtenant sur celle ci, après avoir eu recours à ces moyens, un son clair; tandis qu'auparavant la matité y était évidente. C'est ainsi que dans les cas où le taxis ne réduit pas les viscères, on peut trouver au moins qu'il vide l'intestin déplacé des matières qu'il contient; ce qui paraît évident, lorsque cette partie du tube digestif devient sonore après l'opération, de mate qu'elle était auparavant. C'est encore ainsi, qu'après l'incision du sac et la réduction de la tumeur, si des phénomènes d'étranglement persistent, il sera quelquefois possible de trouver dans l'abdomen, à l'aide de la matité plessimétrique, quelle est la portion du tube digestif où les matières s'accumulent. On conçoit qu'on puisse, à l'aide de documents du même genre, s'assurer ultérieurement si le cours des matières s'est rétabli.

Enfin, si l'on ajoute à cela la possibilité de reconnaître la présence des liquides dans un sac herniaire à l'aide de signes plessimétriques fondés sur le déplacement et le niveau des liquides, et de constater l'existence d'un emphysème dû à la gangrène et à la perforation d'un intestin hernié, on concevra que cette méthode d'exploration n'est pas moins utile dans le diagnostic des maladies externes que dans celui des affections internes.

Apoplexie suivie d'hémiplégie. Traitement énergique. Guérison. Symptômes ultérieurs de congestion cérébrale. Paralysie de la vessie et hématurie guéries rapidement par l'extrait aqueux de seigle ergoté. Cathétérisme accompagné de quelques circonstances remarquables, etc.; par le docteur ARNAL.

M. X..., âgé de cinquante-huit ans, artiste du théâtre Italien, d'un tempérament sanguin et de forte stature, appartient à une famille saine et généralement bien portante: son père et sa mère sont morts de maladies aiguës et à un âge très avancé.

Il a lui-même joui continuellement d'une bonne santé: les longs voyages qu'il a entrepris, les fatigues, les excès de tout genre, les peines et les agitations de la vie d'artiste la plus tourmentée, rien n'a pu ébranler sérieusement cette constitution vigoureuse qui semblait puiser la force et l'énergie dans les causes mêmes d'épuisement, et il est ainsi arrivé à cinquante ans, vierge de toute infirmité, se souvenant à peine d'avoir eu quelques passagères indispositions.

Cependant, il y a environ huit ans, à la suite d'un excès de coït, il fut pris tout à coup de vertiges, perdit connaissance et tomba frappé d'apoplexie. Quand on le releva, il était paralysé de la moitié droite du corps, avait complétement perdu l'usage de la parole, et présentait une forte déviation de la langue du coté paralysé.

Mandé peu de temps après près de lui, nous l'avons trouvé déjà avec toute son intelligence, mais il ne pouvait s'exprimer que par signes. La paralysie n'était pourtant pas complète, car bien que le mouvement fût entièrement aboli, il lui restait encore dans les membres un peu de sensibilité qu'il annonçait par une plainte lorsque nous lui pincions fortement la peau.

Deux saignées abondantes pratiquées à une courte distance, des sangsues, des lavements purgatifs, des ventouses aux membres inférieurs, des dérivatifs sur le canal intestinal, etc., eurent bientôt raison des premiers accidents, et le malade entra promptement en convalescence. Au bout de quinze jours, il avait recouvré l'usage de la parole; seulement la paralysie du membre supérieur résista longtemps encore, et ce n'est guère qu'au bout de six mois qu'il ne lui resta plus rien de cette première insulte apoplectique. Nous dirons, il est vrai, que depuis ce moment le malade mena toujours une vie sobre et tranquille, et ne fit plus rien qui pût donner un nouvel essor à la grave prédisposition qui venait de se révéler.

Malgré ce changement favorable apporté dans ses habitudes, le malade a eu néanmoins de loin en loin des symptômes de congestion cérébrale: plusieurs fois même il a perdu subitement la parole; mais des évacuations sanguines, locales ou générales selon l'intensité des symptômes, ont diminué peu à peu ces nouvelles menaces d'asphyxie, et les deux dernières années se sont écoulées dans un état de santé parfait.

L'an dernier, vers la fin de l'été, M. X... fut pris dans les jambes, mais particulièrement à la droite, de douleurs aiguës qui se déclaraient par accès, s'exaspéraient par la chaleur et suivaient assez exactement le trajet du nerf tibial antérieur; elles étaient si vives qu'elles arrachaient parfois des cris au malade. Sangsues, applications narcotiques, frictions calmantes, à l'intérieur antispasmodiques de toute espèce, bains de vapeur, bains russes, fumigations, vésicatoires volants, etc., rien n'y fit; enfin de guerre lasse, et l'acuité des douleurs redoublant pendant la nuit, nous eûmes l'idée d'administrer l'iodure de potassium à hautes doses. Que la cause de cette névralgie fût ou non de nature syphilitique, le malade en éprouva une amélioration notable dès la première dose, et la guérison fut complète au bout d'un mois de ce dernier traitement.

Au mois d'août dernier, le malade a encore ressenti quelques symptômes de congestion au cerveau, s'annonçant par une difficulté extrême de parler, par une pesanteur et une douleur de tête insolites, par des assoupissements, une turgescence sanguine de toute la face, un pouls fort, vibrant et intermittent. — Deux saignées de 3 palettes ont encore été nécessaires peur calmer ce nouvel orage et ramener l'état normal.

Au 8 septembre dernier, quelques-uns des symptômes précédents se reproduisent; mais cette fois l'intelligence est atteinte. Le malade se frappe; il prévoit une maladie mortelle, et se désespère. Effrayé de la mort, il la voit partout et en parle sans cesse. Bientôt tous ceux qui l'entourent lui paraissent suspects, et particulièrement ceux sur lesquels il avait porté toute son affection: tous sont des empoisonneurs qui conspirent contre sa vie et lui versent le poison à pleines mains; il s'emporte contre eux et les menace, etc. — 20 sangsues à l'anus, compresses froides sur la tête, purgatif drastique, révulsifs aux membres inférieurs, lavement au musc et à l'asafœtida.

Le lendemain, tout est changé: M. X... est affectueux, docile, plein de reconnaissance pour ceux qu'il avait maltraités la veille; maintenant il est certain de vivre, et ne craint plus la mort.

Le 10 et le 11, à quatre heures du soir, retour du délire, mais cette fois il est tranquille; loquacité continuelle; incohérence complète d'idées; il passe brusquement d'un sujet à un autre; il associe les objets les plus disparates. — Une pilule de 26 centigr. de ferro-cyanate de quinine, infusion de valériane, lavement musqué.

Cette médication, continuée pendant cinq jours consécutifs, produit les plus heureux résultats; le délire va progressivement en diminuant, et cesse complétement le quatrième jour.

Le lendemain du premier accès le malade s'était plaint à nous d'une sensation douloureuse au bas-ventre, lorsque surtout il voulait exécuter des mouvements. Palpant alors la région hypogastrique, nous avons constaté une tumeur ovalaire assez résistante, occupant presque toute la région hypogastrique et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Nous avons été d'autant plus surpris, que M. X. ne nous avait jamais rien accusé dans cette région. Cette tumeur était évidemment produite par une énorme distension de la vessie, et pourtant le malade avait uriné avec assez d'abondance. Il nous a toutefois avoué que, depuis quelque temps, il urinait plutôt par habitude que par besoin réel, et que chaque fois il était obligé de faire des efforts prolongés.

L'indication du cathétérisme nous paraissant formelle, nous y procédons immédiatement et nous donnons issue à une pinte et demie d'urine environ. Le malade en éprouve un grand soulagement.

Pendant les quinze heures qui suivent, le malade, sur notre recommandation, essaie d'uriner, mais inutilement. Quelque effort qu'il fasse, il ne sort pas une goutte de liquide. Cependant une tuméfaction aussi grande que la veille existe à l'hypogastre, et nous détermine à passer la sonde de nouveau; seulement cette fois nous observons quelque chose de plus: l'urine sort mêlée à une grande quantité de sang.

La vessie étant évidemment paralysée, puisqu'elle ne revenait pas sur la sonde, et d'un autre côté l'hémorrhagie ne nous paraissant due qu'à une exhalation de sang produite par un afflux considérable de ce liquide, après la cessation de la compression intérieure que déterminait l'urine, nous laissons la sonde à demeure. Nous recommandons en même temps à la garde de ne laisser couler l'urine que de deux heures en deux heures, et d'avoir soin de ne vider jamais complétement la vessie. — Pour tisane, décoction de chiendent et de graine de lin; demi-lavements au tabac; frictions locales avec un liniment contenant une forte proportion de teinture de cantharides; pilules avec l'extrait de noix vomique.

Malgré ces moyens, la vessie n'a pas repris son ressort, et l'hémorrhagie continue de plus belle. Au bout de trois jours c'était comme si nous n'avions rien fait, et la sonde, devenue très gênante pour le malade, a dû être retirée.

Nous rappelant alors les bons résultats que, dans une circonstance analogue, nous avions obtenus de l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté, nous avons résolu d'y avoir recours, et nous en avons administré un gramme à prendre par cuillerées d heure en heure, dans 120 grammes d'un véhicule sucré auquel nous avons ajouté 4 grammes de mucilage de graine de lin.

Dès le soir même, lorsque nous avons sondé le malade, nous avons déjà trouvé beaucoup moins de sang exhalé que la veille. Le lendemain M. X. a uriné spontanément en notre présence, sans cependant pouvoir vider complétement la vessie. — Continuation de l'extrait de seigle ergoté, dont nous augmentons la dose d'un demi-gramme.

Enfin le quatrième jour nous n'avons pas eu besoin de sonder le malade, l'hémorrhagie était complétement tarie; et la vessie avait repris ses fonctions, qu'elle a continuée jusqu'à ce jour. Le malade se porte aussi bien que possible.

Réflexions. — Nous ne dirons rien des symptômes cérébraux qu'a présentés notre malade. Ils n'ont rien que d'ordinaire, et s'expliquent très bien par l'apoplexie qu'il a déjà eue et par les congestions cérébrales qui se sont manifestées de loin en loin, et qui nous présagent pour un avenir plus ou moins prochain de nouvelles attaques et probablement un ramollissement cérébral. Que faut-il toutefois penser de ces perversions de l'intelligence qui se faisaient remarquer tous les soirs à quatre heures et cessaient après le repos de la nuit? Cette intermittence qu'on observe souvent sous une autre forme pendant le cours des maladies des voies urinaires, ne doit-elle pas être rapportée en partie à la paralysie de la vessie et à l'énorme distension qu'elle avait subie? Faut-il au contraire rapporter exclusivement au ferro-cyanate de quinine la disparition de ces symptômes périodiques? Nous ne le pensons pas.

Avant d'aller plus loin, disons quelques mots sur une particularité remarquable que nous a présentée la vessie. Chaque fois que nous avons sondé le malade, aussitôt que l'instrument s'est engagé dans le réservoir de l'urine, il s'est précipité pour ainsi dire malgré nous, comme si une force invisible le poussait, et il ne s'est arrêté que lorsque le rebord qui termine son extrémité libre est arrivé au gland. Au second cathétérisme une pinte de liquide étant sortie, et le jet qui avait éprouvé une diminution successive ayant tout à fait cessé, nous avons cherché à exciter de l'extrémité de la sonde la surface de la membrane muqueuse; mais cela a été en pure perte, l'organe est resté insensible à nos sollicitations. Ce résultat négatif constaté, nous allions retirer la sonde, lorsque tout à coup elle a exécuté, malgré nous, un demi-mouvement de rotation sur elle-même, s'est engagée plus profondément et a aussitôt donné issue à une nouvelle pinte d'urine!

Cette singulière particularité, que nous n'avons trouvée relatée dans aucun auteur, nous a grandement étonné, et cela d'autant plus que ce second liquide contenait beaucoup moins de sang que le premier. Le lendemain le même phénomène s'est reproduit: la vessie s'est encore vidée en deux temps distincts; seulement, cette fois, la dernière partie du liquide évacué renfermait autant de sang que la première. A quoi rapporter ces particularités? Faut-il en demander compte à une de ces dilatations extrêmes des uretères déjà signalées par les auteurs? Évidemment non, car leur abouchement ayant lieu à la partie inférieure de la vessie, le liquide, tendant toujours à gagner les points les plus déclives, se serait écoulé tout d'un jet par la sonde jusqu'à l'évacuation complète de l'organe, et nous n'aurions eu ni cette rotation de l'instrument sur lui-même, ni cette intermittence dans l'écoulement. Nous pensons donc que ces phénomènes ne peuvent s'expliquer que par une disposition bilobée de l'organe, soit par suite d'une variété originelle de développement, soit par suite d'une hernie de la membrane muqueuse à travers un éraillement de la musculeuse en raison de la grande distension subie par le réservoir de l'urine. Du reste nous nous sommes, pour ainsi dire, assuré matériellement du fait, car, lorsque nous dirigions sur les côtés le bec de la sonde, nous étions promptement arrêté, tandis qu'en la portant en arrière directement dans le grand axe de l'organe, nous pouvions l'enfoncer jusqu'au bout sans trouver la moindre résistance.

D'un autre côté, cette disposition nous permet d'expliquer comment le second jour le liquide évacué le dernier contenait beaucoup moins de sang que le premier: c'est sans doute parce que, le sac postérieur de la vessie n'ayant pas été vidé lors du premier cathétérisme, le sang n'aura pas fait irruption vers lui comme vers le sac antérieur, qui lui aura probablement transmis le peu de sang qui s'y trouvait. Quant à l'hémorrhagie elle-même, nous ne faisons aucun doute qu'elle ne se soit effectuée comme nous l'avons dit, c'est-à-dire par une irruption insolite de sang vers la vessie, la distension cessant de s'y faire sentir.

Le seigle ergoté a rendu ici un double service, puisqu'il a fait disparaître en même temps et la paralysie de la vessie et l'hématurie qui en a été la suite. Nous citons ce cas d'autant plus volontiers que quelques praticiens encore aujourd'hui contestent à cette substance une action réelle sur la contractilité générale. Quelques-uns même, par une contradiction étrange, pour ne rien dire de plus, accordent qu'elle agit favorablement sur toutes les hémorrhagies, excepté sur celle de la vessie.

Nous soutenons, nous, au contraire, que de toutes les hémorrhagies celle de la vessie est peut-être celle qui se trouve le plus rapidement et le plus efficacement influencée par l'ergotine.

Enfin, il est très-présumable que chez notre malade la paralysie existait déjà depuis long-temps. Si nous ne nous en sommes pas aperçu plus tôt, c'est que jamais aucun symptôme n'a attiré notre attention du côté du bas-ventre, et que d'ailleurs M. X.... rendait chaque jour une quantité d'urine en rapport avec la quantité elle-même des liquides qu'il prenait. Ce dernier fait peut du reste très-bien s'expliquer, même dans le cas de paralysie complète de la vessie. Voici, en effet, ce qui a eu lieu: l'organe était tellement distendu par l'urine que le col lui-même avait fini par céder, si bien que nous n'avons senti à son niveau aucune résistance, et que la sonde est arrivée, pour ainsi dire, d'elle-même dans la vessie sans que nous ayons eu besoin d'exécuter le mouvement de bascule indiqué pour le cathétérisme en général, surtout

quand on le pratique avec un instrument courbe. Eh bien ! on comprend à merveille qu'en pareil cas, si le malade fait des efforts pour uriner, le col de la vessie n'offrant aucune résistance, les muscles abdominaux puissent suffire, par la pression qu'ils exercent sur l'organe, pour en faire sortir une partie du liquide qu'il renferme. C'est en effet ce qui est arrivé chez M. X... On peut donc, dans quelques circonstances, uriner volontairement, même dans les cas de paralysie complète de la vessie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. (Septembre 1844.)

Coup-d'œil pratique sur le traitement abortif de la blennorrhagie par les injections caustiques d'azotate d'argent; par M. le docteur VENOT.

L'auteur commence ce travail instructif et intéressant par une sorte d'historique de toutes les tentatives faites pour introduire les injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie. Son but essentiel étant l'examen et l'appréciation de la méthode récemment préconisée par M. Debeney, c'est à elle surtout qu'il consacre la plus grande étendue de son mémoire. On se souvient que M. Debeney dans un travail inséré dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, et répété par la presse périodique presque tout entière, avait accumulé un très grand nombre de faits pour prouver que la cautérisation de la muqueuse de l'urètre par le nitrate d'argent, depuis la proportion d'un demi-gramme à celle d'un gramme et plus pour 30 grammes d'eau, pouvait être pratiquée sans accident à toutes les périodes de la blennorrhagie, et que si cette cautérisation ne supprime pas toujours immédiatement l'écoulement, elle a pour effet ordinaire de faire avorter l'inflammation au début, ou de l'éteindre après son développement.

M. Venot s'étonne, à bon droit, que malgré les nombreux et beaux résultats annoncés par M. Debeney, personne encore qu'il sache, et que nous sachions nous même, n'ait tenté une expérimentation confirmative de cette méthode. Ce que les autres n'ont voulu ou n'ont osé faire, M. Venot l'a fait. Placé à la tête d'un service nosocomial de vénériens, il a soumis les cautérisations par la méthode de M. Debeney à l'expérience clinique, et il expose aujourd'hui le résultat de ses essais. Les faits sont ici trop importants pour pouvoir être simplement analysés; nous rapporterons tous ceux exposés par l'auteur et dans leur rédaction originale qui nous paraît plus éloquente que toutes les discussions.

Première observation. — Paul Laroche, ouvrier chaudronnier, âgé de vingt et un ans, pâle quoique assez fort et musculeux, se présente à la clinique de l'hospice des Vénériens, le lundi 16 octobre 1843. Depuis la veille au soir il éprouve un prurit assez vif au méat urinaire, s'étendant à 20 centimètres environ dans la cavité de l'urètre; en pressant le gland, qui à son sommet offre une auréole rouge assez prononcée, Paul Laroche fait jaillir une gouttelette d'un liquide semi-transparent, blanchâtre, qui file au doigt. Il y a douloureuse émission des urines, et chatouillement incommode au dessous de la fosse naviculaire après leur sortie. Le consultant n'offre aucun autre symptôme local ou général (ceci est essentiel à noter); il fait remonter au 6 octobre (dix jours avant) le coït impur, cause de l'urétrite commençante dont il est porteur. Admis *illicò*, je lui prescris un bain, à l'issue duquel je le soumets à une injection caustique, avec la précaution de comprimer le périnée, malgré l'assurance donnée par M. Debeney qu'aucun accident ne peut survenir par la pénétration du caustique dans la vessie.

Les phénomènes locaux et immédiats de cette injection sont les suivants : Sensation d'un liquide froid qui remplit l'urètre, puis quarante ou cinquante secondes après, douleur atroce qui retentit le long des cordons et monte jusqu'aux lombes; le malade se croit en proie à une souffrance mortelle; il éclate, il jure, et durant vingt minutes il a grand'peine à se contenir. Des lotions froides fréquemment renouvelées, puis un bain de siége froid, calment à peine l'exaspération de cette douleur, qui ne devient tolérable qu'au bout de deux heures et après l'administration d'une émulsion fortement camphrée. La verge est en demi-érection, chaude et très sensible au toucher, surtout le long du calibre urétral. Le malade éprouve un malaise et une appréhension d'uriner qui, vers le soir, sont accompagnés d'une abondante évacuation de matière blanche épaisse; l'urine suit avec un sentiment de cuisson, d'ardeur incroyable; elle coule goutte à goutte, et comme du plomb fondu, pour parler le langage du malade. Le soir, fièvre, insomnie, réveil de la douleur locale; les besoins d'uriner sont incessants, quelques gouttes de sang paraissent au méat urinaire (nouveau bain le matin prolongé de deux heures). A midi, excrétions nouvelles de matières pelliculeuses, de débris de l'épithélium du canal; les urines coulent mieux, mais produisent toujours la plus affreuse douleur. Trente-six heures après l'injection, il n'y a chez Paul Laroche que des amendements courts et rares; l'urètre est le siége d'un écoulement épais et abondant, et voyant dès lors que ce cas ne peut s'encadrer dans le chapitre du mémoire (de M. Debeney) intitulé : *Cas où une seule injection caustique a suffi pour supprimer l'écoulement;* désespérant de le placer à côté des quatorze observations de ce genre citées par l'auteur, je me disposais à suivre ponctuellement les règles du deuxième chapitre : *Cas de guérison après deux injections à vingt-quatre heures d'intervalle.* Mais le malade opposa une énergique résistance à l'administration nouvelle du remède, il ne voulut, sous aucun prétexte, subir une seconde injection, et préféra guérir lentement (quarante-deux jours) par les moyens ordinaires, auxquels les antiphlogistiques et les sangsues furent joints dans une juste proportion. Son horreur pour les injections fut telle qu'au déclin de sa blennorrhagie, il refusa même l'emploi de celles dont l'acétate de plomb très étendu forme le principal élément et qui terminent, à l'hospice, le traitement usuel de toutes les blennorrhagies.

Deuxième observation. — Un Espagnol réfugié avait depuis huit jours une blennorrhagie avec les caractères ordinaires à cette époque de l'invasion, lorsqu'il entra, le 25 octobre, à l'hospice des Vénériens.

Le 26 au matin, injection caustique d'après les règles tracées plus haut. Les mêmes phénomènes immédiats se déclarent. Pourtant le malade témoigne une moins vive douleur que dans le cas précédent. La nuit est calme, et dans la matinée du lendemain seulement surviennent les évacuations pelliculeuses et l'émission goutte à goutte d'une urine brûlante. La gonorrhée paraît avoir cessé; mais une sorte de roideur insolite tient le pénis tout entier, qui est chaud et sensible. Le soir, retour de l'écoulement, même avec assez d'abondance; aussi, le 28 au matin, après un bain de deux heures, je pratique une seconde injection. — Cette fois, douleur subite et fort intense; le malade est mis au bain; émulsion camphrée. Aucune atténuation notable ne se manifeste dans la journée. La nuit, fièvre, agitation, céphalalgie; ténesme vésical amenant de petites quantités d'urine sanguinolente. — Saignée du bras de 300 grammes; boissons mucilagineuses nitrées; cataplasmes laudanisés froids; diète absolue.

Le 29, dans un effort d'uriner, abondante hémorrhagie par l'urètre; le sang est rutilant, épais, écumeux, comme artériel. Une syncope amène la cessation de ce phénomène, que je regrettai de voir enrayé. Plus tard, des caillots de sang noir continuèrent à sortir du canal, accompagnant de plus faibles urines. Le flux blennorrhagique ne tarda pas à se rétablir et à continuer, comme si aucun moyen perturbateur n'avait été mis en usage.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une blennorrhagie chronique soumise à l'injection caustique qui détermina une arthrite violente et qui fut sans influence sur l'écoulement.

Dans la quatrième, l'injection pratiquée pour une blennorrhagie datant de deux jours, détermina une double adénite qui s'abcéda.

Dans la cinquième, l'injection provoque une blépharite;

Dans la sixième, une sorte d'érysipèle de la verge;

Dans la septième, une urétrorrhagie et une orchite des plus violentes;

Dans la huitième, douleurs atroces, hémorrhagie, paraphimosis, accidents dysuriques, abcès noueux sous l'urètre.

En résumé, l'injection abortive a déterminé cinq fois l'orchite aiguë, quatre fois des pustules et des abcès urétraux, deux fois l'ophthalmie blennorrhagique, deux fois l'adénite inflammatoire, une fois le rhumatisme articulaire, sans énumérer tous les autres accidents; mais, considération capitale, vingt fois sur vingt-deux cas le retour de la blennorrhagie a eu lieu après un laps de temps variable.

De ces faits, M. Venot se croit autorisé à émettre les propositions suivantes :

1° Les injections caustiques avec l'azotate d'argent n'ont pas les conditions d'innocuité exigées pour l'emploi de tout médicament héroïque, clause fondamentale de son administration;

2° Au lieu d'éteindre l'inflammation, ce traitement éminemment perturbateur l'exaspère localement d'abord jusqu'à l'hémorrhagie, pour la déplacer constamment ensuite, sans bénéfice réel pour l'affection primitive;

3° L'urétrorrhagie est en général le moindre inconvénient de cette méthode. L'orchite, les abcès urétraux, l'ophthalmie blennorrhagique, les transports rhumatismaux en sont les conséquences presque inévitables; n'omettons pas les phénomènes immédiats de la cautérisation, tels que les douleurs atroces du cordon, le priapisme, la fièvre, la dysurie, etc.;

4° Au prix de ces accidents, l'avortement blennorrhagique n'arrive que dans de très rares circonstances; car, presque toujours, l'écoulement urétral reparaît après la cessation de la métastase.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau manuel d'Anatomie générale, historique et organique de l'homme, par le docteur MARCHESSAUX, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris. — Germer-Baillère.

L'anatomie générale n'est plus aujourd'hui ce que Bichat l'avait faite. Les immenses progrès de la chimie organique, à peine soupçonnée de son temps, les innombrables découvertes dues à la micrographie ont considérablement agrandi le cercle des connaissances qui la constituent. Aussi avait-on lieu de s'étonner que personne n'eût encore essayé de réunir ces éléments et d'en former un ensemble aussi complet que le permet l'état de la science. C'est cette lacune que vient d'essayer de combler le docteur Marchessaux, qui a mis à contribution avec un discernement et une sagacité dignes d'éloge les travaux des savants français et étrangers les plus distingués, nous voulons dire des Raspail, des Dutrochet, des Henle, des Valentin, des Bicshoff, etc., n'admettant, pour nous servir de ses expressions, « que les théories » probables, que les observations à l'abri de tous les doutes, et voulant avant tout initier les lecteurs, soit élèves, soit praticiens, aux » études de ceux qui ont, depuis quinze ans, contribué à la fondation » de l'*histologie*. »

L'auteur s'attache tout d'abord à établir, d'accord avec Béclard, la distinction qui existe entre les généralités de l'anatomie, c'est-à-dire les études relatives au corps humain considéré dans son ensemble, l'examen des caractères généraux de ses organes, de ses humeurs, etc., et l'anatomie générale proprement dite, qui comprend, pour les organes multiples réunis en genres ou en systèmes, l'étude des caractères généraux, abstraction faite des différences spéciales des organes, et pour ceux étendus à tout le corps, l'étude des caractères généraux, abstraction faite des différences locales qu'ils présentent. Cette méthode, bien que préférable aux méthodes antérieures, n'est plus convenable aujourd'hui. L'accumulation incessante des découvertes en zoologie et en zootomie a changé de face nos connaissances et a donné naissance à une science toute nouvelle qui a pris le nom d'anatomie transcendante ou d'organogénie animale. Quelques modernes ont même assigné à cette science le nom d'anatomie générale, réservant le nom d'*histologie* à l'histoire des tissus organiques. A peine ordonnée, cette science a été subdivisée en deux branches : la première, l'embryogénie, nous révèle les véritables lois des formations organiques; la seconde, l'anatomie philosophique, embrasse l'ensemble de tous les êtres et les faits généraux de leur organisation dans toutes les espèces et dans tous les âges.

Pour l'auteur, l'anatomie générale telle qu'elle doit être envisagée maintenant, s'occupe de l'étude textulaire et moléculaire de l'organisme et, pour arriver à ce but, elle a recours à l'analyse mécanique et à l'analyse chimique. Elle a pour objet de rechercher les parties similaires dans des organes différents, de les comparer ensemble et de leur assigner des caractères qui conviennent à toutes. Se conformant à cette manière d'envisager l'anatomie générale, l'auteur commence par exposer rapidement quelques notions générales de l'organisme, tel qu'il est suivi par les auteurs d'anatomie descriptive.

Il nous serait impossible, dans une analyse de ce genre, de suivre l'auteur dans les développements de son sujet. Qu'il nous suffise de dire que l'intérêt et l'utilité des matières qui y sont traitées, la nouveauté, pour la plupart des lecteurs, du sujet du livre en lui-même rendront indispensables aux élèves et aux maîtres cet ouvrage, dans lequel M. le docteur Marchessaux, en même temps qu'il montre un ensemble de connaissances aussi variées que complètes, fait preuve d'un rare esprit philosophique et d'une excellente méthode d'observation.

Traitement externe de la phthisie laryngée, par M. le docteur Ch. SWALNE, de Groningue.

M. Swalne, dans une thèse sur la phthisie laryngée, mentionne le liniment suivant comme employé avec le plus grand avantage par M. le docteur Ter Borgh, dans le traitement de cette affection si rebelle aux moyens ordinaires de l'art.

Pr. Onguent de Mézéréon,	30 grammes.
Tartre stibié,	4 id.

M. et F. S. A une pommade parfaitement homogène.

On emploie ce médicament en frictions, soir et matin, sur la surface de la région cervicale antérieure. On en suspend l'application lorsque l'on a obtenu une éruption varioliforme, pour y revenir plus tard, suivant le besoin.

L'auteur regarde cette pommade comme l'emportant de beaucoup sur la pommade d'Autenrieth qu'il a prescrite comparativement dans les cas de même nature. (*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.*)

Nous recommandons spécialement à l'attention et à l'appréciation de messieurs les docteurs, ainsi que des personnes qui peuvent en avoir besoin, les *Appareils orthopédiques de M. Grandcollot*, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 29. Ces appareils se font remarquer, entre tous ceux du même genre qui sortent des autres maisons, par leur légèreté, leur élégance, et en même temps leur solidité. M. Grandcollot est parvenu à apporter aussi aux *membres artificiels* qui sortent de ses ateliers, un perfectionnement qui les met au dessus de ceux des autres maisons, et qui lui a déjà valu les justes remercîments de plusieurs docteurs et des personnes qui en font usage. Enfin il vient d'ajouter à ses magasins un grand assortiment de *bandages* et *d'instruments de chirurgie* qui ne laissent rien à désirer sous le rapport de la confection.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 31 OCTOBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 128. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Les ateliers étant fermés vendredi, fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas samedi 2 novembre.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Bronchite. Stomatite. Pneumonie partielle. Mort. Autopsie.

Au n° 8 de la salle Saint-Thomas, a été couché le nommé Vanderger, âgé de six ans, entré le 13 juin. D'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatique, vacciné, non variolé, habituellement bien portant, cet enfant a été pris, il y a cinq jours, à la suite d'un refroidissement subit pendant qu'il était en sueur, d'une toux assez forte, fréquente, un peu quinteuse, plus forte pendant la nuit et le soir. Il n'a point craché jusqu'à présent, et ne crache point après les quintes de toux. Il ne s'est pas plaint de douleur de côté. Pas de vomissements. Voici l'état dans lequel on le trouva au moment de son entrée à l'hôpital.

Le visage assez pâle, un peu animé seulement aux pommettes; peau de chaleur à peu près normale, un peu moite. Respiration un peu plus fréquente qu'à l'état sain, à 24 environ par minute. Pouls à 80-84, assez faible, non redoublé. Toux assez fréquente, quelquefois quinteuse; la résonnance bonne dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière; cependant à droite, en arrière, en bas, elle semble un peu plus faible, sans cependant qu'il y ait matité complète. Le murmure respiratoire se fait assez bien entendre en avant et en arrière, mélangé, dans une grande partie de l'étendue de la poitrine, de râles muqueux ou sibilants. A la base du poumon droit en arrière, la respiration est plus faible, et l'on constate même un peu de râle crépitant. — Mauve édulcorée; demi-looch; cataplasmes; demi-lavement.

Le 14 juin, l'enfant se plaint de douleurs de ventre assez intenses. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite. Il n'y a pas eu de selles depuis hier. Mêmes symptômes que la veille pour la respiration. — Demi-looch avec kermès, 0,05; cataplasmes; diète.

Le 15 juin, la toux est devenue plus fréquente, plus profonde. Respiration accélérée, à 28 par minute. Pouls à 88. Joues colorées, brûlantes; le front est brûlant aussi. Moiteur de la peau du tronc. Rougeur érythémateuse à la commissure des lèvres, qui sont couvertes de plaques jaunâtres. Rougeurs vives à la face interne des joues, sans productions blanches pseudo-membraneuses. — Même traitement.

Le 16 juin, peau chaude sudorale. Les extrémités digitales et la face palmaire des mains sont rouges. Le pouls est développé, à 88-92. Les rougeurs des commissures des lèvres sont plus intenses. Les lèvres elles-mêmes sont gonflées, croûteuses. L'aspect général de la physionomie est mauvais. Un peu de cyanose et de teinte bleuâtre-violacé de la peau. Résonnance assez bonne en avant des deux côtés, et en arrière à gauche. A droite en bas, elle est assez faible, et se rapproche un peu de la matité. La respiration, toujours mélangée de râles sibilant et muqueux, ne se fait presque plus entendre à la base du poumon droit, où elle est un peu soufflante. Même fréquence de la toux. — Mauve édulcorée; demi-looch, kermès, 0,05; pédiluve; vésicatoire volant à la base du poumon droit en arrière; diète.

Le 18 juin, ventre de plus en plus ballonné, Constipation malgré les lavements. Pouls à 96. Respiration précipitée. Les deux lèvres sont couvertes d'un herpès largement développé. Le vésicatoire a bien pris. La surface a bon aspect. L'enfant boit facilement et abondamment. — Mauve gommée; décoction blanche; lavements; pédiluves sinapisés.

Le 20 juin, la fièvre est très forte; le pouls à 120. Abattement et affaissement du sujet. Mêmes phénomènes pour la résonnance et la respiration. Souffle bronchique profond et peu distinct à la base de chaque poumon. — Vésicatoire à la base du poumon gauche en arrière; sécher celui du côté droit; extrait de quinquina, 2 grammes; mauve gommée; diète.

Le 23 juin, le petit malade a beaucoup crié. Peu de sommeil; agitation extrême. Pouls à 120. Etat croûteux et sécheresse des lèvres. La rougeur de la bouche, que l'on n'a point examinée depuis trois jours à cause de l'agitation du sujet, a un peu diminué. L'enfant demande à manger.

Le 25 juin, pouls à 144, filiforme, très difficile à compter. Emaciation extrême. Les yeux sont profondément excavés. Expansion vésiculaire très faible à la base des deux poumons. Souffle bronchique profond à droite. — Crème de riz.

Pendant les jours suivants, on note un dépérissement rapide du petit malade. Une diarrhée assez abondante succède à la constipation opiniâtre que l'on avait notée dans les premiers temps et ne peut être arrêtée par les lavements émollients ou laudanisés.

Le 29, le pouls est à 152-156; la respiration faible partout; le murmure vésiculaire accompagné de râles muqueux et crépitants. C'est à peine si l'on entend un souffle profond et faible à la base du poumon droit. D'après l'étendue et le caractère du râle muqueux on est porté à penser qu'il existe une affection tuberculeuse générale commençante.

Le 30, mort.

Autopsie trente-six heures après la mort.

La plèvre renferme des fausses membranes commençant à s'organiser dans un petit nombre de points de sa cavité. Le tissu des poumons, à la partie antérieure et externe, paraît sain. Le poumon gauche présente, à la coupe, des granulations tuberculeuses dans le parenchyme, à la base hépatisation grise partielle au milieu de laquelle on rencontre un assez grand nombre de ces granulations. Le poumon droit, engoué dans toute son étendue, offre dans son tiers inférieur les altérations pathologiques de la pneumonie au troisième degré. Il ne renferme pas de granulations. Les ganglions bronchiques du côté gauche sont tuberculisés.

Le cœur et le péricarde sont sains. Les ganglions mésentériques sont gonflés, convertis en matière tuberculeuse. L'estomac et la muqueuse intestinale sont sains.

— Ce fait nous a paru des plus intéressants sous plusieurs rapports et nous allons l'examiner sous ses différentes faces en présentant sur chacun de ces points quelques réflexions pratiques. Et d'abord, pour ce qui est relatif aux causes, nous avons vu que chez cet enfant, la bronchite observée d'abord, puis la pneumonie sont survenues sous l'influence d'un refroidissement éprouvé par l'enfant au moment où il se trouvait en sueur. Malgré ce qu'ont pu dire quelques auteurs, cette influence du froid nous paraît une des causes les plus fréquentes et les mieux démontrées de la bronchite aiguë, et sans admettre, comme l'a fait M. Delaberge, que la pneumonie chez l'enfant succède toujours à l'inflammation des bronches, cependant nous devons croire que souvent elle n'y est pas étrangère. Dans le cas actuel, la pneumonie a succédé à une bronchite aiguë intense survenue après un refroidissement. MM. Rillet et Barthez partageant sur ce point les idées de M. Chomel et de M. Louis croient que les changements brusques de température ne doivent être comptés presque pour rien dans la pneumonie chez l'enfant. Comme causes prédisposantes nous noterons l'état de débilité causé par des maladies antérieures, l'influence d'une constitution faible et détériorée. Cette dernière cause est principalement applicable à la production des pneumonies secondaires ou consécutives. Nous ne parlerons point de l'influence du sexe, qui ne nous a pas paru jusqu'à présent bien marquée, quoiqu'il y ait peut-être quelque probabilité de croire que la pneumonie serait plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Les symptômes doivent être examinés avec soin. Pendant toute la durée de la maladie nous n'avons point observé de douleur de côté, comme cela arrive si souvent dans la pneumonie chez l'adulte. Pendant la première période de l'affection, l'absence de douleur n'est point étonnante, la bronchite,

---

FEUILLETON.

DE LA PESTE;

PAR M. HAMONT.

Dans le plan de travail que s'est tracé l'Académie de médecine, plusieurs questions capitales surgissent à la fois; toutes me paraissent devoir être soumises à son examen.

Pour éclaircir les points encore obscurs relatifs à la peste, l'intervention de la médecine est indispensable; son flambeau dissipera les ténèbres dont nous sommes environnés, et le législateur ne formulera ses décrets que lorsque le jour aura succédé à une nuit devenue malheureusement trop longue.

L'opinion publique, les besoins actuels de la société, les relations nouvelles qu'établissent les peuples, assignent à l'Académie le rôle que spontanément elle a accepté: de veiller comme une sentinelle avancée à la santé générale.

Maintenant, ainsi que l'a dit avec raison un spirituel auteur, on ne voyage plus, on arrive; des contrées jadis éloignées se rapprochent, des combinaisons nouvelles se créent sans que personne encore puisse annoncer quelles en seront les conséquences.

Mais écoutez ce que disent les peuples: Pourquoi ces lazarets, ces quarantaines? Pourquoi cette peste elle-même, quand l'intelligence humaine marche à la conquête de l'univers, quand l'application de la vapeur au mouvement vient annuler l'espace?

L'esprit s'arrête étonné: un obstacle puissant existe, il s'est interposé entre l'Orient et l'Occident; il nous prescrit de nous tenir éloignés des Orientaux parce qu'un mal affreux naît, croît, se développe dans une contrée orientale pour se répandre avec la rapidité d'un torrent qui ravage tout sur son passage. Cependant les peuples s'irritent de cet obstacle, ils en réclament la suppression; c'est à vous, messieurs, qu'appartient la mission de rechercher si l'on peut, non-seulement se préserver du mal, mais détruire à jamais ce fléau devant lequel s'est arrêtée l'industrie humaine.

En demandant aujourd'hui la permission de vous entretenir de la peste, j'ai obéi à l'appel que, dans votre sollicitude pour les intérêts de l'humanité, vous avez fait à ceux qui pouvaient apporter des matériaux pour construire l'édifice que l'Académie s'est proposé d'élever.

J'ai long-temps vécu en Egypte, j'ai observé, suivi des épidémies de peste; j'ai étudié les conditions dans lesquelles cette maladie paraît naître; j'offre à l'Académie mon butin scientifique, en la priant de ne point la rejeter sans en examiner la valeur.

Qu'est-ce que la peste? D'où provient-elle? Qu'est-ce qui la détermine?

L'Europe doit-elle maintenir ses lazarets, ou peut-elle impunément les supprimer?

Avant de nous appesantir sur les questions principales qui nous intéressent plus spécialement, nous hommes de l'Europe, recherchons quel est l'état matériel des habitants qui vivent dans la patrie de la peste, c'est-à-dire sur les bords du Nil, en Egypte.

Cette recherche est de toute nécessité; elle nous fera connaître l'étiologie du mal; et si nous parvenons à le saisir à son berceau, peut-être nous sera-t-il possible alors de voir s'anéantir un jour un fléau dont l'espèce humaine a eu tant à souffrir. Personne maintenant ne le conteste, la peste est endémique en Egypte; mais dans les provinces basses, dans le Delta, jamais elle n'a pris naissance dans le Saïd, ou Haute-Egypte.

Eh bien! dans ce Delta dont vous avez souvent parlé; sur cette terre si fertile, si riche, existe-t-il des influences maladives? L'air y est-il impur? L'homme s'y trouve-t-il mal à l'aise? Oui. — Mais ces influences maladives, mais cet air impur, mais ce malaise, sont l'ouvrage de l'homme seul; car partout, en Egypte, la nature est belle, admirable; la Providence en avait fait un séjour qui excluait ces maladies hideuses qui s'attachent à l'homme, l'étreignent et le font mourir.

Un écrivain habile dont il vous arrive souvent d'admirer les brillantes compositions, votre savant secrétaire perpétuel, vous a raconté avant moi déjà, dans ce style plein de force et de vérité, les misères et l'abnégation du peuple égyptien.

Il semble que l'habitant du Delta ait voulu préparer lui-même les causes de sa mort. Sa demeure, ses entourages, sa nourriture, tout concourt au développement des affections qui l'accablent.

Sa maison, ou plutôt sa chaumière, il l'a construite avec de la boue sur les bords d'une eau croupissante, où se vautrent des buffles et où pourrissent des charognes. Contre cette première habitation, dont l'entrée est fort étroite, et par où l'homme pénètre en rampant, un voisin en élève une seconde; une troisième s'adosse à celle-ci, et ainsi de suite, de manière à former des groupes de maisonnettes serrées, rapprochées les unes des autres, sans laisser d'intervalle pour la circulation de l'air atmosphérique. Dans ces misérables huttes, les hommes, les femmes, les enfants, couchent pêle-mêle sur la terre, souvent humide, et dont ils ne sont ordinairement séparés que par une natte de joncs usée, pourrie, vermoulue.

Sur cette terre, le *fellah* (agriculteur), qui a travaillé tout le jour, soit aux labours, soit aux rizières, vient se placer presque nu comme sa femme et ses enfants.

Autour de ces habitations vous marchez sur des excréments d'hommes, d'animaux, sur des excréments tout frais encore, sur des amas d'ordures, de décombres, où des chiens affamés se disputent les chairs en putréfaction d'un bœuf, d'une vache ou d'un chameau.

On voit de ces chiens traîner après eux, jusqu'à l'entrée des maisons, jusque sur leurs terrasses couvertes de paille de riz ou de fanes de maïs, des os, de longues portions d'intestins qu'ils abandonnent quand la faim cesse de les poursuivre.

L'air qui a passé sur ces substances animales, qui a pris pour les emporter avec lui les miasmes provenant des cadavres, des fumiers, des déjections alvines, des flaques d'eau où grouillent des milliers d'insectes, cet air doit cependant constituer le premier élément du fellah! Puis, tandis que pénètrent en lui les poisons dont il imprègne son organisme, nu de la tête aux pieds, il sème dans la boue, travaille dans les rizières, et dort auprès de ses champs, d'où s'élèvent des effluves qui le feront trembler bientôt, et lui ôtent pour trois ou quatre mois l'énergie qu'il pouvait conserver encore.

La femme du fellah, ses enfants en bas âge, s'ils n'assistent point le chef de la famille dans les travaux champêtres, rassemblent auprès de la demeure commune les excréments des bestiaux, ceux des hommes, et ces excréments, ils les délayent avec une eau bourbeuse, fétide, ils les pétrissent avec les pieds, avec les mains, pour en faire de larges rondelles peu épaisses qui leur serviront de bois de chauffage.

Et pour faire sécher ce singulier combustible si singulièrement préparé, les femmes et les enfants les collent aux murailles de leurs chétives habitations.

Comme le Delta est une plaine sans accidents de terrain, les habitants pour bâtir leurs demeures ont dû creuser la terre autour d'eux, et il en est résulté de longs enfoncements, de larges excavations où l'eau du Nil stagne chaque année et forme ces grandes flaques dont l'aspect affecte autant la vue que l'odorat.

Et pourtant, telle est l'inconcevable indifférence des Egyptiens! c'est là qu'ils vont puiser l'eau dont ils s'abreuvent; c'est là qu'après avoir satisfait, contre la porte de leurs tanières, à des besoins naturels, ils pratiquent les ablutions que prescrit à tout mahométan le saint livre de la religion.

A observer le fellah dans toutes les phases de sa vie comme dans ses actions journalières, il semble que la nature l'ait condamné à ne faire que précisément ce qu'il ne faudrait pas qu'il fît.

Quand le travail ne le presse point, il sort de son bouge, prend sa pipe, la remplit d'un mauvais tabac très âcre, et va s'asseoir juste au milieu des matières putrides, sur un fumier, tout auprès d'une mare

qui existait seule alors, n'étant point, quand elle est simple, accompagnée de douleurs. Plus tard il n'en est point survenu, et peut-être aurions-nous lieu de nous en étonner. Quelques auteurs, entre autres M. le professeur Rostan, admettent que non seulement la pleuro-pneumonie, mais aussi la pneumonie est accompagnée de douleur aiguë. Le plus grand nombre des auteurs pensent que c'est à la phlegmasie pleurale seule qu'est due la production de cette douleur caractéristique. Or, dans le cas actuel non seulement il y avait pneumonie, mais l'autopsie démontra l'existence d'une pleurésie assez étendue. Cependant, il n'y avait point eu de douleur chez cet enfant, au moins n'en avait-il accusé aucune, et son âge cependant lui permermettait-il de la signaler si elle avait existé? Du reste, nous ferons remarquer que la pneumonie, dans le cas actuel, doit être regardée comme une pneumonie secondaire, et que le plus souvent dans les pneumonies de cette espèce la douleur manque. Néanmoins, cette explication ne peut s'appliquer qu'à la phlegmasie pulmonaire et nullement à la phlegmasie pleurale.

Pendant tout le cours de l'affection, le malade ne rendit pas une seule fois de crachats ni bronchiques, ni pneumoniques. On observe, en général, que les enfants n'expectorent point pendant la bronchite quelles que soient du reste sa forme et sa durée. L'expectoration, on le sait, est toujours rare dans le jeune âge, non point que les matières de l'expectoration manquent: elles existent comme chez l'adulte; mais l'enfant les avale au lieu de les rejeter au dehors. Lorsque la maladie a passé à l'état de pneumonie, les crachats n'ont pas été rendus non plus, en sorte qu'il nous a été tout à fait impossible de nous prononcer sur la question de savoir si la pneumonie était, dans les derniers jours, arrivée à sa seconde ou à sa troisième période.

La toux a existé depuis le début de la maladie; elle a été assez fréquente dès le commencement, quelquefois un peu quinteuse, sans présenter, du reste, d'autres caractères spéciaux. Cette forme quinteuse de la toux appartient plus à la bronchite qu'à la pneumonie; aussi avons-nous vu rapidement disparaître les quintes dès que la phlegmasie pulmonaire a pu être incontestablement observée. Cependant, ce serait se tromper que de croire que la toux ne peut jamais être quinteuse dans la pneumonie des enfants. Dans tous les cas, elle n'est point accompagnée de ce sifflement particulier caractéristique de la coqueluche, et ne pourrait en aucune manière être confondue avec cette névrose.

L'accélération de la respiration était peu intense au début de la maladie, puisque le jour de l'entrée elle ne dépassait pas 20-24 par minute. Dans la bronchite aiguë simple, au début, la respiration n'est pas ordinairement extrêmement fréquente; elle ne devient accélérée que lorsque l'affection est passée à la période de suffocation caractérisée par l'obstruction partielle des bronches par une mucosité jaune, épaisse, visqueuse, et qui détermine, si nous pouvons nous exprimer ainsi, une sorte d'emphysème aigu momentané. Elle devint plus fréquente lorsque la pneumonie fut développée, et sa fréquence fut en rapport, comme elle l'est le plus ordinairement, avec l'augmentation du nombre des pulsations artérielles. Elle resta pendant les derniers jours à 32 par minute.

Enfin, et pour en finir avec les symptômes généraux, la fièvre fut peu intense au début de la maladie. En général, il en est ainsi au commencement de la bronchite aiguë simple. La chaleur et la rougeur de la peau étaient très peu marquées, et c'est à peine si, à l'aspect extérieur, on eût pu regarder le sujet comme malade. Peu à peu ces symptômes firent place à d'autres plus graves. La chaleur de la peau augmenta; le pouls, d'abord à 84, monta jusqu'à 120, puis jusqu'à 144; et pendant les derniers jours de la vie, après être redescendu à 120, il se maintint à 152-156. Le pouls ne s'élève aussi haut dans la bronchite simple que dans la dernière période, celle de suffocation. Dans la pneumonie, au contraire, le pouls est toujours fréquent au début. Ici nous avions affaire à une maladie complexe, qui a commencé par une bronchite et s'est terminée par une hépatisation du poumon.

Le facies n'a rien présenté de remarquable pendant les premiers jours. Cependant, un léger érythème de la commissure des lèvres, puis un peu de gonflement des lèvres elles-mêmes, gonflement qui se termina par l'éruption d'un herpès labialis, avaient pu faire espérer que l'affection se terminerait d'une manière favorable. Sans que l'on puisse savoir quel rapport il peut y avoir entre l'herpès labialis et la terminaison heureuse des affections aiguës du poumon, il n'en est pas moins vrai qu'il existe un rapport évident, et que rarement, au moins chez l'adulte, une pneumonie est suivie de mort quand, pendant son cours, un herpès labialis se développe. Cette remarque, éminemment pratique, puisqu'elle tient au pronostic, et que le pronostic est pour les gens du monde, pour ceux qui entourent le malade, la chose la plus importante, nous l'avons souvent entendu faire par un professeur distingué de la clinique de l'Hôtel-Dieu, aussi y insistons-nous particulièrement.

Chez notre jeune sujet, nous n'avons point observé, même à la période la plus avancée de la maladie, la dilatation des ailes du nez, si souvent caractéristique d'une grande gêne de la respiration. Mais nous ferons remarquer ici que c'est principalement dans la dernière période de la bronchite suffocante qu'elle a lieu. Or, la mort de l'enfant n'a point été déterminée, dans le cas actuel, par une suffocation bronchique, mais bien par l'hépatisation pulmonaire. Dans le cas de catarrhe bronchique suffocant, cette dilatation est produite par l'inspiration forcée qu'est obligé de faire le malade pour faire pénétrer l'air dans les dernières ramifications bronchiques obstruée par les mucosités visqueuses et tenaces dont nous avons, dans un autre endroit, signalé l'existence. Dans la pneumonie avec hépatisation, au contraire, le tissu du poumon étant carnifié et rendu complétement imperméable à l'air, les efforts les plus considérables ne sauraient l'y faire pénétrer, et les malades ne se livrent point à des efforts qui n'auraient aucun résultat. Pendant les derniers jours de la maladie, une émaciation très rapide et très considérable survint, émaciation qui appartient à la dernière période de la pneumonie et s'accompagne de pâleur de la face et d'une excavation profonde des globes oculaires dans l'orbite. Sous ce rapport, la marche de la maladie n'a rien offert d'anormal.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que l'affection complexe a présenté, quant à ses symptômes généraux, la réunion des phénomènes propres à chacune des phlegmasies bronchique et pulmonaire dont était atteint l'enfant, avec prédominance de ceux qui étaient particuliers à l'une ou à l'autre des deux affections.

(La fin à un prochain numéro.)

Cas remarquable d'ossification et d'hydropisie de la choroïde. Extirpation de l'œil par un nouveau procédé (la strabotomie); par le docteur FURNARI.

Malgré les observations que la science possède sur l'ossification totale ou partielle des différents tissus de l'œil, nous nous empressons de publier les détails d'un cas spécial d'ossification de la choroïde, d'abord à cause de sa coïncidence avec l'hydropisie de cette membrane, ensuite, parce que les particularités qu'a présentées l'observation qui fait le sujet de cet article, nous paraissent de nature à éclairer le diagnostic et à déterminer les indications thérapeutiques des épanchements sous-choroïdiens. Ce dernier point est d'autant plus important, que malgré les observations de Zinn, et les intéressantes recherches publiées dans ces derniers temps par MM. Ware, Wardrop et Mackenzie, quelques praticiens prétendent encore aujourd'hui guérir par des palliatifs ou par des moyens purement médicaux, une affection dont le seul traitement, si l'on veut soulager les malades et leur donner l'espoir de conserver au moins l'autre œil, consiste dans l'extirpation totale ou partielle de l'organe qui est le siége de l'hydropisie.

Madame L....., âgée de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, femme d'un ancien caissier du *Journal des Débats*, fut atteinte, il y a une dizaine d'années, d'une choroïdite, à la suite de laquelle les parties externes et profondes de l'œil devinrent le siége de douleurs très vives. Les antiphlogistiques et un traitement général bien indiqué améliorèrent un peu l'état de la malade; mais les facultés visuelles commencèrent à s'affaiblir, et en 1841, époque à laquelle je la vis pour la première fois, elles étaient complétement éteintes. L'œil présentait les altérations suivantes: augmentation de volume du globe, conjonctive variqueuse; sclérotique d'une couleur jaunâtre, offrant à son insertion avec la cornée un peu d'amincissement qui donnait passage à de petites tumeurs bleuâtres pareilles à celles qu'on observe dans les staphylomes du corps ciliaire; la cornée, quoiqu'un peu terne, laissait néanmoins apercevuir l'opacité complète du cristallin, la déformation et le changement de couleur de l'iris. La malade est en proie à des douleurs atroces occupant l'orbite, la joue et la partie latérale du front et de la tête; son sommeil était troublé, sa santé altérée. Connaissant l'inutilité des traitements médicaux dans de pareils cas, je proposai la section du segment antérieur du globe de l'œil; mais la malade ne voulant pas se soumettre à cette opération, réclama les soins d'autres chirurgiens: M. Sichel proposa le traitement employé par Ware, c'est-à-dire la paracentèse; M. Baudens fut du même avis, et il pratiqua la ponction de la sclérotique, afin de vider les humeurs anormales contenues dans la cavité oculaire. Cette opération, quoique bien indiquée pour épargner le globe, n'eut pas les heureux effets qu'on en attendait; le liquide se reproduisit, l'œil devint aussi volumineux qu'auparavant, la tension et les douleurs augmentèrent tellement que la malade était forcée de cacher ses deux yeux avec un bandeau; l'œil sain, devenu photophobique, éprouvait les symptômes d'une amaurose commençante. Ayant examiné de nouveau la malade avec MM. Bérard, Sichel, Cloquet et Baudens, nous décidâmes que le seul moyen de faire disparaître les douleurs, et de conserver l'autre œil, c'était la section de la partie antérieure de l'organe malade, afin d'obtenir un moignon capable de supporter un œil en émail. Je fis cette opération d'après le procédé ordinaire, le 31 janvier 1844. La cornée enlevée, une masse jaunâtre vint faire saillie, projetant en avant le cristallin et sa capsule d'une couleur fortement ambrée. Quelques tractions furent exercées sur cette espèce de bourbillon; tout à coup un liquide analogue à la bile s'écoula au dehors. L'analyse en fut faite par M. Bouchardat, qui crut reconnaître la matière colorante de cette substance. La malade parut soulagée, mais l'œil n'a pas suppuré; les bords de l'ouverture scléroticale se sont réunis, et six jours après l'opération, le globe était encore très volumineux; à l'aide d'un couteau à cataracte, je dilatai l'ouverture de la plaie, d'où s'est écoulée une liqueur jaunâtre semblable à la première. Loin de combattre les accidents inflammatoires, j'ai cherché à provoquer la suppuration en introduisant dans la cavité de l'œil, d'après Scarpa, une mèche de charpie que j'ai

---

où, la veille, il a jeté des cadavres dont la décomposition annonce au voyageur encore éloigné la présence d'un village égyptien.

Dans la baraque où il couche, l'air est empoisonné; dehors où il repose, il aspire les émanations les plus infectes sans paraître nullement s'inquiéter de leur influence.

Il n'est pas un endroit que fréquente le fellah où il ne laisse, comme pour témoigner de son empire, des germes d'insalubrité dont il sera le premier atteint.

Ce n'est pas seulement dans sa maison, parmi les siens, que le fellah s'entoure d'agents capables d'altérer sa santé, il n'est pour lui aucun lieu d'exception; partout où il séjourne l'air se corrompt, des cloaques naissent ses pas.

Ainsi, messieurs, le fellah, si religieux, si fidèle aux dogmes du prophète, a fait de la mosquée même où il va s'agenouiller, de cette mosquée où il demande à Dieu de longs jours et des jours heureux, une habitation malsaine où les odeurs les plus repoussantes assiégent les enfants de l'*Islam*.

C'est qu'avant de se prosterner dans l'enceinte commune où l'appelle l'adoration de l'Eternel, le musulman doit se laver de ses souillures; et c'est pour se purifier qu'il va déposer ses ordures dans une cour que jamais on ne nettoie, ou dans une division d'une longue maçonnerie morcelée où cinquante, cent musulmans à la fois, se rendent pour un même objet.

Puis, de ces lieux communs attenant a la mosquée, ils se précipitent, en murmurant une prière, vers un bac de pierre, de bris ou une fosse, pour se laver les pieds, les mains ou d'autres parties du corps.

L'eau de ces réservoirs est toujours sale; elle pue, renferme un dépôt de matières animales, et répand, surtout quand elle est agitée, une odeur qui étourdit instantanément tout autre qu'un fellah.

Les matières de ces égoûts, de ces latrines, tombent dans un bassin, coulent dans un long canal découvert, et vont remplir une large fosse qu'on a pratiquée à l'extrémité de ce canal, sur une place publique, tout près des habitations.

Cette fosse n'est point fermée; on ne la vide pas; le trop-plein déborde, se répand, imbibe le sol; et, comme une lave noirâtre, s'infiltre partout, sur les chemins, dans les maisons.

Figurez-vous une pareille masse de vidanges coulant à pleins-bords, bouillonnant dans un large conduit tortueux pendant les chaleurs de juillet, d'août, de septembre, et vous verrez quelle doit être l'atmosphère où l'habitant de l'Egypte se trouve plongé.

Si, étranger, arrivant dans un village de la basse Egypte, vous désirez connaître la mosquée, laissez-vous guider par votre odorat; dès que vous serez arrivé au point qui vous paraîtra le plus fétide, remontez toujours, bientôt vous apercevrez l'édifice que vous cherchez.

La saleté habituelle des Egyptiens se manifeste encore dans les boucheries. Ordinairement ils choisissent l'emplacement le plus malpropre, hors du village ou de la ville, pour égorger les bestiaux. Ils opèrent sur du fumier, sur une place, où les dépouilles provenant d'autres animaux sont en putréfaction.

Des bandes de chiens entourent les opérateurs; des corbeaux, des milans descendent sur les lieux: fellahs, chiens et oiseaux de proie attendent une partie de la victime.

Les chiens chassent les milans, les femmes jettent des pierres aux chiens, et le boucher, que tous ces êtres affamés environnent, crie, demande qu'on le laisse finir.

Dès que l'animal désigné est amené, un homme lui coupe la gorge; la bête tombe. Des aides enlèvent la peau, et, sur celle-ci, bien etendue, on dépèce l'animal égorgé.

Le maître boucher et ses valets prennent des haches, séparent les membres de l'animal et brisent les os, et des porteurs d'eau viennent vider leurs outres sur les débris du cadavre.

Un chien saisit un morceau que la hache a fait sauter. Les corbeaux et les milans se disputent une parcelle du muscle, tandis que les adjoints du boucher lavent, avec les pieds et les mains, les chairs de l'animal mis en pièces.

Pour être vendue, la viande ne doit plus contenir de sang; les Egyptiens ne l'achèteraient pas si cette condition n'était pas rigoureusement observée.

Quand enfin les chairs ont été frottées, pressurées long-temps, quand le lavage a fait disparaître toute trace de sang, des hommes, les plus malpropres des associés, les emportent sur le dos et vont les pendre à un crochet fixé dans la muraille la plus voisine. — Le peuple s'approche et achète.

Pour séparer d'une masse une partie qu'on lui demande, le boucher saisit avec les dents une extrémité du morceau, et, tandis que de la main gauche il tient l'autre extrémité, avec la droite il divise, il coupe en présence du client qui regarde, sans s'étonner, les manœuvres du boucher.

La viande flasque, décolorée, malaxée, vendue par des hommes crasseux, en guenilles, pleins de poux, est d'un aspect repoussant.

Tandis que les acheteurs s'approchent du boucher, de vieilles femmes sales, accroupies comme de vieux singes, vident les entrailles de l'animal.

Des chiens se mêlent aux femmes; ils saisissent, tiraillent une partie d'intestin qu'une femme tient par le bout opposé et refuse de lâcher.

La viande n'est pas toujours enlevée de suite; on la laisse pendue; elle pourrit; des myriades de mouches s'y précipitent, et le vendeur attend toujours; il sait que les fellahs viendront la demander.

Autre remarque que tout voyageur a pu faire.

La mortalité sur les bestiaux est très grande en Egypte. Les bœufs, les bufles, les chameaux, succombent dans les champs, dans les villes, dans les villages, et l'Egyptien, fidèle à ses maximes, laisse les cadavres où ils sont, s'asseoit auprès d'eux, cause avec les siens, délibère sur les travaux des champs, sur les affaires de sa maison, tandis que sous ses yeux des troupeaux de chiens dilacèrent les charognes qui se décomposent autour de lui.

Partout, en Egypte, l'Européen qui voyage rencontre sur sa route des cadavres d'animaux abandonnés en plein air, et que le fellah semble se garder d'enterrer.

Au milieu des riantes campagnes de l'Egypte, sur les bords d'un fleuve à débordements réguliers, dans ces champs émaillés de fleurs, dans cette plaine sans fin où croissent de riches végétaux, d'abondantes moissons, pourquoi l'homme, s'il vit en société, engendre-t-il les maux les plus effroyables que le monde ait connus?

L'Egyptien, s'il ne fait rien pour se conserver, est d'une habileté incomparable pour détruire son existence; il s'est constitué son propre bourreau.

Dans son village bâti au niveau d'un sol humide, il assemble, il amoncèle, comme à dessein, toutes les causes de destruction dont il a pù disposer, et afin que son œuvre ne puisse lui faire défaut, observez-le: il ceint sa demeure, son village d'une montagne de décombres, de plâtres, et, emprisonné de la sorte, il paraît défier une ventilation qui assainirait la localité où il a fixé son domicile.

Tous les jours il jette des immondices sur ce rempart, il exhausse ces dépôts dont l'emploi serait vraiment avantageux si on les disséminait sur les terres en culture.

Blotti dans cette enceinte, on dirait que le fellah a voulu, lui, se faire un monde à part, et ne point user des éléments conservateurs que la Providence a jetés avec profusion dans la vallée du Nil. Suivez-le dans ses opérations, et dites si constamment il n'est pas à côté du vrai.

Dévoré par la vermine, très rarement il change de linge; et puis, comme si le nez, la bouche ne pouvaient lui suffire pour engloutir l'air méphitique qu'il a composé, il marche, en général, vêtu seulement d'une tunique de toile très large, d'un ample manteau de laine brune, ou bien des haillons lui couvrent imparfaitement la ceinture et les épaules.

Ainsi affublé, une grande partie de sa peau se trouve en contact avec l'air extérieur, et devient, elle aussi, un instrument contraire à la santé du fellah.

(La fin à un prochain numéro.)

laissée en permanence pendant plusieurs jours ; j'ai également cautérisé plusieurs fois les bords de la plaie. Malgré ces précautions, la suppuration n'eut pas lieu, et le globe est resté assez volumineux. Cette opération n'eut d'autre résultat que de diminuer l'intensité de la douleur, et d'arrêter l'amaurose commençante de l'œil droit ; mais dès que la maladd voulait se livrer à la moindre occupation, les mouvements de l'œil sain reproduisaient les douleurs avec beaucoup d'intensité. Cet état a duré pendant buit mois. Voyant qu'il n'y avait pas d'espoir d'obtenir par le temps l'atrophie du globe, je me suis décidé à en faire l'extirpation totale d'après le procédé de la ténotomie oculaire. Cette opération, pratiquée le 23 septembre dernier, en présence de M. Charpentier, médecin de la malade, n'a pas été plus longue qu'une simple strabotomie ; il n'y eut point d'hémorrhagie, ni de réaction fébrile après l'opération ; l'état de l'opérée s'est amélioré considérablement.

La dissection de l'œil enlevé nous a offert les particularités suivantes : le nerf optique et le tissu sclérotidien sont parfaitement sains ; la rétine est résorbée ; dans le centre du globe il y a une pocbe comme du sang caillé, contenant une espèce d'agglomération de tissu cellulaire. A l'ouverture de cette poche nous avons rencontré une proéminence irrégulière, osseuse dans le centre, et fibro-cartilagineuse à sa circonférence. Les enveloppes du cristallin et de sa capsule ayant été retirées lorsque nous avons fait la section du segment antérieur du globe, cette concrétion osseuse ne peut appartenir qu'à la choroïde ; d'autant plus que toutes les parties de cette membrane qui sont restées saines sont agglomérées sur la production anormale. Latéralement la surface osseuse avec ses enveloppes est adbérente à la sclérotique par une espèce de cordon blanchâtre qu'on aurait pris au premier abord pour le nerf optique, se prolongeant à l'intérieur de la coque oculaire et se terminant dans le cône fourni par la rétine désorganisée, ainsi que M. Sicbel l'a observé dans quelques cas d'hydropisie sous-choroïdienne. Entre la production anormale et l'ancienne cicatrice, il y a une couche épaisse de tissu fibro-albumineux recouvert de pigmentum, comme on l'observe souvent dans la dissection des yeux atrophiés.

Remarque pratique. — Il est évident que la concrétion osseuse dont nous venons de parler n'existait pas lorsque nous avons fait la première opération ; car dans la pression que nous avons faite sur la sclérotique, afin de vider complétement l'œil, nous n'avons rencontré la présence d'aucun corps étranger. Cette observation confirmerait l'opinion de Rudolphi, qui croit que les concrétions osseuses qu'on rencontre dans le globe de l'œil vidé et affaissé, ne se forment pas par une ossification de quelque partie de tissus, mais par la sécrétion morbide opérée par les vaisseaux de la choroïde. Le professeur Panizza est également de cet avis ; car au sujet d'un cas d'ossification de la rétine, cet anatomiste soutient que les croûtes calcaires qui se forment dans l'intérieur de l'œil sont le résultat de la condensation des liquides extravasés.

Notre observation offre en premier lieu l'exemple de la reproduction opiniâtre des épanchements sous-choroïdiens, malgré la ponction de la sclérotique, l'excision du segment antérieur de l'œil, la dilatation et la cautérisation de la plaie. D'un autre côté le retour des symptômes de la maladie prouve incontestablement que la médecine expectante et le traitement médical, même le plus énergique, ne font qu'empirer le mal et compromettre l'œil sain. Faut-il dans des cas pareils sacrifier le globe en entier, ou se borner à la section de la partie antérieure pour obtenir un moignon ? Nous n'hésitons pas à nous prononcer pour cette dernière opération ; car il est excessivement rare de rencontrer des malades chez lesquels on ait enlevé complétement la cornée, vidé toutes les humeurs, dilaté et cautérisé l'ouverture de la plaie, sans que l'œil se soit affaissé ; neuf fois sur dix, sans même prendre ces précautions après l'excision de la cornée, l'œil suppure ; et dès que la suppuration arrive, la choroïde disparaît, et avec elle la cause principale des épanchements. Il serait utile néanmoins en faisant la section du segment intérieur de l'œil, d'exciser une partie de la sclérotique, au lieu de se borner, comme dans le procédé de Scarpa, à la simple excision de la cornée ; en agissant ainsi on n'obtient pas, il est vrai, un moignon assez volumineux, et l'application d'un œil en émail est plus difficile ; mais aussi on est plus sûr d'éviter les dégénérescences, d'obtenir l'affaissement de l'organe et la disparition de la cause morbifique. Ce précepte serait également applicable dans les cas d'bydropbtbalmie ; car il arrive souvent qu'il se forme des dégénérescences, malgré la section de la partie antérieure de l'œil. Nous avons rapporté un fait de cette nature (*Journal de Chirurgie*, octobre 1843) observé dans la clinique de M. Bérard. Chez cette malade la dégénérescence a été tellement précoce, qu'en peu de jours l'œil devint aussi volumineux qu'avant l'opération ; dans le fond de cet organe il y avait une excroissance noirâtre de mauvaise nature, simulant une affection mélanique qui a nécessité immédiatement l'extirpation totale du globe. Quant aux ponctions de la sclérotique, elles peuvent être tentées au début de la maladie ; mais lorsqu'il y a cirsopbthalmie, lorsque l'épanchement est en même temps sous-rétinien et sous-sclérotical, cette opération est toujours inutile. Dans notre observation, les épanchements dont la choroïde avait été la cause existaient entre la rétine et la choroïde, et entre cette membrane et la sclérotique ; il y avait eu, par conséquent, hydropisie sous-rétinienne et sus-scléroticale.

Disons maintenant quelques mots sur le procédé de la strabotomie appliqué à l'extirpation de l'œil. On sait que cette opération est toute nouvelle ; elle a été proposée par M. Bonnet (de Lyon), et pratiquée la première fois sur le vivant par M. Stœber, et consécutivement par M. Florent-Cunier, en Belgique (*Annales d'ocul.*, avril 1842), et par M. le professeur Aug. Bérard, à Paris (*Gazette des Hôpitaux*, 16 juillet 1844). En ajoutant notre observation à celles rapportées par les chirurgiens sus-indiqués, on aurait cinq cas d'extirpation du globe par la ténotomie, dont quatre en France et un en Belgique.

Il faut avoir fait ou vu faire cette opération par les anciens procédés, pour apprécier à leur juste valeur les avantages de la ténotomie appliquée à l'extirpation de l'œil. Nous ne pouvions mieux comparer ce procédé qu'à une simple opération de strabisme, d'autant plus qu'au lieu de couper le nerf optique après avoir fait la section dés muscles d'un seul angle de l'œil, ainsi que l'ont pratiqué MM. Stœber, Bérard et Cunier, nous avons d'abord coupé circulairement ses six muscles, débridé et excisé la conjonctive, comme dans l'opération du strabisme et nous avons terminé l'opération par la section du nerf optique. Cette manière de procéder nous a paru plus simple et plus commode pour l'opérateur et moins douloureuse pour la malade. On doit également enlever les parties les plus superficielles des masses tendineuses et graisseuses qui restent dans l'orbite ; en agissant ainsi la suppuration et les bourgeonnements sont moins abondants, et l'on fait disparaître les craintes qu'ont manifestées quelques praticiens de voir une suppuration très intense se prolonger dans le voisinage du cerveau. Cet inconvénient s'est présenté dans l'observation rapportée par M. Cunier, mais il n'y a pas eu de suites fâcheuses.

Un petit ciseau à strabisme, courbe sur le plat ; une pince et un crochet mousse suffisent pour faire l'opération. Les troncs des nerfs qui se rendent aux muscles et les ramifications de l'artère ophtbalmique sont tonjours ménagés. Quant à la glande lacrymale, il faut la conserver toutes les fois qu'elle est saine, l'opération est ainsi plus simple. Quelques auteurs ont prétendu qu'en épargnant cette glande, on exposerait les opérés à un épiphora qui les incommoderait pendant toute leur vie ; mais l'expérience n'a pas confirmé ce raisonnement, car chez les cinq malades sus-indiqués, il n'y a pas eu d'épipbora.

Nous nous dispenserons de faire ici un parallèle détaillé entre les avantages du nouveau procédé et les inconvénients de l'ancien, il suffit de dire quelques mots sur les accidents graves qui accompagnent ou suivent l'extirpation de l'œil par l'ancien procédé ; sans compter les hémorrhagies, les perforations des parois de l'orbite pendant l'opération et les accidents causés par les tamponnements et la compression, il est certain que dans un grand nombre de cas la vie des malades est compromise. Depuis Baricb, qui le premier pratiqua l'extirpation du glohe de l'œil, jusqu'à nos jours, beaucoup de malades ont succombé après cette opération, et, pour nous borner à un fait tout récent, nous engageons nos lecteurs à consulter la *Gazette des Hôpitaux*, août 1844 (Clinique de l'Hôtel-Dieu). Le malade qui fait le sujet de cette observation était alfligé d'une exopbtbalmie, il n'y avait aucune dégnérescence de l'œil, le nerf optique était sain, le malade succomba quelques jours après l'extirpation du globe avec tous les symptômes de la méningo-céphalite, et pourtant l'opération avait été faite par un chirurgien très distingué, aussi connu par sa grande habileté dans les manœuvres opératoires que par sa profonde aversion pour les nouvelles métbodes. Il ne nous appartient pas d'examiner ici si l'extirpation totale du globe de l'œil était ou non bien indiquée ; mais puisqu'on l'avait jugée indispensable, n'était-ce pas le cas de la pratiquer par la strabotomie ?

La plus grande objection qu'on ait faite contre ce procédé, c'est qu'il ne pouvait pas être employé dans tous les cas et surtout dans les affections cancéreuses ; mais on n'a pas réfléchi que M. Stœber a eu affaire à une mélanose, M. Cunier à un fongus médullaire de la rétine, et que M. Bérard a pratiqué sa deuxième opération sur une petite fille affectée de cancer encéphaloïde. Ainsi donc, parmi les cinq observations que la science possède, trois fois il s'agissait précisément de cancer de l'œil, et l'opération n'en a pas été moins couronnée d'heureux résultats. Sans doute, lorsque le cancer a envabi tous les tissus de l'œil et même de l'orbite, la strabotomie n'est d'aucun secours, et alors il est de toute nécessité de recourir au procédé de Louis, modifié par M. Lisfranc, ou à celui de Dupuytren ; mais comme ordinairement on a plutôt affaire à des affections cancéreuses au premier ou au second degré qu'à des dégénérescences de la totalité du globe et de ses annexes, il reste vrai que dans la majorité des cas le nouveau procédé trouvera une heureuse et facile application.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 octobre. — Présidence de M. Ferrus.

M. le président invite les diverses commissions pour les prix à hâter leurs travaux autant que possible, la séance annuelle de l'Académie étant déjà fort retardée et devant avoir lieu avant la fin de l'année.

M. le président annonce encore que par suite des décès de MM. Double, Pelletier et Edwards, une place est actuellement vacante dans le sein de l'Académie. Uue commission de onze membres devra être nommée dans la séance prochaine pour décider dans quelle section cette nomination devra avoir lieu.

— *M. Henri*, au nom de la commission des eaux minérales, fait un rapport demandé par M. le ministre du commerce et de l'agriculture, sur la convenauce d'accorder à M. Lacarrière, propriétaire à Paris, l'autorisatiou d'ouvrir un établissement public destiné à l'exploitation des eaux sulfureuses de la rue de Vendôme.

La commission, se fondant sur l'impossibilité qu'elle a éprouvée de recueillir l'eau de ces sources à l'état de pureté, cette eau se trouvant mêlée aux produits de l'iofiltration des fosses d'aisance des maisons voisines, et le propriétaire ayant refusé de faire les travaux nécessaires à l'isolement de ces sources, la commission propose de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu d'accorder, quant à présent, l'autorisation demaudée.

M. Nacquart. Ce n'est point contre les conclusions si sages de ce rapport que je demande la parole. Jc veux seulement dire qu'il est à ma commaissance que deux propriétaires de la rue de Vendôme ayant fait exécuter des travaux de fondation à plus de cent mètres de la maison dont il est question dans le rapport, out trouvé aussi de l'eau sulfureuse. Tout me fait croire que sous la rue dc Vendôme existe une nappe d'cau sulfureuse.

M. Caventou. Dans une maison située en face de celle où l'on a trouvé la source dont il est question, on fut obligé de faire quelques travaux de fouille ; on rencontra aussi de l'eau sulfureuse ; mais il fut bientôt évident que cette eau n'était que le produit des infiltrations des fosses d'aisance. Pour chercher à se rendre compte de la nature sulfureuse des eaux de la rue de Vendôme, il faut tenir compte des données historiques. Ainsi on sait qur cette partie du Marais repose sur des terrains de remblais. Or, les réactions qui peuvent survenir dans le sulfate de chaux dont ces terrains sont formés, peuvent expliquer jusqu'à un certain point la nature sulfurcuse des eaux que l'on a rencontrées. On sait aussi que sous Charles V et sous Charles VI, cette partie de Paris était une voirie. Pour moi, j'ai la conviction que cette propriété sulfureuse est tout à fait accidentelle. D'ailleurs, l'exploitation de ces eaux ne me paraît nullement utile. La France est riche en eaux sulfureuses ; Paris en possède une source à ses portes, à Enghien. Croyez-vous que le public sera très empressé d'user des eaux de la rue de Vendôme lorsqu'il saura que cette source coule sur le terrain où sont assises toutes les fosses d'aisance du quartier ? Par ces considérations, je vote pour les conclusions du rapport.

M. Chevallier. Les recherches historiques ne prouvent en aucune façon les faits avancés par M. Caventou ; il n'est nullement question, dans l'histoire de Paris, ni de terrains de remblais, ni de voirie, ni d'hôpital consacré aux galeux, que l'on a dit avoir existé dans cette partie de la capitale. Rien ne prouve y avoir là un affluent d'eau sulfureuse, produit des réactinns chimiques du sulfate de chaux existant en masse dans les montagnes situées à l'est de Paris. Quant à l'utilité d'un établissement d'eaux sulfureuses dans Paris même, on ne pourrait la contester ; un grand nombre de malades qui ne peuvent pas se déplacer trouverait fort commode de pouvoir prendre les eaux à Paris. Cependant, j'approuve les conclusions du rapport, qui me paraissent fort prudentes.

M. Nacquart les approuve aussi, en ce sens qu'elles ne sont pas définitives ; car il est persuadé qu'il existe dans cette partie de Paris un cours d'eau sulfureuse. L'Académie doit d'ailleurs se dégager de toute préoccupation industrielle, et ne voir que la question scientifique.

Après quelques observations analogues présentées par M. Boulley, les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Henri* fait un second rapport sur des eaux minérales salines situées dans le département du Bas-Rhin. Les conclusions favorables sont adoptées.

— *M. Blandin* demande qu'on reprenne la discussion relative à l'observation de tumeur anencéphalique opérée par M. Velpeau. La parole lui est accordée.

M. Velpeau, dit-il, est venu dire à l'Académie qu'il s'était trompé plusieurs fois sur les faits relatifs à cette tumeur. Je le félicite de cet aveu loyal qui me touche ; mais à cette félicitation je regrette d'être obligé de mêler un reproche, c'est celui d'avoir dit que nous nous étions aussi trompés. Pour ce qui me concerne, j'affirme et je vais prouver que je ne me suis pas trompé. Ainsi, sur l'anatomie pathologique, j'ai dit que c'était une tnmeur simple enveloppée par un liquide ; la dissection a prouvé quc j'avais dit vrai. J'avais dit que les membranes du cerveau faisaient hernie, et que si M. Velpeau ne les trouvait pas comme il disait, c'était que la dure-mère était éraillée. M. Velpeau a fait l'aveu qu'il s'était trompé sur ce point, et qu'il avait vu que les membranes du cervean n'étaient pas distinctes du kyste. Quant à la partie de l'encéphale qui faisait partie de la tumeur, je n'ai dit que c'était le cervelet que d'après M. Velpeau lui-même, qui s'était encore trompé sur ce point. Ainsi donc, aucune erreur de ma parl sur la nature anatomique de la tumeur.

Mais une autre question plus importante est soulevée par cette observation, c'est celle de l'opportunité de l'opération. Dès les premiers jours je me suis opposé à toute opération, à cause du volume de la tumeur qui dépassait le volume de la tête de l'enfant, à cause de sa nature formée par une portion de l'encéphale, à cause du peu de succès de toutes les opérations pratiquées en pareille circonstance, enfin à cause de l'âge du sujet.

M. Velpeau s'éleva contre tous ces motifs. La tumeur peut être enlevée dit-il. Sans doute on peut tout faire, on peut tout enlever en cbirurgie ; mais ce n'est pas tout que de pouvoir, il faut le faire avec opportunité. L'enfant est voué à une mort certaine, disait M. Velpeau. Ce n'est pas une reison de hâter la mort par la médecine opératoire. On peut vivre, à la rigueur, sans le cervelet, ajoutait M. Velpeau ; et l'observation prouve qu'on a pu impunément retrancher quelques parties du cerveau. On peut vivre sans le cervelet ; oui, quand cet organe manque congénialement ; mais qu'on puisse vivre quand le cervelet a été rapidement retranché par une opération, voilà ce que je ne puis admettre. Quant aux opérations faites sur le cerveau, nulle comparaison à établir entre les faits invoqués par M. Velpeau et le cas actuel ; dans tous ces faits c'est sur des adultes dans la force de l'âge que de pareilles opérations ont été pratiquées ; et d'ailleurs dans toutes ces opérations on n'a qu'écorné le cerveau, pour ainsi dire.

Voilà ce que je disais avant l'opération, et ce que bien des gens de cette Académie pensaient avec moi. Depuis, cette opération a été faite et vous en savez le résultat. J'avone qu'après ce résultat, j'ai été étonné d'entendre M. Velpeau soutenir encore la rationalité de cette opération, et cela sur des motifs auxquels je n'aurais pas voulu croire si je ne les avais entendus de mes propres oreilles. Je ne reviendrai pas sur ce qne je viens d'exposer contre cette opération, l'Académie peut juger de la valeur de mes motifs ; mais j'ai cru indispensable de revenir sur ce fait, afin de ne pas laisscr croire que l'Académie se rendait pour ainsi dire solidaire de cette opération.

M. Bégin. La réflexion que je veux faire sera sans doute favorablement accueillie par l'Académie. Je suis fâché qu'à l'occasion d'un fait scientifique, la discussion prenne un caractère de personnalité. Un enfant a été présenté, il portait une tumeur, une opération a été faite ; il ne s'agit pas de savoir si MM. tels ou tels se sont trompés, mais seulement de rechercher quelles indications pratiques ce fait peut fournir en pareille occurrence. Nous sommes ici, messieurs, pour faire de la science.

M. Blandin, vivement. Je proteste de toutes mes forces contre l'intention que m'attribue M. Bégin. Ce n'est aussi que de la science que j'ai voulu faire et non pas assurément des personnalités. S'il m'en est échappé, je les abjure.

M. Velpeau. Rassurez-vous, je suis peu sensible à cet endroit. Je ne crois pas que ce fait ait toute l'importance que lui attribue M. Blandin. Lorsque cet enfant fut présenté à l'Académie, une petite discussion s'engagea sur l'opportunité de l'opération. Plusieurs membres et moi-même la trouvâmes opportune. M. Blandin attacbe une grande importance à prouver qu'il ne s'est pas trompé ; et, mon Dieu, ce malheur lui est arrivé sans doute plusieurs fois. Moi, j'ai avoué tout simplement que je me suis trompé sans avoir voulu par là faire acte de courage ni d'bumanité.

Maintenant pour le fait opératoire en lui-même, j'accorde que le cas était mauvais ; je l'avais dit moi-même ; mais les motifs invoqués par M. Blandin ne me paraissent pas péremptoires. La tumeur était volumineuse, sans doute ; mais les neuf dixièmes en étaient formés par du liquide. La portion du cerveau qu'elle contenait était fort petite, et je persiste à soutenir que l'ablation de cette portion ne compromettait pas infailliblement la vie. D'ailleurs, cette portion était étrangère au reste de l'encéphale, cette sorte de hernie était irréductible, opérée ou non elle ne pouvait absolument plus servir aux fonctions du cerveau.

Je ne crois donc pas que cette opération ait hâté la mort de l'enfant. Quant au danger que craint M. Blandin qu'on répète cette opération, son opinion comme la mienne sera connue et appréciée. Ceux

qui penseront comme lui ne la pratiqueront pas; ceux qui seront de mon avis la pratiqueront, voilà tout. Nous discuterions éternellement que nous ne parviendrions pas à nous mettre d'accord. Que l'Académie juge ses motifs et les miens.

M. Blandin. La discussion a un but; car l'Académie a une mission, celle d'établir une doctrine (rires) sur les cas de pratique qui lui sont présentés.

La discussion s'éteint.

— *M. Hamont* continue la lecture de son mémoire sur la peste.

Après cinq heures la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 octobre 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Amussat envoie un mémoire intitulé : *Recherches sur les blessures des vaisseaux sanguins.* En voici le résumé : 1° lorsqu'une artère coupée en travers dans une grande plaie cesse spontanément de donner du sang, c'est une erreur de croire que le spasme, l'éréthisme, la contraction de l'artère, produisent ce phénomène, comme on le professe généralement; 2° la cessation de l'hémorrhagie est produite par un obstacle physique, par un caillot sanguin qui ferme et obstrue complétement l'extrémité du vaisseau; en observant une artère divisée complétement, on voit tout d'abord qu'elle donne à plein jet, et on distingue le bout du vaisseau saillant au-dessus du niveau de la plaie; bientôt on observe une éminence rouge, conique, et le jet diminue; enfin il cesse entièrement, et l'on aperçoit alors une petite saillie rouge, mamelonnée, une sorte de moignon qui est soulevée à chaque impulsion du cœur. C'est le caillot spontané au bouchon obturateur, que l'on observe également chez l homme comme sur les animaux, 4° le caillot spontané n'est pas seulement un bouchon, c'est une espèce de capuchon ou cône creux, soudé et identifié avec le rebord ou le pourtour de l'ouverture artérielle, et particulièrement avec la membrane celluleuse. Il résulte de cette disposition que le tube artériel se prolonge dans le caillot, et se termine en cul de sac. Si l'on coupe transversalement ce caillot conique à différentes distances, entre son sommet et l'extrémité de l'artère divisée, on trouve un trou au canal central dont le diamètre diminue à mesure qu'on s'éloigne de la section du vaisseau; 5° le fait de la formation du caillot spontané obturateur est important à connattre pour les chirurgiens; car au lieu de chercher l'orifice béant d'une artère divisée, ils devront chercher un caillot et non pas une lumière artérielle comme sur les sujets destinés aux manœuvres opératoires; 6° la difficulté de trouver un vaisseau obturé par un caillot, lorsqu'on n'a pas appris à le reconnaître sur les animaux vivants, et les accidents graves qui en sont résultés doivent engager les chirurgiens à faire des études auxquelles on ne peut se livrer ni dans les livres, ni sur le cadavre, ni en opérant sur l'homme, mais seulement en ayant recours aux vivisections; 7° enfin, les expériences et les faits observées sur l'homme prouvent qu'il ne faut pas trop se hâter d'abandonner les recherches auxquelles on s'est livré, pour trouver un vaisseau que l'on croit obturé définitivement; car des hémorrhagies graves peuvent survenir, malgré la compression et le tamponnement.

— *M. Laugier* adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur de vous prévenir que je viens de mettre en usage, à l'hôpital Beaujon, un mode de pansement des plaies suppurantes, qui lui donne les avantages de la réunion immédiate, quel que soit l'écartement de leurs bord, et à l'aide duquel la cicatrisation est obtenue avec une remarquable rapidité.

Le même pansement peut convenir aux plaies récentes dont les bords ne sont pas rapprochés, et tout fait présumer que pour celles dont les lèvres peuvent être réunies, il est préférable aux moyens ordinaires de réunion immédiate usités dans les hôpitaux, parce qu'il s'oppose plus exactement au contact de l'air et de tout corps sensible.

Ce pansement est d'une grande simplicité, puisqu'il suffit, pour le faire, d'une solution épaisse de gomme élastique, et d'un morceau de peau de baudruche.

Appliqué à des plaies en pleine suppuration et déjà couvertes de bourgeons charnus, il semble arrêter ou plutôt diminuer le travail de la suppuration, et accélérer celui de la cicatrisation.

M. Laugier énumère les cas et les avantages de ce nouveau procédé, qu'il croit supérieur à tous les autres.

— *MM. Robert Latour et Collignon* adressent une lettre sur le résultat de quelques expériences entreprises dans le but de découvrir le lien physiologique par lequel s'enchaîne à l'inflammation aiguë l'excès de fibrine qui se trahit dans le sang obtenu par la phlébotomie. Les conclusions de ce travail sont : 1° que le sang artériel, comme le sang veineux, présente une augmentation de fibrine dès que surgit une inflammation fébrile; 2° que les changements qui surviennent alors dans le sang, sont la conséquence et non la cause de la maladie; et cette dernière proposition, qu'on pouvait inférer déjà des expériences des professeurs Andral et Gavarret, nous l'avons établie d'une manière positive et absolue, puisque nous avons produit nous-mêmes la maladie de laquelle est résultée l'augmentation de fibrine.

— *M. le docteur Decerfz*, de La Châtre, adresse une observation sur une scolopendre rendue vivante par le nez. Une demoiselle de dix-neuf ans était en proie depuis deux ans à une céphalalgie sus-orbitaire du côté gauche, supportable d'abord, mais qui acquérait de jour en jour plus d'intensité, et qui aurait fini, disait-elle, par la rendre folle, si une circonstance inattendue ne l'eût miraculeusement guérie. Tous les remèdes propres à combattre les névralgies furent inutilement employés; rien ne pouvait pallier les douleurs atroces qu'éprouvait constamment la malade, lorsque, le 31 décembre 1842, après avoir éternué, elle sentit quelque chose remuer dans la narine gauche, d'où sortit bientôt un insecte vif et agile qui courait précipitamment sur son mouchoir. Les douleurs cessèrent immédiatement, et depuis lors, la céphalalgie n'a plus reparu, et la santé générale, altérée par un état permanent de souffrance, est redevenue parfaite. L'insecte appartient à l'ordre des myriapodes, genre scolopendre.

— *M. Devergie* adresse une note relative au cuivre et au plomb qui se trouvent naturellement contenus dans les organes de l'homme.

Cette note a pour objet de rappeler : 1° qu'il est, avec Hervey, l'auteur de cette démonstration; 2° que si MM. Danger et Flandin nient l'existence de ces métaux dans ces organes, c'est qu'ils se servent pour les recherches d'un procédé qui ne les met pas à nu; 3° que la présence de ces métaux dans nos organes coïncide avec les recherches antérieures faites sur un grand nombre de végétaux; 4° de faire connattre le procédé qu'il a suivi pour démontrer l'existence du cuivre et du plomb; 5° de prouver que l'expression *normal* employée pour les qualifier est faussement appliquée, et qu'il ne s'en est jamais servi.

— *MM. Jules Barse, Lanaux et Follin* adressent une note analogue, en réponse aussi à la dernière communication de MM. Danger et Flandin, Nous venons aujourd'hui, disent-ils, rappeler à l'Académie que les premières expériences qui appuient notre premier mémoire viennent d'être répétées par nous, et que du cuivre a été trouvé de nouveau dans le foie d'un individu mort dans l'un des hôpitaux de Paris. Toutefois, d'après des expériences qui ont été indiquées et dont nous avons constaté l'exactitude, nous croyons qu'il est possible de reconnaître si le cuivre et le plomb trouvés dans un cadavre proviennent d'un empoisonnement qui a causé la mort, ou si ces métaux existaient dans l'économie à l'état constitutionnel.

— *M. Auzias-Turenne* adresse la lettre suivante :

« L'administration éclairée du Muséum d'histoire naturelle ayant mis à ma disposition quelques singes, j'ai pu constater par plusieurs expériences la possibilité d'inoculer la syphilis à ces mammifères. Depuis cette époque j'ai communiqué la syphilis au chat, au chien et au lapin. Ces résultats ne sont que les premiers des recherches que j'ai entreprises, et que je me propose de soumettre, quand elles seront terminées, au jugement de l'Académie. Mais comme il s'agit d'un fait important que Hunter et ses successeurs ont en vain essayé de produire, je prie l'Académie de vouloir bien, en le faisant constater par une commission, m'honorer de ses suffrages et de ses conseils. » (Commissaires : MM. Rayer, Roux et Velpeau.)

— *M. Ducros* adresse un mémoire sur le traitement de la gastralgie et des névralgies du plexus cardiaque, par l'ébranlement nerveux de la branche pharyngienne des nerfs pneumo-gastriques.

Ce mémoire tend à prouver que ces maladies n'ont pas de médications plus efficaces que les applications pharyngiennes ammoniacales dont les effets portent essentiellement sur les plexus pharyngiens, et retentissent sur les nerfs pneumo-gastriques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 14 octobre 1844. — Présidence de M. Thierry.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Lettre de M. le docteur Moreau, qui demande à être admis comme membre de la Société médico-pratique. A l'appui de sa candidature, il envoie sa thèse en latin, ayant pour titre : *De la péritonite aiguë.*

Présentateurs, MM. Bonnassies et Vinchon.

Rapporteur scientifique, M. Carpentier-Méricourt.

Rapporteurs sur la moralité du récipiendaire, MM. Thierry et Gogo.

— Lettre de M. le docteur Favrot, qui demande également à être admis comme membre de la Société. A l'appui de sa candidature, il envoie sa thèse ayant pour sujet : *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie*; plus trois observations relatives aux affections du cœur.

Présentateurs, MM. Bourgeois et Thierry.

Rapporteur scientifique, M. Chéreau fils.

Rapporteurs sur la moralité du récipiendaire, MM. Maisonneuve et Comperat.

— *M. Belhomme* fait un rapport favorable sur une brochure de M. de Moulon, chirurgien de l'hôpital de Trieste, candidat au titre de membre correspondant, brochure relative au *delirium tremens*. Après avoir analysé avec soin cet ouvrage en rapport avec les progrès de la science au moment où il parut, le rapporteur croit devoir faire remarquer que l'auteur ne conseille l'opium que dans une période avancée de la maladie, et qu'il blâme les doses trop fortes de ce médicament dont on abuse quelquefois.

Pour son propre compte, le rapporteur rejette complétement l'opium de la thérapeutique du délire des ivrognes; mais il combat chaque indication par la médication qui lui est propre. Ainsi, s'il y a des phénomènes congestifs et de la turgescence sanguine, il a recours à la saignée; s'il y a état saburral et surcharge des premières voies, il emploie la méthode évacuante. Afin de s'opposer, autant que possible, au délire, il plonge ses malades dans une obscurité profonde et fait régner autour d'eux le calme et le repos le plus absolu. Il regarde le mouvement comme étant des plus défavorables dans le délire tremblant, et pouvant entraîner des syncopes mortelles. Il a observé quatre morts chez quatre individus qui furent amenés à sa maison de santé en voiture et qui, avant le trajet, avaient pris de fortes doses d'opium.

La suite du rapport à la prochaine séance.

— *M. Cerise* fait également un rapport favorable sur les brochures de M. de Moulon qu'il a été chargé d'analyser.

Il fixe l'attention de la société sur un point de science qui dernièrement a été développé par M. le docteur Baillarger, savoir : la relation qui existe entre les maladies mentales et les fièvres intermittentes. Dans une brochure qui a été examinée par le rapporteur, et qui date déjà d'une époque assez éloignée du mouvement scientifique actuel, M. de Moulon mentionne plusieurs cas de fièvre d'accès qui ont été suivis de diverses affections mentales et nerveuses.

M. Belhomme n'ayant pas fini son rapport sur les titres scientifiques de M. Moulon, sa nomination est remise à la séance prochaine.

Le reste de la séance est employée à discuter quelques questions d'administration.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon.

Nota. Dans l'impression de l'avant-dernier procès-verbal de la Société médico-pratique (*Gazette* du 22 octobre 1844), il s'est glissé une faute de typographie qui donne à une réflexion de M. le docteur Maisonneuve un sens absurde et inintelligible. Ainsi au lieu de : *Quant à la luxation d'un kyste organique*, il faut lire : *Quant à la guérison d'un kyste ovarique*, etc.

NOUVELLES.

— Il est question de nommer un certain nombre d'inspecteurs des manufactures chargés de veiller à l'exécution de la loi sur le travail des enfants, et d'éclairer l'administration sur les conditions hygiéniques des grands établissements industriels. Les nominations à ces places ne seraient accordées qu'à des docteurs en médecine.

— Depuis l'ouverture des chemins de fer d'Alsace, les médecins ont eu à traiter un grand nombre de maladies dues aux wagons découverts; aussi le *Courrier du Bas-Rhin* annonce que la Société de médecine de Colmar vient d'adresser à l'administration du chemin de fer des réclamations contre ce mode de voitures.

Erratum. — Dans la *Gazette* du 26 (compte-rendu de la Société de Médecine pratique), à la fin du cinquième alinéa, page 504, au lieu de : « un calcul de plus de cinq centimètres de *circonférence*, lisez : de plus de cinq centimètres de *diamètre*. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2, ET MARDI 5 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 129. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française;

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance de rentrée et distribution des prix.

Aujourd'hui, 4 novembre, à une heure, la Faculté de médecine de Paris a fait sa séance de rentrée.

M. Bouillaud prononce le discours suivant :

Messieurs,

Je dois être, et je suis en effet, heureux autant que fier, d'avoir à porter la parole dans la solennité qui nous réunit ici au retour de chaque année scolaire. Cependant, plus que personne, peut-être, j'aurais souhaité, sous plusieurs rapports, me soustraire long-temps encore à ce dangereux honneur. Pour me rendre moins laborieuse la tâche que je me suis imposée, veuillez, messieurs, écouter d'une oreille indulgente et amie ce que je me propose de vous dire en abrégé sur les progrès de la médecine française pendant le demi-siècle qui vient de s'écouler.

A cette rapide revue, principal objet de mon discours, j'ajouterai quelques réflexions sur la loi promise à l'enseignement et à l'exercice de la médecine.

Autant que qui que ce soit, messieurs, je sais apprécier les travaux et les découvertes de l'antiquité médicale. Je salue avec respect le nom presque divin d'Hippocrate, et je m'incline devant le vaste et puissant génie de Galien. Mais mon respect et mon admiration pour les anciens ne vont pas jusqu'à l'idolâtrie, et je suis obligé de reconnaître que la véritable médecine, c'est-à-dire celle qui repose sur la connaissance exacte du siége et des caractères fondamentaux ou essentiels des maladies, fut ignorée des anciens plus encore peut-être que la véritable physique et la véritable chimie. Non, assurément, qu'ils ne possédassent en eux-mêmes toutes les qualités nécessaires pour la cultiver avec les plus grands succès, mais parce que les moyens extérieurs, les institutions politiques et religieuses leur faisaient en quelque sorte défaut. Qui ne sait, en effet, que les ouvertures de cadavres, par exemple, leur étaient sévèrement interdites ? Or, sans ouverture de cadavre, sans anatomie pathologique, en un mot, j'en appelle à tout le monde, la médecine peut-elle être une science complète, une véritable science, enfin, comme je le disais tout à l'heure ?

Combien d'autres méthodes de recherches, sans le concours desquelles on ne peut acquérir une connaissance pleine et entière des maladies, manquaient encore aux anciens médecins ! Ne nous en prenons donc point à eux-mêmes, mais aux circonstances malheureuses des temps où ils vivaient, de l'état précaire et, si j'ose le dire, de la constitution vraiment informe de leur médecine. Ces paroles paraîtront bien téméraires et malsonnantes à ceux qui, même de nos jours, nous proposent pour modèle la médecine hippocratique. Avouez-le, cependant, messieurs, nous proposer aujourd'hui pour type de la saine médecine celle des temps du vieillard de Cos, n'est-ce pas commettre un anachronisme de vingt siècles, et faire preuve d'une sorte de barbarie médicale ? Mais laissons là, messieurs, des discussions indignes de vous et de moi, et, contents d'honorer les siècles passés, osons rendre justice au grand siècle où nous vivons. Il est des vérités éclatantes comme le soleil : bien aveugles ceux qui ne les reconnaissent pas !

Le premier monument vraiment historique de l'heureuse et inévitable révolution que les temps modernes devaient faire subir à la médecine, ne date guère que d'un siècle, et c'est à Morgagni qu'appartient la gloire immortelle de l'avoir élevé. Le traité *De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis*, est, en effet, le commencement d'une ère médicale nouvelle.

Son illustre auteur peut être considéré comme l'un des princes de cette médecine qui compte parmi ses éléments les plus essentiels l'anatomie pathologique, et partant comme le précurseur de Bichat et de Broussais, ces deux glorieux représentants de la médecine anatomico-physiologique ou organique.

Ce n'était pas chose facile, messieurs, que de renverser de fond en comble l'édifice médical que les anciens avaient essayé d'élever et de reconstruire sur de nouvelles bases désormais inébranlables. Aussi, lorsqu'à la fin du siècle dernier, un des professeurs qui ont le plus illustré cette Ecole fit paraître cette célèbre *Nosographie philosophique* à laquelle il était réservé de régir pendant longues années l'empire de la médecine, alors, dis-je, Pinel ne se montra point toujours fidèle aux principes de la grande régénération médicale dont le signal avait été déjà donné, et sous certains rapports sa classification nosologique péchait en quelque sorte contre l'esprit même de cette régénération. Cette classification, comme on le sait, constitue une espèce de Pentateuque composé des cinq classes suivantes de maladies : *fièvres essentielles ou primitives* (1re classe), *phlegmasies* (2e classe), *hémorrhagies* (3e classe), *névroses* (4e classe), *lésions organiques* (5e classe).

De ces cinq classes, il n'en est qu'une, la dernière, ou celle des *lésions organiques*, à laquelle Pinel ait reconnu formellement une base anatomo-pathologique. Assurément, la classe des névroses ne repose pas sur une telle base, puisque Pinel appelle du nom de névroses des *lésions du sentiment et du mouvement sans inflammation ni lésions de structure.* La classe des fièvres essentielles est dans le même cas que les névroses sous le point de vue qui nous occupe ; puisque nulle part Pinel n'a décrit leurs caractères anatomo-pathologiques, description qui eût été d'ailleurs bien impossible si, comme quelques-uns l'ont écrit, ces fièvres essentielles constituaient des *maladies dans lesquelles il n'existe aucune altération des solides et des liquides.* Pinel ne présente aucune recherche approfondie d'anatomie pathologique sur la double classe des phlegmasies et des hémorrhagies elles-mêmes.

N'allez pas vous imaginer d'ailleurs, messieurs, que je fasse à Pinel un reproche de n'avoir pas pris l'anatomie pathologique pour fondement de son système nosologique. En effet, ce n'est, à mon avis, ni sur les caractères anatomiques, ni sur les symptômes, mais bien sur la nature même des maladies, que doit être fondée une nosologie vraiment philosophique. Et puisque l'anatomie pathologique ne considère que les débris, j'ai presque dit que le cadavre des maladies vitales, il est clair comme le jour qu'elle ne saurait servir de base essentielle à une classification naturelle des diverses maladies de cette nature.

Quoi qu'il en soit, comparé aux systèmes antérieurs, à celui de Sauvages en particulier, celui de Pinel constitue un incontestable progrès. N'oublions pas non plus, messieurs, qu'il n'est rien de plus difficile que la construction d'un édifice nosologique méthodique et complet. Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque, malgré les défauts généralement reconnus depuis long-temps à la classification de Pinel, on n'est pas encore parvenu à lui en substituer une qui, comme elle, ait été généralement adoptée dans nos écoles.

On ne trouve point, à rigoureusement parler, de doctrine générale dans la Nosographie philosophique. Son auteur s'applique bien plus à détruire les erreurs et les fausses théories de ses devanciers qu'à créer des théories nouvelles. C'est ainsi qu'il combat à outrance l'humorisme de son époque, ce *jargon scientifique*, comme il le dit lui-même, *de médecine humorale et populaire, objet de dérision et de plaisanterie.* C'est encore ainsi qu'il fait bon marché de la plupart des méthodes thérapeutiques de son temps, et qu'il accuse Pitkern d'avoir montré plus de présomption que de sagesse pour s'être proposé le problème suivant : *Une maladie étant donnée, trouver le remède ?* A ce problème, qu'il juge téméraire, Pinel veut que l'on substitue celui-ci : *Une maladie étant donnée, déterminer le rang qu'elle doit occuper dans un tableau nosologique ?* Vous conviendrez cependant facilement, messieurs, que si vous étiez malades, vous aimeriez un peu mieux la solution du problème de Pitkern que celle du problème de Pinel ; mais vous reconnaîtrez en même temps, qu'à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, les temps de cette solution n'étaient pas encore venus, et en présence de la thérapeutique alors régnante, vous ne pourrez qu'applaudir à la prédilection de l'auteur de la Nosographie philosophique en faveur de la *médecine expectante*, laquelle dans tant de cas serait aujourd'hui un anachronisme à la fois et une véritable calamité publique.

Si, content d'avoir critiqué les doctrines de ses devanciers et d'avoir substitué aux anciennes distributions nosologiques celle de sa nosographie, Pinel s'inquiéta peu de formuler de nouvelles doctrines sur le fond même, le mécanisme et la nature des maladies ; si, procédant, comme il le prétendait, à la manière des naturalistes, il lui suffit de décrire les caractères extérieurs de ces maladies ; si, conformément à cette méthode, il décrivit quelques-unes de ses fièvres essentielles sans les rallier à aucun organe, sans les *localiser* en un mot, et encourut ainsi un reproche qui sous le nom d'*ontologie médicale* devait avoir bientôt un immense retentissement, si, en un mot, Pinel ne fut pas complétement fidèle aux principes de l'Ecole dont j'ai dit que Morgagni était le promoteur, il n'en fut pas de même de Bichat. Celui-ci, à plus juste titre encore que l'auteur de la Nosographie philosophique peut revendiquer l'éclatant honneur d'avoir été le fondateur et le chef de l'Ecole médicale nouvelle que virent naître la fin du dernier siècle et le commencement de celui-ci, ères immortelles marquées par l'enfantement orageux de la plus sublime, de la plus glorieuse révolution politique des temps modernes, et par l'avènement de cet auguste *empire* dont les exploits guerriers, les vastes conquêtes, les monuments et les Codes seront, avec Napoléon, ce nouveau Charlemagne, cet homme *grand comme le monde* (1), seront, dis-je, l'éternelle admiration des siècles à venir.

Quoi qu'il en soit, ce n'était pas assez pour Bichat que d'avoir créé une anatomie et une physiologie nouvelles, il entreprit de faire pour la médecine et la matière médicale elle-même, ce qu'il avait fait pour l'anatomie et la physiologie. Il eût accompli, sans doute, ses vastes desseins, si une mort prématurée ne nous l'eût ravi au milieu de ses innombrables et infatigables travaux.

Voici d'ailleurs comment, dans son *Anatomie générale*, Bichat formule sa *Doctrine générale :* « Cette doctrine, dit-il, ne porte précisément l'empreinte d'aucune de celles qui règnent en médecine et en physiologie. Opposée à celle de Boerrhaave, elle diffère de celle de Stahl et de celles des auteurs qui, comme lui, ont tous rapporté, dans l'économie vivante, à un principe unique, abstrait, idéal et purement imaginaire, quel que soit le nom d'*âme*, de *principe vital*, d'*archée*, etc., sous lequel on le désigne. Analyser avec précision les propriétés des corps vivants ; montrer que tout phénomène physiologique se rapporte, en dernière analyse, à ces propriétés considérées dans leur état

(1) C'est en ces termes que Kléber lui-même salua le général en chef de l'armée d'Egypte, après la bataille des Pyramides.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Une discussion avortée. — L'art oratoire à l'Académie. — Velléités réformatrices. — Les eaux minérales de Paris. — La syphilis des lapins. — Une scolopendre dans les sinus frontaux. — Inconvénients et dangers d'une trop grande modestie. — Plagiat hémostatique. — Le diachylum dégommé par la gomme. — Les poisons normaux. — Le chanoine abbé Clavel. — Rentrée de la Faculté. — M. Bouillaud.

Nascitur ridiculus mus, c'est ce qu'on pouvait dire mardi dernier à l'Académie de médecine, où un auditoire plus nombreux que d'ordinaire s'était rendu, attiré par l'annonce d'une discussion intéressante. M. Blandin a fait de louables mais d'infructueux efforts pour entraîner l'Académie dans une discussion en règle ; il n'a pu obtenir qu'une courte réponse de M. Velpeau, tous les autres chirurgiens se sont abstenus. Pourquoi cela ? Je crois que la manière un peu vive et directe avec laquelle M. Blandin a engagé le débat, a été peut-être la cause de cette hésitation. M. Blandin, sur les observations de M. Bégin, a énergiquement protesté contre toute intention malveillante, mais il n'est pas moins vrai que son argumentation avait quelque chose d'aigre et de personnel qui a pu susceptibiliser plusieurs personnes. Mais tout cela n'était qu'en apparence, dans la forme et nullement dans le fond. M. Blandin, esprit droit et correct, praticien éminemment habile et sage, possédant une instruction aussi solide que profonde, M. Blandin, il faut le dire, n'est pas toujours heureux dans ses improvisations. Sa phrase est souvent confuse, embarrassée ; il faut trop assister aux continuels efforts qu'il tente pour trouver un moule dans lequel il jettera sa pensée, et son choix n'est pas toujours irréprochable. Sa pensée, toujours judicieuse, ne trouve pas toujours un costume analogue, et voilà sans doute pourquoi mardi dernier, il a paru mécontent et irrité alors qu'il n'était que convaincu. Du reste, que M. Blandin se console, ce talent si rare et si précieux de bien dire, de dire ce qu'il faut et de le dire comme il faut, ce n'est point à l'Académie qu'il aurait pu en étudier les modèles. Soit dédain, soit impuissance, les honorables membres de cette compagnie traitent volontiers par-dessous jambe les formes littéraires et même académiques. Tout s'y traite avec un sans-façon qui peut être commode, mais qui n'est pas, à mon avis, d'un bon exemple. Bien souvent déjà j'ai vu des étrangers attirés à l'Académie par sa réputation du premier corps médical de la France, s'en retourner ébahis de ce qu'ils avaient vu et entendu. La forme, le style, la couleur, tout ce qui constitue l'art oratoire, et, chose plus grave, bien souvent la correction, y sont en général profondément négligés. Dans certains jours on aurait peine à comprendre qu'il s'agit là d'une réunion d'hommes qui ont eu à passer par toutes les études littéraires avant d'arriver à la banquette académique. Que l'on n'exige pas de ces messieurs la puissance oratoire des Thiers, des Berrier, des Lamartine, on le comprend, mais leur demander un peu de l'élégance des Vicq-d'Azyr, de la lucidité des Cuvier et surtout de la dignité qui préside aux discussions de l'Académie des sciences, je ne vois pas qu'il y eût là exigence extrême, et on peut demander tout cela aux orateurs habituels de cette compagnie. Du reste, tant que cette société savante n'aura pas un ordre du jour fixé d'avance, les discussions présenteront ce décousu, cette confusion, ce désordre dont on se plaint si fréquemment. Vous voulez, messieurs, qu'on vous prenne au sérieux ; vous seriez bien aises d'agir sur l'opinion publique et d'être considérés comme une institution utile et grave, mais assurément tout cela dépend de vous-mêmes ; commencez donc par introduire la réforme dans votre constitution intérieure, qui est déplorable ; tâchez d'amoindrir l'influence, les caprices, l'arbitraire de votre conseil d'administration, véritable conseil des dix, qui dispose à son gré d'un pouvoir exorbitant, irresponsable et sans contrôle ; élargissez votre publicité, maladroitement restreinte aujourd'hui aux pages immaculées de votre *Bulletin*, et bien d'autres choses encore qu'il serait trop long de rappeler. Depuis quelque temps, des velléités réformatrices ont paru se réveiller à l'Académie ; courage, messieurs, persévérance, obstination, car le succès n'est qu'à ce prix. Mais que de difficultés et d'obstacles ! c'est à en désespérer.

— Cette métropole puissante du luxe, des arts, des sciences, de l'industrie que l'on nomme Paris, se contentera-t-elle de son rôle de reine de la civilisation moderne ? Ses monuments, ses richesses, ses plaisirs ne lui suffiraient-ils plus ? Envieuse de toutes les gloires, aspire-t-elle encore à celle des Pyrénées ou des Alpes ! En un mot, Paris ajoutera-t-il à la célébrité de ses merveilles diverses la célébrité de ses eaux minérales ? C'est de quoi il est beaucoup question dans ce moment, et de quoi l'Académie s'est un instant occupée mardi dernier. Un propriétaire de la rue de Vendôme, en faisant creuser des fondations, a mis la pioche sur une énorme source d'eau sulfureuse. Pour être sulfureuse, aucun doute ne s'élève à cet égard ; mais cette eau est-elle naturellement et géologiquement minéralisée, ou bien ne doit-elle sa nature sulfureuse qu'à des infiltrations voisines qu'il est plus aisé de sentir que de nommer ? C'est ce dans quoi le feuilleton ne veut pas fourrer son nez, laissant cette besogne peu agréablement odoriférante à messieurs les chimistes et les géologues. Mais ce qu'il veut dire c'est qu'à cette occasion on a tenu le langage du plus impitoyable tory de la Grande-Bretagne, ce qui n'était pas assurément dans de libérales intentions. A quoi bon, disait-on, une nouvelle source ? La France n'est-elle pas assez riche en eaux sulfureuses ? Paris même n'en possède-t-il pas une à ses portes ? Tout cela est bon pour les hommes de loisir et de richesse, qui peuvent courir de source en source et de montagne en montagne. Mais le pauvre de Paris, celui pour qui l'administration des hôpitaux dépense des sommes énormes à lui fournir des bains artificiels dont un grand nombre même ne peut pas profiter, celui à qui même le court trajet de la vallée d'Enghien est interdit, où d'ailleurs il ne pourrait entrer à la piscine que moyennant deux francs, à celui-là, ne croyez-vous pas qu'une source sulfureuse au milieu même de Paris ne fût pas immensément utile ?... Cependant l'Académie doit être louée de sa prudence ; les eaux de la rue de Vendôme n'ayant pas pu être puisées encore dans leur état de pureté, la présence de matières ammoniacales étant un grave indice de quelque mélange ignoble, l'Académie a bien fait de conseiller, quant à présent, ce qui n'engage pas l'avenir, le rejet de l'autorisation demandée.

— Pauvres bêtes !... Je parle des singes, des lapins et des chiens et des chats à qui un médecin qui porte le nom redoutable de Turenne, est parvenu, dit-il, à inoculer le virus syphilitique. Ce que Hunter et sa sagacité et sa patience n'avait pu faire, M. Turenne prétend l'avoir tenté avec succès. Si ce n'était là qu'une expérience de curiosité pure, je l'appellerais barbare et méritant répression. Mais tout le monde comprendra que si le triste privilége de la syphilis n'est pas échu seulement à l'homme, que si les animaux voisins de son espèce peuvent la contracter, la propager, la reproduire, il y a là peut-être une source nouvelle d'instruction, et à coup sûr un vaste champ d'expériences qu'il n'est pas permis de tenter sur l'homme. Sous ce point de vue les essais de notre confrère méritent encouragement, tout en prévoyant, si les faits se réalisent, qu'il pourrait y avoir un certain danger à infecter des animaux qui entrent dans la consommation générale. Je demande positivement grâce pour le lapin dont le peuple de Paris est si friand, et dont plus de vingt mille individus, dit-on, servent tous les dimanches aux festins des barrières, sans compter les pseudo-lapins.

— Puisque j'en suis sur les bêtes, je dois dire que j'ai grand'peine de croire à cette histoire d'un myriapode qui aurait été logé, chauffé et nourri pendant deux ans dans les sinus frontaux d'une jeune demoiselle. D'abord, sans être très fort entomologiste, je doute beaucoup qu'une scolopendre puisse vivre deux ans ; je doute encore plus qu'elle puisse vivre dans un milieu constant de 36 à 38 degrés ; je doute de plus en plus qu'elle ait pu trouver sa nourriture convenable dans des sinus frontaux ; je ne comprends pas qu'elle ait pu y pénétrer à l'état d'œuf ou de larve, et je refuse positivement de croire qu'elle ait pu en sortir à l'état d'insecte parfait. Heureusement le narrateur de ce fait ne l'a pas vu ; il n'a vu que l'insecte dans le mouchoir de la jeune personne ; ce qui me dispense de lui dire : Je le crois, puisque vous l'avez vu ; mais si je ne l'avais pas vu, je ne le croirais pas.

naturel ; que tout phénomène pathologique dérive de leur augmentation de leur diminution ou de leur altération ; que tout phénomène thérapeutique a pour principe leur retour au type naturel dont elles s'étaient écartées, voilà la doctrine générale de cet ouvrage.

» On dira, peut-être, que cette manière de voir est une théorie ; je répondrai que c'est donc aussi une théorie dans les sciences physiques, que la doctrine qui montre la gravité, l'élasticité, l'affinité, etc , comme principes primitifs de tous les faits observés dans les sciences. Le rapport des propriétés comme causes, avec les phénomènes comme effets, est un axiome presque fastidieux à répéter aujourd'hui en physique, en chimie en astronomie, etc. Si cet ouvrage établit un axiome analogue dans les sciences phisiolpgiques, il aura rempli son but. »

Les propriétés fondamentales que Bichat considère ainsi comme les premiers mobiles ou les grands ressorts de la médecine vivante, sont au nombre de cinq, savoir : « la *sensibilité organique*, la *contractilité organique insensible*, la *contractilité organique sensible*, la *sensbilité animale* et la *contractilité animale*, ces deux dernières président à la vie que Bichat appelle *animale*, les trois autres à la vie qu'il désigne sous le nom d'*organique*. Aux lésions de la sensibilité organique et de la contractilité insensible se rapportent, selon Bichat, tous les phénomènes morbides qui consistent dans un trouble de la circulation capillaire, des sécrétions, des absorptions, des exhalations, de la nutrition, etc.

Dans l'état de maladie, tous les phénomènes des vomissements, des diarrhées, une grande partie de l'innombrable série de ceux du pouls, remontent, en dernier résultat; à un trouble de la contractilité organique sensible.

De la sensibilité animale, dérive, dans l'état de maladie, la douleur et ses innombrables modifications. Les convulsions, les spasmes, les paralysies, sont dues à des augmentations ou à des diminutions de la contractilité animale.

Vous le voyez, messieurs, on ne peut plus explicitement que ne l'a fait l'auteur de l'*Anatomie générale*, rattacher la théorie des maladies à celle des phénomènes physiologiques, et se déclarer plus ouvertement *médecin physiologiste*.

Examinons maintenant si, sous le rapport thérapeutique, Bichat reste fidèle à ses principes. Vous n'en pourrez douter après avoir entendu ce qui suit : Considérant comme une vérité incontestable que tous les phénomènes des maladies dépendent de la lésion des propriétés vitales, Bichat en tire pour le traitement des maladies cette conséquence, qui ne lui parait pas moins certaine, savoir : que tout moyen curatif a pour unique but de ramener au type qui leur est naturel les propriétés vitales altérées. Il pose même en principe que chacune de ces propriétés a son genre de remèdes, remèdes qu'il passe rapidement en revue.

Quant à la matière médicale et à la théraqeutique de son temps, Bichat en porte un jugement qui n'est assurément rien moins que flatteur. Il n'y a point eu, selon lui, en matière médicale, de systèmes généraux; mais chacun des systèmes qui ont dominé en médecine a *reflué* sur elle, s'il ose s'exprimer ainsi. Incohérent assemblage d'opinions elles-mêmes incohérentes, elle est peut-être, de toutes les sciences physiologiques, celle où se peignent le mieux les travers de l'esprit humain. Que dit-il ? Ce n'est point une science pour un esprit méthodique, c'est un ensemble informe d'idées inexactes, d'observations souvent puériles, de moyens illusoires, de formules aussi bizarrement conçues que fastidieusement assemblées. « La pratique de la mé- » cine ne lui parait pas seulement rebutante ; » il ajoute : « qu'elle » n'est pas, sous certains rapports, celle d'un homme raisonnable, » quand on en puise les principes dans la plupart des matières médi- » cales contemporaines. »

Je n'oublierai pas de faire remarquer en passant que Bichat, bien que les principes de sa doctrine générale semblent, au premier abord, indiquer le contraire, reconnaît formellement l'existence des altérations des liquides, n'hésitant point à prononcer « qu'une théorie exclusive de solidisme ou d'humorisme est un contre-sens pathologique. »

Dispensez-moi, messieurs, de la réfutation toup facile aujourd'hui de ce qu'il peut y avoir d'incomplet, d'inexact et d'exclusif dans la doctrine générale de Bichat ; et permettez-moi de mettre fin à cette analyse par ce beau passage de l'*Anatomie générale* : « Il me semble que nous » sommes à une époque où l'anatomie pathologique doit prendre un essor nouveau. Cette science n'est pas seulement celle des dérangements organiques qui arrivent lentement, comme principes ou comme suites dans les maladies chroniques ; elle se compose de l'étude de toutes les altérations que nos parties peuvent éprouver, à quelqu'époque qu'on examine leurs maladies : otez certains genres de fièvres et d'affections nerveuses, tout est presque alors, en pathologie, du ressort de cette science. Combien sont petits les raisonnements d'une foule de médecins grands dans l'opinion, quand on les examine, non dans leurs livres, mais sur le cadavre ! La médecine fut long-temps repoussée du sein des sciences exactes ; elle aura droit de leur être associée, au moins pour le diagnostic des maladies, quand on aura partout uni à la rigoureuse observation l'examen des altérations qu'éprouvent nos organes. Cette direction commence à être celle de tous les esprits raisonnables; elle sera sans doute bientôt générale. Qu'est l'observation si l'on ignore là où siége le mal ? Vous auriez pendant vingt ans pris du matin au soir des notes au lit des malades sur les affections du cœur, du poumon, des viscères gastriques, etc., que tout ne sera pour vous que confusion dans les symptômes qui, ne se ralliant à rien, vous offriront nécesssirement une suite de phénomènes incohérents. Ouvrez quelques cadavres, vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que jamais la seule observation n'aurait pu dissiper. »

(*La suite au prochain numéro.*)

Voici les noms des lauréats.

Prix Monthyon. — La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner ce prix pour cette année, mais que MM. les docteurs Bouchut et Neucourt seraient honorablement mentionnés.

Prix Corvisart. — Médaille d'or décernée à M. Lebled (Prosper-Victor), de Cormery (Indre-et-Loire).

Prix de l'École pratique. — Premier prix décerné à M. Hérard (Hippolyte), de Sens (Yonne).

2e premier prix, à M. Gobelet (Adolphe), de Metz (Moselle).

3e premier prix, à M. Robin (Charles), de Jasseron (Aïn).

1er second prix, à M. Bartali (Hector), de Sartène (Corse).

2e second prix, à M. Bidault (Louis-François), de Jacqueuville (Eure).

3e second prix, à M. Vilmin (Alexandre), de Strasbourg (Haut-Rhin).

La Faculté a décidé qu'il ne serait pas accordé de prix cette année aux élèves sages-femmes.

Prix fondé par Montyon. — Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille de la valeur de 400 francs, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1845 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

Prix fondé par Corvisart. — La Faculté a arrêté pour prix de clinique à décerner en 1845 la question suivante :

« Traiter de l'albuminurie d'après les observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté. »

Du 15 août au 1er septembre 1845, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au n° du lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

— La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Considérations cliniques sur le ramollissement du cerveau. De l'étude des symptômes et de leur valeur. (Suite.)

Motilité. — Le premier des phénomènes que fournisse la motilité à la symptomalologie, c'est la paralysie. C'est aussi le plus constant. Cependant, nous ne voulons pas dire que toujours le ramollissement soit accompagné de paralysie, et nous devons tout d'abord vous mettre l'exception en face de la règle, afin que l'on ne nous accuse pas, comme on l'a déjà fait, de partir d'un point de vue exclusif. Dans les livres que j'ai publiés sur le sujet qui nous occupe, nous avons rappelé tous les faits exceptionnels dont on se fait maintenant une arme contre nous; mais on ne nous tient aucun compte des détails dans lesquels nous sommes entrés. Nous croyons de notre devoir de vous signaler toutes ces objections à mesure qu'elles se présenteront, et de vous faire remarquer avec combien peu de loyauté l'on s'est conduit à notre égard.

Il y a donc des cas de ramollissement cérébral où il n'existe pas de paralysie; mais ce ne sont que des cas exceptionnels. Or, veut-on savoir ce qui arrive souvent dans la science? Dans les ouvrages spéciaux on pose d'abord la règle, puis on s'attache à recueillir les faits exceptionnels avec beaucoup plus de soin que les faits normaux, par simple curiosité. Au bout d'un certain temps, si l'ont veut appliquer les calculs de la statistique aux faits publiés dans ces ouvrages, on s'aperçoit que les faits exceptionnels sont devenus, par le soin même qu'on mettait à les recueillir, beaucoup plus nombreux que les faits normaux.

Le plus souvent il y a paralysie dans les cas de ramollissement cérébral. Dans la première période, l'altération du cerveau n'étant pas très profonde, la paralysie n'a pas encore lieu. Mais dans les périodes suivantes, c'est, comme nous l'avons dit plus haut, le premier et le plus constant des phénomènes. La paralysie présente, relativement à son siége et à son étendue, les mêmes variétés que les autres symptômes. Elle peut être générale ou locale. Nous ne parlons pas de sa marche, point très important et sur lequel nous reviendrons. La paralysie est générale lorsque le ramollissement est très étendu ; lorsque l'altération pathologique occupe tout le cerveau, il va sans dire que la paralysie est générale. Elle l'est encore lorsque le cerveau est ramolli dans une grande étendue, sans l'être dans la totalité. Lorsqu'un hémisphère est augmenté de volume, c'est à la compression de l'hémisphère opposé par le premier qu'elle est due. Dans d'autres circonstances il y a suffusion séreuse, et les mêmes résultats sont produits par des causes différentes. Quelquefois c'est une polybémie cérébrale qui détermine la paralysie générale, et alors quelques saignées suffisent pour déterminer la déplétion sanguine et dissiper la paralysie.

La paralysie est encore générale lorsque le ramollissement est central, ou s'il s'est fait dans le bulbe rachidien. Elle est plus ordinairement locale, affectant un ou deux membres seulement. Dans ce cas on la distingue en hémiplégie ou en paralysie bornée à un bras ou à une jambe. Le bras, dans ces derniers cas, semble être plus fréquemment paralysé que la jambe. Lorsqu'il y a hémiplégie, le bras est souvent plus complétement paralysé que la jambe. On trouve assez rarement la jambe paralysée seule. Cependant, nous avons maintenant dans nos salles un exemple curieux de cette espèce.

La paralysie peut occuper tous les autres siéges dont nous avons parlé précédemment. Ainsi, non-seulement les membres, mais les paupières, l'iris, les joues, etc. La paupière ou la joue paralysée est pendante. Lorsque la paralysie occupe la moitié de la face, la commissure des lèvres est entraînée du côté sain. Il en est de même pour la langue, le larynx, le pharynx; les exemples de paralysie du rectum et de la vessie sont également des plus fréquents. On voit, d'après ce que nous venons de dire, que relativement à ce phénomène, à son siége, à son étendue, il présente un grand nombre de particularités.

Les mouvements ne présentent pas seulement des altérations consistant en leur diminution ou leur abolition. On observe des mouvements convulsifs et épileptiformes. Ceci arrive quelquefois dans les cas de congestion, mais plus rarement. Vous trouverez dans les mémoires de Louis, sur les fongus de la dure-mère, l'observation d'un jeune homme qui portait une tumeur fongueuse de la dure-mère, et qui présentait des

---

— Deux chirurgiens de Paris ont eu du malheur lundi dernier à l'Institut; ils ont eu la maladresse d'émettre comme nouvelles et comme à eux appartenant, des idées qu'un autre revendique, et dont, selon son habitude, il avait eu la modestie de cacher l'application. Il faut bien, bon gré, malgré, qu'on s'habitue à cette modestie là, car elle prend des proportions de plus en plus inattendues. Ainsi, M. Amussat, qui, depuis plus de dix ans, à ma connaissance, s'occupe de recherches soutenues sur le mode d'occlusion des vaisseaux sanguins après leur division, M. Amussat a résumé dans un mémoire les principaux phénomènes observés par lui. Il a vu, par exemple, qu'après la division complète d'une artère, il se forme bientôt une saillie rouge, conique, qui diminue le jet du sang d'abord, qui le fait cesser complétement ensuite, en un mot un caillot spontané ou bouchon obturateur depuis long-temps observé chez certains animaux, mais que M. Amussat a aussi reconnu sur l'homme. Doucement, s'écrie l'homme modeste. Nous avions noté ce fait depuis long-temps dans nos expériences sur les plaies sous-cutanées. Peut-être même, ajoute-t-il insidieusement, M. Amussat se souviendra-t-il que nous l'avons entretenu de ce mode d'occlusion des artères avant qu'il l'eût constaté de son côté. Ce *peut-être* est fort adroit. Mais si M. Amussat ne se souvient pas ? s'il tient à sa découverte qui en vaut la peine ? S'il prouve, comme je crois que cela lui est possible, que sa découverte est d'une époque bien antérieure à la découverte de la chirurgie sous-cutanée ?.... Voilà donc encore un nuage dans des relations jusque-là si amicales... Hélas ! combien il est difficile de vivre avec des gens trop modestes !

Autre nuage. Vous vous rappelez tous les efforts que fit la secte des modestes, à la dernière élection académique, pour éloigner du scrutin MM. Malgaigne et Vidal; la coalition réussit, ce fut M. Laugier qui fut nommé. Qui ne se fût attendu à une profonde reconnaissance de la part de M. Laugier ? Eh bien, non ! O temps, o mœurs !... M. Laugier vient de se couvrir de la plus noire ingratitude... Dans sa communication à l'Institut, M. Laugier propose de remplacer le pansement ordinaire des plaies suppurantes par un mode de pansement inventé par lui, et qui consiste à recouvrir les plaies d'une solution épaisse de gomme arabique et de baudruche. Y pensez-vous, dit le modeste ? Mais il y a plusieurs années déjà que j'ai fait connaître ce mode de pansement. C'est imprimé, j'en ai fait plusieurs applications à l'Hôtel-Dieu, et je n'ai différé d'en faire l'objet d'une publication détaillée qu'à cause de certains perfectionnements que j'ai dû réaliser, et sans lesquels la méthode ne donne que des résultats incertains et incomplets. Ici, comme vous voyez, il s'agirait, de la part de M. Laugier, d'un procédé d'assimilation qu'il est fort difficile de qualifier en termes polis. Mais voilà à quoi on s'expose quand on est trop modeste. Du reste, que se disputent ces messieurs ? Est-ce le principe de soustraire les plaies suppurantes au contact de l'air ? Cela ne peut pas être. Est-ce la dissolution de gomme ? Mais, en vérité, le diachylum *gommé*, le taffetas *gommé* d'Angleterre ont un singulier air de parenté avec la nouvelle *méthode*, ainsi pompeusement nommée; qu'en pensez-vous, lecteur ?

— La question des poisons normalement ou plutôt naturellement contenus dans le corps de l'homme, se complique singulièrement. L'Institut penche visiblement vers MM. Danger et Flandin qui n'en trouvent pas, contre MM. Devergie, Barse et autres qui affirment leur existence. On voit que ce n'est pas seulement en médecine proprement dite qu'Hippocrate dit oui et Galien non. Cependant, sur une question de fait comme celle-ci, il faut admettre, ou bien que quelques-uns de ces chimistes se trompent dans leurs analyses, que les uns trouvent ce qui n'existe pas ou que les autres ne trouvent pas ce qui existe, ou bien que les métaux toxiques n'existent pas chez tous les individus. Cette question importante, dont la solution intéresse si vivement la médecine légale, est actuellement pendante devant une commission de l'Académie des sciences, dont deux commissaires ont peut-être eu le tort de faire connaître trop prématurément quelques résultats de leurs expériences.

— Parlez-moi du chanoine Clavel, médecin reçu à la Faculté de Paris. Il y en a qui, munis d'un seul de ces titres, se croient autorisés à nous écraser sous leurs lourds in-8°; M. Clavel, au contraire, chanoine et médecin, ne procède que par petits in-72, forme populaire à laquelle il ajoute le titre plus populaire encore d'almanach. Donc, l'Almanach de la santé pour 1845 du bon chanoine m'étant tombé sous la main, je l'ai lu, ma foi, d'un bout à l'autre, et je vous assure, mais tout bas, que je n'y ai rencontré ni plus d'opinions hasardées, ni plus de contradictions, ni plus d'incertitudes que dans le plus pur de nos classiques. Ses conseils sont en général prudents et judicieux. Il y en a un qui vous plaira surtout, chers confrères, c'est celui que M. l'abbé répète fréquemment à ses lecteurs d'appeler au plus vite un médecin éclairé.

— Mais entendez-vous ce bruit, cette agitation qui viennent du côté de l'Ecole ? Voyez-vous cette foule d'élèves se précipitant comme une avalanche dans le grand amphithéâtre ? C'est que c'est aujourd'hui que la Faculté a fait sa rentrée, inaugurée par un discours de M. le professeur Bouillaud.

M. Bouillaud a beaucoup réussi auprès de son jeune et nombreux auditoire. Des applaudissements enthousiastes ont plusieurs fois interrompu l'orateur quand, associant la gloire de Bichat à la gloire de Napoléon, il a réuni ces deux grands hommes marchant ensemble vers des conquêtes si diverses, mais si également glorieuses pour la patrie. M. Bouillaud avait pris pour texte les progrès faits en médecine depuis cinquante ans. Les grands noms de Pinel, de Bichat, de Broussais, de Dupuytren, de Corvisart et de Laënnec lui ont fourni d'heureuses inspirations et des appréciations remplies de justice et de vérité. Arrivant à une époque plus rapprochée, M. Bouillaud a su parler de ses contemporains avec convenance et loyauté, de lui-même avec mesure. Il a terminé son discours par un exposé des besoins impérieux de l'organisation médicale, dont il a annoncé l'avénement après la discussion de la loi sur l'instruction secondaire. Une éloquente sortie contre les hommes à intentions tortueuses qui demandent la liberté de l'enseignement pour s'en servir dans un but coupable, a été vigoureusement applaudie. Il en a été de même de l'excellente et opportune profession de foi de M. Bouillaud en faveur du concours qu'il a déclaré le seul mode possible de recruter le personnel enseignant. Du reste, nos lecteurs ont sous les yeux le discours de M. Bouillaud, et ils peuvent en apprécier eux-mêmes les loyales et généreuses intentions.

Jean RAIMOND.

NOUVELLES.

— Une visite a été faite à Bicêtre lundi dernier par le préfet de la Seine pour visiter les travaux en cours d'exécution. Il a été établi deux réfectoires dans chacun desquels quatre cents vieillards prennent leurs repas en commun au lieu de manger, comme auparavant, dans les dortoirs. Les avantages que présente cette amélioration, tant pour le bien-être des vieillards eux-mêmes que pour l'économie et l'ordre dans le service, ont déterminé l'administration à établir un troisième réfectoire.

Le service des aliénés a attiré particulièrement l'attention de M. de Rambuteau ; il est arrivé au moment où ils faisaient en commun leur repas du matin, et il a pu juger par lui-même de l'ordre et du calme véritablement admirables que l'on est parvenu à établir parmi ces infortunés, autrefois si agités et si turbulents. Enfin, M. le préfet a vu l'école des jeunes idiots, qui renferme quatre-vingts enfants ; leur progrès dans la lecture, l'écriture et le calcul l'ont vivement intéressé, et il a adressé des félicitations à leur instituteur.

Société de médecine de Nîmes. — Dans sa séance du 9 octobre 1844, la Société a mis au concours la question suivante :

« Apprécier la valeur réelle des services rendus par l'*étude des lé-* » *sions matérielles*, dans le traitement des maladies du système lym- » phatique. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de *cent francs*.

Ce prix devant être décerné dans le courant du mois de janvier 1846, les mémoires devront être adressés, *francs de port* et dans les formes académiques, au plus tard le 15 novembre 1845, à M. le docteur Froment jeune, secrétaire général, boulevart des Calquières, n° 20.

attaques convulsives de ce genre. Cependant, nous devons dire que ces perversions des mouvements sont plus communes dans les cas de ramollissement que dans ceux relatifs à d'autres affections cérébrales. Cela tient peut-être, du reste, à la fréquence du ramollissement.

Un signe important et sur lequel nous devons nous arrêter un peu longuement, c'est la contracture; phénomène qui a été donné par un auteur comme pathognomonique du ramollissement. Mais cet auteur attribuait la contracture à l'hypersthénie, dans la croyance où il était que le ramollissement était toujours inflammatoire. Nous ne partageons pas cette opinion. La contracture n'arrive pas seulement dans le ramollissement. On l'observe encore dans d'autres affections. Nous l'avons constaté un grand nombre de fois dans l'hémorrhagie cérébrale, sans qu'aucun symptôme nous eût indiqué l'existence d'un travail inflammatoire. Le savant professeur de Montpellier a peut-être attaché une trop grande importance à cette contracture, bien qu'elle ait, nous ne le nions pas, beaucoup de valeur.

Il arrive quelquefois que le membre paralysé devienne le siége de douleurs assez vives. Ces douleurs ne sont pas constantes; aussi n'avons-nous nullement prétendu dire qu'on dût les regarder comme un signe caractéristique; mais nous ne pouvions les omettre. Ces douleurs peuvent être très fortes, intolérables, au point de faire pousser des cris aux malades. On peut rencontrer quelquefois des sensibilités illusoires, des états de sensibilité exagérée de la peau. On constate encore dans la première période du ramollissement, une difficulté assez fréquente de saisir les objets, et une sorte d'irrégularité dans l'ensemble des mouvements des organes préhenseurs. Voilà pour les signes que peut fournir pour le diagnostic, la paralysie considérée indépendamment de sa marche. Nous verrons plus loin qu'elle affecte une marche différente dans le ramollissement et dans les autres maladies du cerveau.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les lésions de la sensibilité, nous bornant à examiner ce qui nous est nécessaire pour l'étude de l'affection qui nous occupe. On a dit qu'elle était très souvent diminuée. Elle ne nous paraît pas l'être à un plus haut degré dans le ramollissement que dans l'hémorrhagie cérébrale. Nous ne parlons pas des cas où les malades ont perdu connaissance, ceux dans lesquels les mouvements et la sensibilité sont abolis à la fois étant les plus rares. Dans une pratique de plus de vingt années nous n'avons pas observé un seul fait où la perte de la sensibilité seule se soit présentée. Ainsi, diminution fréquente de la sensibilité dans les membres paralysés, abolition rarement complète de la sensibilité; voilà ce que l'on rencontre. Quant aux perversions de la sensibilité, nous n'avons guère à mentionner que les fourmillements dont nous avons déjà parlé.

Une modification importante de la sensibilité, c'est la céphalalgie, phénomène que l'on nous a récemment accusé d'avoir regardé comme trop important. On a dit que nous avions attaché trop de valeur à la céphalalgie, et l'on s'est efforcé de prouver qu'elle n'existait que dans un très petit nombre de cas. Nous voyons dans la manière de procéder que l'on a mis en usage, une grande défectuosité. On a donné à la fréquence d'un phénomène une importance que cette fréquence ne doit point avoir. Ce n'est pas la fréquence qui en fait la valeur, c'est son existence. Prenons pour exemple le râle crépitant qui existe dans la pneumonie. Il constitue certainement un des caractères pathognomoniques de l'inflammation du poumon. Mais cependant il y a des cas où il n'existe pas, non plus que les crachats rouillés. L'absence possible de ces phénomènes dans quelques cas diminue-t il leur valeur, et empêche-t-elle qu'ils ne soient, quand ils existent, caractéristiques de l'état phlegmasique? La fréquence, dont les statisticiens font un si grand cas, la fréquence n'est pas la seule base sur laquelle on doive fonder la valeur d'un symptôme. L'existence d'un phénomène dans certains cas seulement, est souvent à nos yeux plus significative pour la certitude de la lésion pathologique. Nous faisons donc une grande différence entre la valeur et la fréquence d'un symptôme.

Voici ce que nous avons dit. Il y a souvent des ramollissements qui s'annoncent par une douleur de tête circonscrite, violente. Cela veut-il dire que cette douleur existe toujours? Nullement; mais seulement que dans les cas de ramollissement du cerveau, on a dans la céphalalgie une raison de plus d'arriver au diagnostic de ce ramollissement. On a prétendu que la céphalalgie occupait le plus fréquemment la région frontale. Sans prétendre le contraire, nous ferons remarquer qu'il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Pour nous résumer, nous maintenons que la céphalalgie peut exister et existe souvent dans le ramollissement du cerveau; qu'il y a des circonstances, à la vérité, dans lesquelles on ne l'observe pas, mais qu'elle n'en reste pas moins un excellent signe diagnostic.

La céphalalgie peut se faire sentir pendant la premiere période du ramollissement, ou à une époque plus ou moins éloignée du début. Les uns peuvent être diminués, abolis, ou pervertis. Par exemple, on constate des dilatations de la pupille; d'autres fois, l'ouverture pupillaire est plus ou moins rétrécie; dans quelques cas, elle est parfaitement régulière et normale. On constate cependant le plus souvent une altération dans la forme ou dans la grandeur de cette ouverture. Le strabisme, bien qu'il n'ait pas ici une grande valeur, peut exister aussi, et nous l'avons rencontré chez un assez grand grand nombre de sujets. Il peut y avoir cécité de l'un ou de l'autre œil. En général, ces signes tirés de la vue sont moins constants que la céphalalgie. Ce que nous avons dit des perversions de l'appareil oculaire peut s'appliquer également à l'appareil auditif: tous ces phénomènes appartiennent à la première période.

Dans la seconde période, lorsqu'il y a compression, il y a surdité. L'état des facultés intellectuelles fournit des données de la plus haute valeur. La stupeur accompagne le plus souvent le ramollissement, tandis que dans l'hémorrhagie cérébrale, l'intelligence est conservée. Quelques auteurs ont écrit que l'intelligence était diminuée dans l'hémorrhagie et conservée dans le ramollissement. Nous partageons l'opinion contraire, et nous affirmons, d'après l'observation des faits, que la stupeur accompagne plus souvent le ramollissement que toute autre affection du cerveau. Nous avons dit que l'intelligence nous paraissait avoir un siége particulier dans l'organe cérébral et les mouvements dépendre de l'action d'une autre partie de cet organe. Quel que soit le siége du ramollissement, qu'il occupe la substance grise ou blanche, l'intelligence est presque toujours lésée. Dans l'hémorrhagie, au contraire, quel que soit son siége, elle est presque toujours conservée. Nous ne parlons pas, on le comprendra suffisamment, des cas où il y a perte complète de connaissance.

Nous avons imprimé dans nos recherches sur le ramollissement, que le coma s'observait ordinairement dans la dernière période de la maladie. On a prétendu récemment que nous avions eu tort, et que le coma accompagnait aussi souvent la première période que la dernière. Sans doute il en arrive ainsi lorsque le malade perd entièrement connaissance; mais le plus souvent alors le coma n'est que passager. Lorsqu'il est persistant, il ne survient ordinairement qu'à une période avancée, lorsqu'il y a suffusion séreuse ou compression d'un hémisphère cérébral par suite de l'augmentation du volume de l'autre. Quelques auteurs ont voulu nier la suffusion séreuse. Nous affirmons, pour notre part, qu'elle nous est bien démontrée, surtout vers la dernière période.

L'intelligence peut être pervertie; le délire n'est pas très-rare. Nous croyons qu'il en peut être ainsi sans que pour cela il y ait inflammation. L'intelligence étant diminuée, le cerveau altéré, il peut y avoir perturbation du raisonnement. Cette perturbation peut survenir dans un ramollissement qui ne serait pas inflammatoire. Il suffit qu'il y ait lésion du cerveau pour que les malades délirent. Maintenant, que le délire soit plus fréquent dans un état inflammatoire de l'organe, nous ne disons pas le contraire, mais cet état inflammatoire n'est pas nécessaire. Celle des facultés intellectuelles qui est le plus facilement lésée, c'est la mémoire. On en constate une diminution notable dans la première période de la maladie. S'il arrive au médecin de demander au malade quelques renseignements même récents, il ne peut en donner aucun. Cette perte de la mémoire constitue un des caractères les plus communs du ramollissement, à tel point que lorsqu'un malade vient nous consulter et se plaint de ne plus avoir la mémoire aussi nette que d'habitude, notre première crainte est toujours celle d'un ramollissement du cerveau, et malheureusement l'événement justifie souvent nos prévisions. Ainsi la perte de la mémoire serait un phénomène précurseur du ramollissement.

La démence, ou autrement l'idiotisme acquis est un des phénomènes fréquents du ramollissement. Pour ne citer qu'un fait tout récent, et que nous avons dernièrement observé dans nos salles, nous rappellerons un malade qui succomba le mois dernier, le lendemain de son admission dans notre service. Nous trouvâmes chez lui un ramollissement du cerveau. Mais les parents nous déclarèrent que depuis deux ans environ cet homme était atteint d'idiotisme complet. Dans ce cas, la démence constituait un phénomène précurseur bien évident, et annonçait de la manière la plus positive un trouble dans la pulpe cérébrale. Cette lésion est d'une importance extrême et nous permet dans beaucoup de circonstances de porter un diagnostic certain, bien que le malade ne puisse vous donner aucune espèce de renseignements sur la céphalalgie, les fourmillements, l'état des sens, etc. Nous considérerons donc comme un fait normal celui que nous venons de citer.

Dr A. FOUCART.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur la plessimétrie. (Suite et fin.)

Plessimétrie de l'utérus.

Le situation profonde de l'utérus dans l'excavation du bassin, rend difficile l'exploration de cet organe par le plessimètre. Nous allons cependant indiquer les règles qu'il est nécessaire de suivre lorsqu'on veut apprécier sa forme et chercher à se rendre compte des changements que le produit de la conception y apporte. Des considérations anatomiques sur la connaissance des rapports qu'il affecte avec les organes voisins, sont ici indispensables.

L'utérus, situé entre la vessie et le rectum, suivant une direction oblique de bas en haut et d'arrière en avant, telle que son axe se confond avec celui du détroit supérieur du bassin, se trouve en rapport, par sa face antérieure, avec la vessie, dont elle est le plus souvent séparée par quelques anses intestinales, tandis que son bord supérieur est recouvert par les circonvolutions inférieures de l'intestin grêle.

Cette position profonde de l'utérus le fera donc toujours échapper, dans l'état normal, à l'investigation plessimétrique, et ce sera par des résultats négatifs seulement qu'on pourra présumer l'état de santé de cet organe. Dans l'état de grossesse, les conditions seront entièrement changées. Quoi qu'il en soit, ce sera en suivant les lignes que nous avons indiquées dans la précédente leçon (1) qu'il faudra chercher l'utérus. Pour faciliter cet examen, il faudra faire fléchir fortement les cuisses sur le bassin, afin que les muscles abdominaux soient dans le plus grand relâchement possible. Avant de procéder à l'exploration de cet organe, il sera toujours nécessaire de s'assurer que le rectum et la vessie sont vides, et les vider s'ils ne le sont pas. Si l'on ne prenait cette précaution, l'état de plénitude de ces organes pourrait donner lieu à de graves méprises.

On percutera donc en suivant la ligne n° 1, et à mesure que l'on approchera des pubis il sera nécessaire de varier le mode de plessimétrie. En percutant superficiellement, on obtiendra le son de l'intestin grêle qui recouvre le bord supérieur de l'utérus; mais en percutant profondément, on peut reconnaître la présence de l'utérus derrière le paquet intestinal, lorsqu'il est développé par le produit de la conception. Ce sera donc là un signe de plus qui concourra, avec les autres signes connus, au diagnostic de la grossesse.

On conçoit en outre de quelle importance deviendra ce signe dans les circonstances graves où l'on peut avoir à se déterminer à pratiquer l'opération césarienne. Les chances d'ouvrir l'intestin se trouveront par là singulièrement diminuées.

En percutant d'après les lignes 2, 3 et 4, et en variant l'intensité de la percussion, on pourra savoir à quelle profondeur se trouve l'utérus. C'est surtout dans les commencements de la grossesse que la plessimétrie de l'utérus offre de l'intérêt. Il arrive si souvent que les signes de la grossesse sont incertains, qu'on devra toujours recourir à la plessimétrie avant de se prononcer. Cependant, il y aura encore, malgré l'emploi de ce moyen, un grand nombre de circonstances où ce diagnostic sera toujours fort difficile.

Les diverses affections pathologiques de l'utérus, des ovaires ou des trompes, viendront souvent jeter du doute et causer une foule d'erreurs. Mais à côté de ces états morbides on en trouvera d'autres sur la nature desquels la plessimétrie ne laissera pas le moindre doute. La tympanite intestinale, par exemple, ne pourra plus être prise, dans aucun cas, pour une grossesse.

Modifiées par la fécondation, les parois et la cavité de l'utérus n'offrent de changement saisissable que vers la fin du deuxième mois de la grossesse. A cette époque même, l'utérus est encore profondément situé dans l'excavation du bassin, et pour le trouver il est nécessaire d'explorer attentivement, à l'aide de la percussion plessimétrique alternativement superficielle et profonde, toute la région hypogastrique. Il faut, pour cela, déprimer légèrement les parois abdominales, lentement d'abord, puis fortement. Le plessimètre devra être fortement incliné en bas, jusqu'à ce qu'il soit porté le plus près possible du plancher du bassin. Alors on percute, et on peut, par le sentiment de résistance que l'on éprouve, reconnaître la présence, la forme et le volume de l'utérus.

A mesure que la grossesse fait des progrès, ces sensations, fugitives d'abord, deviennent de plus en plus certaines, et elles sont bientôt irrécusables. Vers le quatrième mois, par exemple, la matité se rapproche de l'ombilic; elle augmente en tout sens, et l'on peut alors limiter le globe utérin, en ayant bien soin toutefois de maintenir toujours les parois intestinales déprimées avec l'instrument.

Plessimétrie des os.

Les os donnent pour résultat plessimétrique une résistance absolue; le summum d'intensité de la matité osseuse se trouve dans les os les plus superficiellement situés. Le tibia, par exemple, dans sa partie supérieure peut être pris comme type.

Tout le monde comprendra d'avance le parti que l'on peut tirer de la plessimétrie pour le diagnostic des maladies des os. Indépendamment des autres signes qui accompagneront la périostite, par exemple, la plessimétrie indiquera une modification du son qui offrira ici un caractère d'absorption particulier, tandis que, en revanche, la résistance au doigt sera moindre. Dans l'éburnation au contraire la résistance deviendra plus absolue encore. A mesure que les os sont situés plus profondément le caractère du son se modifie, devient moins sec. Le crâne, par exemple, offre, sous ce rapport, une modification particulière du bruit ostéal. Ce n'est pas seulement à l'oreille qu'il faut demander compte de cette modification, c'est surtout à la pulpe digitale qui se trouve spécialement impressionnée par les divers degrés de solidité et de résistance.

En général les os longs, et surtout le tissu compacte des os longs, offrent au plus haut degré le sentiment de résistance que nous avons signalé. Après eux viennent les os larges, ensuite les os courts.

Les mêmes os ne présentent pas non plus partout le même son; indépendamment de leur situation plus ou moins profonde, les proportions variables du tissu compacte font varier ces sensations. Le summum de la résistance a généralement lieu dans la diaphyse et celui de la matité dans l'épiphyse.

Quant au procédé opératoire, nous nous bornerons à dire qu'il faut mener certaines lignes qui seront modifiées d'après la disposition de l'os à examiner et d'après les connaissances anatomiques de la région sur laquelle on percute. Il sera utile de déprimer plus ou moins fortement les tissus mous qui recouvrent les os, suivant leur épaisseur et leur consistance. La connaissance exacte des régions indiquera assez d'ailleurs les modifications qu'il faudra apporter à cette exploration, pour que nous devions nous dispenser de passer en revue chacune des portions du squelette en particulier.

— Nous ne terminerons pas cette deuxième série de leçons cliniques sur la plessimétrie sans reproduire la note suivante, écrite sous la dictée de M. Piorry, et qui forme, comme on le verra, un complément naturel à ses leçons.

Procédé pour la reproduction des dessins des organes malades, ou organotypie.

J'ai fait, a dit M. Piorry, tout récemment une application du crayon dermographique de M. Pyrlas; voici dans quelles circonstances: Je soignais, en ville, une petite fille de dix-huit mois, atteinte d'une hypertrophie rachidienne partielle, probablement de nature tuberculeuse. Je désirais avoir le dessin exact du volume et de la configuration de la tumeur, et cela afin de mieux apprécier les changements qui pourraient survenir sous l'influence du traitement. Or, en me servant de la plessimétrie pour limiter exactement les points où la matité ostéique cessait d'avoir lieu, je traçai une marque noire autour de la tumeur à l'aide d'un crayon dermographique. Désirant conserver cette figure, il me vint l'idée toute simple d'appli-

(1) *Voir* le n° 114 de cette année.

quer à sa surface une feuille de papier blanc, et d'exercer des frictions sur ce papier. De cette façon, le crayon, qui avait laissé des traces sur la peau, produisit aussi une empreinte noire sur le papier. L'image produite avait ici l'inconvénient d'être renversée, de sorte qu'il fallait regarder à contre-jour, à traver le papier, pour se former une idée juste de la forme et des rapports de l'objet dessiné. Il me fut facile de remédier à cet inconvénient, d'abord en noircissant de nouveau, avec le crayon dermographique la figure obtenue, puis en appliquant une nouvelle feuille de papier sur la première, et en y prenant enfin une nouvelle empreinte, j'eus un dessin exactement semblable à celui que j'avais obtenu sur la peau. Il devenait dès lors facile d'avoir autant d'exemplaires que je l'eusse voulu du dessin dont il s'agit.

Je répétai le lendemain ces expériences sur un jeune homme affecté d'un engorgement de la rate. Chez ce sujet, âgé de dix-sept ans, et qui paraissait en avoir à peine treize, tant il était faible, la rate avait, de haut en bas, une dimension de plus de trente centimètres, et dépassait de beaucoup le rebord costal. On traça nettement la circonférence du viscère avec le crayon dermographique ; alors sept ou huit élèves appliquèrent chacun un doigt alentour des mesures tracées par la plessimétrie et par la palpation. On donna un gramme de sulfate de quinine en une seule prise, et dès la trentième seconde, les personnes qui touchaient la rate la sentirent se retirer, et fuir en quelque sorte sous leurs doigts, de telle sorte qu'à la cinquième minute il y avait près de trois centimètres de diminution dans l'organe splénique. On traça une figure nouvelle avec le même crayon, afin de conserver les deux images de la rate obtenues, l'une avant, l'autre après la diminution. On se servit du procédé précédent, et les dessins furent parfaitement conformes à ceux qui avaient été tracés sur le corps même du malade.

L'utilité de ce procédé, pour constater l'état de la rate et pour juger des phases de sa diminution, ressort assez manifestement de cette seule observation. Cette utilité ne se bornera certainement pas là ; il est aisé de concevoir d'avance à combien de cas différents ou en pourra faire l'applications. Il nous suffira d'en indiquer quelques-uns :

1° Pour la plessimétrie du cœur (1), du foie, des reins, de l'utérus, des épanchements pleurétiques, etc., elle aura des avantages extrêmes ; elle permettra, par la conservation de l'image primitivement obtenue, de juger d'une manière précise des changements survenus dans le volume, dans la forme ou la contenance des organes, et cela à plusieurs jours, à plusieurs mois de distance. De là les moyens de juger des progrès du mal et de l'action des médicaments.

2° Pour l'inspection et la palpation, elle fournira les moyens de conserver un dessin exact de la circonscription de phlegmasies diverses, de douleurs cutanées, d'ulcérations, de tumeurs, etc., de sorte qu'il est peu d'affections chirurgicales où cette organographie ne soit utile.

3° Pour l'orthopédie, elle servira, comme cela a déjà eu lieu pour une malade que j'ai vue récemment, à recueillir le dessin plessimétrique exact de la colonne vertébrale. Ce dessin servira de terme de comparaison pour apprécier les changements en bien comme en mal, qui plus tard pourront survenir dans la direction de l'épine.

4° Dans une foule de cas, ce moyen pourra servir à conserver un dessin, grossier sans doute, mais exact, des faits d'anatomie en rapport avec les organes sains et malades qu'on jugerait utile de conserver.

5° Enfin, le chirurgien, dans la délimitation des tumeurs de diverses sortes, en marche croissante ou rétrograde, et dans beaucoup d'autres cas, pourrait tirer le plus grand parti de la dermographie reproduite sur le papier.

6° Des médecins qui ne sauront pas dessiner pourront conserver l'image de certains états organiques dont la configuration aura pu être tracée par l'inspection, la palpation ou la percussion. Rien ne leur sera plus facile que d'envoyer à des consultants éloignés la figure des lésions reproduites par ce procédé, qui, perfectionné, pourrait être utilisé dans certaines publications scientifiques.

Il résulte de tout ceci que le fait si vulgaire, si simple de la reproduction du dessin linéaire des organes sur la peau, au moyen de l'impression des traces du crayon dermographique de M. Pyrlas sur le papier, est un fait fécond en applications utiles et pratiques, tant il est vrai, encore une fois, qu'en médecine, rien ne doit être négligé, et que les choses les plus simples fécondées par l'observation clinique, sont souvent d'une grande utilité, alors qu'elles sont convenablement appliquées.

Je propose de donner à ce procédé le nom d'*organotypie*.

(1) Nous avons déjà signalé un cas d'application de ce genre dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 117 de cette année.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 16 octobre 1844.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Lenoir met sous les yeux de la Société l'atlas d'accouchement de Busch ; il y montre le dessin d'une pince à trois branches qui sert à dilater le col de l'utérus dans l'opération de l'accouchement prématuré artificiel. Cette pince lui paraît offrir une grande analogie avec le dilatateur présenté par M. Huguier dans la précédente séance, et la Société semble partager cet avis ; toutefois, M. Huguier fait ressortir quelques différences qui existent dans le mécanisme de ces deux instruments. Celui de Busch est destiné à dilater le col de l'utérus seulement dans l'étendue nécessaire pour y introduire un morceau d'éponge préparé à l'effet de provoquer et de faciliter l'accouchement prématuré artificiel ; c'est ce dont on peut s'assurer par la courte note explicative que l'auteur donne sur la manière de se servir de sa pince, qu'il ne décrit pas ; tandis qu'au contraire, les dilatateurs que M. Huguier a montrés doivent servir au diagnostic et au traitement des maladies de l'utérus. Il fait observer que l'instrument de Busch n'est qu'une longue pince à pansement légèrement courbe, et à laquelle on a ajouté une troisième branche qui se meut par bascule. Il reproche à cet instrument les inconvénients suivants : Si on voulait s'en servir dans les circonstances où il emploie les siens : 1° d'offrir, par son extrémité utérine, lorsque les branches sont écartées, un coin dont la base regarde la cavité de l'utérus et le sommet, le point de jonction des branches, de telle sorte que l'instrument pénètre alors plus profondément dans l'intérieur de l'utérus qu'il n'est convenable, ou que cet organe lui-même s'avance sur l'instrument en glissant sur ses branches jusque vers le point de leur union, cas dans lequel le col cesse d'être dilaté.

2° Si par hasard, les rapports de position que le chirurgien a établis entre l'organe et les branches du dilatateur restent les mêmes, ces dernières agissent principalement sur l'utérus par leur sommet, où se trouve leur plus grand degré d'écartement, et l'extrémité des branches contond alors fortement le seul point sur lequel elle agit. Elle peut même pénétrer dans la substance du col.

M. Huguier dit qu'il a plusieurs fois eu occasion d'observer ces inconvénients dans le commencement de sa pratique à l'hôpital de Lourcine, quand il dilatait le col avec une longue pince à pansement.

3° La poignée de l'instrument de Busch se termine par deux anneaux, de telle façon que l'écartement des branches de l'extrémité utérine ne peut être obtenu que par l'action de la main qui peut suffire dans le cas particulier auquel l'auteur l'applique, celui où le col est affaibli et aminci par la grossesse, mais qui le plus souvent ne suffit pas dans le cas de maladie de l'utérus.

4° La force qu'on emploie ne peut pas être graduée, pas plus que le degré d'écartement maintenu. Si cette force était trop grande et que la substance utérine vînt à se déchirer tout à coup, on pourrait avoir une solution de continuité qui dépasserait les limites de l'insertion du vagin et de l'épaisseur du col, ce qui pourrait amener des accidents formidables.

5° Enfin, la dilatation ne peut être que de quelques instants, étant opérée par l'action de la main sur l'extrémité vulvaire du dilatateur, à moins de la remplacer par un lac dont on comprend de suite tous les inconvénients.

— *M. Robert*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Laugier et Vidal (de Cassis), lit un raport sur un travail de M. Chassaignac ayant pour titre : *Sur les résections articulaires*. M. Chassaignac dans ce travail propose dans la désarticulation temporo-maxillaire, de couper l'apophyse coronoïde à sa base avec la pince de Liston et d'enlever la portion restante de cette apophyse seulement quand on a procédé à la désarticulation du condyle. Il fonde ce précepte sur ce que, d'après lui, la section de l'insertion coronoïdienne du muscle temporal est le temps le plus difficile de l'opération, et sur ce que, chez quelques sujets, ces difficultés naturelles sont notablement accrues par une longueur démesurée de l'apophyse coronoïde, laquelle est profondément placée dans la fosse zigomato temporale et rend le tendon du muscle crotaphite difficilement accessible soit au bistouri, soit aux ciseaux.

Dans une seconde partie du même travail, M. Chassaignac décrit diverses modifications aux procédés de résection généralement employés pour enlever les extrémités articulaires des os. Deux principes lui servent invariablement de guide dans les opérations de ce genre. 1° En ce qui touche l'incision des parties molles qui recouvrent les os, il se contente d'une incision unique le plus souvent rectiligne et dans quelques cas seulement curviligne ; 2° en ce qui touche le reste de l'opération, il fait précéder la désarticulation par la section de l'os qu'il veut enlever, et pour opérer cette section il emploie toujours la scie à chaîne, qu'il conduit sous l'os à l'aide de l'aiguille à anévrisme d'Astley Cooper ; enfin pour faciliter l'extraction de l'os réséqué, il adopte l'usage du tire-fond déjà conseillé dans les opérations de ce genre par notre collègue M. Vidal (de Cassis). La commission déclare ne pas partager l'opinion de M. Chassaignac sur la nécessité de couper l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur dans la désarticulation de cet os. Elle fonde son opinion sur ce fait anatomique, que dans la grande majorité des cas le sommet de l'apophyse coronoïde se trouve à peu près de niveau avec le condyle ou même un peu au dessous de lui, et répond au bord inférieur de l'arcade zigomatique ; de sorte que quand la mâchoire inférieure est abaissée, ce sommet devient parfaitement apparent, et peut être facilement dépassé par le bistouri ou par les ciseaux avec lesquels on doit couper les fibres tendineuses du muscle temporal qui s'y insèrent ; que dans quelques cas, il est vrai, l'apophyse coronoïde étant plus longue qu'à l'état normal, la résection et la désarticulation du maxillaire inférieur pourraient offrir des difficultés sérieuses ; mais ces cas sont peu communs ; car le rapporteur de la commission qui a fait l'examen de 300 têtes à ce point de vue, n'a rencontré sur ce nombre que trois maxillaires sur lesquels l'apophyse coronoïde excédait le niveau du condyle ; sur une, d'un centimètre et demi, et sur les deux autres d'un centimètre environ. La commission pense donc que ces anomalies sont trop rares pour motiver un changement dans le procédé opératoire généralement adopté.

Quant à la seconde partie du mémoire de M. Chassaignac, la commission, tout en approuvant sa manière de sectionner et d'extraire l'os, fait quelques objections à la forme et à la direction de l'incision verticale qu'il conseille de pratiquer dans la résection de la tête humérale et dans celle de l'articulation huméro-cubitale. Elle reproche à la première de ne pas permettre à l'opérateur d'apprécier toute l'étendue de la maladie de l'os qu'il veut réséquer, et de l'exposer à en retrancher trop ou trop peu. Elle reproche à la seconde d'être faite du côté externe du membre et par conséquent de rendre difficile l'isolement du nerf cubital qui se trouve dans le fond de la plaie ; enfin la commission, quoique n'approuvant pas d'une manière générale les principes adoptés par M. Chassaignac, applaudit à son zèle et propose de renvoyer son travail au comité de publication.

M. Chassaignac demande la parole pour répondre aux objections présentées par le rapporteur de la commission.

Si dans la désarticulation du maxillaire inférieur il a donné le conseil de couper l'apophyse coronoïde avec la cisaille, c'est moins à cause de quelques cas d'anomalie par excès de longueur de cette apophyse, qui se sont offerts à son observation, qu'à cause de ce fait à l'égard duquel il en appelle à la pratique de tous les chirurgiens qui ont opéré la désarticulation de la mâchoire inférieure. A savoir, que le temps le plus laborieux de cette opération est la section du muscle temporal près de son insertion coronoïdienne. Quand on a dit qu'en abaissant le corps de la mâchoire préalablement coupé sur un point de sa longueur on facilite l'abaissement de l'apophyse coronoïde et consécutivement la section du tendon qui s'y attache, on a oublié que sur le vivant la contraction énergique du muscle temporal est un obstacle à cet abaissement, et que si au lieu de laisser l'apophyse coronoïde dans sa direction verticale on l'incise plus ou moins obliquement en l'abaissant, loin de diminuer la difficulté de la section du tendon, on l'augmente. En résumé, l'usage de la cisaille abrége l'opération ; dans les cas ordinaires et dans les autres cas, seul, il la rend possible.

Quant aux autres procédés de résection qu'il a décrits, M. Chassaignac reconnaît qu'ils ne sauraient s'appliquer à tous les cas ; que le tire-fond ne pourrait guère être implanté dans des os fracassés par un projectile, ou corrodés par la carie, et que quand on veut désarticuler l'os avant de le scier, les procédés dans lesquels on découvre l'article au moyen d'un lambeau sont préférables à ceux dans lesquels on se borne à faire une simple incision longitudinale.

Il ajoute que dans la résection du coude, ce n'est pas directement en dehors qu'il fait la seule incision à l'aide de laquelle il découvre l'article, mais bien en dehors et un peu en arrière, et que de cette manière il évite à la fois le nerf radial et le nerf cubital. Enfin, dans la résection des os du poignet, il maintient que la désarticulation du radius sans section préalable de cet os, ajoute aux difficultés de l'opération, qui est une des plus laborieuses de la chirurgie.

M. Bérard dit qu'à l'époque du concours pour la chaire de médecine opératoire, il a pratiqué sur le cadavre plusieurs des procédés de résection décrits par M. Chassaignac ; seulement, au lieu de tire-fond, il se servait de la pince à bec à Corbin pour fixer les os réséqué.

Il a employé sur le vivant la même manœuvre dans un cas où il eût à enlever l'extrémité inférieure du cubitus.

M. Lenoir croit qu'en coupant l'os préalablement à sa désarticulation, dans une résection comme celle de la tête de l'humérus ou du fémur, on se crée des obstacles et des difficultés ; car une fois l'extrémité articulaire séparée de la diaphyse, il faut implanter le tire-fond dans son intérieur ; or on doit trouver de la difficulté à fixer cet instrument dans une portion d'os qui est mobile, et qui ne tient plus à l'organisme que par quelques liens fibreux.

Pour lui, il a pratiqué sur le vivant la résection de la tête humérale, en découvrant l'articulation à l'aide d'un lambeau supérieur dont la base répondrait à la fossette sous-acromiale, et il n'a trouvé aucune difficulté à faire saillir la tête de l'os du bras, et à la détacher du reste de l'articulation et de la diaphyse de l'humérus au dessous des limites du mal. Ce procédé, selon lui, permet de voir clair dans toute l'étendue et dans le fond même de l'articulation, et de se prêter à l'extirpation de la voûte acromio-claviculaire comme à celle de la cavité glénoïde, si l'altération de ces parties l'exige.

Il n'est pas partisan des résections articulaires dans lesquelles on enlève l'article sans l'ouvrir. Il croit qu'on se prive ainsi de l'avantage d'examiner les surfaces articulaires et de connaître jusqu'à quel point elles sont altérées.

M. Denonvilliers croit que les modifications apportées par M. Chassaignac aux procédés de résections ordinaires, ne devront recevoir que de rares applications en pratique ; il rejette formellement les incisions simples comme exposant à des difficultés, et allant contre le principe adopté par Dupuytren dans le Manuel de toute résection, « se donner beaucoup de jour par des incisions larges et multiples. » Il les rejette enfin, parce que à leur suite il y a des inflammations érysipélateuse, des clapiers et des foyers de pus qui exigent des contre-ouvertures et qui exposent à la résorption purulente.

M. Monod ne peut partager l'opinion de M. Denonvilliers sur les accidents qu'il attribue aux incisions simples et peu étendues des tumeurs lipomateuses qu'il a citées à l'appui de son opinion. Il croit, au contraire, que dans ces opérations il faut faire de petites incisions et réunir par première intention. Il a fait ainsi déjà plusieurs fois et avec succès.

M. Robert résume la discussion, et soutient les conclusions qu'il a émises dans son rapport.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Sur la demande de plusieurs membres, le rapport de M. Robert sera aussi renvoyé au comité de publication.

M. Nélaton met sous les yeux de la Société une tumeur du maxillaire inférieur qu'il a enlevée.

Il en donnera l'observation dans la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 130. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance de rentrée. — Fin du discours de M. Bouillaud.

Eh bien, Messieurs ! que pensez-vous de cette page ? ne contient-elle pas en substance tout ce qu'on a dit depuis en faveur de la *localisation* des maladies ? N'avons-nous pas sous les yeux le programme, j'ai presque dit le manifeste d'une école anatomico-physiologique ou oganique ? Bichat n'est-il pas enfin l'annonciateur de Broussais, comme il avait été lui-même le successeur naturel et l'héritier direct de Morgagni ?

Oui, Messieurs, si j'ai un peu longuement insisté sur les travaux de Bichat, c'est que réellement, comme la médecine ancienne remonte de siècle en siècle à celle du divin vieillard, du divin Hippocrate, de même, dans les âges futurs, on dira peut-être que la médecine moderne est en quelque sorte la fille légitime du divin jeune-homme, du divin Bichat. Peut-on se lasser, d'ailleurs, de parler et d'entendre parler de celui qui, dans sa marche rapide comme le vol de l'aigle, parcourt en quelques années la vaste étendue des champs de la médecine, laissant partout sur ses traces de longs éclairs de génie, et, Alexandre d'un nouveau genre, faisant en quelque sorte la conquête de tout un monde scientifique avant d'avoir accompli sa trente-deuxième année ? On n'a donc fait que rendre un juste hommage à sa mémoire, en lui élevant récemment dans son pays natal une statue, pour l'inauguration de laquelle eut lieu, vous le savez, une cérémonie solennelle, où notre Faculté fut représentée d'une manière si digne d'elle à la fois et de Bichat lui-même, par notre éloquent collègue, M. Hippolyte Royer-Collard, qu'à notre profond regret retient aujourd'hui loin de nous une maladie dont les symptômes, il nous est bien doux de pouvoir vous l'annoncer, ont heureusement et sensiblement diminué depuis quelques jours.

C'est donc avec justice encore que l'image de Bichat, expirant au milieu de ses élèves sur le champ de bataille de la science, comme l'écrivait Corvisart au premier consul, a trouvé une place modeste sur ce fronton dont un sculpteur national orna de nos jours le frontispice du temple, qui porte pour inscription :

Aux grands hommes la patrie reconnaissante!

Il n'appartenait qu'à vous, Messieurs, de mettre le comble aux hommages dont la mémoire de Bichat a été honorée, et de lui rendre un hommage peut-être plus cher et plus touchant encore que tous les autres. Vous l'avez fait en redoublant vos pieuses démarches pour obtenir de l'autorité que les restes, j'ai presque dit les reliques du grand physiologiste, perdus en quelque sorte dans un coin écarté du cimetierre Clamart, fussent transférées ailleurs et reposassent enfin sous un tombeau plus digne d'elles. Mais poursuivons notre sujet.

Parmi ceux qui, dans les seize premières années de ce siècle, contribuèrent le plus puissamment aux progrès de l'école de Bichat, brillent au premier rang les Prost, les Dupuytren, les Corvisart, les Broussais, les Laënnec, et quelques autres. Marandel, dans son *Essai sur les irritations*; M. le professeur Cruveilhier, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique*, nous ont fait connaître les travaux de Dupuytren en anatomie et en physiologie pathologiques, travaux *dont les grands résultats*, d'après les termes textuels de Marandel, « permettraient d'établir la coordination des affections morbides sur des considérations puisées dans la *saine physiologie*, l'observation clinique et l'étude des effets de ces affections morbides, constatés par l'ouverture des cadavres. » On sait que celui dont les premiers travaux annonçaient pour l'avenir un *médecin physiologiste* du premier ordre, devait plus tard s'emparer du sceptre de la chirurgie pour le porter d'une main un peu despotique peut-être, mais avec une dignité si imposante, j'ai presque dit majestueuse. Dans son *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*, Corvisart, cet oracle de la clinique medicale, qu'il eut la gloire d'enseigner le premier dans nos écoles françaises, Corvisart, dont on ne saurait trop répéter le nom dans cette enceinte, surtout dans cette solennité consacrée à la distribution de prix dont l'un a été fondé par lui, Corvisart, dis-je, marchant du pied le plus assuré dans la nouvelle carrière ouverte à la médecine, veut que « l'anatomie et la physiologie soient comme les flambeaux du praticien. Il attribue les faux diagnostics qu'il a, dit-il, vu tant de fois émettre au lit des malades, à ce que les médecins qui les émettaient manquaient de connaissances anatomiques et surtout de connaissances physiologiques. Il émet l'idée d'un ouvrage complémentaire de celui de Morgagni, et qui aurait pour titre : *De sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigatis, et per anatomen confirmatis*. Bel ouvrage, en effet, qui, satisfaisant aux conditions posées par Bichat, aurait, sous le rapport du diagnostic, donné à la médecine le « droit d'être associée aux sciences exactes, » mais dont l'idée était un peu prématurée. Poursuivant ses considérations sur la nécessité de rattacher la médecine à l'anatomie et à la physiologie, et comparant le corps humain à une machine, Corvisart dit, en termes formels, que les dérangements des parties constituantes des organes *vivants* sont les analogues de ceux qui surviennent dans les rouages d'une machine, et que ces dérangements, dans une machine comme dans le corps humain, sont de « véritables maladies organiques. »

Ne quittons pas Corvisart sans rappeler, en passant, un de ses titres les plus précieux à la reconnaissance de tous les amis de la médecine exacte. Qui ne sait, en effet, qu'avant lui, le *Novum inventum*, d'Avenbrugger, c'est-à-dire l'importante méthode de la percussion, avait à peine fixé l'attention des médecins? En popularisant cette méthode, Corvisart la découvrit, pour ainsi parler, une seconde fois, ou du moins s'associa réellement à la gloire de son inventeur, laissant toutefois à d'autres le soin d'en perfectionner le procédé, et d'étendre le champ de son application.

Laënnec s'était déjà rendu célèbre en anatomie pathologique, lorsque par son immortelle découverte de l'auscultation, et par la publication de son *Traité sur les maladies des poumons et du cœur*, il remplit en quelque sorte le monde médical du bruit de son nom, et rivalisa de gloire et de renommée avec Broussais, son illustre compatriote.

Admirez ici, Messieurs, un nouvel exemple des bizarres contradictions de l'esprit humain. Comme Morgagni, comme Bichat, comme Dupuytren, comme Corvisart, Laënnec est une des lumières de la *médecine anatomique, organique, physiologique*. Qu'importe le nom? Il proclame que, « privée du flambeau du diagnostic et de l'anatomie-pathologique, cette première partie de la médecine, la thérapeutique serait une sorte de combat dans lequel, en poursuivant les yeux fermés et d'un glaive incertain, des *êtres de raison*, c'est-à-dire des fictions de l'imagination, le médecin blesserait la vie plus souvent que la maladie (1). » Cependant Laënnec finit par se poser en adversaire irréconciliable de Broussais, ce véritable chef de la médecine dont le but principal est de donner un corps aux maladies, de les *incarner pour ainsi dire;* cet implacable ennemi des médecins qui, comme le dit Laënnec, poursuivent des *êtres de raison*, des *ontologistes* enfin, puisqu'il faut les appeler par leur nom, tant il est vrai que pour avoir du génie, on n'en est pas moins homme.

Déjà, long-temps avant d'opérer la grande réforme dont nous aurons à parler bientôt, Broussais avait élevé un précieux monument à la médecine organique ou physiologique, par la publication de son *Histoire des phlegmasies chroniques*, et, chose bien digne de remarque ! c'est qu'à cette époque (1808), c'est-à-dire quatre ans après la publication d'un ouvrage de Prost que nous allons vous signaler tout à l'heure, Broussais, dans une note curieuse, s'inscrivait pour ainsi dire en faux contre cet auteur au sujet du rôle qu'il faisait jouer aux phlegmasies du tube digestif dans la production des maladies décrites par Pinel sous le nom de fièvres essentielles.

Dès 1804, en effet, dans un livre presque mort-né, intitulé : *La médecine éclairée par l'ouverture des corps*, prenant pour épigraphe une phrase de l'auteur de l'*Anatomie générale*, comme pour annoncer tout d'abord l'école à laquelle il appartenait, Prost proclame les doctrines suivantes, assurément aussi neuves que hardies pour son époque : « Les membranes muqueuses des intestins m'ont paru mériter » une très grande attention, et j'ai constamment observé celles de tous » les organes de la digestion avec une application extrême ; ce travail » est horriblement dégoûtant, mais il donnera un jour des fondements » inébranlables à la médecine. J'ai fait l'ouverture de plus de deux » cents cadavres de personnes mortes dans le cours de fièvres ataxi» ques, et j'ai constamment observé l'inflammation de la membrane » interne des intestins. » Prost ne se borne pas à une assertion sans preuves ; il rapporte dans son ouvrage vingt-et-un cas de fièvres ataxiques, ataxo-adynamiques, gastro-ataxiques, etc., dans lesquelles il fait la mention la plus expresse, la description des ulcérations et autres altérations fondamentales qui, dans ces derniers temps, ont été en pareil cas constatées par tous les bons observateurs.

Voilà, messieurs, ce qu'a dit, ce qu'a fait un médecin dont le nom est resté presque entièrement ignoré.

Ne serait-il pas temps, et ne serait-il pas digne de nous de lui élever enfin un tardif et modeste monument ?

Cependant, malgré les progrès incessants des travaux propres à faire triomphèr le système de la localisation des fièvres, la nosographie philosophique poursuivait le cours de ses éditions ; et son vénérable auteur retenait encore sur son front vieillissant, la couronne classique. Mais la fin de son règne n'est pas éloignée ; que dis-je ? elle est venue ; car voici l'année dix-huit cent seize qui commence.

Déjà, messieurs, n'entendez-vous pas tonner la redoutable voix de l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* ? Broussais se lève ; il agite le glaive étincelant de sa logique inexorable, prépare les traits aigus de sa mordante polémique et fulmine enfin ce livre hardi à jamais fameux connu sous le nom d'*Examen des doctrines*. Dès lors une véritable révolution éclate au sein du monde médical, et c'en est fait, sous le rapport pyrétologique surtout, de la doctrine la plus généralement adoptée. Le système de Broussais est trop généralement connu pour qu'il ne me suffise pas ici de le rappeler. Pour moi, soit pendant la vie, soit après la mort de son illustre auteur, et naguère encore quand fut inaugurée la statue si justement élevée en son honneur, je me suis trop explicitement prononcé sur ce système pour que toute nouvelle profession de foi de ma part ne soit pas au moins superflue. Je me contenterai donc d'ajouter que, parmi les services réels rendus à la médecine par Broussais, trois sont d'une importance tout à fait capitale. En premier lieu, et sous ce rapport Broussais est bien le vrai continuateur de Bichat, il a rallié sans retour la médecine à l'anatomie et à la physiologie, proclamant, plus hautement encore qu'on ne l'avait fait avant lui, la nécessité de localiser les maladies, c'est-à-dire d'étudier les *organes souffrants*. Oui, sans doute, nous nous plaisons à le répéter, Bichat, avant Broussais, avait posé les grands principes de la médecine organique ou physiologique. Oui, sans contredit, d'après ce qui précède, cette médecine n'était pas née d'hier, et comptait en quelque sorte de nombreux quartiers de noblesse, lorsque Broussais, la proclamant de nouveau, lui donna son nom et la consacra pour ainsi dire par un nouveau baptême. Mais avouons franchement que c'est seulement alors qu'elle s'éleva jusqu'au rang suprême, se fit en quelque sorte reconnaître du monde médical tout entier et régna d'une manière souveraine.

En second lieu, et c'est là certainement une des plus magnifiques applications du principe de localisation, Broussais, plus heureux, c'est-à-dire d'un plus puissant génie que quelques-uns de ses prédécesseurs, détruisit sans retour le dogme erroné de l'essentialité des fièvres continues et le système nosologique auquel il servait de base.

En troisième lieu, l'auteur de l'*Examen* répandit de nouvelles lumières sur la classe des lésions ou des maladies appelées *organiques*, en démontrant clairement qu'un grand nombre d'entre elles remontaient en première origine à des inflammations prolongées.

Voilà, Messieurs, de beaux titres de gloire, ce n'est pas à dire pour cela qu'il n'y ait rien à reprendre dans l'école de Broussais ; mais quel est l'homme, quelque supérieur et quelque étendu que soit le génie dont la nature l'a doué, qui ne *sommeille* pas, ne s'égare pas quelquefois et ne laisse rien à faire à ceux qui le suivront ?

Cette réflexion me conduit naturellement à la partie la plus épineuse et la plus délicate de ce discours, c'est-à-dire à l'exposition rapide des progrès nouveaux que la médecine n'a cessé de faire depuis la révolution broussaisienne, c'est-à-dire sous les auspices de notre propre génération. Ne croyez pas, en effet, Messieurs, comme quelques-uns affectent de le répéter, ne croyez pas que depuis le règne de Broussais le feu sacré se soit éteint et que le monde médical soit pour ainsi dire resté immobile. Non, Messieurs ; non. Une telle immobilité est incompatible avec les lois suprêmes qui régissent l'évolution de l'esprit humain. Peut-être pourrait-on affirmer que depuis vingt ans, favorisée par d'heureuses circonstances, la médecine a parcouru plus d'espace dans la véritable route du progrès qu'elle ne l'avait encore jamais fait dans le même laps de temps. Les conquêtes dont elle s'est enrichie ont eu lieu dans tous les éléments dont elle se compose. Les principes de sa philosophie et ses théories fondamentales ont été plus nettement formulés ; elle en a fini avec une foule de questions purement systématologiques. Quant au solidisme, à l'humorisme et au vitalisme, qui s'étaient disputé pendant de longs siècles l'empire exclusif de la médecine, ils ont reconnu leurs droits respectifs et, signant en quelque sorte un traité de paix, se sont unis par les nœuds de la plus *éclectique* fraternité.

Les méthodes d'observation et d'expérimentation médicale déjà connues se sont étendues et perfectionnées; de nouvelles méthodes exactes, empruntées aux sciences physico-chimiques et mathématiques (emploi des instruments de physique, tels que le thermomètre, le microscope, etc., l'usage des réactifs chimiques, etc., etc.) ont été appliquées avec un succès des plus encourageants, et qui promet pour l'avenir des résultats de la plus haute valeur.

Marchant à la lueur de toutes ces méthodes réunies, et surtout à la clarté si vive des méthodes exactes proprement dites, la médecine récente a recueilli de nouveaux faits particuliers sur presque toutes les maladies déjà connues, en même temps qu'elle en a découvert bon nombre d'autres plus ou moins importantes, soit générales, soit locales, soit des solides, soit des liquides.

C'est après avoir à la fois compté et bien pesé, bien distingué, bien catégorisé ces faits particuliers, cette véritable matière première de la science, que, conformément au précepte de Bacon, la génération nouvelle essaie, à son tour, la reconstruction de l'édifice médical en commençant par ses plus intimes fondements : « *Instauratio facienda est ab imis fundamentis.* »

Comparez, je vous prie, messieurs, les ouvrages qui, dans la période que nous parcourons, ont paru, soit sur les maladies des appareils généraux, tels que le système nerveux (cerveau, moelle épinière et nerfs), les systèmes sanguin et lymphatique (cœur, artères, veines, ganglions et vaisseaux lymphatiques), soit sur les maladies des organes ou appareils spéciaux, tels que les poumons, le canal digestif, les reins et leurs dépendances, l'utérus, la rate, etc. ; et n'oubliez par les travaux qui, dans ces ouvrages, ont plus directement trait aux lésions des liquides, celles du sang et des urines plus particulièrement) ; comparez, je le répète, ces ouvrages avec ceux qui avaient été publiés auparavant sur les mêmes matières, et dites-nous, de bonne-foi, avec franchise, s'ils n'ont rien ajouté à ce que contenaient ces derniers ; dites-nous, enfin, si le diagnostic des maladies n'a fait aucun progrès, ou si, au contraire, les progrès qu'il a faits, surajoutés à ceux de nos devanciers, ne permettraient pas de tenter l'exécution de l'ouvrage dont Corvisart avait conçu l'idée (1), et n'auraient pas, par conséquent, conquis à la médecine, comme le souhaitait et l'avait annoncé Bichat, le droit si précieux d'être associée aux sciences exactes.

Quoi qu'il en soit, messieurs, je me borne au rôle d'historien, et je vous renvoie, comme à des juges naturels, la décision de la grande affaire dont la complète instruction réclamerait, je l'avoue, de plus amples développements.

Il resterait, messieurs, une autre question bien grave à juger ; car la médecine ne se compose pas seulement de la connaissance ou du diagnostic proprement dit des maladies, elle comprend aussi leur traitement ; il resterait donc à prononcer si les travaux récents n'ont pas été complétement perdus sous ce nouveau point de vue de la médecine. Pour vous mettre à même de porter ce nouveau jugement en toute connaissance de cause, il me faudrait donner à ce discours des dimensions qu'il ne comporte pas. D'ailleurs, messieurs, aucun de vous ne voudrait se procurer cette satisfaction, peu chrétienne en vérité, de me voir marcher sur les brûlantes cendres que mes pieds rencontreraient presque à chaque pas dans la carrière relative aux diverses méthodes et formules thérapeutiques qui, depuis une douzaine d'années, se partagent, ou plutôt se disputent, les suffrages des praticiens. Je n'apprendrais rien de nouveau à une partie d'entre vous ; et quant à l'autre partie, ce n'est point ici, mais au lit des malades, qu'elle doit faire son laborieux et dur apprentissage en matière de traitement des maladies.

Ceux d'entre vous qui me connaissent ne me refuseront pas, j'ose le croire, cette justice, qu'au besoin, et dans une occasion convenable, nul sacrifice ne me coûterait pour concourir, selon mes faibles moyens, au triomphe de la vérité en matière du traitement des maladies comme en tout autre sujet de médecine. Qu'ils soient assez généreux pour se contenter aujourd'hui de cette déclaration de ma part, savoir : que sous le rapport du traitement des maladies comme sous les autres, la médecine n'est point restée stationnaire. D'ailleurs, personne plus que moi ne fait des vœux sincères pour que les méthodes thérapeutiques actuellement en discussion soient soumises à l'épreuve d'un examen sérieux, authentique, solennel.

Si, m'échappant maintenant par les diverses tangentes de mon sujet, je vous faisais assister, Messieurs, au spectacle des nouvelles découvertes dont se sont enrichies dans ces derniers temps, en France, la chirurgie, cette belle moitié de la science de l'homme malade, la médecine légale, ce précieux flambeau, dans une foule de cas, de la justice rendue par nos tribunaux, l'anatomie et la physiologie normales, ce double et large pivot sur lequel roule tout entier le vaste édifice des sciences médico-chirurgicales, la physique et la chimie, véritables *sciences-mères* dans le sein fécond desquelles tant d'autres sciences, la médecine en particulier, viennent en quelque sorte puiser leur premier aliment ; si je faisais, en un mot, le long inventaire de

---

(1) « Prima enim pars medicinæ, » dit Laënnec dans la dédicace de son ouvrage, « diagnosis et anatomiæ pathologicæ peritia, quibus ablatis therapeia andabatarum pugna foret, medicusque, oculis clausis, » ancipiti gladio, ENTIA RATIONIS, PHANTASIÆ scilicet fictiones persequendo, vitam sæpius quam morbum lacesseret. »

(1) De sedibus et causis morborum per signa diagnostica indagatis, et per anatomen confirmatis.

toutes les richesses acquises par la France depuis un demi-siècle, dans les diverses carrières qu'il est donné à l'esprit humain de parcourir, pour les comparer ensuite avec celles acquises, durant le même temps, par toute autre nation; après avoir mûrement pesé, balancé, confronté, calculé tous les éléments de cette comparaison, vous resteriez fermement convaincus, Messieurs, que, tout bien considéré, et, autant que faire se peut, le sentiment d'orgueil national étant mis de côté, dans cette sorte de grande exposition des innombrables produits de l'intelligence humaine le premier prix doit être décerné à notre belle patrie. Gloire donc à cette nation civilisatrice! Que son astre répandant autour de lui les flots d'une lumière de plus en plus vivifiante, continue longtemps à féconder en tous lieux les semences de la vérité en toutes choses, et à concourir au triomphe de la liberté, de l'ordre et du droit, ces trois saintes puissances, de qui, après Dieu, *relèvent* aussi *tous les empires!*

Mais en marchant la première, et en quelque sorte la reine des nations, dans la carrière pacifique des sciences, des lettres et des beaux-arts, la France n'a point oublié ses anciennes vertus guerrières. Et si, ce qu'à Dieu ne plaise! les destins la ramenaient sur les champs de bataille, elle a montré tout récemment encore qu'elle saurait conserver l'incontestable suprématie que des victoires séculaires lui ont méritée dans cette autre carrière.

Pour vous, Messieurs, si, par impossible, des circonstances impérieuses, telles que, par exemple, une grave atteinte portée à l'indépendance, aux libertés, à la dignité et, j'oserai le dire, à la majesté de la *grande nation*, faisaient revenir, hélas! les temps des grandes guerres, fidèles à l'une des inscriptions que nous lisons sur les murs de cet amphithéâtre, tous, tant que vous êtes, vous vous disputeriez, j'en suis sûr, la périlleuse mais noble mission d'aller, sous le feu même de l'ennemi, *étancher le sang consacré à la défense de la patrie.* Et quelque jour, sans doute, nous verrions avec orgueil surgir au milieu de vous de nouveaux Desgenettes et de nouveaux Larrey, Larrey auquel était réservé l'immortel honneur de figurer sur le testament du Prométhée de Sainte-Hélène, Larrey que Napoléon proclama le plus honnête homme qu'il eût connu, Larrey, ce moderne Ambroise Paré, dont la statue méritée ne tardera pas à s'élever dans l'enceinte de ce Val-de-Grâce où siége déjà celle de Broussais.

Encore quelques instants, Messieurs, de votre patiente attention, et nous aurons fini. Vous savez que la Charte, née de la glorieuse révolution de Juillet, avait promis une loi sur la liberté de l'enseignement. Déjà, depuis plusieurs années, cette promesse a été heureusement remplie à l'égard de l'enseignement primaire; en ce moment, une loi sur l'instruction secondaire est soumise aux délibérations des Chambres. Cette importante loi terminée, et l'enseignement secondaire, comme l'enseignement primaire, ayant obtenu ce qui lui avait été promis, puisse le tour de l'enseignement et de l'exercice de la médecine être enfin arrivé! En effet, une nouvelle loi organique sur cette grave partie de l'enseignement supérieur est de plus en plus impatiemment attendue. Espérons qu'elle soulèvera moins d'orageuses discussions que la loi sur l'instruction secondaire, laquelle, ranimant, redoublant pour ainsi dire l'ardeur des adversaires de l'université, a été attaquée avec une violence, bien faite pour perdre la cause de ceux qui ne craignent pas d'y recourir, en supposant même que cette cause fût moins mauvaise qu'elle ne l'est en effet. Que l'Université, notre mère intellectuelle commune, cette autre Minerve qui sortit tout armée du front organisateur du Jupiter impérial; que l'Université, dis-je, ne s'inquiète ni ne s'effraie d'une guerre injuste déclarée, j'en conviens, au nom sacré de la liberté, mais dont le but réel est le triomphe de principes et de doctrines incompatibles avec la véritable liberté, incompatibles, en d'autres termes, avec les doctrines, les principes, les institutions libérales que nos grandes révolutions de 89 et de 1830 ont fait prévaloir, et qui, désormais consacrés par nos mœurs non moins que par nos lois, sont heureusement à l'épreuve de toutes les attaques.

Que, tout en profitant des lumières que l'expérience, cette maîtresse souveraine ici comme en tant d'autres choses, a fait jaillir sur les diverses questions relatives à l'enseignement, les nouvelles lois organiques dont cet enseignement est l'objet soient formulées conformément à l'esprit des institutions fondamentales que je rappelais tout à l'heure, que l'Université triomphante, attentive à développer les sentiments élevés, nobles et généreux dans l'âme de ses disciples, elle leur enseigne ces grands devoirs dont la nature elle-même, de sa main divine, grava les principes au fond des cœurs bien-nés, en même temps qu'à l'aide des meilleures méthodes elle enrichira leur intelligence des trésors de l'instruction la plus pure et la plus variée, et l'Université restera longtemps debout sur ses fondements de plus en plus consolidés. Voilà, Messieurs, de quelle manière victorieuse l'Université doit répondre aux reproches de ses ennemis. Dans les courtes lignes que je viens de consacrer à des réflexions générales sur l'enseignement, j'aurais pu, suivant l'exemple qui nous est donné par plusieurs de nos adversaires, me servir d'expressions irritantes et de formes passionnées; mais outre que cela n'est pas dans mon caractère, tout, dans cette grave enceinte, dans ce sanctuaire d'une science qui s'honore d'être la véritable sœur de la philosophie, tout doit respirer le calme et la froide raison. D'ailleurs, la modération, on ne saurait trop le redire, est la compagne éternelle de la force comme de la justice, et la générosité sied bien aux vainqueurs. Par un aussi noble usage de la victoire, montrons jusqu'à quel point nous l'avons méritée.

Cela dit, je reviens à mon sujet particulier, savoir, la future loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine.

Je n'ai, Messieurs, ni le temps ni l'intention, quand bien même le lieu le comporterait mieux, d'approfondir des questions législatives, auxquelles se rattachent pourtant si étroitement les progrès ultérieurs de la médecine, et des intérêts d'une haute importance. Qu'il me soit seulement permis d'exprimer quelques-uns de mes vœux personnels en ce qui concerne les modifications dont nos institutions médicales pourront prochainement devenir l'objet.

Je voudrais qu'après avoir recueilli une ample moisson de connaissances aussi solides que variées dans des cours méthodiquement distribués, les élèves fussent soumis à des examens de plus en plus pratiques, et à un mode de réception qui ne laissât rien à désirer.

Je souhaiterais que, s'élevant sur des bases de plus en plus larges, et constitué d'après les principes les plus conformes au nouvel esprit qui préside aux doctrines et aux études médicales, l'enseignement clinique, la plus belle institution dont les écoles de médecine aient jamais fait la conquête, cette source aussi pure que féconde de toute instruction médicale positive, enseignement clinique hors duquel, en un mot, il ne pourrait se former de praticiens, fût complétement libre des obstacles que peuvent lui opposer, en certaines circonstances, des administrations autres que celles auxquelles sont soumises les écoles de médecine, administrations dont personne plus que moi n'est disposé à reconnaître, d'ailleurs, les services et les hautes lumières, mais dont la compétence en matière d'enseignement clinique n'est pas, on l'avouera, suffisamment démontrée.

A côté, et pour ainsi dire à l'ombre de l'enseignement public ou officiel, se déploierait dans toute la mesure de liberté qui lui est due, l'enseignement particulier. Les agrégés obtiendraient une position meilleure et plus digne de leurs fonctions élevées.

Il n'existerait plus désormais qu'un seul ordre de médecins. En effet, l'institution des officiers de santé, jadis utile, indispensable même, a fait, à mon avis, son temps. Que si, contrairement à cet avis, la classe de médecins dont je viens de parler était encore maintenue jusqu'à nouvel ordre, il serait urgent, du moins, d'apporter de profondes modifications dans les conditions de leurs études, de leur réception, de l'exercice de leur profession.

Une juste répression frapperait sur le charlatanisme et les nombreux abus qui infestent l'exercice de la médecine. Ainsi protégée par une législation en harmonie avec les besoins et les lumières de notre époque, la noble profession de médecin marcherait l'égale, que dis-je? la première de toutes les professions libérales.

Cependant, qu'en réprimant les abus réels, les délits qui portent une atteinte funeste à la dignité de notre profession, qu'en opposant enfin un frein nécessaire à la licence, la loi se garde bien de toucher à la liberté pour ainsi dire *normale* que réclament et l'enseignement et l'exercice de la médecine. Il ne faut jamais oublier, en effet, que le principe même de la liberté de l'esprit humain est, si l'on ose ainsi parler, de droit divin, et que le rôle des pouvoirs législatifs est de le respecter tout en traçant d'abord les justes limites dans le cercle desquelles ce droit peut s'exercer, puis en posant d'une main équitable les peines méritées par quiconque a franchi les limites fixées par le législateur.

Je n'ai pas besoin d'ajouter, je pense, que dans toute loi organique nouvelle sur l'enseignement de la médecine, devra être maintenue et en quelque sorte consacrée l'institution du concours, tant pour les chaires de professeurs que pour les places d'agrégés, à la condition seule de l'entourer de toutes les garanties voulues, et de ne lui refuser aucune des améliorations dont une expérience éclairée aurait démontré la nécessité.

Le concours, en effet, quand il s'agit de fonctions telles que celles de professeur, est évidemment le meilleur de tous les modes de nomination. Ce précieux instrument de justice, ce flambeau de la conscience des juges, le concours, est encore une des institutions libérales, malheureusement trop rares, que l'Empire nous avait léguées, la Restauration nous le ravit lorsque bien peu de temps encore s'était écoulé depuis que, sous ses auspices, Dupuytren venait de revêtir la robe professorale; Dupuytren, dont, comme vous le savez, l'enseignement a jeté un si grand éclat sur notre Faculté. Il faut donc convenir que le moment de supprimer une si précieuse institution n'avait été rien moins qu'heureusement choisi. Un des premiers actes du gouvernement de Juillet nous la rendit, elle nous sera désormais conservée. La nouvelle expérience que nous venons d'en faire dans le cours de la dernière année scolaire a trop plaidé en sa faveur pour qu'il n'en soit pas ainsi. Les épreuves du concours, à la suite desquelles un nouveau professeur de physique et de nouveaux agrégés viennent d'être admis au sein de la Faculté, ont, en effet, été si brillantes et si belles, que les juges n'éprouvèrent qu'un seul embarras, celui de choisir les plus dignes d'entre tant de compétiteurs vraiment dignes du prix disputé. Les travaux antérieurs du collègue, jeune encore, qui a triomphé dans le concours de physique médicale, non moins que ses solides épreuves, nous étaient un gage assuré de ses succès dans l'enseignement si fécond et si vaste dont il est chargé.

Cette assurance diminue les justes regrets que nous a fait éprouver la retraite prématurée de l'un de nos plus éloquents et de nos plus ingénieux collègues.

Enfin, me voici, messieurs, arrivé au terme d'un discours que j'aurais bien voulu rendre plus digne de vous et de cette solennité. Je ne vous retiens donc plus, jeunes lauréats, venez recevoir les prix que vous avez remportés, et, avec eux, le prix non moins flatteur des applaudissements de ce nombreux auditoire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT père.

Bronchite, stomatite, pneumonie partielle. Symptomatologie. Traitement. (Suite et fin.)

La résonnance, chez le jeune sujet dont nous avons rapporté l'observation, fut assez bonne au commencement de la maladie. Le défaut de matité, coïncidant avec les phénomènes respiratoires dont nous allons parler plus bas, devait faire croire à l'existence d'une phlegmasie bornée à la membrane muqueuse de l'arbre bronchique. Dans la bronchite, en effet, la résonnance peut être un peu moins bonne à la période catarrhale, mais elle redevient aussi franche qu'à l'ordinaire dans les périodes suivantes, à tel point même que lorsque la période suffocante arrive on constate une résonnance plus forte qu'à l'état normal, et qu'il y a phénomène d'une sorte d'emphysème aigu accidentel.

A une époque plus avancée de la maladie, et dans les derniers jours qui ont précédé la mort, la résonnance devint de plus en plus faible à la base du poumon droit en arrière, et il parut alors qu'une pneumonie avait succédé à la bronchite primitive. Dans la pneumonie lobulaire il est à peu près impossible, lorsqu'elle n'est pas généralisée, de faire servir la percussion au diagnostic; souvent la résonnance est aussi bonne qu'à l'état normal. Lorsque la pneumonie est lobaire, au contraire, fût-elle partielle et bornée à un seul lobe, les mêmes phénomènes existent pour la résonnance chez l'enfant que chez l'adulte. C'est ce que nous eumes l'occasion de constater ici.

Les symptômes fournis par l'auscultation n'ont pas été moins tranchés et moins probants. Dans les premiers jours que passa le jeune sujet dans le service de M. Guersant, il ne présenta que des râles sibilants et muqueux; phénomènes qui appartiennent en propre à la bronchite. On sait que le râle muqueux diffère du râle crépitant et sous-crépitant en ce qu'il se fait entendre pendant l'inspiration et l'expiration, tandis que le râle crépitant ne se fait entendre que pendant l'inspiration seulement. Il est rare, lorsqu'une bronchite précède une pneumonie, que la distinction soit toujours facile à faire entre le râle bronchique ou muqueux et le râle crépitant. Il arrive toujours forcément une époque de transition où les deux râles existent simultanément, et presque à un égal degré d'intensité; mais bientôt l'un ou l'autre disparaît pour faire place au râle caractéristique de l'affection qui prend le dessus; c'est ce que nous avons pu constater dans le cas actuel où la pneumonie est devenue dans les derniers temps la principale affection. Les phénomènes de la première et de la seconde période de la phlegmasie péripneumonique se sont montrés successivement, et, dans les derniers jours, un souffle profond, mais cependant bien distinct, ne laissait plus aucun doute sur l'existence de cette inflammation. Le souffle, qui pendant un certain temps s'est fait entendre à la base des deux poumons, a fini par disparaître à gauche pour persister à droite avec beaucoup plus d'intensité.

Les lésions cadavériques sont venues de tous points confirmer le diagnostic qui avait été porté pendant la vie, sauf un point qui n'avait pu être apprécié du vivant du sujet; nous allons dire pour quelle raison, nous voulons dire les granulations tuberculeuses. A une époque antérieure, et probablement peu éloignée, le sujet avait été affecté d'une pleurésie qui peut-être aura été méconnue; car, aux traces qu'elle avait laissées dans la poitrine, elle paraissait avoir été peu étendue. Les adhérences peu nombreuses que l'on constata commençaient à s'organiser dans quelques points et présentaient une résistance assez forte. Le lobe inférieur des deux poumons, mais surtout du poumon droit, était le siége d'une hépatisation grise.

Le poumon gauche, dans presque toute son étendue, présentait des granulations tuberculeuses, peu volumineuses, plus abondantes au sommet. Tout le lobe inférieur présentait, au milieu de l'infiltration grise dont nous avons signalé l'existence, un grand nombre de petites granulations tuberculeuses, probablement préexistantes à la pneumonie. Les ganglions bronchiques et mésentériques étaient également gonflés, tuberculisés; preuve évidente que le malade était en proie à une diathèse tuberculeuse encore peu avancée, mais qui très probablement eût fait des progrès dans un temps plus ou moins éloigné. Nous ne pensons, pas d'après cela, que l'on dût voir dans la pneumonie la cause des tubercules, au moins dans ce cas, bien que souvent, si elle n'est pas la cause prédisposante, ce soit la phlegmasie bronchique ou pulmonaire qui soit la cause occasionnelle de la production de ces granulations. Peut-être aussi, les tubercules étaient-ils dans ce cas la suite d'une inflammation antérieure, soit de la muqueuse bronchique, soit du parenchyme pulmonaire lui-même, maladies antérieures sur lesquelles il ne nous a point été possibles de nous procurer de renseignements positifs.

Un phénomène sur lequel nous devons appeler l'attention, c'est la stomatite dont on a constaté l'existence le surlendemain de l'entrée du petit malade dans les salles de M. Guersant. L'attention a été attirée du côté de la bouche par la production d'une rougeur érythémateuse à la commissure des lèvres. L'examen de la muqueuse buccale a permis de noter une rougeur vive, anormale de la face interne des joues, sans productions crémeuses, pseudo-membraneuses, sans fétidité de l'haleine. Et à ce propos, disons quelques mots des caractères que présente ordinairement la stomatite dans le premier âge.

Un des caractères spéciaux de l'inflammation des membranes muqueuses dans l'enfance, c'est la facilité avec laquelle se produisent à leur surface ces productions pultacées que M. Bretonneau a désignées sous le nom de diphthéritiques, et qui, selon qu'elles sont développées dans le pharynx, le larynx, les bronches, constituent l'angine couenneuse, la laryngite pseudo-membraneuse, et le croup. Ce n'est point ici le lieu de discuter la question de savoir si, comme le prétendent quelques auteurs, la diphthérite constitue une affection d'une nature particulière, ou si elle n'est qu'une forme de l'inflammation ordinaire due à l'âge des sujets. Les productions habituelles dans la stomatite des enfants, n'ont point été remarquées, nous le répétons, chez le sujet dont nous avons dans un précédent article rapporté l'observation complète.

Dans la stomatite la plus commune, la muqueuse buccale est recouverte, au début de la maladie, d'une production plastique blanchâtre, disposée en petites plaques lenticulaires, analogue, dit le docteur Taupin, auquel on doit un excellent travail sur ce sujet, à celle que l'on trouve à la fin du premier septenaire dans les pustules varioliques. Lorsque la maladie augmente, on voit une couche jaunâtre, large, épaisse, adhérente, au-dessous de laquelle la membrane muqueuse est érodée superficiellement. Dans la forme dite ulcéreuse, l'ulcération est profonde, entourée de bords rouges et violacés, et tapissée d'une couche grisâtre et molle. Enfin, lorsque l'inflammation est bornée aux gencives, elles sont rouges, violacées, ramollies, couvertes d'une exsudation pultacée blanchâtre. Quand la maladie a duré un certain temps, les dents sont déchaussées, souvent vacillantes. L'haleine est toujours plus ou moins fétide, et cette fétidité est en raison de l'étendue et du siége de la stomatite. Elle est quelquefois très prononcée, et pourrait même, assez fréquemment, en imposer pour l'existence d'une véritable gangrène. Nous avons dit que dans le cas actuel nous n'avions point observé cette fétidité de l'haleine.

Il est assez rare de voir les parties sous-jacentes ou correspondant aux plaques pseudo-membraneuses offrir une tuméfaction notable. Cependant, lorsque la maladie occupe un espace peu considérable, ou que les ulcérations sont étendues et profondes, les parois buccales ou labiales sont tuméfiées, et la saillie est visible à l'extérieur. Dans ces cas, une salive abondante découle presque continuellement des commissures des lèvres. Cette salivation n'existe guère que dans les cas où la maladie est très intense. Lorsqu'elle est circonscrite, la salive est quelquefois assez abondamment sécrétée; mais pas assez cependant pour couler hors de la bouche. Un caractère auquel, lorsque l'haleine est gangréneuse, on distingue la stomatite diphthéritique de la stomatite gangreneuse, c'est l'absence de ces noyaux durs, engorgés, résistants, faciles à circonscrire, que l'on observe dans les cas de cette dernière espèce. En outre la peau n'est ni tendue, ni lisse, ni luisante, ni chaude, comme on le remarque dans la gangrène.

Les caractères d'anatomie pathologique que nous venons de donner ici s'observent le plus souvent sur le sujet vivant; car il est excessivement rare que cette affection détermine la mort du sujet. Mal soignée, elle peut durer fort long-temps, plusieurs mois, et produire dans la cavité buccale des désordres plus ou moins profonds. Mais, en général, du moment où l'on prescrit un traitement rationnel, les accidents cessent, l'aspect des parties malades change rapidement, et la muqueuse qui tapisse la cavité buccale reprend son état habituel. La lenteur ou la rapidité de la guérison dépendent de plusieurs causes, ou du traitement mis en usage, ou de la forme de la maladie; ainsi, dans les cas où les ulcérations sont profondes et étendues, la cicatrisation est plus lente à obtenir que dans le cas où la membrane muqueuse est seulement superficiellement excoriée. Lorsque les plaques diphthéritiques

occupent un espace limité, elles disparaissent plus rapidement que dans les cas où elles occupent une surface très large.

Nous ne dirons rien des causes de la stomatite, elles sont trop peu connues pour fixer longuement notre attention ; et nous n'emprunterons sur ce sujet aucun renseignement au travail de M. Taupin, ce praticien regardant la stomatite pseudo-membraneuse et la stomatite gangréneuse à tort, selon nous, comme une seule et même maladie. Suivant lui, les fausses membranes ne seraient autre chose que des escbares. Suivant MM. Rilliet et Bartbez, la stomatite serait plus fréquente de cinq à dix ans qu'à tout autre âge, et s'observerait plus souvent chez les garçons que chez les filles. Elle se développe, en général, cbez des sujets mal soignés, mal nourris, appartenant aux classes pauvres, habitant des lieux humides, malsains, mal aérés. On la voit aussi survenir dans la convalescence et pendant le cours de la pneumonie, des fièvres éruptives, de l'affection typhoïde, des entéro colites. En un mot, il n'est peut-être pas une des maladies de l'enfance pendant laquelle on ne puisse la voir survenir. Maintenant, pourquoi, dans le cas actuel, la maladie n'a-t-elle pas présenté ses caractères habituels ; pourquoi n'a-t-elle pas offert les symptômes locaux et généranx qui lui sont propres : à quoi, par exemple, doit on rapporter l'absence de ces plaques pseudo-membraneuses caractéristiques ? Nul doute que l'on ne doive chercher cette raison dans l'existence simultanée d'une affection plus grave, occupant un appareil d'organes plus étendu, plus essentiel à la vie ; nul doute, enfin, que ce ne soit encore là un fait en faveur de la vérité de cet axiome : *Duobus laboribus non in eodem loco simul obortet, vehementior obscurat alterum.* Vu le peu de gravité de cette affection, M. Guersant ne jugea point devoir employer contre elle une médication spéciale, et quelques émollients suffirent pour faire disparaître les quelques phénomènes locaux qui avaient apparu les premiers jours.

Le traitement des deux affections principales qui ont été observées chez notre jeune sujet, mérite d'être examiné. Au début la bronchite était légère, la réaction fébrile peu intense, la respiration peu accélérée, les phénomènes locaux peu marqués. D'après cela et, plus encore peut-être, d'après la constitution du sujet, M. Guersant ne jugea point devoir mettre en usage le traitement antipbologistique ; traitement que l'on ne peut chez les enfants prescrire qu'avec la plus grande prudence, dans la crainte de déterminer un état dynamique extrêmement grave, et d'où l'on parvient difficilement à les retirer. La forme légère de la bronchite réclame en général seulement l'emploi des boissons mucilagineuses, des loochs gommeux ; enfin une tbérapeutique exclusivement adoucissante. Il est assez utile d'ajouter, comme on l'a vu dans l'observation qui nous a suggéré ces réflexions, quelques centigrammes de kermès dans les loochs ou potions gommeuses que l'on administre aux petits malades.

Que si l'on pensait que c'est à l'adjonction du kermès qu'est due peut-être la production de la stomatite qui a été signalée, et cela parce que les préparations antimoniales les déterminent souvent lorsqu'elles sont appliquées sur les membranes muqueuses, nous ne partageons point cette opinion. Des préparations antimoniales, d'abord, il n'est guère que l'émétique qui produise cet effet ; et le kermès, substance insoluble, peu active, presque inoffensive, ne saurait, surtout à la faible dose de 5 centigrammes, déterminer l'inflammation de la muqueuse buccale. Puis, admettant même que cette cause pût être admise, ce ne serait qu'après plusieurs jours de l'emploi du kermès qu'aurait dû être observée l'irritation, et nous voyons dans l'observation que c'est dès le lendemain même que cette rougeur a été signalée. D'après son peu d'intensité, on ne jugea point à propos de suspendre l'emploi du kermès, et la stomatite disparut ; preuve évidente que la présence du kermès dans la potion n'était point la cause de la stomatite, cas auquel l'affection n'aurait fait sous son influence que continuer et faire des progrès.

A l'époque où survint la pneumonie, l'on ne pouvait plus employer non plus les émissions sanguines. La constitution faible et lymphatique du sujet s'y opposait, comme nous l'avons dit plus haut, et, de plus, sept jours de maladie, par conséquent d'affaiblissement produit par la double cause d'un état pathologique grave et d'une diète prolongée, avaient encore diminué les cbances qu'eût pu dans toute autre circonstance offrir la médication antiphlogistique, même locale. Mais M. Guersant employa, pour combattre la pblegmasie pulmonaire consécutive, la médication révulsive sur le tégument externe. Contrairement aux idées de M. Louis, M. Guersant affirme avoir retiré de très bons effets de l'emploi des vésicatoires, principalement des vésicatoires volants, dans le traitement de la pneumonie chez les enfants. Nous disons des vésicatoires volants, parce qu'il est d'observation que lorsque l'on fait suppurer pendant long-temps un vésicatoire, surtout d'une certaine étendue, on court le risque d'affaiblir le sujet et de le plonger dans cet état adynamique dont nous avons parlé, et dont il est souvent fort difficile de le faire sortir. L'emploi du vésicatoire volant a encore cet avantage : c'est qu'une fois l'effet révulsif produit en un point, on peut le reproduire un peu plus loin, en promenant sur les parois du thorax, à quelques jours d'intervalle, des emplâtres d'une certaine largeur, comme on l'a fait dans le cas actuel. Sous le rapport de l'efficacité des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie, nous ne partageons nullement les craintes de M. Louis et des médecins de son école, qui ont presque toujours vu, disent-ils, ces topiques augmenter la réaction fébrile ; au contraire, dans l'immense majorité des cas, la fréquence du pouls diminue, sinon le premier, au moins le second jour de l'application du révulsif, et les phénomènes locaux suivent également une marche décroissante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 novembre. — Présidence de M. Ferrus.

L'Académie possède dans son sein M. Lallemand, professeur de la Faculté de Montpellier et M. Haime, professeur à l'École secondaire de Tours, tous les deux membres correspondants.

— On procède par voie de scrutin à la nomination d'une commission de onze membres chargée de proposer dans quelle section devra avoir lieu le remplacement pour une place vacante.

— *M. le président* voudrait consulter l'Académie au nom de la commission chargée de présenter des candidats à la place d'associé étranger, sur la convenance de présenter trois ou six candidats pour chaque place.

Sur l'observation de quelques membres, cette décision est laissée et renvoyée à la commission.

— *M. Villeneuve* lit un rapport sur un mémoire de M. Alquié, relatif aux déplacements de la matrice.

Voilà tout ce qu'il nous a été possible d'entendre de ce rapport.

— *M. Velpeau*, au nom de la commission dont il est rapporteur, lit un rapport très étendu sur le mémoire de M. Malgaigne, relatif à la valeur de la ténotomie dans les déviations latérales de l'épine.

Nous publierons en entier ce rapport dans un de nos prochains numéros.

Au commencement de la lecture de ce rapport tous les yeux se tournent vers le banc occupé d'ordinaire par M. J. Guérin ; M. J. Guérin est absent.

M. le président. Mon devoir m'oblige à mettre les conclusions de ce rapport aux voix ; mais je crois qu'il est convenable aussi que je fasse remarquer à l'Académie qu'un de nos collègues principalement intéressé dans ce rapport est absent, et que pour cette raison la discussion pourrait en être renvoyée à la prochaine séance.

M. Duméril. Ce renvoi me paraît nécessaire, par une autre raison encore ; l'Académie des sciences a eu à s'occuper de ce sujet : il serait bon d'examiner le rapport afin de ne pas mettre en contradiction ces deux corps savants.

M. Velpeau. Je regrette, en effet, que la personne intéressée dans cette discussion ne soit pas présente ; et, pour mon compte, je ne m'oppose en aucune façon au renvoi de la discussion.

M. Nacquart. Puisque la commission même consent à ce renvoi, il n'y a qu'à le mettre aux voix ; mais avant je ferai remarquer que l'absence dont on se plaint n'aurait pas eu lieu probablement, si l'ordre du jour de nos séances était déterminé d'avance. On aperçoit tous les jours les inconvénients de l'ordre de choses actuel.

M. le président. Je répondrai de nouveau à M. Nacquart que le conseil ne demanderait pas mieux d'obtempérer à ses désirs ; mais il ne connaît pas lui-même d'avance l'ordre du jour. Pour que cette mesure pût être adoptée, il faudrait préalablement changer toute la constitution intérieure de l'Académie.

Une voix. Précisément, c'est ce qu'il faut faire.

M. Londe. Dans son rapport, M. Velpeau a parlé de *clameurs* intéressées qui s'opposaient à l'investigation des faits ténotomiques. A qui s'adressent ces expressions ? Est-ce à quelques membres de l'Académie ? Dans ce cas, je demanderais leur suppression.

M. Velpeau. Tout le monde sait ce que j'ai voulu dire, et je ne crois pas nécessaire de répondre à cette interpellation. Que ces mots se trouvent ou non écrits dans mon rapport, les clameurs intéressées n'en ont pas eu moins lieu.

Que l'Académie renvoie la décision à prendre sur mon rapport, je le veux bien ; mais les membres ici présents peuvent engager la discussion dès à présent.

M. Moreau. Que la discussion s'engage, rien de mieux ; mais personne ne demande la parole. Le renvoi de la discussion, fondé sur l'absence d'un membre, ne me paraît pas soutenable. Ce serait établir un précédent fâcheux, invoquer une exception, un privilége dont l'Académie doit se montrer très avare. Les travaux de l'Académie ne peuvent pas être interrompus parce qu'un de ses membres est absent. C'est un malheur pour lui, mais nous ne devons pas admettre ici de lois exceptionnelles.

M. le président. Je ne crois avoir manqué à aucun de mes devoirs. Le règlement me prescrivait de mettre les conclusions aux voix, je l'ai fait tout en invoquant un motif de convenance qui me paraît légitime.

M. Moreau. Je n'ai entendu jeter aucun blâme sur la conduite de M. le président, je n'ai voulu qu'exprimer mon opinion.

M. Rochoux. Comme l'a dit M. le président, la question est, en effet, tout de convenance. La position actuelle ne peut pas se représenter, et il n'y a aucun antécédent à craindre. Je vote pour que l'Académie ne vote pas.

M. Roux, membre de la commission. Je crois, en effet, que la situation est tout exceptionnelle, qu'elle ne s'est jamais présentée dans cette enceinte, et qu'elle ne s'y représentera pas. Il me paraît juste, convenable, équitable, loyal que la discussion ne commence qu'en présence du principal intéressé. D'ailleurs, s'il ne m'appartient pas de faire l'éloge du rapport quant au fond, puisque j'y ai contribué, il m'est permis d'en louer la forme sérieuse, modérée, tout à fait scientifique ; et, mon Dieu ! je ne crois pas que M. Guérin lui-même y trouve rien à reprendre. (Hilarité.)

M. Pariset. On a dit que l'Académie ne s'était pas trouvée dans une position analogue ; j'en demande pardon. Un rapport fut lu dans son enceinte, où mes opinions et celles de MM. Bailly et François avaient été attaquées ; nous étions absents ; l'Académie ne voulut rien décider avant notre retour ; nous défendîmes nos opinions et l'Académie nous donna raison.

MM. Girardin et Barthélemy appuient le renvoi nécessité par l'examen des questions scientifiques traitées dans le rapport.

M. Desportes trouve que M. Velpeau a été très sévère envers les chirurgiens étrangers qui ont pratiqué la ténotomie, et qu'il n'a pas donné de motifs suffisants de sa sévérité.

M. Velpeau répond qu'il a seulement regretté que les faits n'aient pas été présentés avec tous les détails nécessaires pour servir à l'histoire de la science.

Le renvoi de la discussion est mis aux voix et adopté.

M. Bousquet. Je ferai remarquer que, contrairement aux usages et aux droits de l'Académie, qui veulent qu'un rapport fait devienne sa propriété, M. Velpeau refuse de déposer le sien.

M. Velpeau. Un rapport lu, discuté et adopté est, en effet, la propriété de l'Académie ; mais un rapport qui a été simplement lu et dont la discussion est renvoyée à une prochaine séance, ce rapport est encore la propriété du rapporteur.

Une discussion très-vive s'engage sur ce point au pied de la tribune. M. Pariset insiste pour que le rapport soit déposé. Plusieurs membres engagent M. Velpeau à ne pas se dessaisir. Ce qu'il fait en effet.

— *M. Auzias-Turenne* montre à l'Académie un des animaux auxquels il a inoculé le pus de chancres syphilitiques. C'est un jeune singe-macaque porteur de dix à douze chancres huntériens parfaitement caractérisés. L'inoculation du premier de ces chancres date de dix jours, celle de quelques-uns de deux jours seulement ; celle de tous les autres a été faite à des époques intermédiaires et variables.

Pour pratiquer ces inoculations, M. Auzias choisit un endroit où l'animal ne puisse se lécher. Il rase les poils pour peu qu'ils soient longs et abondants.

Si l'animal est un singe, et surtout un jeune singe, l'inoculation peut se faire comme chez l'homme, par la piqûre d'une lancette dont la pointe a été trempée dans du pus chancreux. Tous les phénomènes consécutifs ressemblent alors entièrement ou presque entièrement à ce qu'ils sont chez l'homme.

Si l'animal est un singe plus âgé, ou un chien, un chat, etc., voici le procédé que préfère M. Auzias :

1° Il fait, avec un bistouri ou des ciseaux, une écorchure qui permet un léger suintement de sang ; il irrite au besoin l'endroit écorché et son voisinage.

2° Il dépose sur l'écorchure le pus chancreux, qui fait bientôt corps avec les gouttelettes de sang à demi coagulées.

3° Il fait surveiller l'animal pendant quelques minutes, pour qu'il ne puisse pas se frotter, puis il l'abandonne à lui-même.

4° Lorsque, vers le premier, le deuxième ou le troisième jour, se manifeste une croûte, il l'enlève de manière à irriter encore le siége de l'inoculation.

5° Il réitère cette ablation d'une croûte plusieurs jours de suite, c'est-à-dire jusqu'à ce que sous elle se montre un chancre avec tous les caractères indiqués par les syphilographes.

6° Celui-ci étant devenu bien apparent, ne laisse pas que de se couvrir d'une croûte. La rupture de cette croûte permet l'écoulement d'un pus abondant et très inoculable jusqu'à un nombre indéfini de générations.

D'après les expériences de M. Auzias, le chancre passe de l'homme à l'animal plus difficilement que de l'animal à lui-même. Aussi, quand une fois il avait obtenu un chancre, la reproduction s'effectuait souvent du jour au lendemain chez le même animal ou chez un animal de son espèce. Il est vrai de dire que l'inoculation de l'homme à l'animal était faite avec du pus recueilli depuis un certain temps et transporté, tandis que l'inoculation de l'animal à l'animal était pratiquée avec du pus sortant à l'instant même au-dessous de la croûte des chancres.

M. Auzias, conduit à cette découverte par des vues analogiques qui lui donnaient confiance, pense que les expérimentateurs qui l'ont précédé ont dû plusieurs fois obtenir des chancres sur les animaux sans les reconnaître. Ils ont dû voir des croûtes précédées ou accompagnées d'un léger suintement séreux là où ils avaient fait des piqûres. En enlevant une ou plusieurs de ces croûtes successivement, ils auraient pu reconnaître le vrai chancre huntérien.

M. Auzias a jusqu'ici inoculé des chancres avec succès au singe, au chat, au chien et au lapin. Il n'a pas encore fait d'expériences sur d'autres animaux ; mais il compte pouvoir les entreprendre incessamment, et être à même de présenter ensuite à l'Académie de nouveaux résultats, grâces aux lumières et à l'esprit élevé qui préside à la direction de la Ménagerie du Muséum.

— *M. Martin* présente une jambe mécanique.

— *M. le docteur Rotté* présente à l'Académie un appareil destiné : 1° à rendre fixe le double plan incliné dont quelques chirurgiens se servent encore dans les fractures du fémur et des membres inférieurs, 2° et à permettre l'extension continue sans faire éprouver au malade une gêne notable.

— La séance est levée avant cinq heures, et l'Académie se sépare dans une vive agitation.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Octobre 1844.)

De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique ; par le docteur Henri Roger.

Travail non terminé.

Observation de fistule pulmonaire consécutive à une nécrose scrofuleuse ; par M. Grafin, interne.

Un jeune homme de dix-sept ans, évidemment scrofuleux, ayant déjà séjourné à l'hôpital Saint-Louis, y rentre au mois de mars dernier, dans le service de M. Lugol. Au milieu de beaucoup de symptômes de l'affection scrofuleuse, notons seulement ceux qui se rapportent au cas intéressant dont il est ici question, et qui ont été notés le 30 juillet 1844. Ce malade tousse, rend des crachats purulents, a la respiration gênée ; pas de fièvre ; de temps à autre, selles diarrhéiques. Au niveau de la cinquième côte droite, au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, existe un orifice enfoncé, en cul de poule, dont le fond présente un pertuis de 15 millimètres environ de circonférence. On voit du pus et de l'air sortir de cet orifice. L'air s'échappe avec sifflement pendant l'expiration. Voici comment s'accomplit le phénomène : Le malade fait une profonde inspiration, ferme la bouche, le nez ; sa poitrine se gonfle, reste immobile ; il pousse, comme il le dit, et c'est alors que l'air sort. Il y a huit mois que les choses se passent ainsi. L'ouverture fistuleuse précédemment décrite succéda à un abcès qui s'était formé dans ce point ; un stylet conduit à travers celle-ci arrive à une côte nécrosée. En avant, la poitrine est sonore, excepté dans un point circonscrit qui se trouve un peu en dedans de l'orifice fistuleux ci-dessus, où l'auscultation fait percevoir un léger râle muqueux. En arrière, son mat dans la fosse sus-épineuse du côté droit, craquement évident, voix résonnante. A gauche sonorité normale, expansion vésiculaire naturelle. Aucun signe d'épanchement ni de pneumo-thorax. Le malade succombe le 17 août.

A l'autopsie, on trouve, au niveau de la cinquième côte droite et à 4 cent. 1/2 de l'articulation chondro-sternale, l'orifice précédemment décrit. On s'assure qu'il forme l'ouverture extérieure d'une fistule pulmonaire de la manière suivante : Après avoir détaché le sternum, on coupe le pédicule du poumon droit et on enlève un segment de la paroi thoracique. La pièce, ainsi disposée, est mise dans un seau plein d'eau, avec la précaution de la faire plonger dans le liquide excepté une grosse bronche. Introduisant un tube dans celle-ci, on pousse de l'air qui vient bouillonner à la superficie du liquide en formant des bulles nombreuses qui crèvent bientôt. Détruisant ensuite avec soin les légères adhérences qui fixaient le poumon aux parois thoraciques, on est arrivé à une poche qui s'ouvre en dedans dans une grosse bronche, et en dehors communique avec un trajet, oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, occupant la cinquième côte nécrosée et fracturée. Dans cette poche se trouve un petit séquestre ; sa base large repose sur la cinquième côte, à laquelle elle est fixée. Le poumon de ce côté présente au sommet quelques agglomérations tuberculeuses grises.

La nécrose de la cinquième côte paraît à l'auteur bien rendre compte du développement de la fistule ; en effet, sous l'influence de cette lésion, un foyer purulent s'est formé, a amené l'inflammation adhésive de la plèvre pulmonaire et costale, sa perforation, celle du poumon, des muscles, de la peau, et est venu s'ouvrir à la fois dans une grosse bronche et sur un point de la paroi thoracique droite.

Observation d'entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle ; par M. J.-G. Maisonneuve.

Cette observation a été lue à l'Académie des sciences, et nous en avons rendu compte.

Recherches sur les fractures de la base du crâne ; par le docteur Aran.

Ce travail n'est pas terminé.

ANNALES DE LA CHIRURGIE (octobre 1834).

De la cure radicale du varicocèle par l'enroulement du cordon spermatique ; par M. Vidal (de Cassis).

Nous avons déjà rendu compte de ce travail à l'occasion de sa

communication à l'Académie de médecine. L'auteur annonce que depuis sa lecture académique, époque à laquelle il ne comptait que six succès, il en compte aujourd'hui plus de vingt.

Sur la mélanose de l'œil; par le docteur AMMON.

M. le docteur Salomon, de Saint-Pétersbourg, vient de publier les deux cas intéressants dont nous rapporterons le suivant :

— Un homme d'environ 30 ans, d'une complexion assez saine, fut atteint, il y a trois ans, d'une violente inflammation rhumatismale de l'œil gauche, qui reparut plusieurs fois et abolit entièrement la faculté visuelle. Depuis six mois le malade s'apercevait que son œil grossissait. Le médecin, en l'examinant, reconnut que cet organe avait subi une dégénérescence fongueuse, et qu'il faisait saillie entre les paupières distendues et parcourues par des vaisseaux variqueux ; en bas, il formait une masse rouge, qui avait renversé la paupière inférieure ; en haut, on découvrait, sous la paupière supérieure, un staphylome très-développé de la sclérotique; vers le bas et en dehors, on voyait une petite partie de la cornée retirée sur elle-même et adhérente à l'iris. Toute la masse malade était dure au toucher et bosselée; elle jouissait de quelque mobilité sans qu'on pût déterminer jusqu'à quel point elle remplissait l'orbite; mais rien n'indiquait que le cerveau fût atteint. Le malade accusait des douleurs qui s'étendaient des alentours de l'œil vers le front, et qui furent attribuées à la distension des nerfs. On se décida à pratiquer l'extirpation de l'œil. La commissure externe des paupières fut fendue, la paupière supérieure séparée en partie de la masse fongueuse, celle-ci fixée au double crochet, et l'œil cerné par deux incisions semi-lunaires commençant près du nez. Après l'enlèvement du globe dégénéré, on trouva le fond de l'orbite plein de productions mélanotiques, qui furent saisies avec des pinces et coupées avec les ciseaux de Cooper; puis on extirpa la glande lacrymale et on en lia l'artère. Le sang, fourni assez abondamment par les autres vaisseaux, fut arrêté au moyen d'injections d'eau à la glace. Pour prévenir la repullulation des dégénérescences mélanotiques, on promena un fer conique rouge dans le fond de l'orbite. Le pansement fut le même que de coutume, et l'appareil fut couvert pendant plusieurs heures d'une vessie pleine de glace. La fièvre traumatique fut légère. Le malade obtint une guérison complète.

La masse extirpée était entièrement mélanotique, et l'œil lui-même atrophié. On trouva dans son intérieur une masse pulpeuse noire, et une partie du cristallin privée de sa transparence. Le corps vitré et la rétine avaient totalement disparu. La cornée était ridée, et faisait corps avec l'iris. La masse mélanotique s'était frayée, au côté externe du nerf optique, un chemin en arrière dans le tissu cellulaire de l'orbite, et entourait ce nerf, qui d'ailleurs était sain. La mélanose de l'œil, dit M. Ammon, est une maladie qui inspire toujours un sentiment de véritable horreur, parce qu'elle oblige de recourir à l'extirpation du bulbe, opération très rarement suivie de succès, car presque toujours il y a tôt ou tard récidive. La cause de celle-ci tient à ce que le siége de la mélanose n'est pas le globe de l'œil, mais la graisse qui l'entoure, tissu qu'on ne connaît pas bien encore, ni sous le point de vue de l'anatomie, ni sous celui de la physiologie. Lorsque la mélanose orbitaire se développe, le bulbe demeure assez longtemps à l'abri de la maladie; il n'éprouve d'abord que de la pression et un déplacement qui produit peu à peu l'exophthalmie, mais plus tard la mélanose s'empare aussi de lui et en cause la dégénérescence. Cependant, j'ai observé des mélanoses primaires de l'œil dans lesquelles la graisse orbitaire était saine: le mal commençait dans le bulbe, y demeurait borné, et en déterminait enfin l'atrophie, sans compromettre la vie du malade. D'après cela, il serait d'une grande importance, pour le diagnostic, de distinguer deux espèces de mélanose de l'œil, fort différentes par leur siége : celle de l'orbite, qui est incurable, et celle du bulbe, qui est curable.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Ayez la bonté de publier dans un prochain numéro les observations que j'ai faites sur les localités où sourdent les eaux sulfureuses de la rue de Vendôme. Je crois qu'il ne sera pas sans intérêt de les donner dans toute leur étendue, cette question ayant fixé un instant l'attention publique :

J'ai appuyé les conclusions proposées par la commission, et qui consistent à refuser quant à présent, à M. Lecarrière, propriétaire à Paris, l'autorisation qu'il demande d'ouvrir un établissement public destiné à l'exploitation des eaux sulfureuses de la rue de Vendôme. Si j'eusse été rapporteur de la commission, j'aurais peut-être proposé des conclusions plus sévères, et je me fonde sur deux ordres de considérations que je crois devoir soumettre consciencieusement à l'Académie.

Je crois d'abord que la propriété sulfureuse de ces eaux est toute accidentelle et tient à des causes toutes locales. On sait que les sources qui alimentent la plupart des puits de Paris, sont chargées d'une quantité notable de sulfate de chaux en dissolution; que c'est à la présence de ce sel qu'elles doivent d'être *crues, impotables* et *impropres* à la plupart des usages domestiques; enfin il est de fait incontestable que toutes les fois qu'une eau de cette nature se trouve en contact avec des matières organiques dans certaines conditions qu'il n'est pas toujours possible de bien apprécier, il s'opère une réaction chimique entre les éléments de la matière organique et ceux du sulfate alcalin en dissolution, d'où résulte la conversion de celui-ci en sulfure, qui donne alors une odeur d'œufs pourris à l'eau, et la qualité dite sulfureuse. C'est par une réaction semblable que l'on explique la propriété sulfureuse des eaux d'Enghien, d'Aix-la-Chapelle, etc. Est-ce par un mécanisme chimique analogue que se produisent les eaux sulfureuses de la rue de Vendôme? Je le pense; mais avec la grande présomption que cette sulfuration n'est due qu'à une cause toute locale et toute accidentelle. On sait que tout ce quartier du Marais qui comprend la rue de Vendôme, était une voirie il y a plusieurs siècles, sous les règnes des rois Charles V et Charles VI, si toutefois l'on doit s'en rapporter à certains documents historiques, on sait de plus que depuis cette époque on a progressivement comblé ces bas quartiers de matériaux de remblai considérables; or, ne trouvons-nous pas dans ces amas accumulés de détritus organiques et terreux, les conditions les plus favorables à la conversion en sulfures des sulfates alcalins dissous dans les eaux qui sourdent et filtrent à travers ces terrains?

Il y a quelques années, on construisit une maison considérable sur l'emplacement de l'ancien Jardin-des-Princes dépendant de l'ancien hôtel du chancelier de L'Hôpital, et on fut obligé de creuser à une profondeur considérable pour trouver le terrain solide propre à asseoir les fondations de la maison, les terres enlevées étaient noires et imprégnées d'un liquide sulfureux, dont l'odeur infecte s'est répandue dans le quartier pendant près de six semaines qu'a duré l'opération: alors on n'avait point encore découvert la source de M. Lacarrière à l'autre extrémité de la rue de Vendôme, et je me rendis compte du fait que je viens de citer par l'observation que j'avais faite l'année précédente dans l'hôtel contigu que je fréquente depuis près de vingt-cinq ans, et dont je connais parfaitement toutes les localités. On y avait fait des réparations considérables à une ancienne fosse d'aisance, conformément aux règlements de police ; et pour asseoir le plancher en maçonnerie de la fosse, on avait été envahi par des eaux d'abord bourbeuses et infectes, mais qui, à force d'être pompées, finirent par devenir claires, et ne répandant plus que l'odeur assez franche d'une eau sulfureuse: dans ces circonstances, il ne me vint point à l'esprit qu'il pût y avoir là une source d'eau vraiment sulfureuse, et je crus que cet état de choses était dû à l'action *toute locale* des terrains sur les eaux séléniteuses qui les imbibaient. La découverte de la source de M. Lacarrière, faite peu de temps après, ne m'a point fait changer d'opinion à cet égard, et je crois que les eaux qui sourdent là, sont de même nature et de même origine que celles observées à l'extrémité opposée de la même rue.

Mais en admettant une nappe d'eau vraiment sulfureuse, et indépendante des conditions dont je viens de parler, cette eau présenterait-elle toutes les garanties de pureté qu'on a droit d'exiger pour la thérapeutique? Je ne le pense pas; car la nappe d'eau circulerait à travers tous les terrains sous-jacents des fosses d'aissances du quartier, et dans certains endroits à une profondeur de 40 à 50 centimètres; or, est-on donc si certain de la parfaite cimentation des parois des fosses, pour qu'on soit sans crainte sur toute cette fuite qui irait se mêler à l'eau et l'altérer. Et ce qui tendrait à prouver qu'il en est véritablement ainsi, c'est le résultat même de l'analyse chimique de cette eau, présentée par M. le rapporteur. N'a-t-il pas annoncé y avoir trouvé une certaine dose d'hydrosulfate d'ammoniaque qu'on ne trouve point dans les eaux sulfureuses ordinairement, mais qui fait partie constante du liquide des fosses d'aissances.

Telles sont les observations que mon étude des localités m'a mis à même de faire, et que j'ai cru devoir soumettre à l'Académie. Elles légitiment suffisamment, je pense, l'appui que je donne aux conclusions du rapport.

J.-B. CAVENTOU.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'iode contre le prurit herpétique du périnée ; observation recueillie par M. le docteur BAROSCH, de Lemberg.

Un homme, âgé de vingt-huit ans, était affecté depuis une douzaine d'années d'une éruption dartreuse qui avait pour siége le scrotum et le périnée, et il en résultait une démangeaison tellement insupportable qu'il était forcé de se gratter incessamment, ce qui l'obligeait à fuir la société.

Les praticiens les plus distingués de la Hongrie avaient été consultés, et les médications les plus actives, tant générales que topiques, avaient été essayées sans le moindre succès; le seul moyen palliatif qui ait produit quelque effet avantageux, mais momentané seulement, était l'usage des bains froids.

Au mois de juin 1841, le malade, très maigre et arrivé à un état de véritable cachexie, était réduit au désespoir ; sa peau était aride ; l'appétit et le sommeil avaient complétement disparu ; le scrotum, le périnée et la face interne des cuisses étaient entièrement recouverts de croûtes brunes-foncées, dures, environnées de gerçures saignantes. Au-dessous de ces croûtes, la peau était dure et plus épaisse que dans l'état normal. Un suintement d'une matière âcre suivait la chute des croûtes qui, d'ailleurs, ne tardaient pas à se renouveler. Du reste, il n'existait aucun symptôme d'hémorrhoïdes, ni d'aucune autre affection interne appréciable.

Ce fut à cette époque que M. Barosch fut consulté. Ce médecin prescrivit d'abord la liqueur fondante de Kœchlin, et à l'intérieur et à l'extérieur, mais sans en obtenir le moindre effet satisfaisant. Il se décida aussitôt à recourir à l'emploi de l'iode, d'après la formule suivante qui, comme on le sait, est celle que l'on doit à M. Hancke :

Pr. Iode,	75 centigrammes.
Iodure de potassium,	2 grammes.
Eau distillée,	150 grammes.
Alcool,	30 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

Ce soluté, usité en applications topiques pendant quelques heures, donna lieu d'abord à un sentiment de brûlure supportable ; mais bientôt cet effet fut suivi d'un soulagement tel que le malade déclara n'en avoir pas éprouvé de pareil depuis douze ans.

Le même remède fut continué pendant trois semaines avec association de bains fréquents, et, après ce laps de temps, la guérison se trouva complète. (*Œsterreich. medicin. Wochenschrift.*)

Emploi de la noix vomique dans le traitement de la fièvre typhoïde; par M. le docteur SCHLESIER.

M. Schlesier ayant été conduit empyriquement à administrer la noix vomique contre la diarrhée qui accompagne la fièvre typhoïde, a observé que, sous l'influence de cet agent médicamenteux, tous les accidents de cette maladie cédaient comme par enchantement, quelle que fût d'ailleurs l'époque de l'affection, quelles que fussent aussi les circonstances dans lesquelles les sujets se trouvaient placés. En un mot, il considère cette médication comme véritablement spécifique dans les cas de ce genre,

La manière dont M. Schlesier prescrit ce médicament, est la suivante :

Pr. Poudre très ténue de noix vomique,	5 centigrammes;
Sucre de lait,	5 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, qui devra être divisée en seize paquets bien égaux.

On fait prendre un de ces paquets toutes les trois à quatre heures.

Quelquefois, suivant les cas, M. Schlesier ne fait diviser la dose indiquée qu'en douze prises seulement. (*Medicinische Zeitung.*)

NOUVELLES.

L'Ecole de pharmacie a fait sa rentrée solennelle aujourd'hui mercredi, 6 novembre. Le registre des inscriptions sera ouvert jusqu'au 15 novembre inclusivement.

— L'Académie des sciences n'a pas tenu de séance publique lundi. Elle s'est réunie en comité secret pour examiner les candidatures à la place vacante dans la section de chimie : on cite, parmi les principaux candidats, MM. Frémy et Ballard.

— M. le docteur Warnier, chirurgien aide-major, membre de la commission scientifique d'Algérie, est nommé officier de la Légion-d'Honneur, en récompense des services rendus dans les différentes missions qu'il a remplies durant l'expédition du Maroc.

Aliment ferrugineux.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 12 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 132. TOME VI. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT fils.

Ouverture du cours de clinique chirurgicale.

Au commencement de chaque année clinique, nous avons l'habitude de consacrer notre première séance à l'amphithéâtre, à exposer à nos auditeurs quelques considérations sur un point quelconque des généralités de la science. Nous pensons qu'un coup-d'œil rapide jeté sur l'ensemble des connaissances qui constituent la branche de l'art de guérir, dont nous nous occupons, doit précéder, ou du moins précédera souvent avec avantage l'exposition et la discussion des faits particuliers et des doctrines qui résultent de leur observation et de leur rapprochement. Fidèle à notre coutume, nous allons essayer aujourd'hui de vous prouver « la nécessité de suivre le ser» vice chirurgical de l'hôpital des Enfants pour compléter les » connaissances pratiques de la chirurgie. »

On nous rendra cette justice, de croire que ce n'est point parce que nous sommes chargé de ce service que nous voulons vous engager à le suivre, mais bien que nous sommes convaincu fermement de la bonté de la thèse que nous développons devant vous.

Est-il nécessaire à celui qui se destine à la pratique de la chirurgie de consacrer quelques visites à la clinique chirurgicale des Enfants? Peut-on être chirurgien complet et s'exposer sans crainte aux difficultés de la pratique lorsque l'on s'est pendant un temps suffisant, livré à l'étude des maladies chirurgicales chez l'adulte seulement? Nous ne le pensons pas, et nous allons, examinant le sujet sous toutes ses faces, chercher à vous démontrer la vérité de notre assertion. Trois raisons principales, et qui nous semblent convaincantes, nous serviront à vous prouver ce que nous venons d'avancer.

1° Avant de terminer leurs études pratiques, nous conseillons aux jeunes gens d'assister pendant quelques mois à la clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants, parce que dans cet établissement seul vous rencontrerez en un court espace de temps un nombre considérable d'affections chirurgicales de l'enfance. Dans les grands hôpitaux, consacrés au traitement des maladies des adultes, et dans lesquels les enfants ne sont admis que par exception, et pour ainsi dire en fraude, c'est à peine si, dans le cours d'une année, dix ou quinze cas de ce genre viennent s'offrir à vous. Nos salles, au contraire, contiennent soixante-dix-huit lits presque toujours remplis, et la moyenne des entrées faite à la fin de chaque année, donne pour résultat un mouvement de cinq à six cents malades par an. Tous ces malades sont réunis sous vos yeux dans un petit espace, et cette condition, en vous épargnant la peine de chercher des faits disséminés, semble une garantie de plus de la variété des cas que vous serez à même d'observer.

2° Une seconde raison positive est celle-ci; il est de la dernière évidence que les affections chirurgicales des enfants sont très nombreuses, plus nombreuses peut-être, et pour nous cela ne fait aucun doute, que les affections chirurgicales de l'adulte. En effet, non-seulement l'enfant est sujet à toutes les maladies chirurgicales que l'on rencontre à tout autre âge de la vie, sans peut-être en excepter une seule; et de plus, il est une foule de maladies qui sont spéciales à l'enfance, ou qui revêtent, à cette période de la vie, un caractère particulier. Il y a les difformités, les vices de conformation par excès ou par défaut, affections exclusivement propres à la première enfance, puisqu'elles sont souvent un empêchement à l'accomplissement de la vie, lorsqu'une opération chirurgicale n'y est point venue remédier.

Nous le répétons, il est peu de maladies chirurgicales de l'âge adulte et de la vieillesse qui ne se représentent chez l'enfant avec des nuances particulières et d'une haute importance. Nous allons, dans un coup d'essai rapide, vous faire passer en revue le cadre nosologique, et nous espérons que cette brève et succincte, mais complète analyse, vous convaincra suffisamment du grand nombre d'affections du domaine de la chirurgie auxquelles se trouve exposé le premier âge.

Nous commencerons par les maladies générales; et ici, un mot d'explication. La médecine et la chirurgie, chose fâcheuse, n'ont point un langage toujours absolument le même. On entend, en médecine, par maladies générales, celles qui affectent, primitivement ou consécutivement, l'économie tout entière; telles sont, par exemple, la diathèse scrofuleuse ou cancéreuse, la syphilis constitutionnelle, etc. Pour nous, chirurgien, les maladies générales sont celles qui peuvent affecter l'économie tout entière, et aussi celles qui, bien que locales, peuvent se rencontrer dans chacun des divers tissus, dans chacun des divers organes ou des divers appareils d'organes de l'économie, quelle que soit leur structure, leur composition intime leur disposition anatomique, etc. Eh bien! pour les maladies que nous appellerons générales, il est évident que, soumis à l'action des mêmes causes que l'adulte, l'enfant doit présenter toutes les affections de l'âge adulte, les lésions traumatiques, plaies, contusions, brûlures. Chez lui, même, quelques-unes de ces lésions sont plus fréquentes que chez l'homme; les brûlures, par exemple, s'observent bien plus communément dans l'enfance, en raison de mille circonstances extérieures, de l'imprudence des parents, etc.

L'inflammation, et toutes ses variétés, tous ses produits; l'érysipèle, simple ou phlegmoneux; le phlegmon est très commun, l'anthrax, le furoncle, les abcès aigus ou froids. Il est inutile de nous appesantir longuement sur la fréquence, à vous bien connue, des abcès froids et par congestion dans l'enfance. âge qui, à coup sûr, les présente beaucoup plus souvent que tout autre. Un grand nombre de ces phlegmons, peut-être en raison de la faiblesse de la constitution des sujets, ou de leur tempérament lymphatique, se terminent par gangrène. Voilà donc encore une affection générale qui se rencontre dans nos salles chez de nombreux individus. Elle peut être la suite d'un refroidissement prolongé; nous vous rappellerons, en passant, un jeune sujet qui est entré dans notre service l'an dernier, pour une congélation des deux membres inférieurs suivie de gangrène, et chez lequel nous fûmes obligé de pratiquer une double amputation au-dessous du genou. Cette observation, extrêmement intéressante, a été, du reste, publiée en détail. Nous avons vu, en outre, des gangrènes spéciales à l'enfance extrêmement curieuses, et dont nous aurons probablement plus d'un exemple à vous montrer.

La grande classe des tumeurs fournit bien des faits à la pathologie chirurgicale de l'enfance; les lipomes, les loupes, les kystes, les tumeurs cancéreuses, et pour ces dernières, nous dirons qu'il n'est pas une seule année où nous n'en ayons quelques-unes à observer. Les ulcères sont communs autant que différents par leur nature. En première ligne, nous placerons les ulcères scrofuleux, qui sont incontestablement et de tous les plus nombreux; puis les ulcères atoniques, qui ne se développent pas chez des enfants scrofuleux. Nous avons enfin à signaler les ulcères syphilitiques; puis quelques ulcères particuliers à l'enfance, l'ulcération des parties génitales chez les petites filles par exemple, etc. Voici ce que nous avions à vous dire au sujet des maladies dites générales, et vous voyez par ce rapide exposé que le champ est vaste, et qu'il n'y a pas seulement à glaner pour le véritable observateur; en un mot, que non seulement les affections chirurgicales de cette période de la vie sont celles de l'âge adulte, mais que beaucoup sont spéciales à l'enfance.

Les maladies de l'appareil locomoteur ne sont pas moins intéressantes; elles comprennent celles des muscles, des tendons et des os. Commençant par les parties solides qui constituent la charpente du squelette, nous signalons tout d'abord les vices de conformation, les pieds-bots; les orteils et doigts surnuméraires, soit complets, soit incomplets, qui nécessitent quelquefois l'amputation; nous disons quelquefois, car on est loin de la pratiquer dans tous les cas, et l'on ne doit les retrancher que lorsqu'ils constituent une véritable difformité, et, de plus, lorsque l'opération ne présente aucun danger réel. Le rachitisme, le ramollissement des os, affections très communes chez les enfants, et quelquefois prononcées à un si haut degré que l'on peut faire ployer sans grands efforts les os longs, les fémurs, les bras et les avant-bras, manœuvre qui, pour le dire en passant, est toujours dangereuse et ne doit être prati-

---

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Rentrée de la Faculté. — Mise en scène. — Le massier. — Le public. — Broussais en cette occasion. — Fragment inédit d'une de ses lettres. — Le discours de M. Bouillaud. — Sa critique. — Sou éloge. — Mot d'un aspirant à une chaire non vacante. — La robe d'un ex-agrégé. — La ténotomie à l'Académie. — Justice pour tous. — Embarras volontaires. — Nominations du bureau central. — Un puff colossal. — Les endormis. — Boîte aux lettres.

La semaine a été riche; procédons par ordre et chronologiquement.

Lundi, la séance de rentrée de la Faculté dont je n'ai dit qu'un mot et sur laquelle je veux revenir. Pour la mise en scène, rien de nouveau à signaler; toujours mêmes tentures, mêmes fauteuils, mêmes oripeaux fanés et surannés, mêmes livres étalés sur la tribune. On dirait qu'il n'y a plus qu'une chose de pérenne et de durable dans notre Faculté, c'est le décorateur. Il faut y joindre le massier et son grotesque costume. Les doctrines s'usent, passent et s'éteignent; les hommes meurent et sont oubliés; seul le massier reste debout au milieu de ces débris. C'est de lui que le poète a dit : *Impavidum ferient ruinæ*. Voyez, en effet, cet homme vénérable précédant la Faculté d'aujourd'hui de ce même air impassible et grave dont il précédait Hallé et Corvisart, Laënnec et Dupuytren, Pinel et Chaussier, Desgenettes et Boyer, et tant d'autres illustres professeurs endormis du sommeil éternel. Il a vu briller tous ces astres divers, il les a vus aussi s'obscurcir et s'éteindre; son manteau court, sa toque et son rabat n'en continuent pas moins leur exhibition annuelle et drolatique. Ce brave homme, qui semble faire partie du mobilier de l'Ecole, est, m'a-t-on dit, un homme d'esprit et de sens. On assure que depuis un demi-siècle il travaille à un ouvrage curieux, mais qui ne doit paraître qu'après sa mort, et pour cause; il sera intitulé : *Mémoires d'un massier de la Faculté de Paris*. Mais cet homme est éternel, et j'ai grand'peur de ne pas lire ses mémoires.

L'auditoire était aussi nombreux que possible; en un instant l'amphithéâtre a été envahi par les élèves; l'hémicicle réservé était occupé par un public d'élite, parmi lequel brillait un représentant illustre de l'école de Montpellier, M. le professeur Lallemand. Le public s'est aperçu trop tard de sa présence pour donner quelques signes de sa haute estime à ce professeur célèbre, qu'il n'aurait pas souffert de voir assis sur l'étroite banquette qu'il occupait... Un jour, en pareille circonstance, c'était en 1821, c'est-à-dire dans toute la ferveur de la propagande physiologique contre laquelle l'école de Paris luttait avec plus d'obstination que de succès, Broussais entre dans l'amphithéâtre; aussitôt..... Mais pourrais-je raconter cette scène avec ce style pittoresque et imagé dont Broussais s'est servi lui-même? « J'ai assisté avant-» hier, écrivait-il à son ami Gérard, à la séance d'ouverture de la Fa» culté, en vertu d'une lettre d'invitation qu'elle m'avait envoyée. » J'arrive un instant avant les professeurs. A mon apparition par la » porte du bas, claquements universels. Je me place dans l'amphithéâ» tre. Cri général : *Un fauteuil!* Deux membres de l'Académie de » médecine, Demours et Bertin, qui en occupaient, viennent me som» mer de m'aller asseoir à côté d'eux. J'y vais; car ils me disent » qu'ils ne peuvent y rester si je ne me place à leur côté. Je ne suis » pas plutôt *enfauteuillé*, que les applaudissements se répètent à plu» sieurs reprises, accompagnés de nombreux *bravos*. Les professeurs » entrent un instant après, et ils ne sont pas claqués.... Voilà la scène » qui a eu lieu, » etc. (1).

J'ai entendu louer avec exaltation le discours de M. Bouillaud, je l'ai entendu critiquer avec rigueur. Les derniers ont blâmé d'abord le choix du sujet *intraitable*, disaient-ils, en pareille circonstance. L'histoire et son indépendance et son impartialité, leur paraissent impossibles à faire en robe rouge. Dans un discours d'apparat, la vérité historique doit forcément s'envelopper dans les formes académiques, les pires des formes, qui dénaturent tout, avec lesquelles le mal n'est jamais franchement le mal et le bien prend des proportions pindariques et gigantesque. Ils ajoutaient d'ailleurs que cette histoire, racontée par M. Bouillaud, était tant soit peu vulgaire; ils auraient voulu aussi que cette vulgarité du fond fût un peu plus relevée par la richesse et l'élégance de la forme; ils regrettaient l'absence marquée des qualités littéraires dont l'orateur avait maintes fois donné des preuves; ils se plaignaient enfin, pour tout résumer en un mot qui a été dit, que ce fût là moins un discours qu'une préface.

Les autres, moins soucieux de l'art et de la forme, ont vivement approuvé ce discours comme un bon exemple et une bonne action. Vous parlez de la vulgarité du fond, disaient-ils, mais veuillez voir que ce n'est pas à vous, érudits et savants, que ce discours s'adresse, mais à un jeune auditoire qui doit apprendre ce que vous avez appris. Eh bien! dès leur entrée dans la carrière il est bon de leur faire aimer et respecter cette science à laquelle ils vont consacrer leurs travaux. Quel meilleur moyen pour cela que de leur montrer que la médecine, comme toutes les autres branches des sciences humaines, a reçu l'influence active et fécondante de notre régénération politique, que depuis cinquante ans elle a aussi marché dans la voie du progrès; que de prémunir déjà ces jeunes intelligences contre cette déception ou ce mensonge qui consiste à attacher la médecine à un passé immuable, à la limiter dans un cercle qu'elle ne peut franchir sans péril? Homme de progrès, M. Bouillaud a tenu le seul langage qui fût digne de ses convictions. S'adressant à de jeunes esprits, il a noblement fait, au lieu de flétrir leurs espérances, d'exciter leur ardeur et leur zèle vers la conquête de progrès nouveaux dont chaque génération doit compte à l'humanité. Il n'a pas été suffisamment littéraire, dites-vous? c'est que pensant mieux de notre jeunesse que vous-mêmes, il sait qu'il n'est plus besoin pour elle d'emmieller les bords de la coupe pour qu'elle y boive la vérité, et d'ailleurs n'a-t-il pas parlé en très bons termes de tout ce qui est grand, généreux, propre à allumer de nobles passions pour le beau et le vrai, pour la gloire et la liberté? N'a-t-il pas été sincèrement et vigoureusement applaudi par son jeune auditoire?

J'avoue que ce dernier argument me paraît fort considérable, car il est parfaitement juste. Néanmoins je dois dire qu'il n'a tenu qu'à M. Bouillaud d'obtenir un succès plus général et plus élevé, et c'est probablement avec intention qu'il a adopté cette forme un peu froide et didactique dont la critique s'est étonnée.

— Un passage de ce discours a été très applaudi, c'est celui où M. Bouillaud a annoncé le rétablissement prochain de M. H. Royer-Collard. Puisque la santé de ce jeune et brillant professeur n'inspire plus d'inquiétude, je dirai un mot qui a circulé dans le monde. Un confrère qui pourrait bien avoir quelques chances dans le cas de vacance de la chaire d'hygiène, apprend la maladie de M. Royer-Collard.—Ah, mon Dieu, s'écrie-t-il! Et moi qui viens de vendre mes *Annales d'hygiène* annotées!

— A cette séance de la Faculté j'ai aussi reçu la confidence des infortunes d'un ex-agrégé à l'endroit de sa robe. En voyant les nouveaux agrégés occuper la place que depuis six ans il occupait : Les malheureux, murmurait-il! les égoïstes! ou plutôt les imbéciles! — Mais qu'avez-vous donc, cher ami? lui dis-je m'intéressant à sa mine piteuse. — Ne les voyez-vous pas tous avec leurs robes neuves? — Si bien, et ils sont, en vérité, magnifiques.—Ils sont fort laids, au contraire, ajouta-t-il courroucé; figurez-vous qu'ils n'ont pas voulu de ma robe que j'aurais cédée à 50 pour 100 de perte.

— Mardi nous avons eu, à l'Académie, une séance pleine d'émotions quoique nous n'en soyons qu'au prologue de scènes plus émou-

(1) Ce fragment d'une lettre extrêmement curieuse de Broussais, jusqu'alors inédite, est pris dans un nouvel ouvrage tout récemment publié par M. Réveillé-Parise, sous ce titre : *Etudes de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie*. Dire que la lecture de cet ouvrage est remplie de charmes, ce ne sera rien apprendre à tous ceux qui connaissent le talent si pur et si élevé, la philosophie aimable et douce de cet excellent confrère, notre ancien et notre maître à tous.

quée qu'avec circonspection.

Chez les enfants, les os sont exposés aux mêmes maladies que chez l'adulte ; la carie, la nécrose, les tubercules des os. Nous vous avons fait voir aujourd'hui comme exemple de nécrose très étendue, un séquestre que nous avons extrait devant vous, et qui consiste en une portion de tibia de douze centimètres de long. La périostite, l'ostéite simple, quelle qu'en soit la cause, se présenteront souvent à vous dans notre service. Les fractures sont au moins aussi fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte. Sur 54 lits consacrés aux maladies chirurgicales proprement dites, il nous est souvent arrivé d'avoir 16 ou 18 fractures en même temps en traitement. Au commencement du mois dernier, nous avions douze enfants atteints de fractures. Le plus ordinairement, dans l'enfance, les fractures sont simples, sans complications. Cependant, il n'est pas que nous n'ayons à traiter quelquefois des fractures compliquées ; dans les grandes manufactures, il n'est pas rare que des enfants se laissent saisir par les engrenages des machines à vapeur, et qu'un membre soit plus ou moins broyé. Une chute sous la roue d'une voiture produit des accidents du même genre.

Les luxations sont de deux espèces ; spontanées, suites de maladies articulaires, plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, principalement dans la coxalgie ; accidentelles, beaucoup plus rares, en raison de l'extensibilité et de la laxité des téguments articulaires, comme aussi du peu de profondeur des cavités. Les maladies des articulations s'observent en grande quantité. Les arthrites chroniques, les tumeurs blanches de toute espèce, de toute nature, les hydrarthroses, les plaies des articulations.

Passant aux parties molles de l'appareil locomoteur, nous avons, comme chez l'adulte, les plaies des muscles, des tendons ; puis, et cela dans une telle proportion, que l'on a voulu en faire une spécialité dans l'art de guérir, les rétractions musculaires, acquises ou congéniales ; il est rare que nous n'ayons pas dans nos salles quelques sujets affectés de rétractions de ce genre. Vous avez pu voir, ce matin, une fille de huit ans que nous avons opérée dernièrement pour une rétraction du muscle sterno-mastoïdien, et qui est maintenant en pleine convalescence, et un garçon, également convalescent, qui était affecté d'une rétraction des tendons des doigts de la main. Nous avons indiqué plus haut les doigts surnuméraires en parlant des vices de conformation.

Appareil respiratoire. — En première ligne, se présentent les maladies chirurgicales du larynx, plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte ; la laryngite simple, la laryngite pseudo-membraneuse, la laryngite œdémateuse. La fréquence de la seconde espèce s'explique, du reste, parfaitement par la facilité avec laquelle, dans l'enfance, les fausses membranes se développent à la suite de la phlegmasie des muqueuses. Toutes les affections du larynx peuvent aussi bien être considérées comme étant du domaine de la chirurgie que de la médecine, réclamant souvent l'opération de la trachéotomie. Puis les corps étrangers dans le larynx, dans la trachée-artère. Il arrive souvent que des enfants s'amusent à tenir dans la bouche des baricots, des pièces de monnaie, etc. Un mouvement involontaire de déglutition, un éclat de rire, déterminent l'entrée du corps étranger dans le tube aérien, où il s'arrête, et d'où il est nécessaire de le retirer au plus vite pour éviter une suffocation imminente. La bronchite pseudo-membraneuse, le croup, exige souvent aussi l'ouverture du tube aérien. Les plaies du larynx sont rares et ne nous arrêteront point. Pour terminer ce qui est relatif à l'appareil respiratoire, nous mentionnerons encore les plaies de poitrine, les fractures de côtes, les déchirures du poumon par cause traumatique, aussi fréquentes dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie.

Appareil circulatoire. — Une des affections les plus communes de cet appareil, l'anévrisme, est rare chez l'enfant. C'est à peine si nous nous souvenons d'en avoir vu un ou deux cas. Mais il peut survenir à la suite de blessures. L'entérite est plus fréquente. Nous avons eu quelquefois occasion d'observer des gangrènes survenues à la suite de l'inflammation artérielle. Pour ne vous en citer qu'un exemple, nous vous rappellerons le fait d'un enfant qui s'est présenté à nous dans les premiers jours de cette année, atteint d'une gangrène des deux membres inférieurs, consécutive à une inflammation de la partie inférieure de l'aorte à son point de bifurcation. Nous dûmes pratiquer l'amputation des deux cuisses dans un point très rapproché du tronc ; nous ne pûmes sauver l'enfant, qui succomba quelques jours après la double opération. Il n'est pas extrêmement rare, bien qu'elles soient moins fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, de voir des phlébites se développer à la suite des grandes opérations. Par suite, la résorption purulente, cette terrible affection presque toujours mortelle, est plus rare aussi chez l'enfant. Mais un genre de maladie chirurgicale dépendant de l'appareil circulatoire, qui est énormément plus commun dans l'enfance qu'à tout autre âge, à tel point qu'on pourrait la croire spécial aux jeunes sujets, ce sont les tumeurs érectiles. Tous les ans nous en avons un certain nombre dans notre service ; et nous pourrons, dans le cours de cette clinique, vous présenter probablement des exemples multipliés de cette curieuse disposition.

Appareil digestif. — Nous mentionnerons d'abord les vices de conformation de la partie supérieure du tube digestif, l'imperforation de l'orifice buccal par adhérence des lèvres ; le bec-de-lièvre, soit simple, soit double, borné aux parties molles, ou comprenant l'épaisseur des os et la voûte palatine. Un cas assez rare, et dont personne, que nous sachions, n'a encore fait mention, au moins avec détail, c'est l'hypertrophie de la lèvre supérieure. Nous avons, tout dernièrement, eu dans nos salles un jeune garçon affecté de cette singulière maladie. Depuis, un de nos confrères de la ville nous a dit en avoir observé un pareil. Ce fait, extrêmement curieux à cause de son excessive rareté, nous fait vous engager à nous communiquer les exemples de ce genre qui pourraient passer sous vos yeux.

La brièveté du filet, à laquelle une simple section suffit pour remédier ; la stomatite, soit pseudo-membraneuse, soit ulcéreuse, soit gangreneuse, maladie ordinairement plus effrayante que grave, lorsqu'elle est soumise à temps à un traitement convenable ; la gengivite, qui, portée à un haut degré d'intensité, peut déterminer la nécrose de l'os maxillaire, méritent aussi de fixer votre attention d'une manière spéciale. Les angines souvent répétées déterminent fréquemment, chez les jeunes sujets, l'hypertrophie des amygdales, hypertrophie qui nécessite leur ablation. Enfin, il n'est pas sans exemple que des corps étrangers très volumineux, introduits imprudemment dans le pharynx et engagés dans l'œsophage, aient nécessité l'opération de l'œsophagotomie, toujours très grave et beaucoup plus difficile à pratiquer que la trachéotomie, en raison de la profondeur de ce canal et de l'importance des nombreux organes au travers desquels il faut pénétrer pour arriver jusqu'à lui.

(*La fin à un prochain numéro.*)

MALADIES DES YEUX. — M. SICHEL.

Mélanose. Extirpation du globe oculaire. Dégénérescence cancéreuse du muscle droit interne. Considérations pratiques sur la mélanose.

Un cas des plus curieux et des plus graves s'est présenté dernièrement à la clinique ophthalmique de M. le docteur Sichel, et assez rare pour que nous ayons cru devoir le publier en détail. Nous y joindrons les quelques réflexions qu'il a suggérées au professeur qui nous a permis de les reproduire. C'est donc un résumé succinct des opinions et des recherches de M. Sichel que nous donnons ici sous sa direction et avec son assentiment.

L'extirpation de l'œil, dit M. Sichel, est une opération excessivement douloureuse, plus redoutable encore par la fréquence des rechutes qui en sont la suite, que par les dangers réels qu'elle présente. Aussi ne la pratiquons-nous qu'à notre corps défendant, et quand nous nous trouvons dans l'impossibilité absolue d'agir d'autre manière, précepte qui, pour le dire en passant, doit selon nous, être, dans tous les cas, la règle du chirurgien consciencieux. Cependant, jamais non plus cette crainte de provoquer une violente douleur ne nous arrête un seul instant, lorsque nous nous sommes convaincu que l'opération est nécessaire. Autant il est du devoir du chirurgien de l'éloigner le plus possible, autant il serait coupable s'il hésitait lorsque le salut du malade l'exige, lorsque la nature de l'affection inspire des craintes sérieuses pour la vie du sujet.

Nous allons raconter en peu de mots l'histoire du malade qui fait le sujet de cette observation, puis nous exposerons aussi brièvement quelques considérations sur l'altération dont il est atteint, affection sur laquelle nous avons dirigé des recherches toutes spéciales.

Le nommé H....., âgé de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, vacciné, non variolé, n'ayant présenté jusqu'à ce jour aucune trace d'affection scrofuleuse ou cancéreuse, reçut, il y a douze ans environ, un coup de doigt dans l'œil droit. A la suite de ce coup il perdit, nous dit-il, complètement la vue des deux yeux pendant trois mois environ. Il fut soigné à cette époque par M. Grandjean, oculiste, qui employa tour à tour les émissions sanguines, les émollients, les révulsifs, sinapismes, vésicatoires, etc. Au bout de trois mois de traitement, il avait recouvré presque complètement et graduellement la vue de l'œil gauche ; mais la vision ne s'est jamais rétablie de l'œil droit. Cependant le malade se trouva assez bien pour reprendre ses occupations de serrurier. Il n'éprouvait dans l'œil droit aucune espèce de douleur. Trois ans après l'accident dont nous avons parlé, il nous dit que son œil devint d'une couleur bleuâtre ; et à la surface du *blanc de l'œil* se montrèrent de petits points ronds de la grosseur de grains de millet, noirâtres. Il consulta à la Pitié M. Sanson, qui lui fit pratiquer des saignées abondantes, lui fit appliquer des sangsues à la tempe droite, et lui fit faire des frictions avec la pommade ammoniacale. Il a quatre ans, enfin, il entra dans le service de M. Lisfranc, qui y lui fit à l'œil une petite opération, dont il ne peut nous rendre compte. A cette époque, il éprouvait des douleurs de tête très violentes, des élancements dans l'œil droit, symptômes qui persistèrent jusqu'au moment où il se présenta à nous.

Il y a dix-huit ou vingt mois, nous le vîmes pour la première fois ; il nous offrit une affection irrégulière de l'œil, et qui nous frappa à tel point par sa singularité même, que nous nous en rappelons les détails de la manière la plus explicite et la plus complète. On observe assez souvent des destructions de la cornée avec staphilome complet de l'iris. Dans les cas de ce genre, on constate, en place de la cornée, une surface d'un bleu noirâtre, quelquefois légèrement lobulée, mais lisse, surface formée par l'iris mise à nu. Ceci arrive le plus souvent après des ophthalmies puriformes. Chez ce malade il en était de même. Seulement l'iris, en procidence, occupait la place de la cornée qui n'existait plus, et empiétait plus que

---

vantes encore, du moins c'est probable. La commission dont M. Velpeau était l'organe, et qui était chargée de l'examen du mémoire de M. Malgaigne sur la valeur de la ténotomie rachidienne, a lu son rapport au milieu du silence et du grave recueillement de l'assemblée. A peine M. Velpeau avait indiqué le sujet de sa lecture, que tous les yeux se sont tournés vers le banc occupé d'ordinaire par M. J. Guérin, où ils n'ont rencontré au lieu de son front superbe, que la placide figure de M. Jadelot, tout étonné de cette attention générale. M. Guérin était absent. Est-il bien vrai qu'il ait été aperçu au commencement de la séance et, qu'averti du rapport qui allait être lu, il ait cru prudent de s'en aller ? Voilà ce qui s'est dit, mais ce que je ne puis croire. M. Guérin a intrépidement affronté assez d'autres orages pour qu'un doive croire qu'il n'a pas eu peur de celui-ci. On a pu refuser bien des choses à M. Guérin, mais non certes le courage de ses opinions qu'il a souvent porté jusqu'à la témérité. On parle aussi d'un parti pris de fuir le débat, de n'y prendre aucune part, pour se donner le prétexte de dire qu'on a été étranglé entre les deux portes de l'Académie sans qu'on ait pu se défendre. Je ne crois pas un mot de tout cela ; mais ce qui cst certain, c'est que la commission en refusant communication de son rapport même aux journalistes qui auraient pu le reproduire ou l'analyser, la commission n'a en aucune façon favorisé la défense de M. Guérin. J'avoue que, pour mon compte, j'aurais désiré quelque chose de plus large, de moins soupçonneux, de plus loyal. L'Académie, en renvoyant la discussion à la prochaine séance, motivée sur l'absence de M. Guérin, avait cédé à un sentiment de justice très convenable ; mais cet acte de déférence envers un de ses membres n'aura pas produit le résultat qu'on attendait, car M. Guérin n'ayant pu prendre communication du rapport, les choses en sont au même point que mardi dernier. Maintenant l'Académie passera-t-elle outre ? Si M. Guérin est présent et qu'il demande communication du rapport, la lui refusera-t-on ? La discussion sera-t-elle ajournée jusqu'à ce qu'il plaise à M. Guérin de la reprendre ? Voilà bien des embarras qu'une fausse démarche a produits et qu'on aurait pu s'éviter en suivant correctement une voie plus simple et plus droite. Puisque l'Académie avait voté l'ajournement de la discussion, c'était apparemment pour que M. Guérin pût préparer sa réponse ; or, on lui en a ôté la possibilité ; il n'a pas entendu le rapport, il n'a pu le trouver au secrétariat, il n'a pu le lire dans les journaux auxquels on en a refusé communication, de bonne foi que voulez-vous donc qu'il fasse ? Soyons équitables, messieurs, et même généreux envers nus adversaires : en toutes choses, voyez-vous, l'adresse c'est la justice.

Cela dit avec ma liberté accoutumée — et certes, en toute circonstance sérieuse j'ai prouvé qu'aucune autre préoccupation ne me guidait que celle du vrai et du juste — je rendrai un parfait et sincère hommage au rapport de M. Velpeau. Ceux qui attendaient de lui de la colère, de la passion, des représailles si imprudemment provoquées, ont dû être complétement désappointés. Le rapporteur a tenu le langage digne, élevé, austère de la science; ce n'est point un homme et ses écarts et ses affirmations qu'il a voulu juger, c'est une méthode thérapeutique, et ses erreurs et ses illusions. Placée sur ce terrain, la discussion de personnalité s'amoindrit ; espérer qu'elle s'efface entièrement, serait nourrir une illusion décevante; il n'est pas possible, comme le croient ceux qui de leur vie n'ont manié l'arme de la polémique, de séparer l'homme de ses œuvres. D'ailleurs ici, plus qu'en toute autre occasion, le débat devient direct; il y a là un médecin qui affirme et nn médecin qui nie. Et qu'affirme-t-on d'une part et que niet-on de l'autre? Est-ce une opinion, une vue de l'esprit ? Nun, des résultats, des faits visibles et tangibles. Le moyen, s'il vous platt, de ne pas dire à l'un ou à l'autre de ces médecins : Vous..... n'avez pas dit la vérite ? Certes, un tel compliment est difficile et pénible à dire, surtout à une académie dont les formes méticuleuses et polies s'effarouchent de tout propos un peu dur. Mais il y a quelque chose de plus pénible encore et qui doit surtout préoccuper l'Académie, c'est l'incertitude, le doute général qui règne à cette heure dans le corps médical, sur les promesses de la ténotomie; c'est l'anxiété des familles attendant avec impatience une solution quelconque aux grands débats qui depuis dix-huit mois agitent la pratique. Le moment est donc venu d'une discussion grave, sérieuse et solennelle. Sans blesser les intérêts les plus légitimes de la science et de l'art, sans manquer à sa mission, l'Académie ne peut s'y soustraire. M. Guérin moins encore ; tout fauxfuyant le perdrait sans retour.

Pour nous, dans ce journal, — et je suis ici l'interprète de sa rédaction générale — nous nous efforcerons de reproduire cette discussion avec la plus complète impartialité ; notre intention formelle est de nous tenir en dehors, comme nous l'avons fait jusqu'ici, de tout intérêt autre que celui de la science et de l'humanité, et si la vérité doit jaillir de ce débat, ce n'est pas nous qui en obscurcirons la pureté.

— Jeudi s'est terminé le concours pour deux places de chirurgiens au Bureau central des hôpitaux de Paris. Les nominations ont été accueillies avec un vif intérêt ; si pour M. Després, si excellent et si spirituel camarade, cette nomination a été un succès mérité, elle a été une victoire pour M. Richet, jeune chirurgien dont la thèse n'a pas six mois de date, qui quitte à peine l'internat et qui, pour la première fois, paraissait dans cette arène redoutable des concours. Ce succès est d'autant plus honorable, qu'il a été obtenu sur des compétiteurs d'un mérite incontesté. On a beau récriminer, le concours, manié avec intelligence et bonne foi, produira souvent des résultats analogues. Que de temps il eût fallu à M. Richet pour se faire apprécier, pour obtenir une position digne de son mérite, si le concours ne l'avait mis en évidence!

Du reste, il a été dit bien des choses sur ce concours, des précautions inusitées prises par l'administration pour s'assurer de l'impartialité des votes, de quelques démarches fort excentriques de certains compétiteurs, de quelques recommandations fort singulières, d'une usurpation de filiation, etc. ; mais tout cela frise la malignité, et je me sens d'humeur bénigne aujourd'hui.

— Vous avez lu probablement dans votre vie un grand nombre de *puffs* plus ou moins phénoménaux ; je vous défie cependant de m'en citer un qui soit aussi colossal que celui-ci, sérieusement raconté par la *Revue Britannique*.

« Les facultés vitales peuvent-elles rester suspendues pendant un temps indéfini, et reprendre ensuite leur cours régulier? Il n'est pas permis d'en douter devant l'expérience journalière d'une multitude de cas d'asphyxie et de catalepsie. Mais, qu'il soit au pouvoir de l'homme de produire ces intermittences de la vie, d'arrêter chez un être animé la sensibilité, la locomotion, le jeu des organes et la circulation des fluides, et de restituer ensuite, selon sa volonté et quel que soit le temps écoulé, à toutes ces fonctions leur exercice normal; que l'on puisse ainsi conserver les animaux vivants pendant des siècles, comme autrefois les Egyptiens les conservaient morts, c'est là un ordre de faits jusqu'à présent relégué dans le domaine de la mythologie.

» Le professeur Van Grusselback, de Stockholm, frappé par l'observation de divers phénomènes de longévité animale, notamment à l'occasion de la dcouverte d'un crapaud vivant dans uu bloc de pierre calcaire où, selon tous les calculs géologiques, il avait dû séjourner plusieurs milliers d'années, a entrepris d'étudier et de s'approprier ce curieux secret de la nature.

» Après vingt-neuf années de recherches persévérantes et d'expérimentations répétées sur plus de soixante mille animaux, tels que reptiles, poissons, etc., le savant physicien se serait enfin hasardé à tenter un essai sur un être humain. Le procédé qu'il emploie n'est autre qu'un abaissement graduel de température, jusqu'au point de conduire par le froid les individus à une torpeur complète, sans léser les organes ni altérer les tissus. Réduits à cet état, suivant le savant professeur, ils peuvent rester des centaines, des milliers d'années, et, après ce sommeil séculaire, revenir à l'existence aussi frais et aussi dispos qu'ils l'étaient au moment de l'expérience.

» Entre autres curiosités que possède M. Van Grusselback se trouve un petit serpent qui, rigide et glacé comme un morceau de marbre, devient en quelques minutes, et à l'aide d'une aspersion stimulante, aussi vif et frétillant qu'au moment où il avait été pris. Le professeur l'a laissé dans un état d'engourdissement complet, avant de tenter sa résurrection.

» Mais parmi les sujets exposés dans le laboratoire de M. Van Grusselback, il y en a un qui excite au plus haut point l'attention et l'intérêt ; c'est une jeune fille suédoise, paraissant âgée de dix-neuf ans

d'ordinaire sur la marge de la sclérotique. La tumeur, bosselée, était repliée par ses bords sur ceux de la sclérotique, que nous ne pouvions apercevoir. Cette disposition nous représentait un staphylome complet très considérable. Tel fut aussi notre diagnostic, et nous déclarâmes que la simple cautérisation que nous avons l'habitude de pratiquer dans des circonstances analogues, ne nous paraissait point ici praticable; elle aurait détermiué une irritation trop intense sur une grande surface.

L'ablation du staphylome, ou du moins de la partie centrale du staphylome, nous eût paru préférable. Nous agitâmes un instant la question de savoir si nous avions affaire à une mélanose, dont quelques taches bleuâtres à peine commençantes de la sclérotique pouvaient nous faire soupçonner l'existence. Nous abandonnâmes cette opinion, n'ayant jamais vu de mélanose de l'œil compliquée de staphylome complet de l'iris, et ne trouvant point dans la sclérotique ces bosselures d'un bleu-ardoisé qui accompagnent la mélanose du globe.

Par ces raisons, nous nous bornâmes à enlever la plus grande partie de la surface du staphylome, et nous fûmes étonné de ne point tomber, non pas sur le cristallin, mais sur la membrane du corps vitré; nous trouvâmes, au contraire, une surface noirâtre, légèrement pointillée, évidemment formée de substance mélanotique. La plus grande partie du staphylome enlevée, nous trouvâmes de petites bosselures noirâtres, inégales, situées dans la partie voisine de la sclérotique, au-dessous de la circonférence du staphylome, qui s'était repliée sur elle, et qu'alors seulement nous pûmes soulever. Dès lors notre diagnostic n'était plus douteux. Nous déclarâmes que nous n'avions point eu affaire à un simple staphylome, mais bien à un dépôt de substance mélanotique dans le globe oculaire. Du reste, nous n'avons jamais pu nous rendre compte de la marche de la maladie dans ce cas, qui nous paraît être unique dans son genre. Nous avons vu un grand nombre de mélanoses de l'œil, jamais nous n'avons trouvé cette complication de staphylome complet de l'iris avec la mélanose ordinaire.

Le stapbylome était-il, dans ce cas, la suite de la mélanose, laquelle aurait alors constitué l'affection primitive? Cette supposition n'a rien que de possible. Lorsque la matière mélanotique, par son accumulation trop considérable, a fortement distendu le globe oculaire, elle peut déterminer dans un point quelconque son ramollissement ou sa rupture, et alors la tumeur formée par cette matière mélanotique vient faire saillie au dehors. Mais une raison péremptoire et qui prouvait de la façon la plus évidente que l'affection ne pouvait avoir marché très rapidement, c'est que le staphylome de l'iris était complet, et qu'il ne restait pas la moindre trace de la cornée. Cela peut s'expliquer par une rupture de la cornée, mais seulement par une pblogose plus ou moins lente de ce cette membrane avec infiltration, suppuration et destruction complète. Peut-être aussi y avait il dans ce cas, et la disposition des parties ne nous ferait pas regarder cette idée comme invraisemblable, peut-être y avait il eu une ophthalmie puriforme aiguë survenue sur un œil mélanotique, ophthalmie qui a donné lieu à la fonte de la cornée et à la mise à nu de l'iris. Nous n'avons pu savoir quelle a été l'opération pratiquée par M. Lisfranc, et si peut-être il a enlevé une partie de la cornée pour des végétations semblables à celles qui se sont formées plus tard.

Quoi qu'il en soit, nous changeâmes aussitôt notre diagnostic primitif; nous relevâmes les lambeaux de la circonférence de l'iris pour examiner la sclérotique, et nous trouvâmes les bosselures noirâtres dont nous avons parlé. Dès-lors, nous dûmes déclarer au malade qu'il faudrait peut-être, dans un temps plus ou moins rapproché et que nous ne pouvions fixer, en venir à l'extirpation du globe oculaire, mais que, pour le moment, cette opération n'était point nécessaire.

A la suite de cette excision, H..., vint régulièrement nous voir pendant un mois. Nous employâmes les antiphlogistiques, les mercuriaux, les dérivatifs principalement sur le tube digestif, les cataplasmes sur l'œil malade, tout l'appareil des moyens thérapeutiques à l'aide desquels nous pouvions espérer amener l'atrophie du globe oculaire. Peu à peu nous obtenions, en effet, ce résultat, l'œil diminuait manifestement de volume, et nous avions l'espérance que la maladie se terminerait de cette manière favorable. Non seulement nous avions lieu de penser que la substance mélanotique cesserait de se produire en plus grande quantité, mais encore que celle qui existait déjà finirait par disparaître. Nous avons plusieurs fois observé cette marche rétrograde dans des affections mélaniques et cancéreuses de l'œil. Nous l'avons même amenée par les moyens indiqués ci-dessus.

Sur ces entrefaites le malade partit sans nous prévenir, et nous ne le revîmes plus.

Le 24 septembre dernier, il vint nous retrouver. Depuis un an, nous dit-il, l'œil avait recommencé à augmenter de volume, et aujourd'hui il presente entre les deux paupières une saillie considérable surmontée d'une tumeur du volume de deux moitiés de cerise placées l'une au-dessus de l'autre. Le tiers supérieur est en partie recouvert par la paupière supérieure, sur laquelle la moindre pression est douloureuse. La moitié supérieure de la tumeur, qui est divisée en trois lobes aplatis, de volume à peu près égal et séparés par deux sillons superficiels, est plus pâle que la moyenne. Le lobe inférieur est d'une coloration plus violrcée que les deux autres, et beaucoup moins sensible à la pression. Le malade éprouve des douleurs de tête presque continuelles, et l'intérieur du globe oculaire est le siége de picotements incessants et intolérables. Notre opinion fut que l'extirpation de l'œil était devenue indispensable, et nous en avertîmes le malade.

Dans le cas actuel, il est une circonstance qui pourrait peut-être nous gêner dans l'opération. Il reste de la première opération que nous avons faite au malade une cicatrice, et la tumeur, avons-nous dit, est divisée en trois lobes, qui ne recouvrent que faiblement la partie antérieure du globe oculaire. Ces tissus pourraient bien se déchirer, ce qui rendrait l'opération plus longue et plus douloureuse, en nous obligeant à nous servir de pinces pour saisir les lambeaux. Cependant nous espérons que cet accident n'aura pas lieu.

Une fois l'opération faite, nous devrons examiner avec attention si quelque cause générale entretient la maladie, afin de remédier, s'il est possible, à l'action de cette cause si elle existe. Jusqu'ici nous n'avons trouvé que des bémorrhoïdes, dont H... a été affecté. Elles fluent périodiquement, mais peu; le malade a ce teint blême et terreux que les pathologistes anciens ont appelé *color abdominalis*. Il faudra probablement plus tard, activer et régulariser ce flux dont la suppression est quelquefois une des causes de la mélanose. Ici quelques mots sur cette affection que nous ne regardons pas comme une variété du cancer.

Laënnec est, à notre connaissance, le premier qui ait décrit la mélanose (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, 1806, n° 11), il lui donnait le nom de cancer mélanique. Depuis les premières recherches qu'il a publiées à ce sujet, le plus grand nombre des chirurgiens français ont admis avec lui et admettent encore aujourd'hui le nom de cancer mélanique pour désigner cette production morbide, et partagent l'opinion de Laënnec sur la nature cancéreuse de cette altération.

Nous regardons, pour notre part, cette assertion comme erronée; pour peu que l'on ait eu l'occasion de disséquer des globes oculaires affectés de mélanose, on se convaincra qu'elle n'est autre chose qu'une matière qui existe déjà dans l'économie à l'état normal, mais qui, sécrétée en trop grande abondance dans des organes où elle existe normalement, ou dans des organes dans lesquels on ne doit pas la rencontrer, détermine des accidents d'autant plus fâcheux et d'autant plus graves que la sécrétion est plus abondante, et qu'elle a lieu dans un organe qui n'est pas apte à cette sécrétion. Admettons qu'une congestion périodique se fasse par une membrane muqueuse, cette anomalie ne produira pas de résultats très funestes, vu qu'il y a possibilité d'obtenir l'expulsion du liquide sécrété; mais si cette congestion se porte sur un organe enfermé dans une cavité sans communication avec l'extérieur, et à parois rigides, sur le cerveau, par exemple, la congestion cérébrale pourra produire une hémorrhagie dans le tissu de l'organe, et l'on sait les dangers de l'hémorrbagie cérébrale. Il en sera de même pour la matière mélanotique. Admettons que la choroïde, membrane qui sécrète un pigmentum noir, vienne à produire, par une cause quelconque, dans un temps donné, une quantité plus considérable de pigmentum qu'elle ne doit le faire dans les circonstances physiologiques: si cette quantité n'est pas énorme, les troubles fonctionnels ne seront pas très intenses; si cette quantité est beaucoup plus forte, des accidents se manifesteront. Les troubles fonctionnels seront bien plus marqués si la matière mélanotique est produite abondamment dans un organe, comme la pulpe cérébrale, où elle n'existe pas dans l'état physiologique. Elle produira des accidents analogues à ceux que déterminerait le développement dans le même point d'une tumeur fibreuse, par exemple, ou toute autre accumulation de matière solide ou liquide, donnant lieu à une compression de l'organe dans lequel elle se ferait.

Pour nous, la mélanose n'est autre chose qu'une sécrétion anormale plus ou moins abondandante, du pigmentum noir, ou d'une matière analogue, composée principalement de carbone. Conséquemment, elle ne peut nuire qu'en tant qu'une altération de couleur à l'extérieur est fâcheuse, et qu'une altération de structure à l'intérieur par la compression déterminerait des accidents fonctionnels. Nous ne pensons pas que l'on puisse admettre une autre explication des dangers de la mélanose.

Les collections de substance mélanotique la renferment à l'état solide ou liquide; elles peuvent se produire dans toutes les cavités. De plus, cette substance peut s'infiltrer dans tous les tissus soit normaux, soit accidentellement développés dans l'économie, et, parmi ces derniers, nous citerons le cœur et le tubercule. On trouve dans l'œil de la matière mélanotique mêlée à du squirrhe, à de l'encéphaloïde, à du tubercule. On la rencontre dans la plèvre, dans le péritoine, dans la peau, dans un grand nombre de tissus normaux. De là l'erreur que l'on a commise. Il serait aussi faux de dire que la mélanose est une espèce du cancer, qu'il le serait de prétendre que c'est une espèce du tubercule. Lorsque l'on trouve de ces tumeurs mixtes, on peut reconnaître, par un examen attentif, pour combien elles appartiennent au cancer, pour combien au tubercule, puur combien à la mélanose.

La coexistence de la mélanose et du cancer nous paraît donc entièrement fortuite. On rencontre la matière mélanotique dans l'œil comme dans les tissus normaux dont nous venons de parler, et peut-être même plus facilement que dans les autres organes, ce qui s'explique par la présence d'une membrane qui sécrète à l'état normal la matière colorante noire dont l'excès constitue la mélanose. Ces accumulations de matière mélanotique sont surtout reconnaissables à deux caractères. Lorsqu'on en examine la coupe, elles sont manifestement composées à l'œil nu, et surtout à la loupe, de petits globules analogues aux globules de pigmentum. Placées dans l'eau pendant un certain temps, elles communiquent au liquide une teinte brunâtre foncé; l'alcool précipite de l'eau ainsi colorée, une matière noire plus ou moins abondante. Ce n'est point ici, du reste, le lieu d'entrer dans de plus longs détails, et ces caractères suffisent pour établir le diagnostic.

Dr A. FOUCART.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

environ. Condamnée à mort comme coupable d'infanticide, elle a été, par ordre du gouvernement, livrée au professeur pour servir à ses expérimentations. Sauf une légère pâleur répandue sur son visage, elle semble paisiblement endormie, quoique depuis deux ans déjà, au dire du physicien, elle soit dans un état d'insensibilité complète. Cinq années doivent s'écouler avant le moment fixé par M. Van Grusselback pour la ressusciter et proclamer à la face du monde sa merveilleuse découverte. »

Eh, mon Dieu! pas n'est besoin de la congélation graduelle pour voir des gens, en médecine surtout, qui semblent avoir dormi pendant plusieurs années. Vous en rencontrez qui, du plus grand sang-froid du monde, vous racontent des faits aussi nouveaux que la mort de Boerhaave ou la découverte de la circulation. Pas plus tard qu'hier, je lisais dans un vieux livre de chirurgie, bien connu cependant, une découverte toute récente présentée naguère avec un certain fracas à l'Institut. Il s'agit..... Mais je ne veux le dire que lorsque l'Institut aura décerné un prix Montyon à la susdite découverte; ce sera plus piquant. Seulement je prends date avec vous, chers lecteurs. Jean RAIMOND.

Boîte aux lettres de Jean Raimond.

J'ai reçu de M. Guillon une lettre qu'il m'est impossible d'insérer textuellement; en voici quelques extraits:

Monsieur le Rédacteur,

....Dans une lettre publiée par le spirituel et judicieux Jean Raimond, on a parlé *de procédés* et *procédoncules* adressés récemment à l'Académie de médecine. Comme j'ai intérêt à ce que nos confrères ne soient pas induits en erreur, et comme je désire conserver ce qui est à moi, ayez, je vous prie, l'extrême bonté de donner place à cette lettre dans un prochain numéro de votre Journal; elle a pour but de rappeler:

1° Que ces procédés et procédoncules ne sont qu'une reproduction des procédés que j'ai ajoutés à la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre, mais avec des modifications:....

2° Que j'ai adressé à l'Académie de médecine, il y a cinq ans, un Mémoire qui est inséré dans la *Revue médicale*, cahier de février 1839 (page 299), *pour réclamer la priorité de diverses méthodes de traitement des maladies des voies urinaires, qu'on s'était appropriées*. Ce Mémoire, auquel on n'a pas répondu, et dont je donnerai prochainement une deuxième édition, prouve irréfragablement que ceux qui crient contre les amateurs d'inventions toutes faites, s'approprient aisément les idées des autres. Mes méthodes de traitement sont indiquées dans la *Gazette des Hôpitaux* des 21 mai et 20 septembre 1831, des 14 février et 5 mai 1832, ainsi que dans le compte-rendu des travaux de la Société de médecine-pratique pendant les années 1831 et 1832, publié en 1834 par le secrétaire-général de cette société.

3° Cette lettre a encore pour but de faire connaître les motifs qui m'ont empêché de publier mon travail sur les perfectionnements que j'ai apportés aux moyens curatifs des rétrécissements de l'urètre.

Ces motifs, les voici: Dans certaine brochure, on a promis de publier *un volume* sur les additions qu'on aurait apportées au traitement des rétrécissements de l'urètre, ajoutant que « *le traitement de ces rétrécissements est encore un chaos.* » Par conséquent, j'ai attendu la publication de ce volume annoncé, pour faire la mienne..... J'attends *depuis quatre ans*.....

Agréez, etc. GUILLON, D.-M.-P.

Paris, le 6 novembre 1844.

NOUVELLES.

M. Ballard a été nommé dans la séance d'aujourd'hui, membre de l'Académie des science en remplacement de M. d'Arcet. Il a obtenu 28 suffrages et M. Frémy 26.

— M. J. Greefs, professeur à l'Académie d'Anvers, va commencer l'exécution en marbre de la statue d'André Vesale, qui doit décorer une des places publiques de Bruxelles. C'est dans une des salles de l'Académie que cette œuvre sera confectionnée; on s'occupe déjà de tous les préparatifs.

— Les journaux javanais rapportent que dès que l'importation du sel est empêchée chez la peuplade des Dayakois, ceux-ci sont bientôt affectés d'une maladie particulière. — Quelle peut être cette infirmité que provoque la privation du sel?

— Il existe à Constantinople une espèce très originale de médicastres. On les appelle *Planschiktschi*; ils portent le turban vert, parce qu'ils se disent les descendants de Mahomet. Ils se tiennent ordinairement assis près du palais d'été du sultan. Tout passant a la faculté de leur demander du secours, et leur paie ce qu'il peut. Ce qu'il y a de plus extraordinaire, est leur manière de traiter. Le Planschiktschi place le malade devant soi, commence à le frotter des mains et marmotte quelques paroles inintelligibles. Après une demi-heure de ces manœuvres, il congédie le patient et le fait revenir le lendemain. Ces manipulations se répètent ordinairement trois ou quatre fois, et le malade guérit *toujours*, dit la chronique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 octobre 1844. — Présidence de M. FOUQUIER.

A trois heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Tanchou, vice-président, occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. le secrétaire-général donne lecture du procès-verbal de la séance tenue extraordinairement le 10 septembre dernier par les membres de la commission des prix. Les quatre propositions suivantes ont été émises par chacun des quatre membres présents?

1° De la fièvre typhoïde, de ses caractères essentiels, de son traitement;

2° Du cancer proprement dit, des tumeurs qui peuvent devenir cancéreuses, du traitement médical du cancer;

3° De la dysenterie;

4° De la phthisie, de ses caractères essentiels, de son traitement, de sa curabilité.

Dans la prochaine séance la Société devra choisir parmi les quatre propositions, celle qu'elle présentera comme sujet du prix à donner en 1846.

Elle décidera, en outre, en quelle forme sera rédigée cette proposition, et quel sera le prix de la médaille à décerner.

—A l'occasion de ce qui est rapporté dans le compte-rendu de la dernière séance, où M. Serrurier, en parlant de la constitution médicale de l'année dernière, rappelle qu'elle a été éminemment catarrhale, notre collègue, M. Sorlin, témoigne quelques doutes sur la vérité de cette assertion. Pour sa part, il a eu à traiter des érysipèles à la face, accompagnés de symptômes nerveux. Il a vu plusieurs fièvres typhoïdes; or il adopte, en thèse générale, cette opinion, que lorqu'une maladie règne épidémiquement, la constitution médicale se trouve modifiée et cesse, ce que les vents, la température variable, ou toute autre cause, sembleraient devoir l'avoir faite.

M. Ch. Masson répond que dans sa clientèle il a rencontré, comme

M. Serrurier, un grand nombre d'affections catarrhales; que les observations faites par ce confrère peuvent donc être exactes, et les corollaires qu'il en a tirés d'une grande justesse, malgré les faits observés par M. Sorlin; que cela tient au hasard qui, dans la pratique particulière, amène telle ou telle maladie, et que pour s'élever à ces considérations générales, il faut s'aider, non-seulement des faits recueillis dans sa pratique particulière, mais encore de ceux observés dans les hôpitaux ou recueillis par les confrères.

— L'ordre du jour amène la discussion sur le choix à faire parmi les quatre questions présentées à la Société par la commission des prix.

On convient, sans discussion, que la question mise au concours sera celle-ci : « De la fièvre typhoïde, de son caractère essentiel et de son » traitement ; » sauf cependant à modifier la rédaction.

Une longue discussion s'engage à propos de la forme à donner à cette proposition. Les uns, comme MM. Foucart et Pédelaborde, voudraient qu'on traçât l'histoire complète de la fièvre typhoïde; qu'on insistât sur ses caractères, ses lésions anatomiques, son traitement. M. Charles Masson pense qu'il suffirait de poser ainsi la question : « De la fièvre » typhoïde, » et de laisser le champ libre aux concurrents. M. Duhamel rappelle qu'il ne faut point oublier que le but que se propose la Société est éminemment pratique, et qu'on doit fixer surtout l'attention sur ses caractères essentiels et son traitement. Chacun formule par écrit son opinion. Enfin, la Société consultée, adopte la rédaction suivante :

« Que doit-on entendre par fièvre typhoïde? Tracer succinctement son histoire; insister particulièrement sur ses caractères essentiels et sur son traitement. »

La Société décide, en outre, que le prix consistera en une médaille d'or de 500 francs, et que les mémoires devront être remis au secrétaire-général, M. Serrurier, avant le 1er janvier 1846.

— Un membre rappelle à M. Chalus qu'il a parlé d'un jeune enfant mordu par un chien à la lèvre. Les médecins vétérinaires d'Alfort, après l'examen du cadavre du chien, ont constaté les signes caractéristiques de l'existence de la rage pendant la vie de l'animal. L'enfant a été cautérisé deux fois. Pourrait-il donner quelques explications sur le rapport des vétérinaires, et sur la santé actuelle de l'enfant? M. Chalus répond qu'il communiquera plus tard la note qui lui est venue d'Alfort, et il annonce que l'enfant est en parfaite santé.

— *M. Duhamel* avait accouché une dame de vingt-cinq à vingt-six ans, aussitôt après la délivrance elle avait été prise d'une hémorrhagie qui n'avait pu être maîtrisée que par la compression de l'aorte. Elle accoucha pour la seconde fois le 3 juillet de cette année; la poche des eaux fut rompue de bonne heure. Le travail ne dura que deux ou trois heures. Cette dame allaita son enfant; les suites furent heureuses jusqu'au dixième jour. Elle s'était levée la veille sans avoir ressenti aucun accident, mais le onzième jour elle éprouva une impression morale assez vive et le sang vint avec quelque abondance; la région hypogastrique n'était point tuméfiée. Notre confrère, qu'on avait mandé, conseilla le repos, l'usage de la limonade froide et quelques cuillerées d'une potion astringente. Peu d'heures après on le rappela. Le sang distendait l'utérus, et le volume de cet organe simulait une grossesse de six mois. Par quelques frictions on parvint bien à vider l'organe, mais une nouvelle hémorrhagie le distendait : il n'y avait plus à se fier à l'eau froide ou aux astringents. Notre confrère comprima l'aorte au-devant des dernières vertèbres lombaires. Mais comme ce moyen ne pouvait être que provisoire, il fit administrer 50 centig. de seigle ergoté chaque demi-heure, et ensuite on ne donna plus cette dose que d'heure en heure, et plus tard toutes les deux heures. La compression fut encore continuée pendant deux heures, puis suspendue et reprise de temps en temps.

La réunion de ces deux moyens a sûrement contribué à sauver cette femme.

La malade a perdu encore du sang peu coloré, comme il arrive après dix jours d'accouchement. Sa santé est parfaite aujourd'hui, elle nourrit son enfant, et se livre, comme d'habitude, aux soins de son ménage.

M. Sterlin. Dans l'histoire de cette femme, M. Duhamel ne parle pas de la délivrance. Je demanderai si le placenta était bien entier; car, après dix jours, un tel accident est étrange.

M. Duhamel. Je suis certain que le placenta était entier; mais je vais répondre d'une autre manière. En supposant même qu'une portion du placenta fût demeurée dans l'utérus, il ne serait point survenu d'hémorrhagie au dixième jour.

M. Sterlin. J'ai vu des femmes chez lesquelles le placenta était resté plus longtemps, trois semaines ou un mois, par exemple. Cet accident, commun dans les fausses-couches, pourrait se présenter dans un accouchement ordinaire. Les résultats ont été divers, souvent nuls, d'autres fois fâcheux.

M. Duhamel. Je n'avais fait aucun effort violent pour attirer le placent; mais il m'est arrivé de faire des délivrances de placentas enchatonnés ou attachés par parties; lorsque j'éprouvais trop de difficulté à les extraire, je les laissais, et je n'ai jamais vu survenir d'hémorrhagie. Je dois ajouter que dans le cas dont il s'agit, aucune odeur infecte n'est venue révéler la présence d'une portion de placenta putréfiée.

M. Charles Masson demande, non point pour blâmer, mais pour s'éclairer, si cette compression est toujours chose facile. Il s'est trouvé dernièrement à Passy auprès d'une femme qui venait d'accoucher, et qui, après avoir perdu beaucoup de sang, avait l'utérus tellement distendu par ce liquide qu'il remontait à l'ombilic et s'étendait de chaque côté en largeur. Le ventre était douloureux : ni le confrère qui avait pratiqué l'accouchement, ni lui n'osèrent comprimer l'aorte au travers de l'utérus, et ne purent l'incliner à droite ou à gauche. Et d'ailleurs, lorsque la syncope, qui peut être mortelle, est imminente ou commencée, est-il prudent, en appuyant sur le ventre, de s'opposer aux mouvements du diaphragme lorsqu'il reste si peu de vitalité à ce muscle inspirateur, et d'apporter ainsi un obstacle à la respiration, dernière ressource en cette circonstance? Dans l'impossibilité de comprimer l'aorte, et dans ce danger pressant nous eûmes recours aux affusions d'eau froide sur le ventre, aux injections de suc de citron, et à l'administration du seigle ergoté. L'hémorrhagie cessa, et la malade se rétablit parfaitement.

M. Duhamel. Je n'ai jamais éprouvé de difficulté à faire cette compression. Depuis lors, appelé auprès d'une femme qui, sans être accouchée, éprouvait une perte assez inquiétante, j'essayai utilement de cette compression, que je fis faire plus tard par le mari; et cependant les parois abdominales étaient tendues, et cette femme portait plusieurs tumeurs sur les côtés du bassin. Dans l'accouchement vous avez des parois relâchées; quant à l'utérus, vous le *bousculez* comme vous voulez. Il faut croire à l'efficacité d'un moyen, lorsque les autres n'ont point réussi.

M. Belhomme. On a dit tout à l'heure qu'une hémorrhagie peut survenir si on laisse une portion de placenta dans l'utérus. Un accoucheur célèbre ne fait jamais d'accouchement sans porter la main dans la matrice, et parcourir sa cavité pour s'assurer s'il n'est point resté quelque portion du délivre. Or si un homme de ce poids use toujours d'un pareil procédé, on peut croire qu'il n'est point sans importance. Si par cette manœuvre on peut prévenir les accidents consécutifs, nul doute qu'il ne fallût toujours y recourir.

M. Duhamel. A ce précepte, on peut opposer celui d'un professeur de l'école de Strasbourg, qui conseille de ne jamais délivrer les femmes.

M. Terrier. C'est aussi l'opinion d'un professeur qui a écrit sur l'art des accouchements.

M. Serrurier. J'avais accouché une femme qui fut prise d'hémorrhagie. Les moyens ordinaires n'ayant point suffi pour la maîtriser, on envoya chercher M. Evrat, qui fit acheter douze ou quinze citrons et en injecta le suc dans l'utérus : l'écoulement de sang s'arrêta. J'ai usé, dans un cas analogue, et avec succès, du même moyen.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, Charles MASSON.

Nouveau moyen d'oblitérer le sac dans les hernies inguinales.

M. Jobert (de Lamballe) a depuis long-temps déjà, mais récemment encore, mis en pratique pour la cure radicale des hernies, un procédé qui mérite l'attention des praticiens, et que nous nous empressons de soumettre à leur appréciation.

Voici en peu de mots comment l'opérateur agit :

Il refoule les intestins ou l'épiploon dans la cavité de l'abdomen, et les maintient ainsi contenus; puis il enfonce une, deux, ou trois épingles, selon l'étendue du trajet de la hernie, au travers de la peau, du sac, et des vaisseaux du cordon, de manière à comprendre au devant de l'épingle une épaisseur assez grande de tissus, au milieu desquels tout ou partie du sac se trouve intéressé. Il applique alors une suture entortillée sur chaque épingle, il serre modérément, et laisse celle-ci à demeure huit à neuf jours, jusqu'à ce que la peau soit légèrement excoriée. A cette époque, une couche épaisse de lymphe plastique a eu le temps de se déposer et de s'organiser, et une adhérence solide a pu s'établir d'une part entre les deux faces opposées internes du sac, et entre celui-ci et le cordon. On conçoit que les intestins se trouvent alors maintenus au dessus de ce nouvel obstacle. Mais M. Jobert aide encore à ce résultat en faisant après cette opération porter encore pendant quelques mois un bandage contentif. Il obtient ainsi par le secours de l'art ce que la nature produit quelquefois dans des hernies anciennes, et maintenues pendant long-temps par une compression soutenue et bien disposée. Dans ces cas, en effet, on a trouvé une assez grande partie de la portion inférieure du sac complétement oblitérée. M. Jobert a eu l'idée de reproduire cet effet donné par la nature, et il a réussi. Déjà chez plusieurs malades la guérison a été obtenue, soit dans des hernies congénitales, soit dans des déplacements acquis, et rien ne fait présumer le retour de l'affection.

Traitement des hernies étranglées sans opération;
par M. BUCHHEISTER, de Hambourg.

M. Buchheister, après une longue pratique, pendant laquelle il a eu de fréquentes occasions de pratiquer la herniotomie, n'a plus pratiqué depuis cinq ans cette opération, bien que, dans ce laps de temps, il ait été appelé pour trente-sept cas d'étranglements herniaires : chez tous les sujets, à l'exception d'un seul où ne fut mandé que cinq heures avant la mort, les hernies ont pu être réduites sans qu'il ait été besoin de recourir à l'instrument tranchant.

Le grand moyen à employer dans les cas de ce genre est assez connu, dit ce praticien, et il est étonnant, ajoute-t-il, qu'il ne soit pas mis en usage partout; c'est la belladone en lavement d'après la formule suivante :

Pr.		
	Racine de belladone,	30 centigrammes.
	Feuilles de belladone,	30 centigrammes.
	Eau commune,	180 grammes.

Faire bouillir jusqu'à réduction de moitié et passer avec expression.

Si, au bout de quelques heures après l'administration de ce lavement, il ne se manifeste pas de symptômes de narcotisme, on en donne un second préparé de la même manière, et si celui-ci n'agit pas mieux que le premier, on en fait prendre un troisième pour lequel la dose de la racine et des feuilles doit être portée à cinquante centigrammes chaque.

Il va sans dire que chez les sujets jeunes et robustes, et lorsque les douleurs sont considérables, il convient de commencer par une saignée.

Tout le temps que dure l'étranglement, M. Buchheister se dispense de prescrire des moyens internes, parce qu'il les a toujours vus, dans ce cas, agir défavorablement plutôt qu'avantageusement. A l'extérieur, il emploie des applications de glace.

Plusieurs fois il a vu les lavements de belladone donner lieu à des accidents très prononcés d'empoisonnement; mais toujours les malades s'en sont tirés heureusement, bien qu'il ait été presque constamment impossible de recourir à l'emploi d'antidotes appropriés.

Après la cessation de l'étranglement, on n'a plus ordinairement qu'à faire administrer des lavements huileux.

Suivant M. Buchheister, c'est un véritable non-sens de faire prendre du calomel pendant et après l'existence de l'étranglement; car il ne survient presque jamais d'entérite si on ne maltraite pas la membrane muqueuse de l'intestin. Les purgatifs salins excitent souvent un état sub-inflammatoire, et ne conviennent que dans les cas d'anciennes hernies qui n'ont été étranglées que peu de temps. Les cathartiques huileux ont l'inconvénient de provoquer des nausées et même des vomissements, et de rendre le pouls petit; ce qui peut induire le médecin en erreur, en lui faisant croire à l'existence d'une gastro-entérite; car, en général, il est souvent très difficile, au lit du malade, de distinguer bien positivement les symptômes propres à la maladie de ceux qui sont dus à l'action des médicaments employés.

Si, après la réduction de la hernie, le ventre reste un peu douloureux, on ne doit faire prendre au malade que de l'eau froide; on fait, en outre, recouvrir l'abdomen de cataplasmes chauds, et administrer toutes les quatre heures un lavement d'huile d'amandes douces amené à une chaleur convenable.

Si le lendemain, après une nuit un peu agitée, la pointe de la langue devient rougeâtre, le front un peu plus chaud, le pouls petit et accéléré, la soif vive, on doit redouter une inflammation, que l'on peut toutefois conjurer dans le plus grand nombre des cas par l'administration de petites doses de calomel (huit à seize milligrammes quatre fois par jour) et par la continuation de l'usage de l'eau froide à l'intérieur. Mais si les douleurs augmentent, s'il survient de l'inquiétude, et surtout si la face prend cette expression anxieuse vraiment pathognomonique pour celui qui l'a déjà observée, on doit employer les émissions sanguines d'une manière énergique.

Après la réduction de la hernie, le malade ne doit quitter le lit que lorsqu'il est muni d'un bandage bien convenable; mais on sait qu'il est difficile de trouver de pareils bandages. Il est vrai de dire que M. Buchheister ne considère point l'usage du brayer comme absolument indispensable, et qu'il prétend qu'on peut facilement s'en passer. Nous sommes loin de partager sa manière de voir à cet égard.

(*Zeitschrift fuer gesammte Medicin.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 133. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

RAPPORT ET DISCUSSION SUR LA TÉNOTOMIE.

Rapport sur un mémoire de M. Malgaigne, ayant pour titre : « De » la valeur réelle de l'orthopédie et spécialement de la ténotomie » rachidienne, dans le traitement des déviations latérales de l'é» pine. »

Commissaires : MM. Baudelocque, Roux, Velpeau, rapporteur.

L'Académie n'a point oublié, sans doute, l'espèce d'orage suscité dans cette enceinte par la lecture du mémoire de M. Malgaigne ; elle se souvient encore des difficultés apportées par quelques-uns de ses membres à la composition d'une commission chargée d'examiner ce travail. Pénétrés de l'importance de la question, nous n'avons pas cru cependant devoir reculer devant la mission qui nous était imposée. Il nous a semblé que quelques clameurs intéressées n'étaient point de nature à empêcher un corps savant de procéder à la recherche de vérités qui peuvent intéresser la science. Nous nous sommes donc mis à l'œuvre, et nous venons aujourd'hui vous soumettre le résultat de nos recherches. Disons d'abord ce que renferme le mémoire de M. Malgaigne.

Analyse du mémoire. — Etant d'opinion que les courbures latérales de l'épine ne peuvent être redressées *complétement*, l'auteur qui sait que le contraire est soutenu par une infinité de personnes et généralement admis, a pensé que le moment était venu de voir qui a raison ou qui a tort sur ce point, de lui ou de ses antagonistes. La myotomie ou la ténotomie rachidienne, dont on a beaucoup vanté les heureux effets depuis quelques années, lui a paru devoir être examinée avant tout quant à sa valeur réelle ; aussi est-ce à cette opération qu'il s'attaque principalement.

1° Jusqu'ici les faits orthopédiques annoncés appartenaient à des établissements privés ; ils étaient d'ailleurs étrangers à la ténotomie, ou relatés d'une manière si vague, qu'il n'y avait guère lieu de les soumettre à un examen scientifique. M. Malgaigne ne s'est occupé que de ceux qui ont été recueillis en public, sous la sauvegarde, en quelque sorte, des hôpitaux de Paris. Ayant vu, dans un relevé dont les matériaux ont été puisés dans un de ces établissements, que sur 155 cas de déviation de l'épine, on en avait guéri 24, il s'est mis à la recherche de ces derniers, mais sans que les investigations auxquelles il a pu se livrer lui aient permis, assure-t-il, d'en constater aucun. Sur 35 des malades admis dans le service indiqué, les seuls qu'il ait pu retrouver, ou qui appartinssent à la catégorie des courbures vertébrales, il n'en a pas rencontré un seul qui fût complétement redressé.

2° Confirmé dans son opinion par ce premier examen des faits, M. Malgaigne se livre ensuite à la recherche des causes des difformités, afin de voir si elles ne deviendraient pas une indication de la ténotomie rachidienne. Pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de l'hypothèse qui veut *que le plus grand nombre des déviations latérales du rachis soient le produit de la rétraction musculaire active* (*Gaz. méd.*, 1839, pag. 404, 1re colonne), l'auteur passe en revue 17 malades ; sur ce nombre il n'en a trouvé que 4 qui eussent eu des convulsions dans leur enfance ; encore ne voit-il guère de rapport entre l'époque de ces convulsions et celle de l'apparition de la difformité chez les jeunes personnes qui en étaient affectées. Chez les autres malades, la déviation paraissait s'être développée sous l'influence de l'hérédité, de mauvaises attitudes, du rachitisme, de la cessation d'un écoulement vaginal, et de circonstances tout à fait inconnues.

Ne trouvant rien non plus de ce côté qui vînt à l'appui de la doctrine en question, M. Malgaigne a recherché s'il existait véritablement *des cordes tendues, des tendons, des muscles raccourcis, rétractés*, soit chez les malades qui avaient été opérés, soit chez ceux qui n'avaient point été soumis à la myotomie, et il affirme n'avoir rien rencontré de semblable à ce que la théorie qu'il combat exigerait.

Fort de ce double fait, à savoir, que les déviations examinées par lui paraissaient étrangères à une lésion primitive des centres nerveux, à une rétraction du système musculaire, et que les malades soumis à la ténotomie conservaient leur difformité, M. Malgaigne n'hésite point à conclure que la ténotomie est pour le moins inutile dans le traitement des déviations latérales du rachis.

3° Comme les malades opérés qu'il a observés ont été soumis en même temps à l'action des lits, des machines orthopédiques pendant assez long-temps, comme, d'un autre côté, des résultats aussi heureux que ceux qu'il a pu constater, ont été obtenus selon lui sans l'intervention de la myotomie, au Bureau central des hôpitaux par M. Duval, dans divers établissements particuliers par MM. Bouvier, Tavernier, etc., M. Malgaigne soutient qu'aucun fait ne prouve jusqu'à présent que la ténotomie soit en droit de réclamer la moindre part dans l'amélioration survenue chez certains malades.

4° Enfin, examinant jusqu'à quel point la myotomie rachidienne est innocente dans la pratique, M. Malgaigne convient tout d'abord qu'elle n'a été suivie chez aucun malade de suppuration notable. Peu douloureuse en général, elle cause cependant parfois des souffrances assez fortes. Chez une jeune fille la douleur devint plus aiguë deux heures après qu'au moment même. S'il n'en reste aucune trace dans le plus grand nombre de cas, elle laisse aussi parfois dans la région traversée par le ténotome une sensibilité assez vive, que le mouvement ou la pression exaspère. Quelquefois encore ces douleurs reviennent par intervalles ou à l'occasion des changements de temps. Au demeurant, elles n'ont jamais rien de bien pénible.

Après l'opération, la *force des muscles* reste amoindrie d'une manière sensible chez quelques malades seulement.

L'une des jeunes filles éprouve bientôt de la courbature quand elle se tient debout ; une autre se plaint de faiblesse dans les reins ; une troisième entend comme une sorte de *craquement* dans les régions opérées. Il en est une qui a de la peine à se baisser pour mettre ses souliers, ou à se relever en soulevant un fardeau. Il est pourtant vrai que la plupart n'ont point éprouvé de changement sous ce point de vue.

En résumé, la myotomie rachidienne paraît à M. Malgaigne une opération plutôt nuisible qu'utile dans le traitement des déviations latérales de l'épine, et il trouve, d'après l'examen auquel il vient de se livrer, que les principes sont ici parfaitement d'accord avec les faits.

Discussion. — Tel est en substance le mémoire de M. Malgaigne. Voyons maintenant jusqu'à quel point l'auteur de ce mémoire peut avoir raison.

L'Académie ne peut point se le dissimuler ; la question est à la fois une des plus importantes et des plus délicates de la pratique chirurgicale. Le nombre des sujets atteints de déviation latérale du rachis est considérable. C'est une difformité qui, sans compromettre la vie, fait le désespoir des familles. Aussi met-on tout en œuvre pour la corriger, pour en guérir ou pour la masquer. Des établissements nombreux, entretenus à grands frais, ont été créés dans presque toutes les capitales de l'Europe et dans une foule de villes moins importantes, en vue de ce genre de maladies. Si, d'une part, les jeunes filles et leurs parents ont un désir aussi vif que naturel de trouver dans les traitements qu'on leur propose un remède efficace, les chefs de ces établissements ont, d'autre part, un intérêt très grand à ce que le public croie à la possibilité du redressement, de guérisons réelles de pareilles difformités.

Aux premières annonces de ces guérisons par les moyens orthopédiques, les médecins n'eurent d'abord aucune raison de ne pas y croire ; mais au bout de quelques années, des doutes commencèrent à se faire jour, et ces doutes, il faut bien l'avouer, ont été remplacés par l'incrédulité dans l'esprit de beaucoup de praticiens depuis un certain temps, depuis surtout qu'un médecin, qui a long-temps dirigé lui-même un établissement orthopédique, s'est avisé de publier qu'on ne redressait point les déviations latérales du rachis, et de mettre les autres orthopédistes au défi de lui montrer une seule de ces déviations complétement redressée !

Il n'en est pas enfin des difformités du rachis comme des maladies en général, ni même comme des autres difformités. Règle commune, aucun motif ne porte les malades qu'on a traités d'une gastrite, d'une péritonite ou d'une fracture à faire croire qu'il ne reste plus aucune trace de leur maladie quand ils souffrent réellement encore. C'est tout le contraire pour les difformités de la colonne vertébrale. A l'âge de quinze à dix-huit ans, les intérêts de famille, des raisons de toute sorte que nous n'avons pas besoin d'énumérer, font que la jeune fille prend souvent son désir pour la réalité, croit volontiers être droite malgré sa difformité. En supposant qu'elle ne se fasse point illusion elle-même, elle ne manque pas moins de masquer, autant que possible, par tous les artifices imaginables de toilette ou d'attitude la déviation dont elle est affectée. Il en résulte que si on l'a soumise à quelque traitement, elle reste fort disposée à soutenir que ce traitement a produit chez elle une guérison complète, et bien peu conviendront qu'il ne leur a été d'aucun secours, qu'elles sont aussi bossues qu'auparavant.

L'intérêt comme les désirs du chirurgien, des malades et de la famille de ces derniers, s'accordent ainsi parfaitement pour établir que la médication ou la science en est encore à ce point aujourd'hui que le besoin réel existe de soumettre la question au flambeau d'une analyse rigoureuse, d'un examen sérieux.

Si on ne nous avait entretenus que d'une question purement scientifique, de science simplement spéculative, ou encore d'une de ces questions dont l'application reste confinée dans un très petit cercle, nous eussions pu la laisser dans l'ombre, garder sur elle un silence protecteur, mais il s'agit d'un fait d'une extrême gravité, d'un fait qui, par la manière dont il a voulu s'imposer un instant, naguère a imprimé à la profession une secousse si vive, que le monde médical en est encore tout ému ; d'un fait, ou plutôt d'un problème dont la solution n'importe pas moins à l'ensemble de la société, à tout le monde, qu'à la science, aux praticiens, aux médecins proprement dits. Ajoutons que le chaos d'assertions, d'observations contradictoires invoquées à son occasion, et dont on assourdit depuis dix ans les Académies, renferme en réalité une inconnue, et que cette inconnue, qu'il s'agit de dégager, de mettre à nu, qu'il faut absolument aborder ; que cette inconnue, disons-nous, est la *vérité*.

Nous avons d'ailleurs pensé qu'il ne serait pas impossible d'atteindre le but, en faisant abstraction des individualités qu'on y a malheureusement rattachées, et qu'il appartient à l'Académie de se placer, pour juger un si grave sujet, au-dessus des animosités, des petits amours-propres, des intérêts personnels enfin, qui tendent à l'obscurcir, qui, faut-il le dire, sont déjà parvenus à discréditer le fond même du débat. Toutes ces raisons, et d'autres encore, nous ont donc empêché de passer outre, et nous allons entrer, sans autre préambule, dans le cœur du sujet. Notre marche, ici, est toute tracée par la division du travail qui nous est soumis, et que nous avons indiquée au commencement de ce rapport.

I. *Résultats cliniques fournis par la myotomie rachidienne.*

La ténotomie, en général, avait à peine pris droit de domicile dans la pratique, que déjà on avait songé aux applications variées qu'il était permis d'en faire. Le fait capital une fois admis, il n'était pas douteux qu'on ne tarderait point à en tirer, à en indiquer du moins toutes les conséquences possibles. Aussi un jeune chirurgien de Strasbourg, M. Held, imprimait-il, en 1836, que la ténotomie devait être appliquée *à toutes les difformités* occasionnées *par la rétraction musculaire*. « Nous pensons, dit-il, qu'une opération aussi simple et aussi légère doit être généralisée, *et appliquée à tous les cas de difformité dépendant de la contracture ou du raccourcissement musculaire.* » (Held, 1836, page 50.)

L'auteur, pour donner plus de force à sa proposition, souligne soigneusement la phrase que nous venons de citer. C'était là, comme on voit, une formule aussi générale que possible, et à laquelle les applications quelles qu'elles soient de la ténotomie échapperont difficilement.

Nous-même n'avons pas craint d'avancer en 1837 et 1838 que la ténotomie « s'applique ou peut s'appliquer à *tous* les tendons et aux muscles longs qui ne sont séparés de la peau par aucun organe important. » (Méd. opérat. tome Ier, page 538.)

Toutefois ce n'était encore là que des formules générales embrassant la question dans toute son étendue, sans préciser d'une manière spéciale l'idée de la myotomie rachidienne. Mais cette idée, soit qu'elle ait été rendue publique antérieurement, soit qu'elle résulte de ses propres réflexions, fut introduite dans la presse par un chirurgien de Breslau, M. Pauli, au commencement de 1838 (page 377). Effectivement M. Pauli, énumérant les bienfaits de la ténotomie, trouve qu'il serait rationnel de l'appliquer aux déviations latérales de l'épine, et ne voit pas pourquoi les muscles long dorsal, sacro-lombaire, grand dorsal, etc., ne seraient pas attaqués par la ténotomie dans certains cas de difformité de la colonne vertébrale. Aujourd'hui les suppositions de M. Pauli se sont réalisées, des faits nombreux permettent d'en juger le mérite.

Des exemples de myotomie rachidienne ont, en effet, été publiés à l'heure qu'il est par une foule de personnes. Outre ceux qui ont été annoncés en France, nous en avons trouvé une assez longue série à l'étranger. S'il fallait prendre à la lettre les observations qui les concernent, la valeur de la myotomie rachidienne serait du reste bientôt décidée. Ainsi :

M. Braid, qui pratique en Angleterre, a opéré quatre malades. Chez l'un une courbure latérale *considérable* disparut *immédiatement*. Les trois autres, qui étaient âgés de vingt ou vingt-deux ans, ne furent pas moins heureux.

Un autre praticien anglais, *M. Child*, cite à son tour trois opérations semblables. L'un de ses malades avait une courbure de 9 centimètres de flèche ; les trois opérés n'en sont pas moins guéris au dire de M. Child, et assez promptement.

M. Whitheod n'a pas été moins heureux que les deux chirurgiens précédents chez un jeune homme âgé de vingt ans. Il en est de même de M. Laycock pour un autre cas.

M. Coeks, M. Hunter ont aussi eu recours à la myotomie rachidienne avec succès.

Si de l'Angleterre nous passons à l'Allemagne, nous verrons 1° que M. Klein (de Greussen) a réussi sur six malades, et que dans deux cas le redressement eut lieu *sur-le-champ*.

2° 24 sujets ont été traités de la sorte par M. Cammerer. Il semble même que ce dernier praticien ait divisé les tendons ou les muscles, non sur la concavité, mais sur la convexité de la courbure.

3° Un orthopédiste de Canstadt, M. Hein, cite 58 cas de ténotomie rachidienne suivie de guérison chez 21 malades, et de simple amélioration chez les 37 autres. A cette liste déjà longue, nous pourrions ajouter MM. Neumann, Behrendt, etc., qui relatent aussi des exemples de guérison obtenue par la myotomie rachidienne.

Un fait frappe de prime abord dans ces observations : c'est qu'elles sont toutes si incomplètes, si vagues, qu'elles se réduisent véritablement à de pures assertions. Nulle part on ne voit d'une manière précise le degré de redressement obtenu, l'indication exacte de la difformité avant l'opération, la preuve que les malades ont été soumis ensuite à un rigoureux examen.

Quand on voit, d'autre part, les opérateurs dire, comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple, la plus naturelle, que des courbures énormes se sont dissipées à l'instant même par le fait de la ténotomie, il est bien permis de se demander si les auteurs de pareilles annonces ont parlé sérieusement, ont bien pesé toutes les conséquences du fait qu'ils annonçaient.

De telles observations n'étaient pas de nature, on le pense bien, à élucider la question ; et comme il n'est pas possible de contrôler à Paris les faits publiés en Angleterre et en Allemagne, nous nous sommes vu, quoique à regret, dans la nécessité de mettre de côté tous ces matériaux, pourtant si nombreux et sans doute d'une valeur considérable. Nous n'en avons, du reste, que plus vivement senti le besoin de réunir les faits qu'il nous serait donné d'approcher matériellement.

Nous avons donc pris le parti de rechercher les personnes indiquées par M. Malgaigne, comme ayant été traitées de déviation latérale de l'épine, bien convaincu que c'était aujourd'hui le seul moyen de savoir au juste à quoi se réduisent les résultats de la myotomie rachidienne.

Le relevé qui a servi d'indication première à M. Malgaigne, annonce il est vrai 155 cas ; mais sur ce nombre, il n'y en a que 57 qui eussent été *traités*. Les autres n'ayant fait que passer dans le service ou à la consultation publique, M. Malgaigne ne s'en est pas occupé. Voulant procéder avec rigueur dans son appréciation, il a mis de côté, 1° les malades sortis depuis quatre ans ; 2° ceux qu'il n'a point retrouvés ; 3° ceux qui ont été opérés à la consultation ; 4° ceux qui ont été opérés pour autre chose, et 5° ceux qui sont restés moins de quarante jours à l'hôpital. Il ne tient ainsi compte, en définitive, que de 24 observations. La commission n'est point parvenue sans peine à retrouver, à *voir* les jeunes filles dont il vient d'être question. Depuis leur sortie de l'hôpital, ces jeunes personnes ont été visitées un assez grand nombre de fois par divers médecins ou chirurgiens. Si elles se sont prêtées d'abord d'assez bonne grâce aux recherches dont elles étaient l'objet, elles ont fini par en être plus ou moins contrariées, et même par s'y refuser nettement. L'auteur du mémoire n'a pu nous en amener que deux. Une circulaire adressée aux autres par le président de la commission, en a fait venir deux nouvelles. C'est alors que, pour compléter notre travail, il a fallu nous rendre à leur domicile ; là, nous avons appris que les unes n'avaient point répondu à notre invitation, parce qu'elles étaient indisposées ; d'autres, parce qu'elles craignaient d'être examinées en public, ou soumises à quelque nouvelle opération ; d'autres, par des motifs de pudeur ou de timidité facile à comprendre ; quelques-unes uniquement, enfin, parce qu'elles ne se souciaient plus de montrer leur dos.

Pour rassurer l'Académie sur les risques prétendus qu'aurait courus sa dignité par ces visites domiciliaires, nous dirons tout d'abord que votre commission n'a été mal reçue nulle part. Dans un seul cas, le père de la jeune malade n'a voulu donner aucun renseignement. Partout ailleurs, nous avons pu voir, examiner les jeunes filles-mêmes, on obtenir des parents les notions qu'ils pouvaient nous donner. Nous nous sommes procuré de la sorte les éclaircissements nécessaires à la solution du problème posé d'abord par M. Malgaigne, et nous avons acquis la certitude que, sous ce rapport, ses observations, à part quelques faits de détail d'un intérêt très secondaire, sont parfaitement exactes, qu'aucun des malades qu'il a cités n'a obtenu un redressement *complet* de sa difformité.

Pour savoir à quoi nous en tenir sur ce chapitre, nous avons d'ailleurs éprouvé d'assez grandes difficultés. Soit par défaut d'intelligence, soit par suite d'illusions, soit par crainte de l'opinion publique, soit par l'effet de suggestions étrangères, les malades ou les parents nous ont si souvent donné des renseignements contradictoires, que nous avons bientôt reconnu la nécessité de ne guère en tenir compte. Avec quelques-uns, il suffisait de poser les questions plutôt de telle façon que de telle autre, pour que les réponses de la même personne fussent tout à fait opposées à deux minutes de distance. Chez d'autres, la mère parlait souvent dans un sens, et la fille d'une manière toute différente ;

de telle sorte qu'il n'eût point été difficile de leur faire certifier le blanc et le noir alternativement. Du reste, comme nous cherchions uniquement à savoir si leur colonne était droite ou non, nous avons fini par faire abstraction de ce que pouvaient nous dire les personnes intéressées, et par ne nous en rapporter qu'au témoignage de nos yeux en ce qui concerne les faits susceptibles d'interprétations diverses.

Ajoutons que certaines de ces pauvres jeunes filles ont paru effrayées de la publicité qu'on pourrait donner à leur observation. Sous ce point de vue, les craintes de quelques-unes d'entre elles nous ont même portés à taire dans notre travail leur nom et leur adresse, à ne les désigner que par le numéro qu'il nous a fallu leur appliquer. Ainsi les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 qui correspondent à la majeure partie des observations de M. Malgaigne, représentent autant de jeunes filles qui ont été traitées à l'hôpital et dont l'épine vertébrale n'est certainement pas droite.

S'ensuit-il que la myotomie rachidienne n'ait été utile à aucun de ces malades ? Non, sans doute. S'il est vrai que plusieurs des jeunes opérées sont maintenant aussi difformes ou plus difformes qu'avant l'opération, il l'est aussi que la déviation de quelques autres a notablement diminué. C'est là un fait que M. Malgaigne s'est d'ailleurs plu tout le premier à signaler. Mais une autre difficulté se présente : la questin est complexe ici ; les malades traités par la myotomie ont été soumis aussi à l'emploi des lits, des machines, des corsets orthopédiques, et qui peut dire que l'amélioration constatée n'appartient pas aux moyens mécaniques simples plutôt qu'à la ténotomie ? L'embarras est d'autant plus sérieux que, d'après certains orthopédistes, les déviations *du premier et du deuxième degré sont presque toutes complétement curables* par les ressources simples de la mécanique.

Nous sommes obligés de l'avouer, il y a un obstacle presque insurmontable, et nous craignons bien qu'on ne soit de long-temps en mesure de faire la juste part dans ces traitements complexes, et de la myotomie et des autres moyens employés concurremment.

S'il était vrai, par exemple, que les résultats de la ténotomie ne fussent pas plus avantageux ailleurs que chez les malades observés par nous ; si, en d'autres termes, ce que nous avons vu devait être considéré comme le type, comme la moyenne, de ce que peut produire l'opération, on ne s'éloignerait guère de la vérité en concluant que cette opération est inutile ; car il est incontestable que dans les établissements où les déviations sont traitées sans l'intervention de la ténotomie, on obtient des résultats au moins aussi avantageux que ceux qu'il nous a été donné de constater.

La myotomie rachidienne est-elle une opération rationnelle ?

Quand même il serait démontré que la ténotomie n'a été d'aucun secours dans les cas cités par M. Malgaigne, nous ne serions pas en droit de refuser pour cela toute efficacité à cette opération. Il se peut, en effet, que des malades plus heureux existent, quoiqu'ils n'aient été rencontrés ni par l'auteur du mémoire, ni par nous ; il se pourrait aussi que l'opération eût été sans succès entre les mains d'un praticien, quoiqu'elle fût susceptible d'une grande efficacité étant pratiquée par d'autres. Il y a donc lieu d'exeminer jusqu'à quel point elle est d'ailleurs rationnelle, d'accord avec les principes de l'anatomie pathologique et de la mécanique.

Nous trouvons, comme M. Malgaigne, que la théorie de Méry ou de Morgagni et de Delpech, qui tend à rapporter les déviations du rachis à une contracture des muscles, soit sous l'influence d'une lésion des centres nerveux, soit par toute autre cause, n'est soutenable que pour un certain nombre de cas ; mais nous n'admettons pas que les courbures rachidiennes restent dépourvues de roideur musculaire. Chez tous les sujets, dans les difformités latérales de l'épine, trois faits ne doivent jamais être perdus de vue :

1° Une courbure du rachis en entraîne ordinairement une ou deux autres en sens inverse.

2° Dans les déviations de l'épine, le corps des vertèbres ne tarde pas à se déplacer, à subir un mouvement de rotation qui l'éloigne de la ligne médiane et de la direction des apophyses épineuses.

3° Les muscles ou les tendons placés dans la concavité des courbures finissent généralement, quand même ils ne seraient point affectés de contracture active ou convulsive dès le principe, par se raccourcir secondairement pour se mettre en rapport avec la nouvelle forme et la longueur nouvelle de la colonne épinière.

Pour que les trois courbures dépendissent de la rétraction des muscles, il faudrait admettre que le muscle sacro-lombaire ou le long dorsal, qui jouerait le principal rôle dans cette difformité, fût rétracté, contracturé, ou raccourci sur différents points alternes et opposés de sa longueur à droite et à gauche. On conçoit combien une pareille supposition est peu plausible, peu satisfaisante pour l'esprit.

Les muscles qui viennent d'être nommés étant formés d'une infinité de faisceaux distincts par leurs tendons, permettraient, à la rigueur, de comprendre qu'un ou plusieurs de ces faisceaux puissent se raccourcir quand les autres restent souples. Mais si cela était, il devrait en résulter une courbure unique, et non les trois courbures qu'on observe presque constamment chez les personnes affectées de déviation latérale de l'épine.

Quant à la rotation du corps des vertèbres, c'est, il faut bien en convenir, l'obstacle le plus grend au redressement de la colonne, obstacle tel, que, arrivé à un certain degré, il rend ce redressement, sinon tout à fait impossible, du moins extrêmement difficile. Aussi les chirurgiens qui ont fait une étude approfondie de l'anatomie du rachis et des formes que revêt cette colonne dans le cas de déviation de la taille, ne se font-ils que difficilement illusion sur la puissance de l'art en pareil cas. Il est vrai que si les muscles des gouttières vertébrales se trouvent raccourcis, n'importe comment, on ne voit pas pourquoi *à priori* leur section ne serait pas invoquée dens le traitement des déviations de l'épine, pourquoi, en divisant ces muscles, on ne rendrait pas plus facile l'action des machines et autres ressources orthopédiques dont l'utilité a déjà été sanctionnée par la pratique. Seulement il importe de ne pas s'abuser sur la valeur de la ténotomie en pareil cas, de ne s'y décider qu'autant qu'il aura été possible de constater *matériellement* l'existence de cordes roides ou tendues sur le côté concave de la déviation, non pas sous l'influence de certaines attitudes actives, mais bien pendant que, par un effet extérieur, on cherche à redresser la courbure.

Il faut songer encore à cette particularité, savoir qu'après avoir coupé un faisceau du sacro-lombaire dans un point, je suppose, on peut craindre que d'autres faisceaux du même muscle soient raccourcis ailleurs ou plus profondément ; que la même chose peut être dite du long dorsal, du transversaire épineux, etc.

On ne devrait point oublier non plus que si les muscles, dont les points d'attache ont été rapprochés par les courbures de la colonne vertébrale jouent ici un rôle, il en doit être de même des tissus fibreux, des ligaments en particulier. En détruisant la résistance de quelques cordes musculaires, on ne fait, au demeurant, disparaître qu'un des points, qu'un des éléments de la maladie, des obstacles au redressement du rachis.

Relativement aux inconvénients, aux dangers de l'opération, sans les nier absolument, nous croyons pourtant qu'ils se réduisent généralement à peu de chose. Nous ajouterons même que la ténotomie, au point de vue du manuel opératoire, est plus fecile et moins redoutable encore le long du rachis que partout ailleurs. Là, point de vaisseaux volumineux, point de gaînes fibreuses ou synoviales, point de nerfs, rien d'important, en un mot, qui puisse être atteint par l'instrument. De la peau jusqu'aux os, il n'y a réellement que les tissus cellulo-fibreux et musculaire, et par conséquent impossibilité de se fourvoyer en opérant ; aucun ménagement délicat à prendre en manœuvrant avec le couteau.

Si dans ce point, comme ailleurs, il peut se faire des épanchements de sang ; si l'érysipèle, de la suppuration peuvent prendre la piqûre pour point de départ ; il est certain que ce sont des accidents rares et dont la gravité n'a rien eu de sérieux jusqu'à présent. Quant à la douleur dont quelques jeunes personnes ont parlé, et à la faiblesse qui a persisté chez quelques autres, elles ne constituent pas un accident assez fréquent, assez gênant pour contre-indiquer l'opération si l'efficacité de cette dernière était d'ailleurs bien démontrée.

En résumé : 1° Les observations contenues dans le mémoire de M. Melgaigne sont très exactes.

2° Toutes ces observations se rapportent à des sujets traités pendant plus ou moins longtemps, pour des déviations latérales de l'épine qui persistent encore.

3° Ce résultat, contraire à ce qui a été dit en France, à ce que quelques praticiens semblent croire, n'est pas d'accord non plus avec les résultats annoncés, soit en Angleterre, soit en Allemagne, par un certain nombre de chirurgiens.

4° Les faits publiés à l'étranger sont trop incomplets, trop vaguement exposés, trop contraires à ce qu'indiquent l'anatomie pathologique et la mécanique pour inspirer une grande confiance.

5° Dès lors, il y a lieu de n'accepter aucun fait de ce genre sans l'avoir soumis à un contrôle rigoureux et *authentique*.

6° Rien, jusqu'à présent, ne vient à l'appui de l'opinion de ceux qui attribuent *presque toutes les courbures latérales du rachis* à une rétraction convulsive ou active du système musculaire.

7° Le raccourcissement secondaire de certains muscles dans la concavité des courbures, doit cependant empêcher de rejeter, *à priori*, la myotomie rachidienne d'une menière absolue.

8° Cette opération n'expose d'ailleurs qu'à de très légers inconvénients.

9° Les effets de la ténotomie ont d'autant plus besoin d'être surveillés ici, qu'il n'est pas possible de les invoquer seuls ; que les moyens mécaniques doivent toujours leur venir en aide.

10° Immédiatement après l'opération, du sang infiltré, une tuméfaction traumatique quelconque, pourrait à la rigueur en imposer, en comblant momentanément la concavité de la courbure.

11° S'il est vrai que les déviations latérales du rachis soient susceptibles d'être *simulées*, il l'est aussi qu'elles peuvent être *dissimulées* jusqu'à un certain point par de certaines attitudes.

12° Aussi, les plâtres pris sur nature avant et après le traitement, sont-ils loin d'avoir, en pareil cas, la valeur que quelques personnes leur attribuent.

13° Il faut dire encore que, d'après nos recherches, l'amélioration qui a semblé résulter de la myotomie ou des moyens orthopédiques qu'on y avait associés, ne s'est pas toujours maintenue, que souvent même elle a fini par disparaître complétement.

14° Une dernière remarque ; c'est que, chez nombre de jeunes filles, l'amélioration qui a fini par se manifester a pu dépendre autant des efforts spontanés de l'organisme, des progrès de l'âge, des exercices gymnastiques, d'un plus grand embonpoint, amené par le régime, etc., que de la myotomie ou des extensions qu'elles avaient subies.

Au demeurant, nous croyons être justes en déclarant :

1° Que M. Malgaigne a bien mérité de la pratique en montrant, sous leur véritable jour, des faits présentés jusque-là d'une manière inexacte ou incomplète.

2° Que des remercîments lui sont dus pour avoir fait ressortir de ces faits des vérités dont la connaissance n'importe pas moins à la sécurité des familles qu'à la science et à la dignité de notre profession.

3° Qu'il convient d'imprimer son travail dans le prochain volume des Mémoires de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 novembre. — Présidence de M. FERRUS.

L'Académie présente aujourd'hui un aspect inaccoutumé. Les stalles des académiciens sont entièrement occupées. Un auditoire nombreux remplit la tribune publique. Une certaine agitation règne dans l'assemblée. Pendant la lecture du procès-verbal, M. J. Guérin traverse la salle pour aller à sa place, et tous les regards se tournent vers lui.

M. le professeur Lallemand, de Montpellier, et un médecin de Londres, correspondant étranger dont nous n'avons pas entendu le nom, assistent à la séance.

M. Bouvier, sur la rédaction du procès-verbal, demande si les paroles ettribuées à M. Duméril sont bien exactes. M. le secrétaire lui fait dire qu'il a demandé l'ajournement du vote du rapport de M. Velpeau, par ce motif que l'Académie des sciences aurait exprimé une opinion contraire sur la valeur de la ténotomie. Il ne se souvient pas que jamais ce corps savant ait eu à manifester son opinion sur ce sujet.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel, invoque les souvenirs de M. Duméril ; mais cet honorable membre est absent, et cet incident n'a pas de suite.

M. le président. L'ordre du jour indique la discussion sur le rapport de M. Velpeau.

M. Velpeau monte à la tribune des rapporteurs.

M. Guérin. Si M. Velpeau voulait me céder la tribune, je lui en serais reconnaissant ; car ma voix est feible, et je ne pourrais peut-être pas être aussi bien entendu de l'Académie.

M. le président. M. Velpeau accédera sans doute volontiers à cette demande ; d'ailleurs, il y a place pour deux. (Rire général et prolongé.)

M. Guérin se place en effet à côté de M. Velpeau, ce qui excite une nouvelle hilarité dans l'assemblée.

M. Guérin. Dans un chapitre sur *les ruses de guerre*, Hunter expose toutes les conditions qui rendent un combat loyal et généreux. Ainsi, entre autres choses, il veut surtout que l'adversaire soit prévenu du jour de l'attaque. L'honorable rapporteur du travail qui fait l'objet de ce débat, n'a pas cru devoir suivre ce précepte ; aussi, fortuitement absent, c'est en mon absence qu'il a lu son rapport. J'ai fait des tentatives infructueuses pour en avoir communication, et ce n'est qu'hier, à minuit, que j'ai pu en prendre connaissance. Je dois ces détails à l'Académie pour lui demander indulgence sur l'insuffisance probable de ma réponse, cer le temps m'a manqué. Mais de cela je me trouve amplement dédommagé, par la décision prise par l'Académie dans sa dernière séance d'ajourner la discussion ; j'y vois la preuve qu'elle veut juger avec calme et impartialité. Je l'en remercie.

J'ai d'autant plus lieu d'examiner ce rapport avec soin, que, d'après ce qui m'a été dit, il paraît avoir fait une grande impression sur l'Académie. Sa forme tout à fait scientifique, la modération qui y règne, et son ton de bonne compagnie étaient en effet de nature à impressionner l'assistance. Mais en y regardant de près, on voit que ces qualités sont plus apparentes que réelles, et pour employer une comperaison académique, ce rapport me paraît ressembler à une famille de plantes qui produit des légumes comestibles en même temps que des poisons énergiques. (Murmures et signes de mécontentement.)

Le rapport embrasse une foule de questions purement dogmatiques et scientifiques qui ont déjà reçu par mes adversaires et par moi des solutions opposées. Je n'y reviendrai pas. Il y en a d'autres que l'on peut appeler de forme, de convenance, relatives à la légitimité d'une enquête ; je ne les examinerai pas non plus. Je me bornerai à présenter des explications sur les faits contenus dans le mémoire, objet du rapport.

Ces faits doivent être considérés sous le rapport de leur origine, de leur nombre et de leur qualité.

Sous le rapport de leur origine, je me bornerai à dire qu'ils ont été recueillis à mon insu, malgré moi, sans les renseignements que je pouvais fournir, et qu'ils n'ont pas ainsi un caractère de certitude et d'authenticité.

Sous le rapport de leur nombre, je rappelle, et je prie l'Académie de me prêter toute attention, qu'au mois de juillet 1843 j'ai publié un relevé de 155 cas de déviations de l'épine ; que sur ce nombre j'avais obtenu 24 guérisons par la ténotomie, 31 améliorations ; qu'il y avait eu 2 morts, et que 98 malades avaient subi un traitement incomplet, insuffisant, et ne pouvaient donner lieu à aucune note précise et complète. L'ensemble de ces chiffres ne présentait d'ailleurs aucun détail nominal ni pathologique.

L'auteur du mémoire ayant rencontré quelques cas de non-guérison, a généralisé, a dit qu'il n'existait aucun cas de guérison, et a soutenu que les faits qu'il avait vus rentraient dans la catégorie des cas que j'avais publiés comme guéris.

Une première chose frappe dans ces assertions, c'est que du relevé tel que je l'ai publié, il est impossible de tirer aucune conséquence relativement aux faits de l'auteur du mémoire. Un homme dont vous êtes habitués à écouter et à respecter les opinions, M. Louis, a déjà fait ici cette remarque, que l'on ne pouvait arguer des faits de M. Malgaigne, car on ne peut déterminer à quelle catégorie de mon relevé ils appartiennent.

Est-ce dans la catégorie des guérisons, des améliorations ou des malades non ou insuffisamment traités ? Est-ce enfin réellement dans la catégorie des malades réellement affectés de déviation de l'épine et traités en conséquence ?

Ici M. Guérin entre dans de grands détails de noms des malades, de la nature de leur maladie, du traitement qu'ils ont suivi, pour chercher à prouver que toutes les précautions prises par M. Malgaigne pour démontrer que les 24 malades sur lesquels porte son mémoire, appartiennent réellement à la catégorie des guérisons de M. Guérin, sont illusoires.

A quelle catégorie appartiennent-ils donc ? L'auteur du mémoire nous fournit lui-même la réponse. Plusieurs malades, dit-il, vont encore à la consultation de M. Guérin ; donc ils n'ont point été traités dans l'hôpital, et ils ne peuvent figurer dans la catégorie des guérisons. D'autres, dit-il encore, ne voulaient plus rien faire ; donc ils appartenaient à la catégorie des 98, c'est-à-dire de ceux dont le traitement a été incomplet.

Cependant, qu'a fait la commission ? Elle a accepté le calcul de M. Malgaigne, sans souci d'aucune de ces distinctions, dont, de toute nécessité, pour être vrai et juste, il fallait tenir compte.

Voilà pour le nombre des faits.

Jusqu'ici j'ai supposé que ces malades avaient été vus, sérieusement vus, scientifiquement examinés. J'ai ici des choses délicates à dire, mais je ferai tous mes efforts pour rester dans les limites des convenances académiques.

La commission dit d'abord qu'elle a vu tous les malades. Il résulte de mes renseignements qu'elle n'en a vu que 12, et même que 11, comme je le prouverai tout à l'heure. En effet, 5 sont en province, 2 ont refusé de voir la commission et 2 sont morts. Sur un cas, l'auteur du mémoire assure qu'il a eu des renseignements authentiques ; eh bien ! la malade dont il parle est morte depuis trois ans à l'hôpital Necker, d'une fièvre typhoïde.

La commission n'a donc vu que 12 malades, et comment les a-t-elle vus ? La plupart de loin, à distance, à travers leurs vêtements ; quelques-uns n'ont pas même voulu lui tourner le dos. J'ajoute qu'une de ces malades n'a pas été opérée, ce qui réduit à 11 le nombre des faits vus par la commission.

Ainsi, vous le voyez, messieurs, l'auteur du mémoire avait dit que les faits dont il parle venaient donner un démenti à mon relevé ; or, il y a impossibilité pour lui de déterminer à quelle cetégorie de mon relevé ils appartiennent. Toutes les précautions qu'il a prises pour élaguer les malades douteux, n'aboutissent à rien.

Ainsi, la commission n'a vu que 11 malades sur 155, et c'est sur ce chiffre minime qu'elle vient vous proposer ses conclusions.

Les inductions tirées par la commission sont de deux ordres ; elles sont relatives : 1° à l'efficacité de la méthode thérapeutique ; 2° à la véracité de mon relevé.

Relativement à l'efficacité, pour juger cette question scientifiquement il ne fallait pas se borner à ne voir que 11 malades. Il fallait s'enquérir du point de départ de la maladie, de sa nature, de son intensité, des motifs qui ont décidé l'opération sur chaque malade, des véritables résultats obtenus ; or, je n'ai rien publié sur tout cela. Quels moyens a donc eus la commission pour s'éclairer ? Le rapport a dit avec raison qu'il ne fallait pas s'en rapporter aux plâtres qui peuvent simuler une difformité qui n'existe pas, et dissimuler une difformité réelle. La commission a dit aussi sa pensée sur les renseignements que l'on peut recueillir auprès des parents, renseignements toujours erronés et contradictoires. Elle s'en est donc tenue à l'examen des malades, exemen superficiel, incomplet, fait à distance. Depuis quand, messieurs, une méthode thérapeutique peut-elle être jugée ainsi, sans circonstances commémoratives, sans histoire de la maladie, sans aucun des éléments qui composent une observation ? Et cependant la commission conclut !.....

Il est vrai qu'elle fait intervenir les résultats de la ténotomie pratiquée par les chirurgiens étrangers, anglais, allemands, etc. ; dans cet historique, fort bien fait du reste, M. Velpeau a oublié un nom, M. Dieffenbach, qu'il serait injuste de ne pas faire figurer. Par une circonstance singulière, tous les faits dont parle le rapport sont favorables à la ténotomie. Mais la commission, sur des motifs que l'Académie jugera, n'en a tenu aucun compte ; elle les a annihilés par une critique plus sévère que légitime ; on dirait qu'elle a voulu faire une exécution en masse, une sorte d'auto-da-fé de la ténotomie. (Agitation.)

Relativement à la véracité de mon relevé, je dirai d'ebord que l'Académie n'est pas instituée pour juger de la véracité d'un homme et des résultats qu'il annonce. (Marques d'étonnement.) Une seule remarque à ce sujet que je prie l'Académie de ne pas perdre de vue, c'est qu'armée seulement de 11 faits, faits contestables, incomplets, sans valeur aucune, la commission a frappé de suspicion 155 cas appartenant à des catégories diverses.

Quant aux dangers de l'opération, la commission ne s'est pas très nettement expliquée sur ce point. Pouvait-elle le faire, en effet, avec la pauvreté de ses faits ?

Je viens de démolir pièce à pièce l'échafaudage si laborieusement élevé par la commission et par l'auteur du mémoire. (Nombreuses marques de dénégation.) Mais je comprends que ce n'est là qu'une partie de ma tâche. Maintenant je devrais peut-être chercher à prouver que la myotomie est, en effet, excellente, vous montrer les feits nombreux que je possède qui prouvent l'excellence de cette opération, et faire voir par là quels torts graves s'est donnés la commission en accusant ma véracité d'abord, l'impuissance de la ténotomie ensuite. Mais à tort ou à raison, je me suis refusé jusqu'ici à répondre aux injonctions impérieuses qui m'ont été adressées. Je n'ai pas voulu me soumettre à des exigences tyranniques. (Oh ! oh !) Je suppose, Messieurs, qu'un malintentionné voulant infirmer les résultats obtenus par M. Roux dans l'opération de la cataracte, qu'il pratique avec une habileté toute spéciale...

M. Roux avec vivacité. Ne dites pas spéciale ; je ne veux rien de spécial.

M. Guérin. Avec une habileté particulière. (On rit.) Je suppose donc que ce malintentionné prenant tous les cas d'insuccès, et il y en a un grand nombre où M. Roux n'a pas réussi, vînt le sommer de produire tous les faits sur lesquels il a fondé les préceptes de sa manière d'agir, répondrait-il à cette injonction ? (Agitation ; M. Roux fait un signe affirmatif.)

D'ailleurs, si je m'étais soumis à cette enquête, les préventions, les animosités auraient dénaturé les faits. Rappelez-vous qu'il y a deux ans, je présentai à l'Académie deux faits de ténotomie de la main ; de grands débats s'engagèrent ; malgré une enquête sévère faite par ce qu'il y a de plus élevé dans cette enceinte par le caractère et le talent, les adversaires de la ténotomie persistèrent dans leur dénégation. Aujourd'hui ce serait la même chose ; ils mettraient au service de leur cause, leur scalpel, leurs dissections, leur loupe, ils chercheraient des faits purs de toute contestation et il n'en existe pas en thérapeutique.

Est-ce à dire que j'annonce des miracles et que je veuille les cacher ? Je sais toute la déférence que je dois à la science et à l'Académie. Il y a deux ans, je demandai une commission qui me fut refusée. J'ai demandé à l'Administration des hôpitaux de faire juger le ténotomie par ses résultats. La commission qu'elle a nommée s'occupe de ce sujet avec zèle et persévérance, qu'on attende sa décision.

Maintenant, pour sortir du cas particulier, je demanderai si les besoins de la science et de la pratique exigent cette enquête, cette sorte d'inquisition (rires et murmures) qu'on veut établir sur ma conduite chirurgicale. On ne demande pas, messieurs, aux hommes de science de venir donner la preuve de leurs assertions, de montrer les témoins de leurs faits, de dire où et quand ils se sont passés ; on leur demande des expériences qui confirment leurs assertions, et rien de plus. C'est là le principe qu'il ne faut pas perdre de vue et à la défense duquel je persiste, convaincu que l'Académie me donnera son assentiment.

(Toute cette dernière partie du discours de M. Guérin a été prononcée au milieu de l'agitation, des murmures et des interruptions. Au moment où l'orateur quitte la tribune, un membre de l'Académie placé à l'extrême gauche, mais que l'obscurité nous empêche de reconnaître, se met à applaudir avec force. Aussitôt les tribunes publiques crient et sifflent, le tumulte est à son comble.)

M. le président. C'est sans doute par inadvertance qu'un de nos collègues vient d'applaudir. Dans cette enceinte, toute marque d'approbation et de désapprobation est interdite.

Le calme se rétablit, et *M. Roux*, d'une voix visiblement émue, s'exprime ainsi :

Je laisse à l'honorable rapporteur de la commission le soin de réfuter l'argumentation de M. Guérin. Mais une personnalité directe m'ayant été adressée, personnalité nullement offensante, je le reconnais, obligeante, trop obligeante même, je tiens à y répondre sur-le-champ. M. Guérin m'a demandé ce que je ferais si on me sommait de produire tous les faits sur lesquels j'ai basé ma pratique de la cataracte ; si je me soumettrais à l'investigation de ces faits. (Très vivement) Oui, messieurs, je m'y soumettrais, et, en vérité, je ne comprends pas qu'un homme de science puisse tenir une autre conduite... (Une voix dans les tribunes : Très bien ! Agitation générale).

M. le président. Je répète que toute manifestation est ici interdite ; si pareille chose se renouvellait, je ferais évacuer les tribunes publiques. (Réclamations et murmures.)

M. Roux. Oui, c'est le caractère de tout homme de science, de se soumettre entièrement, complétement aux investigations les plus minutieuses. Pour mon compte, non-seulement je n'ai jamais refusé de publier mes malheurs et mes revers, mais spontanément je les ai fait connaître. Je ne peux donc accepter cette espèce de retraite de M. Guérin sur un principe si contestable et si opposé aux devoirs des savants, aux besoins de la science. Je dois rappeler ici que, dès la nomination de la commission, je demandai formellement à M. Guérin quelle conduite il entendait tenir avec elle ; s'il favoriserait ses recherches ou s'il s'y opposerait. On sait comment M. Guérin répondit à cette demande officieuse. Ici il se drapa dans sa dignité ; dans son journal il m'injuria. Sur ce dernier point je lui pardonne ; mais je le conjure de ne point rester dans ce silence obstiné à l'égard des faits qu'il pourrait, dit-il, produire. Il y va pour lui de conséquences fort graves. Il en est temps encore, et c'est la meilleure réponse qu'il pourrait faire à l'auteur du mémoire et à la commission.

M. Castel. Je tondis de ce pré la largeur de ma langue.
(Hilarité générale et prolongée.)

Telle était l'épigraphe d'un pamphlet publié il y a cinquante ans par un charlatan célèbre. Il disait aux médecins de son temps : Vous nous reprochez nos affiches, et d'attirer le public des carrefours à notre boutique. Mais entre nous et vous le moyen seul diffère ; nous avons les affiches ; vous avez le *Journal de Bouillon*, le *Mercure de France* et même le *Journal de Médecine*. Vos portraits s'étalent orgueilleusement sur les quais et à l'étalage des libraires. (Rire général. Interruption. On se demande où M. Castel veut en venir ; mais par une transition hardie, il ajoute aussitôt :)

Je me hâte d'arriver au rapport. (L'hilarité redouble.)

M. Castel trouve une contradiction entre les prémisses et les conclusions. Dans les prémisses tout est sage, modéré, tout est doute ; dans les conclusions, tout est affirmation et hostile. Il s'oppose à ce que le mémoire de M. Malgaigne soit inséré dans le Recueil de l'Académie, car c'est un acte d'hostilité contre un collègue. Rien de difficile comme une enquête ; elle n'est pas dans les convenances. En a-t-on proposé une pour la trachéotomie ? La médecine a besoin de tolérance. (On rit.) En résumé, il adopte le corps du rapport, et il rejette les conclusions.

M. Velpeau Je ne sais si beaucoup de nos collègues prendront part à cette discussion. Pour épargner le temps de l'Académie j'aurais voulu ne parler qu'à la fin. Toutefois, comme personne ne demande la parole, je vais répondre à ce qui a été dit jusqu'ici.

M. Guérin a rendu, jusqu'à un certain point, justice au rapport, en louant sa modération et son caractère scientifique. Comme lui, je tâcherai de rester dans les strictes limites des convenances académiques.

La question est très grave et ne ressemble en aucune façon aux autres questions dont s'occupe l'Académie. M. Castel s'est mépris en voulant établir quelques analogies. Ainsi une angine guérit ou tue, et il y a impossibilité de vérifier le résultat. Une difformité au contraire peut à tous les instants et par tout le monde être vérifiée. Elle existe ou elle n'existe pas ; rien de plus simple que de constater cela. M. Guérin, et je le regrette vivement, a toujours pris en mauvaise part les doutes qu'on a élevés sur ses résultats. Pour mon compte, je ne me formalise pas d'une chose pareille ; je ne traite pas d'ennemis ceux qui m'imputent une erreur, car je me crois faillible ; et même quand l'erreur m'est connue, je la proclame. C'est ce que j'ai fait dernièrement encore à propos de la tumeur hydrencéphalique qui a occupé l'Académie. J'avais dit que cette tumeur renfermait le cervelet ; j'ai vu depuis que c'était une partie du cerveau, et je suis venu moi-même le dire à l'Académie. Ne pouvais-je pas garder la pièce, la soustraire à tous les regards, et soutenir ensuite que je ne m'étais pas trompé ? Mais cette conduite ne me paraît, à moi, nullement scientifique. Dans les sciences, toute assertion demande la preuve. Et voyez si cette preuve n'était pas surtout indispensable dans les circonstances actuelles ! Pourquoi M. Guérin a-t-il publié sa statistique ? Précisément, dit-il dans son préambule, parce qu'on a élevé des doutes sur l'efficacité de la ténotomie. Mais des chiffres, un relevé statistique pur et simple, sont-ils des preuves ? Et M. Guérin s'indigne de ce que cette preuve qu'il cache, d'autres aient voulu la chercher ? En vérité, cette susceptibilité est étrange. (Assentiment.)

Je ne répondrai pas à ce qu'a dit M. Guérin sur les ruses de guerre. Il n'est ni dans les usages, ni dans les antécédents de l'Académie d'avertir d'avance du jour où un rapport sera lu, les personnes intéressées. D'ailleurs, ce jour je ne le connaissais pas moi-même. J'étais inscrit depuis longtemps, d'autres l'étaient avant moi ; bien des choses imprévues peuvent surgir dans l'Académie pour que je ne fusse pas sûr que mon tour viendrait mardi dernier. Si je n'ai pas laissé mon rapport au secrétariat, si je ne l'ai pas livré à l'impression plus tôt, je n'ai fait qu'obtempérer aux désirs et à la volonté de la commission. Aussitôt qu'il a été imprimé, je me suis empressé d'en envoyer une épreuve à M. Guérin, qui a pu avoir aussi le temps de présenter sa réponse

Toujours dominé par cette idée qu'on veut le chagriner, M. Guérin accuse M. Malgaigne d'avoir recueilli ses faits dans le relevé total des 155 sur lequel il a établi plusieurs catégories, d'avoir fait une élimination fallacieuse, et de ne pas prouver que les 24 cas qu'il rapporte appartiennent réellement à la catégorie des malades traités à l'hôpital et portés comme guéris. Tout cela plaît à dire à M. Guérin. L'élimination faite par M. Malgaigne l'a été avec toute raison, avec des motifs péremptoires, et s'il ne s'est arrêté qu'à 24 malades, c'est que sur eux seuls il a pu avoir des renseignements positifs. Que faut-il entendre par renseignements positifs ? C'est bien simple : Les malades sont-ils tordus ou droits ? Tous les raisonnements, tous les faux-fuyants du monde ne peuvent pas obscurcir la simplicité de cette demande. Eh bien ! la commission les a vus, elle affirme qu'ils ne sont pas droits.

Mais M. Guérin feint de croire et veut persuader que les 24 malades de M. Malgaigne ont pu être pris dans la catégorie des 93, c'est-à-dire dans les non traités. Cela est inexact. Tous ces 24 malades ont été traités à l'hôpital et y ont séjourné un temps plus ou moins long. Pour s'assurer du fait, M. Malgaigne a pris toutes les précautions possibles. D'abord il a éliminé tous les malades non affectés de déviation ou pour lesquels il n'était pas certain qu'ils eussent été traités à l'hôpital. Son chiffre primitif a donc été réduit à 24 malades. Or, le relevé de M. Guérin ne porte que 31 guérisons. On voit quelle énorme proportion 24 sur 31, M. Malgaigne a trouvé d'insuccès. (Ici M. Velpeau cite les noms des malades, et expose l'état dans lequel la commission les a trouvés.) Vous le voyez, messieurs, nous n'avons pas pu trouver des gens redressés. M. Guérin a cité une malade morte depuis trois ans et néanmoins portée dans le relevé de M. Malgaigne. Le fait est vrai quant à la mort de la malade ; mais était-elle redressée, ce qui est l'essentiel ? Non, et j'ai des renseignements précis à cet égard, fournis par la personne qui en a fait l'autopsie. Quant à Pauline Dumont, qui n'est plus à Paris, voici les renseignements fournis par M. le docteur Picard, de Joigny, où se trouve la malade. (M. Velpeau lit une lettre de ce médecin, de laquelle il résulte que Pauline Dumont est aussi déviée qu'avant l'opération, et il montre un dessin de cette jeune fille qui excite l'hilarité de l'assemblée.) Vous le voyez, c'est donc à tort que M. Guérin accuse M. Malgaigne d'inexactitude ; ce qu'il a vu, il l'a bien réellement vu, et votre commission aussi.

M. Guérin nous reproche de n'avoir vu les malades qu'à distance. D'abord cela n'est pas exact pour toutes ; mais d'ailleurs, qu'est-ce que cela prouve ? que si la bosse est très-apparente à distance, c'est qu'elle est très grosse. (Hilarité générale.) Il assure que plusieurs autres malades n'ont pas voulu nous tourner le dos ; c'est sans doute par politesse ; mais ces pauvres filles, que nous les regardassions par devant, par derrière ou par côté, auraient fait de vains efforts pour dissimuler leur difformité. (Nouvelle hilarité.)

M. Guérin assure que nous n'avons vu que 11 malades ; il est fort mal renseigné à ce sujet. Nous en avons vu beaucoup plus que M. Guérin ne le croit. Tout cela sera prouvé plus tard si la discussion continue.

M. Guérin nous reproche de n'avoir pas répondu à toutes les assertions de M. Malgaigne. En vérité c'est un soin que nous n'avons pas voulu prendre. Il y a dans ce travail des discussions dogmatiques dont la solution est encore impossible, et que nous n'avons pas voulu aborder. Le point capital, que l'Académie ne le perde pas de vue, était de savoir si les faits indiqués par lui étaient tels qu'il l'avait dit ; si les malades étaient guéris ou non, et voilà tout. Or, sur ce point, la commission est arrivée aux résultats que vous savez.

M. Guérin m'a reproché d'avoir oublié Dieffenbach dans mon historique. Je n'ai voulu parler que des faits connus et publiés. Du reste, j'ai écrit à M. Dieffenbach pour lui demander ses résultats et son opinion ; il ne m'a pas encore répondu.

M. Guérin en revient toujours à son argument favori : Si vous, chirurgien, vous étiez provoqué, si on niait vos résultats, si on blâmait votre pratique, vous soumettriez-vous à une enquête que l'on voudrait m'imposer ? Mais oui, sans doute, s'il s'agissait d'une opération nouvelle importante, si j'assurais que je guéris là où d'autres échouent, si j'annonçais des merveilles inconnues à mes confrères. Quel autre moyen aurais-je de convaincre les incrédules ?

M. Guérin dit qu'il a voulu se donner le plaisir d'une commission il y a deux ans. Mais d'abord cette commission il la demandait pour mettre ses résultats en parallèle avec ceux de M. Bouvier (Signes de dénégation de M. Guérin) ; ce que l'Académie ne pouvait pas accepter. Il se donna le plaisir d'une sorte d'enquête, dans laquelle il fit entrer tous ses adhérents. Je ne récuse ni l'impartialité, ni le talent, ni la bonne foi de mes collègues. Mais enfin puisqu'on parle du danger des inimitiés, il faut bien aussi penser un peu au danger des amitiés. Il faut de tout dans une commission, des ennemis pour tempérer l'enthousiasmes des amis, des amis pour imposer une limite à la prévention. De ce mélange naît une commission propre à voir et à dire la vérité. Mais dans l'enquête de M. Guérin il n'y avait pas d'opposants. Quand le Christ voulu faire cesser l'incrédulité de Saint-Thomas, appela-t-il Saint-Pierre ou les autres apôtres ? Non, mais des incrédules comme lui qui avaient vu et touché ses plaies. (Rires et assentiment.) Remarquons d'ailleurs que toutes les promesses de M. Guérin ne se réalisent pas. Un jour, et à l'occasion de cette commission, il nous montra ici un malade qu'il s'engagea à représenter guéri au bout de trois semaines. Il y a quinze mois de cela, et nous attendons encore.

Quant à la commission des hôpitaux dont M. Guérin parle sans cesse, même réserve de ma part sur son talent et son caractère ; mais encore là, pas d'opposants. D'ailleurs, cette commission publiera-t-elle son rapport ? L'administration des hôpitaux consentira-t-elle à cette publication ? Il lui faudra peut-être cinq ou six ans pour faire son rapport ; tandis que nous avons ici des faits complets, des faits acquis sur lesquels l'Académie peut, en connaissance de cause, formuler son jugement.

Qu'est-ce, en définitive, que cette plainte amère d'inquisition qu'on fait subir à M. Guérin ? Une simple investigation scientifique, raisonnable. Cela se fait partout, en chimie, en physique, en toutes les sciences. Tout le monde y gagne, car c'est là un besoin réel des sciences.

M. Guérin demande la parole.

M. le président fait remarquer qu'il est cinq heures passées.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance, et l'Académie se sépare au milieu de la plus vive agitation.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

Ulcérations du col utérin. Traitement par le caustique d'iode.

Le 8 juin est entrée à l'hôpital, salle Saint-Alexis, 53, la nommée Cécile Bonnin, couturière, âgée de dix-huit ans.

D'une bonne constitution, brune, d'un tempérament sanguin, réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, depuis lors toujours bien réglée, d'une bonne santé habituelle, cette fille accoucha il y a trois ans d'un enfant à terme et bien constitué.

L'accouchement fut naturel et même facile. Le troisième jour qui suivit sa couche, elle eut l'imprudence de se lever et de sortir. Le lendemain, frisson général, sentiment de faiblesse et de courbature ; le surlendemain, fièvre intense avec douleurs dans le ventre. Elle entra alors à l'hôpital Beaujon pour une péritonite aiguë, et séjourna deux mois dans cet établissement, et sortit assez bien guérie. Jusque-là, elle n'avait eu qu'un léger écoulement leucorrhéique presque insignifiant.

Après l'accouchement, la quantité de l'éoulement devint plus considérable ; il augmenta encore par la suite, cette fille restant dans un magasin, occupée toute la journée à des travaux de lingerie. Néanmoins, la malade ne ressentait aucune douleur, soit dans le vagin, soit en urinant, et ne se plaignait point de son état.

Deux mois avant son entrée dans les salles de M. Cullerier, elle eut des rapports avec un individu affecté d'une blennorrhagie toute récente. Deux jours après, elle fut prise d'un sentiment de chaleur aux parties génitales, et d'une douleur vive surtout pendant le coït. En même temps, un écoulement se manifesta, abondant, jaune, épais, verdâtre, offrant, au dire de la malade, des caractères tout à fait différents de ceux du premier écoulement leucorrhéique dont nous avons parlé. Les symptômes inflammatoires locaux étaient tellement intenses et prononcés qu'ils gênaient la marche, et rendaient douloureuse l'émission de l'urine. Un médecin qu'elle consulta à cette époque, lui ordonna des injections émollientes et des lotions fréquentes, et lui fit prendre à l'intérieur le copahu et le camphre pendant environ six semaines. Au bout de sept à huit jours de ce traitement, les symptômes inflammatoires locaux avaient presque complétement disparu. Mais l'écoulement persistait avec les mêmes caractères, la même abondance ; il n'a subi depuis deux mois aucun changement, et hier seulement elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Voici l'état qu'elle présente au moment de son entrée :

Les parties génitales externes ne sont ni rouges, ni tuméfiées ; la membrane muqueuse du vagin n'offre, non plus que les grandes et les petites lèvres, aucun signe de phlegmasie. L'écoulement, à en juger par les taches du linge, semble être assez abondant ; il conserve toujours sa couleur jaune-verdâtre. Le doigt indicateur plongé dans le vagin, et ramené le long de la paroi antérieure du vagin, en comprimant fortement le canal de l'urètre, ne fait sortir de ce canal aucune goutte de pus. Le toucher, peu douloureux, fait reconnaître au col utérin quelques rugosités, parmi lesquelles on constate facilement la présence d'une ulcération dont on ne peut avec le doigt seulement évaluer au juste la grandeur réelle. Le col n'est pas dur.

L'introduction du spéculum se fait sans difficulté, et sans provoquer aucune douleur. Il n'existe qu'un peu d'écoulement au moment de la visite, et le liquide qui le constitue est opaque, légèrement glaireux. L'ulcération, examinée directement à l'aide du spéculum, occupe les deux lèvres du col utérin et une partie de la cavité du col lui-même. Elle est inégalement arrondie, de la largeur d'une pièce de deux francs environ ; le fond en est rouge, granuleux, molasse, parsemé de bourgeons charnus végétants, mais peu saillants. Lorsque l'on en essuie la surface avec un bourdonnet de coton, bien que la malade n'accuse aucune douleur, elle saigne avec la plus grande facilité. Pas de douleurs, du reste, ni dans les aines, ni dans la région lombaire, ni dans le bas-ventre. Santé générale assez bonne.

On prescrit pour tout traitement des injections émollientes avec la décoction de racine de guimauve.

Quinze jours après son entrée, M. Cullerier pratiqua quelques cautérisations superficielles avec la solution de nitrate d'argent. Sous l'influence de cette médication, on remarque que le col, au moindre contact, saigne avec plus de facilité encore qu'au moment du premier examen. Cependant il ne paraît ni plus congestionné, ni plus dur. En somme, il ne survient aucun changement très notable dans l'état de la malade, ni en mieux, ni en plus mal. L'écoulement n'a pas sensiblement diminué. Il n'y a point de douleurs. L'aspect de l'ulcération est sensiblement le même ; le fond en est toujours rougeâtre, végétant.

M. Cullerier se décide à employer les cautérisations avec la solution caustique d'iode, suivant la formule ci-après :

Pr. Iode,
Iodure de potassium, } de chaque, 20 grammes.
Eau distillée, 40 grammes.

Le 10 juillet, on emploie pour la première fois cette solution appliquée sur l'ulcération même avec un pinceau de charpie. Au bout de quelques minutes, la malade, reportée dans son lit, se plaint de douleurs assez violentes dans la région de l'utérus, douleurs qui persistent jusqu'au lendemain, mais en diminuant peu à peu d'intensité. — Cataplasmes sur l'hypogastre.

Deux fois par semaine, à partir du commencement du mois de juillet, les cautérisations par le mélange indiqué plus haut sont renouvelées avec la plus grande exactitude, et les plus minutieuses précautions ; mais elles n'ont plus occasionné la moindre douleur. Pendant les premiers jours, on ne remarque pas un changement bien évident dans l'aspect ni l'étendue de l'ulcération. Ce n'est qu'après trois semaines environ que l'on constate un mieux évident. Le fond de l'ulcération est moins végétant, plus égal ; la coloration en est plus vermeille ; il semble avoir pris plus de fermeté. Ce n'est que sous le rapport des dimensions qu'il n'a pas subi de modification bien appréciable.

Dans les premiers jours du mois d'août, un mois entier après le commencement de l'emploi de l'iode, un liséré blanchâtre, indice d'une cicatrisation commençante, se manifeste à la périphérie de l'ulcération. L'écoulement est aussi moins abondant, plus ténu, plus transparent. La nouvelle médication déterminant un mieux évident, on en continue l'emploi.

A partir de ce moment, la cicatrisation fait des progrès très rapides, plus marqués encore pendant la dernière quinzaine du mois d'août. Le 1er septembre, elle est complète, et l'ulcération a tout à fait disparu; l'écoulement a complètement cessé aussi. Le col est ferme; on observe dans les points occupés précédemment par l'ulcération un tissu à peine déprimé, blanchâtre, dont la coloration va se confondant de plus en plus avec celle des parties saines qui l'entourent, à mesure qu'elle se rapproche de la périphérie. Les deux lèvres sont saillantes, inégales et un peu résistantes au toucher. L'orifice utérin reste béant, autant à cause de la perte de substance que sa cavité a subie, qu'en raison de la disposition naturelle des parties chez une femme qui a eu un enfant.

Pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital, les règles ont paru à leur époque habituelle; mais elles ont été moins abondantes qu'elles n'étaient à l'état normal.

— Les ulcérations du col de l'utérus ont été depuis quelques années étudiées avec beaucoup de soin par divers auteurs, et cependant sous le double rapport des causes déterminantes et du traitement, la science est, nous devons le dire, peu riche encore de notions précises. Aussi avons-nous pensé qu'on lirait avec intérêt l'observation détaillée que nous venons de rapporter, et que nous allons faire suivre de quelques réflexions succinctes, persuadé que nous sommes que l'observation clinique est la meilleure méthode à employer pour l'étude des maladies graves, quels que soient les organes qu'elles affectent.

Et d'abord, quelle était, dans le cas actuel, la cause et la nature de l'ulcération du col? Etait-elle de nature syphilitique, et, dans le cas d'une réponse affirmative, constituait-elle un accident primitif ou secondaire? M. Cullerier ne pense pas que chez cette malade, l'ulcération pût être considérée comme un chancre; elle n'en présentait d'ailleurs ni les caractères, ni l'aspect extérieur. Une particularité digne de remarque, c'est que jusqu'à présent, M. Cullerier n'a point encore eu l'occasion de rencontrer de véritable chancre sur le col de la matrice. On sait que par véritable chancre, nous entendons l'ulcère primitif *inoculable*; l'inoculabilité constitue à nos yeux le caractère spécial et pathognomonique du chancre. Ce n'est point à dire, pour cela, que M. Cullerier nie le moins du monde la possibilité du développement du chancre sur le col de l'utérus. M. Ricord en a démontré l'existence dans de remarquables travaux, de la plus incontestable façon; et nous-même, nous avons vu, il y a quelques jours à peine, M. Huguier opérer, en présence de M. Cullerier, l'inoculation d'une ulcération du col, inoculation qui donna pour résultat un chancre des mieux caractérisés. Dans le cas que nous venons de citer, l'aspect de l'ulcération parut si différente de celui du chancre, que l'on ne jugea point à propos de tenter l'inoculation.

Mais peut-être, nous objectera-t-on, que l'ulcération était le résultat d'une infection syphilitique constitutionnelle. Plusieurs raisons nous empêchent de partager cette opinion. Il n'existait, dans les antécédents de la malade, aucune raison qui pût nous faire soupçonner l'existence de maladies vénériennes antérieures. Pour le moment, elle n'offrait aucun accident primitif, et dans aucune partie du corps, l'examen le plus minutieux ne put nous faire découvrir la moindre trace de symptôme syphilitique secondaire, ni roséole, ni tubercules muqueux, ni taches de la peau, etc. Ce qui vient encore à l'appui de l'opinion de M. Cullerier, c'est que pendant les trois mois que cette femme passa dans son service à l'hôpital, elle ne présenta aucun phénomène soit sur la peau, soit sur les muqueuses, qui pût être rapporté aux accidents secondaires de la syphilis constitutionnelle.

Maintenant une autre question. L'ulcération était-elle la suite de la blennorrhagie, la blennorrhagie était-elle la conséquence de l'ulcération, ou enfin les deux affections ont-elles existé simultanément sans qu'il y ait eu entre elles de rapports appréciables de cause à effet? Au moment où cette femme se présenta à notre observation, elle était affectée depuis deux mois environ d'un écoulement blennorrhagique qui lui avait été communiqué, nous dit-elle, par un homme affecté d'un écoulement récent. Aux interrogations les plus minutieuses faites tant par M. Cullerier que par M. Davaz, interne du service, et par nous-même, elle ne put répondre que d'une manière fort vague, et d'où nous ne pûmes conclure positivement qu'antérieurement à ses rapports avec l'homme malade elle ne fût point affectée d'un écoulement par le vagin. M. Cullerier, vu l'aspect de l'ulcération, ne pensa point que la blennorrhagie en fût la cause. Déterminée par la vaginite, l'ulcération eût été plus superficielle et le fond en eût été moins végétant. Il est plus probable que s'il existait entre les deux maladies un rapport de cause à effet, l'ulcération était primitive et l'écoulement le résultat du contact du pus sur la membrane muqueuse du vagin dont il avait déterminé l'inflammation. Puis, rien ne s'oppose à ce que nous admettions l'existence antérieure de l'ulcération avec coïncidence d'une blennorrhagie acquise pendant l'évolution même de l'ulcération. Ce qui nous porterait à admettre cependant cette opinion que l'ulcération a peut-être été la cause déterminante de l'écoulement, c'est la disparition simultanée de ces deux symptômes pathologiques. Mais, nous le répétons, rien ne s'oppose à ce que nous admettions la coïncidence de l'existence de l'ulcération primitivement développée avec celle d'une blennorrhagie acquise, le traitement dirigé contre l'ulcération ayant pu contribuer à faire cesser aussi l'écoulement blennorrhagique vaginal survenu après un coït infectant.

Une fois admis, le développement de l'ulcération, indépendamment de toute cause spécifique, exposons en peu de mots le traitement qu'oppose habituellement M. Cullerier aux affections de cette nature qui se présentent si souvent dans la pratique.

Lorsque le fond de l'ulcération est rouge, enflammé et présente des végétations nombreuses et luxuriantes, M. Cullerier conseille des injections émollientes et fait pratiquer dans l'intervalle des époques menstruelles quelques saignées peu copieuses d'une palette et demie à deux palettes au plus.

Cette médication réussit souvent, et dans le moment où nous écrivons ces lignes plusieurs femmes en traitement à l'hôpital de Lourcine éprouvent un soulagement notable et une amélioration marquée. Lorsque la période d'inflammation aigoë est passée, on met en usage les cautérisations. M. Cullerier, bien qu'il l'emploie assez souvent encore, reconnaît les inconvénients de l'usage du nitrate d'argent, surtout en crayon. Ce caustique, outre qu'il ne produit pas des effets constants, a souvent le grave inconvénient de déterminer l'écoulement du sang à la surface des parties malades, hémorrhagies beaucoup moins fréquentes, nous devons le dire, lorsque l'on se sert de la solution peu concentrée de nitrate d'argent; mais alors aussi les effets caustiques sont moins prononcés, et leur influence est moins évidente sur la marche de la cicatrisation.

Depuis quelque temps, M. Cullerier a substitué dans un grand nombre de cas la solution d'iode caustique induré dans l'eau distillée, et presque toujours, comme dans le cas actuel, l'emploi de ce topique a été suivi des plus heureux résultats.

Dr A. FOUCART.

Emploi des semences de colchique contre la constipation;
par M. le docteur J. SPROULE.

Une longue expérience a permis à M. Sproule de constater l'efficacité des semences de colchique employée pour combattre la constipation, même chez les individus âgés ou d'une constitution débile.

La forme sous laquelle il administra ce médicament est la suivante:

Pr. Semences de colchiques,	8 grammes;
Eau bouillante,	500 grammes.

Faire infuser jusqu'à refroidissement, et passer.

Il fait prendre cette infusion à la dose d'une cuillerée à café jusqu'à celle d'un demi-verre, quatre fois par jour.

D'abord il commence par l'administrer à titre de purgatif et de vomitif; puis, lorsque ce double effet a été produit dans la première journée, il en continue l'usage à petites doses, et en ayant soin d'intercaller l'ingestion d'une préparation tonique, jusqu'à ce que le rétablissement soit complet.

L'auteur termine en ajoutant que beaucoup de personnes ont succombé à des constipations qu'il eût été possible de vaincre à l'aide des semences de colchique administrée de cette manière.

(*Medical Times.*)

Le 15 novembre, M. EDOUARD ROBIN, auteur de la *Chimie raisonnée*, ouvrira, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au premier examen de médecine. Le Cours de Physique sera commencé à une heure, et celui de Chimie à deux heures.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous fait un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 16 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 134. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 15 NOVEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

L'épidémie de fièvre typhoïde touche manifestement à sa fin.

La plupart des individus atteints les premiers par la maladie, ont succombé. Pendant un mois cette fièvre avait pris un caractère général de gravité, qu'elle ne présente que très rarement. Hommes et femmes arrivaient dans un état qui laissait peu d'espoir de les sauver.

Au bout d'un mois environ l'épidémie devint plus bénigne, et l'on vit, pendant tout l'été, grand nombre de malades présentant un état typhoïde léger, quoique suffisamment caractérisé. On put croire que l'influence morbifique allait s'épuiser. Mais elle se ranima pendant les mois de septembre et d'octobre. En peu de jours les salles de fiévreux se remplirent de nouveau de typhoïdes graves, et la mortalité fut aussi considérable qu'elle l'avait été au printemps, dans le début de l'épidémie.

Telle fut la marche de la maladie, autant que nous avons pu en juger par ce que nous avons vu surtout dans les services de l'hôpital de la Charité.

Nous avons déjà insisté sur le symptôme qui a le plus frappé notre attention, et celle de la plupart des médecins que nous avons interrogés à ce sujet, la tendance aux hémorrhagies par les deux surfaces tégumentaires : ici sous forme de taches, en raison de la densité du tissu cutané; là sous forme de flux ou de taches, mais particulièrement de flux.

Les épistaxis n'ont guère été plus communes que dans les autres années; mais les hémorrhagies intestinales, dont nous avons cité plusieurs exemples remarquables, ont été manifestement plus fréquentes.

Un principe spécial a porté son action sur le sang pour le fluidifier, dans un grand nombre de cas, indépendamment de l'état typhoïde.

Les *purpura* dont nous avons parlé, et qui se sont terminés si rapidement d'une manière funeste, n'avaient de rapport avec cet état que par l'altération du sang. Nous tenons d'un médecin des environs de Paris que, sous l'influence épidémique, un assez grand nombre de paysans se sont présentés à lui se plaignant de lassitudes, et accusant un état particulier des urines, qui étaient effectivement épaisses et sanguinolentes. Il est regrettable que ces faits n'aient pas été recueillis rigoureusement; mais, à titre de simple renseignement, ils nous ont paru devoir être mentionnés. Nous en dirons autant de deux exemples d'hémorrhagie essentielle observés à la même époque chez de très jeunes enfants, et qui nous ont été communiqués par M. Blache. Chez l'un, au milieu des conditions hygiéniques les plus favorables, une hématémèse se manifesta tout à coup et se reproduisit opiniâtrément, après avoir paru céder aux moyens usités en pareil cas. L'autre, enfant de deux jours, très vigoureux, présentant à un degre prononcé l'ictère des nouveau-nés, eut une hématurie; l'urine entourait les matières fécales d'un rouge cercle parfaitement distinct. Les deux sujets ont succombé.

Un interne des hôpitaux, que nous avons déjà eu l'occasion de citer, M. Potier, nous a fait part d'un cas analogue au dernier, seulement l'hématurie s'était présentée chez un typhoïde. Il n'y avait pas lieu de douter de la présence d'une quantité notable de sang dans les urines.

Il est donc de la dernière évidence que les conditions hygiéniques qui ont régné depuis le premptemps ont exprimé leur action sur l'économie par une atteinte portée à la constitution du sang. C'est ici un de ces cas dans lesquels il faut se borner à la constatation du fait. Encore cette constatation n'est-elle qu'approximative; car on est fondé à supposer les conditions précitées, mais on ne peut les déterminer exactement. Il est certain que de grandes vicissitudes ont eu lieu dans l'atmosphère, et il n'est pas étonnant que l'économie en ait été affectée. Il n'est pas plus difficile de comprendre une altération du sang se produisant sous l'influence de troubles météorologiques, qu'il n'est difficile de concevoir que le sang d'un cheval surmené, injecté dans les veines d'un autre cheval, fasse périr ce dernier.

Les caractères anatomo-pathologiques du sang ont été étudiés avec un soin minutieux, et la science est très redevable, sous ce rapport à divers savants qu'il serait superflu de nommer. Il s'agirait maintenant de constituer l'étiologie de ces altérations. Etant donné le tempérament actuel de l'Ecole de Paris, ce ne sera pas la tâche la plus facile. Le fil qui relie le fait anatomique à la cause ne peut être suivi qu'avec la pensée, et nous sommes trop anatomiste pour ne pas préférer le scalpel à cet instrument psychologique. Nous avons poussé à outrance le principe de la philosophie de Bacon; nous professons pour le raisonnement un dédain superbe, et, pour nous servir de la comparaison de l'illustre chancelier, nous rampons comme des fourmis, au lieu de butiner comme l'abeille. Lorsque cette réaction se sera épuisée, on aura peine à comprendre les écarts auxquels les meilleurs esprits ont été entraînés. Un professeur éloquent, définissant la maladie, croit pouvoir avancer qu'il y a des troubles de la santé où l'on ne doit pas admettre d'altération des parties constituantes du corps, cette altération n'étant pas appréciable. Se refuser à admettre que le trouble d'une fonction suppose *nécessairement* un dérangement quelconque dans l'instrument de cette fonction, c'est comme si l'on disait que la fonction peut avoir lieu sans l'organe. Le trouble de la fonction, c'est, en d'autres termes, la fonction troublée, et avant tout la fonction; or, la fonction, qui est une action, suppose un agent auquel elle est subordonnée. Voilà où est l'abus. Voilà où l'observation exagère ses prétentions jusqu'à violer les lois de la plus simple logique. On nie ce qui a le caractère de la certitude pour la raison quand les sens n'ont pu le vérifier. Cette subordination de la raison aux sens est un des traits les plus saillants de notre époque scientifique.

Il faudra, dans l'étiologie des altérations du sang, tenir compte des troubles soudains du centre cérébro-spinal, et rechercher à ce propos dans les auteurs un grand nombre de faits qui sont loin de présenter tous la même authenticité.

Nous avons déjà parlé de la possibilité de confondre les pétéchies avec les piqûres de puce. Il n'est pas exact de dire que ces piqûres se présentent invariablement sous la forme d'une tache rose lenticulaire marquée au centre d'un point plus foncé. Leur aspect est tel effectivement dans les premiers moments qui suivent la petite blessure; mais au bout de quelque temps, le cercle rose se rétrécit, disparaît, et il ne subsiste plus que le point central qui s'est plus ou moins étendu en conservant plus ou moins sa nuance. C'est ainsi que le caractère de la piqûre s'efface et que l'on a une tache donnant simplement l'idée d'un petit épanchement absolument comparable à celui qui forme la pétéchie. Nous avons étudié ces pipûres à ce dernier degré sur beaucoup d'individus au dépôt de recrutement. Souvent elles étaient innombrables, et l'on aurait dit l'éruption de pétéchies la plus confluente que l'on puisse imaginer. On comprend que cette ressemblance soit encore plus frappante lorsque le sujet est sous l'influence typhoïde. Alors, en effet, la piqûre de puce s'entoure nécessairement d'un cercle sanguin plus étendu, comme on le voit arriver pour celle des sangsues. Il n'est pas vrai que ces sortes de pétéchies traumatiques disparaissent à la pression. Le sang est tout aussi bien épanché, infiltré et incorporé aux tissus dans ce cas que dans la pétéchie proprement dite, et la rougeur qui en dépend ne peut être comparée à celle de l'inflammation.

La différence entre les deux espèces d'ecchymoses est difficile à établir. Toutefois, il nous paraît y avoir deux signes différentiels sur lesquels nous appelons l'attention des praticiens. L'un de ces signes dépend de la dimension, l'autre de la couleur des taches. 1° Les pétéchies essentielles ou spontanées sont généralement plus larges que les pétéchies traumatiques au moment où ces dernières ont perdu leur caractère pathognomonique par leur réduction au point central. 2° Les piqûres de puce n'ayant pas lieu toutes à la même époque, les taches qui en résultent sont diversement nuancées, la résorption du sang étant naturellement plus ou moins avancée, en raison de l'ancienneté variable des petites lésions. Au contraire, les pétéchies essentielles étant l'effet d'un *molimen*, sont généralement simultanées, au lieu d'être successives, et il en résulte que leur couleur doit être plus uniforme. On voudra bien se rappeler que nous ne donnons pas ces deux signes comme positifs et infaillibles. Nous allons nous-même au-devant de la vérification.

Les lecteurs de ces *Revues* n'ont pas oublié, sans doute, un cas remarquable de trachéotomie pratiqué à l'hôpital Necker, dans le service de M. Delaroque, par M. de Crozant, pour une affection laryngée consécutive à une fièvre typhoïde. Voici un exemple nouveau d'une affection analogue portée au plus haut degré, et compliquée de phlegmon du cou. Nous nous félicitons de pouvoir en publier l'observation avec tous ses détails, et nous devons, à cet égard, des remercîments à un interne de la Salpêtrière, M. Robin, l'un des lauréats de l'Ecole pratique, lequel a bien voulu nous faire part de ses notes. (*Voir l'article Hospice de la Salpêtrière.*)

Dans un de nos articles, nous avons parlé de cas très analogues. Ces cas, observés par M. le docteur Barthez, alors médecin en chef de l'hôpital militaire de Rennes, et publiés en 1841 dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, ont été reproduits dans le tome III des *Annales de la chirurgie française et étrangère*. Ils sont au nombre de deux.

Dans le premier, les symptômes typhoïdes avaient cessé, et la guérison semblait assurée, lorsque le malade s'étant assis sur une pierre froide pendant que le vent du nord soufflait avec force (on était au mois d'avril), éprouva de la douleur à la gorge. Sa voix était enrouée, et il avait de petites quintes de toux. Après quelques jours d'un état peu alarmant, il eut des accès de suffocation qui devinrent de plus en plus intenses, et finirent par nécessiter la trachéotomie. Les accidents furent notablement amendés, et l'on put croire que le sujet survivrait; mais il fut frappé de gangrène du poumon, et succomba vingt-trois jours après l'opération.

Dans le second cas, le sujet, également convalescent de fièvre typhoïde, avait pris l'habitude de s'asseoir sur le balcon de la salle, et de rester exposé à l'air froid. Les symptômes furent de même nature que dans le premier, seulement moins intenses. La mort eut lieu lentement, sans accès de suffocation.

Dans le fait de M. Bouvier, la cause apparente a consisté également dans un refroidissement. Cette donnée étiologique prend ainsi une grande importance.

Il est à remarquer que dans les deux cas de M. Barthez, il y avait eu des symptômes de bronchite dès l'invasion de la fièvre typhoïde. On comprend, à la faveur de cette circonstance, que la cause ait porté son action sur un point de l'appareil respiratoire.

Dans les deux faits de M. Barthez, les cartilages laryngiens étaient nécrosés. Il est regrettable que l'on n'ait point songé à examiner ces cartilages dans le cas que nous avons rapporté. Au reste, dans ce dernier, c'est l'arrière-gorge et le pharynx qui ont été envahis d'abord.

Nous croyons inutile d'insister plus longuement sur l'extrême importance des faits dont nous venons d'occuper nos lecteurs. X...

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BOUVIER.

Affection typhoïde. Phlegmon diffus du cou. Mort. Autopsie. (Observation communiquée par M. ROBIN, interne.)

Une femme de quarante ans, domestique, entra dans le service supplémentaire de la Salpêtrière, lors de l'épidémie de fièvre typhoïde qui régna dernièrement. Elle avait toujours été bien portante; elle était maigre, mais de bonne constitution. Elle eut une fièvre typhoïde bien caractérisée, qui ne présenta rien de particulier, si ce n'est des sueurs très abondantes pendant toute la durée de la maladie et surtout au déclin.

Cette femme était convalescente depuis plusieurs jours et prête à sortir de l'hôpital, lorsque, s'étant levée pendant la nuit et ayant marché quelques instants les pieds nus sur le carreau, elle ressentit une douleur assez vive à la gorge. — On prescrivit un gargarisme.

Le surlendemain, la douleur était plus vive, la déglutition gênée et pénible; les amygdales avaient le volume d'une noix; elles étaient très rouges, ainsi que les parties environnantes. La pression à l'angle de la mâchoire augmentait la douleur.— Quinze sangsues furent appliquées sur ce point de chaque côté; gargarisme émollient; pédiluve sinapisé; bouillons et potage.

Le troisième jour, la difficulté de la déglutition a encore augmenté; il y a un peu de raucité de la voix, mais pas de toux; pas de fausses membranes dans l'arrière-gorge. A l'extérieur, les côtés du cou semblent un peu tuméfiés depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au niveau de l'os hyoïde; dans toute cette étendue, la malade ressent une douleur lancinante, exaspérée par la pression. M. Bouvier, chef du service, soupçonne une inflammation du tissu cellulaire rétro-pharyngien. — 20 sangsues; sinapismes; diète.

Le lendemain, quatrième jour de la maladie, la tuméfaction du cou est augmentée; la pression est extrêmement douloureuse; la malade ne veut pas permettre qu'on la touche; il lui est presque impossible d'avaler, et elle rejette la plus grande partie des boissons qu'on veut lui faire prendre par cuillerée. La parole est plus embarrassée que la veille; la voix a pris une raucité d'un timbre tout particulier; la respiration est gênée. La malade accuse un picotement au larynx. La fièvre est plus intense que les jours précédents. Le pouls est à plus de 100; la peau est sèche, brûlante; la soif d'autant plus vive que le sujet a beaucoup de peine à avaler. — Saignée de 4 palettes; limonade; glace à laisser fondre dans la bouche; diète.

Le soir du même jour, les symptômes ont encore augmenté d'intensité; le tuméfaction gagne toujours, on remarque de la rougeur de chaque côté de la région cervicale; la malade s'oppose à ce qu'on explore cette région. Le muscle sterno-mastoïdien, qui était très apparent à cause de la maigreur de

la malade, est beaucoup moins saillant. La voix conserve le timbre étrange dont nous avons parlé, et dont les personnes qui ont entendu les malades atteints d'œdème de la glotte peuvent seuls se faire une idée. Cette particularité de la voix fait penser que les replis arythéno-épiglotiques sont enflammés. L'inspiration s'accompagne en outre d'une sorte de sifflement. A l'auscultation des poumons, on entend une espèce de bruit vibratoire que l'on reconnaît bientôt pour être le bruit laryngien qui se propage à toute la poitrine.

Le cinquième jour, on apprend que, pendant la nuit, il y a eu délire; la malade est sortie plusieurs fois de son lit; elle reste toujours assise, pour favoriser autant que possible la respiration, qui nécessite les plus grands efforts. Le cou s'est arrondi; les saillies musculaires et laryngienne ont disparu au milieu de la tuméfaction; seulement, à gauche du corps thyroïde, existe une saillie arrondie du volume d'un œuf.

La pression du cou est cependant moins douloureuse; la face est bouffie; les lèvres sont bleuâtres. Mêmes difficultés de la parole et de la déglutition; la malade se plaint surtout d'un picotement avec chaleur au larynx, qui cause de la toux et qui redouble quand elle parle ou avale. Le pouls est à 120, petit; la peau chaude et sèche. — Même traitement que la veille.

Le soir il y a de la prostration avec agitation et délire par intervalles; la face est altérée, le pouls misérable; sueur abondante de la face, qui est bouffie, bleuâtre. La respiration est très pénible; avec bruit de corde mouillée dans l'expiration et l'inspiration, et sifflement dans le premier temps de la respiration. La patiente se plaint d'un point de côté très violent à droite, au niveau de la neuvième côte; la douleur devient très aiguë pendant l'inspiration, et attire toute l'attention de la malade, qui ne se plaint presque plus quand on presse le cou. Cette douleur est exaspérée aussi par la pression sur les dernières côtes, au point de faire crier la malade; la percussion et l'auscultation ne donnent aucun signe propre au poumon ou à son enveloppe. Pendant cet examen survient un accès de suffocation très intense; la mort semble imminente, et l'on fait des préparatifs pour la trachéotomie; mais à l'arrivée de M. Manec, qui vient d'être appelé, les symptômes ont diminué, et l'opération est différée; on applique soixante sangsues sur le côté.

Le sixième jour, la malade est à l'agonie. Pendant la nuit, la face s'altère de plus en plus; la prostration est extrême; le pouls petit, misérable, à 140; la respiration est ralentie, mais chaque mouvement respiratoire est très pénible, toujours avec sifflement et bruit de corde mouillée. Mort dans la journée.

L'autopsie est faite 20 heures après la mort. La face et le cou sont extrêmement tuméfiés, bouffis; la peau du cou présente des plaques verdâtres longitudinales sur les côtés. Toutes les parties sont disséquées avec soin, comme pour la préparation des régions sus- et sous-hyoïdiennes et sus-claviculaires. Le tissu cellulaire sous-cutané et le peaucier sont infiltrés d'une lymphe épaisse, sans trace de pus; ils sont bleuâtres dans les points correspondant aux plaques de la peau. Le tissu cellulaire qui entoure les muscles sous-hyoïdiens, omoplat-hyoïdien et sterno-mastoïdien, est infiltré d'un pus jaune, épais, de bonne nature, qui ne s'écoule pas pendant la dissection, et qui est mélangé par places d'une lymphe épaisse, demi-transparente, ayant la consistance de la gelée. Ces deux fluides restent infiltrés dans les lambeaux de tissu cellulaire qu'on détache.

Le pus s'étend depuis le sternum jusqu'à l'os hyoïde, et latéralement jusqu'aux vaisseaux carotidiens. Il remonte le long du sterno-mastoïdien jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire. Les muscles étant détachés de haut en bas, on trouve une couche épaisse de pus semblable au précédent autour de la trachée du corps thyroïde et de l'œsophage; sur les côtés, on suit cette couche jusqu'aux vaisseaux carotidiens et jugulaires. En disséquant ces vaisseaux de bas en haut, on voit qu'ils sont entourés de pus, ainsi que le pharynx, jusqu'au niveau des amygdales, qui en sont elles mêmes infiltrées, et dont la muqueuse est d'un bleu noirâtre. En achevant la dissection de haut en bas à partir des amygdales, on voit du pus en grande quantité autour d'elles et derrière le pharynx, puis derrière l'œsophage, entre lui et les muscles prévertébraux; il est consistant et fait adhérer ce conduit à la colonne vertébrale, et on en trouve jusque dans le médiastin postérieur au niveau de la base du cœur. Sur les côtés du pharynx le pus a suivi le ventre postérieur du digastrique qui en est entouré, ainsi que le bord inférieur de la glande sous-maxillaire, laquelle est simplement infiltrée de sérosité. Inférieurement il descend autour de la trachée jusqu'au niveau de l'origine des gros vaisseaux. Le long des vaisseaux carotidiens et jugulaires et du pneumo-gastrique, on suit le pus jusqu'à la réunion de ces vaisseaux avec les vaisseaux sous-claviers. Là le pus existe en grande quantité, et se continue en dedans avec celui de la partie antérieure des troncs brachio céphaliques artériel et veineux, en arrière avec celui qui entoure l'œsophage; en dehors il suit les vaisseaux sous-claviers jusqu'à la partie moyenne de la clavicule, plus loin à gauche qu'à droite. Dans le premier sens, le tissu adipeux du creux sus-claviculaire, les ganglions lymphatiques, les vaisseaux et nerfs du plexus brachial, à leur issue de l'intervalle des scalènes, sont aussi infiltrés de pus.

Ces lésions sont les mêmes des deux côtés; nulle part le pus n'est réuni en collection liquide; partout il est infiltré dans le tissu cellulaire intermusculaire et intervasculaire. Toutefois, au niveau des amygdales et de la réunion des vaisseaux carotidiens et sous-claviers, le pus tendait à se constituer en abcès. — Les intervalles celluleux qui séparent les muscles du larynx sont infiltrés de pus, et ce liquide, pénétrant entre les replis arythéno-épiglottiques, forme de chaque côté une collection de pus liquide, du volume d'une petite noisette, ce qui ne laisse pas à l'ouverture supérieure du larynx un diamètre supérieur à celui de la glotte dans l'état normal. La cavité des ventricules du larynx a disparu par suite de l'infiltration de pus sous la muqueuse; celle-ci est d'un rouge-bleuâtre et épaissie au niveau des cordes vocales inférieures, d'où la diminution du diamètre de la glotte.

Le lobe gauche du corps thyroïde a le volume d'un œuf de poule; à la coupe, il s'en écoule un liquide couleur chocolat, qui était contenu dans deux ou trois vacuoles du volume d'une noisette. Le lobe droit ne renferme pas de liquide semblable; il est simplement congestionné.

Dans tous les gros vaisseaux et le cœur, le sang est fluide; seulement le ventricule droit contient un caillot noirâtre du volume d'un œuf de pigeon; mais dans la jugulaire interne des deux côtés, on trouve un caillot noirâtre, consistant, un peu plus gros qu'un tuyau de plume, qui oblitère le calibre du vaisseau sans adhérer fortement à ses parois; il s'étend de l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule, et envoie des prolongements dans les veines faciale et thyroïdienne supérieure. A gauche, il se prolonge dans l'étendue de 3 centimètres dans la veine sous-clavière; à droite, il n'atteint pas cette veine; nulle part il n'y a de pus dans les veines. La face interne et externe des vaisseaux veineux et artériels ne présente aucun changement de couleur; les vaisseaux capillaires qui s'y distribuent sont, comme ceux du tissu cellulaire, injectés de sang noir. Les sinus de la dure-mère sont fortement gorgés d'un sang de même couleur, ainsi que les veines de la surface du cerveau. Un piqueté rouge assez abondant se fait remarquer dans les corps striés et les couches optiques. Les poumons n'offrent aucune trace d'inflammation, mais ils sont gorgés de sang noir qui s'écoule à la section du parenchyme. Il en est de même du foie. La plèvre gauche est saine; la droite contient deux ou trois cuillerées de sérosité purulente, et elle est tapissée de fausses membranes récentes infiltrées de pus. Le péricarde est sain, le péritoine également. La fin de l'intestin grêle présente des cicatrices d'ulcérations dothinetériques.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Discours d'ouverture. — Des accidents consécutifs des opérations chirurgicales.

Pour me conformer à l'usage que j'ai suivi depuis plusieurs années, je vais ouvrir notre cours de clinique par un petit discours de généralités. Dans cette circonstance, on a souvent l'habitude de présenter une espèce de résumé des faits les plus remarquables qui ont passé sous les yeux pendant le cours de l'année scolaire écoulée. A cet égard, j'aurais beaucoup de choses à dire, car notre service clinique fut cette année vraiment fécond de cas du plus haut intérêt; ainsi, ceux qui l'ont suivi avec quelque assiduité, doivent se rappeler, par exemple:

1° Le cas si beau de tumeur sanguine, ou *spina-ventosa* du tibia, que nous avons traité avec plein succès par la ligature de l'artère crurale, succès d'autant plus précieux et mémorable, que dans ce genre de maladie tout moyen thérapeutique est souvent inutile, et que les malades sont tôt ou tard voués à une terminaison funeste; n'allez pas croire que la guérison de ce malade soit encore douteuse, car nous avons été à même d'avoir de ses nouvelles récentes dans notre voyage, en passant par le pays qu'il habite, et il se porte très bien.

2° Les deux cas de tumeurs intra-orbitaires, dont une fut opérée avec plein succès, le malade recouvrant l'usage de la vue de ce côté qu'il avait perdue; l'autre ayant nécessité l'extirpation de l'œil, fut suivie de la mort par suite d'une méningite aiguë qui s'était déclarée.

3° Le cas d'exostose éburnée à collet développée sur un fémur, à propos duquel je vous ai entretenus de plusieurs autres cas analogues observés dans ma pratique, en faisant en même temps bien sentir le danger qu'il y avait d'opérer ces tumeurs lorsqu'elles avaient des rapports trop intimes avec les gros nerfs et vaisseaux; cas qui a pu ne pas présenter beaucoup d'intérêt pour vous qui êtes au début de votre carrière, mais qui en présente un bien grand pour moi, et pour les chirurgiens de quelque expérience qui l'ont observé.

4° Les différents cas de bec-de-lièvre que nous avons opérés avec bonheur, et dans lesquels vous avez pu voir toutes les nuances, pour ainsi dire, de cette difformité, depuis le cas le plus simple jusqu'au plus compliqué. Et encore, tout récemment, nous avons opéré pour la seconde fois un enfant dont l'opération première avait échoué il y a quelques mois, et nous avons eu le bonheur de réussir. Dois-je vous rappeler, enfin, les nombreux cas de cataracte que j'ai opérés par ma méthode ordinaire, l'extraction, et dont les résultats n'ont été ni plus ni moins heureux qu'ils le sont ordinairement à la suite d'une semblable opération, comme vous avez pu vous en convaincre par vous-mêmes. Je serais trop long si je voulais vous énumérer tous les cas intéressants qui se sont présentés à votre observation, et ce n'est pas là d'ailleurs mon but dans les leçons de généralités que je me propose de vous faire actuellement. Je fus, je l'avoue, quelque temps embarrassé dans le choix du sujet; mais en me rappelant que l'année dernière, à cette occasion, je vous entretenais pendant plusieurs leçons des accidents primitifs et immédiats des opérations, j'ai cru devoir continuer pour ainsi dire le même sujet, en vous parlant cette année des accidents consécutifs qui surviennent aux opérations, même à une époque plus ou moins reculée. Le sujet, comme vous pensez, est vaste et d'un grand intérêt pratique; ainsi, je réclame toute votre attention pour ce que je vais vous dire.

Permettez-moi, avant d'entrer dans notre sujet, de vous faire une remarque qui vous sera très utile dans le début de vos études. Quand vous suivez les cliniques chirurgicales, vous avez probablement en vue surtout de vous familiariser avec les opérations de toute espèce qui s'y pratiquent, et poussés par cette ardeur de voir agir, propre à votre âge, vous négligez peut-être l'observation des cas morbides qui se présentent à votre examen, et dont l'étude exacte et profonde peut seule vous mettre à même de connaître la véritable pathologie chirurgicale. Désabusez-vous de bonne heure, et accoutumez-vous à regarder les opérations chirurgicales comme une partie très importante de la chirurgie, qu'il faut bien connaître si on veut être opérateur; mais ne perdez pas de vue l'observation attentive et constante des cas pathologiques qui passent sous vos yeux, et qui seule peut vous créer vraiment chirurgien praticien. Cette remarque tend à vous faire apprécier, à leur juste valeur, les choses que je vais vous dire en traitant le sujet que je me suis proposé, tout en vous faisant comprendre la nécessité d'appliquer votre esprit à autre chose au delà de ce qui se rattache aux opérations chirurgicales.

Si par le fait d'événements imprévus survenant dans le cours de nos opérations, celles-ci peuvent offrir quelque chose de saisissant et de dramatique qui met le chirurgien et les assistants dans un état d'émotion et d'inquiétude considérable, il est pourtant vrai aussi que les accidents consécutifs sont beaucoup moins rares que les immédiats. Ainsi il peut arriver certainement qu'une syncope très prolongée, une hémorrhagie très abondante arrivant au moment de l'opération mette en danger les jours du malade; mais ces cas sont bien rares, comparativement aux accidents qui surviennent après l'opération, et qui en compromettent plus ou moins le succès.

N'est-ce pas même là la cause principale, ou plutôt unique de nos insuccès? Si après les opérations tout se passait dans l'ordre, si aucun accident ne se prononçait consécutivement, il n'y aurait pas de raison pour que la guérison n'arrivât toujours. Si, par exemple, une inflammation trop vive et phlegmoneuse ne se développait, si une résorption purulente ne venait pas entraver la marche de la maladie, etc., etc., la nature n'aurait-elle pas toujours la force de travailler à la cicatrisation des plaies que nous produisons par nos opérations? Vous comprenez par là que l'étude de ces accidents consécutifs constitue une partie essentielle de l'histoire des maladies chirurgicales, digne par conséquent de toute votre méditation.

Quoique ces accidents aient une nature bien déterminée, il n'est pas toujours facile d'établir une limite précise entre eux, et les accidents primitifs des opérations. En effet, il est des accidents primitifs qui, tout en survenant au moment même de l'opération, peuvent se continuer plus ou moins longtemps après celle-ci, tels que, par exemple, un collapsus nerveux qu'on ne peut pas faire cesser, et qui par conséquent peut se terminer par la mort. Vous vous rappelez sans doute le cas de cette dame que je vous ai citée, opérée d'une tumeur au sein, tombant dans une syncope au moment de lier les vaisseaux ouverts, et succombant quelques heures après à la continuation de ce collapsus nerveux qu'on n'a pas pu dissiper. On trouva à l'autopsie un ramollissement de la moitié du cerveau qui put donner l'explication de cette mort rapide. Vous savez que l'introduction de l'air dans les veines peut tuer instantanément; mais supposez que la quantité d'air introduite ne soit pas suffisante pour produire la mort instantanée, le malade survivra à cet accident encore quatre, cinq, six heures, et à l'autopsie on trouvera des bulles d'air dans les ventricules du cœur. Nous avons eu un cas semblable chez une jeune fille dont je vous ai parlé dans le temps, en vous entretenant de ce terrible accident. Et pourtant voilà des accidents primitifs qui par leur persistance pourraient être regardés presque comme consécutifs.

Quant aux accidents consécutifs, il n'est pas toujours facile d'en déterminer le sens et les caractères véritables; car il y a des phénomènes qui se présentent après les opérations, qui se prolongent même quelque temps sans qu'on puisse les regarder comme de véritables accidents consécutifs. Ainsi, par exemple, vous opérez une hernie étranglée, l'anse intestinale rentre dans l'abdomen; mais les symptômes graves qui préexistaient continuent, et même le malade peut succomber; on ne pourra pas dire que ces symptômes sont des accidents survenus à l'opération pratiquée; seulement, on pourra dire que l'opération a été la cause occasionnelle de cette persistance, et que peut-être elle a hâté la terminaison fatale; car il est d'expérience que ces sortes d'opérations quand elles ne réussissent pas, hâtent la mort des malades. De même vous amputez de la jambe un individu dans des conditions défavorables de fièvre hectique, d'épuisement, etc., ces symptômes continuent après l'amputation, la mort même arrive quelque temps après; on ne dira pas que ce sont là des accidents survenus à l'opération, quoique celle-ci ait pu être pour quelque chose dans la continuation ou l'aggravation des symptômes préexistants. — En outre, il n'est pas toujours facile de dire si les accidents sont vraiment consécutifs ou primitifs, il y en a de si différents! Par exemple, une hémorrhagie arrivée quelquefois plusieurs heures après l'opération, est-elle primitive ou consécutive? Au premier abord, on pourrait la considérer comme primitive, et ce n'est que le pansement pratiqué à la plaie qui probablement l'a empêché de se faire jour au dehors immédiatement; pourtant, quelque soudaine qu'elle soit, cette hémorrhagie survenue après l'opération, elle constitue pour nous un accident consécutif, et, à cause de ce caractère, elle offre une gravité bien plus grande. Il suffit que quelques heures se soient écoulées depuis l'opération pour que l'hémorrhagie qui survient soit infiniment plus grave qu'au moment de l'opération; c'est qu'il y a deux choses qui ajoutent à cette gravité: d'abord le moral du malade, qui est infiniment plus ébranlé et affecté lorsque étant déjà dans son lit, il se voit exposé à un accident de cette nature, que son imagination doit lui représenter toujours comme très-grave, tandis qu'à l'amphithéâtre, pendant qu'il était sous le couteau du chirurgien, il ne s'effrayait pas à la vue du sang, dont l'écoulement était considéré par lui comme inévitable pour l'exécution d'une opération à laquelle il s'était abandonné volontairement; ensuite, par la manière elle-même dont la plaie a été pansée,

l'écoulement du sang peut être un accident plus grave : ainsi par exemple dans une amputation dont la plaie fut réunie par première intention, une hémorrhagie survenant quelques heures après peut être très-grave, car le sang peut s'infiltrer entre les muscles et les os, et produire des ravages considérables avant qu'il se soit montré au dehors, et qu'on ait eu le temps de l'arrêter ; dans la taille, pendant que l'opéré est à l'amphithéâtre, la plaie étant béante, le sang coule au dehors, et si une hémorrhagie survenait, on est en mesure de l'arrêter par tous les moyens connus ; mais aussitôt qu'il est pansé et transporté dans un lit, l'hémorrhagie peut envahir la vessie, et donner lieu à des accidents formidables sans que extérieurement il y ait des indices bien graves ; et avant qu'on y ait porté remède, les malades sont jetés dans un état de syncope souvent inévitable.

Ces dernières remarques font voir que le mot *consécutif* a une acception très-large, et dirai-je élastique, appliqué aux accidents des opérations, et qu'il faut embrasser à l'égard de celles-ci un temps assez long pour être dans le vrai. Pour pouvoir vous faire bien comprendre toute ma pensée sur ce sojet, je distingue trois sortes d'accidents consécutifs : 1° ceux qui suivent presque immédiatement les opérations, et que je pourrais appeler consécutifs immédiats ; 2° ceux qui arrivent un peu plus tardivement, mais à une époque encore assez rapprochée de l'opération, telle que l'inflammation, qui souvent se développe assez rapidement et se montre assez rebelle aux moyens qu'on lui oppose, par exemple dans les bourses, etc. ; 3° les accidents qui surviennent à une époque éloignée de l'opération, et lorsque tout semblait faire croire à une prochaine guérison : ainsi, il y a trois semaines environ nous avons opéré de la castration un malade affecté d'une maladie organique de la verge ; tout allait bien, lorsque ces jours derniers des symptômes se développèrent qui firent croire au développement d'une inflammation véritable dans le système nerveux du membre pelvien gauche ; on fut un instant inquiet sur l'imminence d'une gangrène de ce membre ; c'est là un accident consécutif qu'on peut appeler terminal, et qui se rattache de bien loin à l'opération pratiquée sur ce malade. De même, en opérant un calculeux par la taille, nous avons eu le malheur de léser le rectum ; pourtant les suites de l'opération sont assez heureuses, la plaie faite au périnée se guérit, les fonctions de la vessie semblent se régulariser, mais plus tard vous vous apercevez qu'une fistule s'est établie (vésico-rectale) là où cet organe fut blessé ; c'est encore un accident consécutif de la même espèce que le précédent ; enfin, pour multiplier les exemples, une amputation est faite d'une jambe ou d'un bras, mais avec saillie considérable des os, malgré cela aucun accident sérieux ne vient entraver la marche régulière de la maladie, la plaie tend à se cicatriser, mais il y a un obstacle qui s'y oppose, c'est le morceau d'os qui dépasse le niveau de la plaie même et qui tôt ou tard doit être enlevé si on veut obtenir une cicatrisation complète et durable ; c'est bien là encore un accident terminal.

Une dernière remarque avant d'entrer dans le cœur de notre sujet. A la suite de nos opérations on observe des phénomènes qui sortent entièrement de l'ordre physiologique, mais qui ne peuvent pas être appelés des accidents, et qui tiennent comme conséquence nécessaire aux opérations elles-mêmes. Par exemple dans la taille il est excessivement rare que la nature opère soudainement la réunion des parties coupées, et que l'urine sorte par les voies naturelles ; ordinairement et pendant quelque temps elle coule au dehors à travers le périnée ouvert, jusqu'à ce qu'elle ait pu reprendre par les forces de la nature son cours naturel ; mais ce n'est pas un accident consécutif de l'opération, c'est un simple phénomène inhérent à celle-ci, une inévitable conséquence de la taille. Vous opérez une tumeur anévrysmale du jarret, par exemple, par la ligature de la fémorale, et vous voyez bientôt le malade se plaindre d'un sentiment de froid et d'engourdissement dans tout le membre ; ce n'est pas là non plus un accident inévitable de l'opération que vous avez pratiquée, mais une conséquence pure et simple de celle-ci, à laquelle vous devrez toujours vous attendre dans de semblables circonstances.

Ces accidents arrivent spécialement à la suite des opérations chirurgicales dites sanglantes. Il nous faut entrer dans quelques développements à cet égard. Tous les actes chirurgicaux qu'on peut appeler *opérations* se rangent sous deux grandes catégories ; les unes sont accompagnées de plaie extérieure ou intérieure, et doivent s'appeler sanglantes ; les autres se passent sans incision des tissus, et sont non sanglantes. Au premier abord on serait porté à croire que les accidents dont nous parlons en ce moment ne suivent que les opérations de la première catégorie, et que jamais ne doivent arriver pour celles de la seconde ; pourtant ce serait une erreur : les deux ordres d'opérations en sont également, et proportionnellement susceptibles. Quelques exemples vous prouveront cela jusqu'à l'évidence. Il s'agit d'une hernie étranglée ; on fait plusieurs tentatives de réduction sans succès ; après quelque temps les symptômes persistant, on revient au taxis, et cette fois on parvient à réduire l'anse intestinale herniée ; mais les symptômes au lieu de se calmer s'aggravent, et le malade succombe très probablement à une rupture de l'intestin étranglé, et à une foudroyante péritonite ; voilà des accidents consécutifs formidables survenus à l'opération de la réduction, et pourtant il n'y a pas eu ici d'opération sanglante ; tout s'est passé dans de simples malaxations et compressions exercées sur les tissus extérieurs ; mais ces manœuvres maladroites et imprudentes ont donné lieu à la lésion intestinale qui fut la cause de la mort. Il faut réduire une luxation de la cuisse, par exemple, on essaie long-temps sans pouvoir y réussir ; enfin, après un redoublement d'effort on y parvient ; mais on s'aperçoit bientôt qu'un gros nerf ou un vaisseau considérable a été déchiré, et on se trouve en face d'accidents excessivement graves ; voilà encore des accidents consécutifs survenus à une opération non sanglante, et sans plaie extérieure. Vous avez tous, Messieurs, entendu parler de cette malheureuse invention dont le monde médical fut ému, il y a quelques années ; je veux parler de la méthode imaginée pour réduire d'une manière violente les ankyloses des membres, etc. Je fus témoin de quelques-uns des essais qu'on a faits alors de cette méthode ; je ne peux pas vous dire la douleur, l'angoisse que j'ai éprouvée à la vue de ces pauvres patients dont on torturait si atrocement les membres, et pourtant il n'y avait pas là de plaies apparentes ; la peau des membres torturés était intacte, et tout le ravage se trouvait dans les parties profondes. Donc il n'est pas nécessaire qu'une opération chirurgicale soit sanglante pour être suivis d'accidents plus ou moins graves. Permettez-moi encore de vous citer un fait de la pratique du professeur Boyer, ce grand maître à nous tous, et que je tiens de lui-même. Il avait à réduire une fracture de la cuisse chez un jeune homme fort et vigoureux. On ne pouvait pas y parvenir ; on redouble d'efforts, et enfin on réussit ; mais en même temps un gros vaisseau fut ouvert ; une hémorrhagie effroyable arrive, qui tue le malheureux jeune homme dans les mains de ce grand chirurgien. Aujourd'hui ces accidents sont à peu près impossibles ; cela tient probablement à ce que nos moyens de réduction sont beaucoup plus parfaits et à l'abri de danger ; toujours est-il que cet accident est arrivé à un homme de la trempe de Boyer, à la suite d'une opération sans aucune plaie extérieure. Eh ! mon Dieu, quel est le chirurgien un peu expérimenté qui n'ait quelque malheur semblable à regretter dans sa pratique ! L'année dernière je vous eu citais quelques-uns arrivés à moi-même ; c'est une franchise que tout homme ami de l'art et de l'humanité doit avoir, surtout quand on est appelé à la noble mission d'instruire et de diriger la jeunesse dans l'art difficile de guérir. Au reste, je crois indigne (je l'ai dit autre fois, je le répète), du titre de chirurgien, à plus forte raison de professeur, l'homme qui n'a pas de bonne foi dans ce qu'il fait, et n'a pas la franchise d'avouer ses fautes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant fils.

Ouverture du cours de clinique chirurgicale.

(Suite du n° 132.)

Nous avons parlé des affections chirurgicales qui peuvent se rencontrer à la partie supérieure de l'appareil digestif. Nous passons maintenant à celles qui intéressent le canal intestinal. Nous trouvons d'abord toutes les maladies des adultes, les plaies des intestins, les hernies. Ces dernières affections sont peut-être plus communes chez l'enfant que chez l'adulte. La plupart du temps, elles sont congéniales. La hernie ombilicale est presque particulière à cet âge. Les hernies inguinales et crurales ne sont pas rares non plus. Lorsqu'elles s'étranglent, ce qui n'est pas fréquent, l'étranglement cède le plus souvent sans opération, et n'entraîne pas d'accidents très sérieux.

De la rareté de l'étranglement, il s'ensuit naturellement une rareté non moins grande des anus contre nature dans la région inguinale ; anus qui sont, le plus habituellement, la suite de la gangrène d'une anse intestinale étranglée.

Nous pouvons citer, en passant, la possibilité des anus artificiels que détermine le développement d'une péritonite partielle très intense ; la production d'un phlegmon au-dessous des parois abdominales, phlegmon dont l'ouverture reste fistuleuse et donne passage, par sa communication avec l'intérieur du tube digestif, aux matières excrémentitielles.

Nous avons maintenant dans nos salles un cas de cette espèce que nous vous ferons examiner, et sur lequel nous attirerons votre attention. C'est une fille couchée salle Sainte-Thérèse. Les maladies du rectum et des dernières portions du tube digestif, sont presque toutes les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte. Cependant, nous rencontrons assez souvent, chez l'enfant nouveau-né, un affection par vice de conformation qui lui est particulière, et à laquelle le chirurgien est toujours appelé à remédier. Nous voulons parler de l'imperforation de l'anus. Dans les cas de ce genre, les variétés sont nombreuses. Il y en a qui consistent dans une simple occlusion de l'orifice anal, le rectum existant en entier et n'étant séparé de l'extérieur que par l'épaisseur de la peau. Dans cette circonstance, l'opération est fort simple et ne présente aucun danger, aucune difficulté sérieuse à vaincre. Mais il arrive quelquefois que six ou huit centimètres de l'intestin rectum manquent, et que l'on ne peut atteindre le bout inférieur, même en plongeant très profondément le doigt et les instruments. L'on doit alors, sous peine de laisser mourir l'enfant, et cela dans le plus bref délai, pratiquer un anus artificiel dans la région inguinale ou lombaire. Dans ces derniers temps, l'anus artificiel dans la région lombaire a été le sujet de travaux importants.

La rectite et le cancer du rectum sont rares, de même que les tumeurs hémorrhoïdales. Mais les prolapsus de la membrane muqueuse du rectum, et surtout les polypes du rectum, sont plus fréquents dans l'enfance que dans l'âge adulte. Les polypes sont souvent la cause d'accidents hémorrhagiques dont un examen minutieux et attentif fait souvent seul découvrir la cause. Une anémie profonde, la pâleur générale du sujet, font croire souvent à un état chlorotique pour lequel on se contente de donner des toniques et des préparations ferrugineuses, qui n'amènent aucun résultat. Le seul moyen de rétablir la santé des petits malades, c'est de lier ces polypes. Avec eux, disparaissent tous les symptômes inquiétants. Les abcès de la marge de l'anus, et les phlegmons du tissu cellulaire environnant, se rencontrent assez ordinairement chez les sujets qui se livrent à la pédérastie. Enfin, nous terminerons cet exposé par les ulcérations syphilitiques auxquelles sont exposés les enfants qui se prêtent à ces honteuses manœuvres.

Appareil génito-urinaire. — La disposition différente de ces organes dans les deux sexes doit nous faire examiner les affections auxquelles ils sont sujets, dans deux paragraphes distincts.

Chez les garçons, nous avons d'abord les vices de conformation, l'imperforation de l'urètre, l'extrophie de la vessie, l'hypospadias, l'épispodion, le phimosis, le paraphimosis, assez fréquents chez les jeunes sujets qui se livrent à la masturbation. Parmi les maladies acquises, les diverses espèces de néphrites simple, albumineuse, calculeuse ; et, par une transition forcée, nous sommes conduit à vous parler des calculs de la vessie, extrêmement communs dans l'enfance, et pour lesquels nous pratiquons la lithotritie, ou plus souvent la taille. L'hôpital des Enfants est sans contredit celui dans lequel on pratique le plus grand nombre de tailles dans un espace de temps donné. Nous aurons l'occasion de vous présenter, à ce sujet, probablement plus d'une fois, des considérations pratiques de la plus haute importance. Disons seulement en passant que c'est généralement à la taille bilatérale que nous donnons la préférence sur tous les autres procédés.

Des calculs, ou des fragments de calculs après la lithotritie, peuvent s'engager dans l'uretère et donner lieu à de graves accidents. Sans parler de l'opération de la boutonnière, souvent nécessaire, et des fistules urétrales qui peuvent lui succéder nous mentionnerons un fait dont nous avons été témoin, et qui vous prouvera toute la gravité de cet arrêt des calculs dans le canal de l'urètre. Nous avons vu un jeune sujet chez lequel un obstacle de cette nature s'opposait à l'émission de l'urine, faire des efforts tellement violents qu'ils déterminèrent la rupture du canal de l'urètre, rupture qui fut suivie d'une infiltration urineuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, et de la gangrène du scrotum. Le canal de l'urètre peut être le siége d'une phlegmasie, accompagnée d'écoulement purulent. Il existe une urétrite scrophuleuse assez fréquente ; dans quelques cas, chez des individus de douze à treize ans, vous rencontrerez de véritables blennorrhagies, contractées dans des rapports avec des femmes infectées. Le testicule peut être le siége d'un gonflement, d'un engorgement simple, déterminé par la suppression d'un écoulement urétral, ou même d'une simple balanite. Quelquefois l'engorgement est scrophuleux. Nous avons trouvé des testicules encéphaloïdes. Enfin les tuniques du testicule peuvent être le siége d'un épanchement de liquide, d'une hydrocèle, soit congénial, soit accidentel et idiopathique.

Chez les filles, les maladies des organes génitaux sont nombreuses ; l'oblitération du vagin par adhérence simple des lèvres, l'absence même complète du vagin. L'une des affections les plus communes, et dont vous aurez souvent occasion de constater l'existence, c'est la vulvite, ordinairement accompagnée d'ulcération, quelquefois de gangrène. La vaginite n'est pas très rare. Pour les maladies de la matrice, elles sont assez difficiles à constater, l'emploi du spéculum n'étant pas possible à cet âge de la vie. Cependant, nous ne doutons point qu'il n'y ait des catarrhes utérins. Nous avons quelquefois, dans les autopsies, trouvé des tubercules dans le tissu même de la matrice. Des ulcères syphilitiques peuvent se développer à la vulve chez les petites filles, par suite de tentatives criminelles faites par des individus malades.

Appareil cérébro-spinal. — Il nous reste à passer en revue l'appareil nerveux et les organes des sens. Nous rencontrons d'abord toutes les maladies communes aux adultes, et d'autres spéciales aux enfants. Parmi ces dernières, les vices de conformation, l'encéphalite, le spina-bifida ; les affections consécutives aux altérations de la colonne vertébrale, le ramollissement de la moelle, par suite de carie vertébrale, sont très communs.

Pour les organes des sens, les maladies des yeux sont, chez l'enfant, aussi communes que chez l'adulte. Vous y retrouverez l'ophthalmie scrofuleuse, l'ophthalmie granuleuse, la kératite, l'iritis, la blépharite simple, granuleuse, puriforme. L'amaurose se rencontre plus fréquemment que l'on ne pense ; il ne se passe pas d'année que nous n'en n'ayons douze ou quinze cas dans nos salles ou à notre consultation. Ces amauroses peuvent reconnaître pour cause, soit la présence de tubercules cérébraux, soit une fatigue excessive des yeux ; les enfants qui, mis en apprentissage, sont exploités indignement, et que l'on fait souvent veiller une partie des nuits, sont fréquemment atteints de cette maladie. Les cataractes sont encore plus fréquentes, soit spontanées, soit congéniales.

L'appareil de l'olfaction ne présente que peu de chose à noter : les corps étrangers introduits dans les fosses nasales, le coryza, les polypes des fosses nasales, l'oblitération des narines, soit congéniales, soit accidentelles, par suite de brûlures, par exemple.

L'organe de l'ouïe est encore moins souvent le siége d'affections chirurgicales que le nez, et ses maladies sont moins connues ; mais, outre les vices de conformation, vous aurez souvent à observer les corps étrangers dans le conduit auditif externe, le catarrhe de l'oreille, la carie du temporal ; l'otite aiguë.

Comme complément de l'appareil des sens, la peau nous offre toutes les espèces de maladies chirurgicales que l'on rencontre chez l'adulte.

Tel est l'ensemble des affections que l'on peut rencontrer chez l'enfant, et l'on nous pardonnera, nous l'espérons, la longueur des détails dans lesquels nous sommes entré, pour l'importance même du sujet.

3° Une troisième et dernière raison qui doit vous engager à étudier tout particulièrement la chirurgie dans l'enfance, c'est que les maladies chirurgicales qui ne sont pas spéciales à cet âge se présentent avec des nuances souvent difficiles à saisir ; nuances qui servent à les différencier des mêmes maladies observées chez l'adulte ; nuances qu'il est nécessaire d'étudier avec la plus minutieuse attention.

Sous le rapport de l'étiologie, par exemple, on se trouve dans des condilions tout à fait particulières. Nous ne pouvons, comme chez l'adulte, inlerroger les sujets, et nous procurer ainsi des renseignements sur les circonstances anlérieures. On y suppléera en partie en interrogeant les parenls; mais souvent ceux-ci donnent des renseignements faux, soil volontairement, soit par manque d'intelligence. Il est important de savoir distinguer les réponses auxquelles on doit ajouter confiance, de celles qui n'en méritenl aucune. Ce n'est qu'à force de répéter les interrogalions de ce genre que vous apprendrez à faire celte distinction.

L'examen des symptômes sera, chez l'enfant, plus minutieux et plus difficile. Il ne suffit pas, en effet, de voir le point malade, il faut examiner l'état général concurremment avec l'état local. Le détail et la description des différents symptômes nous enlraîneraient trop loin pour que nous cherchions à les aborder ici. Donnons un exemple, entre tous, des précautions que doit prendre le chirurgien dans cet examen des enfants malades. Si l'on a une fracture à reconnaîlre, on devra prendre les plus grands soins afin de ne pas faire crler l'enfant. On éprouve souvent de la difficulté à constater la crépitation, et souvent aussi il y aurait de l'inconvénient à chercher à la produire. Dans un grand nombre de fractures, chez l'enfanl, le périoste n'est pas divisé, circonstance heureuse et qui favorise la rapidilé de la consolidation. Des manœuvres trop répétées ou trop brusques, pour délerminer la crépitation, pourraient opérer la rupture de ce tissu et avoir des conséquences fâcheuses.

Le pronoslic exige une circonspeclion beaucoup plus grande chez l'enfant que chez l'adulle. Il esl tellement variable qu'il n'est pas rare de trouver des enfanls de la guérison desquels on croirait devoir désespérer, revenir à la vie d'une manière rapide et hors de toule prévision.

Enfin, le trailement est très souvent différenl, ou du moins réclame des modifications particulières qu'il n'enlre pas dans notre plan de vous exposer ici, et que vous aurez assez souvent l'occasion d'apprécier par vous mêmes.

Encore un mot, et nous avons fini. Pour faire la chirurgie des adulles, les connaissances médicales sont indispensables ; pour faire la chirurgie des enfants, des notions bien plus complètes et bien plus étendues sont nécessaires, et l'on sait que la pathologie inlerne de l'enfance n'est pas absolument et identiquement la même que celle des autres âges de la vie.

Nous nous résumons : L'hôpilal des enfants est le seul où vous puissiez, dansun temps donné, rencontrer un grand nombre d'affections chirurgicales. Les maladies de celte espèce sont évidemment plus nombreuses chez l'enfant que chez l'adulte, puisque, oulre les affections des autres âges, l'enfant présenle des maladies qui lui sont spéciales. Enfin, les maladies chirurgicales qui sont communes à l'enfant et à l'adulte, présentent, chez le premier, des différences notables, et dont la connaissance exacte est des plus nécessaires. Nous avons cherché à vous démontrer l'importance du service dont nous sommes chargé ; nous nous efforcerons, dans toutes les circonstances, de mettre en pratique les préceptes sur lesquels nous avons, un peu longuement peut-être, essayé de fixer votre attention.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 novembre 1844. — Présidence de M. Dupin.

L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section de chimie, en remplacement de M. d'Arcet.

Le nombre des votants est de 54. M. Ballard obtient 28 voix, et M. Fremy 26. En conséquence, M. Ballard est proclamé membre de l'Académie.

— *M. Vierardi*, n.-m. à Carlsruhe, adresse des recherches expérimentsles concernant l'influence de la fréquence des mouvements respiratoircs sur l'exhalation de l'acide carbonique.

L'auteur a fait sur lui-même 94 expériences, qui lui ont fourni les résultats suivanls :

Si 100 volumes d'air qu'on expire par 12 expirations faites dans une minute, contiennent 4,3 d'acide carbonique, 24 expirations donnent 3,5; 48, 3,1; 96, 2,9. Si, enfin, le nombre des mouvements respiratoires monte dans une minute jusqu'à 130—150 (ce qui est le maximum des opérations que l'auteur a pu faire dans l'espace d'une minute), l'air expiré contient 2,9 et 2,8 d'acide carbonique. Lorsqu'il prolongeait ses expirations, en n'en faisant que 6 dans une minute (ce qui est possible pour l'espace d'une ou de deux minutes, toutefois en sentant des douleurs pénibles à la poitrine), il trouva la quantité de l'acide carbonique égale à 5,9.

Ainsi, le nombre des respirations faites dans un certain temps, ou, en d'autres termes, la durée des expirations, ont une influence très grande et remarquable sur la quantité de l'acide csrbonique dans l'air expiré.

— *M. le docteur Gunsbourg*, à Breslau, adresse un mémoire sur les produits cristallisés qui se trouvent au foyer des producions pathologiques de l'homme.

— *M. Poiseuille* adresse un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les médicaments.*

Il s'agit de déterminer les phénomènes qui accompagnent l'ingestion d'une substance dans le canal alimentaire. Une snbstance liquide ingérée dans l'estomac, se trouve en contact avec l'épithélium de la muqueuse intestinale, elle le pénèlre, et bientôt est mise en rapport avec les capillaires des villosités. Que doit-il naître de ce contact ? Un échange réciproque des liquides qui baignent des deux côtés les parois des vaisseaux capillaires; c'est-à-dire, que tandis qu'une porlion du sérum du sang passera à travers les parois des capillaires pour aller trouver le liquide introduit dana le canal intestinal, une porlion de ce dernier liquide pénélrera en même temps les parois des vaisseaux, pour aller se mêler au sang contenu dans les capillaires, et se répandre dans le torrent circulatoire.

Ce double courant est tout à fait analogue au phénomène si bien indiqué et décrit par M. Dutrochet dans son Traité de l'endosmose. Si les deux courants sont d'égale intensilé, il n'y aura ni augmentation ni diminution du liquide contenu dans le canal intestinal ; si l'un des courants l'emporte sur l'autre, par exemple, si le courant du sérum du sang vers la cavité de l'intestin a une intensilé plus grande que celui qui porle le liquide ingéré vers le sérum des capillaires, il y aura alors accumulation de liquide dans l'inlestin, provocation de l'inteslin à se contracter, pour rejeter au dehors ce surcroît de liquide, et par suite la substance qui aura produit cet effet sera *purgative*. Un résultat opposé aura lieu si le courant du liquide ingéré vers le sérum des capillaires est plus considérable que celui du sérum vers la cavité de l'intestin.

L'opinion émise par M. Poiseuille, n'est, dit-il, nullement une assertion gratuite, elle résulte de faits nombreux, qu'il rapporte, dans le délail desquels nous ne pouvons enlrer. De ces expériences, l'auteur croit pouvoir conclure : 1° que les phénomènes d'endosmose que présenle une membrane organique dont les deux faces sont en rapport, l'une avec du sérum, l'autre avec nn liqnide de nature différente, sont très varisbles ; 2° qu'au bout de quelques heures, l'endosmose diminue de plus en plus, finit par s'anéantir, et cela, par suite de la pénélration ou saturalion de la membrane par les deux liquides qui la baignent ; 3° qu'une membrane devenue par son usage inapte à l'endosmose, mise en contact avec d'autres liquides, abandonne les premiers et récupère la propriété de produire l'endosmose avec les mêmes liquides pour lesquels l'endosmose avait cessé.

— *M. Chassaignac* adresse une note sur un pansement des plaies par occlusion. Une plaie récente, avec ou sana fracture des os, une brûlure, une plaie d'amputation étant données, je construis, dit M. Chssaignac, sur la partie blessée, une cuirasse avec le sparadrap de diachylum découpé en bandelettes qui se recouvrent par imbrication. Cette sorte de tégument nouveau est enveloppé lui-même d'un linge enduit de cérat et criblé de trous, recouvert de charpie soutenue par des compresses et des bandes. Ce pansement doit rester en place huit à dix jours. Si l'abondance de la suppuration l'exige, on renouvelle les pièces extérieures du pansement jusqu'au linge cérată inclusivement, mais sans toucher à la cuirasse de sparadrap. Si elle s'affaiblit on la soutient par l'addition de bandeletles supplémentaires, et l'on se borne à en laver le surface avec un liquide renfermant quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée ou de jus de citron.

Le double but du pansement par occlusion est donc 1° de tenir la surface de la plaie constamment recouverte, 2° d'assurer aux produits de la plaie un libre écoulement.

M. Chassaignac a employé ce pansement dans une foule de cas qu'il indique. Voici les avantages qu'il y trouve : 1° diminution immédiate de la douleur traumatiqne dans presque tous les cas ; 2° absence de fièvre traumatique dsns la plupart des cas ; 3° diminution dans l'abondance de la suppuration ; 4° suppression des irritations quotidiennes qui déterminent les pansements ordinaires, et des nombreux inconvénients de la mise à découvert des plaies ; 5° rapidité beaucoup plus grandè de la circulation ; 6° remplacement avec avantage de divers moyens employés pour conjurer les accidents des plaies graves ; irrigations froides, élévation permanente de température, applications médicamenteuses, etc.

— *M. J. Guérin* écrit pour annoncer que dès le mois de juillet 1839, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, il avait explicitement élabli, comme conséquence et application de ses recherches sur les plaies sous-cutanées : 1° que le mécanisme de l'organisation des plaies sous-cutanées, est le même que celui de la réunion sdhésive, le même que celui de la cicatrisation des plaies qui suppurent ; 2° que les applications du phénomène de l'organisation immédiate des plaies sons-cutanées sont de ramener toutes les plaies avec libre communication à l'air aux conditions des plaies sous-cutanées.

En ce qui concerne la réalisation de ces idées, M. Guérin a fait, dit-il, dans sa prstique publique et privée, des expériences nombreuses sur le pansement des plaies avec différentes espèces de membranes, d'appareils en baudruche, tsffetas gommé, caoutchouc, dans le but d'enfermer les plaies découverles, pour les isoler à l'aide d'une peau artificielle, du conlact de l'air. Il a fait, à cet égard, des expériences dans le service temporaire de M. Maisonneuve à l'Hôtel-Dieu.

Il revendique donc la priorité sur M. Laugier, dont il ne croit pas d'allleurs le procédé efficace.

M. Laugier répond qu'il a appris de M. Maisonneuve lui-même, que les essais de M. Guérin ont consisté dans l'application sur les plaies d'une bouteille de gomme élastique dans laquelle il faisait le vide, pour soustraire les solutions de continuité au contact de l'air. Il n'y a donc aucun rapport entre les procédés de M. Guérin et celui de M. Laugier. Serait-ce l'idée de soustraire les plaies au contact de l'air ? Mais cette idée est très ancienne et se trouve partout.

— *MM. Prevost et Lebert* adressent un mémoire intitnlé : *Recherches sur la formation des organes de la circuiation et du sang dans l'embryon du poulet.*

NOUVELLES.

M. Hirsch, chirurgien de 2e classe au 9e chasseurs, est décédé.

— Un emploi de professeur de physiologie médicale et d'anatomie pathologique est vacant à l'hôpital de perfectionnement.

— M. Trousseau commencera lundi prochain, 18 novembre, ses leçons cliniques sur la maladie des enfants, à l'hôpital Necker, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à sept heures trois quarts du matin.

— *Erratum*. Une erreur que nos lecteurs ont sans doute rectifiée, s'est glissée dans notre compte-rendu de l'Académie de médecine. Il faut lire ainsi que suit la première ligne du discours de M. Guérin : « Dans un chapitre sur les ruses de guerre, *Montaigne*, etc. » ; au lieu de *Hunter*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 135. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Fièvre typhoïde. Considérations pratiques.

M. Chomel n'a pas cru devoir, cette année, commencer son cours de clinique par un discours d'ouverture; il a préféré entrer immédiatement en matière, et il a choisi pour sujet de sa première leçon un malade affecté d'une fièvre typhoïde grave. A propos de ce malade, ajoute le professeur, nous examinerons les signes caractéristiques de cette affection, et le mode de traitement à mettre en usage. Cette fièvre, dite typhoïde, se reproduira si fréquemment à nos yeux, qu'il est bon que, pour la première séance, nous nous expliquions sur la valeur des signes diagnostiques et des méthodes thérapeutiques.

— Au n° 8 de la salle Sainte-Agnès, est couché un homme âgé de vingt ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin; à Paris depuis six mois, employé comme commissionnaire dans une maison de commerce. Par toutes ces circonstances, cet homme ce trouve dans les conditions les plus favorables au développement de la maladie. L'affection a débuté le 29 octobre; l'invasion n'en a point été soudaine, et n'a point forcé le sujet à suspendre tout à coup ses occupations. Ce n'est guère que le 3 novembre, cinq jours après le début, qu'il s'est senti assez souffrant pour interrompre complètement son travail. Il éprouvait une céphalalgie intense, de la diarrhée, une grande faiblesse.

Le 5 de ce mois, il es entré dans nos salles. Il est à remarquer qu'il est venu à pied à l'hôpital. Nous insistons sur cette circonstance parce qu'elle n'est pas ordinaire. La plupart des sujets qui entrent dans les hôpitaux pour la fièvre typhoïde, sont transportés en voiture ou sur un brancard, tandis que dans le plus grand nombre des autres affections aiguës, ils se rendent généralement à pied. C'est parmi les individus typhoïdes que l'on voit le plus fréquemment les malades être dans l'impossibilité absolue de faire le moindre trajet à pied. Il n'est pas rare que des sujets affectés de pneumonies, même graves, de douleurs abdominales, de péritonites commençantes, viennent au Bureau central, appuyés sur le bras d'un camarade. Cette différence, relativement aux individus atteints de fièvre typhoïde, tient aux altérations de la contractilité musculaire, qui sont propres à cette maladie.

Le 6 novembre, voici l'état qu'il nous présenta: Etat fébrile manifeste; le pouls n'est cependant qu'à 92. Stupeur prononcée, visage rouge, mouvements lents; réponses mal articulées, lentes aussi; liberté complète de l'intelligence, qui est seulement un peu plus paresseuse qu'à l'ordinaire, bien que le sujet ne nous paraisse pas avoir naturellement l'esprit bien vif. La bouche commence à se sécher. Langue poisseuse, collante, crevassée. Inappétence depuis quelques jours; soif vive. Ventre météorisé; pas de gargouillement, même à une forte pression. Un peu de diarrhée. Les téguments de l'abdomen et de la base du thorax ne présentent aucune trace d'éruption de taches lenticulaires rosées ni de papules. L'exploration de la poitrine par l'auscultation ne fait reconnaître aucun de ces râles ronflants ou sibilants qui, assez fréquents dans la fièvre typhoïde, indiquent que la membrane muqueuse des bronches commence à se prendre.

Un fait assez curieux pour que nous le mentionnions ici, c'est que pas un des sujets typhoïdes que nous avons aujourd'hui dans notre service, entré depuis le commencement du mois de novembre, n'a présenté ces râles bronchiques, si communs qu'on les a regardés, non sans quelque raison, comme un des signes caractéristiques de la fièvre typhoïde. Nous avons dit que le pouls ne donnait que 92 pulsations par minute, fréquence peu considérable, mais qui paraissait l'être davantage en raison de sa largeur. Il est à noter que souvent, lorsque l'on ne compte pas, on pourrait s'en laisser imposer par la largeur des pulsations, et croire le pouls plus fréquent qu'il ne l'est en effet; tandis que dans des circonstances opposées il paraîtrait moins fréquent en raison de la petitesse des battements.

Pendant les jours qui ont suivi l'entrée du malade, la diarrhée a persisté avec peu d'intensité; quelquefois même les évacuations se sont modérées, et les selles sont devenues presque solides. Dans l'espace de deux à trois jours les symptômes se sont modifiés, le visage s'est animé; l'éruption caractéristique des taches rosées est survenue, taches peu ou point proéminentes, disparaissant par la pression; ces taches ont été assez abondantes au-dessous des clavicules, mais on n'en a point trouvé sur les membres. De plus, la peau s'est couverte dans certains points de sudamina. Les sudamina sont ces vésicules transparentes déterminées à la surface de la peau par le soulèvement de l'épiderme, sous lequel on trouve le liquide de la transpiration en petites goutelettes. Cette éruption n'appartient pas spécialement à l'affection typhoïde; elle est commune à d'autres maladies dans lesquelles la peau est sudorale; sans être donc un signe pathognomonique et particulier de la fièvre typhoïde, l'éruption des sudamina a cependant une certaine valeur, car c'est dans cette maladie qu'elle se rencontre le plus souvent. Le ventre est devenu plus tendu, plus sonore, sans être pourtant considérablement augmenté de volume. Le gargouillement s'est montré sur ces entrefaites, et a pu être facilement constaté à diverses reprises.

La percussion de la région de la rate a donné pour résultat une sonoréité anormale, déterminée par la distension des intestins par le gaz. En même temps, nous avons observé chez lui d'autres phénomènes qui ont plus de gravité. Le malade a été pris de délire. Il était entraîné par le désordre de ses idées, à se lever et à se promener dans la salle; disposition fâcheuse, le sujet étant presque toujours dans un état de sueur, et la faiblesse musculaire qu'il présentait pouvant l'exposer à faire quelque chute grave. On dut, pour cette raison, lui mettre la camisole de force, surtout pendant la nuit. Enfin il est survenu des évacuations involontaires; le malade laisse aller sous lui les urines et ses matières fécales. Une seule fois il y a eu chez lui rétention d'urine; la distension de la vessie nécessita le cathétérisme. Ce phénomène inquiétant n'a été heureusement que passager. Depuis, il ne s'est pas reproduit; nous disons heureusement; car il est à noter que la rétention d'urine, dans la fièvre typhoïde, est un symptôme encore plus grave que l'incontinence.

Ce qui diminue jusqu'à un certain point la valeur et la gravité de ces évacuations involontaires, c'est que, lorsque le malade rend ses matières dans son lit, il en a la conscience, s'aperçoit qu'il est mouillé, et se montre chagrin de cet accident. Or, c'est un phénomène satisfaisant que l'intelligence soit assez présente et assez libre pour qu'il s'aperçoive et qu'il s'afflige de ces évacuations involontaires. Un grand nombre de malades ou ne s'en aperçoivent pas, ou sont tout à fait indifférents. La contractilité musculaire a subi un tel affaissement aujourd'hui, que c'est à peine si le malade peut se soutenir assis dans son lit.

Reprenons l'un après l'autre chacun de ces symptômes, et examinons-en rapidement la valeur diagnostique. Nous avons vu que pendant les premiers jours de la maladie il y avait eu une céphalalgie assez intense. Cette céphalalgie est ordinaire pendant la première période de l'affection typhoïde. Dans les cas où elle manque, son absence doit être notée; lorsqu'elle persiste au delà du premier septenaire, ou qu'elle disparaît, dans les deux cas la chose n'est point indifférente. A une certaine époque on s'imaginait que la disparition de la céphalalgie était due à l'emploi des médications que l'on dirigeait contre l'affection. On sait aujourd'hui qu'elle cesse à une certaine période de la maladie par la force même des choses. Une ou plusieurs émissions sanguines peuvent ne pas être sans quelque influence sur sa disparition, il est vrai, mais ce sont les cas les plus rares; dans le plus grand nombredes faits, on

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Les années se suivent et ne se ressemblent pas. — La police correctionnelle et l'Académie. — Bulletin de la première journée. — Répugnances et conseils du Feuilleton. — Infortunes de l'homœopathie. — Le magnétisme en procès. — Un avocat qui parle médecine. — — Une maladie nouvelle. — La jésuitophobie. — Une tante trop zélée. — Digne conduite d'un confrère. — Sa récompense. — Botte aux lettres et conseils.

Il y a un an, jour par jour, des scènes émouvantes et du plus vif intérêt se passaient dans l'enceinte de la sixième chambre. Deux de nos honorables confrères, chirurgiens distingués des hôpitaux, étaient traduits devant la police correctionnelle et s'y défendaient d'une accusation dont le corps médical tout entier s'était rendu, pour ainsi dire, solidaire. Il s'agissait, on s'en souvient, des merveilleuses cures de la ténotomie, cette nouvelle parvenue, qui trop tôt avait voulu se donner des titres de noblesse, dont quelques esprits difficiles avaient pris le soin de rechercher la valeur et l'authenticité. On sait ce qui advint, pour la ténotomie, de cette action si follement entreprise, si maladroitement soutenue, si gauchement justifiée, même après le résultat.

Aujourd'hui, un an après, les rôles sont intervertis; la ténotomie n'accuse plus, elle se défend: on ne la voit plus assise sur le siége du ministère public, mais bien sur la sellette des inculpés, et là où elle avait placé ses adversaires, elle se trouve placée à son tour.

Seulement le tribunal n'est pas tout à fait le même, ce qui, d'après les goûts manifestés par la ténotomie et sa répugnance a paraître devant lui, ne semble pas le plus beau de son affaire. On se souvient, en effet, de tous les efforts qu'elle a tentés par elle et par ses amis pour que ce grand procès ne fût pas porté devant l'Académie de médecine. Tous les motifs d'ordinaire si puissants sur les corps savants, la dignité, les convenances, la crainte du scandale, cette sorte de suspicion jetée sur un membre de la compagnie, etc., furent sans influence sur sa décision; l'Académie voulut voir, entendre, apprécier, et, fort intrépidement, elle a commencé cette rude besogne.

La première journée a été chaude et brillante. On était impatient d'abord de savoir si la ténotomie comparaîtrait en personne, si elle répondrait, comment elle répondrait au rapport si calme, si modéré, si scientifique et par cela même si accablant de la commission, quelles allures elle prendrait enfin, en face d'une accusation si formidable et si bien motivée.

Selon mes prévisions, la ténotomie a comparu; elle a répondu, et, comme le rapport, elle a été calme et modérée, ce qui a été une preuve d'esprit et d'adresse. Mais toute cette adresse dans le ton et la mimique n'a pu dissimuler la faiblesse, l'embarras, la subtilité d'une argumentation qui, selon une expression vulgaire, se raccrochait aux branches. Un auditoire moins au fait de la question, aurait peut-être été dérouté dans les marches et contremarches de la ténotomie au milieu de l'argumentation si calme et si précise du rapport. Elle possède sur ce point une merveilleuse habileté; n'attendez jamais d'elle rien de précis, de nettement dessiné, de clairement articulé; toujours, au contraire, vous remarquerez dans son langage quelque chose d'obscur, de voilé, de mystérieux comme de sous-cutané. La ténotomie eût été parfaitement placée dans les temples antiques de l'Egypte ou de la Grèce, où l'ambiguïté des oracles sauvait toujours l'infaillibilité du dieu. Malheureusement de notre temps et par le mauvais esprit de doute et d'examen qui règne, cette phraséologie luxuriante, entortillée et d'un vague insaisissable n'a plus aucune espèce de succès. Ajoutons qu'elle n'est pas toujours d'un goût irréprochable. Ainsi la comparaison *académique* entre le rapport et une famille de plantes qui produit en même temps des légumes et des poisons, a singulièrement offusqué les littérateurs de l'endroit. La pomme de terre est un légume fort estimable assurément et qu'on peut accommoder de mille façons agréables, mais on n'en fera jamais une fleur de rhétorique.

Le succès de la ténotomie a donc été complétement négatif dans cette première journée. Il n'en a pas été de même de celui de M. Velpeau. Autant son adversaire avait été froid, languissant, décousu, autant il a été animé, pressant et logique. Jamais l'honorable rapporteur ne s'était mis en telle dépense d'esprit et de verve. Sur son argumentation solide et vigoureuse, il a semé avec infiniment de bonheur une foule de traits piquants, ingénieux, spirituels. Cette improvisation que nous nous sommes efforcé de reproduire avec fidélité, perd cependant beaucoup à la lecture. Il est impossible de rendre le ton, l'accent, la mimique, l'animation de l'orateur, l'émotion de l'auditoire et les divers incidents qui dramatisent un discours. Son succès a été complet, et à la sortie de la séance M. Velpeau a été comme accablé de félicitations.

Les quelques paroles dignes et graves prononcées par M. Roux avec émotion, ont aussi produit un grand effet. Ce serait bien le cas, pour la ténotomie, de profiter du conseil sage qui lui a été adressé par l'honorable chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Quant à M. Castel, son exorde a beaucoup fait rire. Evidemment l'orateur n'a pas osé compléter sa pensée, ni la rendre plus claire. Le feuilleton même recule épouvanté devant la conclusion de cet exorde fort prudemment laissée dans la demi-teinte.

Voilà pour la première journée. Que va-t-il arriver maintenant? La ténotomie a demandé à répondre au discours si net et si précis de M. Velpeau; reviendra-t-elle sur la question des faits si impitoyablement élucidée par le rapport? En vérité, je le crains pour elle qui ne voit pas, qui ne veut pas voir que la commission n'a pas vidé son sac, qu'elle y a mis des ménagements, qu'elle n'a pas voulu tout dire, en un mot, ce qu'elle ne veut faire que contrainte et forcée. On assure que dans cette circonstance périlleuse, la ténotomie compte sur un secours efficace de la statistique. La statistique aura grand tort de fourrer son nez dans cette affaire, c'est moi qui le lui prédis. Toujours est-il qu'il faut nous attendre à des discussions fort orageuses; car le rapport de la commission se termine par des conclusions sur lesquelles l'Académie est mise en demeure de se prononcer, et là sera le moment difficile. Ces conclusions seront-elles modifiées, tempérées, adoucies? C'est possible, et au demeurant la chose importe peu. Que l'Académie ne veuille pas infliger à la ténotomie une humiliation complète, cela prouve toute la charité et la bonté d'âme de la compagnie; mais que l'Académie puisse faire que ce qui est tors soit redressé, voilà jusqu'où ne va pas sa puissance et ce qu'il faut accepter quoi qu'il en coûte.

Le feuilleton, à vrai dire, ne revient qu'avec peine et répugnance sur cette question depuis long-temps fort claire pour lui. Il contemple avec un sentiment bien différent de l'amertume ou de la haine, cette pauvre ténotomie battue par tant d'orages, et se précipitant elle-même sur de dangereux écueils. Si ce n'était là la grande affaire du moment, si les hommes les plus considérables parmi nous n'y avaient pris parti pour ou contre, si elle n'excitait pas dans le public médical une très vive curiosité, je laisserais la ténotomie se débattre dans les embarras qu'elle s'est attirés. Je dois faire remarquer cependant que je n'ai pas eu tort, l'an passé, de prendre avec quelque chaleur la défense de nos confrères traduits devant les tribunaux. Ce qu'ils avaient dit, la commission académie l'a déclaré exact et vrai; voilà le fait dans toute sa simplicité éloquente. Fiez-vous maintenant aux huissiers et au papier timbré.

— L'homœopathie et le magnétisme ont figuré ces jours derniers devant les tribunaux, mais pour des motifs différents. La thérapeutique des infiniment petits est mise en grand danger par un jugement de la sixième Chambre. On sait que les sectateurs d'Hahnemann préparent et administrent eux-mêmes leurs médicaments. M. le procureur du roi a vu là une infraction aux lois sur l'exercice de la pharmacie, et il s'en est suivi, contre un médecin homœopathe, une condamnation à 500 fr. d'amende. Ce jugement peu homœopathique a mis la désolation dans les globules.

Quant au magnétisme, il s'agit pour lui d'un procès en contrefaçon. M. Mialhe, le plus savant magnétologiste de l'époque, qui possède la collection complète des livres, brochures, journaux, etc., qui ont été publiés sur le magnétisme, a publié lui-même une brochure qu'il accuse M. le docteur Loubers, prêtre et tant soit peu chanoine, de s'être

la voit cesser au bout de la première semaine, sans cause appréciable, et cesser pour ne plus se reproduire pendant le reste de la maladie.

Nous avons dit que chez notre sujet le pouls avait été large et plein, bien que peu fréquent (92); le visage animé, la peau moite; c'est assez l'ensemble des phénomènes que l'on désignait autrefois sous le nom de fièvre inflammatoire. Dans le plus grand nombre des cas ces phénomènes disparaissent dans la deuxième période, la maladie prenant la forme à laquelle les anciens avaient donné le nom de synoque simple, ou fièvre continue non inflammatoire. Vers le huitième jour sont survenus des troubles dans les fonctions du système nerveux. Ces troubles fonctionnels du système nerveux sont ceux qui ont fait donner à la forme de la fièvre typhoïde dans laquelle on les observe, l'épithète de fièvre nerveuse ou ataxique. Ils sont généralement assez communs chez les individus sanguins, pléthoriques.

Chez le malade dont nous racontons l'histoire, les évacuations involontaires sont venues donner à l'affection une physionomie toute particulière et augmenter la gravité du pronostic. Nous avons dit cependant que la conscience que le malade avait conservée de cet accident nous paraissait un symptôme favorable; il est d'autant plus favorable que la période de la maladie à laquelle nous sommes est plus avancée. L'amélioration depuis quelque temps est assez significative; elle est peu marquée, mais elle existe réellement, et nous devons accepter ce degré de changement en bien comme un indice de plus et un présage d'une heureuse solution.

La durée de la maladie est loin d'être toujours la même. Pendant que nous en voyons quelquefois ne durer que quinze à dix-huit jours, dans d'autres circonstances elle peut se prolonger jusqu'à quarante, cinquante et même soixante jours.

Le traitement employé a consisté en une application de sangsues et en boissons émollientes abondantes, moyens sous l'influence desquels la sécheresse de la peau que le malade présentait au moment de son entrée a fait place à une transpiration assez abondante. Un laxatif doux a été administré pour rendre plus complètes les évacuations intestinales. Aujourd'hui ce sujet nous paraît dans d'assez bonnes conditions, et tout nous fait espérer une solution favorable de la maladie. Nous avons dû attacher une grande importance à l'examen des parties sur lesquelles on voit quelquefois se former des ulcérations et des eschares, la région sacro-coccygienne par exemple, celle des trochanters, etc. Chez lui le grand trochanter gauche seulement présente une légère coloration ecchymotique, violacée. Ce symptôme est toujours de mauvais augure; c'est l'indice d'un mal grave, et quelquefois même, les ulcérations et les eschares gangréneuses qui en sont la suite peuvent devenir tellement considérables qu'elles compromettent la vie du sujet. Il n'est pas rare de voir des malades succomber à cette complication. Aussi est-il de la plus haute importance de surveiller attentivement les régions dans lesquelles elles peuvent se produire. Dans le cas actuel, bien que peu avancée encore, la production de l'eschare gangréneuse qui menace de se former dans la région trochantérienne est de nature à diminuer les chances favorables que l'amélioration dans les fonctions cérébrales pourrait nous faire espérer.

— Deux mots, avant de passer à l'examen des symptômes et à leur appréciation, sur un autre malade couché au n° 10 de la même salle.

Chez ce sujet, l'affection a commencé par quelques douleurs abdominales peu intenses. Dès les premiers jours, on a constaté du gargouillement; sentiment de faiblesse médiocre; pas d'altérations notables de la physionomie. Ces symptômes ont duré pendant huit jours environ. Le pouls présente aujourd'hui une lenteur remarquable; il ne donne que 48 pulsations par minute. Pour un observateur superficiel qui s'en serait tenu à l'examen de la physionomie, à l'expression des traits, à la facilité avec laquelle le malade changeait de place dans son lit et exécutait ses mouvements, l'idée de l'existence d'une affection typhoïde ne se serait certainement pas présentée. Cependant il y a une grande différence à établir entre les divers degrés de la maladie typhoïde, comme entre les degrés d'intensité des autres affections. Si vous comparez une variole des plus confluentes avec une maladie de la même espèce, mais très discrète, et présentant à peine quelques traces d'éruption, vous trouverez une différence tellement grande que vous pourriez même avoir quelque peine à reconnaître la même maladie dans les deux sujets. Comme l'histoire des erreurs de diagnostic est une preuve de bonne foi, en même temps qu'elle peut grandement servir aux progrès de la science, nous n'hésiterons pas à vous dire que dans un cas nous n'avons reconnu une variole qu'au dixième jour de l'éruption. Nous avions un cortége de phénomènes généraux graves; mais à peine sur le corps existait-il une vingtaine de boutons, et ils nous avaient échappé. Ce n'est qu'au dixième jour que l'un d'eux étant apparu sur la face, nous demandâmes au malade s'il n'en avait point sur d'autres parties du corps, et sur sa réponse affirmative, nous constatâmes la présence de quelques rares pustules, dont quelques-unes étaient déjà en dessiccation.

Ce malade avait-il une entérite purement et simplement, ou bien une fièvre typhoïde légère? D'une part, il y a eu des évacuations alvines abondantes et sans consistance, des douleurs abdominales, phénomènes qui se représentent dans chacune des deux affections que nous venons de mentionner. Mais, d'un autre côté, nous avons observé du gargouillement dans la fosse iliaque droite, et le gargouillement ne s'observe pas dans la simple entérite; de plus, il y a une céphalalgie assez intense, phénomène peu fréquent dans l'entérite, si tant est même qu'on le rencontre quelquefois. Bien que la faiblesse du sujet n'ait pas été très intense, puisque nous avons insisté sur la liberté de ses mouvements et sur la facilité avec laquelle il se déplaçait dans son lit, cependant la contractilité musculaire était plus altérée qu'elle ne l'est dans la simple phlegmasie de la muqueuse intestinale; nous avons assez souvent insisté sur l'importance de la faiblesse musculaire comme signe caractéristique de la fièvre typhoïde. Toutes les raisons que nous venons de vous exposer nous portent donc à penser que ce malade est plutôt atteint d'une fièvre typhoïde véritable, légère, il est vrai, que d'une simple entérite.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfants.)

Phthisie aiguë. Granulations de la pie-mère.

M. Trousseau vient d'avoir en même temps dans son service de femmes adultes et dans son service d'enfants, deux cas très remarquables de phthisie aiguë.

Une jeune fille de seize ans est entrée à la salle Sainte-Anne avec tous les signes d'une dothinentérie légère sans aucun accident important du côté de la poitrine. Vers la fin de la seconde semaine, elle semblait être convalescente, lorsque la fièvre reparut d'abord à un degré très modéré, et bientôt avec une violence toujours croissante. Il survint un peu de stupeur, des râles sibilants et muqueux dans tous les poumons, de la diarrhée, et enfin un peu de délire. La malade mourut soixante jours après le début des premiers accidents, sans avoir présenté, du côté de la poitrine, rien autre chose que les signes d'un catarrhe général. A l'autopsie, on trouvait des tubercules à l'état naissant et à l'état cru sans ramollissement, disséminés dans tous les poumons. Le péritoine, le foie, les reins, et surtout la rate, étaient remplis de tubercules. Aucune lésion des glandes de Peyer. L'âge de la malade, les circonstances épidémiques, l'absence de toute maladie thoracique antérieure, la bénignité de la fièvre d'invasion, l'aggravation des accidents dans le troisième septenaire, l'hypertrophie de la rate, le catarrhe, le délire, la diarrhée, tout porta M. Trousseau à penser qu'il avait affaire à une fièvre putride. Ce ne fut que vers le quarantième jour de la maladie qu'il crut reconnaître une phthisie aiguë, et qu'il l'annonça aux élèves qui suivaient sa clinique. La teinte terreuse du visage, l'inervation et le gonflement hippocratique des doigts, et quelque chose d'indéfinissable dans l'aspect de la malade, le conduisaient presque invinciblement à ce nouveau diagnostic, qui fut vérifié par l'autopsie. C'était la seconde fois cette année qu'il voyait une phthisie aiguë simuler ainsi la fièvre putride. M. le docteur Thirial a publié récemment, dans le Journal de Médecine, un travail plein d'intérêt sur le même sujet, et il a fait voir que, assez souvent, une tuberculisation rapide pouvait, du moins durant les premières semaines, prendre la forme d'une fièvre putride ou typhoïde.

A quelques jours de là, M. Trousseau avait, dans son service d'enfants, un nouveau cas de phthisie aiguë accomplissant toutes ses périodes dans l'espace de cinq semaines. Il s'agissait d'un enfant de quatre mois, fils d'une mère syphilitique qui l'allaitait.

Au milieu d'une santé qui ne laissait rien à desirer, et après quelques jours d'un rhume léger, non fébrile, cet enfant fut pris tout à coup, le 29 septembre dernier, d'un catarrhe capillaire qui eût une gravité extrême. Les accidents aigus se modérèrent au bout de dix ou douze jours; mais il resta de la toux, de la fièvre, de la diarrhée, des vomissements. Le petit malade s'amaigrit; enfin il mourut dans les premiers jours de novembre, après avoir eu pendant quarante-huit heures de la stupeur et des convulsions.

A l'autopsie, on trouvait dans le poumon des masses énormes de tubercules ramollis, mais de curieuses lésions existaient dans la tête.

La pie-mère contenait un assez grand nombre de petites granulations d'un blanc nacré, dures et de consistance demi-cartilagineuses. Mais au fond de la scissure de Sylvius, on voyait une portion de la substance grise et de la substance blanche, injectée, violacée et ramollie; et la pie-mère, en ce point, infiltrée de concrétions fibrineuses semblables, pour la consistance, pour la couleur, à celles que l'on trouve dans les plèvres enflammées.

Il y avait là évidemment des lésions de deux âges. Les granulations nacrées et dures étaient anciennes, et remontaient peut-être à une époque voisine de la naissance. L'infiltration fibrineuse était, au contraire, toute récente. Les pathologistes qui se sont occupés, dans ces derniers temps, de la méningite granuleuse, ne se sont pas assez attachés, selon M. Trousseau, à faire ressortir les différences qui existent entre les granulations anciennes et les productions de nouvelle formation.

Dans le service du médecin de l'hôpital Necker, on ne manque jamais d'examiner avec le plus grand soin les membranes cérébrales et le cerveau de tous les enfants qui meurent; et il est fort rare d'y trouver des granulations quand il n'y a pas eu de symptômes cérébraux. Quand, au contraire, le petit ma-

---

appropriée sans façon. Les plaidoiries ont été, dit-on, fort spirituelles; mais le jugement n'est pas encore rendu.

— Je remarque, et je prie M. Cornac de le remarquer comme moi, que le dernier numéro du *Bulletin* de l'Académie ne contient pas un mot de la discussion qui eut lieu relativement à la commission du prix d'Argenteuil. Si c'est ainsi que ce recueil écrit l'histoire académique, il mérite bien en effet l'énorme subvention qu'il absorbe.

— Un jeune avocat qui rendait compte d'un accident arrivé sur l'œil d'un de ses confrères, racontait ces jours passés dans un journal, que ce confrère était atteint d'une cataracte *chromatique*. Il avait mal entendu le mot traumatique.

— Voici une maladie nouvelle dont M. Eugène Sue et son *Juif errant* sont la cause pathogénique; il s'agit de la *jésuitophobie*. Ne vous moquez point, la chose est bien réelle, et un de mes confrères raconte à qui veut l'entendre qu'il vient d'être deux fois victime de cette vésanie nouvelle dont les exemples se multiplient. Appelé auprès de deux malades qui manquaient des soins de la famille, il a proposé à l'un une maison de santé; on l'a pris pour un docteur *Baleinier*; à l'autre, une sœur de Bon-Secours comme garde-malade; on l'a appelé vil Rodin. Le plus beau, c'est que le confrère n'ayant pas lu le *Juif errant*, ne comprenait rien à l'apostrophe et croyait à l'existence d'un délire grave qui le faisait insister d'autant plus sur ses propositions. Il a été littéralement deux fois mis à la porte, et l'une de ces personnes lui écrivit immédiatement le petit billet suivant, qui lui ouvrit les yeux:

« Monsieur,

« Ce n'est pas tout d'être jésuite, il faut encore être adroit. La gaucherie avec laquelle vous avez voulu m'entourer de gens de votre espèce m'a vite indiqué à qui j'avais affaire. Gardez vos soins, que je refuse. Je déteste les Rodin en robe ou en diplôme; Eugène Sue nous apprend les moyens de les reconnaître et de les démasquer, » etc.

Il est bon que nos confrères soient prévenus de cette disposition mentale de quelques malades, et là où ils ne seront pas suffisamment connus, qu'ils se gardent bien, par le Juif Errant qui court, de rien proposer qui sente le Rodin.

Comme antithèse à ce que je viens de dire, un jeune confrère fort méritant, me racontait, ces jours passés, qu'ayant donné des soins à un pauvre jeune homme anévrismatique, quelque temps avant sa mort, une parente du malade vint le prier de le préparer à recevoir un prêtre. Le confrère refusa en disant que son ministère était tout de charité, de consolation et d'espérance; que parler d'un prêtre à ce jeune homme, lui médecin, c'était lui dire précisément n'espérez plus, ce qui était contraire à tous ses devoirs. Alors on lui cita quelques médecins qui faisaient passer le salut de l'âme avant celui du corps, et qui prévenaient eux-mêmes les malades en danger. Chacun, répondit le confrère, se conduit selon sa conscience; la mienne me défend de faire ce que vous me demandez. Il prévint, du reste, que toute émotion vive pourrait hâter la mort du malade et la faire arriver instantanément; et que, pour lui, il croyait avoir rempli tous ses devoirs en indiquant depuis longtemps déjà à la famille la gravité de la position du malade.

La tante, trop zélée, ne tient pas compte de cet avertissement; elle fait venir un prêtre, l'introduit presque clandestinement dans la chambre du malade, qui, à sa vue, pousse un cri et expire.

La tante n'en a pas moins si bien manœuvré, que le jeune confrère a perdu cette maison où il a été supplanté par un médecin bien connu aux conférences de Saint-Vincent-de-Paul. JEAN RAIMOND.

Boîte aux lettres de Jean Raimond.

Je reçois une nouvelle lettre sur laquelle j'ai encore été obligé d'employer le procédé dont on assure que le pape ne se sert plus sur les chanteurs de sa chapelle.

Monsieur Jean Jaimond,

Dans la partie de la lettre que vous avez insérée mardi dernier, se trouvent articulées contre moi diverses accusations auxquelles je vais répondre brièvement, pour ne pas frustrer vos lecteurs qui s'attendent à mieux de votre part.

L'auteur a mal compris le sens de ma lettre, lorsqu'il a supposé qu'en parlant de procédés et *procédoncules* adressés à l'Académie, je faisais allusion aux miens seulement; cela s'appliquait aux travaux de tous les candidats.

Je n'ai garde d'oublier la réclamation adressée par lui à l'Académie, le 3 janvier 1839, dans laquelle il revendiquait en masse tous les procédés que je venais de présenter; mais je n'ai point oublié non plus que le 15 du même mois, usant de cet argument si propre à mettre fin aux contestations: *Parie ou tais-toi*; je lui proposai un enjeu de 3000 francs payables aux pauvres, par moi, s'il réussissait à prouver à des arbitres que mes instruments sont une imitation des siens; par lui, s'il n'y parvenait pas. Il me répondit dans la Revue médicale de février 1839, t. Ier, p. 301, qu'*un pari basé sur la description d'instruments était insoutenable*, réponse semblable à celle qui m'avait été déjà faite par un autre contendant quelques années auparavant. Je persiste à croire qu'un débat dans lequel il suffit de comparer une douzaine d'instruments et leur manière d'agir, peut être jugé en une heure; et je renouvelle ma proposition au profit de la masse de l'Association médicale. Une commission existe, *sub judicibus lis est*; la question subsidiaire soulevée par l'auteur de la lettre lui sera soumise, et elle décidera.

Quant au volume que j'ai promis de publier sur les rétrécissements, je suis fort en retard, j'en conviens; mais les journées sont bien courtes pour le praticien. J'ignorais, d'ailleurs, que l'auteur de la lettre attendît la publication de mon traité pour faire paraître le sien; maintenant que j'en suis instruit, je serais impardonnable de ne pas employer tous mes efforts à en faire jouir le public médical: j'espère qu'il n'attendra pas longtemps désormais.

Agréez, etc., LE ROY-D'ETIOLLES.

En vérité, messieurs, là, de bonne-foi, n'est-il pas temps de mettre un terme à cette polémique tout à fait stérile pour le public et pour vous-mêmes? J'espère et j'attends de votre bon sens que cette lettre sera la dernière. Une commission est nommée précisément pour juger vos contestations. En les manifestant au dehors, ne portez-vous pas explicitement atteinte à ses lumières et à son impartialité? Ce ne sont point vos intentions, je le sais; aussi vous préviens-je amicalement du danger que vous courez. Il en est un autre aussi grave, celui d'ennuyer le public, et vous avez trop d'esprit l'un et l'autre pour avoir cette maussade ambition.

NOUVELLES.

Nous avions annoncé que, d'après le projet de loi sur les patentes, qui a depuis été adopté par les Chambres, l'exemption de cet impôt en faveur des médecins daterait de l'année 1844. Le projet de loi a été modifié en ce sens que la nouvelle loi ne sera exécutoire qu'à dater du 1er janvier 1845. Un de nos abonnés nous écrit qu'en effet on exige pour cette année l'impôt de la patente. Cette exigence est malheureusement légale encore; dans quelques jours elle ne le sera plus.

— A la suite du concours pour le grade de chirurgien aide-major qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, les candidats admis par le jury ont été classés ainsi qu'il suit: 1 Pasquier, 2 Maturé, 3 Rampont, 4 Tirard, 5 Leroy, 6 Tixier, 7 Sonrier, 8 Bezu, 9 De Finance, 10 Barbenchon, 11 Becane, 12 Ancinelle, 13 Vincent, 14 Fix, 15 Peyrocave, 16 Tribout, 17 Jardin, 18 Andreux, 19 Waghette, 20 Spilleux, 21 Fouques, 22 Masnou, 23 Deluy, 24 Chevreau, 25 Bollot, 26 Houdoy, 27 Huart, 28 Guillier, 29 Doguin, 30 Aron, 31 Jourdevil, 32 Vergé, 33 Chauvin, 34 Waghette, 35 Leclerc, 36 Lebas, 37 Laval, 38 Champion, 39 Borel, 40 Hestaust, 41 Crepet, 42 Martin, 43 Hanès, 44 Legard-Lafosse, 45 Froussart, 46 Clerc, 47 Tabary, 48 Morgon, 49 Desblancs.

lade a offert les signes d'une fièvre cérébrale, on trouve, sinon toujours, du moins le plus souvent, des granulations. Mais, dans ce cas, ces granulations sont molles, de couleur jaunâtre, et ne diffèrent en rien des masses de fibrine que l'on voit si souvent à la base du cerveau. Il en résulte que, parmi les granulations, les unes, et c'est le plus grand nombre, sont d'origine récente, et ne sont, en définitive, que de petits dépôts fibrineux disséminés, séparés les uns des autres ou réunis en petites masses, tandis que les autres sont de vieilles lésions à forme essentiellement chronique, tout à fait semblables aux granulations que l'on voit si souvent à la surface des autres membranes séreuses.

Cetle distinction sert à expliquer un fait dont ne pouvaient se rendre compte les pathologistes qui faisaient remonter à une époque éloignée toutes les granulations. On comprend, en effet, fort aisément comment quelques granulations dures et isolées, peuvent exister sans causer des accidents cérébraux; mais il est bien difficile de comprendre que ces masses de fibrine que l'on trouve quelquefois en si grande quantilé à la base du cerveau des enfants qui meurent de la fièvre cérébrale, aient pu se former sans que leur existence se soit révélée par le moindre trouble fonctionnel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 29 octobre 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Sa rédaction est mise aux voix et adoptée.

M. Guersant demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il appuie les raisons qui ont porté M. Malgaigne, dans la dernière séance, à condamner l'usage des bandages à pelotes coniques dans le traitement des grosses hernies ; il dit avoir vu récemment des enfants affectés de hernie ombilicale et chez lesquels on avait appliqué de petites pelotes qui pénétraient dans l'intérieur de l'anneau, ne retirer aucun bénéfice de l'emploi de ces appareils, et présenter encore, après un temps assez long, une dilatation considérable de l'anneau : il emploie avec beaucoup de succès un bouton de cire qu'il fixe au pourtour de l'ombilic, à l'aide d'un morceau de diachylum.

M. Chassaignac revendique ce dernier appareil en faveur d'A. Cooper ; il ajoute seulement qu'au lieu de se servir d'un bouton de cire, le célèbre chirurgien anglais se servait de la moitié d'une bille en ivoire qu'il collait au ventre à l'aide de bandelettes de diachylum.

M. Malgaigne revendique à son tour, en faveur de Platner, l'appareil décrit par A. Cooper ; il rectifie en ce sens la composition de celui-ci : Ce ne sont pas des bandelettes de diachylum qui servaient à fixer la bille d'ivoire, mais bien un morceau carré de cet emplâtre, moyen insignifiant, dans tous les cas, pour contenir la hernie réduite. M. Malgaigne croyait avoir le premier conseillé les bandelettes gommées comme moyen contentif plus efficace, mais il a acquis la preuve que dans le même temps un autre chirurgien les employait.

— *M. Chassaignac* présente à la Société une tumeur fibreuse de l'utérus qu'il a extirpée chez une femme de quarante-deux ans, placée dans les salles de M. Gerdy à la Charité. Cette tumeur, du volume d'une grosse orange, était pédiculée. Elle naissait de la lèvre postérieure du col utérin, et ne présentait en arrière aucune ligne de démarcation faisant limite entre sa substance et le tissu de l'utérus. A la partie antérieure, au contraire, la lèvre du col utérin faisait un relief bien distinct au toucher. La tumeur était saillante à la vulve. Voici le manuel qui fut suivi pour son extirpation. Plusieurs érignes à crochet double ayant été implantées dans le tissu de la tumeur, pendant que des pressions étaient exercées sur l'hypogastre, et qu'un doigt introduit dans le rectum abaissait l'utérus, celle-ci fut amenée à l'extérieur de la vulve, assez bas pour que l'on vit distinctement son pédicule et la lèvre antérieure de l'utérus. Avant de procéder à la section de ce pédicule, on eut d'abord soin de le presser avec force entre les doigts, afin de reconnaître si de la douleur causée par la pression n'aurait point indiqué que le tissu utérin entrât dans sa composition, en arrière où il n'y avait pas de limite appréciable par le toucher. Cette pression très forte ne détermina aucune douleur. On eut ensuite recours à une incision verticale à la partie antérieure du pédicule, afin de reconnaître si une couche du tissu de l'utérus ne servait pas d'enveloppe à une portion plus ou moins considérable de la tumeur. Le résultat de cette épreuve étant également négatif, on conduisit, avant de sectionner le pédicule, une ligature double portée par une aiguille à suture, dans le but de pouvoir ramener au dehors la surface de section de la tumeur, si quelque circonstance imprévue obligeait à cette manœuvre. Ce ne fut qu'après avoir pris ces précautions que l'on divisa le pédicule par une incision transversale. Il avait à peu près le volume du pouce, et sa coupe présentait au plus haut degré les caractères de tissu des tumeurs fibreuses.

M. Chassaignac rappelle à cette occasion que chez une malade du service de M. Bérard, à la Pitié, il a pratiqué l'ablation d'une tumeur fibreuse utérine pédiculée et parfaitement distincte du tissu utérin, tant en avant qu'en arrière. Dans ce dernier cas, il survint une péritonite par suite de laquelle la malade a succombé quelques jours après l'opération.

M. Robert pense qu'on aurait pu se dispenser, dans l'opération précédemment décrite, de laisser une portion de la tumeur dans le tissu de la matrice ; il croit qu'en agissant ainsi on s'expose à la repullulation de la maladie ou à des accidents d'infection putrids.

M. Maisonneuve ne partage pas les craintes de M. Robert sur les dangers qu'il y aurait à laisser une portion de corps fibreux dans l'épaisseur des parois de l'utérus ; il croit, d'ailleurs, que dans le cas présent ce danger n'est point à redouter, car la pièce qu'il a sous les yeux lui présente des fibres rougeâtres qui lui semblent appartenir au tissu de l'utérus, et qui forment le pédicule de la tumeur que M. Chassaignac a enlevée.

M. Chassaignac affirme que les tumeurs fibreuses, quel que soit leur siége, ne repullulent jamais quand elles ont été enlevées, même incomplétement. Quant à la crainte de voir leur extirpation partielle être suivie d'accidents d'infection putride, il croit avoir efficacement prévenu ces accidents en appliquant une ligature sur le pédicule de la tumeur qu'il a enlevée; cette ligature lui permettra d'attirer l'utérus au dehors de la vulve, et d'extraire ce qui reste du corps fibreux, si celui-ci détermine les accidents qu'on redoute. Enfin, il répond à M. Maisonneuve que l'inspection de la tumeur, faite immédiatement après son extraction et depuis, ne lui a montré aucune apparence de fibre musculaire.

M. Malgaigne croit qu'il n'y a pas de danger à laisser une partie du corps fibreux dans l'épaisseur des parois utérines. Il cite à ce sujet une opération faite par M. Lisfranc, et dans lequelle ce praticien fut obligé de n'enlever qu'une portion d'une tumeur volumineuse de ce genre; cependant l'opération ne fut suivie d'aucun accident fâcheux.

M. Robert regarde la question qui s'agite en ce moment comme de la plus haute importance en pratique. Il s'agit de savoir, dit-il, si, d'après les faits qui existent dans la science, on peut se borner à ébarber les tumeurs fibreuses de l'utérus, ou s'il faut absolument les enlever en totalité. Envisagée à ce point de vue, la question lui paraît difficile à résoudre ; car il n'y a pas bien long-temps encore qu'on connaît la structure de ces corps, et qu'on a conçu l'idée de les enlever par énucléation. Pour lui, se fondant sur quelques faits qui lui appartiennent ou qui sont venus à sa connaissance, il persiste à regarder l'extirpation incomplète des tumeurs fibreuses de l'utérus comme dangereuse ; il cite à l'appui de son opinion une observation où, d'après le conseil de M. Amussat, il se borna à découvrir la tumeur par une simple incision du tissu utérin qui la recouvrait, et où la mort de la malade fut la suite de l'inflammation et de la gangrène du tissu cellulaire qui unissait le corps fibreux au tissu de l'utérus. Il cite une autre observation tirée de la pratique de M. Bérard, où une inflammation subaiguë de ce même tissu cellulaire fixa le corps fibreux aux parois de l'utérus, et s'opposa consécutivement à son extirpation.

M. Laugier dit qu'en pratique, le principe est d'enlever les polypes fibreux en totalité, que, pour son compte, il se comporte toujours ainsi, et que, dans quelques cas où il n'a pu le faire, il a vu la répullulation du polype avoir lieu ; il cite à ce sujet l'observation d'une femme qu'il a opérée déjà deux fois d'une semblable tumeur, et chez laquelle il était certain d'avoir laissé une partie du produit morbide dans sa première opération.

M. Guersant cite, à l'appui de l'opinion de M. Laugier, un fait du même genre ; une dame, opérée une première fois d'un polype fibreux, lui fut adressée par un confrère pour une récidive. M. Guersant a eu plusieurs fois aussi l'occasion de voir des vaisseaux dans le pédicule des polypes fibreux, il emploie dans ce cas la cautérisation avec le fer rouge dans le double but d'éviter la récidive et l'hémorrhagie.

M. Chassaignac nie formellement la repullulation des corps fibreux; il ne pense pas qu'il faille laisser une portion de ces productions morbides, quand il est possible de les enlever, mais, dans les cas difficiles, il ne faut pas trop s'en préoccuper.

Cette discussion est renvoyée à une autre séance.

— *M. Nélaton* soumet à l'examen de la Société, la moitié d'un testicule enlevé la veille. L'épididyme présentait une masse tuberculeuse, ramollie, en même temps que dans le tissu même du testicule existait un nombre considérable de granulations tuberculeuses isolées. Ces granulations étaient grosses comme un grain de chènevis, semi-transparentes à l'extérieur, opaques dans une zone intermédiaire et transparentes encore dans leur partie la plus centrale. Un dessin sera fait de cette pièce pathologique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 5 octobre 1844. — Présidence de M. MICHON.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— *M. Danyau* communique une observation relative à un empoisonnement déterminé par une dose extrêmement faible d'hydrochlorate de morphine. Une dame jeune encore, atteinte d'un cancer de l'utérus, éprouvait depuis quelque temps, à l'estomac, des douleurs vives accompagnées de vomissements et d'un sentiment de crispation très violent. Ces symptômes ayant résisté à divers moyens de traitement, M. Danyau fit appliquer un vésicatoire sur toute la région épigastrique, et il le fit panser ensuite avec un trente-deuxième de grain d'hydrochlorate de morphine. Cette première dose, appliquée le soir, n'ayant eu d'autre effet que de rendre la nuit un peu plus calme, on renouvela le lendemain le pansement avec la même quantité de cette substance. Quelque temps après, la malade tomba dans un état de narcotisme complet. Lorsque M. Danyau arriva auprès d'elle, il la trouva dans un état fort grave : céphalalgie violente, assoupissement continuel, bourdonnements dans les oreilles, et vertiges très prononcés; trouble et faiblesse de la vue, embarras de la parole, discours incohérents, peau chaude et sèche; pouls fort et fréquent ; tels sont les principaux symptômes que la malade présentait. Un phénomène remarquable dont elle rendit compte le lendemain matin, et qui fixa spécialement l'attention de notre collègue, c'est que cette dame ne pouvait distinguer que la moitié des objets qu'on lui présentait. Ainsi pour les personnes qui étaient auprès d'elle, elle n'apercevait qu'un bras, un œil, etc. La congestion cérébrale avait été portée au point de produire des convulsions, et avant l'arrivée de notre collègue; deux accès d'éclampsie très violents avaient eu déjà lieu. Son premier soin fut de pratiquer une saignée du bras; ce qui n'empêcha pas un nouvel accès plus violent que les précédents. La veine fut ouverte de nouveau; on laissa couler une médiocre quantité de sang, et le front fut couvert de compresses trempées dans de l'eau vinaigrée froide. Plus tard on remplaça les compresses par une vessie remplie de glace; on appliqua deux vésicatoires aux cuisses, et à diverses reprises pendant la nuit on promena des sinapismes sur les membres inférieurs. Sous l'influence de ces moyens, la congestion cérébrale diminua, les accès convulsifs ne se reproduisirent plus, mais pendant trois jours la vue resta encore extrêmement faible, et la malade ne put distinguer que la moitié des objets qu'on lui présentait. En même temps il lui survint des hallucinations; elle ne voyait partout que des hommes à figure sinistre ou très agréable ; tantôt les objets se présentaient à elle sous l'aspect le plus lugubre, tantôt ses idées ne lui rappelaient que des sujets riants et gracieux. Depuis trois semaines que ces premiers symptômes se sont déclarés, ils ne sont pas encore entièrement dissipés; la vue est toujours faible, et la parole embarrassée.

A cette occasion, plusieurs membres citent des faits intéressants relatifs aux effets produits par certains médicaments.

M. Brierre de Boismont rapporte avoir vu un douzième de grain de tartrate de potasse et d'antimoine, causer des vomissements très opiniâtres. D'après M. Devilliers père, l'administration d'un lavement préparé avec la décoction d'une tête de pavot, a été suivie d'accidents graves; tandis que dans d'autres circonstances des médicaments très actifs ont été pris à des doses énormes sans causer d'effet nuisible. Ainsi chez une demoiselle qui par dépit amoureux avait voulu se suicider, l'ingestion de 18 grains de tartrate d'antimoine et de potasse ne détermina aucun accident grave. Chez une autre qui pour le même motif avait pris 19 grains de la même substance, il ne survint même pas de vomissements ni de nausées.

M. Brierre de Boismont rapporte qu'un homme ayant voulu s'empoisonner, avait pris une assez grande quantité de *datura stramonium*. L'ingestion de cetle substance ne causa que des hallucinations et un délire violent. Cet homme était sorti de chez lui, et courant dans les rues croyait reconnaître partout des assassins et des êtres dangereux. Arrêté et conduit à l'Hôtel-Dieu, il fut en proie à une violente agitation. Les hallucinations qu'il avait avant d'y entrer persistèrent encore pendant quelques jours; toutefois sa santé se rétablit très bien.

Le haschich (haschischah), ou extrait de la graine de chanvre, est une substance dont les orientaux font un usage assez fréquent pour se procurer des émotions douces et des sensations agréables. Administrée à deux lypémaniaques à la dose de 45 grammes, elle a paru produire chez l'un une excitation légère qui lui faisait exécuter quelques mouvements, et semblait le rendre un peu moins triste; mais chez l'autre, elle a été sans effet appréciable. Toutefois des personnes bien portantes qui en ont fait usage prétendent qu'elle procure des jouissances fort vives et des sensations fort agréables, sans ces malaises et ce sentiment de courbature ou de pesanteur qui accompagnent ordinairement les excès de liqueurs spiritueuses.

M. Lagasquie fait remarquer à ce sujet, qu'il n'y a rien de plus variable que les effets attribués aux substances dont l'action paraît se porter spécialement sur le cerveau ; il pense qu'à cet égard il n'y a rien de fixe et que tout est subordonné aux dispositions des sujets et aux idiosyncrasies particulières. Telle personne sous l'influence des mêmes excitants cérébraux sera fort gaie et fort affable ; telle autre, au contraire, sera triste ou colère. C'est ce qu'expriment les gens du peuple en disant que tel homme à le vin doux, tandis que chez tel autre il est méchant. Toutefois, les auteurs s'accordent en général à reconnaître que l'opium exerce sur le cerveau une action différente de celle du vin et des liqueurs spiritueuses, et qu'il jouit du privilége de réveiller des sensations agréables et voluptueuses. Pour certaines personnes l'usage de l'opium est un stimulant nécessaire qui leur permet de se livrer plus facilement aux travaux de cabinet. Ainsi on prétend que madame la duchesse d'Abrantès prenait chaque jour trois à quatre grammes de cette substance ; d'autres auteurs vivants, dont le nom est célèbre en littérature, en prennent également une quantité considérable quelques heures avant de se mettre au travail.

M. Ménière ne pense pas que l'opium jouisse du privilége exclusif de faire naître des sensations plus agréables que les autres excitants cérébraux. Il croit plutôt que son action se borne à donner plus d'énergie aux pensées et aux préoccupations habituelles des personnes, qu'il réveille, en un mot, des sensations en rapport avec leurs goûts et leur caractère sans en produire de nouvelles.

— *M. Després* communique l'observation d'une femme récemment arrivée de la province et qui porte à la région hypogastrique une tumeur arrondie du volume d'un fœtus à terme et recouvrant presque entièrement le pubis. Cette tumeur peut être assez facilement divisée en deux parties : l'une, ferme et arrondie ; l'autre, plus molle, présentant une ouverture fistuleuse par laquelle sont sortis depuis quelque temps des os, des cheveux et des dents. On manque malheureusement de renseignements précis sur son origine. Cette femme est mariée depuis plusieurs années, elle a un ou deux enfants, et elle croit avoir remarqué que cette tumeur existait avant la puberté ; mais c'est surtout pendant la grossesse et après l'accouchement que son volume est devenu bien plus considérable.

Quelques membres sont disposés à penser qu'elle est le résultat d'une grossesse tubaire ou extra-utérine, tandis que pour d'autres personnes elle constitue un cas de monstruosité par inclusion. D'après celles-ci les divers produits fournis par cette tumeur résultent de la décomposition d'un fœtus qui aurait été conçu en même temps que la femme, tandis que pour les autres ce fœtus serait le résultat d'une conception récente.

D'après M. Ménière, toutes les fois que dans une partie quelconque du corps on trouve des os, de la graisse, des cheveux et des dents renfermés dans une cavité accidentelle, on doit les considérer comme le résultat d'un germe arrêté dans son développement. C'est ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de monstruosité par inclusion.

M. Cullerier pense que dans les parois de l'utérus et dans les ovaires il peut se former des tumeurs contenant des dents et des cheveux, bien que ces produits ne soient point le résultat de la conception.

Il est cinq heures, la séance est levée.

DUMAS, *secrétaire de la Société.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. (Octobre 1844.)

De l'efficacité de quelques agents thérapeutiques dans le traitement de la méningo-céphalite essentielle et aiguë ; par M. DELARROQUE.

L'auteur rapporte plusieurs cas qu'il accompagne de considérations dont la conséquence pratique est celle-ci : que c'est très mal à propos que les médecins ont, pour ainsi dire, laissé tomber en désuétude, dans le traitement de la méningite aiguë, la saignée de l'artère temporale, et l'application de vésicatoires sur la tête ; car il est de toute évidence, dit il, que ces agents thérapeutiques sont d'une utilité incontestable quand on sait les mettre en usage avec opportunité. Aussi l'auteur établit implicitement ou explicitement, dans ce travail : 1° que les saignées veineuses ou capillaires sont loin d'avoir, sur la méningite aiguë, une action aussi puissante et aussi salutaire que l'ouverture de l'artère temporale ; 2° que cette opération doit être pratiquée dès qu'on a la certitude qu'on a à combattre une méningite aiguë, et qu'elle devient d'autant plus urgente que les sujets sont plus vigoureux, plus sanguins, plus gravement affectés ; 3° qu'en pratiquant trop tardivement cette opération, on risque de n'en retirer aucun avantage, par la raison qu'on a donné le temps à l'épanchement séro-purulent de se faire, et qu'en pareille occurrence la saignée, de quelque nature qu'elle soit, est incapable de remédier à ces fâcheuses conséquences de l'affection inflammatoire; 4° qu'à l'égard des vésicatoires, ils ne doivent être mis en usage qu'après les saignées, et qu'on doit d'autant plus en différer l'application que l'excitation locale et générale est plus grande ; 5° que les vésicatoires à la nuque ou sur les extrémités une fois indiqués, n'ont jamais, dans les cas portés au suprême degré, l'utilité de ceux qu'on appose sur toute la tête ; 6° que c'est souvent lorsque les premiers ont échoué, que les seconds ont rétabli les malades ; 7° que les uns et les autres peuvent être extrêmement salutaires quand ils sont mis en usage à propos ; que, par conséquent, c'est à tort que des esprits prévenus ou des théoriciens sophistes les excluent du traitement des inflammations méningo-cérébrales.

Observations de tumeurs de l'orbite, précédées de quelques remarques pratiques sur les tumeurs enkystées de cette région ; par M. Auguste BÉRARD.

Les kystes de l'orbite ne sont pas très fréquents. Sur deux à trois mille personnes qui se présentent chaque année à la clinique ophthalmologique, M. Bérard n'en a vu que deux cas. Ces kystes, soit simples, soit composés de dégénérescence cancéreuse, peuvent se développer dans différents points de l'orbite ; on a remarqué cependant qu'ils étaient proportionnellement plus fréquents à la voûte et au plancher de la cavité que sur les parties latérales. C'est surtout des kystes développés sous la voûte orbitaire que l'auteur s'occupe dans ce travail.

Leur étiologie n'est pas bien claire. Quant au siége, on peut dire d'une manière générale qu'ils peuvent se développer aussi bien dans les autres parties molles de la cavité orbitaire que dans la glande lacrymale elle-même. Dans la plupart des observations des auteurs, on a noté que les malades, à une époque plus ou moins éloignée, avaient reçu un coup, soit sur l'œil, soit autour de l'orbite.

Au début, sentiment de gêne dans l'œil, de tension, appréciable surtout dans les différents mouvements qu'il exécute. La vue n'est pas en général sensiblement altérée, ou du moins le malade ne s'en aperçoit pas encore; douleur tout à fait nulle; sécrétion des larmes non altérée; la difformité n'existe pas encore. Cependant la tumeur s'accroît tantôt lentement, tantôt subitement, et elle finit par exercer sur l'œil une pression incommode; alors douleur tensive dans l'orbite, gêne, difficulté dans les mouvements de l'œil, déviation de l'axe oculaire, principalement en dedans, et il y a strabisme convergent ; en même temps et comme conséquence, il y a diplopie; l'œil est chassé graduellement en dehors de l'orbite, et dans les kystes de la glande lacrymale, comme dans ceux développés dans son voisinage, la pression s'exerçant directement de haut en bas, le globe tend à être projeté en bas et à venir tomber sur la joue. Malgré tous ces désordres, l'œil n'est pas sensiblement altéré dans sa forme et sa structure; s'il

est encore recouvert par les paupières, la cornée aura conservé toute sa transparence; une kératite plus ou moins grave se sera développée au contraire, si les paupières ont été insuffisentes pour protéger cette membrane contre le contact de l'air.

La vision pourra être conservée, quoique modifiée; mais à un certain degré de la maladie, la cécité sera habituellement complète. Dans les deux observations rapportées par l'auteur, un malade était devenu myope, et l'autre presbyte par les progrès du mal. Cela tient probablement au siége différent de la tumeur, ou à des variétés dans sa forme et son étendue. Quoi qu'il en soit, arrivée à un certain degré, la tumeur désorganise par pression les parties qu'elle touche; bientôt le nerf optique est détruit, l'œil profondément altéré, et la vision abolie pour jamais. Mais les désordres ne s'arrêtent pas toujours là; on a vu un kyste de l'orbite pénétrer dans le crâne par le trou optique, et venir couvrir la face inférieure du lobe cérébral dans l'étendue de trois pouces. Cette circonstance doit être prise en sérieuse considération, et l'on doit se hâter d'agir quand le diagnostic a pu être établi.

On distinguera l'exophthalmie, conséquence de la paralysie générale des muscles de l'œil, de celle qui est le résultat d'un kyste, en ce que la première disparaît aisément par la pression mécanique de la main, tandis que l'autre est permanente et durable. Dans la paralysie, l'œil est complétement immobile, ce qui est le contraire dans le cas de tumeur enkystée. L'exostose et la périostose de l'œil ne sont pas en général isolées; il en existe ordinairement ailleurs, et elles sont dues à l'infection syphilitique. D'ailleurs, elles offrent au toucher une certaine résistance et dureté, au lieu de cette sensation de fluctuation offerte par les kystes.

Le cancer de l'œil ramolli pourrait être confondu avec le kyste de l'orbite. Mais au début, ou lorsqu'il s'agit d'un squirrhe, la forme bosselée de la tumeur, sa dureté considérable, peuvent mettre sur la voie.

Les abcès rétro-oculaires, quand ils sont franchement phlegmasiques, ne peuvent donner lieu à aucune méprise; moins encore quand ils sont chroniques.

Du reste, quand le diagnostic est douteux, il faut recourir à la ponction exploratrice.

De tous les moyens de traitement, la ponction, l'incision, l'excision et l'ablation, l'auteur préfère ce dernier, quoique plus long à exécuter, mais comme aussi exposant bien moins aux récidives. La tumeur existe-t-elle au-dessus du muscle palpébral, comme c'est le cas le plus ordinaire, une incision concentrique à l'arcade orbitaire est pratiquée parallèlement aux fibres de l'orbiculaire. On incise la peau, le tissu cellulaire, le muscle orbiculaire, l'aponévrose orbito-palpébrale, et on arrive sur la tumeur dont on pratique la dissection. C'est là, assurément, le temps le plus délicat de l'opération; il faut de grands ménagements pour éviter de léser le globe oculaire, le nerf optique, le sus-orbitaire. Tout cela demande bien des soins. Il faudra se servir successivement du bistouri, des ciseaux, d'instruments mousses, comme une spatule; éviter d'ouvrir la tumeur avant son ablation, ce qui rend peu commode l'usage de l'érigne. Cependant on peut encore quelquefois parvenir à enlever le kyste même quand son ouverture a été prématurément pratiquée; et, dût-on même en laisser dans l'orbite une partie, cela ne doit pas faire perdre tout espoir de guérison.

Les suites de l'opération sont, en général, fort simples: si l'on a observé quelquefois des méningites, ces cas sont rares, et soit par première, soit par deuxième intention, la guérison ne tarde pas à s'effectuer. On voit habituellement, chose digne de remarque, l'œil à moitié perdu pour la vision, reprendre le libre exercice de sa fonction. C'est qu'en effet, une fois le kyste enlevé, l'œil n'est plus comprimé, le nerf optique n'est plus tiraillé par l'exophthalmie, tout rentre dans l'état normal.

L'auteur rapporte deux cas, l'un de kyste et cancer de la glande lacrymale, guéri par l'ablation; l'autre de kyste simple de la glande lacrymale guéri par l'excision.

Un mot sur l'emploi du sulfate de fer dans le traitement de l'érysipèle.

Depuis que M. Velpeau a mis en usage le sulfate de fer dans le traitement de l'érysipèle, il s'est présenté dans son service un grand nombre de cas où l'emploi de ce moyen nouveau a pu être essayé. Jusqu'ici l'expérience paraît démontrer que le sulfate de fer, soit en pommade, soit en solution et dans de certaines proportions, est effectivement le seul topique qui arrête l'inflammation érysipélateuse. M. Velpeau emploie la solution martiale de préférence sur toutes les régions où il est facile de tenir des linges mouillés en contact avec les parties malades. Cette solution est composée de 10 grammes de sulfate de fer pour 150 grammes d'eau, ou 30 grammes pour 500 grammes. Pour lui, cette forme de médicament est la meilleure. Mais quand il est trop difficile ou trop embarrassant d'envelopper les parties de linges mouillés, ce chirurgien se sert de la pommade dite martiale, et qui est composée de 10 grammes de sulfate de fer pour 30 à 40 grammes d'axonge lavée ou de beurre frais.

Si c'est la situation qu'on emploie, il faut en tenir des linges imbibés sur toutes les régions enflammées, et les mouiller du même liquide quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Avec la pommade on fait des onctions quatre ou cinq fois, également dans le même espace de temps.

Au moyen de ces topiques, une plaque d'érysipèle étant donnée, dure rarement au delà de vingt-quatre heures. La peau perd tout aussitôt de son aspect luisant et tendu, l'épiderme ne tarde pas à se plisser légèrement, à se fendiller; la peau se détuméfie, la douleur et la chaleur s'éteignent, la maladie, en un mot, disparaît positivement dans l'espace de temps indiqué.

Mais, à ce sujet, M. Velpeau insiste sur les caractères spéciaux de l'érysipèle; il tient absolument à ce que cette inflammation ne soit plus confondue avec l'angioleucite, le phlegmon diffus, la phlébite celluleuse, et même avec l'érythème. Dans toutes ces autres phlegmasies, en effet, rien n'autorise à croire que le topique ferrugineux puisse être utile, ce n'est pas à elles du moins que l'inventeur entend l'adresser jusqu'à présent. Ainsi donc, l'érysipèle, pour le chirurgien de la Charité, est caractérisé par une inflammation diffuse, sans gonflement notable du tissu sous-cutané, s'étalant insensiblement d'un point sur l'autre, de manière à ce que ses bords soient pour le moins aussi rouges, aussi intenses que sa partie centrale; de manière surtout que sa circonférence soit limitée par une sorte de petit bourrelet, de bordure légèrement festonnée, de telle façon qu'à un millimètre en dehors de cette bordure la peau semble être parfaitement saine, tandis qu'à un millimètre en dedans elle se trouve aussi vivement enflammée que partout ailleurs. C'est ce *liséré*, cette *bordure festonnée* qui, pour M. Velpeau, est le caractère pathognomonique de l'érysipèle.

Du reste, M. Velpeau n'entend combattre l'érysipèle, au moyen du sulfate de fer, qu'à titre d'inflammation. S'il est lié à une cause interne évidente, c'est sur elle d'abord qu'il faut agir, la préparation martiale devant être limitée aux cas d'érysipèle local, ou du moins à ceux où l'inflammation locale paraît jouer le principal rôle.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Je sollicite de votre impartialité l'insertion d'une réponse à la lettre de M. Caventou, publiée le 7 novembre, par la *Gazette des Hôpitaux.*

Selon ce chimiste, la propriété sulfureuse des eaux de la rue de Vendôme serait tout accidentelle et dépendante de causes locales; la filtration d'eau chargée de sulfate de chaux, à travers des détritus organiques, opérerait la transformation des sulfates alcalins en sulfures; et la présence d'une certaine dose d'hydro-sulfate d'ammoniaque serait expliquée par la superposition des fosses d'aisances.

Ces assertions peuvent être applicables aux localités explorées *depuis vingt-cinq ans* par M. Caventou; mais, malgré la sévérité qu'il a regret de m'y déployer, j'oserai lui dire qu'elles sont tout à fait erronées relativement aux eaux découvertes dans ma propriété, située à l'extrémité de la rue de Vendôme, opposée à celle où ses observations ont été faites. Je me permettrai même d'ajouter qu'il eût été convenable de respecter la sage décision de l'Académie qui, avant de se prononcer définitivement, veut un plus ample informé, et qu'un homme de science comme lui ne devrait pas procéder dans ses jugements par voie de présomption. Cet avis est d'autant plus excusable de ma part, que MM. Henri, Chevallier, Barruel et Pelouze, qui ont analysé l'eau puisée à sa source, sont complétement en désaccord avec l'honorable M. Caventou, et que le rapport géologique de M. Rivière donne un démenti formel à ses explications hasardées.

Après cela, on peut excuser M. Caventou d'être inexact, puisqu'il parle de choses qu'il n'a pas étudiées. On trouvera donc tout simple qu'il ait avancé que l'eau sulfureuse passe à 40 ou 50 centimètres au-dessous des fosses d'aisances, lorsqu'il est constant que ma source d'eau sulfureuse n'a fait irruption qu'à 4 mètres 75 centimètres plus bas, et après que la tranchée eut dépassé les terrains de remblai et un banc de terre glaise subjacent de 75 centimètres. On ne sera pas surpris non plus qu'il ait aussi ignoré que cette source soit venue prendre son niveau à 5 mètres 10 centimètres, en sortant, dans le sable de diluvium. Ces données positives ne seront pas sans valeur à côté des idées conjecturales de M. Caventou.

J'abandonne les aperçus historiques invoqués par M. Caventou à l'appui de sa théorie; ils doivent être mis sur la même ligne que ses déclarations scientifiques. Il me suffira, pour aujourd'hui, de déclarer que, confiant dans les lumières des hommes spéciaux que j'ai cités, j'ai cru et je crois encore remplir un devoir en sollicitant, dans un but d'utilité publique, l'autorisation de fonder un établissement de bains sulfureux, où les pauvres trouveront une guérison que les riches seuls peuvent aller chercher à Bagnères, à Baréges, à Balaruc, à Enghien, etc. Disposé à faire pratiquer les travaux nécessaires pour l'isolement de la source, je favoriserai toutes les expertises que les corps savants jugeront convenables, et j'en appellerai même de M. Caventou décidant sans examen, à M. Caventou éclairé par l'étude des matières sur lesquelles il aura à se prononcer.

Puissé-je faire comprendre à cet habile pharmacien qu'un projet de spéculation au bénéfice de l'humanité n'est pas un crime, et que son indulgence ou sa sévérité n'est qu'un hors-d'œuvre en cette affaire.

Du reste, le public, les médecins et les chimistes, *exempts de tout intérêt dans des établissements d'eaux minérales naturelles*, et sans affiliations à des sociétés exploitant les eaux minérales factices, apprécieront mes intentions.

Agréez, etc.

LACARRIÈRE,
Rue du Temple, 121.

P. S. Je joins à cette lettre les rapports de MM. Barruel, Pelouze, Chevallier, Henri et Rivière, et je suis prêt à donner tous les renseignements que l'on pourra désirer.

— On lit dans un journal de Metz, du 13 novembre:

« Le dernier numéro du Bulletin des Lois contient l'indication de plusieurs pensions de retraite accordées à des militaires. Dans le nombre de ces indications nous remarquons la singularité suivante:

« MM. Monnard (Charles) et Monnard (Pascal), de Metz, sont deux jumeaux, nés le 15 février 1794; tous deux ont suivi la même carrière, la chirurgie militaire; tous deux ont trente-huit campagnes; tous deux ont été mis à la retraite le même jour; tous deux ont la même pension de 2,400 fr.; cependant l'un a un grade supérieur à l'autre, mais celui-ci a plus de douze ans de service dans son dernier grade, et le cinquième en sus qui lui est alloué par cette considération compense la différence de grade. Enfin tous deux ont moins de cinquante ans d'âge, et l'un a soixante-neuf ans passés et l'autre soixante-huit ans et dix mois de service. Il y a fort peu de carrières aussi remplies que celles de ces deux officiers de santé.

— Nous lisons dans la *Med. chir.-Zeitung Rusland's*: « La ville de Moscou compte en ce moment plus de *huit cents* médecins, qui y vivent dans la plus parfaite intelligence, dans la plus touchante confraternité. Les médecins des hôpitaux et les principaux praticiens se réunissent tous les quinze jours en séance de société, pour y communiquer les observations qu'ils ont recueillies dans les hôpitaux et dans la pratique civile. Chaque sociétaire, chez qui la séance se tient à tour de rôle, régale, après la clôture des discussions, les membres présents d'un confortable dîner. » — Voilà un véritable pays de cocagne pour les médecins!

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) No. 136. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 20 NOVEMBRE 1844.

Le grand et important débat qui s'agitait devant l'Académie s'est terminé hier, et sa terminaison a été telle que pouvaient le désirer tous ceux qui voulaient concilier les intérêts de l'art et de la science, la dignité et la haute mission de l'Académie, avec les égards dus à un homme que l'illusion ou l'erreur a égaré. Nous pouvons nous dispenser de présenter un nouvel historique des faits qui ont amené ces affligeants débats : ils sont présents à tous les esprits ; il serait presque cruel de les rappeler. Quant aux événements surgis de ces débats eux-mêmes, nos lecteurs les ont sous les yeux, exposés avec fidélité et impartialité. Ils les jugeront eux-mêmes avec le calme de la raison, et nous leur laissons le soin de penser et de dire si, en prenant, dès l'origine, la cause des principes et des hommes injustement accusés, nous avons cédé à d'autres sentiments que ceux de la justice et de la vérité.

Pour les provocateurs imprudents des scènes émouvantes dont nous venons d'être témoins, la leçon a été dure et sévère ; mais, reconnaissons-le avec plaisir, elle n'a pas été impitoyable. L'Académie a réservé tous les droits de la science ; elle a consacré tous les principes du rapport ; elle a reconnu exacts et vrais tous les faits exposés par M. Malgaigne et vérifiés par la commission ; elle a donné son assentiment aux idées scientifiques et pratiques émises par M. Velpeau ; elle a voulu seulement adoucir et tempérer la peine implicitement infligée dans les conclusions, et ce n'est pas nous qui nous élèverons contre cet acte d'indulgence.

Par le récit même du débat d'hier, on verra qu'il n'est pas possible de donner une autre signification à la modification des conclusions demandée par M. Bégin, consentie avec empressement par la commission, et adoptée par l'Académie tout entière sans aucune opposition.

Cette modification est à peu près insignifiante, et avait été d'ailleurs prévue. Elle se borne à priver le mémoire de M. Malgaigne des honneurs de l'impression dans les *Mémoires* de l'Académie, pour lui donner ceux de l'insertion dans le *Bulletin*.

Seulement, des amis maladroits ont singulièrement compromis, par leur insistance puérile pour quelques mots sans portée, ce que cette modification pouvait présenter d'agréable à quelques intéressés. M. Bégin avait demandé que cette insertion au *Bulletin* fût faite à *titre de renseignement*. Quelques membres ont appuyé l'adoption de ces mots avec une chaleur extrême, qui cachait certainement quelque intention secrète. Comme l'a très bien dit M. Velpeau, ou ces mots avaient une signification, ou ils n'en avaient pas. S'ils n'en avaient pas, pourquoi tant tenir à leur adoption ? S'ils en avaient une, quelle était-elle, et pourquoi la cacher ? S'il y avait sous ces mots fallacieux quelque intention de blâme indirect et sans franchise, la commission devait les repousser, et c'est ce qu'elle a fait.

Alors s'est élevé le plus tumultueux débat que de mémoire académique on ait entendu dans cette enceinte. Deux épreuves par la main, une épreuve par assis et levé ont été déclarées douteuses par le bureau ; mais, nous devons le dire, par le bureau seul, dont la vue paraît être fort mauvaise. En effet, cette épreuve, tout à l'heure douteuse, est devenue extrêmement claire au scrutin secret, où 41 votants contre 26 ont rejeté les mots pour l'adoption desquels on avait tant insisté. Ainsi, même jusqu'au bout, il y a eu maladresse et imprudence dans toute cette affaire ; on a si bien manœuvré qu'on a transformé un acte de bienveillance de l'Académie en un vote sévère, et qu'on s'est ménagé une défaite complète et incontestable.

Espérons, pour tous, que ce qui vient de se passer sera un enseignement efficace et durable. Les conseils et les avertissements n'ont pas manqué ; pendant ces débats animés, de bienveillantes paroles ont été adressées à qui pouvait les entendre ; tout cela sera-t-il donc stérile et sans résultat ? Nous ne pouvons le croire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur le ramollissement du cerveau. Examen des symptômes et de leur valeur. (Suite).

Phénomènes indirects. — La respiration est presque toujours stertoreuse, bruyante. Ce caractère se rencontre fréquemment aussi dans d'autres affections du cerveau ; aussi ne doit-il avoir qu'une valeur relative. Enfin, une gêne plus ou moins grande de la respiration peut exister dans les maladies dont nous parlons, mais n'avoir pas une grande corrélation avec la maladie elle-même.

Les symptômes fournis par l'appareil circulatoire sont plus curieux et plus importants. Les auteurs qui ont cru que le ramollissement était toujours le résultat d'une inflammation ont écrit que dans l'encéphalite, le pouls, non-seulement baisse quelquefois, mais est plus lent qu'à l'état normal, et ils tirent cette conclusion de ceci : que le ramollissement étant toujours inflammatoire, on observe très souvent des cas où la fièvre manque complètement. Il est vrai que dans certains cas de méningite, ou de méningo-encéphalite, le pouls peut n'être pas augmenté ; ce sont là, nous devons le dire, des cas tout particuliers. En général, voici ce qui résulte de l'observation. Dans le ramollissement ordinaire, le pouls reste le plus souvent normal, et ne s'accélère que lorsqu'il existe une encéphalite.

Lorsque le cerveau n'exerce plus ses fonctions, le pouls devient irrégulier, intermittent, variable ; c'est ce qui arrive dans toutes les agonies, quelle que soit du reste la maladie qui emporte le malade. Ce phénomène se rencontre dans le ramollissement comme dans les autres affections.

Les fonctions digestives présentent quelques altérations essentielles à noter. Ainsi, l'on observe souvent des vomissements nerveux. Dans une observation de tubercule du cerveau, insérée par M. Chomel dans le Journal de médecine, 1820, il est question de vomissements opiniâtres et abondants, sympathiques de l'état du cerveau. C'est un fait qui peut se présenter, mais qui n'est pas constant. Il y a plus ordinairement de la constipation que de la diarrhée ; d'autres fois, on observe des déjections involontaires, comme dans toutes les affections où le cerveau n'exécute plus de fonctions. Les urines sont souvent involontairement rendues dans le lit ; d'autres fois il y a paralysie de la vessie, et le malade urine par regorgement.

Les exhalaisons offrent quelquefois des particularités, mais qui ne sont pas absolues. On a noté, dans un ouvrage récent, l'odeur de souris ; nous croyons qu'elle n'est pas due à une altération morbide en elle-même, mais qu'elle reconnaît pour cause l'émission involontaire des urines dans le lit, émission qui communique aux draps et aux linges du malade une odeur ammoniacale. Ainsi, ce n'est point une odeur spéciale produite par la peau, mais le résultat d'émanations ammoniacales dues au séjour prolongé de l'urine.

La peau peut être chaude ; quelquefois elle est froide. Enfin, il y a souvent des sueurs visqueuses dans la dernière période de la maladie.

Pour l'habitude extérieure du corps, elle mérite que nous nous y arrêtions un instant. Nous ne parlons pas de l'attitude, mais seulement de l'apparence de la face, de l'expression des traits. Pour la coloration de la face, nous avons noté qu'elle peut être très variable dans le ramollissement comme dans l'hémorrhagie cérébrale. Nous avons observé déjà que, dans certains cas, les sujets étaient rouges, fortement colorés. A cela, on nous a objecté que ce phénomène n'indique rien et n'a aucune valeur, des hémorrhagies pouvant exister dans lesquelles la face est très pâle. Jamais nous n'avons eu la pensée que l'on nous attribue. Nous devons citer le phénomène, puisqu'il existe, sans lui donner une valeur pathognomonique qu'il n'a pas ; mais cela ne nous empêche point de dire que quelquefois il y a rougeur de la face dans le ramollissement cérébral, bien que le plus souvent le malade soit pâle. Si rarement que ce phénomène se présente, nous avons dû le noter. L'hébétude, la distorsion de la bouche, etc., et bien d'autres signes encore, sont des phénomènes que nous de devons pas passer sous silence.

Marche et durée. — Dans les premiers temps, une grande difficulté nous préoccupait ; tous les cas que nous avions eu l'occasion d'observer avaient simulé ce que l'on appelait alors l'apoplexie, et qui depuis a été distingué en hémorrhagie cérébrale et en congestion. Lorsque nous eûmes découvert une nouvelle altération pathologique, il nous fallut chercher à la distinguer de l'apoplexie, et la difficulté de trouver des signes diagnostiques suffisants nous tourmentait beaucoup. Remarquez en passant que nous ne voulons point établir ici le diagnostic différentiel, mais seulement la marche et la durée du ramollissement. Bientôt nous arrivâmes à cette idée, que la manière dont marchaient les deux affections devait n'être pas tout à fait analogue, que les lésions devaient se développer d'une façon différente dans l'un et dans l'autre cas. Cette idée fut un trait de lumière. Dès lors, nous nous attachâmes à constater ces différences dans la marche et dans la production des symptômes. Dans quelques cas, la maladie avait fait des progrès lents et insensibles, et nous trouvâmes une altération d'une certaine nature. Lorsque la marche de l'affection a été très rapide, les altérations étaient très différentes. Le tubercule du cerveau, le cancer, le fongus de la dure-mère, ont des symptômes particuliers tenant à leur marche même. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi du ramollissement et de ses variétés ?

La marche du ramollissement du cerveau n'est pas constante. A toute règle, à toute description, il y a toujours des exceptions, desquelles il faut tenir compte. En général, le ramollissement du cerveau ne marche ni comme l'hémorrhagie, ni comme la congestion. Les symptômes se montrent graduellement les uns après les autres, à un faible degré d'abord, augmentant peu à peu d'intensité, faisant des progrès insensibles, jusqu'au moment où ils atteignent leur maximum d'intensité. D'autres fois la marche, bien que graduelle, n'est pas tout à fait la même que celle-ci. Il y a eu des phénomènes précurseurs qui ont constitué ce que l'on appelle la première période du ramollissement. Puis les symptômes ont augmenté subitement de violence, et cette aggravation soudaine constitue la seconde période.

Nous avons déjà eu l'occasion de vous dire qu'il y a des cas où le ramollissement n'est pas précédé de ces phénomènes précurseurs. Ramollissement auquel nous avions donné le nom de ramollissement anormal. Dans cette espèce, nous avions signalé des alternatives de mieux et de pire dans l'état des individus affectés ; nous étions loin de nous attendre que plus tard l'observation importante que nous faisions serait interprétée contre nous, et deviendrait entre les mains de nos loyaux adversaires une arme dont ils essaieraient de se servir pour atténuer la valeur de nos recherches. Examinons cependant d'abord le cas le plus ordinaire, la marche du ramollissement que nous appellerons normal.

Dans la première période du ramollissement, le malade sent ordinairement des fourmillements dans un des côtés du corps, principalement dans les membres. Il ne se plaint pas de vives douleurs, mais il se frotte fréquemment les parties qui sont le siége de ces fourmillements. Ces symptômes peuvent durer quelques jours, sans que le sujet y fasse grande attention. Puis il s'aperçoit que les mouvements de préhension sont moins faciles ; il éprouve un certain embarras, un peu de gêne quand il cherche à prendre de petits objets, une plume, etc. Il n'y a pas encore de paralysie, mais seulement une diminution dans la contraction musculaire. Lorsque le malade a toute sa lucidité d'esprit et l'intelligence libre, ce qui n'arrive pas dans tous les cas, il se plaint de cette gêne et de cette faiblesse musculaires. Il accuse des crampes, des fourmillements, des contractures.

On nous a reproché d'admettre l'existence de la contracture à une époque où il n'y a point encore ramollissement, et cependant, a-t-on dit, la contraction n'arrive jamais sans qu'il y ait ramollissement. On s'est trompé ; on rencontre, rarement peut-être, mais positivement, la contraction dans des cas où il n'y a pas de ramollissement. L'observation met ce fait hors de toute contestation. Le malade ne peut qu'avec difficulté lever ses pieds au-dessus du niveau du sol, et il bute contre les aspérités et les obstacles qui se rencontrent sur son passage. Tous ces phénomènes sont caractéristiques de la lésion qui va bientôt exister. Quelquefois il survient un sentiment de douleur. On a dit qu'elle était le plus souvent générale. Nous croyons au contraire que dans la grande majorité des cas elle est fixe. C'est, selon nous, un des caractères les plus importants, bien que son existence ne soit pas constante.

Lorsque se présente à vos yeux l'ensemble des phénomènes dont nous venons de vous donner une légère et rapide esquisse, la pensée qui doit vous venir à l'esprit est celle-ci, qu'ils annoncent une affection autre que l'hémorrhagie cérébrale. En même temps, l'intelligence devient obtuse ; les malades ont de la peine à travailler ; il y a diminution de la mémoire, et l'attention ne se soutient qu'avec peine ; embarras de la langue, embarras de la parole, dont les malades ne s'aperçoivent pas le plus ordinairement. De jour en jour, ces phénomènes augmentent. Au bout de dix ou quinze jours, trois semaines, les engourdissements sont devenus constants. Peu à peu et par une progression insensible, la sensibilité, les mouvements et tous les phénomènes que nous avons exposés arrivent graduellement à leur plus haut degré d'intensité. Puis survient la paralysie, d'abord bornée à un côté du corps, bientôt générale, et la mort.

Nous le répétons, lorsqu'un malade présente ces symptômes, on peut être aussi certain qu'il est permis de l'être dans le diagnostic des affections du cerveau, qu'il y a là un ramollissement du cerveau, ramollissement de ceux que nous avons nommés normaux ou réguliers. La proportion des cas de ce genre est environ d'un cinquième sur la masse totale. Ici encore, comme nous vous l'avons dit dans une des précédentes séances, nous faisons une grande différence entre la fréquence et la valeur des phénomènes. Disons, en passant, que le ramollissement n'est pas la seule affection qui se présente à l'observateur avec cette marche et ce cortége de phénomènes. Les maladies organiques sont dans le même cas, mais ce sont des maladies chroniques organiques, et leurs progrès sont beaucoup plus lents. Le ramollissement inflammatoire a beaucoup de rapports avec celui dont nous venons de parler ; mais cependant on peut souvent les distinguer, l'appareil fébrile et inflammatoire se montrant chez l'un, et n'existant pas chez l'autre. Quant à la marche lente des maladies chroniques or-

ganiques, elle est si différente en raison même de sa lenteur, que la durée seule suffit pour établir la différence.

Lorsque la maladie a duré un certain laps de temps, deux choses peuvent arriver. Les symptômes de la première période, ceux que nous venons de décrire, peuvent disparaître, et la guérison s'obtenir. Ou bien ils continuent à se manifester, et alors leur importance augmente. Tant que la maladie n'était que dans sa première période, on pouvait jusqu'à un certain point supposer que les phénomènes n'avaient qu'une importance secondaire. Mais lorsque la seconde période a commencé, on peut en quelque sorte être sûr et certain que le ramollissement existe, et cela, parce que les autres maladies du cerveau ne marchent pas de la même manière. Il y a des hémorrhagies qui présentent les mêmes phénomènes précurseurs; mais les cas de cette nature sont beaucoup plus rares que ceux du ramollissement qui en sont précédés.

Les symptômes précurseurs sont d'une si haute valeur pour établir le diagnostic, que s'ils n'ont point existé ou si l'on n'a pu s'assurer de leur existence, il est souvent fort difficile, impossible même de se prononcer sur la question de savoir s'il y a hémorrhagie ou ramollissement. Ainsi, pour nous résumer en deux mots, assez insignifiants, bien qu'ils ne soient pas cependant tout à fait nuls, à la première période, les symptômes précurseurs acquièrent une grande importance lorsque la seconde période a commencé.

Une autre forme est celle au début de laquelle on n'observe pas de phénomènes précurseurs. Au premier abord, il ne paraît guère possible qu'une altération de la pulpe cérébrale puisse se faire sans que des phénomènes précurseurs soient venus en avertir, et cependant le fait n'est pas impossible. Dans les travaux que nous avons publiés sur ce sujet, nous avons rassemblé quelques faits dans lesquels nous n'avons pu noter de phénomènes précurseurs, soit par nous-même, soit par les renseignements fournis par des personnes étrangères. Puisqu'il n'est pas rare de constater des anomalies dans l'histoire des maladies des autres organes, pourquoi trouverait-on donc si étonnant que des anomalies se rencontrassent quelquefois aussi dans l'histoire du ramollissement du cerveau? Ensuite, disons-le, il peut arriver que les phénomènes précurseurs aient existé, mais qu'ils aient échappé, et alors il faut prendre garde de compter au nombre des exceptions un fait normal, mal ou incomplétement observé. Comme exemple d'erreur commise de cette manière, nous citerons le fait d'un malade qui est entré dans nos salles il y a deux mois environ; on nous dit qu'il venait d'être frappé subitement de paralysie; il mourut au bout de quelque temps. Ses parents, questionnés avec le plus grand soin, nous affirmèrent, qu'avant cette attaque, il n'avait jamais présenté aucun trouble dans ses mouvements, non plus que dans l'exercice de ses sens. Ce n'est que par hasard que nous apprîmes enfin que ce sujet était en démence depuis deux ans. Or, la démence est un symptôme précurseur des plus importants. Nous croyons que bien souvent l'absence de renseignements aura induit le médecin en erreur, plutôt que l'absence réelle des phénomènes.

Admettons cependant cette troisième forme, cette forme soudaine, apoplectique; et dans des cas de cette naure il nous sera impossible de distinguer l'hémorrhagie du ramollissement.

Nous avons dit qu'il est des cas où la marche de l'affection est anormale, irrégulière, où les symptômes se montrent, diminuent pour augmenter encore, etc. Il arrive alors quelquefois qu'à la seconde période de la maladie, le sujet est frappé très profondément, perd connaissance et ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Quelques heures après l'accident, ou le lendemain, le malade commence à faire quelques mouvements et à prononcer quelques mots. Lorsque vous n'avez pas l'habitude d'observer fréquemment les maladies du cerveau, vous vous félicitez de cette amélioration; le lendemain le sujet est dans un état pire que la veille. Il y a des alternatives de bien et de mal; l'affection n'est pas incessamment croissante, et l'on observe pour ainsi dire des temps d'arrêt. Nous avons cherché à nous rendre compte de cette singularité, et pour l'expliquer nous avons fait des hypothèses que l'on a depuis converties en certitude. Nous avons la conviction maintenant que dans ces cas le ramollissement ne marche pas seul.

Une des complications les plus ordinaires, c'est la congestion. Le ramollissement est souvent accompagné de congestion cérébrale. Supposez donc un individu dans cette circonstance, affecté d'un ramollissement et perdant subitement connaissance sous l'influence d'une congestion cérébrale; si vous pratiquez une saignée, vous dégagez le système circulatoire, vous diminuez la compression produite par le trop grand afflux du sang; les symptômes s'amendent. Mais bientôt la maladie principale reprend ses droits, et la marche en devient plus rapide encore. Ces alternatives de mieux et de pire peuvent être nombreuses et se répéter pendant assez long temps.

La durée de la maladie est extrêmement variable. Elle peut être de quelques semaines ou d'un, deux et même trois ans. Une fois que la seconde période a commencé, il est rare qu'il s'écoule plus de six semaines entre l'apparition des symptômes de cette époque de la maladie et la terminaison. Lorsque l'affection dure plus longtemps, c'est que probablement alors ce n'est pas à un ramollissement, mais à une maladie chronique organique que l'on a affaire.

Dr A. FOUCART.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Suite du discours d'ouverture. (Deuxième leçon.)

Des accidents consécutifs des opérations chirurgicales.

Puisque les accidents consécutifs s'observent principalement à la suite des opérations sanglantes, quoique, d'après les remarques que nous avons faites dans notre dernière leçon, ils ne soient pas étrangers non plus aux opérations non sanglantes, il semblerait qu'ils dussent être communs à toute espèce de plaie, soit produite par la main armée du chirurgien, soit accidentellement par une violence extérieure. En effet, ceci est vrai; mais pour saisir leur différence, il faut bien apprécier, d'un côté, la différence de gravité que ces deux espèces de plaies peuvent présenter comparées entre elles; de l'autre côté, l'influence qu'exerce le moral des blessés sur les suites de ces plaies, selon qu'elles sont faites par les instruments tranchants de l'opérateur ou par un corps étranger.

D'abord, on ne peut pas comparer les plaies de la première espèce avec celles de la seconde, pour la régularité et la netteté avec laquelle elles sont faites. Les premières sont le résultat d'incisions faites avec toute la précision et la simplicité que la connaissance des règles de l'art permet; les couteaux sont parfaitement tranchants, bien propres, et pouvant donner lieu aux plaies les plus simples possibles; les secondes, au contraire, résultant du hasard, d'un corps extérieur plus ou moins contondant qui a agi brusquement sur les parties et les a coupées, blessées plus ou moins irrégulièrement, doivent être, sans doute, des plaies souvent contuses, à bords très irréguliers, et par conséquent dans des conditions beaucoup plus défavorables pour la cicatrisation.

Sous ce rapport, il est incontestable que les accidents consécutifs doivent être plus fâcheux et plus graves à la suite de plaies accidentelles produites par une violence extérieure, que consécutivement aux plaies faites par l'homme de l'art dans les opérations chirurgicales. Mais, de l'autre côté, il y a une cause puissante qui exerce une grande influence sur les résultats des plaies artificielles des opérations, et qui les met dans des conditions encore plus défavorables que les accidentelles; je veux dire l'état moral des malades qui subissent les opérations. Et, vous le comprenez facilement, l'homme qui, sans rien prévoir, et dans un état de calme parfait, est tout à coup frappé par un corps étranger qui lui cause une plaie plus ou moins profonde, se trouve bien, au moment de l'accident, ému, ébranlé, mais bientôt il rentre dans son calme, car son système nerveux n'a pas, pour ainsi dire, en le temps de se secouer profondément; tandis que le malade, qui est prévenu quelques jours d'avance de la triste nécessité où il se trouve de subir une opération, qui réfléchit et embrasse déjà, par son imagination, les douleurs qu'il sera obligé d'endurer, les dangers auxquels il sera exposé, etc., se trouve depuis ce moment-là dans un état d'agitation, d'inquiétude presque continuelle; et, quoiqu'il prenne courageusement son parti, il ne peut pas se défendre de ce trouble moral. Figurez-vous maintenant l'influence fâcheuse que cet état nerveux exerce sur les conséquences de l'opération. Cela est si vrai, qu'on a vu des individus succomber à des opérations même très simples et peu douloureuses, parce qu'ils s'y étaient soumis avec un courage factice, et dans des conditions morales très défavorables. Ainsi, je crois vous avoir rapporté déjà le cas malheureux de phimosis opéré par Deschamps à la Charité; il s'agissait d'un jeune homme très pusillanime et très impressionnable. Cet habile chirurgien l'opéra par la méthode ordinaire; il tombe en syncope et meurt. Ne vous ai-je pas raconté, l'année dernière, ce qui m'est arrivé à moi-même dans plusieurs circonstances? Ne vous ai-je pas dit qu'un jeune Irlandais qui m'avait été adressé par Astley Cooper pour être soumis à la staphyloraphie, est mort peu de temps après avoir subi cette opération, simple en elle-même et peu douloureuse, parce qu'il s'y était prêté dans des conditions d'esprit très défavorables, et avec des pressentiments sinistres sur les résultats de l'opération elle-même? Et, à cet égard, permettez que je complète ma pensée relativement à ce que je vous disais dans la précédente leçon sur les accidents consécutifs qui peuvent arriver, même à la suite des opérations non sanglantes. Ces accidents peuvent être moins graves à cause de l'absence de plaie et d'écoulement sanguin apte à effrayer les malades, malgré l'intensité de la douleur qui souvent accompagne ces opérations. Ainsi, la réduction de certaines luxations, de fractures, de hernies étranglées, etc., est accompagnée de douleurs très vives, plus vives quelquefois que celles des opérations sanglantes, et pourtant les malades s'y soumettent facilement et avec calme, et aussitôt l'opération finie on voit les malades tranquilles et ne s'inquiéter nullement de ce qui peut en résulter. C'est qu'ici il a pu y avoir de grandes souffrances; mais l'état normal était très peu ébranlé, et ne pouvait pas exercer une funeste influence. C'est qu'on ne meurt pas ordinairement de la douleur dans les opérations, tandis qu'on peut très bien mourir de l'ébranlement, du trouble nerveux produit par une profonde frayeur.

Maintenant, et après ces prémisses, nous passerons en revue les circonstances ou causes prédisposantes des accidents dont nous parlons, pour être à même de les combattre par les moyens appropriés; puis venant à parler des accidents consécutifs eux-mêmes, nous les diviserons en deux grandes classes, c'est-à-dire en généraux, et communs à toutes les opérations en général (tel que l'hémorrhagie, etc.), et en *spéciaux* propres à chaque opération en particulier. Je viens de prononcer le mot hémorrhagie consécutive; déjà, dans ma leçon précédente, je vous disais qu'elle est bien plus grave que celle qui peut arriver pendant l'opération, parce que les malades supportent avec assez de sang-froid l'écoulement du sang, même très abondant, pendant qu'ils se trouvent sous les mains du chirurgien, ou le regardant comme inséparable de l'opération elle-même, tandis qu'ils s'effrayaient beaucoup, et s'affectaient profondément de la plus petite hémorrhagie qui survenait lorsque, l'opération finie, ils étaient replacés dans leur lit et abandonnés à leurs réflexions sur les conséquences de ce qui s'était fait. Et voici une nouvelle preuve de cela dans un fait récent de ma pratique particulière.

Hier j'ai eu à extirper une petite tumeur au sein sur une jeune demoiselle; la malade s'y prêta assez bien; l'opération ne présenta rien d'extraordinaire; quand elle fut finie, après avoir abstergé la plaie, j'aurais eu une petite artériole à lier; mais j'ai pensé qu'avec un pansement bien fait et une légère compression, l'écoulement du sang s'arrêterait de lui-même. Je fis donc le pansement comme je jugeais convenable; mais quelque temps après que j'eus quitté la malade, une petite hémorrhagie eut lieu, une légère tache de sang parut à l'extérieur de la bande. Il n'en fallut pas davantage pour que l'opérée en fût effrayée; elle eut un tremblement nerveux considérable. Les parents épouvantés coururent me chercher chez moi, sans m'y trouver. Je fus la voir plus tard, et tout l'orage s'était dissipé; la malade reutra dans son calme, surtout lorsque je l'eus assurée qu'il n'y avait pas à craindre le moindre accident, et que le sang était désormais arrêté sans conséquence. Ainsi vous voyez, Messieurs, quelle gravité peut revêtir un léger écoulement sanguin arrivant après les opérations, lorsque le moral des malades en était vivement affecté, tandis qu'il passerait pour ainsi dire inaperçu pendant l'opération elle-même.

J'avoue que j'éprouve quelque embarras à vous faire une énumération méthodique et bien ordonnée des circonstances prédisposantes des accidents, pour vous mettre à même de bien les graver dans votre mémoire. J'essaierai de faire de mon mieux. Suivons l'ordre des temps ou des époques; la première est celle que je vous ai déjà indiquée, c'est-à-dire l'état de trouble moral qui précède ordinairement les opérations les moins graves. Heureux ces malades qui peuvent penser de sangfroid à la douleur qu'ils ont à supporter dans l'opération, et s'y résigner avec calme! Il y en a à peine qui puissent avoir un si tranquille courage; car pour un qui se sent capable de supporter la douleur stoïquement, combien de centaines qui s'y soumettent avec répugnance et après une lutte morale violente!

Une jeune fille que j'opérai d'une tumeur au sein, supportait sans le moindre gémissement les douleurs inséparables d'une semblable opération; et l'ayant engagée à ne pas trop se retenir de crier, elle me répondit avec impatience: Continuez, Monsieur, les douleurs physiques ne sont rien, quand il faut les supporter. J'eus à opérer aussi d'une tumeur pareille très volumineuse, et d'une exécution très longue, une dame d'un courage stoïque vraiment admirable. Il est vrai que cette dame, pour des raisons toutes particulières, eut occasion de se trouver plusieurs fois sur les champs de bataille, et partagea comme un véritable soldat les dangers et la gloire de nos braves guerriers; mais la voir suivre avec calme tous les détails de cette douloureuse opération, sans émettre un seul cri, un seul indice de souffrance, c'était un spectacle vraiment touchant; au point que j'ai dit après, que le sexe communément réputé faible, était peut-être celui qui supportait lemieux les opérations chirurgicales. A côté de ces héroïnes on voit au contraire souvent des hommes très pusillanimes ne pouvoir supporter les moindres douleurs sans se plaindre vivement, et s'agiter comme s'il s'agissait d'un danger mortel.

Si je pouvais examiner ici à fond cette influence du moral des malades sur les suites des opérations, je serais conduit à distinguer le courage vrai, réel, du factice; car tels individus qui appréhendent naturellement la douleur, se croient, par un inévitable effort, une résignation qui n'est pas dans leur âme; ce sont les malades les plus malheureux pour les suites des opérations qu'ils ont à subir, car ils s'y soumettent dans un état d'ébranlement nerveux considérable. Il y a donc, pour les conséquences des opérations, à considérer et à apprécier convenablement cet état moral, bon ou mauvais, des malades.

Vient, en second lieu, le caractère même des opérations qu'on doit pratiquer. N'est-il pas vrai qu'il y a des nuances infinies dans les opérations comparées entre elles, depuis les plus simples jusqu'aux plus graves? Il me serait impossible à cet égard de vous dire quelle est leur gravité réelle. Quand il s'agit d'une opération de toute simplicité, on peut bien dire en général qu'elle est très simple, et que très probablement les suites en seront aussi simples; mais pour les opérations graves, il est difficile d'établir une règle qui puisse nous guider à mesurer cette gravité; car il faut calculer la nature des organes sur lesquels on doit opérer, leur sensibilité, leur importance dans les fonctions vitales, etc. On peut dire, en général, que quand l'opération doit durer long-temps, et doit s'exercer sur des organes doués d'une grande vitalité, et jouant un rôle important dans l'économie, elle est toujours grave.

Ce serait ici une belle occasion de chercher à fixer les limites du possible en médecine opératoire, c'est-à-dire quelles sont les opérations susceptibles d'être pratiquées sans danger imminent dans la vie, et celles dont le chirurgien consciencieux doit toujours s'abstenir. Mais, à mon avis, la solution de ce problème est à peu près impossible. A mesure que le temps marche, que l'art fait des progrès, des opérations qui semblaient impossibles, inexécutables à nos devanciers, deviennent non seulement possibles, mais rationnelles; donc, les limites du possible dans notre art sont reculées par la marche de l'esprit humain, et le seront pour ainsi dire encore longtemps. Combien de moyens, par exemple, pour la ligature des vaisseaux a-t-on découverts depuis cinquante ans, qui ont vraiment changé la face de cette branche de la chirurgie! Au commencement même de ce siècle on n'osait presque pas faire la ligature de l'artère crurale, et aujourd'hui on lie indifféremment les artères sous-clavières, les carotides, les iliaques, et les succès se multiplient tous les jours dans ces opérations, ce qui prouve combien elles sont rationnelles. Que dis-je! Le grand chirurgien que l'Angleterre a perdu il y a quelque temps, Astley Cooper, n'a-t-il pas osé proposer la ligature de l'aorte, ne l'a-t-il pas pratiquée même en la jugeant exécutable et rationnelle?

Nos devanciers auraient regardé comme fou le chirurgien qui eût osé proposer des opérations semblables. Il faut donc se préserver des excès de témérité qui pourraient compro-

mettre la dignité de la profession et les intérêts de l'humanité, mais savoir en même temps oser dans les limites du rationnel.

Dans l'année scolaire qui vient de s'écouler, j'ai entrepris des choses qui sembleraient très hasardées au premier abord, et qui étaient pourtant rationnelles. Il y avait un jeune homme affecté d'un énorme polype fibreux des fosses nasales; les sinus maxillaires étaient envahis par la maladie; les os environnants déplacés. Déjà plusieurs fois j'avais reculé devant toute opération qui me paraissait d'une exécution excessivement difficile; mais des hémorrhagies fréquentes arrivèrent, qui affaiblissaient considérablement le malade; celui-ci, d'ailleurs, me pressait vivement de l'operer, lorsque l'idée me vint de fendre le nez dans toute sa longueur; de cette manière je m'ouvris une voie très large qui me permit d'enlever sans trop de difficulté toute la tumeur avec ses nombreuses ramifications. Les suites de l'opération furent très heureuses; comme se rappelleront ceux de vous qui l'ont suivie, le malade sortit parfaitement guéri. Ce qu'il y eut d'étonnant, c'est que la cicatrice du nez était à peine visible, et cet organe ne fut aucunement déformé par cette immense incision qu'il eut à subir.

Nous avons extirpé aussi une tumeur très volumineuse du creux de l'aisselle formée par une agglomération des ganglions de cette région, telle que je n'en avais jamais vu de semblable; la tumeur était mobile, et nous crûmes pouvoir en débarrasser le malade, qui en était considérablement gêné. L'opération fut longue à cause de la minutieuse dissection qu'elle nécessita; mais pas trop difficile. Malheureusement le malade a succombé quelques jours après; mais je persiste à croire que l'opération était rationnelle.

J'ai lié l'artère crurale chez le malade affecté de spina-bifida au tibia. L'opération était par elle-même très simple, mais les conséquences pouvaient en être chanceuses à cause de la nature de la maladie contre laquelle elle était dirigée. On savait que cette affection est sujette à de fréquentes récidives, et que rarement on la guérit d'une manière radicale; il y avait donc une certaine hardiesse à opérer: nous eûmes le bonheur d'obtenir un succès complet.

Ainsi retenez bien qu'il serait difficile de dire qu'une opération est absolument impossible, parce qu'elle semble très grave, et qu'il ne faut pas toujours reculer devant les difficultés qui se présentent, tout en ne perdant pas de vue les règles de la prudence. C'est ainsi que je crois m'être conduit dans ma longue carrière chirurgicale, et pourtant je ne nie pas d'avoir commis des fautes, et vous savez que déjà plus d'une fois je les ai avouées publiquement dans l'intérêt de votre instruction et de la science elle-même. Voici peut-être ce que j'ai fait de plus hardi dans ma vie; je vous le raconte avec bonne foi. J'étais à la Charité, partageant pour ainsi dire les travaux chirurgicaux avec Boyer, et m'aidant toujours de ses vastes lumières. Il y avait dans les salles une femme affectée d'un anus contre nature dans le vagin, suite d'un accouchement laborieux, la tête de l'enfant ayant probablement pincé et divisé une anse intestinale dans son passage à travers le détroit supérieur; cet anus était tel, que par là sortait la totalité des matières fécales; l'état de la pauvre femme, encore jeune, était vraiment déplorable sous le rapport physique et moral. Il n'y avait pas moyen d'agir sur l'anus lui-même directement, quoique les moyens ou procédés imaginés contre cette dégoûtante infirmité fussent déjà connus. Je ne pouvais d'aucune manière atteindre les deux bouts de l'intestin pour les réunir, lorsqu'il me vint l'idée d'ouvrir le ventre, d'aller chercher l'intestin divisé et d'en réunir les deux bouts. Je la communiquai à Boyer, qui, après l'avoir combattue, finit par y consentir à moitié. Je procédai comme je viens de le dire, je détachai l'anse intestinale divisée des parties environnantes avec lesquelles elle avait contracté des adhérences, et j'en réunis les deux bouts: la femme succomba à une inflammation suraiguë du péritoine. C'était à l'époque où un professeur très distingué de l'École, M. Récamier, avait eu l'audace de pratiquer l'extirpation de la matrice dans un cas de cancer de cet organe et avait réussi: la femme était morte un an après l'opération d'une autre maladie.

Ce succès encouragea les praticiens à répéter la même opération dans des cas semblables; elle fut faite plusieurs fois, mais toujours avec un résultat funeste; moi-même je l'ai exécutée deux fois sans succès: de sorte qu'on y renonça bientôt tout à fait, et maintenant elle est complétement abandonnée. Je dis cela pour vous faire comprendre qu'il n'y avait rien d'extraordinaire dans l'opération que j'ai pratiquée à la Charité, tout en admettant qu'elle annonçât une certaine hardiesse, et qu'elle était entourée de danger. Pour en finir avec ce point de pratique, nous pouvons conclure qu'il y a un juste milieu à suivre dans les opérations, par rapport à la possibilité et à la rationalité de l'exécution. Il est donc bien établi que la gravité de l'opération est une cause très puissante des accidents consécutifs qui peuvent survenir.

Après le caractère grave aussi d'une opération viennent les circonstances particulières qui l'accompagnent, et la manière dont elle est exécutée. Nos opérations, quoique soumises à des règles précises, ne se ressemblent pas toujours dans l'exécution; elles présentent entre elles une foule de nuances dépendant des circonstances très variées au milieu desquelles on les pratique. Les opérations les plus belles et les plus brillantes ne sont pas toujours exécutées, comme vous le savez, par des mains habiles, et alors, tout en étant assez simples et d'une exécution facile, elles peuvent devenir graves. Que dis-je, ces opérations même faites par des mains exercées, peuvent être fécondes en graves accidents. Malgré tous les soins possibles que le chirurgien habile y met, il peut encore se tromper dans l'exécution, et commettre des fautes dangereuses. Les accidents consécutifs aux opérations ont souvent leur source dans l'oubli de quelque précaution, ce qui arrive aussi (comme je disais) aux hommes d'une grande habileté et d'une grande expérience; car il ne faut pas porter l'orgueil de son adresse au point de se croire infaillible. Il serait très facile de démontrer la vérité de ce que j'avance, en passant en revue les opérations même les plus simples; donnons quelques exemples, selon notre habitude.

Opère-t-on, par exemple, toujours bien la cataracte? Les chirurgiens les plus adroits ne se trompent-ils pas souvent et dans l'incision de la cornée et dans l'extraction du cristallin (je parle de la méthode par extraction), etc.? Combien de fois, malgré toutes les mesures prises, on fait l'incision cornéale un peu trop petite! et alors la lentille cristalline ne peut être extraite qu'en exerçant des tractions, des frottements aux bords de la cornée qui peuvent être préjudiciables, ou on blesse avec le couteau l'iris, et de là des inflammations internes plus ou moins graves.

Dans l'opération du bec-de-lièvre, si simple par elle-même, on peut avoir des accidents graves, ou parce qu'on a trop serré avec le fil les points de suture, ou parce qu'on a laissé ceux-ci trop longtemps en place, ce qui a donné lieu à une mortification plus ou moins étendue des parties sur lesquelles on a agi.

Dans l'empyème, un des dangers à redouter, c'est l'introduction de l'air dans la cavité pleurale; il faut, pour cela, que l'ouverture des parois de la poitrine soit aussi étroite que possible, et qu'en même temps on bouche immédiatement l'ouverture aussitôt que le liquide à extraire s'est écoulé.

L'opération de l'hydrocèle est par elle-même très simple et facile; mais si on n'évite pas la lésion du testicule, si on laisse pénétrer du liquide qu'on injecte dans la cavité vaginale, dans le tissu cellulaire du scrotum, quels accidents ne peuvent ils pas en résulter, tels que l'inflammation du testicule (ce qui du reste est assez rare), ou la mortification de toute la peau des bourses, ce qui peut être très grave?

En opérant la fistule à l'anus, lorsque le trajet fistuleux monte très haut dans le rectum; faute de précaution, on peut aller léser le péritoine et occasionner une inflammation suraiguë mortelle de cette membrane.

Dans la taille, on peut blesser le rectum et donner lieu à une fistule vésico-rectale plus ou moins rebelle aux ressources de l'art; cela arrive tous les jours, cela est arrivé aux opérateurs les plus expérimentés.

Je devrai successivement passer en revue toutes les opérations de la chirurgie, pour épuiser par des exemples ce sujet; ainsi donc, les opérations les plus simples et les plus communes peuvent être la cause d'accidents graves, même dans les mains des chirurgiens les plus habiles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 novembre. — Présidence de M. Ferrus.

Une foule plus nombreuse encore que mardi dernier encombre les tribunes publiques. Les stalles des académiciens sont entièrement occupées. Nous avions rarement vu la compagnie anssi au complet.

Après la lecture du procés-verbal et la communication de la correspondance, M. J. Guérin se dirige vers la tribune, où il rencontre M. Velpeau, qui s'y est dirigé de l'autre côlé. Une conversation à voix basse s'engage entre les deux académiciens, à la suite de laquelle M. Guérin, d'un air irrité, regagne sa place.

M. Velpeau. J'occupe la tribune en vertu du droit de tout rapporteur, et d'ailleurs de ma place il m'est fort difficile de prendre des notes.

M. Guérin. J'avais espéré de M. le rapporteur assez de condescendance pour me céder la tribune. Je me suis trompé.

M. le président invite M. Guérin à se placer à côlé de M. Velpeau, comme à la derniére séaoce. M. Guérin se rend à cette invitation.

Cet incident sonlève une longue hilarité dans l'auditoire.

M. Guérin. (Le discours qne nons allons chercher à reproduire dans ses parties principales, était écrit et a été lu souvent d'une manière rapide par l'orateur.)

L'attention bienveillante avec laquelle l'Académie a bien voulu écouter mes explications daos la dernière séance, m'est un sûr garant qu'elle daignera me la continuer. Je n'aurais rien à y ajouter si M. le rapporteur de la commission n'avait insisté sur son argumentation. Mon nnique but, d'ailleura, eat de rétablir des faits dénaturés par la commission.

J'ai dit que les 24 cas cités par l'auteur du mémoire ne pouvaient pas avoir été empruntés aux 54 cas de malades traités à l'hôpital, mais à la catégorie des 155 cas de mon relevé, où ils avaient été pris indistinctement.

M. Guérin reproduit ici sa précédente argumentation, dans laquelle nous n'apercevons rien de nouveau.

Qu'a fait M. le rapporleur? Deux choses: d'uue part, il a cherché à prouver que les 24 cas de l'auteur du mémoire avaient été pris sur les malades traités à l'hôpital; et, d'antre part, qu'il n'avait rencontré aucun cas de guérison.

Je réponds: 1° Que je n'ai établi aucune distinction entre les malades traités à la consultation et les malades traités à l'hôpital. Dans mon relevé, cette distinction n'existe pas; je n'en ai jamais tenu compte daos mes cours, et devant la commission des hôpilaux je oe l'établis pas non plus. J'agis ainsi parce que, à l'hôpital, je n'ai qu'un très petit nombre de lits, et que je les garde pour les malades à traitement complexe. J'avaia déjà indiqué cette circonstance dont la commission aurait dû tenir compte, et qui aurait diminué son étonnement de rencontrer d'aussi énormes bosses. Ainsi donc, impossibilité de prouver que les malades aient été traités à l'hôpital ou à la consultation, qu'ils aieot suivi un traitement complet ou incomplet, dernière circonstance qne l'auteur du mémoire avait d'ailleurs déjà reconnue.

2° La commiasion n'ayant pas rencontré de sujets guéris, en a conclu que l'auteur du mémoire avait été exact dans ses assertions.

Ce que je viens de dire détruit cet argument par sa base. En effet, si, comme je l'ai pronvé, les malades vus par l'auteur du mémoire et par la commission n'appartiennent pas à la série de mon relevé qui indique les guérisons et les améliorations, quoi d'étonnant alors que la commission n'ait pas trouvé de guérisons?

Après avoir répondu à ces denx points de l'argnmentation de M. le rapporteur, est-il besoin de reveoir aux faits particnliers? Tons les malades cités par la commission ont été classés par moi dans les traitements incomplets. A l'occasion de tous, néanmoins, M. le rapporteur répète invariablement: Ils sont toujours bossus. Cette argumentation peut être spiritnelle, mais l'Académie jugera de sa justesse.

Des amis empressés ont déjà annoncé que la commission n'avait pas tout dit et qu'elle pouvait encore citer d'autres cas. Je la laisse libre de continuer cette argumentation dont l'Académie connait maintenant la valeur. Je n'y répondrai pas jusqu'à ce qu'on ait produit ici les 131 cas de non-guérison que j'ai indiqués. (Exclamations et murmures.)

Aprés avoir suivi jusqu'ici la commission sur le terrain où elle s'était primitivement placée, je la suivrai sur celui qu'elle a semblé adopter dans la dernière séance. M. Roux m'a invité avec bienveillance, je le reconnais, à produire des faits de guérison. J'ai beaucoup réfléchi à cette invitation et je me suis demandé jusqu'à quel point je pouvais y obtempérer. J'ai essayé de faire une tentative dans cette voie, et dans ce but je me suis présenté, ce matin, chez M. Roux avec une malade que je crois avoir guérie d'une gibbosité. M. Roux, avec sa loyauté et sa bonne foi ordinaires l'a reconnu et je le prie instamment de répéter ici ce qu'il a eu la bonté de me dire, et d'indiquer l'état dans lequel il a trouvé cette personne.

M. Roux. Je désirerais de ne répondre à cette invitation qu'après que M. Guérin aura terminé.

Quelques voix. Parlez, parlez.

M. Guérin. J'en prie M. Roux avec instance.

M. Roux (attention). M. Guérin me pousse dans mes derniers retranchements, je dirai donc que, ce matin, il s'est présenté chez moi, accompagné de M. Lonis, pour me montrer une jeune demoiselle de dix-sept ans environ, qu'il m'a dit avoir été fortement déviée et avoir été soumise à la myotomie rachidienne. J'ai examiné cette personne et je lui ai trouvé la taille convenable et raisonnable pour son âge; elle ne présentait, en effet, aucun signe actuel de déviation. Je dis, ou bien cette demoiselle n'a jamais été déviée et n'a subi aucun traitement, ou bien elle est parfaitement guérie.

Cependant, j'ai fait à M. Guérin plusieurs objections que je dois faire connaître à l'Académie.....

M. Guérin. Permettez, monsieur Roux; je vondrais avant.... (Interruption et exclamation.)

M. Roux. J'ai dit d'abord à M. Guérin que, dans cette circonstance, je ne pouvais agir que comme individu et non comme membre de la commission; qu'il eût été plus convenable de présenter cette malade à la commission réunie, et puis à l'Académie; j'ai dit que je ne savais pas si cette jeune personne avait été déviée, à quel degré elle l'avait été, si elle faisait partie du relevé de M. Guérin, en un mot, que je n'avais sur elle aucun renseignement, ni sur sa maladie, ni sur son traitement, et qu'il m'était par conséquent impossible de rien conclure du fait que j'avais sous les yeux. J'ai pressé M. Guérin de répondre sur ces points; il n'a jamais voulu entrer dans aucune explication à cet égard. Voilà tout ce que j'avais à dire.

M. Desportes, Avez-vous constaté des eicatrices?

M. Roux. Je n'ai pas examiné suffisamment.

M. Guérin. Je commence par remercier M. Roux de la loyauté de ses explications. Il en résulte, comme vous voyez, que la jeune personne que je lui ai présentée ne porte aucune trace de difformité. Or, messieurs, cette personne, qui s'appelle Clarisse Leclerc, est nne des malades qui figurent dans les observations de l'auteur du mémoire, et qui fait partie des 24 cas observés par lui.

Quelle induction tirer de ce fait? D'abord que l'auteua du mémoire a été inexact en avançant qu'il n'avait trouvé aucun cas de guérison; ensuite, que la commission a eu tort de croire à l'exactitude de l'auteur du mémoire; car elle n'avait pas vu cette malade: M. Roux, en elfet, ne l'a pas reconnue.

Ceci me parait prouver que les témoignages en fait de science ne valeot pas l'expérience, et que la haine... (Interruption.)

Tels sont, messieurs, dans les généralités et daas les particularités, les moyens employés par l'auteur du mémoire, et consacrés par la commission.

Maintenant, j'ai à examiner le but qu'on s'est proposé de part et d'autre. Il y a, à vrai dire, deux buts; un but scientifique et un autre but que je ne sais comment qualifier devant l'Académie, et que, pour être fidèle à mes habitudes de modération, je désignerai simplement par ces mots, l'autre but. (On rit.)

Le but scientifique a été d'examiner si la myotomie est dangereuse, utile, rationnelle.

Dangerense? La commission ne le croit pas, et elle l'a reconnu fort explicitement.

Utile? La commission la tronve telle dans un certain nombre de cas; elle n'est donc pas d'accord avec l'auteur du mémoire.

Rationnelle? La commission la juge ainsi dans certains cas, dans cenx où il y a évidemment une corde à couper. Ainsi donc sur ces trois points la commission est bien plus d'accord avec la myotomie qu'avec l'auteur du mémoire.

Qnant à l'autre but, je ne sais vraiment comment en parler devant l'Académie. Mais ce but, quelques précautions qu'on ait prises pour le cacher, saute à tons les yeux. On a blâmé ma susceptibilité, qu'on a trouvée exagérée; mais je ne serais pas digne de faire partie de cette Académie si je m'étais montré moins susceptible. Voyons, messieurs, le point de départ de cette triste affaire. J'ai publié un relevé; on ne l'a pas mis en question, on l'a déclaré tout d'abord une imposture. C'est contre les auteurs de cette calomnie que j'ai voulu réagir. On a imprimé qu'on avait couru tout Paris, et qu'on n'avait pas rencontré une seule guérison; j'ai prouvé qu'à l'époque où l'on écrivait cela, on n'avait vu au plus qne sept malades. Maiotenant, messieurs, on vous propose d'adopter des conclusions qn'il suffit d'examiner pour en prouver l'irrationalité.

M. Guérin examine une à nne les conclusions du rapport, et ne les croit pas susceptibles dêtre adoptées.

Dans ce moment solennel, dit-il, l'Académie jugera avec calme entre mes accusateurs et moi. Pour résister à des injonctions que j'ai cru illégitimes, j'ai sacrifié mon repos, ma santé, ma fortune; s'il dépendait de mes ennemis de me faire perdre plus encore, je le perdrais. Mais l'Académie me prêtera son secours éclairé et bienveillant, et je l'attends avec confiance. Ce sont les dernières paroles qne je prononcerai dans ce malheureux débat. (L'orateur prononce ces dernières paroles avec émotion. Quelques applaudissements se font entendre, suivis aussitôt de quelques signes de désapprobation.)

M. Moreau donne quelques explications sur une interruption qui lui est échappée.

M. Roux. M. Guérin, avec des précautions oratoires infinies, a semblé néanmoins incriminer la commission, et l'a accusée d'intentions malveillantes à son égard. Je proteste contre ces récriminations. Nous n'avons eu en vue que les intérêts de la science et de la vérité. Quant à la malade qu'il m'a préseotée, je ne pense pas que la commission ait assuré l'avoir vue.

M. Velpeau. Ce fait va être éclairci.

M. Roux. Peut-être est elle du nombre de celles qne nous n'avons pu voir que par derriére. (L'orateur entre dans quelques détails que nous ne pouvons entendre au milieu des marques d'impatience de l'auditoire.)

M. Velpeau commence par exprimer le regret d'entendre M. Guérin dire sans cesse qu'on est animé contre lui de mauvaises intentions. Cela n'est pas; le doute élevé sur ses résultats n'est pas injurieux pour sa personne, c'est un droit de la science auquel il faut se soumettre,

Je vais d'abord mettre hors de cause mademoiselle Clarisse Leclerc, sur laquelle M. Guérin semble avoir beaucoup compté pour produire de l'effet. Voyons d'abord si, au sujet de cette malade, l'auteur du mémoire s'est donné le tort grave qu'on lui a prêté.

M. Velpeau lit l'observation telle qu'elle est rapportée par M. Malgaigne; et on voit que l'auteur a précisément dit que cette malade était la mieux redressée de toutes. Quant à la commission, elle n'a pas vu cette jeune personne, c'est vrai; mais a-t-elle dit qu'elle l'eût vue? Non, messieurs, elle s'est bornée à dire que cette malade n'avait pas

voulu se laisser voir ; que les renseignements pris sur son compte s'accordaient pour faire considérer ce sujet comme celui où la ténotomie avait eu le plus de succès.

On ne voit donc pas bien le motif de cette espèce de coup de théâtre qu'a fait M. Guérin.

M. Guérin a fait à sa manière l'historique de ce débat ; il n'est pas tout à fait exact, permettez-moi de le rétablir dans toute sa vérité.

Ici M. Velpeau passe en revue tous les faits qui ont précédé cette discussion ; la publication du relevé où les chirurgiens s'étonnèrent à bon droit de quelques faits merveilleux qui y étaient contenus, tels que quatre guérisons sur 14 cas d'abcès par congestion, de huit guérisons sur 11 cas d'épanchements articulaires, et trois améliorations. Sur ce point, dit M. Velpeau, je remarquerai que j'ai eu occasion de voir à mon hôpital deux de ces épanchements articulaires *guéris* ou tout au moins *améliorés* par M. Guérin ; eh bien ! la guérison était si réelle que j'ai été obligé de couper la cuisse à ces pauvres guéris ou améliorés. (Sensation.)

A l'apparition de ce relevé, des doutes se manifestent donc, mais jusque-là rien d'offensant pour M. Guérin.

M. Velpeau raconte ici toutes les démarches de M. Malgaigne auprès de M. Guérin pour obtenir des renseignemens de lui-même ; les refus obstinés de M. Guérin, les recherches auxquelles se livra alors M. Malgaigne et les résultats qu'elles obtinrent.

Il suit M. Guérin dans toutes les phases de sa vie orthopédique ; il le montre communiquant d'abord aux sociétés savantes les résultats obtenus par les appareils et machines, puis par la ténotomie, exaltant de la même manière selon les besoins du moment et la méthode qu'il emploie, les succès qu'il obtient ; rappelle sa première communication à l'Institut relative à la myotomie, dans laquelle sur 15 déviations du deuxième et troisième degré, il avait obtenu 15 guérisons ; et, par des chiffres empruntés aux résultats mêmes de M. Guérin, il arrive à cette conclusion inattendue, que cet orthopédiste a guéri plus de malades par les appareils et machines que par la myotomie,

M. Velpeau résume rapidement sa précédente argumentation ; il démontre qu'elle est restée intacte malgré les efforts de M. Guérin ; et quant aux conséquences scientifiques sur lesquelles M. Guérin se félicite d'être d'accord avec la commission, cela prouve que la commission n'était réellement incitée par aucun sentiment d'hostilité contre lui. Mais M. Guérin, dans toutes ses affirmations, va toujours trop loin ; c'est un grand danger pour lui, car, dès le moment qu'on a reconnu des inexactitudes, on ne veut plus rien croire de ses assertions, et l'esprit rejette également et le vrai et le faux.

M. Velpeau, sous ce point de vue, rappelle succinctement quelques faits de la pratique de M. Guérin, relatifs au cal vicieux, au torticolis, au strabisme, à une myotomie de 42 muscles pratiquée sur un individu dont on avait promis de reparler, et sur laquelle on n'a plus rien dit. Il fait voir que tantôt, aux objections pressantes, M. Guérin répond qu'il n'entend pas de la même manière que les chirurgiens certaines maladies, que tantôt il fait disparaître les malades, et qu'on n'en entend plus parler.

Tout cela, dit M. Velpeau, n'est-il pas fait pour inspirer des doutes, des incertitudes, pour provoquer les examens et les recherches ? La commission ne demandait pas mieux que de ne pas trouver M. Guérin en faute, mais pouvait-elle se dispenser de dire ce qu'elle a vu ? Pour mon compte, je fais cet aveu à M. Guérin, je m'attendais à trouver des guérisons, je disais qu'il n'était pas possible que je n'en trouvasse pas, car j'avais un certain degré de confiance à la ténotomie. L'Académie sait comment j'ai été désabusé.

Oui, la marche qu'à suivie M. Guérin est vicieuse, antiscientifique ; ce n'est pas notre faute, mais la sienne s'il se trouve chagriné, embarrassé par cette discussion. Nous ne demandons pas mieux d'y mettre un terme, bien convaincu qu'elle sera pour tous un salutaire avertissement.

M Bégin. Je demande la parole pour chercher à mettre un terme à cette discussion. Je la déplore de toute mon âme. Je regrette tout autant que M. Guérin ait refusé de montrer ses succès ; ce refus est complétement en dehors de nos mœurs scientifiques actuelles. J'ai toujours vu, dans une longue pratique des hommes et des choses médicales, que les médecins et chirurgiens s'empressaient de communiquer les faits qui appuyaient leurs doctrines. Broussais ouvrait les salles du Val-de-Grâce à tous, aux amis comme aux ennemis. Larrey, quand il voulait faire adopter son pansement inamovible, conviait tous les matins la foule à ses leçons. Quand la lithotritie a paru, ses promoteurs ont-ils caché leurs résultats ? Je regrette que M. Guérin, dans son intérêt propre et dans celui de la science, ait tenu une conduite opposée. Ce qui vient de se passer l'engagera probablement à faire différemment à l'avenir.

Mais enfin l'Académie, sans se préoccuper de ce que fera ou ne fera pas M. Guérin, est mise en demeure de prendre un parti sur le rapport qui lui a été fait. Le corps du rapport ne soulève aucune objection, le résumé scientifique pas d'avantage ; mais pour les conclusions, je pense qu'elles doivent être profondément modifiées. La première doit être écartée ; ce n'est pas à nous, mais au public de déclarer que M. Malgaigne a bien mérité de la pratique. La troisième doit être écartée également, le mémoire de M. Malgaigne ne présente pas un caractère assez purement scientifique pour qu'il doive figurer dans le recueil de nos travaux ; la polémique y occupe trop de place. Enfin, par un sentiment que tout le monde comprendra, j'invite l'Académie à formuler ainsi sa conclusion : Que des remercîments soient adressés à l'auteur ; que son mémoire soit honorablement déposé aux archives ; qu'il soit publié dans le *Bulletin*.

M. Velpeau. Pour suivre une marche régulière, la proposition de M. Bégin aurait peut-être besoin d'être renvoyée à la commission ; mais je crois être son interprète en déclarant qu'elle adhère à cette proposition. Quant à moi personnellement, je n'y mets aucun obstacle.

M Roux.. Je l'accepte aussi.

M. Baudelocque. Et moi de même.

M. Gerdy. Ne procédons pas avec cette vitesse ; les circonstances sont d'une haute gravité. J'admets des complaisances, mais il ne les faut pas exagérées. Sans m'opposer à la proposition de M. Bégin, je demande qu'elle soit déférée à la commission ; que la commission en délibère et se concerte, et que dans l'intérêt même de M. Guérin elle mette plus de solennité dans sa décision. Nous sommes encore, et moi pour mon compte, sous l'influence de l'émotion causée par les dernières paroles de M. Guérin. Je crois plus digne et plus convenable de ne pas nous laisser aller à un mouvement de sensibilité.

M. Nacquart. L'opinion de la commission est connue et exprimée. Rien n'empêche de procéder au vote.

Aux voix ! aux voix !

M. Roux. Je demande qu'on supprime ces mots : « Dépôt aux archives, » qui paraissent une fin de non-recevoir, et quelquefois même une sorte de blâme.

M. Bégin consent à cette suppression.

M. Bégin formule de nouveau sa proposition, ainsi réduite :

Remercîments à l'auteur ;

Insertion de son travail dans le *Bulletin*, à titre de renseignements.

Une discussion des plus animées s'élève sur ces mots : *à titre de renseignements*.

M. Adelon trouve que cette addition est nécessaire, et motivée par le désir qu'a l'Académie de faire connaître tout ce qui se passe dans son sein.

M. Velpeau. Ou ces mots veulent dire quelque chose, ou ils ne signifient rien. Dans ce dernier cas, pourquoi les admettre ? S'ils signifient quelque chose, si c'était par hasard quelque blâme indirect qu'on voudrait infliger à l'auteur du mémoire, la commission refuse alors de s'y associer.

M. Gerdy. M. Velpeau a raison, c'est un blâme indirect et sans franchise que ces mots impliqueraient. (Tumulte.)

M. Paul Dubois. Il est évident que M. Bégin savait ce qu'il faisait en proposant ces mots. Puisqu'il a refusé l'insertion dans les *Mémoires* et qu'il la propose dans le *Bulletin*, il faut bien qu'il y ait un motif à cette différence. Ce motif, c'est que l'Académie ne veut insérer ce mémoire qu'à titre de renseignements, ce qui ne l'engage à rien. (Oui ; non ; l'agitation est à son comble. M. le président fait tous ses efforts pour rétablir le silence, et ne parvient qu'avec peine à déterminer l'Académie à voter sur cet incident.)

Deux épreuves par la main et une épreuve par assis et levé sont déclarées douteuses par le bureau. (Réclamations et signes d'incrédulité.)

Plusieurs membres demandent le scrutin secret.

On y procède par appel nominal.

Les membres qui voudront que l'insertion au Bulletin soit faite à titre de renseignement, écriront *oui*.

Les membres qui voudront la suppression de ces mots, écriront *non*.

Le scrutin secret donne 67 votants :

41 ont dit *non*,
26 ont dit *oui*.

En conséquence, les mots *à titre de renseignement* seront supprimés. (Applaudissements dans les tribunes publiques.)

On remarque que M. Guérin a pris part au vote.

L'Académie vote ensuite sur l'ensemble des conclusions proposées par M. Bégin ; elles sont adoptées à l'unanimité.

Il est six heures, et la séance est levée au milieu de l'agitation la plus vive.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 novembre 1844. — Présidence de M. DUPIN.

MM. A. Becquerel et A. Rodier communiquent des recherches relatives à la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie.

— *M. Raciborski* adresse une note sur la nature des corps jaunes et de leurs rapports avec la fécondation. — La différence qu'on a voulu établir entre les corps jaunes, selon qu'ils provenaient d'une expulsion périodique des ovules ou qu'ils succédaient à la fécondation, ne peut pas être admise chez la plupart des femelles d'animaux. Chez la femme, l'expulsion mensuelle des ovules possède, il est vrai, ses caractères propres qui n'appartiennent qu'à elle, et qui la distinguent facilement des caractères appartenant à la fécondation ; mais il n'en est pas moins vrai que de chaque côté ces caractères se trouvent appuyés sur l'existence d'un même phénomène, à savoir, l'hypertrophie concentrique de la couche granuleuse ; cette hypertrophie ne différant dans les deux cas que par le degré de son activité, l'auteur a pensé qu'au lieu de distinguer les corps jaunes en *vrais* et *faux*, comme on le fait ordinairement, il serait infiniment plus rationnel de les diviser en corps jaunes complets et incomplets, ou arrêtés dans leur développement.

— *M. Natalis-Guillot* adresse une lettre sur la structure intime du foie. Il résulte de ses recherches 1° qu'il n'existe aucune anastomose entre les troncs des vaisseaux des différents ordres ramifiés dans la substance du foie. Ce n'est que par les extrémités de leurs divisions les plus fines que les vaisseaux sanguins de l'organe sécrétant de la bile peuvent communiquer les uns avec les autres ;

2° Que les veines hépatiques se terminent en un nombre infini de canaux de l'ensemble desquels résulte une sorte de houppe de dimensions et d'aspect variables dans les différentes espèces animales. Ces canaux sont irrégulièrement abouchés les uns avec les autres. Les extrémités des veines hépatiques constituent, par les anastomoses mutuelles de ces canaux, un tissu dans lequel les conduits veineux circonscrivent des espaces polygonaux réguliers. C'est autour de ce tissu que sont disposées dans chaque granulation hépatique les divisions ultimes de la veine porte, ainsi que celles de l'artère hépatique et des conduits biliaires.

C'est dans l'épaisseur de ce tissu que se terminent les extrémités de l'artère hépatique et de la veine porte, après s'être comportées de la manière suivante :

3° Les ramifications les plus tenues de l'artère hépatique se divisent avant leur terminaison en un très grand nombre de rameaux à la superficie des canaux biliaires. Elles entourent principalement ceux de ces conduits dont l'exiguité est la plus grande.

4° Les dernières divisions de la veine porte ne parviennent au tissu formé par les veines hépatiques qu'après avoir été en contact avec les conduits biliaires, et avoir parcouru l'épaisseur des amas plus ou moins considérables de ces conduits.

5° Les conduits biliaires que seul il a pu injecter jusqu'à leurs divisions les plus minimes, environnent soit d'un réseau, soit de touffes épaisses, toute la superficie des veines hépatiques, et offrent avec la veine porte les rapports suivants :

Toutes les ramifications ultimes de ces conduits biliaires se répandent sur la superficie de chacun des ramuscules de la veine porte. Le premier ordre de ces vaisseaux environne et couvre le second, autour des divisions duquel il se repand. Ces conduits biliaires, agglomérés à la surface des dernières ramifications de la veine porte, ne se terminent que lorsque cette veine s'abouche dans l'un des points de la circonférence de la houppe formée par les veines hépatiques dans chaque granulation du foyer.

D'après cette disposition, les conduits biliaires concourent à former avec l'artère hépatique un double réseau de conduits disposés tout autour des derniers rameaux de la veine porte.

6° Les vaisseaux biliaires après avoir parcouru en s'étendant en flocons et en rameaux multipliés toute la circonférence des ramuscules les plus fins de la veine porte, se réunissent en canaux d'un volume considérable dont les dispositions offrent des variétés nombreuses.

Tantôt, ces canaux aboutissent à de simples troncs qui conduisent la bile au-delà du foie, tantôt ils se terminent à des espèces de sinus qui environnent chaque granulation hépatique. C'est alors de ces sinus que naissent les conduits excréteurs plus volumineux.

— *M. J. Guérin* met sous les yeux de l'Académie un appareil en baudruche qu'il a imaginé depuis quatre ans, pour réaliser la cicatrisation des plaies par l'occlusion de leurs surfaces et les ramener ainsi aux conditions des plaies sous-cutanées. L'académie pourra ainsi se convaincre, dit-il, qu'il ne s'agit point, comme on l'a dit, de ventouses qui exposent, par une diminution de la pression atmosphérique, à des hémorrhagies et autres inconvénients analogues, mais bien d'une membrane éminemment souple, flexible, qui obéit au contraire à la pression atmosphérique et s'applique, en vertu même de cette pression, sur les surfaces auxquelles elle est destinée à servir de peau artificielle.

Le *Quimpérois* annonce que le typhus désole en ce moment la ville de Saint-Brieuc. Trente élèves du grand séminaire en ont été atteints. L'établissement a été évacué ; il n'y reste plus qu'une vingtaine de malades que leur état n'a pas permis de transporter dans leurs familles.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 23 NOVEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux modes de pansement viennent d'être proposés, l'un par M. Laugier, l'autre par M. Chassaignac. Occupons-nous d'abord du premier. Nous en parlons *de visu*. Quand on dit que « M. Laugier applique une peau de baudruche gommée à la surface des plaies, » on fait preuve de légèreté et d'un certain dédain envers le public, qui a droit de penser qu'on s'est donné la peine d'examiner les choses dont on l'entretient. Si M. Laugier se bornait à appliquer un morceau de peau de *baudruche gommée* sur les plaies, on aurait eu parfaitement raison de dire qu'il n'était pas nécessaire d'inventer le taffetas d'Angleterre. Voici en quoi ce pansement consiste : On déterge doucement la plaie, et on étend à sa surface une couche épaisse d'une forte dissolution de gomme ; sur cette couche on applique un morceau de peau de baudruche, puis on laisse sécher la gomme. On voit, par cette indication, que ce n'est pas comme si l'on appliquait sur la plaie une peau de *baudruche gommée*. Ce que l'on applique sur la plaie, ce n'est pas la baudruche, c'est la gomme, et la baudruche n'est là que comme moyen contentif. Nous ne connaissons pas assez la théorie de M. Laugier sur son pansement, quoiqu'il ait bien voulu nous fournir quelques explications, pour savoir s'il attribue une action spéciale à la gomme, à part la soustraction de la plaie au contact de l'air. Mais, quelle que soit son opinion à cet égard, nous admettrions volontiers une action de ce genre ; il nous semble devoir résulter quelque chose de particulier de l'incorporation du pus à la gomme.

M. Laugier applique ce pansement aux plaies suppurantes et aux ulcères, à l'exception des ulcères diathésiques. Il l'a essayé chez un homme qui, à la suite d'un érysipèle phlegmoneux de tout le membre inférieur gauche, offrait d'énormes dénudations avec des décollements étendus, et se trouvait extrêmement affaibli par la perte, chaque jour répétée, d'une quantité considérable de pus. L'espoir du chirurgien n'était certainement pas d'obtenir en une fois, ni même en quelques fois, la cicatrisation de ces vastes surfaces suppurantes ; mais, du moins, il y avait utilité à fermer une étendue plus ou moins considérable de ces surfaces, et à diminuer en proportion, ce qui eut lieu en effet, les pertes éprouvées par le malade.

Voilà donc et le mode de pansement dans sa simplicité, et l'indication des cas dans lesquels il est appliqué. Parlons maintenant de la marche de la plaie sous la gomme. Ou bien la sécrétion purulente se tarit, et la croûte reste en place laissant apercevoir la plaie qui se dessèche, ou bien le pus continue à être sécrété, et au bout de quelque temps décolle sur un ou plusieurs points la couche de gomme. Dans le premier cas, lorsque la croûte reste en place, et dans le second, lorsqu'elle n'est décollée que sur un point, on la laisse. Si le décollement est très étendu on enlève la couche de gomme et on en applique une autre. Lorsque le dessèchement a eu lieu et que la cicatrisation s'est opérée, on ne s'occupe pas de détacher la croûte, qui tombe d'elle-même par suite des frottements de la partie. On peut cependant en favoriser la chute en la soulevant légèrement avec le doigt. Une des plaies cicatrisées de cette manière nous a montré les bourgeons charnus surpris, pour ainsi dire, par le travail dessiccatif. Il est à penser que par la suite ils se seront affaissés de manière à former une cicatrice unie.

M. Laugier étudie avec soin les effets de ce pansement dans des cas qu'il varie à dessein. Nous n'irons pas plus vite que lui, et nous ne conclurons pas ; mais les faits que nous avons examinés à l'hôpital Beaujon, dans le service de ce chirurgien, son encourageants. Ils nous ont donné assez de confiance dans ce moyen pour que nous l'ayons appliqué nous-même dans une circonstance que nous allons faire connaître.

Un officier d'état-major de la place de Paris tomba de cheval et eut la jambe prise entre l'animal et le pavé. Il résulta de cette violence une forte contusion avec épanchement sanguin au côté externe du libia. La résorption n'ayant pas eu lieu par les moyens ordinaires, on fit une incision qui donna issue au saug épanché, mais la plaie s'ulcéra, moins en raison des mauvaises conditions locales que de l'état général du blessé dont la constitution était affaiblie. Des pansements diversifiés n'amenèrent qu'une cicatrisation imparfaite, chaque fois interrompue par un retour du travail ulcératif. Nous fumes appelé, et ayant constaté, d'une part, que le derme au voisinage de l'ulcération n'avait plus son élasticité et qu'il était insensible, de l'autre, que la partie était très humide, comme auraient dit les anciens, imprégnée de suc séreux et atonique, nous vîmes dans ce cas l'indication de la cautérisation approximative, et nous approchâmes de l'ulcère des charbons ardents dont l'effet fut de déterminer l'issue d'une quantité vraiment considérable de sérosité et la formation de deux petites eschares sur les bords de l'ulcère, dans toute l'étendue où la peau était insensible. De l'avis d'un confrère dont les vues répondaient exactement aux nôtres, le malade fut mis à un régime tonique et au traitement antiscrofuleux (pilules de Blaud ; iodure de potassium ; tisane de houblon).

Sous l'influence de ces moyens la cicatrisation s'opéra ; mais à plusieurs reprises la pellicule fine et rouge qui constituait la cicatrice se déchira, et l'ulcération se reproduisit. Chaque fois que cela arrivait, le sujet était obligé d'interrompre son service, ce qui le contrariait vivement. D'ailleurs, dans son état constitutionnel, le repos ne lui était pas bon. Dernièrement (il y a un mois environ) la cicatrice précaire se rouvrit de nouveau, et c'est alors que nous pensâmes à recouvrir la plaie et la cicatrice d'une couche de gomme, suivant le procédé de M. Laugier. Seulement, comme notre intention était de permettre au malade de vaquer à son service, au lieu d'une couche de gomme nous en appliquâmes trois ; ce qui fit une espèce de cuirasse. La dessiccation eut lieu, et dès le même jour le malade sortit. Depuis ce moment il n'est pas resté un seul jour sans sortir ; il a même monté à cheval, et la croûte, sous laquelle évidemment la plaie est cicatrisée, est restée en place. On pensera peut-être qu'on aurait obtenu le même résultat avec de simples bandelettes agglutinatives ; mais ni le chirurgien, ni le malade, dans le cas dont il s'agit, ne se souciaient de revenir à ce moyen, sous lequel une première fois l'ulcère s'était approfondi, en même temps que la peau du membre, fine et susceptible, s'était couverte d'un eczéma discret qui avait fait craindre la formation de nouvelles ulcérations.

Du reste, M. Laugier a écrit lui-même, dans une lettre à l'Académie des sciences, que l'idée de soustraire les plaies au contact de l'air est fort ancienne, et qu'il n'a de prétentions qu'à l'emploi d'un procédé nouveau préférable dans quelques cas à ceux que la science possède déjà. Aucun chirurgien, en effet, ne pourrait, par une prétention qui accuserait son savoir ou son honnêteté, s'attribuer une idée qui est passée depuis longtemps à l'état d'axiome dans la pratique.

Il serait important de rechercher si l'air agit sur les plaies par ses qualités physiques ou par ses qualités chimiques, ou du moins quelle est la part des unes et des autres dans la fâcheuse influence qu'il exerce sur les plaies. Si nous en croyions les excellents effets de la chaleur appliquée, suivant la méthode de M. Guyot, à la cicatrisation des grandes plaies, effets que nous avons observés dans le beau service de M. Pasquier aux Invalides, et qui ont contribué sans nul doute aux résultats extraordinaires obtenus par ce chirurgien habile (27 succès sur 28 amputations), nous serions porté à admettre que l'air agit sur les plaies en grande partie par sa température.

Il y aurait, pour un chimiste, des recherches intéressantes à faire sur les plaies. Il s'agirait de savoir en quoi l'exhalation d'azote et d'acide carbonique qui a lieu par la peau, est modifiée à la surface d'une plaie suivant que la solution de continuité est laissée en contact avec l'air ou soustraite hermétiquement à son contact.

Arrivons au pansement proposé par M. Chassaignac. Ce chirurgien ayant été chargé dernièrement du service de M. Gerdy, à la Charité, nous avons pu observer sa pratique à ce sujet. Il l'a d'ailleurs fait connaître lui-même dans une lettre à l'Académie des Sciences. Une plaie étant donnée, on la revêt d'une sorte de cuirasse avec le sparadrap découpé en bandelettes qui se recouvrent par imbrication. Un linge fenêtré et cératé recouvre cette espèce de tégument. Un gâteau de charpie, une compresse et une bande, terminent l'appareil. Ce pansement doit rester en place huit ou dix jours. Si la suppuration est trop abondante, on lève l'appareil jusqu'à la cuirasse de sparadrap exclusivement ; on lave cette cuirasse avec un liquide renfermant quelques gouttes d'eau-de-vie ou de jus de citron, et on la soutient, au besoin, de nouvelles bandelettes. On surveille assidument l'état de la plaie par un examen attentif des parties environnantes et des pressions appropriées. Si des accidents inflammatoires menacent de se développer, on fait une application de sangsues. « Le double but du *pansement par occlusion*, dit M. Chassaignac, est donc : 1° de tenir la surface de la plaie constamment recouverte ; 2° d'assurer aux produits de la plaie un libre écoulement. » Mais ces deux buts sont quelque peu antipathiques. Ou la plaie sera parfaitement recouverte, hermétiquement fermée à l'air, et alors ses produits n'auront pas un libre écoulement, ou cet écoulement aura lieu en effet, mais alors l'air sera libre d'entrer là où le pus sera libre de sortir. D'ailleurs, il n'est pas évident que l'on assure un libre écoulement au pus en recouvrant d'une cuirasse la plaie qui le produit.

Nous sommes parfaitement à notre aise pour discuter l'originalité du pansement dont il est question. Les sentiments de M. Chassaignac répondent à son mérite, et voici comment il termine sa lettre à l'Institut : « Je me préoccupe beaucoup moins de la nouveauté du traitement dont il s'agit que de l'avantage qu'il y aurait à généraliser, dans la pratique, l'emploi

---

FEUILLETON.

DE LA PESTE;

PAR M. HAMONT. (Deuxième partie.)

Lorsque, récemment arrivé d'Europe, le voyageur pénètre dans le Delta, deux impressions profondes, mais opposées, surgissent en lui.

Frappé de la fertilité du sol et des moissons très riches qui le couvrent, il ne peut se défendre d'un sentiment d'admiration et de bien-être ; c'est que, dans cet heureux climat, sur cette terre privilégiée, jamais les frimas n'ont forcé la nature à suspendre ses productions.

Le voyageur se plaît sur les bords de ce fleuve que les indigènes qualifient de *sacré*; mais si, écartant ses regards de ce monde de merveilles, il les laisse tomber sur les habitants des campagnes : oh ! alors, les sensations les plus pénibles s'emparent de lui ; son cœur saigne à la vue des êtres qu'il rencontre.

Des femmes maigres, hâlées, portent sur leur figure l'empreinte d'une misère effroyable ; des enfants, bouffis, ballonnés, vous tendent la main pour recevoir une aumône, se vautrent dans des marcs ou extraient de quelque charogne le peu de graisse qu'elle possède pour alimenter une lampe qui brûle dans la hutte de leurs parents.

Là un vieillard décharné s'achemine péniblement vers la mosquée et semble redouter encore le fouet de ses oppresseurs avides.

Je me rappelle les impressions tristes, fâcheuses que reçut votre secrétaire perpétuel, quand, au milieu des campagnes du Delta, il se vit tout à coup enveloppé d'une foule de malheureux qui lui demandaient des remèdes aux maux dont ils étaient accablés.

M. Pariset, comme tous ceux qui ont voulu voir par eux-mêmes, fut étonné de la quantité de malades qu'offre la population des villages.

Palpitations de cœur, déterminées par des travaux forcés, par une nourriture malsaine ; marasme ; ulcères sur les yeux, atrophie de ces organes ; scrofules, lèpre boutonneuse, lèpre blanche ; la teigne, la gale, voilà ce qu'on rencontre partout en Egypte.

La phthisie tuberculeuse des poumons qu'on avait crue rare dans les pays chauds, sévit sur les habitants, mais sur les plus pauvres, ceux qui couchent dans des maisons basses, humides, et dont l'alimentation insufisante est encore de mauvaise nature. Elle est inconnue dans les classes aisées, celle des Turcs, par exemple.

Tandis que la phthisie tuberculeuse s'attache aux populations misérables, les fièvres intermittentes apparaissent, après les grandes inondations surtout, et font annuellement de nombreuses victimes.

Qu'on me permette une légère digression en passant. On a mis en question de savoir si la phthisie tuberculeuse des poumons et la fièvre intermittente pouvaient se montrer simultanément chez un même individu.

Il ne peut y avoir de doute à cet égard ; ce qu'on voit en Egypte le prouve sans réplique.

La fièvre intermittente résulte d'une sorte d'empoisonnement ; la phthisie est une lésion matérielle dont les causes sont tout à fait différentes : ces deux affections ne s'excluent pas.

Vous connaissez, Messieurs, cette maladie chronique nommée cachexie aqueuse, qui attaque les animaux, le mouton principalement, quand on les laisse paître dans des lieux bas, humides ; cette maladie se montre aussi chez l'homme en Egypte. Elle est caractérisée, au dehors, par un gonflement œdémateux des mains, de la figure, par une décoloration de la peau et des membranes muqueuses. Les hommes qui en sont atteints se fatiguent vite, mangent peu, digèrent mal, languissent plus ou moins longtemps et finissent par succomber.

Jamais la cachexie aqueuse ne se montre dans les familles riches.

L'organisme appauvri des Egyptiens laisse percer de toutes parts les désordres, effet de cet appauvrissement. Sur cent *fellahs*, quatre-vingts au moins ont les yeux malades ; et ce n'est point seulement une ophthalmie, une taie qu'on observe, ce sont des ulcères pâles, blafards, des staphylomes, une atrophie du globe de l'œil, des cataractes, un affaissement considérable des organes de la vision, ou bien leur destruction totale.

La diarrhée, la dysenterie sont endémiques en Egypte. Viennent ensuite les affections vermineuses ; la variole, autre maladie très meurtrière, et qui attaque également le chameau. Puis on rencontre l'éléphantiasis des membres, l'éléphantiasis des bourses, deux lésions plus particulières aux jardiniers, aux hommes des cantons humides, et dont la nourriture se compose presque exclusivement de fruits, de légumes crus, aqueux, mucilagineux ; enfin, comme complément de ces misères, la peste.

La peste, inhérente au Delta, s'y trouve toujours ; mais toujours elle n'affecte pas la même forme.

Le plus ordinairement elle est sporadique ; et de dix ans en dix ans, à peu près, elle acquiert un caractère épidémique extrêmement grave.

Dans le premier cas, elle peut demeurer plusieurs mois chez l'homme qu'elle a frappé : c'est alors une peste chronique, dans le second cas elle tue parfois en quelques heures.

A quoi reconnaît-on la peste ? Quels en sont les signes précurseurs, les symptômes caractéristiques ?

De quelque nature que soit le poison qui constitue la peste, il porte évidemment sa première action sur le système nerveux.

L'homme qui va être frappé de peste ressent des maux de tête ; il est pris de vomissements ; sa démarche n'est plus assurée, elle devient chancelante ; le mal de tête augmente ; les yeux du malade sont incertains, louches, oscillants, voilés ou brillants. La langue s'embarrasse ; elle semble épaisse au malade, et sa parole est comme celle d'un homme plongé dans l'ivresse.

L'invasion de ces désordres est presque instantanée ; elle se fait le jour, la nuit, pendant ou après les repas.

Un homme cause avec vous ; il paraît calme ; tout à coup il est pris de vertiges, obligé de s'aliter : la peste s'est emparée de lui.

Des douleurs vives, passagères, lancinantes, se font sentir aux aines et sous les aisselles. Céphalalgie, sentiment de compression à la tête, vomissements, coma, oppression du cœur ; bubons aux aines, sous les aisselles, derrière les oreilles ; pétéchies en plus ou moins grand nombre sur la poitrine et sur l'abdomen ; charbons, plaies hideuses, ulcères fétides sur toutes les parties du corps indistinctement.

Mais tous ces symptômes sont loin de paraître constamment d'une manière uniforme. Des malades meurent de peste sans avoir présenté

d'un moyen qui m'a paru d'une incontestable utilité. »

D'après M. Chassaignac, le *pansement par occlusion* diffère du pansement de Baynton, en ce que celui-là *est appliqué indistinctement à toutes les plaies récentes, même à celles qui s'accompagnent de fractures et d'écrasement.* A ce dernier égard, on peut se demander s'il n'y a pas autre chose à faire qu'à mettre une cuirasse sur une partie écrasée. Quant au premier point, si le pansement par occlusion n'est que le pansement de Baynton appliqué aux plaies récentes, comme le pansement de Baynton dans ce cas n'est que le pansement par première intention, on aura beaucoup de peine à individualiser le pansement par occlusion. Recouvrir une plaie récente de bandelettes agglutinatives, plus ou moins imbriquées, plus ou moins configurées en cuirasse, est-ce faire autre chose qu'une réunion par première intention, selon le procédé universellement employé?

M. Chassaignac, qui a donné une si bonne thèse sur les plaies de tête, aurait pu trouver dans un livre excellent, le *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite* par M. Gama, une note dans laquelle il est question d'un mode de pansement fort analogue au sien, note que le lecteur trouvera ici avec plaisir, malgré sa longueur, et que nous extrayons de la première édition du livre de M. Gama, publiée en 1830, p. 24.

« A l'occasion de l'emploi des moyens chirurgicaux qui ont pour but de maintenir les parties molles rapprochées, et que par cette raison on a appelés bandages unissants, sutures sèches, je crois devoir présenter quelques réflexions. Une cause fréquente de non-succès de ces réunions vient du défaut de longueur des bandelettes agglutinatives dont on se sert communément pour les opérer. Presque toutes ces bandelettes se relâchent et deviennent inutiles quand elles n'ont pas des points d'adhésion éloignés, parce qu'elles sont promptement ramollies par la chaleur des parties, ou parce que l'humidité qui suinte de la plaie les détache; on obvie à cet inconvénient en appliquant *à la tête, par exemple*, des bandelettes assez longues pour en faire deux ou trois fois le tour, et larges d'un pouce environ. Leurs extrémités viennent s'entrecroiser au point opposé à la plaie, sous ou sur le menton, sur le front, à la nuque, sur les tempes, selon la partie du crâne ou de la face qui est le siége de la blessure. Les cheveux, et à leur défaut quelque peu de charpie, placés sur le trajet des artères temporales, empêchent que la constriction n'y soit trop forte ou trop immédiate; ce qui pourrait gêner la circulation et donner lieu soit à des douleurs de tête, soit à la tuméfaction des téguments. Ainsi opérée par des moyens qui ont une action puissante et continue, la réunion est aussi exacte et dure aussi long temps qu'on le désire. On seconde l'effet unissant des bandelettes en même temps qu'on exerce une compression uniforme et modérée à la circonférence de la plaie, en appliquant sur la région de celle-ci et à quelques travers de doigt au delà, une compresse carrée un peu épaisse, imbibée d'eau froide, et en l'assujettissant par des tours de bande dirigés en différents sens, quand rien ne s'y oppose.

» Cet appareil reste placé pendant trois semaines ou un mois, au bout duquel temps le malade se trouve guéri. Pour l'ordinaire, cependant, le lendemain ou le surlendemain, quelquefois le jour même, on enlève la compresse et la bande afin de pratiquer des saignées locales aussi près que possible de la plaie. Dans cette intention même, on a dû ménager des espaces libres entre les bandelettes, et destinés aux applications de sangsues. Dès que les piqûres de ces animaux ont cessé de couler, on réapplique exactement la compresse et la bande, et on a cette précaution chaque fois que l'on revient aux applications sanguines. Il arrive fréquemment que l'on rend les saignées locales permanentes pendant plusieurs jours : dans ce cas les bandelettes restées en place composent seules, provisoirement, tout l'appareil de réunion. »

Ce pansement est encore plus par occlusion que celui de M. Chassaignac, puisqu'on le laisse en place *pendant trois semaines ou un mois, au bout duquel temps le malade se trouve guéri.* Il ne lui manque que d'avoir été baptisé à sa naissance; mais M. Gama, en sa qualité de chirurgien militaire, n'est peut-être pas très catholique.

Examinons maintenant quels sont les cas dans lesquels le pansement par occlusion a été employé par M. Chassaignac. Ces cas sont :

« 1° Des plaies avec fractures comminutives et écrasement de membre ou de fractions de membre; car alors même que l'amputation est regardée comme inévitable, nous laissons la suppuration s'établir sous l'enveloppe emplastique avant d'amputer. On se représente difficilement le degré de bénignité que prennent des lésions traumatiques graves sous l'influence de cette occlusion. »

On verra dans ce qui précède un hommage à la pratique de Larrey, qui faisait, moyennant son appareil inamovible, ce que M. Chassaignac fait avec sa cuirasse de sparadrap, et l'on se rappellera que si des succès semblent légitimer cette méthode, des accidents irrémédiables peuvent se produire sous le bandage.

« 2° Des plaies de tête avec dénudation et fractures du crâne. (*Voir* plus haut, la note du livre de M. Gama.)

» 3° De larges plaies sans fracture, mais avec division des tendons et des aponévroses, soit au pied, soit à la main. »

A cet égard, la pratique de M. Chassaignac est autorisée par les maîtres de l'art (le sens de la phrase fait entendre qu'il s'agit de plaies contuses). Voici, en effet, l'opinion de Boyer: « Quelles que soient les différences qu'offrent les plaies contuses, toutes les fois qu'elles sont simples, et même lorsqu'elles sont compliquées de corps étrangers dont on peut facilement faire l'extraction, *elles doivent être réunies immédiatement*, etc., etc. » (T. I, p. 276.)

« 4° Des panaris de la gaîne des tendons fléchisseurs des doigts après leur ouverture soit spontanée, soit artificielle.

» 5° Des piqûres anatomiques. »

Le pansement par occlusion est, dans ces deux cas, une application de la *compression.*

« 6° Des plaies par morsures de chien ou de cheval. (*Voir* le passage de Boyer, ci-dessus.)

» 7° Des brûlures considérables par le feu ou par des caustiques. »

Voilà environ quinze ans que M. Velpeau emploie le pansement au moyen des bandelettes agglutinatives, dans le traitement des brûlures. L'appareil est levé tous les huit ou dix jours, comme dans le *pansement par occlusion.*

« 8° Des plaies d'amputation et de ligatures d'artères. »

Encore un coup, lorsqu'on applique des bandelettes agglutinatives sur une plaie d'amputation ou de ligature d'artères, en cuirasse ou autrement, on ne fait pas autre chose que la réunion par première intention, ou immédiate. Seulement M. Chassaignac, quand la plaie suppure, n'en persiste pas moins à laisser les bandelettes en place pendant huit ou dix jours, ce qui ne doit pas être toujours possible à cause de la turgescence inflammatoire, ni toujours sans inconvénients à cause des fusées purulentes. Le procédé de M. Chassaignac consisterait donc, dans l'espèce, à persévérer dans la réunion immédiate lorsqu'elle ne réussit pas.

Les avantages et les inconvénients du pansement par occlusion sont, comme on peut le penser maintenant, ceux de la réunion immédiate pour un certain nombre de cas, et ceux des pansements rares pour les autres. Il nous est impossible d'entrer ici dans une discussion relative à ce point de thérapeutique, un des plus importants de la chirurgie. Bornons-nous à dire, touchant la réunion immédiate, qu'on n'a point assez tenu compte du climat dans cette question, et qu'il faut s'en prendre au méridien si celle-ci a été entendue différemment à Paris et à Montpellier.

Résumons-nous; il y aura avantage pour les élèves à étudier le mode adopté par M. Chassaignac pour panser les plaies. Ils apprendront à faire des pansements méthodiques et d'un bel aspect. Mais 1° ce mode de pansement, à part une imbrication plus régulière des bandelettes, est essentiellement le même que celui qui est en usage pour la réunion immédiate; 2° les cas auxquels il s'applique n'ont rien de particulier, comme on peut s'en convaincre par ce qui précède. Quant au pansement de M. Laugier, il est spécial (nous nous sommes déjà expliqué à cet égard), et mérite d'être essayé.

— Un fait curieux d'anatomie pathologique s'est présenté dans le service de M. Jobert (de Lamballe), à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un kyste laiteux que ce chirurgien a enlevé, et dont il a étudié la structure avec le plus grand soin. Ayant injecté les conduits galactophores avec du mercure, il remarqua que la colonne de métal ne pénétrait que dans les gros troncs sans entrer dans les divisions qui venaient aboutir aux parois du kyste. Il se livra alors à un examen de plus en plus attentif et finit par reconnaître que l'orifice de chacun de ces conduits secondaires était garni, à son entrée dans une grosse branche, d'une valvule mobile qui permettait facilement la sortie du lait, mais qui s'opposait invinciblement à sa marche rétrograde. Ces valvules sont très visibles sur la pièce qui a été enlevée par M. Jobert. Elles le sont également sur une autre pièce de même nature qui lui a été fournie par un de ses élèves, et qui a été recueillie à l'hôpital de la Pitié. La connaissance de ces valvules n'est pas seulement un fait important d'anatomie et de physiologie, elle peut servir à expliquer le mécanisme du développement des kystes laiteux et fournir des indications pour le traitement.

Dans son article du *Dictionnaire de médecine* sur les Maladies du sein, qui est un véritable traité, M. Velpeau appelle l'attention sur un genre de tumeurs qu'il nomme *tumeurs butyreuses* ou *caséeuses.* « L'observation m'a montré, dit-il, qu'outre les engorgements laiteux des nourrices, et les kystes formés par la rétention du lait dans l'intérieur de quelques conduits galactophores, il existe aussi des tumeurs solides formées par le lait. » Le cas qu'il rapporte ensuite est très remarquable, tant sous le rapport du volume de la tumeur et de la difficulté du diagnostic, que par la présence d'une matière butyreuse dans des tumeurs qui se développèrent secondairement du côté de l'aisselle et sous la clavicule, et par une circonstance plus importante encore, la repullulation opiniâtre de la tumeur, qui quatre mois après la première opération formait une masse du volume de la tête d'un enfant, bosselée, et très difficile à distinguer d'un encéphaloïde, mais présentant çà et là des pelotons de véritable fromage. L'observation n'était pas terminée au moment de la publication. Mais ce qu'on en sait suffit pour légitimer une assertion capitale de M. Velpeau, que le lait, comme le sang, peut être l'occasion, et, pour ainsi parler, le noyau d'une dégénérescence. Ajoutons que l'examen de cette tumeur par M. Donné ne laissa aucun doute sur la nature de la matière qui en formait la plus grande partie.

Dupuytren avait déjà parlé, dans ses leçons, de kystes laiteux *liquides*, et le *Journal hebdomadaire* de 1829 en contient quelques observations par M. Paillard.

L'année dernière, M. Demarquay présenta à la Société anatomique une tumeur squirrheuse du sein, que nous examinâmes soigneusement, et qui était parcourue de vaisseaux remplis d'une matière caséeuse, dont la connaissance de l'article de M. Velpeau nous servit à déterminer immédiatement la nature. D'autres personnes avaient pensé que cette matière pouvait être du tubercule ramolli.

Ainsi, le lait peut se trouver ou coagulé dans ses vaisseaux, ou à l'état liquide et ayant formé un kyste, espèce de varice ou à l'état solide encore, mais infiltré dans le tissu mammaire et comme incorporé à lui.

On peut rapprocher les kystes laiteux de certaines tumeurs salivaires, entre autres, de la grenouillette. Il est curieux que l'occasion de compléter l'histoire des premiers se soit présentée au chirurgien qui a perfectionné le traitement de cette dernière. M. Jobert ne tardera pas à publier le résultat de ses recherches.

X...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Relevé des pneumonies reçues dans le service pendant les mois de février, mars et avril 1844.

CATÉGORIE DES CAS TRÈS GRAVES.

(Sixième et dernier article.)

Cet article, dont l'insertion a été retardée jusqu'à ce jour par suite de circonstances tout à fait imprévues, sera consacré

---

de bubons; ils ont eu du délire, des charbons et des pétéchies. Chez quelques-uns les bubons n'apparaissent qu'après la mort.

D'autres après de violents maux de tête, accusent une grande faiblesse, ont des évacuations alvines très fréquentes, des pétéchies sur le corps, et succombent en conservant leurs facultés morales.

Ce qu'on rencontre surtout à l'ouverture des cadavres, c'est un sang noir, liquide. Dans le cœur et dans tous les vaisseaux, c'est du sang extravasé, exhalé dans les viscères, hors des viscères; ce sont des points rouges ou noirs, des ecchymoses sur le cœur, sur la face interne de l'estomac, dans les intestins, dans la masse encéphalique, et sur la moelle épinière.

J'ai voulu savoir si le sang et les bubons des pestiférés pouvaient s'inoculer sur des animaux, donner lieu à la peste.

En 1835, au plus fort de l'épidémie, je priai M. Gaëtani-Bey, médecin du vice-roi, de m'envoyer du sang et des bubons. M. Gaëtani ne se fit pas attendre; je reçus un soir ce que je désirais, et sans désemparer j'inoculai sous la peau du col d'un cheval, sang et bubons.

Il y eut bien quelques signes de fièvre; mais ni bubons, ni charbons n'apparurent; la peste ne se montra pas.

Toutefois cette expérience seule ne me paraît pas concluante; il serait bon de la répéter.

Doit-on chercher ailleurs que dans les localités la cause du fléau pestilentiel?

Cette maladie serait elle occasionnée par des influences autres que celles dont nous avons parlé?

Examinons avec attention; de notre examen sortira peut-être quelque vérité.

Procédons par voie d'exclusion.

La misère seule peut-elle déterminer la peste?

L'habitant de la Haute-Egypte est aussi malheureux que celui de la Basse; comme lui il a faim, et cependant la peste ne prend jamais naissance dans la Haute-Egypte.

Faut-il l'attribuer à l'inondation du Nil?

Pas plus qu'à la misère seule. Le Nil croît extraordinairement; il franchit ses limites ordinaires, déborde partout, envahit toute la plaine. Ses eaux restent longtemps sur la terre, et pourtant la peste ne se montre pas toujours à la suite des grandes inondations.

Est-ce donc l'effet du *kamecine* ou vent du sud, cet autre fléau qui pèse sur l'Egypte? On l'a cru. C'est une erreur.

Pendant le règne du *kamecine* le plus intense, point d'apparition de peste, et on n'a pas observé non plus que ce mal augmentât ou diminuât avec l'augmentation ou la diminution du *kamecine.*

Des sépultures trop superficielles, l'abondance des cadavres humains et autres sur le sol, feraient-ils naître la peste?

Je ne sais, peut-être.

Enfin, faut-il, à l'exemple de quelques médecins, faire dériver la peste d'une constitution atmosphérique qu'on désignerait sous le nom de constitution pestilentielle?

L'observation la moins approfondie démontre combien cette opinion est erronée.

La peste est au Caire, dans une maison, dans un quartier. — Les maisons voisines et les quartiers voisins n'ont rien encore.

La peste s'est emparée de la population du Caire, les villages environnants ne l'ont pas vue.

Elle fait chaque jour des victimes dans la ville. — Le Bédouin sous sa tente, dans le désert, à une lieue, à demi-lieue de là, est à l'abri de la peste.

Comment donc supposer une constitution atmosphérique particulière exerçant toute son influence sur une grande ville pendant un, deux, trois mois, et qui épargnerait les villages d'alentour et la tente du Bédouin?

Si cette constitution existait, il faudrait la supposer permanente dans le Delta, agissant continuellement, mais capricieuse, volontaire, se portant aujourd'hui ici, demain là, presque toujours il y a de la peste dans cette province.

Une pareille constitution atmosphérique, si elle pouvait naître, n'aurait-elle donc aucune action ni sur les animaux, ni sur les végétaux? Voici ce qu'on a observé.

Durant l'épidémie de 1834-1835, il n'y eut point d'épizootie particulière en Egypte, et jamais on ne s'est aperçu que la végétation souffrît le moins du monde pendant l'envahissement du pays par la peste.

Il est malheureusement avéré qu'en Egypte il meurt toujours beaucoup de bestiaux, mais cette perte provient de causes très appréciables : c'est un manque de nourriture, un défaut d'hygiène, un travail excessif, le séjour dans l'eau, dans des étables qu'on ne nettoie pas, où la boue, l'urine, les excréments forment une couche épaisse qui sert de litière au bétail.

Je ne crois pas, chez les animaux, au développement spontané de la peste de l'homme, c'est-à-dire à la maladie que tout à l'heure nous avons décrite. Pendant un séjour de quatorze années en Egypte, je n'en ai pas vu d'exemple.

Tout en reconnaissant que la cause première du mal pestilentiel ne soit pas dans l'astmosphère, il est cependant des saisons qui en favorisent ou en retardent le développement.

En 1835, la marche de l'épidémie, au Caire, a été la suivante :

En janvier,	679	morts.
En février,	907	id.
En mars,	3,413	id.
En avril,	17,065	id.
En mai,	10,484	id.
En juin,	1,185	id.

C'est donc en avril et en mai, qu'elle s'est montrée plus meurtrière.

Les temps d'orage n'ont aucune influence sur les épidémies de peste. Le fait suivant le prouve. Le 4 avril 1835 un grand orage éclata sur le Caire sans que la maladie fût modifiée soit, en mal soit en bien.

Une longue expérience démontre qu'en général la peste apparaît au Caire après le solstice d'hiver pour cesser vers la fin du mois de juin; mais il n'en pas été toujours ainsi : la peste semble parfois se jouer de toutes les prévisions humaines.

En 1834, au mois d'août, elle commença à Alexandrie, se développa en septembre et octobre et pendant les mois suivants.

En 1836, elle était épidémique à Damiette dans le mois de juillet.

En 1841, encore au mois de juillet, elle sévissait à Nabaro, ville située au centre du Delta.

(*La suite à un prochain numéro.*)

à l'examen de six cas de pneumonie des plus graves. C'est ici surtout qu'on pourra juger de l'influence des émissions sanguines formulées d'après la méthode de M. Bouillaud, sur la marche et l'heureuse terminaison de la maladie. Je me bornerai, pour aujourd'hui, à donner l'analyse des quatre premières observations, sans oublier toutefois d'en indiquer les particularités les plus saillantes.

Première observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 16. Le nommé Motté (Louis), âgé de quarante-quatre ans, malade depuis quatre jours, entré le 20 mars, sorti le 19 avril. *Diagnostic :* Pleuropneumonie affectant les deux tiers inférieurs du poumon droit, s'étendant en avant avec phénomènes bilieux, au deuxième degré, chez un sujet très chétif.

Le 20 au soir, le malade présenta l'état suivant : Visage jaunâtre, un peu animé aux pommettes. Le pouls à 96-100; passablement développé, eu égard à la constitution du sujet. 32 inspirations par minute. Ce malade accuse une douleur assez vive dans l'hypochondre droit ; un peu de toux avec quelques crachats cendrés sans traces de sang. Résonnance faible dans toute la région sous-claviculaire droite jusqu'au-dessous du mamelon, où l'on constate un bruit de pot fêlé parfaitement caractérisé. Respiration forte et bruyante dans la région sous claviculaire. Matité dans les deux tiers inférieurs du côté droit, où la respiration est nulle ou remplacée çà et là par quelques bulles de râle crépitant. Rien de bien notable du côté gauche de la poitrine. La langue un peu saburrale. Pas de vomissements.

Le 21, ce matin les crachats présentent une teinte rouillée manifeste. Visage anxié, avec teinte jaune s'étendant un peu sur tout le corps. Le pouls à 96-100, passablement développé. Comme la veille, la résonnance faible dans toute la région sous-claviculaire droite. Le tintement de pot fêlé à peine marqué ; un peu de crépitation aux environs du mamelon, mêlée d'un peu de frottement pleural. En arrière, résonnance très faible ou à peu près nulle dans les deux tiers inférieurs du côté droit, avec souffle bronchique bien marqué et retentissement éclatant de la voix. Pouls à 96-100, régulier. Bruits du cœur un peu voilés. — Saignée de 3 palettes, répétée le soir ; vent. scar., 3 pal. ; tisanes pectorales; sirop de thridace ; diète.

Le 22, le malade se sent soulagé. Respiration plus libre ; crachats offrant une très légère teinte rouillée. Chaleur assez modérée avec sueur. Pouls à 88-92, passablement développé. Respiration à 24-28. Résonnance bonne dans la région sous-claviculaire droite jusqu'au niveau du sein. Ni souffle, ni crépitation dans le reste du poumon, où la respiration est pure. En arrière, à droite, persistance d'un souffle bronchique bien distinct vers le bord interne de l'omoplate. — Saign. 3 pal. ; vésic. part. post. droite du thorax ; julep sir. diac., 16 gram. ; diète.

Le 23, un peu d'agitation cette nuit, par suite de la douleur produite par le vésicatoire. Crachats visqueux sans teinte rouillée bien notable. Chaleur modérée et moiteur de la peau. Pouls à 92-96. — Saignée de 3 pal. conditionnelle ; mêmes tisanes ; julep diacodé.

Le 24, la fièvre étant devenue plus forte dans la soirée, la saignée conditionnelle a été pratiquée. Ni douleur, ni gêne notable de la respiration. Chaleur sensiblement normale. Pouls à 72. Le souffle de la partie postérieure a disparu ; il est remplacé par des bordées de râle crépitant. — Un bouillon.

Le 26, il se trouve tout à fait bien. Bon sommeil. La respiration bien libre. Le pouls à 69-72. La résonnance et la respiration tout à fait normales en avant comme en arrière. — 2 bouillons; un potage.

Le 30, il mange une portion. Le mieux se soutient.

Le 15 avril il est à 3 portions, et sort bien rétabli le 19 du même mois.

— Le lecteur aura sans doute été étonné en lisant cette observation, de voir figurer dans la description d'une pneumonie un phénomène qui, suivant les auteurs dont les ouvrages traitent de l'auscultation et de la percussion, n'appartiendrait qu'au troisième degré de la phthisie pulmonaire. Il s'agit ici du tintement de pot fêlé. M. Bouillaud est le seul, en effet, qui ait signalé ce tintement dans quelques cas, assez rares il est vrai, de pneumonie au second degré. Est-ce à la présence des gros tuyaux bronchiques en contact avec la partie du poumon hépatisé ; puis à l'ébranlement communiqué à la colonne d'air que renferment ces mêmes tuyaux, et enfin à la facilité avec laquelle les vibrations sonores sont transmises à travers le poumon qui dans ce cas devient un très bon conducteur du son, qu'il faut attribuer ce phénomène ? je l'ignore. Quelle que soit, du reste, l'explication qu'on en donne, il faut être prévenu, si l'on ne veut commettre de graves erreurs, qu'il peut se produire dans une affection bien différente, la phthisie pulmonaire. Le bruit de pot fêlé était si distinct chez notre malade que je ne poussai pas plus loin l'examen et diagnostiquai aussitôt, j'en conviens, une excavation pulmonaire dans la région du sein droit. D'un autre côté, les rhumes auxquels le malade était sujet tous les hivers, sa constitution délabrée, sa maigreur extrême et la teinte plombée du visage eussent pu certainement en imposer à plus d'un observateur. Mais dès le lendemain, l'apparition du souffle tubaire à la partie postérieure du poumon droit, les crachats franchement pneumoniques et la diminution notable du tintement de pot fêlé venaient jeter le plus grand jour sur le diagnostic. En supposant d'ailleurs qu'il eût existé réellement une excavation tuberculeuse, il est évident que le malade aurait rapidement succombé à un traitement aussi énergique, puisque dans l'espace de moins de trois jours il supporta quatre saignées générales et une application de ventouses scarifiées (en tout 1880 grammes de sang). Sous l'influence de ce traitement ainsi formulé, et malgré toutes les circonstances défavorables d'un cas aussi grave, la résolution de la pneumonie ne se fit pas attendre, et dès le sixième jour la convalescence était déclarée. Mais poursuivons notre marche, et nous allons être témoins de cas beaucoup plus graves et dont la terminaison n'a pas été moins heureuse.

Deuxième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 24. Oseandier (Louis), âgé de dix-huit ans, malade depuis cinq jours ; entré le 4 avril 1844 ; sorti le 25 avril 1844. — Pneumonie superficielle du côté gauche, compliquée d'épanchement pleurétique. Symptômes typhoïdes bien caractérisés avec délire. Cas très grave.

La constitution est peu forte ; son tempérament lymphatico-nerveux. A la visite du soir je constatai l'état suivant : visage animé, dyspnée considérable ; 40 inspirations par minute. Le pouls à 108, passablement développé, plutôt mou que dur. En avant, la résonnance est bonne des deux côtés ; en arrière, à gauche, matité à peu près complète à partir de la fosse sous-épineuse jusqu'en bas ; souffle bronchique double bien marqué principalement vers l'angle inférieur de l'omoplate, où la voix présente un retentissement légèrement saccadé ; pas de crépitation notable ; un peu de frottement pleural dans la région de l'omoplate. Un peu de toux avec quelques crachats visqueux présentant une légère teinte fauve. — Saignée de 3 palettes ; tisanes béchiques.

Le 6, l'agitation a été très grande dans la nuit ; le malade s'est levé et on a été obligé de lui mettre la camisole de force. Ce matin il est immobile dans son lit et ne répond à aucune question. Visage animé, tout couvert de sueur. Respiration à 28 ; pouls à 96-100. Quelques crachats, dont un présente une teinte évidemment rouillée. A peu près même état de la poitrine. Un peu d'épistaxis survient au moment de la visite. Les lèvres sèches ainsi que la langue, qui est rouge et grillée. L'haleine fétide. Gargouillement abondant dans la région iléo-cœcale. Pas de selles. Pas d'éruption. Pendant la visite le malade n'a pas exercé le moindre mouvement. Ses bras, soulevés, retombent comme des masses inertes. — Saignée de 3 palettes ; vent. scar. région sous ombil., 3 pal. ; 2 vésicat. aux mollets ; sol. sir. de gomme, 3 p. ; diète.

Le 7, le malade est encore agité et divague, mais il parle et répond aux questions. Le visage offre un peu de stupeur. On a encore été obligé de lui mettre la camisole. Pouls à 104. Souffle bronchique avec égophonie bien marquée à la partie inférieure du côté gauche. Pas de selles, mais le malade a uriné sous lui. Ventre sans développement notable avec un peu de gargouillement. Langue d'un rouge vif à la pointe, sèche, à demi grillée. — Saignée de 3 pal. ; vésicatoire à la part. post. du thorax ; mêmes tisanes ; diète.

Le 8, il a encore été agité ; il est plus calme depuis trois heures du matin. Il continue à uriner sous lui, mais il n'a pas rendu ses matières fécales. Chaleur modérée. Pouls à 104, flasque, redoublé. Langue desséchée, mais moins rouge. Ventre aplati, sensible à la pression dans le flanc droit. A peine quelques traces de gargouillement. Le visage moins animé. Ni épistaxis, ni céphalalgie. Il répond aux questions qu'on lui adresse. — Mêmes tisanes, julep ; sécher les vésicatoires ; lavement ; diète.

Le 9, le malade dit se trouver mieux. Abattement moins marqué. Il répond exactement aux questions. La nuit a été calme. Pouls à 88-92. Pas de selles. Ventre plus souple, sans gargouillement notable. Pas d'éruption. Il a demandé l'urinal et a uriné facilement. En arrière, à gauche, respiration distincte avec un frottement pleural pendant l'inspiration, sans souffle. — Même prescription que la veille ; diète.

Le 10, il continue à se trouver bien et accuse beaucoup d'appétit. Il a perdu le souvenir de ce qui lui est arrivé dans les premiers jours. Peau de chaleur sensiblement normale. Pouls à 76-88. Respiration tout à fait libre. Langue humide, assez nette. Ventre tout à fait affaissé, sans crépitation, sans gargouillement ; pas de selles. Respiration bien revenue dans tout le côté gauche en arrière. Crachats muqueux, blancs, aérés. Convalescence commençante. — Un bouillon coupé.

Le 11 avril, il continue à bien aller. Pouls à 72. Bon sommeil. — Un bouillon, un potage.

Le 13, il mange une portion.

Il sort le 25 avril, complétement guéri.

Le diagnostic de la double affection pectorale ne présentait pas dans ce cas de très grandes difficultés. Bien que la pneumonie ne fût encore qu'au premier degré, on pouvait cependant invoquer en faveur d'une hépatisation du poumon deux signes qui, par leur réunion, devenaient presque pathognomoniques, je veux parler des crachats rouillés et du souffle bronchique ; mais dès le deuxième jour l'apparition de la voix chevrotante ou égophonique ne laissait plus de doute sur l'existence d'un épanchement pleurétique et vous indiquait par cela même l'origine du souffle tubaire. Ce qui devait surtout éloigner l'idée d'une hépatisation, c'est qu'à mesure que la résorption du liquide s'opérait, et que le souffle allait toujours en s'affaiblissant, le murmure vésiculaire se faisait entendre très distinctement sans mélange de râle crépitant de retour ni autre bruit anormal. La pneumonie, caractérisée d'ailleurs par la nature de l'expectoration, n'était donc réellement qu'au premier degré, et s'il ne fut pas possible de constater la crépitation, c'est que, masquée d'abord par l'épanchement pleurétique, elle se dissipa rapidement sous l'influence des premières saignées.

Quant aux phénomènes typhoïdes qui dans cette circonstance devenaient une complication si grave, ils durent nécessairement fixer l'attention d'une manière toute spéciale. Ici, en effet, se présentait une question assez difficile à résoudre. Il s'agissait de déterminer si ces phénomènes étaient de la nature de ceux que l'on observe dans certaines pneumonies dites adynamiques, et qui presque toujours se dissipent immédiatement après les deux ou trois premières saignées, ou s'ils n'offraient pas plutôt le caractère d'une véritable entéro-mésentérite typhoïde. En admettant cette dernière supposition, il fallait alors considérer la pleuropneumonie comme une affection intercurrente tout à fait étrangère à l'état typhoïde. Il n'est pas rare, en effet, de voir survenir tout à coup à propos d'un refroidissement, par exemple, des pneumonies ou des pleurésies chez des individus qui depuis quelques jours seulement éprouvent tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Les divers signes fournis par l'examen de l'abdomen, tels que le ballonnement, la sensibilité de la région iléo-cœcale avec gargouillement, puis la sécheresse et la rougeur de la langue, la persistance de ces signes à une époque où l'auscultation permettait à peine de découvrir quelques traces de la maladie de poitrine ; enfin l'heureuse influence du traitement local dirigé contre eux, tout porte à croire qu'il existait ici une lésion commençante des plaques de Peyer.

Le délire, il est vrai, ne se manifeste guère que dans la forme ataxique, et coïncide en général avec la période d'ulcération. Quelquefois cependant on le voit apparaître dès le début de la maladie, et si dans le cas qui nous occupe on fait la part de la constitution éminemment nerveuse du sujet et de la gêne de la respiration, on ne devra le considérer que comme un phénomène surajouté et ne se liant pas nécessairement à l'affection typhoïde.

Disons maintenant quelques mots du traitement. Il sera curieux d'en suivre les effets. L'existence de la pleuropneumonie étant bien démontrée, l'indication de la saignée était évidente. Celle-ci fut pratiquée à la visite du soir. Quelques heures après l'agitation devint telle, qu'on fut obligé d'employer la camisole de force. Le lendemain matin le malade était immobile dans son lit, et ne répondait plus à nos questions. Il est plus d'un médecin assurément qui aurait attribué à la saignée cette aggravation des symptômes, et découragé par ce premier résultat, il aurait abandonné les émissions sanguines, afin de recourir à une médication plus ou moins empirique. Pour ceux au contraire qui sont initiés aux principes de la médecine exacte et qui ont été à même d'étudier les effets des saignées insuffisantes, cette marche de la maladie leur eût paru toute naturelle, et loin de faiblir dans l'emploi des émissions sanguines, ils eussent au contraire redoublé d'énergie. Aussi voyons-nous ici M. Bouillaud prescrire une nouvelle saignée du bras et une application de ventouses sur l'abdomen. L'agitation n'en continue pas moins pendant la nuit ; mais la parole est revenu avec un peu d'incohérence dans les idées. Nouvelle saignée du bras, et application d'un vésicatoire à la partie postérieure du dos. Cessation complète du délire, et justesse dans les réponses. Un jour après le pouls tombe à 76, la respiration est tout à fait libre, et le malade accuse beaucoup d'appétit ; on lui accorde un bouillon ; et à partir de ce moment sa convalescence est pleinement confirmée.

On ne saurait nier ici les effets tout-puissants des émissions sanguines, chaque jour on a pu assister à l'amélioration progressive qui s'est manifestée à la suite de chacune d'elle. Et à peine touchions nous à la fin du premier septénaire, qu'il ne restait plus de traces de l'affection de poitrine, et déjà s'était dissipé ce cortége de symptômes si graves qui dans un instant avait mis la vie du malade en péril. C'est à la nouvelle formule des émissions sanguines, dont M. Bouillaud a doté la science, qu'il faut attribuer de pareils résultats, et c'est aussi à elle seule qu'il faut dans ce cas particulier accorder tout l'honneur de cette guérison.

Troisième observation. — Salle Sainte-Madeleine, n° 14 ; Greffin (Catherine), âgée de quarante-trois ans, malade depuis treize jours. Entrée le 24 avril, sortie le 9 juin.

Diagnostic. Pleuropneumonie au deuxième degré au moins, occupant le sommet du poumon gauche. Engouement péripneumonique à la base du droit. Formation de caillots dans les cavités droites. Cas devenu très grave par défaut de traitement.

Le 24, le visage jaunâtre, assez animé aux pommettes, exprime beaucoup d'abattement. Gêne considérable de la respiration. Le pouls à 130, médiocrement développé, un peu mou, régulier. Les bruits du cœur obscurs, voilés, comme mats, sans souffle. Matité dans la fosse sus-épineuse et une partie de la fosse sous-épineuse, avec diminution de la résonnance dans toute l'étendue du même côté. Souffle bronchique dans les fosses sus et sous-épineuses, principalement avec quelques bulles de crépitation. Retentissement éclatant de la voix. Respiration puérile à droite, avec crépitation à la base. Crachats visqueux, d'une teinte de rouille tirant sur le sucre d'orge. — Saignée, 3 palettes.

Le 25, l'expression d'abattement et de prostration est toujours très considérable. Le pouls toujours à 132, peu développé. Même état du cœur et de la poitrine. — Saignée de 3 palettes; vent. scar. rég. post. gauc. du thorax, 3 palettes; tisanes pectorales; julep, Diète.

Le 26, elle se trouve mieux ; elle accuse toujours une douleur de côté. Pouls à 124 ; respiration à 28. Le claquement vasculaire mieux frappé. En arrière à droite, la résonnance est bonne jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, où elle commence à diminuer. A gauche la matité de la fosse sus et sous-épineuse est bien diminuée. La respiration retenue même dans la fosse sus épineuse, sans souffle ; mais celui-ci se distingue pendant les fortes inspirations dans la fosse sous-épineuse, avec mélange de crépitation humide. A partir de là il disparaît jusqu'en bas, où la respiration est pure. — Saignée, 3 palettes ; vésicat. part. postér. gauc. du thorax ; julep. Diète.

Le 27, elle se trouve très bien. Ni dyspnée, ni douleur de côté. Pouls à 108, petit, faible. Claquement valvulaire très distinct. Résonnance et respiration bonnes en avant. Crachats tout à fait blancs. — Tisanes pect. ; julep thridace.

Le 28, le pouls à 108. Du reste, la malade se trouve toujours bien.

Le 29, le pouls monte à 120. Les battements du cœur sont très forts et soulèvent la région épigastrique. La respiration est à 20-24. Les bruits du cœur de nouveau mal frappés. On

entend plutôt un choc qu'un claquement. Au reste, pas de souffle, pas de matité dans la région précordiale. Les poumons recouvrent toujours le cœur. Le souffle de la fosse sous-épineuse a complétement disparu, ainsi que la crépitation. Résonnance à peu près normale dans toute la région de l'omoplate. Plus de crépitation à droite, où le murmure vésiculaire est tout à fait pur ainsi que dans tout le poumon gauche. — Vésicatoire rég. précord.; julep; sirop thridace. Diète.

Le 30, même état du cœur; le pouls à 120, régulier. On lui accorde un bouillon. Le pouls reste fréquent jusqu'au 4 mai, époque où il tombe à 92. Les bruits du cœur commencent alors à se dégager. La température abdominale est à 36 1/2, Depuis deux jours, la malade prend deux bouillons et un potage. Du reste, elle ne se plaint d'aucune douleur.

Le 7 mai, le pouls est à 72; les bruits du cœur sont clairs et distincts; la respiration tout à fait libre; la résonnance bonne dans toute la poitrine; le murmure vésiculaire bien pur.

Le 11, elle mange une portion; et le 29, la guérison est confirmée.

— Parmi les dix-neuf cas de pneumonie dont j'ai entretenu jusqu'à présent le lecteur, en voilà déjà deux qui ont présenté des complications du côté du cœur. Si l'on veut se reporter au numéro du 12 septembre dernier, on y trouvera, en effet, une observation de pleuropneumonie du côté gauche avec réaction sur le cœur. La comparaison de ces deux cas entre eux offre quelque chose d'instructif. Ainsi, dans la première observation, les deux bruits du cœur sont très sourds et accompagnés d'un souffle râpeux, phénomènes qui se modifient rapidement sous l'influence de la première saignée. Ici la lésion consiste en une simple inflammation de l'endocarde, avec léger boursouflement de cette membrane dans les points où elle recouvre les valvules. Le développement et la force du pouls annoncent, du reste, le libre cours du sang à travers les orifices. Dans la seconde observation, au contraire, le pouls est faible et petit; les bruits du cœur complétement étouffés, principalement vers la partie moyenne du sternum; l'anxiété est extrême, et la dyspnée considérable. A cet ensemble de symptômes, et surtout aux caractères fournis par le pouls, M. Bouillaud diagnostiqua un commencement de formation de caillots dans les cavités droites; et pourquoi *un commencement?* C'est que, règle générale, lorsque les orifices du cœur sont obstrués par des concrétions sanguines complétement organisées, non-seulement le pouls est d'une faiblesse et d'une petitesse extrême, mais il présente encore des irrégularités et de nombreuses intermittences. On voit, d'après cela, jusqu'où peut aller le diagnostic des maladies du cœur. Mais abandonnons ce parallèle pour revenir à notre malade.

Si, d'une part, l'on considère que chez cette malheureuse femme la pneumonie avait débuté treize jours avant son entrée à l'hôpital sans qu'on lui eût opposé aucun traitement tant soit peu énergique, que, de l'autre, la présence de caillots sanguins dans les cavités du cœur pouvait en pareille circonstance déterminer l'asphyxie et promptement la mort, on comprendra sans peine tout ce qu'il pouvait y avoir de grave dans un semblable cas. D'un autre côté, la constitution si chétive du sujet, et le degré avancé de la pneumonie, étaient autant d'obstacles à l'emploi d'émissions sanguines suffisantes, et il était à craindre que la maladie ne fût réfractaire à cette nouvelle formule. Voyons cependant les résultats. Quatre saignées, dont une locale et trois générales, furent pratiquées dans l'espace de trente-six heures. Elles furent bien supportées; l'application d'un vésicatoire dans la région de l'omoplate vint en seconder les effets, et, chose remarquable, dès le sixième jour la résolution de la pneumonie était complète: de sorte que la convalescence ne se fit guère plus attendre que dans un cas de moyenne gravité. La fréquence du pouls persista, il est vrai, jusqu'au dixième jour, ce qu'il faut attribuer à une légère recrudescence qui survint du côté du cœur.

Cette complication de l'endocardite dans la pneumonie cessera-t-elle enfin d'être considérée comme une chimère, et faudra-t-il toujours attendre qu'elle ait produit des désordres irrémédiables dans l'intérieur du cœur, et compromis la vie de leurs malades, pour que certains médecins de nos jours apprécient bien toute la gravité de cette affection et s'appliquent à en étudier les principaux symptômes?

— La quatrième observation dont il me reste à parler est celle d'un jeune homme âgé de vingt-six ans, qui fut couché au n° 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Il était convalescent d'une fièvre typhoïde à la seconde période, pour laquelle il fut saigné quatre fois. Il mangeait déjà deux portions quand il contracta, par suite d'un refroidissement, une pneumonie du côté droit du premier au deuxième degré. Ce cas était un des plus graves et des plus embarrassants. L'économie, déjà affaiblie par le traitement antérieur, était peu disposée à subir de nouvelles pertes de sang. On débuta cependant par les émissions sanguines, et le malade fut saigné trois fois sans qu'il survînt le moindre accident. On enleva dans l'espace de vingt-quatre heures, tant par la lancette que par les ventouses, près de deux livres et demie de sang. Deux vésicatoires furent successivement appliqués à la partie postérieure du thorax. Les signes de la résolution devinrent chaque jour de plus en plus manifestes, et le malade sortit complétement rétabli après deux mois et demi environ de séjour à l'hôpital. — De pareils faits donnent assurément beaucoup à réfléchir.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Correspondance.

Paris, le 21 novembre 1844.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré dans votre numéro du mardi 19 courant de la *Gazette des Hôpitaux*, une lettre du propriétaire de la source d'eau sulfureuse de la rue de Vendôme, n° 2, au sujet de l'opinion que j'avais émise dans le sein de l'Académie de médecine, sur la valeur probable de cette source par rapport à la thérapeutique: cette question ayant quelque importance, puisqu'elle touche à l'hygiène publique, permettez-moi de faire quelques mots de réponse.

Il y a deux choses distinctes dans la lettre susdite: les intentions et les faits.

Pour ce qui touche aux intentions, je dirai, pour me servir des expressions de l'auteur de la lettre, que « compris dans la catégorie du » public, des médecins et des chimistes, exempt de tout intérêt dans » des établissements d'eaux minérales naturelles et factices, » mon intention a été simplement, en prenant la parole dans cette circonstance, d'apporter avec conscience dans la discussion ouverte au sein de l'Académie, le faible tribut scientifique de mon opinion personnelle, n'ayant absolument en vue que l'intérêt public; tout disposé à croire, d'ailleurs, que le propriétaire de la source, en demandant l'autorisation de l'exploiter, n'a voulu, comme il l'affirme, que le bien des pauvres et la réalisation d'un projet de spéculation au bénéfice de l'humanité.

Quant aux faits, ils restent ce qu'ils sont, et les assertions de l'auteur de la lettre n'y ont rien changé et ne peuvent y rien changer; car *rien n'est brutal comme un fait*, ainsi que chacun sait. J'ai dit que dans la rue de Vendôme, n° 12, il existe une fosse d'aisance sous laquelle, à une faible profondeur dans la terre, on trouve de l'eau sulfureuse; c'est un fait incontestable. J'ai dit qu'une eau minérale qui serait exploitée dans ces conditions ne présenterait pas toutes les garanties de pureté désirables pour son application thérapeutique. Qui pourrait raisonnablement le nier? J'ai induit de cette observation toute locale, la probabilité que l'eau minérale sulfureuse trouvée à quelques portes de distance dans la même rue, ne présenterait pas plus de garanties dans son emploi, et à ce titre *j'ai appuyé les conclusions de la commission*, conclusions défavorables à la demande de M. Lacarrière d'exploiter cette source. En agissant ainsi, j'ai accompli un devoir de conviction que toute personne désintéressée ne peut manquer de comprendre. Quand l'autorité supérieure consulte un corps savant, comme l'Académie royale de médecine, sur une question qui intéresse la santé publique, chacun de ses membres doit le tribut de ses lumières dans la discussion, et il est à remarquer que dans celle-ci personne n'a élevé la voix pour combattre le rapport de la commission, qui a été adopté sans contestation.

Je n'ai point été inexact dans mes assertions; on peut, je le répète, en forant le plancher en beton d'une fosse d'aisance sise rue de Vendôme, n° 12, à une profondeur de 40 à 50 centimètres au dessous, faire jaillir de l'eau sulfureuse. Est-ce à dire que cette eau soit la même que celle découverte quelques maisons plus loin (au n° 2 même rue) et à une profondeur de 4 mètres 75 centimètres plus bas? Je n'oserais l'affirmer; mais il est essentiel de remarquer, qu'à cette profondeur même, la commission de l'Académie a constaté des infiltrations importantes; *dans un point même*, dit M. le rapporteur, *on peut y reconnaître un écoulement d'eau étrangère de la grosseur du bras d'un enfant.*

Le fait capital qui m'a le plus frappé dans l'analyse chimique présentée par la commission académique, de l'eau sulfureuse de M. Lacarrière, est la présence d'une quantité notable d'hydrosulfate d'ammoniaque, produit constant du liquide des fosses d'aisances, et qu'on n'a point encore rencontré dans les eaux sulfureuses naturelles: « Cette » eau soumise à la distillation, dit M. le rapporteur de la commission, » laissait dégager avec de l'acide carbonique, une certaine quantité » d'*acide hydrosulfurique mêlé d'ammoniaque;* enfin, dans le résidu » salin de l'évaporation de cette eau, on reconnaissait, au moyen de la » potasse pure, *une quantité considérable d'ammoniaque.* » (Bulletin de l'Académie, tome X, page 157.)

Je terminerai donc, monsieur le Rédacteur, par quelques réflexions fort justes de votre savant collaborateur M. Jean Raimond: « L'Aca- » démie doit être louée de sa prudence; les eaux de la rue de Vendô- » me n'ayant pas pu être puisées encore dans leur état de pureté, la » présence de matières ammoniacales étant un grave indice de quelque » mélange ignoble, l'Académie a bien fait de conseiller, quant à » présent, ce qui n'engage pas l'avenir, le rejet de l'autorisation de- » mandée. »

J'ai l'honneur, etc. CAVENTOU.

Monsieur et très honoré confrère,

Quelques personnes ayant cru pouvoir augurer du retard que j'ai mis à publier l'ouvrage que j'ai annoncé il y a quelques mois sur *les Médecins de Paris jugés par leurs œuvres,* qu'il ne paraîtrait pas; je vous prie de me permettre de me servir de la voie de votre journal pour annoncer que non-seulement l'ouvrage paraîtra, mais encore qu'il est entièrement imprimé, et qu'il sera mis en vente le 1er décembre. Le retard d'un mois, apporté à sa publication, vient de ce que, voulant qu'indépendamment de plus de 400 notices scientifico morales détaillées qu'il contient sur les médecins les plus connus, il pût tenir en même temps lieu de tout annuaire, j'ai attendu que les mutations de toute nature qui ont eu lieu depuis deux ans, et qui sont pressenties pour 1845, me fussent connues. Je ferai d'ailleurs paraître le 1er février, pour être donné aux personnes qui auront l'ouvrage, un supplément destiné à réparer les omissions et à rectifier les erreurs qui me seront signalées.

Agréez, etc., Le Dr SACHAILE DE LA BARRE,
20 novembre 1844. rue Saint-Thomas-du-Louvre, 24.

NOUVELLES.

— Les inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris au 15 novembre courant s'élevaient au nombre total de 800. L'année dernière, à pareil jour, le chiffre était de 749; ce qui donne une augmentation, pour l'année 1844-1845, de 51 inscriptions.

Dans le nombre de 800 inscriptions, il y en a 251 nouvelles, qui se répartissent de la manière suivante:

Elèves commençant l'étude de la médecine, 199; élèves venant des diverses écoles préparatoires, 43; élèves venant des autres Facultés, 6.

— La ville de Paris va construire un vaste hôpital, l'hôpital Louis-Philippe, sur la rive droite de la Seine. Le lieu est désigné: on a choisi les terrains situés à l'extrémité nord des rues du Faubourg-Saint-Denis et Saint-Martin, près du débarcadère du chemin de fer de Belgique.

— M. Béchard, (médaille d'honneur 1843), mérite l'attention pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégants et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont renfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 26 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 138. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Suite du discours d'ouverture. (Deuxième leçon.)

Des accidents consécutifs des opérations chirurgicales.

Dans notre dernière leçon nous avons commencé l'exposition des causes prédisposantes aux accidents consécutifs des opérations ; nous avons parlé avec quelques détails de l'influence qu'y exerce l'état moral des malades, la nature ou degré de gravité des opérations elles-mêmes, et enfin les circonstances particulières dans lesquelles celles ci ont lieu et la manière dont elles sont exécutées. En continuant l'énumération et le développement de ces causes nous avons à parler maintenant des dispositions individuelles des malades qui doivent être opérés.

Il est impossible de s'exprimer avec précision et netteté sur ce sujet. On sait bien en général que les dispositions individuelles sont très variables, que chaque malade est dans des conditions particulières, et que toutes les fois qu'un accident arrive à la suite d'une opération qu'on ne peut pas expliquer par une cause extérieure appréciable, on est forcé de remonter par voie d'exclusion à une cause inhérente à l'individu opéré, et reconnaître une disposition idiosyncrasique qui puisse vous donner une explication quelconque. Vous voyez qu'à cet égard on est un peu dans le vague, mais on ne peut pas nier au fond la réalité de l'influence dont nous parlons. Aussi, soit pour cette cause, soit pour tout autre, il en résulte qu'il n'y a pas, pour ainsi dire, un seul acte chirurgical, quelle que soit sa simplicité et son innocuité apparente, qui procure un succès constant ; toujours les revers sont à côté des succès, et il y a entre ceux-ci et ceux-là des rapports si intimes, je dirai presque si constants, que des statistiques ont eu lieu, et des espèces d'équations à l'aide desquelles on sait avec une certaine précision combien de fois sur un nombre donné d'opérations de tel genre on réussira et combien on échouera.

Ainsi l'opération de la cataracte par extraction, selon les relevés que nous avons faits d'après un nombre de faits très considérable donnera 7 1/2 à 8 succès sur 10, avec certaines modifications qu'il serait trop long ici de faire connaître et que, du reste, j'ai présentées l'année dernière dans des leçons spéciales sur ce sujet. Donc, il faut bien tenir compte des dispositions individuelles dans l'appréciation des accidents consécutifs aux opérations.

A l'égard des opérations qui peuvent être répétées plusieurs fois sur le même organe et dans la même région, il faut admettre que ces parties contractent, pour ainsi dire, une certaine aptitude à subir ces opérations avec succès, de sorte que le premier succès semblerait en appeler d'autres, et du moment qu'une opération a réussi la première fois, il y a une raison pour croire qu'elle doit réussir de nouveau.

J'ai vu cela, par exemple, pour la taille. Un individu taillé heureusement une fois, est dans des conditions plus favorables pour être taillé une seconde fois ; c'est un fait connu et admis par tous les chirurgiens qui ont de l'expérience dans cette matière. D'abord le moral d'un opéré qui est sorti heureusement de la première opération est bien mieux préparé pour la seconde ; peut-être aussi l'opération première a produit des modifications, des changements dans les parties qui les rendent moins susceptibles d'accidents ; le tissu cellulaire est plus condensé, épaissi, les vaisseaux modifiés de manière à être moins exposés aux hémorrhagies, etc. Ce sont là des hypothèses, mais qui ne sont pas dénuées de fondement. J'ai taillé des individus deux et trois fois avec succès, entre autres une personne qui était à la tête d'un grand établissement métallurgique, que j'ai opérée trois fois; la dernière fois elle me fit appeler pour aller l'opérer en province, au moment où je me disposais à partir pour les eaux de Spa. J'y allai, je la taillai sans beaucoup de préparatifs, et comme si je lui eusse fait une saignée, et l'opération réussit parfaitement, comme les deux autres. On citait dans le temps ce qui arriva au père de M. Grangeret, coutelier, qui avait subi sept fois la taille, en passant par les mains de plusieurs chirurgiens : le frère Côme l'avait opéré, Deschamps, Boyer l'opérèrent à leur tour plusieurs fois, de sorte que chez lui l'opération de la taille était devenue un véritable amusement. On peut dire la même chose de l'opération de la cataracte par abaissement, et c'est là, il faut en convenir, un des principaux avantages de cette méthode. Il est donc prouvé qu'indépendamment des dispositions individuelles des malades, il faut admettre certaines modifications locales, physiques, naturelles que les organes éprouvent à la suite d'une première opération, et qui les rendent plus aptes à en subir de nouvelles avec plus de probabilité de succès.

Viennent ensuite certaines constitutions épidémiques. — En général, il faut retenir qu'il y a bien peu de causes épidémiques capables d'agir sur les sujets soumis à des opérations graves. Par un véritablement heureux privilége ils échappent en général à l'influence de ces causes. Il y a pourtant quelques causes particulières de ce genre dont l'influence ne peut pas être contestée, et qui souvent entraînent des suites fâcheuses à nos opérations chirurgicales; telle est, par exemple, l'épidémie d'érysipèle. Cela s'observe très souvent dans nos hôpitaux ; vous n'êtes pas certainement sans l'avoir vu. Dans cette circonstance toute opération, la plus petite, est exposée à être envahie par l'érysipèle, qui quelquefois se complique d'une manière très grave. Il ne faut pas croire, pourtant, que quand cette épidémie domine, tous les hôpitaux et tous les services de chirurgie en soient envahis; non, on voit seulement tantôt celui-ci, tantôt celui-là. L'épidémie par conséquent n'est pas générale ; et peu à peu sans savoir ni comment, ni pourquoi, on la voit disparaître.

Une autre cause épidémique particulière et propre aux plaies, est la pourriture d'hôpital. Vous en entendez souvent parler dans les ouvrages classiques de pathologie ; mais heureusement cette triste complication des plaies devient de plus en plus rare par les réformes hygiéniques introduites dans les hôpitaux ; cela est si vrai, qu'il y a plus d'un jeune chirurgien très instruit, et habile, du reste, qui n'a pas eu encore l'occasion de l'observer dans toute sa pureté et avec ses véritables caractères. Puisque je suis sur ce sujet, je vous dirai qu'alors qu'elle sévissait dans nos hôpitaux, elle appartenait plutôt aux plaies accidentelles, aux plaies chroniques, telles que les vieux ulcères, et autres solutions de continuité anciennes, et se manifestait plus rarement sur les plaies résultant de nos opérations. Cet accident, comme du reste le mot même l'indique, était une complication des plaies qu'on traitait dans les hôpitaux plutôt que chez les malades de la ville. Ainsi il a fallu des circonstances aussi extraordinaires et malheureuses que celles de 1814 et 1815, lorsque nos hôpitaux étaient encombrés de blessés de toute espèce, pour voir cet accident se propager aussi dans les maisons particulières, où du reste il n'a jamais présenté le degré de gravité qu'il présentait dans les établissements publics.

Parmi toutes ces causes, il faut dire qu'il y en a qui appartiennent exclusivement aux grands établissements, et d'autres qui sont communes aussi aux malades de la ville. Malgré tous les efforts qu'on a faits, et qu'on peut faire par la suite pour assainir les hôpitaux, il n'est pas possible de les préserver entièrement de l'influence de certaines causes extérieures, et par conséquent de certains accidents consécutifs des maladies. Ainsi, quelsque soient l'exactitude et le zèle qu'on veuille supposer dans les élèves attachés au service des malades, il est difficile que les pansements soient faits avec le même soin qu'on les fait en ville ; la propreté d'ailleurs sera difficilement la même. L'air des hôpitaux ne peut jamais être aussi pur, etc., etc. En voilà bien assez pour expliquer le triste privilége qu'ont les établissements publics des malades de ressentir les effets de cestaines causes, surtout des épidémies, de préférence aux maisons particulières.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Dénoûment du drame. — La cour d'assises, la Convention et l'Académie. — Incidents. — Aphorismes. — Le médecin praticien et le médecin savant. — Hématologie moderne. — Objections. — Les malheurs de M. le doyen à la correctionnelle. — Un médecin complaisant. — Un charlatan lubrique. — Boîte aux lettres.

Il est donc fini, ce drame si infiniment long et qui, sans respect pour les lois aristotéliques, a fait mépris de l'unité de temps et de l'unité de lieu ; qui, commencé dans la presse, incidenté devant les tribunaux, vient d'avoir son dénoûment devant l'Académie de médecine. En vérité, j'en suis bien aise et il était grand temps. N'attendez pas de moi que, critique sans entrailles, j'aille accabler un combattant vaincu ; non, et le pouvant volontiers, je répandrais l'huile et le vin sur ses blessures. Mais je ne puis m'empêcher de dire un dernier mot, au moins sous le point de vue pittoresque et dramatique de cette séance de mardi, séance solennelle et orageuse, qui reportait l'esprit tantôt dans l'enceinte d'une cour d'assises, tantôt vers quelque scène saisissante de la fougueuse Convention. Dans quelques moments, en effet, on se serait cru transporté au Palais de Justice ; rien n'y manquait que les robes. Vous aviez l'accusé ému, embarrassé, dans une défense évidemment impossible et appelant sur lui l'indulgence du jury dans une péroraison touchante ; un accusateur public impassible, répliquant avec une énergie inexorable ; un avocat d'office qui, ne pouvant mieux faire, plaide la *circonstance atténuante* ; un jugement enfin rendu dans toutes les formes et avec tout l'appareil de la justice. Dans d'autres moments, c'étaient les cris et les emportements de la *Montagne*, les colères et les trépignements des tribunes terminés par ce terrible scrutin secret par *oui* et par *non*, au bout duquel invariablement une tête roulait... Heureusement, à l'Académie, qu'elle tienne un semblant de lit de justice, ou qu'elle prenne les allures d'une Convention au petit pied, jamais mort d'homme ne s'ensuit. Que dis-je, et que parlais-je tout à l'heure de blessures ? La myotomie est invulnérable, même au tendon d'Achille ; lisez, pour vous en convaincre, son article de samedi dernier, cet article qui a scandalisé les moins sustères, qui a fait gémir les plus fidèles, et dont l'épigraphe si digne, si convenable et si bien en situation est empruntée à ce vers de Lamartine :

Faut-il gémir, faut-il chanter ?

Pour votre édification je n'en citerai qu'une phrase, mais elle en vaut mille, et je déclare, c'est nécessaire, que je ne l'ai pas écrite sous l'improvisation de quelque bateleur de foire, de quelque charlatan de carrefour venant de la Perse ou de la cour du Grand-Mogol, je l'extrais textuellement de la *Gazette médicale* du 23 septembre dernier :

« Qu'ils nous envoient (les adversaires) des abcès par congestion,
» des hydarthroses, des cals vicieux chez les enfants rachitiques, des
» hernies réductibles, voire même des hernies étranglées, des empyè-
» mes purulents, des strabismes trop ou trop peu redressés, et toutes
» les difformités musculaires DEPUIS LA TÊTE JUSQU'AUX PIEDS... et alors
» ils pourront parler. »

Que manque-t-il à cela, lecteur, pour compléter la couleur locale ?... un habit rouge, une clarinette et le bôund, bôund de la grosse caisse.

Du reste, les incidents du vote de mardi dernier étaient après tout fort amusants. Cette insistance maladroite pour des expressions auxquelles celui qui les avait proposées n'avait évidemment voulu donner aucune signification, ce qu'il a bien prouvé par son vote, qui a été, dit-on, négatif; ce pauvre bureau écarquillant ses yeux qui ne voulaient point voir une majorité non douteuse ; un membre, et des plus austères, levant les deux mains pour plus de sûreté ; la contenance tant soit peu honteuse de quelques votants par assis et levé ; le scrutin secret demandé par vocifération; M. Husson et ses lunettes vérifiant les bulletins lus par M. le président ; la joie des uns, la stupeur des autres, l'attention de tous ; et par dessus tout, chose phénoménale et inouïe, 67 membres présents à six heures du soir, voilà tout ce qui rendra cette séance mémorable entre toutes, et ce qui, sur des proportions réduites, a donné à cette scène l'éclat, l'animation et le dramatique des scènes les plus orageuses du Palais-Bourbon.

Tout ceci, chers confrères, m'a donné, ou plutôt m'a rappelé une idée que j'eus dans ma jeunesse, et dont tous les jours je sens de plus en plus la justesse et l'à-propos. Je vais la formuler en axiome, de telle sorte que vous puissiez en garder le souvenir aussi bien que de l'aphorisme d'Hippocrate : *Ars longa, vita brevis*, etc. :

« Dans le chemin de la vie, il faut presque toujours marcher sur la
» pointe du pied.

» N'embouchez pas trop ta trompette du succès; mettez au contraire
» souvent une sourdine à votre voix.

» Si vous avez quelque chose à dire à vos voisins, ne leur parlez
» pas par la fenêtre, de crainte des passants. »

Pour si peu que vous vouliez en faire les frais, je m'engage à écrire trois volumes sur ces trois propositions de philosophie qui peut vous paraître transcendante, mais qui est éminemment pratique, et surtout d'une application actuelle évidente et palpable.

— De même qu'à chaque climat convient son vêtement et son alimentation ; ainsi, à chaque compagnie savante, faut-il savoir présenter des travaux assimilables pour ses forces digestives. Ce qui convient à l'Académie de médecine est peu de mise à l'Académie des sciences, *et vice versâ*. A cette dernière, le médecin purement *praticien*, le médecin à remèdes, jouit d'infiniment peu de succès. Ce qu'elle choie, ce qu'elle honore, ce qu'elle récompense par les prix Montyon et par le fauteuil vacant, c'est ce qu'on désigne dans ce lieu sous le nom de médecin *savant*. Plusieurs conditions sont nécessaires pour mériter définitivement ce titre. D'abord, le médecin savant doit être né dans une cornue, ou tout au moins dans une cucurbite ; c'est-à dire qu'il doit prouver au moins trois ou quatre quartiers de noblesse chimique ou physique. Ses premières années doivent s'être écoulées dans un bain-marie ; son intelligence adolescente doit avoir été étouffée sous la machine pneumatique ; ses yeux doivent avoir perdu leur éclat et leur bonté au contact du microscope ; là où le praticien dit fièvre, phlegmasie, cachexie, le savant doit dire globules, fibrine, albumine. L'homme tout entier, ses phénomènes vitaux comme ses symptômes pathologiques, il doit les trouver au fond de son creuset, et la maladie n'est réelle et palpable qu'autant qu'il la présente dans un verre à réactifs. Je ne m'en offusque pas ; seulement je constate ce qu'on est convenu d'appeler le mouvement scientifique du moment, se traduisant par des communications plus ou moins hérissées d'analyse chimique que tous les lundis on entend à l'Institut.

C'est au sang surtout qu'à cette heure en veulent nos savants; aussi avons-nous eu, cette semaine, deux communications sur ce sujet à l'Institut, l'une de MM. Andral et Gavarret, l'autre de MM. Becquerel et Rodier. Ces travaux fort estimables assurément, et dont je n'ai garde de mal penser, ont-ils cependant toute la portée, toute la valeur, toute l'utilité que généralement on leur attribue? Je me permets d'élever un doute sur ce point, et je me fonde,

1° Sur ce que l'analyse complète, exacte, de *tous* les principes contenus dans le sang n'est pas encore faite ;

2° Sur ce que la quantité *normale* de ces principes divers n'est pas connue ;

3° Sur ce que la normalité de cette quantité doit varier selon l'âge, le sexe, l'alimentation, le tempérament, peut-être le climat, probablement les races, et selon beaucoup d'autres circonstances qui n'ont pu encore être suffisamment appréciées ;

4° Sur ce que les moyennes établies jusqu'ici l'ont été sur des chiffres trop faibles pour être concluantes ;

5° Sur ce que ces moyennes varient déjà chez tous les expérimentateurs, les moyennes de M. Andral ne sont pas celles de M. Becquerel, etc. ;

6° Sur ce que ces moyennes n'étant pas établies bien rigoureusement pour l'état normal, est difficile de préciser quelque chose pour l'état pathologique ;

7° Enfin, car je ne veux pas vider mon sac, et je garde en réserve une autre demi-douzaine d'objections pour un autre lieu et des cir-

Que dirai-je maintenant des influences atmosphériques ? L'air qui nous entoure agit sur nous et sur nos organes d'une manière différente, selon son état particulier. Il est bien sûr que s'il n'est pas souvent renouvelé, il ne produit pas d'aussi bons effets, et peut même exercer une influence fâcheuse. Pourtant il est, à notre avis, impossible de bien calculer l'influence sur cette cause de l'organisme vivant.

Vous savez qu'aujourd'hui on fait jouer un grand rôle à l'action de l'air dans la production ou l'aggravation de certaines maladies ou accidents, tels que les phlébites, l'introduction de l'air dans les veines. Nous parlerons de tout cela plus tard. C'est un sujet de grande méditation que l'étude de la manière dont se comportent certaines causes, surtout l'air dans ces tristes circonstances : c'est un très beau sujet d'étude que celui de connaître les rapports qui lient ensemble certains effets bien connus, avec leurs causes encore bien obscures.

Par rapport à l'air atmosphérique, il y aussi à calculer les simples changements de température, le chaud et le froid. Par exemple, il y a un accident peut-être plus fréquent dans les plaies accidentelles que dans les artificielles ; je veux parler du tétanos. Heureusement il est rare ; mais lorsqu'on l'a observé, soit et plus souvent dans les plaies accidentelles faites par instruments piquants ou déchirants, ou par la morsure d'un animal venimeux ; soit dans les plaies artificielles de certaines régions, on a vu manifestement l'influence du froid de l'atmosphère. Une fois j'ai été assez heureux pour pouvoir guérir cet accident ; ce qui par malheur arrive très rarement. J'avais opéré une jeune fille, à la main, pour lui redresser des doigts qui étaient fléchis d'une manière anormale ; la malade était placée dans un lit près d'une croisée qui resta ouverte, il paraît, pendant la nuit ; elle ressentit du froid. Le lendemain de l'opération se manifestèrent les symptômes précurseurs du tétanos ; on agit immédiatement avec beaucoup d'énergie ; l'opium à haute dose, et surtout des bains de vapeur répétés et prolongés furent les moyens à l'aide desquels nous arrivâmes à la tirer de ce mauvais pas ; les soins empressés pourtant que lui prodigua un jeune médecin attaché alors au service clinique ne furent pas sans une grande influence sur l'heureux résultat du traitement.

L'air est certes un élément qui exerce souvent une action défavorable, délétère sur les plaies ; je suis le premier à le proclamer ; mais je crains que certains esprits aujourd'hui se laissent trop aller à des frayeurs paniques sur les mauvais effets de cette cause. Depuis que la méthode dite *sous-cutanée* a été mise en avant, on s'est fait, à mon avis, un trop grand épouvantail de l'action de l'air sur les plaies résultant de nos opérations ; et tout en admettant encore une fois le côté vrai et avantageux qu'il y a dans cette doctrine, je crois que les précautions conseillées par ses partisans sont exagérées ; d'autant plus que, comme nous le verrons tout à l'heure, il y a des espèces de plaies qui semblent réclamer d'être béantes, et par conséquent exposées à l'action de l'air extérieur, pour atteindre une guérison solide et durable.

Une cause très importante à étudier, et féconde en tristes accidents, est celle que constituent les écarts de régime. C'est un fait certain qu'une foule d'accidents graves à la suite de nos opérations, ne reconnaissent pas d'autre source. Et ici, il faut l'avouer, la chirurgie des hôpitaux est bien plus malheureuse que celle exercée en ville ; car dans les établissements publics, malgré tous les soins et toutes les précautions possibles, on ne peut pas toujours empêcher les malades de commettre des actes d'intempérance, de se donner des indigestions, surtout les jours où ils sont visités par leurs parents et amis du dehors, et de s'exposer ainsi aux accidents les plus funestes. Si le temps permettait de s'étendre convenablement sur ce sujet, il ne serait pas difficile de discuter et de résoudre en quelque manière une question grave qui occupe depuis longtemps les praticiens, c'est-à-dire jusqu'à quel point on peut porter l'alimentation des malades pendant le traitement des plaies soit accidentelles, soit artificielles. Les opinions à cet égard sont bien partagées. Pendant longtemps on a cru, et un certain nombre croit encore aujourd'hui, que les aliments à administrer dans ces circonstances doivent être très modérés, et qu'on ne doit en élever la dose que quand la cicatrisation est déjà avancée ; d'autres, au contraire, soit par esprit de système, soit par le résultat de l'observation et de l'expérience qu'ils ont faite à cet égard, pensent qu'il est mieux de nourrir les malades assez abondamment pour aider les forces de la nature dans le travail de suppuration et de cicatrisation. Il y aurait peut-être moyen de résoudre d'une manière satisfaisante la question en instituant des expériences sur des malades nourris modérément et abondamment, et en observant avec soin les résultats qu'on peut en obtenir. Pourtant, j'avoue que la question est pour moi beaucoup plus complexe qu'on ne pense. Si l'alimentation des malades, soit modérée, soit abondante, était la seule cause ou circonstance qui puisse influer sur les accidents consécutifs des plaies suppurantes, il serait facile d'en tirer une conclusion précise ; mais comme il y a une foule d'autres circonstances qui peuvent agir puissamment, il en résulte que la solution de cette question est d'une grande difficulté. En général, cependant, je suis d'avis qu'il y a moins d'inconvénients à soumettre les malades affectés de plaies à une alimentation modérée et graduellement croissante, à mesure que le travail de cicatrisation marche. C'est, du reste, ce que nous avons l'habitude de pratiquer, comme vous avez pu voir, et nous nous en trouvons bien ; tandis que plus d'une fois nous avons eu la douleur de voir des malades en bonne voie de guérison tomber rapidement dans un état très fâcheux, pour s'être tant soit peu écartés du régime que nous leur avions prescrit.

Ce qu'on dit de l'alimentation on peut l'appliquer à quelque autre fonction naturelle dont l'accomplissement, poussé au delà de certaines limites, peut avoir de graves inconvénients. Ainsi, l'abus de l'acte générateur peut être funeste aux malades, surtout quand les plaies suppurantes proviennent des opérations chirurgicales ; car, comme nous l'avons déjà dit, les malades de cette espèce ont été profondément affectés, sont occupés sans cesse du résultat de l'opération qu'ils ont subie, et, par suite de leur grande susceptibilité nerveuse, sont exposés aux accidents consécutifs beaucoup plus que les autres.

Nous avons maintenant à vous dire quelques mots de l'influence des émotions morales que ressentent les malades après les opérations, et enfin de celles qu'exercent sur les résultats de celles-ci les pansements.

C'est une vérité désormais incontestable que les grandes émotions de l'âme, la douleur comme la joie, trop vive, la crainte, comme une trop forte espérance, sont souvent funestes aux malades affectés de plaies suppurantes. Si nous voulions abonder en exemples à cet égard, les faits se présenteraient en foule. Combien de fois n'a-t-on pas vu de ces malades succomber très promptement à la suite d'une violente émotion ? Ne perdez pas de vue ce que nous vous avons déjà dit, que nous ne savons pas précisément comment ces causes morales agissent sur l'organisme pour produire des résultats si déplorables ; est-ce peut-être par la suppression du pus sur la surface de la plaie, et le transport rapide de ce liquide délétère dans le torrent circulatoire ? Cela est possible ; car ce n'est pas une métaphore exagérée de dire qu'une plaie suppurante est une fonction nouvelle dont la perturbation doit se ressentir par toute l'économie d'une manière plus ou moins fâcheuse. La suppression des lochies chez la femme en couches ne produit-elle pas souvent des accidents très graves, des maladies mortelles ? Il n'est donc pas étonnant que la suppression de cette sécrétion anormale qui se fait à la surface d'une plaie ne soit cause de graves inconvénients. Il faut ajouter à cela que les malades à plaies artificielles sont beaucoup plus susceptibles et plus impressionnables, comme nous venons de le dire, que les autres, et que par conséquent ils doivent ressentir plus vivement l'effet des perturbations morales.

Enfin, les pansements des plaies sont une des causes très influente des accidents consécutifs. Que dis je ? je ne devrais pas limiter cette influence des pansements aux plaies véritables, mais l'étendre à l'application de toute espèce d'appareil qu'on peut mettre en usage à la suite de nos opérations non sanglantes. Ce n'est pas seulement à l'instant même où on procède à la réduction d'une fracture, par exemple, qu'on s'expose aux accidents consécutifs de cette opération, mais aussi dans le traitement ultérieur, dans l'application de l'appareil approprié ; c'est alors que, si cette application a été mal faite, on voit survenir de fausses ankyloses, des soudures imparfaites des os, des eschares gangréneuses, quand l'appareil a été trop serré, etc. Mais dans ce moment, j'ai principalement en vue les opérations sanglantes, et par conséquent les pansements qu'elles réclament.

J'exagère peut-être en disant qu'il n'y a pas une seule plaie qui ne puisse mal tourner, si elle est mal pansée, mais on peut dire que l'immense majorité des plaies est dans ce cas, et on est sûr de ne pas se tromper. Examinez-en quelques-unes avec moi, et vous vous en convaincrez facilement. L'opération de la cataracte par extraction, par exemple, produit une plaie de la cornée très simple, que la nature seule semble destinée à guérir en se bornant pour tout pansement à la préserver du contact de l'air, et pourtant sans une grande surveillance à combien de dangers n'est-on pas exposé ! Le lambeau de la cornée peut se relever et la cicatrisation n'avoir pas lieu, etc., etc. Dans le bec-de-lièvre, la plaie qu'on pratique est bien peu importante par elle-même, mais comme les enfants sur lesquels ordinairement on a l'occasion de la faire crient et se remuent beaucoup, si vous ne prenez pas toutes les précautions convenables dans l'introduction des épingles et dans l'application des fils, si vous ne surveillez pas ensuite ce pansement simple, vous vous exposerez à des mécomptes, votre opération échouera complétement.

Dans l'opération de la fistule à l'anus, je maintiens que la manière de panser, au moins pendant les sept ou huit premiers jours, est pour beaucoup dans le succès ou l'insuccès de l'opération elle-même. Que fait-on dans cette circonstance ? Une incision qui comprend ordinairement une portion du rectum jusqu'aux limites du décollement de cet organe. Dans les pansements consécutifs il importe extrêmement de maintenir les lèvres de la plaie béantes et écartées, en poussant convenablement la mèche jusqu'au fond du trajet fistuleux qu'on a fendu.

Ici permettez-moi de revenir un instant sur ce que je disais tout à l'heure à propos de l'action de l'air sur les plaies. Je crois positivement qu'on exagère beaucoup cette influence, et qu'il n'est pas toujours préjudiciable au travail de cicatrisation que la surface de la plaie soit plus ou moins exposée au contact de l'air. Il y a certaines plaies résultant de nos opérations qui ne comporteraient pas l'application de la méthode sous-cutanée, et qui semblent exiger, au contraire, d'être ouvertes, et d'avoir les bords écartés pour marcher solidement vers la guérison ; telle est la plaie provenant de la fistule à l'anus opérée. De même dans la castration, la plaie qui en résulte ne marche vers la cicatrisation qu'après être restée long-

---

constances plus opportunes, sur ce que ces recherches hématologiques n'ont pas encore produit la plus légère application pratique, soit au point de vue du diagnostic *actuel*, soit à celui de la thérapeutique.

Est-ce à dire qu'il faille avoir pour ces travaux une dédaigneuse indifférence ? Ce qu'ils n'ont pas encore produit, ne peuvent-ils donc le produire ? Ce n'est pas, certes, ma pensée ; seulement une autorité plus grande que la mienne pourrait peut-être, avec fruit, prémunir les esprits contre des tendances médicales séduisantes par leur apparence de rigueur scientifique, mais qui, en fin de compte, n'en sont encore qu'à la période de spéculation et de curiosité.

— Vous avez appris, sans doute, que M. le doyen de notre Faculté avait failli avoir des malheurs à la correctionnelle. A quelle époque vivons-nous, grand Dieu ! que les *princes* de la science, les conseillers de l'Université, les doyens de Faculté, soient, comme de simples mortels, justiciables de la sixième chambre ! Il faut avouer cependant que ç'a été un peu la faute de M. le doyen. Offrir cent francs à une pauvre femme dont un équipage trop rapide vient de mutiler un membre, c'est bien peu. Le tribunal a été plus équitable en accordant mille francs à cette femme, qui les recevra, non de la main de M. le doyen, déclaré irresponsable de l'imprudence de M. son fils, mais des mains de celui-ci, qui a atteint sa majorité.

Ce malheur ne serait pas le seul dont M. le doyen aurait été ou serait peut-être encore menacé. On soutient que sa nomination à la pairie, qui pendant quelques jours allait sur des roulettes, rencontre en ce moment de puissants et de nombreux obstacles. J'ai eu communication d'un de ces obstacles, avec *pièces justificatives*, et cet obstacle est si énorme qu'il est invraisemblable. L'imagination d'un romancier en délire a pu seule inventer ce chapitre inédit des *Mystères de Paris*. On me saura gré, sans doute, de n'en pas dire plus long.

— Un banquier célèbre appelle son médecin. — Docteur, lui dit-il, pendant trois jours je *dois* être malade ; vous viendrez me voir deux fois par jour ; vous interdirez ma porte ; et quand on vous questionnera, vous répondrez une de ces phrases à votre usage, qui veulent dire tout et rien. Mais le quatrième jour, à midi, je dois être complétement guéri.

Ainsi fut fait par le médecin complaisant. A sa sortie de chez le malade, une foule empressée s'approchait du docteur : Comment va-t-il ? lui demandait-on sur vingt tons différents. — Hum ! hum ! répondait le confrère en s'esquivant. La phrase n'était pas longue, comme vous voyez ; mais ce hum, hum, porté à la Bourse, interprété, modifié, amplifié, fit fléchir sensiblement une certaine rente que l'un avait intérêt à voir fléchir. Le quatrième jour, à midi, le tour était joué, et le hum, hum du confrère avait jeté plus d'un demi-million dans les coffres du banquier.

— Un charlatan fieffé, un de ces hommes dont le peu de vergogne et l'audace dépassent toute limite et qui depuis longtemps a été mis au ban du corps médical, ne se contente pas de prélever cent mille francs par an, dit-on, sur le peuple le *plus spirituel* de la terre ; on assure qu'il se donne encore les airs d'un roué de la régence, d'une sorte de Richelieu sur le retour, et que son cabinet est un lieu fort dangereux pour les jeunes filles. Une jeune demoiselle de seize ans, d'une famille très honorable, vint chez cet homme pour lui remettre les honoraires des consultations qu'il avait données à son père. Un peu souffrante elle-même, elle demande un conseil. Cet homme, sous les apparences d'un examen nécessaire, fait mettre la poitrine à nu, puis l'abdomen, se livre à des palpations si peu équivoques que la pudeur de la jeune fille s'en offusque et s'en alarme. Effrayée, elle veut se dégager des étreintes de cet homme ; alors une lutte s'engage d'où la jeune fille sortit heureusement victorieuse, mais non sans ecchymoses accusatrices de la lubricité de ce confrère indigne. La famille, effrayée des conséquences qu'une plainte de cette nature pouvait avoir pour la jeune personne, n'a pas osé s'adresser aux tribunaux ; mais on m'a demandé la justice du feuilleton, qui ne peut la rendre qu'avec toutes les précautions exigées par cette terrible loi de la diffamation qui protége les coquins à l'égal de l'honnête homme.

Jean Raimond.

Boîte aux lettres de Jean Raimond.

Le confrère qui m'a adressé une lettre signée M. *Deschalumeaux* s'est trompé de pseudonyme : c'est M. *De La Palisse* qu'il aurait dû mettre.

— On examinera avec soin les documents et les faits adressés par un médecin en chef de la marine. La question est grave et demande réflexion. Merci toujours de cet envoi.

— L'anonyme qui m'adresse la relation de quelques faits passés dans un hôpital de Paris veut-il signer sa lettre ? Sinon, non.

— Nous insérons la lettre suivante, qui ne nous paraît susceptible que d'une seule réponse, savoir, l'acceptation pure et simple du cartel proposé. A part cela, nous serions obligé de mettre un terme à une polémique qui, comme cela a été déjà dit, n'offre aucune espèce d'intérêt au public médical.

Monsieur Jean Raimond,

Je ne relèverai pas, ainsi que j'aurais le droit de le faire, ces expressions de M. Le Roy insérée dans la *Gazette* du 19 courant : « *Parie, ou tais-toi !!!* » Je me contenterai de répéter que ce chirurgien a complétement refusé le *cartel chirurgical* que je lui ai proposé en 1839, et qui est consigné dans la *Revue médicale* de la même année, t. 1er, pag. 301.

Si, aujourd'hui, et après bientôt cinq ans de réflexions et d'expériences, M. Le Roy se décide enfin à accepter *nettement et catégoriquement* cette lutte chirurgicale, qu'il m'adresse donc de ces malades affectés de rétrécissements urétraux, durs, anciens, considérés par lui comme *incurables* (*de ceux qu'on soigne gratuitement*) ; et si je n'en obtiens pas la guérison, je déposerai par chaque insuccès la somme de *cinq cents francs* à la caisse de l'association des médecins de Paris. — Je n'y mets que cette seule condition, c'est qu'il y déposera lui-même pareille somme après chaque succès que j'aurai obtenu. — Nous prendrons pour juges Messieurs les membres de la commission d'Argenteuil, cette lutte rentrant tout à fait dans le programme du concours pour lequel nous nous sommes l'un et l'autre portés compétiteurs. Les expérimentations seront renouvelées sur *dix malades, toujours de son choix*, et dont l'état, avant et après mon traitement, sera constaté par Messieurs les commissaires que l'Académie de médecine a nommés. En définitive, cette lutte procurera à l'association une somme de cinq mille francs, qui sera employée au soulagement de quelques confrères malheureux.

Quant à ce livre que M. Le Roy promet de publier prochainement, ce chirurgien ne doit pas être étonné que j'élève des doutes sur la réalisation de sa nouvelle promesse, lorsqu'en 1840 il avait *formellement promis « de publier ce même ouvrage* SOUS PEU DE SEMAINES..... » 1840 est déjà assez loin de nous ; un grand nombre de semaines s'est écoulé depuis que cette promesse a été faite par M. Le Roy, et cependant *le volume* n'a point encore paru...

Agréez, etc. Guillon.

Paris, le 22 novembre 1844.

Moyen contre les plaies gangreneuses suites de décubitus; par M. le docteur Hanmann.

Si les moyens employés en thérapeutique sont d'autant plus aptes à atteindre le but que se propose l médecin qu'ils offrent davantage de simplicité dans leur choix, ainsi qu'on nous le répète chaque jour, le moyen proposé par M. Hanmann mérite assurément d'être cité en première ligne. En effet, cet auteur assure qu'il a constamment employé avec succès, contre la gangrène due à l'action d'un décubitus prolongé, l'écume retiré du pot au feu. Il fait pratiquer, de temps en temps, des ouctions avec cette substance sur les surfaces ulcérées, et bientôt, dit-il, les plaies commencent à s'améliorer et à marcher vers la guérison.

(*Zeitsch. fuer die gesam., etc.*)

temps ouverte et avoir abondamment suppuré. Je ne dis pas qu'il ne serait mieux que cela soit autrement que ces sortes de plaies guérissent sans suppuration ; mais comment réunir d'une manière immédiate des plaies si vastes et sur des parties si flasques et si mal disposées à cette réunion ; d'ailleurs, les accidents qui arrivent à la suite de ces plaies suppurantes sont généralement nuls, le résultat est d'ordinaire favorable. On peut dire la même chose de beaucoup d'autres plaies qui ne pourraient pas guérir par la réunion immédiate. Ainsi, dans les plaies résultant des ligatures d'artères, je conçois que, voulant employer un fil très fin, on pourrait, à la rigueur, réunir les plaies immédiatement, en renfermant dans la plaie même le fil de la ligature, et l'abandonnant au travail douteux d'absorption ; c'est même ce qu'on a pratiqué ; mais quand on tient à une sorte de ligature telle que celle que j'ai adoptée depuis longtemps, et dont je n'ai pas à me plaindre, la réunion immédiate de la plaie devient absolument impossible.

Ne me taxez donc pas de trop de minutie lorsque vous me voyez très exigeant en fait de pansement des plaies ; car très souvent le bon résultat dépend du pansement bien fait, comme vous le verrez surtout à propos des fistules à l'anus. Toutes les parties d'une plaie (cela soit dit en passant) sont solidaires les unes des autres, pour ainsi dire, et doivent marcher ensemble vers le même but. Si tous les points ne sont pas dans les mêmes conditions, la cicatrice ne pourra pas avoir lieu ; il faut, par conséquent, que le pansement soit fait de manière à mettre toute la surface de la plaie dans des conditions également bonnes pour qu'elle arrive à la cicatrisation. Voyez les amputations des membres ; il y en a qui, étant bien exécutées, n'exigent qu'un pansement simple pour guérir ; d'autres, au contraire, réclament un pansement tout particulier et des soins journaliers. Par exemple, l'amputation de la cuisse, si le pansement n'est pas bien fait et surveillé journellement, finira par donner lieu à un moignon pointu dont l'os fera saillie au dehors et nécessitera une opération nouvelle.

Nous avons maintenant à nous occuper des accidents consécutifs en eux-mêmes. A l'instar des accidents primitifs que nous avons déjà étudiés l'année dernière, nous les diviserons en *spéciaux*, et propres à telle ou telle opération en particulier, et en généraux ou communs à presque toutes les opérations. Les premiers sont assez nombreux, et nous ne pouvons pas les exposer tous dans ces considérations générales ; nous en parlerons d'ailleurs au fur et à mesure que les opérations auxquelles ils sont affectés, se présenteront dans le cours de l'année. Ainsi, par exemple, la ligature des artères est particulièrement exposée au sphacèle du membre sur lequel ou près duquel on l'a pratiquée ; rarement on observe cet accident à la suites des autres opérations, sans le concours d'une faute grave de la part du chirurgien. Dans la taille, un accident tout spécial et propre à cette opération est la formation d'abcès dans le périnée et dans le bassin provenant de l'infiltration de l'urine dans les tissus, ou même des fistules urinaires qui quelquefois peuvent se compliquer de fistules stercorales, dont la guérison est souvent très difficile à obtenir. Dans la cataracte opérée par extraction, l'iris vient se placer quelquefois entre les bords de l'incision normale ; c'est là un accident propre uniquement à cette opération. Ainsi donc presque chaque opération, bien considérée, a des accidents propres et spéciaux qui ne se rencontrent pas dans les autres, et que nous passerons sous silence.

Les accidents consécutifs généraux formeront le sujet de notre prochaine conférence.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Résumé du service pendant le deuxième semestre de 1843.

Je me propose de tracer un résumé rapide du service de M. Bricheteau pendant les six derniers mois de 1843. Ce travail est destiné à compléter un travail semblable déjà fait pour la première moitié de l'année (1). Il m'est donc inutile d'exposer de nouveau dans quelle pensée générale j'ai groupé les faits et déduit de leur examen les réflexions qu'on va lire ; ceci a été dit lors du premier travail, et il serait oiseux d'y insister encore. Toutefois, en un seul mot, je dirai que l'idée et l'enseignement pratiques ont été mon unique et constante préoccupation.

Ce second travail, complémentaire du premier, a dû être surtout un travail de comparaison entre les résultats actuels et les résultats précédents. Bien plus, cette comparaison est souvent la seule chose nouvelle que je pouvais noter. Aussi, je l'ai développée avec soin chaque fois que l'occasion s'en est présentée. Hors de là, j'ai été le plus communément très rapide. Les faits nouveaux me confirmaient, en effet, les réflexions consignées déjà dans le résumé du premier semestre, et je ne voulais pas faire une copie.

Comme précédemment, j'ai consacré un chapitre à chaque maladie, autant du moins que j'avais matière à quelques réflexions. Les cas de mort par infection, qui s'est présentée seulement une ou plusieurs fois, viennent ensuite, et ils sont une simple mention. Puis, deux groupes distincts comprennent le reste des malades, atteints, en tout cas, d'une façon très peu importante et toujours sans gravité. Enfin, j'ai terminé par un résumé plus général, par un petit tableau comparatif des deux semestres, les malades étant, cette fois, tous groupés ensemble, et non plus distribués d'après leur maladie.

J'ai donc persisté à ne point chercher un arrangement méthodique, craignant toujours la tâche difficile de justifier un plan et n'en appréciant pas davantage l'utilité.

Il ne faut pas omettre de dire, ainsi que j'avais fait dès la première page du résumé des six mois du commencement de l'année, que le service de M. Bricheteau est composé de deux salles : l'une, d'hommes, renferme 49 lits ; l'autre, de femmes, en compte seulement 21. Cette observation est nécessaire pour expliquer ou faire ressortir la proportion évidemment différente dans les malades des deux sexes. Elle me dispensera d'une répétition qui, sans cela, deviendrait indispensable à propos de chaque maladie.

(1) *Voir* les numéros des 22 et 27 février, des 2, 9, 16, 21 et 26 mars 1844 de ce Journal.

Fièvre typhoïde.

Je compte 57 malades atteints de fièvre typhoïde, dont 7 femmes seulement. Il convient de les réduire à 55, deux étant récemment entrés dans le service au moment où je l'ai quitté, et devant plus naturellement trouver place parmi les observations de mon successeur.

La maladie paraît généralement avoir eu son origine dans une influence épidémique, ainsi que je l'avais remarqué également pour la première moitié de l'année, non pas que les salles du service aient jamais été complétement exemptes de quelques cas de fièvre typhoïde ; mais, du moins, elles apparaissaient de beaucoup plus nombreuses dans certains moments. Bien plus, dans ces moments, elles semblaient présenter des caractères semblables, comme de famille, sur lesquels je vais insister avec soin. Sans trop entrer dans les détails, ces derniers faits peuvent être rangés en deux épidémies, l'une ayant régné au mois de juillet, la seconde au mois de septembre. Ainsi que dans le premier semestre, l'influence épidémique a frappé de préférence les nouveaux venus à Paris ; je veux dire ceux qui n'y étaient arrivés que depuis quelques mois.

Constamment l'invasion de la maladie a été lente, précédée plus ou moins longtemps de symptômes douteux, et sur lesquels il n'était pas toujours possible de préjuger d'une manière certaine la marche ultérieure de l'affection. Cette remarque est particulièrement vraie pour l'épidémie du mois de juillet, dons le caractère principal consistait en une extrême bénignité, ainsi que je vais tout à l'heure le bien faire ressortir. Or, bien souvent, il n'eût pas été possible de reconnaître dès les premiers jours quels malades auraient une fièvre typhoïde franchement caractérisée, et quels autres, ce que les auteurs appellent une fièvre typhoïde légère. Distinction, pour moi, fort essentielle, puisque ces derniers cas ne doivent pas figurer dans ce chapitre. Convaincu plus que jamais de la nécessité d'une distinction entre ces deux sortes de malades, principalement au point de vue du résultat thérapeutique, j'ai persisté à les séparer, ainsi que j'avais fait déjà dans le travail que ce mémoire doit compléter.

Par la réflexion qui précède, j'ai préparé à trouver réunis dans toutes mes observations, tous ou presque tous les caractères de la maladie : stupeur constamment, céphalalgie ; état d'abord saburral de la langue ; plus tard, sa rougeur et sa sécheresse, quoique ces deux derniers symptômes aient manqué quelquefois. Nausées et vomissements ; douleurs de ventre plus marquées dans la fosse iliaque droite ; pression en ce point extrêmement douloureuse pour les malades ; gargouillement. Le ballonnement a été assez rare, hors des cas les plus graves et mortels. Dévoiement en général, quelques cas de constipation. Taches typhoïdes n'ayant jamais manqué ; hémorrhagies, et spécialement hémorrhagies nasales, toujours facilement arrêtées par la simple application de topiques froids. Une seule fois on a ajouté une potion composée avec l'extrait de ratanhia. Fièvre, agitation cérébrale, plutôt en rapport avec la stupeur que constituant un délire franchement caractérisé.

Dans un grand nombre de cas, la maladie a été exempte de complications, et lorsque celles-ci se sont présentées, elles ont été généralement fort peu graves. Le délire et les accidents cérébraux, qui étaient la complication dominante chez les malades du premier semestre, ont été moins communes. En revanche, les accidents dits adynamiques, plus ou moins prononcés, sont survenus davantage. Néanmoins, les eschares au sacrum, profondes et étendues, ont été assez rares, et même alors, ainsi que nous l'avions remarqué précédemment, elles n'ont pas nécessairement entravé la guérison. Il faut mentionner à ce sujet une jeune fille qui a survécu, malgré une profonde plaie dans la région du sacrum, compliquant un état, à tout autres égards, des plus graves. Elle a quitté le service après soixante-cinq jours, bien loin d'être guérie, quoique dans une bonne voie d'amélioration, mais non pas encore absolument hors de danger. Sa famille a désiré l'emmener ; et comme plusieurs fois, après des alternatives toujoues incertaines de mieux et de pire, cette malade avait troublé le repos du reste de la salle, on a volontiers cédé à ce désir. Je regrette de n'avoir pas eu ultérieurement des nouvelles de cette jeune fille ; car il ne serait nullement surprenant qu'elle eût succombé plus tard, malgré l'amélioration très réelle au moment de la sortie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 6 novembre 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. Vidal (de Cassis) fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Gely (de Nantes), ayant pour sujet la description d'un nouveau procédé de suture. Le rapporteur conclut en engageant la Société à voter le dépôt du mémoire aux archives et à adresser des remercîments à son auteur.

M. Maisonneuve demande la parole à l'occasion du rapport de M. Vidal sur le mémoire de M. Gely. Il dit avoir fait de nombreuses expériences dans lesquelles il s'est servi de la suture de M. Gely ; cette suture lui a toujours parfaitement bien réussi. Il a cru devoir lui faire subir une légère modification qui rend son exécution plus rapide dans les cas où il s'agit d'anastomoser latéralement deux anses intestinales. Au lieu de faire la suture en piqué dans toute la profondeur de la plaie, il réunit la demi-circonférence postérieure au moyen de la suture à points passés, et ne se sert de la suture en piqué que pour la demi-circonférence antérieure. Il signale de plus les résultats remarquables qu'il a obtenus de l'anastomose latérale de l'intestin dans les cas d'oblitération de cet organe. Il pense que cette nouvelle méthode opératoire pourra, dans un grand nombre de cas, remplacer l'établissement d'un anus artificiel.

M. Maisonneuve annonce à la Société qu'il prépare un mémoire sur ce sujet important.

La discussion sur les corps fibreux de l'utérus est reprise.

M. Huguier croit que la repullulation de ces corps est loin d'avoir été démontrée par les faits cités dans la dernière séance, par MM. Laugier et Guersant ; il fonde son opinion 1° sur ce que M. Laugier parle dans son observation de lanières résultant de l'arrachement de la tumeur ; or ces lanières ne se rencontrent jamais dans le cas où l'on a affaire à des corps fibreux ; elles appartiennent à d'autres espèces de polypes ; 2° sur ce fait d'observation que l'utérus renferme souvent des corps fibreux multiples dans l'épaisseur de ses parois, et qu'il est bien difficile de savoir quand une nouvelle opération devient nécessaire, si elle porte sur les débris d'une ancienne tumeur ou sur une nouvelle développée depuis la première opération. La discussion est terminée sur ce sujet.

— *M. Robert* appelle l'attention de la Société sur la difficulté que présente le diagnostic des lipomes. La mollesse du tissu qui forme ces tumeurs est telle que l'on y sent presque toujours de la fluctuation, surtout lorsqu'elles sont recouvertes par des plans fibreux résistants, ou par des téguments épais et tendus ; elles ont en outre le fâcheux privilége de pouvoir se développer dans presque toutes les régions du corps et peuvent y simuler soit des kystes, soit des tumeurs de nature diverses.

M. Robert signale deux moyens propres à éclairer le praticien dans les cas douteux ?

1° Si l'on examine attentivement la surface de la tumeur, on y trouve des bosselures indiquant la forme lobulée propre aux lipomes, forme que les kystes ne présentent pas ordinairement ;

2° Si l'on saisit la tumeur à sa base en cherchant à la soulever, et qu'on l'empoigne pour ainsi dire, la main qui la presse éprouve un mode particulier de résistance qui diffère de celle des kystes. Elle y sent les inégalités dues aux lobes dont la tumeur est composée. Toutefois ces deux signes ne peuvent pas toujours prévenir les erreurs du diagnostic. M. Robert rapporte un cas dans lequel une disposition particulière des lobes du lipome, qu'il ne pouvait prévoir, lui a fait méconnaître une tumeur de ce genre.

Un garçon boucher, âgé de vingt-sept ans, fut admis à l'hôpital Beaujon le 8 octobre dernier, pour y être traité d'une tumeur qu'il portait depuis treize ans à la paume de la main droite. Cette tumeur, très petite d'abord et longtemps stationnaire, avait fait depuis deux ans de rapides progrès. Lors de l'entrée du malade, elle s'étendait depuis la base de l'éminence hypothénar jusqu'au milieu de la face palmaire du petit doigt, et depuis le bord cubital de la main jusqu'au niveau de l'axe du doigt médius. Cette tumeur était légèrement bosselée, sans changement de couleur à la peau, indolente, molle élastique et parfaitement fluctuante ; lorsqu'on en pressait transveralement la base, on sentait un bruit de frottement offrant de l'analogie avec celui que font percevoir les kystes hydatifères : elle paraissait, du reste, placée entre la peau et l'aponévrose palmaire.

M. Robert crut à l'existence d'un kyste, et M. Marjolin, après avoir examiné la tumeur avec soin, partagea cette opinion. Il fut convenu qu'une ponction serait faite avec un trois-quarts ; que si le kyste pouvait être vidé, une injection iodée y serait faite immédiatement, et que s'il survenait de l'inflammation, on ouvrirait largement la poche pour la soumettre à des irrigations continues d'eau froide. L'opération fut pratiquée le 10 octobre. Le trois-quarts fut plongé dans cette tumeur ; mais il ne s'écoula aucun liquide, et la canule ne put se mouvoir dans son intérieur. Il fut dès lors évident qu'il s'agissait d'une tumeur solide ; une incision cruciale fut donc immédiatement pratiquée sur elle : c'était un lipome, placé entre la peau et l'aponévrose palmaire. M. Robert voulut chercher la cause de la sensation de frottement qu'il avait éprouvée en pressant cette tumeur ; il trouva celle-ci fournie de deux parties : une postérieure, plus large, ayant la forme d'une gouttière profonde ; une antérieure, cylindroïde, logée dans cette gouttière ; et placée de telle sorte que lorsqu'on pressait la base de la tumeur sur les côtés, la gouttière tendait à se rétrécir, à s'oblitérer même, et à chasser la portion cylindroïde qui, en s'échappant en avant, produisait un bruit de frottement très remarquable. M. Robert ayant présenté cette tumeur à la Société de chirurgie, l'on a facilement pu reconnaître l'exactitude de ces détails.

M. Robert termine cette communication par quelques remarques sur le mode de pansement qu'il a cru devoir appliquer à la plaie résultant de l'opération. Le lipome ayant été extrait, il restait à sa place une vaste poche dont la paroi superficielle était constituée par la peau amincie. On ne pouvait rapprocher celle-ci de la paroi profonde qu'en la plissant, circonstance incompatible avec la réunion immédiate, fallait-il, pour obtenir cette réunion, exciser une portion de la peau ? M. Robert ne voulut point adopter cette pratique, craignant que la peau, revenant peu à peu sur elle-même, ne s'opposât plus tard à l'extension des deux derniers doigts ; il préféra la réunion secondaire qui offrait l'avantage de développer l'inflammation suppurative à la face interne du derme et d'y provoquer ainsi une rétraction plus prompte et plus complète. Il plaça donc de la charpie sous la peau disséquée et enveloppa la main de compresses sans cesse imbibées d'eau de guimauve tiède, l'inflammation fut très modérée, le derme se rétracta rapidement, tandis que l'épiderme boursouflé, ramolli par l'humidité, se détacha du derme dont il ne pouvait suivre la rétraction. Il fut successivement excisé par petits lambeaux au fur et à mesure qu'il se détachait ; au bout de dix jours, le derme avait si bien repris ses dimensions normales, que les quatre lambeaux purent être appliqués sur la paume de la main, de manière à se toucher exactement par leurs bords, sans aucun plissement. Une compression modérée les fixa dans cette position nouvelle. Aujourd'hui la plaie est presque entièrement guérie. Ce fait, suivant M. Robert, est fertile en déductions pratiques. Il montre, en effet, 1° l'énergie et la rapidité de la puissance rétractile ; 2° l'influence qu'exerce sur cette rétractilité l'inflammation suppurative ; 3° l'emploi que l'on peut faire de la réunion secondaire au traitement des plaies résultant de l'extirpation de tumeurs qui ont distendu et aminci la peau.

M. Malgaigne, dans la rétraction du tissu cutané signalé par M. Robert dans son observation, distingue deux espèces, l'une physiologique et l'autre pathologique. A propos de cette dernière il fait une excursion dans le domaine de la médecine opératoire des abcès et des bubons de l'aine, et s'élève en particulier contre le principe qui veut qu'on fasse les incisions dans la direction des plis naturels de la peau de cette partie. Il préfère en cela suivre la pratique de M. Desruelles, qui incisait toujours les bubons dans une direction parallèle à l'axe de la cuisse ; et qui reconnaissait à cette manière d'opérer l'avantage de faciliter l'écoulement du pus et la cicatrisation de la plaie.

M. Cullerier répond à M. Malgaigne que ce qu'il vient de dire peut bien s'appliquer à l'ouverture des abcès simples, mais ne s'applique nullement à celui des bubons syphilitiques, la direction, quelle qu'elle soit qu'on donne aux incisions par lesquelles on ouvre ces sortes de bubons, ne les empêche pas de s'étendre en tout sens tant qu'ils conservent leur caractère syphilitique.

M. Vidal partage entièrement l'avis de M. Cullerier, seulement il ajoute, qu'il est si vrai que c'est le principe syphilitique qui modifie ainsi la forme des incisions faites aux bubons que les choses se passent de tout autre manière, quand on n'ouvre les bubons qu'après avoir traité la syphilis par des moyens appropriés.

M. Malgaigne nie qu'il soit commun de voir les bubons syphilitiques ouverts par le bistouri se convertir en ulcères.

M. Huguier fait observer que M. Malgaigne a mal choisi en prenant la région de l'aine pour démontrer l'absurdité du principe général qu'il a attaqué. L'aine, en effet, contient dans la profondeur du pli cutané qu'elle présente, un *fascia* qui s'insère d'une part à la face interne de la peau; c'est ce *fascia* seul qui s'oppose à l'écartement des lèvres d'une incision que l'on fait dans la direction du pli de l'aine : cela est si vrai, qu'au-dessus et au-dessous de ce pli les incisions se comportent comme ailleurs, leurs bords s'écartant par le fait de la rétractilité naturelle du derme, et par celui des mouvements qu'on imprime, et de la position qu'on donne à la cuisse ou à la paroi de l'abdomen.

M. Cullerier répond à M. Malgaigne que les ulcères phagédéniques de la région inguinale sont presque toujours la suite de bubons syphilitiques ouverts dans cette région.

M. Huguier attaquant la proposition émise par M. Vidal, celui-ci fait observer que la discussion s'égare, et qu'il ne lui convient pas de traiter actuellement la question du traitement de la syphilis, et réserve pour plus tard la réponse qu'il pourrait faire a son collègue.

— *M. Malgaigne* entretient la Société d'un cas où, ayant affaire à une fracture de jambe compliquée de plaie des téguments, il employa la suture pour réappliquer un large lambeau de peau qui formait un côté de cette plaie; son malade guérit. Il appelle l'attention sur ce mode de traitement anciennement recommandé par Hogues, et sur l'administration de l'opium à haute dose qui lui a aussi réussi dans ce cas.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. (Novembre 1844.)

Clinique chirurgicale, par M. GUERTRAPPE.

Luxation incomplète du troisième métacarpien en haut. — Un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une bonne santé, d'une constitution assez forte, trébuche sur un trottoir glissant. Pour se retenir, il porte instinctivement le bras gauche en dehors, et la main correspondante, fermée sur un rouleau de papier qu'elle tient, heurte une borne. Au moment même, il n'éprouve que peu de douleur, et le choc lui a paru si léger qu'il croit n'avoir qu'effleuré le corps solide. Les doigts pourtant manquent de force, le médius principalement; il se refuse à obéir aux fléchisseurs. Quelques heures plus tard la main devient brûlante, s'atourdit, se tuméfie; il entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Blandin. Il n'y a point de plaie; seulement une ecchymose linéaire, transversale, à la partie dorsale supérieure de la première phalange du médius, et un craquement simulant la crépitation, portent à croire à l'existence d'une fracture du troisième métacarpien.

Contrairement à l'opinion de plusieurs personnes présentes, M. Blandin diagnostiqua un diastasis forcé ou luxation incomplète et non une fracture du troisième métacarpien, fait rare, car les auteurs modernes n'admettent que la luxation du premier de ces os, notée plusieurs fois par Boyer. Cette blessure n'a aucune gravité et guérit sans difformité à la faveur d'un appareil fort simple, consistant en deux attelles, deux compresses et une bande.

Luxation scapulo-humérale, réduite, après six à sept semaines, chez un homme de 81 ans.

Le titre indique suffisamment cette observation, dont les cas analogues ne sont plus rares aujourd'hui.

Amputation de la jambe.

Rien de nouveau.

Cancer de l'os maxillaire supérieur droit. Opération.

Une femme de vingt-sept ans entre à la Charité, chez M. Velpeau, pour se faire traiter d'une affection cancéreuse de l'os maxillaire supérieur droit. La maladie est fort avancée; mais la peau et les parties molles sous-jacentes conservent encore leur souplesse, leur mobilité; la constitution générale ne semble pas profondément altérée; le visage est pâle, sans avoir cette teinte ictérique spéciale qui annonce une cachexie certaine; tout, en un mot, peut faire supposer une localisation du mal et donner l'espérance de guérir en débarrassant promptement la malade de la partie altérée, et la malade demande elle-même l'opération.

Par une incision courbe à convexité inférieure, M. Velpeau prolonge la bouche jusqu'à deux travers de doigt du lobule de l'oreille droite. Des liens sont aussitôt jetés sur les vaisseaux, et le lambeau relevé met à découvert, après quelques coups de bistouri, le maxillaire qui, sans difficulté, est désarticulé de toutes parts et porté au dehors dans sa totalité; le chirurgien, après un examen scrupuleux, se trouve même contraint de reséquer légèrement celui du côté opposé.

Ce procédé était simple; il a été exécuté avec une extrême dextérité et dans fort peu d'instants. Le lambeau, abandonné à son propre poids, a repris sa position normale, dans laquelle l'ont fixé cinq épingles. Il y a eu à peine une réaction sensible, et la cicatrisation a marché avec une telle rapidité que, vingt jours après, la malade a pris son *exeat*. La cicatrice était alors très régulière, linéaire, à peine visible; la face conservait son harmonie; seulement l'angle de la bouche tombait de quelques lignes, ce qui ne saurait être autrement, puisque les muscles qui le retiennent, dans l'état normal, sont ici privés de leur attache supérieure, que rien ne résiste plus à l'action du carré et du triangulaire.

L'os maxillaire examiné après l'opération, offre l'aspect d'une masse uniforme; il est carnifié en tous ses points et profondément dégénéré; le plancher orbitaire est à peine reconnaissable, et la déformation est plus étrange peut-être encore dans l'apophyse qui constitue la moitié du palais.

M. Guerpratte termine cette observation par une réflexion qui paraîtra peut-être paradoxale. La facilité avec laquelle la cicatrisation s'est opérée, est pour lui de mauvais augure. Il a cru reconnaître que dans ces conditions, les bords de la plaie se rapprochent et s'unissent avec d'autant plus de facilité, de promptitude, que la viciation des humeurs est plus avancée; cette viciation, dit-il, loin d'entraver le travail cicatriciel, l'active notablement au contraire.

Du traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée; par M. JARJAVAY.

Réponse à des objections présentées dans ce journal par M. Guerpratte, et tirée des publications faites par M. Velpeau sur ce sujet et suffisamment connues.

Note pour servir à l'histoire dé l'hydramnios, par M. GODEFROY, de Rennes.

Le diagnostic de l'hydramnios présente quelquefois certaines difficultés qu'il est important dans la pratique de savoir surmonter, afin d'éviter une erreur préjudiciable à ses malades, c'est-à-dire de la confondre avec l'ascite. L'auteur pense qu'avec un peu d'attention on peut arriver au diagnostic. En effet, dit-il, si dans dans la première moitié de la grossesse il est souvent impossible de produire le ballottement du fœtus, le ventre, plus ou moins distendu, n'a jamais la forme de l'hydropisie ascite, mais bien celle de la grossesse, c'est-à-dire que, la femme étant debout, le ventre se porte et s'arrondit en avant, tandis qu'il s'aplatit sur les côtés; la fluctuation est manifeste en avant et nulle en arrière. La percussion pratiquée en avant ne donne pas le son intestinal de l'ascite; enfin, les signes commémoratifs (absence des règles, mode de développement du ventre et de la tumeur) indiquent la grossesse et non l'ascite.

Lorsque l'hydramnios ne se montre que dans la seconde moitié de la gestation, il est rare que la grossesse soit méconnue; mais sa complication n'est pas toujours diagnostiquée, et l'on peut croire à une grossesse gemellaire ou à un fœtus énorme, tandis que le fœtus est seul et ordinairement chétif.

Le diagnostic se rectifie encore assez facilement; vous avez une fluctuation extrêmement prononcée, soit que vous percutiez l'utérus transversalement, soit qu'un doigt, introduit par le vagin jusqu'au col de l'utérus, vous percutiez le fond de cet organe. Les mouvements actifs du fœtus sont faibles et peu sensibles à la mère; toutes choses qui n'ont pas lieu dans les grossesses gémellaires, ou lorsqu'il n'y a qu'un seul fœtus très fort. Enfin, si vous procédez au ballottement du fœtus, vous le soulevez avec la plus grande facilité, et le temps qu'il met à retomber sur le doigt est bien plus considérable que dans les grossesses normales.

Des divers états pathologiques réunis sous la dénomination commune d'amauroses; par M. MAGNE.

Exposition bien faite de l'état actuel de l'ophthalmologie sur ce sujet important.

Monsieur le Rédacteur,

L'obligeance avec laquelle vous avez plusieurs fois ouvert vos colonnes au *monésia* me fait espérer que vous voudrez bien insérer la note suivante, qui n'est pas sans importance pour l'avenir de ce médicament.

D'abord je dirai que les renseignements que je reçois de France et de l'étranger viennent confirmer les premières observations publiées, réaliser les espérances qu'avait fait concevoir cette nouvelle substance. Dernièrement, M. le docteur Halbout, de Gonesse, a bien voulu me communiquer un assez grand nombre de faits relatifs au Monésia, dont quelques-uns sont fort importants; j'espère que ce praticien le livrera à la publicité.

Le docteur Payen a eu récemment, dans un voyage en Suisse, l'occasion de voir le docteur Demme, chirurgien de l'hôpital de Berne, et professeur de l'Université, qui lui a dit qu'il se louait beaucoup de connaître le Monésia, et qu'il en avait tiré de grands avantages dans sa pratique chirurgicale.

Mais l'importance qu'acquiert chaque jour ce nouveau médicament, a engendré un abus contre lequel je dois prémunir les praticiens; plusieurs maisons, dont quelques-unes jouissent, à Paris, de l'estime et de la confiance publiques, n'ont pas craint de fournir, sous le nom de Monésia, une préparation qui n'est rien moins que cette substance. Une pareille fraude a été commise à l'étranger; de fausses étiquettes de ma maison ont été fabriquées, et j'ai dans les mains la preuve matérielle de ces coupables manœuvres.

J'ai dû me préoccuper des moyens de garantir et les médecins et les malades des inconvénients de cette falsification, et il ne me suffisait pas de recourir à ma signature sur les étiquettes, et aux avis et imprimés, etc., etc.

Lorsqu'il y a sept ans je m'occupai de l'examen du Monésia, il me fut imposé la condition de ne livrer que de l'extrait; mais il ne convenait ni à mon caractère, ni à ma position, de vendre une préparation dont je ne pouvais garantir l'origine, et lorsque les premières expériences eurent été faites, comparativement avec l'extrait importé d'Amérique et celui que j'avais préparé moi-même, je n'en ai jamais donné d'autre que de ce dernier.

Depuis lors, le but constant de mes efforts a été de me soustraire à l'obligation qui d'abord m'avait été imposée. Aujourd'hui ce but est atteint, et si d'une part je continue à préparer l'extrait de Monésia avec le même soin que les autres extraits que je fabrique à la vapeur et dans le vide, d'un autre côté je puis livrer l'écorce de Monésia à ceux qui voudront l'étudier, et vérifier l'exactitude des faits que j'ai avancés.

Les médecins pourront aussi, s'ils le désirent, prescrire l'écorce de Monésia, comme cela a lieu pour celles de quinquina ou autres.

Lorsque des hommes peu réservés dans l'expression de leurs jugements ont paru douter de ma véracité au sujet du Monésia, quelques-uns, malgré ma déclaration formelle que c'était une substance particulière, ont osé affirmer que l'extrait du Monésia était une préparation faite de toutes pièces. Je savais bien qu'un jour viendrait où je pourrais convaincre la défiance et l'incrédulité, et je ne me suis pas pressé de donner un démenti qui était dans mon droit, à des attaques qui, je l'espère, n'auront pas trouvé d'échos. Aujourd'hui chacun de mes confrères pourra vérifier ce que j'ai avancé, et j'ose croire que ceux qui répéteront mes essais reconnaîtront l'exactitude de mes recherches, et la bonne foi avec laquelle j'en ai rendu compte.

Agréez, etc. BERNARD-DEROSNE,
pharmacien, rue Saint-Honoré, 115.

Paris, 19 novembre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 28 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 139. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Abcès froid enkysté de l'aisselle. Ponctions par la méthode sous-cutanée. Guérison.

Un malade couché au n° 7 de la salle St-Jean est entré à l'hôpital pour un abcès froid de l'aisselle. Bien que ce ne soit là, en apparence, qu'une maladie fort simple, ce cas est assez remarquable toutefois par sa rareté et par la particularité de la situation du foyer, pour mériter d'être signalé.

Tous les chirurgiens savent que le plus ordinairement les abcès de cette région se développent largement et s'étendent dans tout l'espace triangulaire qui constitue le creux axillaire. Celui-ci, développé dans la paroi antérieure de l'aisselle, entre le plan costal et le muscle grand-pectoral, était borné dans cette région, nettement circonscrit, et enveloppé dans une sorte de membrane kystique qui l'isolait du reste de l'aisselle. C'était, en un mot, une espèce d'abcès enkysté. Cet abcès avait marché avec une grande lenteur; il n'avait presque point déterminé de douleur ni de réaction inflammatoire. Rien n'indiquait que les côtes situées au-dessous fussent lésées; il ne paraissait avoir non plus aucun rapport avec la clavicule, de sorte qu'on avait diagnostiqué un abcès froid idiopathique.

Mais par suite de quelle circonstance anatomique cet abcès était-il ainsi circonscrit, tandis que généralement les abcès de cette région se développent sans aucun obstacle dans la totalité de l'aisselle: c'est ce que nous avons quelque intérêt à rechercher.

Ceux qui ont les notions les plus vulgaires de l'anatomie des régions, savent qu'on trouve à la partie antérieure de l'aisselle, une couche cellulo-graisseuse avec quelques fibres de peau, l'aponévrose commune, le muscle grand pectoral, le petit-pectoral, et au-dessous de ce dernier les parois costales. Mais ne disséquant cette région avec attention, on découvre une aponévrose qui prend ses points d'insertion, d'une part, à l'apophyse acromion, et d'autre part, à la peau qui forme la base de l'aisselle, à laquelle elle vient s'implanter après avoir tapissé toute la face postérieure du grand pectoral, auquel elle sert de gaîne. Cette aponévrose circonscrit ainsi un espace nettement limité, qu'elle isole en quelque sorte du reste de la région de l'aisselle. Or, c'est dans cet espace même que s'était développé l'abcès en question, et c'est la gaîne fibreuse que nous venons de signaler qui lui servait de kyste.

La connaissance de cette disposition rend suffisamment compte de la différence que l'on observe dans la manière dont se comportent les abcès de cette région. Lorsque, comme dans ce cas-ci, ils se développent dans la gaîne en question, ils restent circonscrits et comme enkystés. Dans les cas, au contraire, et ce sont les plus communs, où ils se développent en dehors de cette gaîne, ils s'étendent librement dans toute la région axillaire.

Cet abcès a été ouvert par la méthode sous-cutanée. On a mis en usage le procédé de M. J. Guérin pour l'ouverture des abcès froids et des abcès par congestion, procédé qui consiste, comme on le sait, à faire une ponction à la base d'un pli cutané, loin du foyer de l'abcès, avec un trocart aplati, et à retirer le pus au moyen d'une seringue à aspiration adaptée à la canule du trocart. L'abcès a été entièrement vidé; on a appliqué le pansement habituel des plaies sous-cutanées. On a pu constater, le lendemain et les jours suivants, que les choses s'étaient passées comme elles se passent habituellement dans ce cas, c'est-à-dire sans le moindre accident; la petite plaie de la ponction s'était immédiatement réunie, la tumeur était restée affaissée, et le malade n'y accusait pas la moindre sensibilité.

Au bout de quinze jours l'abcès se reproduisit, mais moins volumineux qu'il n'était avant l'opération. On pratiqua une seconde évacuation par le même procédé; cette seconde opération eut la même innocuité et les mêmes résultats que la précédente.

Au bout de quelque temps nouvelle reproduction de la tumeur; troisième ponction, toujours aussi innocente, mais suivie, cette fois, d'un efficacité complète, c'est-à-dire qu'à la troisième évacuation la tumeur est restée complétement et définitivement affaissée; le kyste est tout à fait revenu sur lui-même, et il ne s'est plus reproduit depuis. Afin de favoriser cette résolution, on avait fait des frictions mercurielles à la suite de chaque opération.

Voilà, dit M. Blandin, un très beau résultat dû à une méthode que je considère comme excellente dans les cas où elle peut être appliquée; et elle est particulièrement applicable aux abcès froids en général, et aux cas de la nature de celui qui vient de nous occuper.

Nous avons eu, ajoute M. Blandin, plus d'une fois déjà l'occasion de constater de pareils résultats, notamment chez une femme qui se trouvait dans une position assez analogue à celle de ce malade. Cette femme, chez laquelle nous dûmes nous borner à diagnostiquer un abcès froid, dans l'impossibilité où nous étions de reconnaître avec certitude s'il provenait ou non d'un foyer éloigné; cette femme, disons-nous, a subi neuf ponctions. Nous fîmes d'abord huit ponctions, toujours sans accidents. Après la neuvième ponction, l'abcès s'étant encore reproduit pour la huitième fois, le pus se fit jour spontanément par l'une des piqûres précédemment pratiquées, et cette piqûre resta ainsi à l'état de fistule, laissant constamment écouler le pus au dehors, mais ne donnant issue qu'à une très petite quantité de liquide à la fois. Nous en restâmes là, considérant cette ouverture spontanée, faite dans de pareilles conditions, comme une terminaison heureuse. L'expérience a démontré, en effet, que ces sortes de fistules qui succèdent quelquefois aux ponctions sous-cutanées dans les cas de ce genre, ont cet avantage, par suite de la disposition oblique et sinueuse de leur trajet, de fournir une issue continuelle aux liquides sans permettre l'accès de l'air. On peut comparer, sous ce rapport, ces trajets fistuleux aux dispositions que présentent, à l'état physiologique, les canaux salivaires ou les uretères.

Ces deux cas sont utiles à rapprocher comme se rapportant à une même méthode opératoire, et montrant deux résultats également rares, quoique à des titres différents.

Luxation de la première phalange du pouce en arrière. Réduction. Considérations pratiques sur les causes ordinaires de l'irréductibilité de cette luxation.

Dans la même salle était un homme entré depuis trois jours pour une luxation récente du pouce. Cet homme était ivre lorsque cet accident lui est arrivé, de sorte qu'il ne put nous rendre compte exactement de la manière dont les choses se sont passées. Il a dû, suivant toute apparence, tomber sur la paume de la main le pouce étant dans l'extension. Quoi qu'il en soit, il avait, au moment de son entrée dans nos salles, une luxation de la première phalange du pouce en arrière sur le premier métacarpien. Cette phalange formait un angle droit avec le métacarpien, et la deuxième phalange était fléchie sur la première, ainsi que cela se voit le plus ordinairement dans ce cas. Le mécanisme de cette luxation est assez aisé à comprendre; les dispositions anatomiques de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce expliquent d'elles-mêmes la fréquence beaucoup plus grande des luxations dans ce sens que dans tout autre, outre que c'est dans ce même sens qu'agissent le plus ordinairement les violences extérieures. On a procédé de suite à la réduction de cette luxation, dans la crainte qu'en ajournant on ne rencontrât plus tard de plus grandes difficultés.

On sait, en effet, que les luxations de ce genre offrent fort souvent de très grands obstacles à la réduction, surtout lorsqu'elles ont été pendant quelque temps abandonnées à elles-mêmes. Mais on a été fort longtemps sans se rendre compte d'une manière satisfaisante des causes de ces difficultés. On semblait beaucoup plus préoccupé de trouver des moyens de vaincre les obstacles que d'en rechercher les causes. Aussi, la plupart de ces moyens ont-ils souvent manqué ou dépassé le but. Aussi quelques chirurgiens ont-ils proposé de débrider l'articulation, afin d'introduire un levier à l'aide duquel ils pussent soulever la phalange et la remettre sur place. D'autres, en désespoir de cause, sont allés jusqu'à proposer la résection de la tête du métacarpien lorsque toutes les tentatives de réduction ont échoué. Parmi ces moyens, il en est un cependant qui a quelquefois été suivi de succès, et qui, avec le secours de la méthode sous-cutanée, a réussi particulièrement à M. Blandin dans un cas, c'est la section des ligaments latéraux.

A quoi tiennent les difficultés dont il s'agit? On n'a pas, dit M. Blandin, suffisamment étudié ces luxations sur le cadavre. Soit que ces lésions étant peu graves en elles-mêmes, on ait eu rarement l'occasion de les examiner après la mort, soit qu'on ait négligé cet examen quand les occasions s'en sont présentées, toujours est-il qu'on ne sait pas bien encore en quoi consistent réellement ces obstacles. Dupuytren attribuait un rôle important aux muscles dans ces difficultés; il croyait que c'était dans le changement de direction des muscles et des ligaments, et dans la compression que les uns et les autres exercent sur les extrémités osseuses, que se trouvait l'obstacle principal à la réduction. Les ligaments latéraux, disait-il, devenus perpendiculaires à l'axe des os, au lieu de leur être parallèles, tendent, ainsi que les deux divisions du petit fléchisseur entre lesquelles s'engage souvent la tête du métacarpien, à appliquer fortement la phalange et le métacarpien l'un contre l'autre, dans les rapports vicieux qu'ils ont con-

FEUILLETON.

DE LA PESTE;

PAR M. HAMONT. (Deuxième partie.)

(Suite du n° 137.)

Quand la peste a cessé d'abattre des populations entières, quand elle a ravagé villes et villsges, elle abdique sa forme première; mais comme un monstre toujours sffamé de chair humaine, elle reste parmi les bommes et se nourrit des victimes qu'elle peut atteindre, pour reparaître aussi cruelle à des intervalles de dix années environ.

Ces intermittences, assez régulières, confirmées par une longue observation, d'où proviennent-elles : Peut-être sont-elles nécessaires pour la saturation du corps.

Si nous reportons nos regsrds sur nos premières investigations, nous nous voyons contraint de faire dériver la peste de l'eosemble des circonstances sur lesquelles nous avons appelé votre attention.

Ce ne sera pas l'inondation seule qui lui donnera naissance. Ce ne sera pas la misère, prise isolément, qui la fera surgir de toutes pièces au milieu du Delta.

Mais l'inondation, la misère, les sépultures, les fumiers, tous ces amas de matières animales qui se putréfient autour du fellah, son incurie, sa mauvaise nourriture, un certain degré de chaleur unie à un certain degré d'humidité, engendreront cet épouvantable fléau, qui, en 1835 seulement, fit périr en Egypte 200,000 habitants.

Le poison pestilentiel, cette infernsle monstruosité que l'homme a créée, semble agir dans l'organisme animal à la manière des substances putrides qu'on y introduit artificiellement, ou dont il s'imprègne par accident.

Les matières à l'état de putréfaction injectées dans les veines des animsux, produisent des lésions qui ont une grande ressemblarce avec celles qu'on rencontre chez les pestiférés.

Plongés dans les terriers que nous avons mentionnés, beaucoup de fellahs du Delta portent sur eux, dans lea temps ordinaires, des tumeurs particulières qui se montrent de préférence au col, sous les aisselles et aux aiues.

Ces tumeurs, qu'ils appellent *kéyarguels* (concombres), ne les font point souffrir; elles durent longtemps, finissent par suppurer, et me paraissent être une peste bénigne.

Est-il déraisonnable d'assiguer, pour cause de ces altérations, l'introduction dans le corps de l'homme d'un poison animal?

Tandis que nous nous livrons à des discussions pour éclaircir cette question, il se passe chaque année, en Egypte, un fait extrêmement intéressant, qui doit dissiper nos incertitudes; c'est une expérience à laquelle nous allons assister.

Vers le milieu du Delta se trouve une ville assez grande qui contient environ 10,000 habitants. Dans cette ville, nommée Tantah, se tient annuellement, vers le mois de juillet, une foire considérable où se rendent de quarante à cinquante mille personnes venant de tous les points de l'Egypte et des pays adjacents.

L'époque de cette foire est aussi celle de la fête du patron de Tantah, le fameux Cheik Séid-el-Bédaoui, célèbre dans tout l'islamisme pour les miracles qu'il ne cesse de faire. Il est hors de doute que cette fête est la continuation de celle de Bubaste, si bien décrite par Hérodote.

Quand vient le temps de la foire, c'est une joie générale en Egypte, chacun s'empresse de se féliciter. Les vieillards, les adultes, les garçons, les vieilles, les jeunes femmes et les filles, tout le monde veut être de la partie parce que tout le monde, jeunes et vieux, est pressé de confier un secret au bon patron de Tantah. Le santon, moyennant une légère offrande, donnera à l'une un mari, rendra l'autre mère ou livrera à celui-ci une maîtresse dont jusqu'alors il n'avait pu obtenir l'aveu qu'il désirait.

Séid-el-Bédaoui, dit l'histoire, aimait assez les femmes, et il était, assure-t-on, de mœurs assez dissolues, aussi exigea-t-il, au moment de rendre son âme à Dieu, que pendant toute la durée du pèlerinage qu'il venait de fonder, hommes et femmes jouissent d'une liberté sans aucune espèce de contrôle.

Les pèlerins ont amplement usé de la permission octroyée, et la foire de Tantah est devenue un rendez-vous où tous les ans, pendant huit jours, il se commet des obscénités sur lesquelles il faut jeter un voile.

En quittant son village, son district, chacune des populations composant une tribu se déploie sur deux colonnes et, précédée de ses bannières, d'une musique bruyante, elle chemine comme une procession, observant une discipline admirable sous l'autorité des plus anciens ou des chefs de tribus.

Au pied et au nord de Tantah on a ménagé un vaste terrain, c'est là que les étrangers arrivent et doivent demeurer.

Chaque tribu affecte une localité pour que ses membres puissent ne pas se confondre et se retrouver au premier signal du départ.

Ces tribus réunies, ces agglomérations partielles forment une masse compacte qui s'agite, va, vient, déborde, recule, comme l'eau d'un fleuve dans les rues, sur les places publiques, dans les mosquées, pour rentrer ensuite dans son lit.

Quels sont pendant ces huit jours de fête, les aliments dont se nourrissent les Egyptiens, et comment vivent-ils en général?

Les marchés sont abondamment fournis de melons, de pastèques, de raisins, de dattes, d'oignons, de poireaux, de radis, de fèves cuites, de graines germées de fenugrec, et dans les basars, sur la voie publique, on vend de la viande de chameau, de buffle cuite ou crue; mais chaque bande de pèlerins a amené avec elle un bœuf, un buffle, quelque moutons ou quelques chèvres.

Bientôt chacun a pris sa place; la grosse caisse et les cymbales ont cessé de battre, les femmes ont étendu les nattes, creusé des trous pour y placer des marmites; les hommes, assis les jambes croisées, ont savouré à longs traits la fumée étourdissante du narghillé ou l'âcre tabac égyptien; alors le chef ordonne le sacrifice des bêtes amenées.

Les sacrificateurs se sont emparés d'un animal, des femmes, des

tractés. Ou bien, disait-il encore, il est possible que le tendon fléchisseur vienne s'interposer entre les deux surfaces articulaires, et s'opposer ainsi à ce qu'on puisse les faire glisser dorénavant l'un sur l'autre.

Plus tard, M. Pailloux, alors élève de M. Cloquet, à l'hôpital Saint-Louis, chercha à démontrer que le ligament antérieur de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, ligament constitué par une membrane large, fixée, d'une part, aux ligaments latéraux, d'autre part aux os sésamoïdes, et par son bord supérieur à la membrane synoviale de l'articulation et au rebord articulaire de la phalange elle-même, se trouve, lors de la production de la luxation, entraîné par la synoviale et le reste de la phalange, auxquels il adhère, entre les surfaces articulaires, de manière à recouvrir et à coiffer en quelque sorte l'extrémité de la phalange; d'où la difficulté de la réduction.

M. Vidal (de Cassis), a donné une autre explication de ce fait. Il attribue l'irréductibilité de ces luxations à la circonstance d'une boutonnière qui étrangle la tête du métacarpien et qui se ferme d'autant plus fortement sur elle qu'on fait plus d'efforts de traction sur la phalange. Cette boutonnière serait formée, suivant M. Vidal, par les deux faisceaux du petit fléchisseur et par les deux adducteurs du pouce. M. Blandin pense qu'il y a quelque chose de vrai dans ces deux explications. Les faisceaux musculaires auxquels M. Vidal fait jouer le principal et même l'unique rôle, faisceaux qui sont habituellement lâches et peu solides, ne lui semblent pas, il est vrai, devoir constituer des obstacles tels qu'on ne doive les vaincre; il y a lieu de croire, toutefois, qu'ils y sont réellement pour quelque chose. Mais ce qui, suivant M. Blandin, constitue la plus grande cause de l'obstacle, c'est la mobilité des deux os sur lesquels on a à agir, et le peu de prise qu'ils présentent pour opérer l'extension et la contre-extension. Aussi, est-ce principalement contre ces deux conditions qu'il cherche à lutter. Voici le procédé qu'il emploie à cet effet : Un aide maintenant fortement l'avant-bras, un lacs est jeté autour du pouce, de manière que son plein vienne embrasser le col du premier métacarpien, et prendre point d'appui sur lui. Les deux extrémités de ce lien sont confiées à un second aide, qui a ordre de tirer fortement sur lui, de manière à porter le métacarpien dans la plus grande adduction possible pendant que le chirurgien cherche à opérer la réduction. Par ce moyen, le métacarpien est rendu immobile, et ne forme en quelque sorte qu'un seul et même bras de levier avec l'avant-bras, sur lequel le premier aide fait la contre-extension. Il suffit souvent, alors que les parties sont ainsi solidement maintenues, de ramener brusquement la phalange dans le sens de la flexion, pour opérer instantanément la réduction. Telle est la manière dont M. Blandin a procédé sur le malade dont il vient d'être question, et dès la première tentative la réduction a été opérée.

En résumé, dit en terminant M. Blandin, on voit que j'attache une grande importance à la mobilité des parties sous le rapport des difficultés que présente la réduction de ces sortes de luxations. Je n'en reconnais pas moins comme fondées, cependant jusqu'à un certain point, les explications données par M. Vidal et M. Pailloux; mais ces explications, suivant moi, se rapportent à des causes qui sont réelles, mais qui ne sont pas uniques. A mon avis, les trois sortes d'obstacles dont il vient d'être parlé ont lieu tout à la fois : mobilité des parties les unes contre les autres, pénétration du ligament antérieur entre les surfaces articulaires, boutonnière musculaire étranglant la tête du métacarpien; et, si j'avais à classer ces trois sortes de causes d'après leur degré d'importance, je les classerais dans l'ordre suivant lequel je viens de les énumérer. Quant au moyen que j'emploie pour faciliter la réduction, il n'obvie, je ne me le dissimule pas, qu'au premier de ces obstacles; mais dans l'impossibilité où nous sommes d'agir contre les deux autres, nous devons nous estimer heureux de pouvoir lutter avec avantage contre celui que nous considérons comme le plus important.

Il n'est survenu aucun accident à la suite des manœuvres qu'a nécessitées la réduction. Celle-ci s'est bien maintenue, et après quelques jours de repos le malade est sorti.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Résumé du service pendant le deuxième semestre de 1843.

(Suite du numéro précédent.)

Fièvres typhoïdes.

Enfin un corollaire du chapitre des complications, c'est le singulier état de faiblesse dans lequel la fièvre typhoïde a laissé un certain nombre des malades. C'est sans doute là un caractère assez ordinaire de cette cruelle affection; cependant il m'a paru digne de remarque, à cause du degré plus marqué qu'il a présenté. Il n'est pas davantage étonnant de l'observer, à cause de cette grande fréquence que je viens de signaler de la forme adynamique de la maladie. Un autre fait explique aussi peut-être cette circonstance; je veux parler de l'âge de plusieurs malades. En effet, parmi ceux auxquels je fais maintenant allusion, quelques-uns avaient dépassé la quarantaine; l'un d'eux avait même cinquante-neuf ans. Un âge aussi avancé est ordinairement une immunité, et c'est pourquoi je tiens à le noter plus soigneusement. A la persistance en quelque sorte de l'adynamie, après la cessation et la guérison de la fièvre typhoïde, je crois devoir rapporter deux observations d'aliénation mentale durant la convalescence. L'un des malades était Savoyard, l'autre appartenait au département de la Creuse, tous deux portant une physionomie d'une parfaite nullité intellectuelle. Dès lors ce trouble moral a dû survenir plus aisément chez eux, alors qu'ils ont été atteints d'une anémie profonde; et dans ma conviction, le désordre intellectuel ne connaissait pas d'autre cause. Quoi qu'il en soit il a fallu, pour assurer le repos des autres malades, donner leur sortie à ceux-ci. Ils sentent eux-mêmes cette nécessité, car ils avaient conscience de radoter, pour me servir de leurs expressions, et ne pouvaient s'en empêcher. Ici encore j'ai eu le regret de ne pas revoir les malades, malgré leur promesse formelle de revenir nous voir. L'un est passé à Bicêtre; l'autre, plus heureux, a pu rentrer chez lui, ou plutôt chez quelques parents aisés.

Ces considérations conduiraient directement à étudier la capitale question de la convalescence; mais ainsi que je disais dans le premier résumé, avec des éléments puisés dans l'observation d'un service d'hôpital, toute réflexion et toute étude sont interdites sur un pareil sujet. La lacune est réelle, mais irrémédiable, et on se prend à le déplorer vivement, alors surtout que la convalescence apparaît comme devant être plus lente et plus difficile.

Six malades ont succombé sur les cinquante-cinq. Durant les six premiers mois j'avais noté en tout trente-deux malades et huit morts. A juger la thérapeutique employée par ces résultats, nous aurions dû singulièrement progresser d'un semestre à l'autre. Quelques détails deviennent donc indispensables; mais exposons d'abord tous les éléments de la question.

Deux morts appartiennent à l'épidémie de juillet. Le premier ne saurait guère être imputé au service, car il y a séjourné moins de quarante-huit heures, et était dans un état complétement irrémédiable au moment de son entré. Les renseignements ont manqué, d'ailleurs, sur son compte..... Le deuxième était un Italien profondément nostalgique; chez lui la fièvre typhoïde a présenté la forme adynamique bien tranchée. Mais vraiment à le suivre avec attention, depuis l'origine bien simple et bien légère de la maladie jusqu'à sa terminaison mortelle, malgré ses signes évidents, il fallait remarquer surtout l'état moral du malade, tant il était violemment tourmenté et travaillé par le regret de la patrie absente.

L'épidémie de septembre figure également pour deux faits dans le chiffre de la mortalité, caractérisés aussi par des accidents adynamiques. Et les deux derniers morts semblent pouvoir être rapportés à une influence générale mauvaise, probablement de nature épidémique, du moins au point de vue de la mortalité générale. Tous deux ont succombé à quelques jours de distance, dans le moment où les morts étaient très nombreuses par toute espèce de maladie, et non pas seulement dans le service, mais en même temps dans l'hôpital entier. L'un de ces malades est mort par une perforation intestinale.

Quant aux malades qui ont guéri, la durée de leur séjour a varié de quinze à soixante-dix jours; la moyenne est de trente-deux jours. En entrant davantage dans les détails, et spécialement en rapprochant les deux épidémies de juillet et de septembre, je trouve que les malades de juillet ont séjourné dans les salles de quinze à trente-cinq jours; pour un seul le chiffre est de quarante-sept jours. Il est plus fort au mois de septembre. Dans cette dernière épidémie, sauf un très petit nombre d'exceptions, les malades ont été obligés de rester à l'hôpital au delà de quarante jours.

Le traitement dirigé contre la maladie a été fondé sur les bases déjà établies dans le résumé des six premiers mois de l'année; il me suffira par conséquent, de le formuler rapidement.

Constamment, au début de la fièvre typhoïde, lorsque les malades venaient dès les premiers jours, un éméto-cathartique d'abord. Cette prescription déterminait immédiatement une amélioration sensible pour le malade. La même remarque avait déjà été faite dans le précédent travail, et j'ajoute, aujourd'hui comme alors, que la céphalalgie était particulièrement soulagée.

Les purgatifs étaient administrés ensuite, du moins pendant les jours suivants, et avant l'apparition des complications diverses. Ils constituaient la médication unique dans les cas simples, marchant bien selon l'évolution propre à la maladie. Seuls, ils ont suffi dans la presque totalité des cas observés durant l'épidémie de juillet..... Une bouteille ou seulement deux verres d'eau de Sedlitz tous les deux jours, deux jours sur trois, sans être arrêté par la considération d'un dévoiement même abondant.

Si la forme adynamique survenait, les toniques étaient employés : potion avec le sirop ou l'extrait de quinquina; vin généreux. Or, comme j'ai dit tout à l'heure que les accidents adynamiques avaient été très fréquents; j'ai à peine besoin d'ajouter que les toniques ont dû trouver une fréquente indication.

Aux complications cérébrales, le camphre a été généralement opposé. Celles-ci ont été généralement moins communes que dans le semestre précédent; néanmoins le camphre a été employé assez souvent. Il était facilement associé à la médication tonique, pour peu que la forme adynamique, dominante d'ailleurs, l'agitation cérébrale prît une énergie plus grande, sans constituer encore un délire véritable. (1 et 2 grammes en lavement.)

En ajoutant l'emploi des révulsifs vers les extrémités, vésicatoires ou sinapismes aux jambes et aux cuisses, adjuvant constant dans tous les cas compliqués, j'ai complété le tableau du traitement. Je ne crois pas, en effet, devoir mentionner de nouveau les moyens toniques adressés aux hémorrhagies nasales. Toutefois, pour ne rien omettre, je dois dire encore que, chez la jeune fille dont il a été parlé à propos des complications, il a été fait des applications de glace sur la tête. Le laudanum a été donné dans une potion à la dose de deux grammes, dans le but de calmer des accidents cérébraux très bruyants qui troublaient le repos de la salle entière. Et par le bénéfice des remèdes aidant la nature, la malade, après des alternatives nombreuses est arrivée à un état assez satisfaisant.

Les émissions sanguines n'ayant jamais paru indiquées, je les note pour mémoire uniquement.

Or incontestablement purgatifs, toniques, camphre, révulsifs vers les extrémités, soit isolés, soit combinés ensemble, ont heureusement amendé la maladie. Des effets analogues étaient notés durant le semestre précédent; il faut donc s'expliquer sur l'énorme différence des résultats définitifs. Le moment est venu, car tous les renseignements nécessaires pour la solution du problème ont été exposés successivement.

Je dirai immédiatement ce qui résulte pour moi des diverses observations passées sous mes yeux dans le courant de l'année entière. Le voici : 1° la gravité et le danger de la fièvre typhoïde consistent pardessus tout dans la gravité et le danger de l'influence épidémique, cause ordinaire de la ma-

enfants accroupis, font un cercle autour de la victime qu'on égorge sur l'emplacement occupé par la caravane.

Les animaux abattus sur l'espace où reposent les forains sont lavés, malaxés sur place. Puis, les femmes et les enfants en saisissent les entrailles, les vident sur les lieux sans s'occuper de jeter au loin les matières qu'elles peuvent contenir. Ces matières, délayées par l'eau qui a servi au lavage des chairs, coulent avec le sang, sous les nattes et dans les tentes.

Comme la même opération se pratique sur une multitude de points très rapprochés à la fois, il se forme des ruisseaux d'ordures, des égouts qui infectent la plaine, Tantah et ses environs.

Cette scène est la première; voyons les autres.

Au bas de la ville passe un canal assez large dont le point de départ est au Nil, à quelques lieues de là.

Si, lors de la fête, la crue du fleuve est grande, l'eau court dans ce canal; mais si au contraire la crue est faible, l'eau stagne, elle croupit.

Courante ou stagnante, cette eau, dans laquelle viennent se rendre les vidanges de toute la ville, n'en va pas moins servir à plus d'un usage.

Le matin, le soir, à toute heure du jour, des centaines de fellahs vont s'accroupir sur les bords du canal, où on les aperçoit étalant leur dégoûtante nudité, puis courir se laver avec la main gauche certaine partie du corps, et pratiquer des ablutions préparatifs de rigueur pour se livrer à la prière.

A côté de ces fellahs éhontés, personnification de l'impudeur et de la malpropreté, des groupes de femmes remplissent leurs jarres de cette eau, qu'on emploiera pour cuire les aliments, pétrir la farine, et se désaltérer.

Auprès de ces groupes d'autres femmes viennent laver les entrailles des animaux égorgés.

Ces dépouilles, ces amas de matières fécales, cette eau croupissante, ce rassemblement d'hommes sales, donnent lieu à des émanations fétides qui attirent des nuées de mouches dont on ne peut se préserver qu'en s'entourant de fumée ou en se tenant dans des moustiquières.

Tandis que les danses voluptueuses et les chansons d'amour des *gaouaris*, les bayadères adorées des Egyptiens, plongent dans un état d'ivresse la multitude qui les observe et les écoute; très souvent il se fait une explosion de maladies qui prennent bientôt un caractère épidémique.

Après la foire de Tantah, toujours il se développe sur les habitants des affections très graves. Une année, c'est la diarrhée, la dysenterie; une autre année, une fièvre putride; mais constamment, et dans tous les cas, des tumeurs au col, aux aines et sous les aisselles.

La peste proprement dite, n'éclate pas chaque année immédiatement après la foire; probablement à cause de la chaleur excessive du mois de juillet; mais très souvent elle fait suite; elle est une continuité directe des affections qui se sont développées d'abord.

En 1840, Tantah venait de voir, comme les années précédentes, tous les pèlerins reprendre le chemin de leurs demeures, quand sa population fut envahie par une fièvre de nature fort maligne.

Cette fièvre dura jusqu'au mois d'octobre, époque où la température baisse considérablement et où l'air est saturé d'humidité. — La peste alors succéda à la première maladie; elle devint très meurtrière, se répandit dans les villages environnants, où elle fit de grands ravages.

En décembre 1840 et en janvier 1841, il mourait chaque jour à Tantah, vingt-cinq, trente, et jusqu'à quarante personnes. Un médecin français, M. Latour, aujourd'hui à Damas; a été comme moi témoin du fait que je viens de raconter..

Si quelque chose me paraît démontré de manière à ne laisser aucune trace de doute, c'est l'apparition de la peste sous l'empire des circonstances que j'ai mentionnées.

Ce point vérifié, et c'était là point capital, il faut reconnaître que partout où des conditions analogues se trouveront réunies, la peste fera irruption.

Si la même insalubrité, les mêmes circonstances se sont rencontrées dans l'ancienne Egypte, à coup sûr la peste y a pris naissance.

Mais il n'en a pas été ainsi; ce qu'on observe dans l'Egypte moderne nous conduit à admettre que la maladie nommée peste n'a pu naître là où une hygiène admirable avait été acceptée par un peuple essentiellement agriculteur, et dont les connaissances profondes dans les sciences, dans les arts, avaient fait le premier peuple de l'univers.

On a longuement disserté, on a publié des volumes pour savoir si la maladie dont Moïse menaça Pharaon, 1491 ans avant Jésus-Christ, était la peste; si celle dont parlent le prophète Jérémie et Homère, étaient également la peste. Ces recherches ne me paraissent pas offrir un bien grand intérêt. En effet, supposons un moment que ces affections soient la peste de nos jours, c'est-à-dire celle que les Egyptiens nomment *coubbé, taoune*; supposer aussi que la maladie décrite par Thucydide soit encore la peste, qu'est ce que cela prouve? Qu'il a existé, soit à Athènes, soit ailleurs, ce qu'on rencontre maintenant dans le Delta. Mais ce qu'il importe essentiellement, c'est de ne pas perdre de vue que la peste résulte d'un délabrement général survenu dans un ordre social, et ce délabrement s'oppose à ce que les peuples grandissent et s'améliorent. Or, pour ce qui est de l'Egypte ancienne, nous savons tous qu'elle a compté jusqu'à dix ou douze millions d'habitants. La population actuelle est d'un million cinq cent mille; elle était de près de trois millions quand les Français durent abandonner l'Egypte.

De notre exposé découle cette grande vérité, que la peste est l'œuvre de l'homme, que partout nous pouvons l'empêcher de naître, si partout nous savons faire respecter les lois d'hygiènes générale; lois sacrées, fondamentales, dont le maintien intéresse au plus haut degré l'espèce humaine tout entière, et auxquelles aucun homme ne devrait pouvoir porter atteinte sans commettre un sacrilége, un crime de lèse-humanité.

L'Europe, le monde entier peut-être, a souffert de la peste; soit à des époques très reculées, soit à des époques plus rapprochées de nous.

Un mot sur ces invasions.

(La suite à un prochain numéro.)

ladie. Malheureusement la nature de cette influence épidémique n'est révélée que par ses résultats, et même après cette révélation, les médecins sont impuissants pour l'atteindre ; 2° les causes aggravantes en dehors de celle-ci, et à un bien moindre degré, sont non pas la négligence d'un traitement bien fait, ce qui supposerait que nous connaissons une médication assurée contre la fièvre typhoïde, mais plutôt les mauvaises conditions physiques ou principalement morales dans lesquelles se trouvent les malades.

Reprenons, en effet, les réflexions précédentes. En juillet, une épidémie survint avec un caractère manifeste de bénignité et de très grande bénignité. Les complications sont rares, surtout peu graves. La durée totale de la maladie est fort courte.

Au mois de septembre une épidémie nouvelle apparaît, mais plus sérieuse cette fois. Les complications sont plus nombreuses, et, si la mortalité est en définitive peu considérable, du moins les malades restent plus long-temps en proie aux symptômes de l'affection. Que si maintenant je me reporte aux fièvres typhoïdes observées durant le premier semestre, il faut reconnaître que les cas ont au contraire offert généralement une gravité très grande. Alors les complications étaient presque la règle constante, et aussi ces complications étaient les plus fâcheuses. J'avais été frappé et j'avais noté avec soin dans le résumé précédent que cinq des huit malades morts avaient succombé en moins d'une semaine, au moment où sévissait une épidémie qu'il fallait considérer comme portant le cachet d'une extrême léthalité.

Or, constamment la maladie a été traitée d'après les mêmes principes ; toutes les conditions apparentes semblaient identiques. Il faut donc absolument admettre, pour expliquer des différences aussi saillantes, une différence semblable dans l'influence épidémique productrice de la maladie.

Le relevé du premier semestre prouve aussi l'importance excessive de l'état moral des malades pour la détermination de la marche ultérieure de la fièvre typhoïde. J'avais à traiter d'une mortalité nombreuse, et cela explique pourquoi les faits étaient également plus nombreux, dans lesquels cette influence était appréciable. J'avais particulièrement recueilli des détails très probants pour quatre des malades qui avaient succombé. La moindre gravité générale des fièvres typhoïdes actuelles rend parfaitement compte du plus petit nombre des faits analogues. Néanmoins, je dois ajouter aux observations antérieures le fait si remarquable de l'Italien nostalgique dont j'ai parlé déjà ; bien plus, dans l'ordre d'idées vers lequel je suis actuellement entraîné, j'ai presque besoin de cette circonstance pour comprendre la mort au milieu de la très innocente épidémie de juillet.

La conclusion dernière, c'est que le traitement me semble avoir peu d'influence sur la terminaison des fièvres typhoïdes. Je suis, en vérité, tenté de croire qu'un malade étant donné, il guérira ou succombera, quoi que vous fassiez, par le fait seul des influences épidémiques ou morales. S'il doit guérir, l'art peut abréger ses souffrances et diminuer beaucoup la durée de la maladie. S'il est destiné à périr, l'art pourra retarder le moment fatal et le faire précéder de quelques alternations meilleures ; mais il n'a pas les moyens d'arrêter les progrès du mal. Toutefois, loin de moi l'intention de repousser l'idée de traiter les fièvres typhoïdes. Il me faudrait, pour cela, une conviction bien établie sur des faits très nombreux et parfaitement évidents ; or, j'exprime seulement un doute. D'ailleurs, j'ai parlé de soulagements pour les malades, d'abréviation dans la durée de la maladie qui guérit, du terme fatal reculé par des alternations meilleures chez les malades qui finissent par succomber : c'est, dès lors, avoir implicitement établi la règle de conduite opposée.

Une dernière réflexion encore. A vouloir juger notre méthode de traitement dans la fièvre typhoïde par les résultats obtenus, on arrive, dans les deux semestres, à deux conséquences bien différentes d'un même principe. Telle est la stupide brutalité du chiffre. C'est que deux épidémies diffèrent aussi essentiellement que deux cas isolés de fièvre typhoïde : l'une, par exemple, de forme dite légère ; l'autre de forme grave et mortelle. Voilà pourquoi, après avoir nettement établi cette dernière distinction en reportant au chapitre suivant les fièvres typhoïdes dites légères, j'ai voulu non moins clairement faire ressortir la première dans l'étude des constitutions épidémiques.

Embarras gastrique.

J'ai expliqué par avance, dans le chapitre précédent, comment celui-ci n'en est en quelque sorte qu'un corollaire ; et ce fait s'était présenté déjà dans le relevé du semestre précédent. Ce premier travail renfermait un article comprenant, sous le titre *Embarras gastrique*, des malades de deux ordres. Les uns avaient présenté l'ensemble de symptômes désignés par les auteurs du nom de fièvres typhoïdes légères ; les autres avaient été atteints de la maladie décrite plus spécialement sous le nom d'embarras gastrique. Ces derniers formaient l'élément principal de la catégorie, circonstance suffisamment expliquée par la fréquence bien plus grande des fièvres typhoïdes gaaves. Dès lors, la circonstance opposée rendra parfaitement compte du plus grand nombre des embarras gastriques, fièvres typhoïdes légères, dans le présent résumé ; comme aussi elle justifiera bien le nombre si considérablement augmenté des malades qui vont m'occuper maintenant.

66 malades, 9 femmes et 57 hommes, doivent ici trouver place. Dans les six premiers mois, le nombre total était de 30 seulement ; en outre, tandis que ces derniers étaient en grande partie des individus pris au moment du printemps de quelques symptômes gastriques, nos malades actuels sont communément des typhoïdes légers. Particulièrement l'épidémie de juillet a été riche en malades de cette espèce ; 25 sur 66 sont de cette époque. D'où il suit que la grande fréquence des malades atteints de fièvre typhoïde a coïncidé avec le nombre plus considérable des embarras gastriques, formes légères de la même maladie. J'avais fait une remarque contraire pour le premier semestre, et ces deux observations, en apparence contradictoires, se confirment cependant très bien l'une l'autre. Au commencement de l'année, en effet, les fièvres typhoïdes étaient essentiellement graves ; dès lors, chacun comprend comment, au milieu d'une influence épidémique caractérisée par son danger et par sa léthalité, la forme légère trouvait peu de place. Et semblablement, cette forme a dû abonder beaucoup lorsque sévissaient des épidémies dont je viens de signaler l'innocuité générale. En septembre, moment d'une épidémie encore très bénigne, quoique à un moindre degré, un certain nombre de cas légers ont également été observés ; mais la proportion est de beaucoup inférieure.

La moyenne du séjour à l'hôpital pour tous ces malades divers est de neuf à dix jours, et tous sont sortis parfaitement guéris sans avoir offert la moindre complication.

Le traitement a été, chez tous ces malades, un éméto-cathartique d'abord ; puis, au besoin, un ou deux laxatifs. Pour la plupart il suffisait de la première prescription, et, après elle, tous les signes de la maladie étaient déjà dissipés. Un assez bon nombre de ces malades quittaient le service après quatre ou cinq jours. Parmi eux, je rencontre assez des individus pris de fièvre typhoïde légère ; et d'après cela, avec de la bonne volonté, on pourrait peut-être considérer ces cas comme cas de fièvres typhoïdes jugulées, non plus par les émissions sanguines, mais bien par la médication évacuante. Chacun apprécie quelle serait l'exagération d'un semblable raisonnement. Il importe par conséquent de bien établir, car c'est une vérité démontrée par l'observation, que quelques signes, ou mieux quelques apparences typhoïdes, peuvent survenir chez certaines personnes vivant au milieu d'une influence épidémique, lesquelles apparences de guérison prompte et facile ne constituent pas véritablement une fièvre typhoïde. C'est vraisemblablement à des cas de cette espèce, rapidement guéris par une saignée ou toute autre médication, qu'on a trop gratuitement donné le nom de fièvres typhoïdes jugulées. Hors de cette condition bien déterminée à certaines périodes qu'elle doit nécessairement parcourir, c'est même en traversant ces périodes qu'elle prend un de ses plus essentiels caractères.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 novembre. — Présidence de M. Ferrus.

M. Roux, qui n'a pas assisté à la lecture du procès-verbal, prie M. le secrétaire annuel de relire le passage qui le concerne relativement à ce qu'il a dit dans la dernière séance.

M. le secrétaire annuel relit en effet ce passage, et M. Roux trouve qu'il ne rend pas fidèlement compte de ce qu'il a dit. Il assure s'être servi de cette expression au sujet de la jeune fille qui lui fut présentée par M. Guérin, savoir : qu'il n'existait *presque* aucune déviation. M. Roux tient beaucoup à ce que ce mot *presque* soit inséré dans le procès-verbal, car c'est le mot dont il s'est servi soit devant M. Guérin, soit devant l'Académie.

M. Louis. Je ne veux pas entrer en contradiction avec M. Roux, dont je respecte le témoignage ; je désire seulement que mon silence ne soit pas pris pour une adhésion à ce qu'il vient de dire.

M. Barthélemy croit que le procès-verbal est fidèle sur ce point, et s'il y a un reproche à lui adresser, c'est de n'avoir pas rendu assez explicitement l'opinion de M. Roux sur l'absence de déviation chez cette jeune personne.

M. le président saisit cette occasion pour affirmer que les épreuves avant le scrutin de la dernière séance étaient positivement douteuses. Il y avait 28 contre 28, ce qui prouve que tous les membres n'avaient pas voté.

M. le secrétaire annuel. Pour mon compte, je n'y voyais pas très bien.

M. le président. Moi, j'y voyais bien, et j'affirme la vérité de ce que j'avance.

M. Bouvier. Je désire ajouter un document aux pièces dont l'Académie a voté l'insertion dans le Bulletin. Ce document est de moi ; je l'ai communiqué à M. le rapporteur, qui en a fait usage dans le cours de la discussion. Pourquoi ai-je pris parti dans le *procès* qui a été jugé dans la dernière séance... (rires). Pardon, dans la question ? J'en dois, en peu de mots, compte à l'Académie. Dans un écrit répandu dans tout Paris, on trouvait cette phrase : « Que ceux qui veulent être » juges entre les assertions de M. G... et celles de M. M..., relative» ment à l'état de mademoiselle Clarisse L... se rendent à son domi» cile, » dont on indiquait l'adresse et le numéro. Moi, qui voulais juger, je m'y suis rendu, j'ai vu, j'ai examiné, et en cela je n'ai cru manquer en rien à l'honneur et à la dignité de membre de cette Académie. Voici donc la note que je rédigeai après mon examen, note que je communiquai à la commission qui, par des motifs qui ne me regardent pas, n'a pas cru devoir en faire usage.

M. Bouvier lit en effet cette note, de laquelle il résulte que la demoiselle Clarisse L..., examinée, mesurée dans tous les sens, dans toutes les directions et à l'aide de moyens rigoureux, porte encore deux déviations légères de la colonne vertébrale.

M. Louis. Je n'ajouterai qu'un mot : c'est que la rectitude de cette jeune personne a paru si évidente à M. Roux, qu'il a dédaigné l'examen par le fil.

Cet incident n'a pas de suite.

— *M. Louis*, au nom de la commission chargée d'examiner dans quelle section devra être faite la nomination à la place vacante par les décès de MM. Double, Pelletier et Edwards, propose de déclarer la vacance dans la section d'anatomie et de physiologie.

Cette proposition est adoptée ; en conséquence, la candidature est ouverte dans cette section.

— *M. Gimelle* fait un rapport sur un mémoire de M. Robert, relatif aux fractures du col du fémur avec pénétration.

Nous avons déjà publié une analyse de ce travail.

M. le rapporteur conclut : 1° à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur ; 2° à ce que son mémoire soit renvoyé au comité de publication ; 3° à ce que son nom soit inscrit sur la liste des candidats aux places vacantes.

M. Velpeau. Si j'ai bien entendu, M. Robert ne se sert pas d'appareil pour les fractures du col du fémur de l'espèce de celles dont il est question dans son mémoire. Il suit en cela la pratique proposée il y a déjà longtemps par quelques chirurgiens, qui ont reconnu que les fractures intra-capsulaires guérissaient mieux sans appareil. Un chirurgien célèbre, Astley Cooper, a préconisé cette pratique ; mais avant lui, en France, Lallemant, de la Salpêtrière, l'avait aussi mise en usage, et ne traitait pas différemment les vieilles femmes de cet établissement. Pour mon compte, je l'emploie comme méthode générale depuis quatorze à quinze ans, et je m'en trouve bien ; j'ai reconnu peut-être sur 20 ou 30 cas que j'ai eu à traiter dans les hôpitaux, que les malades se tiraient mieux d'affaire avec le simple plan incliné, sans extension, qu'avec l'appareil le plus ponctuel.

M. Gimelle partage cette opinion de M. Velpeau ; il ne traite pas autrement ses malades à l'hôtel des Invalides.

M. Roux. Astley Cooper ne croyait pas à la possibilité de la guérison complète des fractures intra-capsulaires du col du fémur. Dans mon voyage à Londres, en 1814, j'osai contredire l'opinion de ce chirurgien célèbre sur ce point, en lui disant qu'en France nous avions obtenu quelques guérisons complètes bien certaines. Il me demanda des pièces anatomiques à l'appui, et à la première occasion je lui en envoyai.

M. Lallemand, de Montpellier. Depuis vingt-cinq ans, je n'ai pas traité différemment toutes les fractures de cette espèce qui se sont présentées dans mon hôpital. Je ne crois pas à l'impossibilité d'une réunion complète, car j'en ai vu des exemples. L'indication principale à remplir est de placer la cuisse dans une situation telle que les muscles psoas et iliaque ne puissent pas tirer en haut les fragments supérieurs ; c'est ce qu'on obtient très bien par la simple position du membre. Un de mes élèves a publié des faits nombreux avec les dessins des pièces qui prouvaient la réunion complète.

M. Velpeau. Je regrette que nous soyons pressés par le comité secret pour ne pas discuter à fond cette question importante. Il y aurait trois points essentiels à élucider, 1° la possibilité de la consolidation complète ; 2° les espèces de fractures ; 3° le traitement.

La possibilité d'une consolidation complète, niée par Astley Cooper, a été prouvée par un de ses compatriotes, M. Syme, par M. Chassaignac, et par quelques faits de pratique journalière. Evidemment, l'opinion d'Astley Cooper était trop absolue ; mais, il faut le reconnaître, ces consolidations complètes sont fort rares, et presque toujours il reste une claudication plus ou moins grande.

Quant aux variétés, M. Velpeau en reconnaît de deux genres, qu'il décrit.

Pour le traitement, il pense que le plan incliné de Dupuytren, moins l'appareil à extension, suffit dans presque tous les cas. C'est celui qu'il emploie avec succès. Il a vu des malades se lever au bout de vingt et quinze jours même. Mais ce n'est pas qu'il les fasse marcher aussitôt ; il les fait mettre d'abord dans un fauteuil, la cuisse placée dans une position convenable ; il les fait marcher ensuite sur des béquilles en leur recommandant bien de ne pas appuyer sur le membre blessé. Il croit que le poids du membre établit un antagonisme suffisant et utile à l'action des muscles supérieurs.

M. Blandin professe que les fractures intra-capsulaires du col du fémur sont très rares ; il croit à la possibilité de leur consolidation complète ; il obtient un plus grand nombre de succès que ses collègues, qu'il croit dans l'erreur relativement au traitement. Ces fractures, comme toutes les autres, plus que les autres, ont besoin de la coaptation complète des fragments, et quand il est obligé de faire lever et marcher les vieillards à une époque peu reculée, c'est un malheur qu'il déplore ; c'est une nécessité de leur condition de vieillard, mais non une nécessité du traitement.

M. Velpeau demande à répondre ; mais l'heure du comité secret étant arrivée, et plusieurs communications restant encore à faire, cette discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie vote sans opposition les conclusions du rapport.

— *M. Roux* présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée le matin, et qui, contrairement aux opinions récemment émises par M. Cruveilhier, présente des marques évidentes d'un commencement de dégénérescence.

— *M. Jobert* (de Lamballe) présente un cas très intéressant d'uréthroplastie. L'individu qui fait le sujet de l'observation est âgé de trente-six ans, entré à l'hôpital Saint-Louis dans les premiers jours de juin de cette année. Il présentait alors un vaste épanchement urineux qui se termina par plusieurs abcès et par gangrène de tout le côté gauche du scrotum, plus d'un point assez limité du périnée, et d'une portion de la région inguino-pubienne. La gangrène portait encore sur la face inférieure de la verge ; elle en avait détruit les téguments, et avec eux le canal de l'urètre, dans une étendue de trois pouces. La cause de ces accidents formidables était une succession de blennorrhagies ayant produit des rétrécissements du canal, et une rupture de ce dernier survenue dans un effort violent que fit le malade pour uriner.

M. Jobert, après avoir guéri à l'aide d'incisions convenablement ménagées l'épanchement et les abcès urineux, et avoir laissé à la constitution le temps de se refaire, et aux tissus celul de se dégorger et d'opérer leur mouvement de rétraction, procéda à la réparation de la manière suivante.

Il divisa l'opération en deux temps ; il commença par raviver les bords de la plaie du scrotum et de l'aine, qu'il réunit ensuite à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée. La réunion ayant été complétement obtenue, il la laissa se solidifier, après quoi il songea à rétablir la continuité de l'urètre. Pour cela il raviva d'abord toute la circonférence de l'ouverture traumatique de ce canal, emprunta un lambeau au scrotum du côté droit en disséquant avec prudence pour ménager le testicule ; ce lambeau étant insuffisant, il fit remonter son incision sur le dos de la verge, où il tailla un lambeau qui se continuait avec le premier ; il obtint ainsi assez d'étoffe pour recouvrir toute la solution de continuité éprouvée par l'urètre, aux bords avivés duquel il fixa, par un mouvement de glissement, ce lambeau à deux compartiments, à l'aide de dix points de suture entrecoupée. Il soutint ces points de suture par un morceau d'agaric introduit entre chaque ligature, afin de rendre la section des téguments moins prompte, et de laisser ainsi à la réunion par première intention le temps de s'effectuer. Il eut soin de laisser dans le canal une petite sonde de gomme élastique jusqu'à l'entière guérison, qui s'effectua si bien qu'aujourd'hui le malade, trois mois après cette restauration, urine facilement par un jet beaucoup plus volumineux qu'avant l'accident qui l'amena à l'hôpital. L'organisation du tissu inodulaire a refoulé le testicule gauche vers l'anneau, et la verge reste un peu courbée, situation que ce chirurgien avait annoncé devoir exister, en raison du mode de réparation auquel il était indispensable de recourir.

— L'Académie se forme en comité secret après quatre heures et demie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Effet particulier de l'indigo sur l'économie animale ; par M. le docteur Berger.

Depuis dix ans environ que l'indigo a été proposé comme médicament par M. Stahly, d'Ofen (Hongrie), contre plusieurs affections spasmodiques, jamais encore on n'avait signalé à l'attention des praticiens des accidents particuliers développés par suite de l'ingestion de cette substance.

M. Berger publie aujourd'hui une observation dans laquelle on voit, après l'emploi de l'indigo, se manifester, au bout de quinze jours, tous les symptômes d'une affection rhumatismale aiguë. Force fut alors de suspendre l'administration de l'indigo, et de traiter le rhumatisme par des moyens appropriés.

Une quinzaine après, les accidents étant complétement dissipés, l'indigo fut repris ; mais dès le cinquième jour de cette médication, les symptômes de rhumatisme reparurent avec autant d'intensité que la première fois, et nécessitèrent une nouvelle interruption du médicament. Cette fois, les accidents persistèrent pendant plus longtemps, et ce ne fut qu'avec beaucoup de difficulté que l'on se rendit maître de la tuméfaction et des douleurs articulaires ; l'état paraissait avoir plus

de tendance que la première fois à la chronicité, et la guérison ne put être obtenue qu'après l'application d'un assez grand nombre de vésicatoires. Il est bon de noter que, pendant la durée des symptômes de rhumatisme, il ne survint aucun accès spasmodique.

La malade, persuadée que les douleurs rhumatismales étaient dues à l'emploi de l'indigo, refusa de prendre ce médicament; mais M. Berger, encore dans le doute sur la cause réelle de ces accidents intercurrents, se décida à employer cette substance pour la troisième fois, sous forme de pilules argentées, afin que la malade ne pût s'en douter. A peine ces pilules avaient elles été données pendant huit jours, que le rhumatisme se reproduisit, et que la malade accusa le médecin de l'avoir trompée sur la nature des pilules qui lui étaient administrées. Il va sans dire que l'indigo fut définitivement laissé de côté : la maladie spasmodique ne fut pas guérie.

M. Berger ajoute que, en général, pendant l'emploi de l'indigo, les évacuations alvines sont colorées en bleu, mais qu'il n'arrive rien de pareil ni pour l'urine, ni pour la sueur, bien que plusieurs médecins aient avancé le contraire.

Sous le rapport des doses, ce praticien avoue qu'il n'a jamais pu faire prendre à ses malades des doses aussi fortes que celles qui ont été prescrites par d'autres médecins, et il se demande si cette différence ne pourrait pas reconnaître pour cause la différente qualité des indigos employés; celui qu'il y a prescrit a toujours été l'indigo Guatemala, qui est regardé comme la meilleure de toutes les sortes commerciales; les autres indigos du commerce sont souvent sophistiqués par des matières végétales étrangères, quelquefois même par la chaux et le sable.

(*Medicinische Zeitung.*)

Traitement de la prosopalgie rhumatismale, par M. le docteur KRUMMACHER, de Lengerich.

Dans plusieurs cas de prosopalgie rhumatismale, où l'on avait vainement mis en usage les diverses médications qui sont généralement recommandées par tous les thérapeutistes contre cette sorte d'affection, M. le docteur Krummacher est parvenu à obtenir une guérison complète par l'emploi de pilules composées avec le bichlorure de mercure auquel il associait, suivant les indications existantes, tantôt l'opium, tantôt l'extrait d'aconit napel ou celui de datura.

(*Berlin medicin. Zeitung.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, comprenant l'histoire des maladies qui peuvent se manifester pendant la grossesse et le travail, et l'indication des soins à donner à l'enfant nouveau-né; par CAZEAUX, professeur-agrégé à la Faculté de Paris.

En 1840, M. Cazeaux publia la première édition d'un traité d'accouchement. Ce livre fut favorablement accueilli par les médecins, et devint classique pour les élèves. Il contenait d'une manière succincte l'exposé des principes de l'art tout entier, et réunissait un assez grand nombre d'idées nouvelles peu connues encore. Quelques chapitres, celui des vices de conformation, entre autres, y avaient été traités avec un soin extrême. Les opinions de MM. Nœgelé, Velpeau, Paul Dubois, et Stoltz, s'y trouvaient exposées; cet ouvrage, enfin, renfermait des éléments de succès tout à fait propres à l'auteur dans la manière lucide dont ces opinions y étaient présentées, les explications qui les accompagnaient, et surtout dans la sérieuse et impartiale vérification qu'il en avait faite lui-même pendant son séjour dans les hôpitaux de femmes en couches.

Néanmoins, cette première édition épuisée, pensant que plusieurs parties de son livre gagneraient, les unes à être revues et modifiées, les autres à être plus ou moins augmentées, M. Cazeaux vient d'en publier une seconde qui peut presque passer pour un livre nouveau, tant il a donné de développements à son œuvre et dans le fond et dans la forme.

Conservant le plan méthodique qu'il avait suivi d'abord, après avoir décrit le bassin et les organes générateurs, il étudie la grossesse, ses signes et ses accidents, en observateur habile. Partisan des idées de Stoltz sur les modifications du col pendant la gestation, il les étaie de raisons puissantes comme déjà il l'avait fait en 1839; puis restituant à l'ovologie toute la place qui lui appartient à notre époque dans un livre de cette nature, aidé des beaux travaux de MM. Velpeau et Coste, il donne à cette branche intéressante de la science l'importance et l'extension qu'elle mérite. La pathologie de la grossesse termine la seconde partie. Nous y avons remarqué principalement des aperçus nouveaux sur la pléthore des femmes enceintes, en rapport avec le résultat fourni par l'analyse chimique du sang, et le chapitre sur les déplacements et l'avortement.

La troisième partie traite de l'accouchement en général, de ses phénomènes physiologiques et mécaniques, des classifications, du diagnostic et du pronostic des diverses présentations. M. Cazeaux, reprenant l'idée de M. P. Dubois sur le mouvement de rotation, s'est attaché à en préciser le mécanisme qu'avait indiqué l'honorable professeur. Nous avouons avoir été surpris seulement que l'auteur, s'occupant avec raison des présentations inclinées, n'ait pas cru devoir les faire entrer dans le tableau de la classification telle que la professe M. Dubois. Combattant plus loin les idées de MM. Velpeau et Guillemot, M. Cazeaux a émis sur la terminaison de l'accouchement dans les positions mento-postérieures, des idées ingénieuses, mais qui auraient besoin d'être prouvées par des faits. Les soins à donner à la mère et à l'enfant terminent cette troisième partie. Les détails de ce chapitre dénotent le véritable praticien.

Viennent ensuite les causes de dystocie, et nous retrouvons l'excellent travail dont nous avons parlé déjà, sur les vices de conformation du bassin et sur les indications que chacun d'eux réclame dans les différentes présentations. Les diverses espèces de tumeurs; les obstacles dus au corps et au col de l'utérus, au fœtus et à ses annexes; l'histoire complète de l'hémorrhagie et de l'éclampsie, la première empruntée en grande partie aux savantes leçons de M. P. Dubois, la seconde présentée d'une manière neuve; enfin les ruptures, les opérations obstétricales, et des considérations du plus haut intérêt sur l'accouchement provoqué complètent la quatrième partie, la plus considérable, la plus brillante et aussi la plus pratique de l'ouvrage. Les appréciations des préceptes donnés par les accoucheurs anciens et modernes, celles des différentes méthodes propres à provoquer l'accouchement prématuré, les modifications apportées au céphalotribe, tels sont les chapitres sur lesquels nous appelons spécialement l'attention des accoucheurs.

Si la cinquième et dernière partie le cède à la précédente sous le rapport de l'étendue, elle doit lui être comparée pour l'intérêt; l'auteur y parle de la délivrance et des accidents qui peuvent la compliquer, de façon à prévenir toute espèce de doute dans l'esprit de l'élève et du médecin.

Nous pourrions peut-être reprocher à ce livre d'être complétement muet sur la pathologie des suites de couches et sur l'allaitement, connaissances indispensables à l'accoucheur; mais l'étendue considérable des questions tocologiques proprement dites nous empêche d'insister sur ce point; d'ailleurs, nous savons que l'auteur travaille en ce moment à un ouvrage sur ce sujet. Nous croyons donc n'être que juste en disant que le Traité d'accouchements de M. Cazeaux est un livre savamment et consciencieusement écrit. Tout en mettant à profit les idées toujours empreintes de ce sens si éminemment pratique et de cette justesse de vues qui distinguent M. Paul Dubois, tout en se servant de l'immense érudition de M. Velpeau, des travaux des anciens et de ceux de MM. Nœgelà, Stoltz, et d'autres encore, tout en rendant religieusement à chacun ce qui lui appartient, se réservant d'examiner par lui-même, constatant les résultats obtenus, vérifiant les opinions émises, ajoutant ses propres recherches à celles de ses maîtres, M. Cazeaux a su rejeter les assertions qui lui ont paru erronées, de quelque part qu'elles vinssent, sans leur demander leur nom, avec une indépendance complète et qui lui fait honneur.

Quant à l'exécution matérielle du livre, nous l'avouons, elle nous a trouvés d'abord incrédules; nous avons refusé de croire un moment à un ouvrage d'accouchement aussi luxueusement édité; nos confrères, qui savent, ainsi que nous, comment sont traités les Baudelocque, les Lachapelle, Gardien, Capuron, Boivin, Moreau, Velpeau même, ne seront pas peu surpris de trouver un volume splendide, avec un papier admirable, des caractères purs, une absence complète de fautes d'impression et des planches très nombreuses, merveilleusement gravées, intercalées dans le texte. Il semble que les éditeurs aient enfin compris que le temps est venu d'abandonner l'ignoble papier et les caractères de rebut irrévocablement affectés aux livres médicaux. Nous les en félicitons.

En résumé, si dans ce Traité d'accouchement les citations sont fréquentes par la nature du sujet même, la manière dont elles sont commentées, la clarté des descriptions, les théories et les observations nouvelles, les détails pratiques, le style correct et rapide, l'ensemble du livre, en un mot, ajoute une nouvelle preuve de capacité et de savoir à celles fournies déjà par M. Cazeaux dans une circonstance toute récente encore.

PAJOT.

NOUVELLES.

Les recherches récemment publiées par le préfet de la Seine donnent les résultats suivants :

De 25,324 décès constatés à Paris en 1829, et relevés par sexe et par âge, 4,719 enfants sont moissonnés dans la première année; la mortalité se ralentit de 2 ans à 16, puis va toujours croissant jusqu'à 70. Des 25,324 êtres existants, *soixante-dix* seulement dépassent 80 ans, *douze* 90 ans, et *deux*, *un* homme et *une* femme, atteignent 100 ans!

La médecine peut trouver du moins, dans le volume publié, matière à d'utiles travaux. Croirait-on qu'à Paris la petite-vérole fait encore, par année, 200 victimes? Croirait-on, voilà qui est pire, que sur 28,942 naissances, on compte 1,787 enfants morts-nés?

On a tenté d'établir d'une manière exacte quel est pour chacun des douze arrondissements le rapport des décès à la population.

Les deux termes extrêmes de cette comparaison qui se rapportent aux 2ᵉ et 9ᵉ arrondissements, que l'on considère généralement comme étant, l'un le plus riche et l'autre le plus pauvre de Paris, donnent, pour terme moyen des trois années observées, sur 10,000 habitants :

Dans le 2ᵉ arrondissement, 18,73 décédés, dont 3,62 aux hôpitaux civils;

Dans le 9ᵉ arrond., 30,29 décédés, dont 9,47 aux hôpitaux civils.

D'où l'on pourrait tirer l'induction que l'avantage de l'aisance sur la pauvreté, pour la prolongation de l'existence, se formulerait numériquement, pour ces trois années, à peu près ainsi : 12,30 ou 0,4.

Sur 28,942 naissances en 1836, on compte 9,633 enfants, près du tiers, nés hors du mariage! La statistique établit les funestes effets du suicide. Le nombre des hommes qui se détruisent l'emporte de beaucoup sur celui des femmes : chaque sexe conserve dans ses moyens de destruction ses instincts, ses penchants! Aux femmes, les morts timides, et qui laissent, si l'on peut dire ainsi, une chance au salut : le charbon, le poison, la rivière; aux hommes, les trépas résolus : le fer et les armes à feu.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été remplie par des sujets étrangers aux sciences médicales. Il n'a été question que d'une lettre de M. Laugier en réponse à la dernière communication de M. Guérin. M. Laugier démontre que son procédé pour le pansement des plaies n'a absolument rien de commun avec celui indiqué par M. Guérin.

Paris, 25 novembre 1844.

Monsieur le Rédacteur,

M. Caventou veut absolument oublier qu'il a inséré dans votre Journal un supplément à son opinion émise au sein de l'Académie, et que c'est à ce supplément fort peu libéral que j'ai répondu le 19.

Dans ma réponse, en opposant à ses suppositions hasardées les expertises d'hommes d'un mérite et d'une probité reconnus, je n'avais pas la prétention d'entraver son dévouement à l'hygiène publique; je pensais, au contraire, lui fournir l'occasion d'en donner la preuve en se livrant à des examens consciencieux. Ne lui annonçais-je pas la volonté de faciliter l'étude du sol où l'on avait découvert la source, de fournir pour les expériences chimiques les eaux sulfureuses à leur état natif, et d'attendre ensuite la décision définitive de l'Académie dont il est membre?

Eh bien! malgré ce témoignage de soumission à la science et de bon vouloir, M. le pharmacien Caventou, évidemment désintéressé au point de vue du commerce des eaux minérales, persiste à juger les eaux de ma source sans prendre la peine de les étudier, et sur des observations faites à 160 mètres plus loin, au-dessous des fosses d'aisances d'une maison qu'il fréquente depuis vingt-cinq ans. Si encore les eaux qu'il a analysées se trouvaient au même niveau que les miennes, mais il y a plus de 5 mètres 75 centimètres de différence. N'importe, c'est une idée fixe, M. Caventou entend que, sans plus ample informé, l'eau sulfureuse de la rue Vendôme, nº 2, soit déclarée mauvaise, ignoble, et, à cet effet, insère dans votre intéressante feuille de ce jour une seconde lettre, vrai réquisitoire de police médicale.

Il faut l'avouer, Monsieur le Rédacteur, l'esprit de suite qui unit ce nouveau manifeste au précédent, le prestige littéraire dont l'auteur a su l'environner, et, pardessus tout, la puissance de sa dialectique, ne me laissent pas la force de répondre. Je courbe la tête, honteux et confus d'oser croire encore, comme tout le monde, au savoir de MM. Pelouze, Barruel, Chevallier, Henri, Rivière, et d'avoir douté un instant de l'infaillibilité scientifique de M. Caventou. Il ne me reste plus qu'à faire amende honorable, en priant le public appréciateur de lire, de comparer les deux lettres de mon impitoyable adversaire, et de jeter un coup d'œil sur les explications présentées le 19 courant.

Agréez, etc.

LACARRIÈRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 30 NOVEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 140. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 29 NOVEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Il existe, en même temps, à la Charité, dans le service de M. Velpeau, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, un exemple de pseudarthrose du bras, suite de fracture non consolidée.

Les fractures de l'humérus semblent être celles à la suite desquelles on observe le plus souvent la pseudarthrose. Cette donnée recevr..it plus de certitude d'un relevé statistique qu'il serait facile de dresser d'après les indications bibliographiques renfermées dans l'article de M. Velpeau (*Méd. opér.*, t. II); mais on peut l'admettre avec ce professeur, comme résultant à première vue des faits.

Comment expliquer que les fractures de l'humérus soient plus que les autres exposées à ne pas se consolider? Cela tient très vraisemblablement à ce que l'on ne prend pas pour ces fractures les mêmes précautions que pour celles du membre inférieur. L'immobilité des fragments n'est pas généralement aussi rigoureusement maintenue pour les unes que pour les autres, ce qui dépend de deux circonstances. D'abord, beaucoup de chirurgiens appliquent un bandage sur le bras et ne fixent pas le bras lui-même; ensuite le blessé se lève, tandis qu'il reste couché quand il s'agit d'une fracture du membre inférieur. Il est bon, comme nous l'avons exprimé dans un autre article, que l'appareil appliqué pour une fracture de l'extrémité supérieure permette au malade de quitter son lit; mais, du moins, faut-il que cette extrémité soit fixée de manière qu'elle ne jouisse pas de mouvements propres. Une simple écharpe ne suffit pas à cet effet. Il faut qu'un huit de chiffre attache le bras au tronc; une courte bande passée autour du poignet et nouée derrière le cou sert à soutenir le bras. Nous ferons une remarque au sujet de cette courte bande; sa fixation au cou n'a pas lieu sans quelque compression des veines jugulaires externes, et il vaudrait mieux, autant que possible, en fixer les bouts à la bande en huit de chiffre au moyen d'une épingle, ce qui n'empêcherait pas de les nouer ensuite à la nuque.

Il y a, comme chacun sait, des causes de non consolidation indépendantes du mode de traitement, et inhérentes au sujet, ou propres à la fracture même. La syphilis, le vice cancéreux, le scorbut, une assimilation imparfaite par suite d'une mauvaise alimentation, appartiennent à la première espèce. Mais ces causes inhérentes au sujet sont générales ou locales; une cause locale inhérente au sujet sera, entre plusieurs autres, la présence d'hydatides dans l'os fracturé, comme cela eut lieu dans le cas célèbre de Dupuytren. Quant à la seconde espèce, il est évident que si, par exemple, l'un des fragments a traversé un muscle, de manière à ne plus correspondre à l'autre, la consolidation ne pourra s'opérer. L'un des faits les plus remarquables parmi ceux qui attestent l'influence de la syphilis sur les os, par rapport aux fractures, est cité dans l'article *Pseudarthrose* du *Dictionnaire de médecine;* chose remarquable, les os se cicatrisaient avec la même facilité qu'ils se rompaient. Le rob Laffecteur fit cesser cette cachexie. Il semblerait, d'après ce fait et plusieurs autres, comme serait celui que nous avons cité de cette jeune femme qui se brisa la clavicule en attirant son mari, laquelle jeune femme était nourrice, il semblerait, disons-nous, par une contradiction singulière, que certaines causes dont l'effet immédiat serait de dépouiller les os d'une partie de leurs sels calcaires, rendraient les fractures plus faciles sans pour cela s'opposer à leur consolidation. Cet aperçu est conjectural; mais on ne peut nier qu'il ait quelque apparence de fondement.

Les causes dont il vient d'être parlé sont communes à toutes les fractures. Mais une des causes les plus ordinaires de non consolidation, ou même la plus ordinaire, consiste dans le défaut d'immobilité des fragments. Nous disons la plus ordinaire, car sur quarante-quatre cas qui forment la table annexée au mémoire de Norris, vingt-deux montrent la fâcheuse influence de cette circonstance; et c'est elle, comme nous l'avons dit, qui ferait la plus grande fréquence des pseudarthroses du bras.

Le sujet du service de M. Blandin est un garçon de vingt-quatre ans, assez robuste, non entaché d'un vice quelconque, charretier. Il tomba de sa hauteur il y a dix-huit mois, et se fit une fracture très oblique de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. On lui appliqua un appareil, et on lui fit garder le lit pendant trois mois. L'appareil, d'après ce qu'il rapporte, était absolument insuffisant; on peut même douter qu'il ait été mis par un homme de l'art. Au bout de trois mois, la fracture n'étant pas consolidée, on permit au malade de se lever, et il ne tarda pas à reprendre son travail, tout en portant son bandage, qui se relâchait souvent, et qu'on resserrait à mesure. Il a passé ainsi quinze mois, ce qui complète les dix-huit mois écoulés depuis le moment de la fracture. Aujourd'hui, le membre est très atrophié; il a diminué d'un tiers dans sa circonférence; l'humérus a subi une diminution proportionnellement plus notable encore. On dirait un os d'enfant. Cette condition est fâcheuse, comme on pense bien. L'art ne peut attendre beaucoup d'un os qui a tant souffert dans sa nutrition. L'obliquité est très grande, la mobilité extrême; au plus léger mouvement, on fait saillir en avant le fragment inférieur, comme s'il était prêt à percer la peau. En frottant les fragments l'un contre l'autre, on sent qu'ils se touchent, non pas immédiatement, car le son perçu est pareil à celui que donnerait le frottement de deux surfaces cartilagineuses, mais de très près; il ne semble pas y avoir autre chose entre eux qu'une mince couche fibreuse, ce qui n'était pas, comme on le verra, le cas du sujet de M. Velpeau. Autant qu'on en peut juger, le fait de M. Blandin rentrerait donc dans ces sortes d'amphiarthroses accidentelles, analogues au mode de consolidation le plus ordinaire des fractures transversales de la rotule. Du reste, les fragments sont effilés, et M. Blandin y reconnaît des stalactites osseuses, qui sont pour nous comme des témoins accusateurs de l'art; car ici, évidemment, la matière osseuse n'a pas manqué; on n'a pas su la diriger.

La question à se poser est celle-ci: Abandonnera-t-on ce jeune homme à lui-même? Essaiera-t-on, dans des conditions évidemment défavorables, de pratiquer une opération? Dans le premier cas, il est aisé de prévoir ce qui arrivera: le bras s'atrophiera de plus en plus, et ce malheureux, privé de l'usage d'un membre, sera obligé de renoncer à son état, c'est-à dire qu'il deviendra incapable de pourvoir à sa subsistance. Dans le second cas, quelle opération pratiquera-t-on, et quelles chances contraires ou propices doit-on craindre ou espérer pour le malade? Tels sont les termes de la question que M. Blandin s'est posée. Pour la résoudre, il a décrit en quelques mots les ressources que la médecine opératoire met à la disposition du chirurgien, ressources qu'il est superflu d'énumérer ici, et que chacun pourra trouver complètement exposées dans l'article déjà cité de M. Velpeau. La conclusion du professeur a été que l'on n'avait le choix, dans l'espèce, qu'entre des moyens inefficaces, tels que le frottement des surfaces, acquis à la pratique antérieurement à Celse, et des moyens d'un effet plus assuré, mais dangereux, tels que la résection des fragments, qui a été plusieurs fois mortelle.

Dans cette alternative, M. Blandin a été amené à imaginer un procédé qu'il croit original, et qui constituerait une application nouvelle de la méthode sous-cutanée.

Le malade ayant été couché sur la table d'opération, un pli a été fait à la peau du côté externe du bras, et un bistouri à lame étroite a été introduit à la base de ce pli, jusqu'à l'os. Un autre bistouri, également à lame étroite, mais boutonné, a été dirigé dans la voie tracée par le premier, et conduit avec précaution dans l'intervalle des fragments, entre lesquels la substance fibreuse pseudo-amphiarthrodiale a été divisée, tandis que le doigt indicateur gauche de l'opérateur, appliqué au côté interne du bras, sur le trajet de l'artère brachiale, servait à garantir ce vaisseau. La couche fibreuse divisée, l'opérateur, tournant à plusieurs reprises le tranchant du bistouri contre la surface des fragments, les a grattés et entamés de manière à y exciter l'inflammation nécessaire à l'adhésion. Un morceau de diachylon a été appliqué ensuite sur la piqûre, qui a donné à peine quelques gouttes de sang; une bande a été roulée depuis la main jusqu'à l'épaule; des attelles ont été mises autour du bras; enfin le membre a été fixé au tronc, et suspendu comme nous l'avons indiqué plus haut, l'avant-bras dans la flexion.

Le procédé ingénieux que nous venons de décrire, rentre, pour le principe, dans la méthode qui consiste à irriter les surfaces des fragments, et, pour le mode opératoire, dans la méthode sous-cutanée.

Le second cas, celui de M. Velpeau, offre avec le précédent beaucoup d'analogie. Ainsi la fracture, très oblique, comme l'autre, siége à la partie inférieure du bras; seulement, c'est le bras droit qui est affecté. La mobilité est considérable aussi, et à voir ce membre se couder et s'agiter, à la moindre impulsion dans un point de sa continuité, la comparaison avec un bras de polichinelle, vient à l'esprit de tous les spectateurs. Pareillement, le sujet est robuste; mais il existe ici une circonstance anatomique qui distingue essentiellement ce cas du premier, et que nous ferons connaître plus opportunément tout à l'heure.

Après une revue des différents modes de traitement applicables aux pseudarthroses, revue dont on pense bien que les matériaux ne manquent pas à l'expérience et à l'érudition de M. Velpeau, ce professeur, considérant que plusieurs moyens, entre autres le séton, avaient été inefficacement employés dans le cas actuel, prenant en considération d'ailleurs le vif désir

FEUILLETON.

LES GUÉRISSEURS DU BRÉSIL (1).

Bordeu, en écrivant l'histoire de la médecine, a peint les Indiens du Para convertis en sages-femmes et leurs prêtres en médecins, guérissant leurs malades à coups de fouet, eux que les coups de griffes de tigre et le jeûne avaient fait proclamer comme les sauveurs de leurs semblables. Il y a là un peu trop d'imagination et pas assez de vérité. Il n'existait à l'époque de la découverte du Brésil, que certaines pratiques ou une routine basée sur les vertus des plantes. Ham Stade Gauvado, Nicolas Ferman, ont observé ce que les Indiens, livrés à eux-mêmes, pratiquaient dans le traitement des maladies. La tradition, conservée par des vieillards, frappa les jésuites en 1449; ces révérends pères, dès le principe de leur établissement, s'appliquèrent à recueillir, à étudier les productions locales et à faire leur profit des connaissances et des observations des indigènes. En échange, ils enseignèrent à ces nations ou peuplades quelques remèdes européens; mais ils furent interrompus dans leurs travaux, au milieu du dix-septième siècle, par ordre supérieur. Du mélange des pratiques indiennes et des formules copiées des livres de médecine européens, naquit une thérapeutique informe, grossière, extravagante, qui se transmit par tradition dans les classes des cultivateurs de sucre et de coton et des gardiens de troupeaux dans les montagnes ou sertoès; et ce mélange primitif, altéré par les arcanes des nègres venus de Guinée et d'Angola, fut dès lors le partage exclusif des hommes qui s'intitulèrent médecins du peuple ou guérisseurs.

Aujourd'hui les guérisseurs abondent dans l'hémisphère du Sud-Amérique autant que les charlatans scientifiques en Europe. L'Amérique espagnole en est infectée, et M. Lesson nous assure, ainsi que M. Stevenson, que le Pérou est victime de leur arbitraire domination.

Au Brésil, la nécessité a obligé certains propriétaires d'esclaves, des planteurs isolés ou des mineurs éloignés à quelques centaines de lieues des grandes villes, de se créer une médecine pratique pour secourir leurs proches et leurs ouvriers dans des cas d'accidents ou de maladies. M. A. de Saint-Hilaire raconte « qu'à Salgado et dans d'autres con- » trées de Minas-Geraes, on trouve dans un grand nombre de villages » des vieillards qui s'appliquent à connaître les végétaux utiles, qui » recueillent les traditions de leurs devanciers, font quelquefois des » expériences et donnent des conseils aux malades. » Cette observation s'applique également à d'autres provinces qui sont au dépourvu des gens de l'art; la difficulté de se créer une position dans des districts éloignés des côtes et des capitales des provinces, a retardé l'établissement des médecins, chirurgiens et pharmaciens à Goyaz et à Matto-Grosso. En 1831, ces deux provinces étaient encore sans médecins; le président de Goyaz réclama à cette époque auprès du gouvernement, et la Société de médecine de Rio-de-Janeiro appuya cette juste demande.

C'est donc le besoin qui a fait improviser des médecins nomades, qui vont d'habitation en habitation, offrant leurs services, vendant des drogues et renouvelant les provisions des cultivateurs. Dans les voyages d'exploration de José Gonsalves da Tonceca, en 1749, et de Ribeiro de Sampayo, en 1774, il est question d'un chirurgien portugais dont l'incroyable activité s'étendait à un rayon de plus de trois cents lieues, et qui, à des époques fixes, visitait les districts de Matto-Grosso, du Maranham et du Parà, comme les autocrates de la profession le font en Europe.

A défaut de ces chevaliers errants de la chirurgie, la lancette au poing et le bouclier transformé en caisson de sulfate de quinine, il existe des Dionis indiens, des Chiracs nègres et des Baumès, ou apothicaires métis qui, sous le nom de guérisseurs, entreprennent la cure des maladies, soit dans les campagnes, soit dans les villes; et, sous ce rapport, celles qui comptent un grand nombre de médecins estimables, renferment aussi des guérisseurs dont les journaux publient avec pompe les précieux arcanes. Qui n'a pas lu les annonces d'Antonio Gomès, dans le journal *do Commercio* de Rio-de-Janeiro, et ses innombrables et merveilleuses cures! Les journaux de Bahia et de Fernambouc contiennent régulièrement des réclames qui luttent d'emphase et de vérité avec celles de Paris, de Londres et de New-York.

La classe des guérisseurs se divise en deux ordres distincts: les guérisseurs indigènes, les guérisseurs exotiques. Cette classification résume tous les genres, espèces et variétés de cette milice guerroyante contre la pauvre humanité. A l'ordre des guérisseurs indigènes appartiennent tous ceux qui, connaissant bien ou mal les plantes du pays, emploient le régime et quelques végétaux pour guérir les morsures, les plaies ou d'autres infirmités. Dans le second, se rangent les amateurs, ou spéculateurs de la pathologie humaine, véritables entrepreneurs de maladies, qui exploitent les cas graves avec profit, tirent de la crédulité de larges contributions, et se servent, pour traiter ou guérir les malades, de formules secrètes, de méthodes tronquées par l'ignorance ou de certaines applications hardies devant lesquelles la prudence des gens de l'art recule d'effroi.

. . . .

Les guérisseurs indigènes habitent surtout les montagnes ou *sertoès;* ils se rapprochent davantage de l'état de nature; c'est là qu'ils traitent les plaies avec l'huile de *carapato* ou le suc de manioc. L'*herva cabreira*, ou *caatia* de Pison, fait dans leurs mains des miracles journaliers. Spix et Martius parlent de la graisse du serpent sururiée (boa murina), employée à Minas contre la phthisie pulmonaire en frictions sur le thorax; et M. de Saint-Hilaire, en relatant les avantages du miel comme aliment et comme remède général, parle aussi des bouillons de serpent usités contre la maladie vénérienne dans les *sertoès* de la même province......

Si les indigènes ont été prodigues de connaissances sur les végétaux si nombreux et si variés du Brésil, ils ont aussi mêlé des pratiques extravagantes à l'emploi des simples; mais, dans ce genre, ils ont été en partie guidés par leurs conquérants et par leur contact avec les

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage très remarquable que vient de publier M. le docteur Sigaud, *Sur le climat et les maladies du Brésil*, ou *Statistique médicale de cet empire.* Un vol. grand in-8°. Chez Fortin, Masson et comp., libraires, 1, place de l'Ecole-de-Médecine.

du malade de se soumettre à une opération quelconque pour recouvrer l'usage de son membre, se décida à faire la résection.

Une incision de huit centimètres environ, fut pratiquée en arrière de la fracture, et les tissus furent rapidement divisés jusqu'aux fragments. L'inférieur, comme le plus mobile et le plus facile à isoler, fut attaqué le premier, ce qui était un moyen de se donner du jour pour l'autre. Celui-ci se prolongeait très loin par en bas, et il fallut que le bistouri allât le dégager tout près de l'articulation huméro-cubitale et dans la proximité de l'artère. Ce temps de l'opération fut épineux, et le chirurgien dut y mettre toute son attention. Néanmoins, en assez peu de temps le fragment fut amené hors de la plaie et réséqué comme le premier. La section fut faite à l'aide d'une petite scie à main, les chairs étant garanties par une compresse pliée en plusieurs doubles appliquée à la base du fragment.

La résection terminée, il s'agissait de mettre les fragments bout à bout; mais c'est alors que l'on s'aperçut de la circonstance annoncée plus haut : c'est à savoir l'interposition d'une portion considérable de muscle aux deux fragments. C'était une portion du triceps traversée par l'un d'eux au moment de l'accident. Il en était résulté que les deux bouts de l'os avaient chacun une espèce de poche dans laquelle ils jouaient librement, et que, dans ce moment même où l'on avait les parties immédiatement sous les yeux, la coaptation était impossible. M. Velpeau souleva sur son doigt la bride musculaire épaisse, qui fut divisée à l'aide du bistouri, et les fragments purent être mis en rapport.

Cette circonstance de l'interposition de parties molles à l'os fracturé a été observée par différents chirurgiens, entre autres, par A. Cooper, MM. Key et James Earle.

Nous ne devons pas oublier de noter qu'avant l'opération, on ne sentait pas les fragments se toucher, comme dans le fait de M. Blandin. Ce signe mérite considération, et pourrait servir, dans un cas semblable, à faire reconnaître l'état des parties.

On comprend qu'étant donnée la possibilité de reconnaître, peu après la production d'une fracture, l'interposition d'une portion de muscle aux fragments, il y aurait lieu de faire l'application de la méthode sous-cutanée avec beaucoup plus de succès que dans le cas échu à M. Blandin. M. Velpeau a interposé aux lèvres de la plaie quelques boulettes de charpie, et appliqué un appareil contentif peu serré.

Nous avons vu son malade plusieurs jours après l'opération, il n'avait encore éprouvé aucun accident; car nous ne pouvons appeler de ce nom la fièvre traumatique légère qui s'est emparée de lui le premier jour.

— M. Blandin a dans ses salles un homme qu'il a opéré d'un cancer du voile palatin. La masse cancéreuse était très volumineuse. Quatre ligatures ont été appliquées à la racine du voile du palais, d'après un procédé qui nous a paru analogue à ceux de M. Vidal (de Cassis) pour la ligature de la langue. La partie étreinte n'a pas tardé à se détacher, et le malade l'a avalée. La plaie est presque fermée. L'observation sera publiée, et nous y reviendrons, de même que sur les deux cas importants qui nous ont occupé d'abord.

— Un lipome de l'épaule a été extirpé par le même professeur suivant un procédé qui diffère des modes usités. La tumeur avait le volume du poing. M. Blandin, la soulevant fortement d'une main pour l'éloigner de l'aponévrose, glissa au dessous d'elle la lame d'une couteau, avec lequel il tailla un lambeau aux dépens de la peau qui la recouvrait, de telle sorte que ce lambeau pût ensuite retomber sur la plaie. L'excision de la tumeur fut prompte et facile. La cicatrisation s'est faite rapidement aussi. Ce procédé a le *cité* pour lui.

— Il serait bien temps de revoir ce qui a rapport aux fongus de la vessie. Rien de plus vague et de plus confus que ce qu'on désigne sous ce nom. Il y a d'ailleurs beaucoup de *familles* pathologiques qui ont besoin d'une semblable révision. Avons-nous une bonne anatomie pathologique des polypes des fosses nasales, distingués comme il conviendrait des productions cancéreuses qui se développent dans le même siége ?.....

M. Blandin a montré à ses élèves une vessie qui avait passé pour contenir un fongus, et qui offrait un type d'encéphaloïde. Une petite tumeur blanche et dure (encéphaloïde cru) occupait le centre de la prostate hypertrophiée.

— Une tumeur fort singulière a été extirpée par M. Velpeau; elle siégeait à l'extrémité de l'urètre chez une femme âgée de trente deux ans, et se prolongeait un peu dans le canal. Rouge et peu tendue, elle donnait l'idée d'un polype. Elle gênait peu la miction, et c'est surtout la crainte de la voir grossir qui avait amené le sujet à l'hôpital. Au moment de l'excision, le kyste fut légèrement entamé, et l'on vit sortir une matière jaune absolument analogue à la matière de la fin de l'intestin grêle. Cette ressemblance fut, pour tous les assistants et pour M. Velpeau lui-même, l'occasion d'une vive surprise. Un bourdonnet de charpie fut introduit dans l'urètre, et au bout de peu de jours la femme sortit guérie. X.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Suite du discours d'ouverture. (Quatrième leçon.)

Des accidents consécutifs des opérations chirurgicales.

Nous avons divisé les accidents consécutifs proprement dits en *spéciaux* et *généraux*. Nous avons dit quelques mots des premiers dans notre dernière leçon, n'ayant pas pu entrer dans des détails sur ce sujet qui sortiraient des limites de ces généralités. Nous passerons maintenant aux accidents généraux. On peut les diviser aussi, comme nous avons fait des primitifs, en locaux, en immédiats, en éloignés, en finaux. Du reste, on éprouve un véritable embarras à diviser ces accidents d'une manière rigoureuse. La division signalée, quoique bonne, ne satisfait pas les esprits exacts et sévères. Il y a des accidents généraux qui surviennent à des accidents primitivement locaux. Comment les appellera-t-on? Ainsi l'infection purulente, malheureusement si fréquente à la suite de nos opérations, n'est-elle pas ordinairement le résultat d'une phlébite qui est d'abord un accident tout local, ou d'une suppression brusque de suppuration qui se passe dans un point déterminé de l'organisme? Il en résulte que ces accidents purement locaux enfantent souvent des accidents généraux, qu'il y a entre les uns et les autres un lien véritable, mais la difficulté est de déterminer cette liaison. Il y a bien des accidents qui sont toujours et franchement locaux ou généraux, et qui ne changent pas de caractère. Ainsi l'hémorrhagie, considérée en elle-même et indépendamment des causes sous l'influence desquelles elle se développe, est toujours et constamment un accident local.

Les accidents consécutifs généraux sont assez nombreux. Nous ne pouvons pas les étudier tous; l'occasion se présentera plus tard. Nous pensons à nous restreindre pour le moment à l'étude des hémorrhagies consécutives à nos opérations. C'est un sujet du plus haut intérêt pratique, et je réclame, par conséquent toute votre attention sur ce que je vais dire. J'en ai déjà dit quelques mots d'autres fois par incidence, mais je ne l'ai jamais traité d'une manière un peu complète; j'espère le faire dans les deux leçons successives.

Ceux de vous qui ont suivi l'année dernière notre cours clinique, doivent se rappeler qu'en parlant des accident primitifs des opérations j'ai compté l'hémorrhagie ou la perte d'une quantité de sang plus abondante qu'on ne doit ordinairement l'attendre de le nature même des opérations, et que je l'ai distinguée en artérielle et veineuse selon que le sang est fourni par les vaisseaux artériels ou veineux. La même distinction peut être établie pour les hémorrhagies consécutives. Chose remarquable, c'est que les premières ou primitives et immédiates sont le plus souvent veineuses, tandis que les secondes ou consécutives sont ordinairement artérielles. Cela tient à ce que pendant les opérations il y a toujours une stase de sang veineux dans les vaisseaux, produite par les efforts que les malades font pour échapper, jusqu'à un certain point, à la douleur, ce qui distend d'une manière anormale les veines, et les dispose aux hémorrhagies, tandis que, consécutivement, le calme se rétablissant dans l'économie, le système veineux rentrant dans son état normal, les hémorrhagies veineuses deviennent excessivement rares, et quand elles arrivent sont plutôt artérielles.

On peut dire aussi que ces hémorrhagies sont beaucoup plus graves à cause même des vaisseaux qui les fournissent, car, toutes choses égales d'ailleurs, la même perte de sang est toujours plus grave si elle vient des artères que des veines. Vous savez quel affaiblissement survient à l'écoulement même modéré du sang artériel, tandis qu'un individu se sentira à peine affaibli d'une large saignée veineuse.

Déjà, il y a quelques jours, je vous disais qu'il est difficile de déterminer quand une hémorrhagie est et doit s'appeler consécutive. Il semblerait que toute effusion de sang, après une opération, lorsque la plaie a été réunie et pansée, est consécutive. C'est bien là notre pensée; cependant, il faut en convenir, cette hémorrhagie qui survient peu de temps après l'opération finie, se rapproche beaucoup de l'hémorrhagie instantanée survenant pendant l'opération. Il y a d'ailleurs des hémorrhagies qui arrivent si tardivement, vingt, trente, quarante jours et plus après l'opération, et qui diffèrent tellement des précédentes, qu'on ne peut pas les classer dans la même catégorie.

Je pourrais vous citer une foule d'exemples de ces hémorrhagies tardives pris dans ma pratique particulière; je vous citerai le suivant, que déjà j'ai cité d'autres fois, comme celui qui est très saillant. Il y a vingt-deux ou vingt-trois ans, j'avais lié l'artère crurale à un individu pour un anévrisme poplité; les suites de l'opération avaient été très heureuses; nous étions arrivé au trente-deuxième ou trente quatrième jour sans le moindre accident, lorsqu'une hémorrhagie très abondante se déclara dans le vaisseau lié; fort heureusement nous avons pu arriver à temps pour donner les secours convenables; l'hémorrhagie fut arrêtée définitivement, et le malade guérit. L'année dernière même, quelqu'un de vous se rappellera encore l'opération semblable que nous avons pratiquée sur un homme affecté d'anévrisme à la partie inférieure de la cuisse; l'opération avait réussi en ce sens que nous étions arrivé au quarantième ou cinquantième jour sans accident, quand une petite hémorrhagie se manifeste dans la plaie même de la ligature; on l'arrête d'abord, mais elle se renouvelle et nécessite l'emploi de la ligature de l'iliaque externe. Le malade succombe à cette dernière opération. Voilà des hémorrhagies qui arrivèrent bien long-temps après l'opération faite, et lorsqu'on avait moins raison de s'en douter.

Nous avons dit que les hémorrhagies consécutives, seulement parce qu'elles suivent une opération, soit de loin, soit de très près, sont toujours plus graves que les immédiates, parce que les malades s'en affectent beaucoup et les regardent comme un signe funeste. Ainsi, il y a telle hémorrhagie à la cuisse à la suite d'amputation, qui, quoique arrivant peu de temps après l'opération, cause des ravages tels dans les parties constituant le moignon, que bien souvent les suites en sont funestes. On peut dire la même chose de l'hémorrhagie qui survient à la suite de la taille, et dans laquelle le sang s'épanchant dans la vessie produit des symptômes très graves si on ne s'en rend pas maître immédiatement. A cause de cela peut-être conviendrait-il d'appeler *primitives* les hémorrhagies qui arrivent quelques heures seulement après les opérations, pour les distinguer de celles qui sont très tardives, en appelant alors *soudaines*, *instantanées*, les hémorrhagies survenant dans le cours de l'opération. Ainsi, on pourrait distinguer les hémorrhagies consécutives en *immédiates*, *consécutives* et *tardives*, et en *très tardives*. Cette distinction n'est pas aussi futile qu'on pourrait le croire; elle exprime différents états des parties qui sont le siége des hémorrhagies. En effet, quand elles arrivent presque immédiatement après les opérations, les parties se trouvant à peu près dans l'état où elles étaient, il n'y a pas encore eu de caillot formé dans les vaisseaux, la nature n'a rien fait encore pour l'oblitération de ceux-ci; il n'y a pas, enfin, un changement physiologique appréciable dans ces organes, et cela est très important à noter; car les vaisseaux n'étant pas encore le siége d'une inflammation, peuvent être facilement saisis et liés sans crainte de lésion, et l'hémorrha-

---

nègres; car ce sont ces guérisseurs exotiques qui ont gâté la pratique indienne, et l'ont altérée par des alliances bizarres et d'une grotesque ignorance au point de la rendre méconnaissable.

Les Indiens, ou guérisseurs indigènes, avaient une thérapeutique végétale; les guérisseurs exotiques lui ont substitué une matière vraiment animale dans l'acception du mot. Qu'est-ce, en effet, que la cure des *Madingueiras* ou sorciers nègres, ou les essais des religieux *Barbadinos* venus d'Italie, qui, dans l'hospice de Saint-Antoine-des-Pauvres, guérissaient les hernies, les vers, et tiraient le diable du corps humain? Comment qualifier cette manière de traiter les fièvres malignes importées par les vieilles femmes de l'Estramadure, consistant à entourer les chevilles avec des limaçons, à placer sur les jambes des pigeons ouverts, et, après avoir recommandé la saignée, à faire manger des maracutes et donner des bouillons fortifiants? A la méthode populaire de chasser le *cabreiro* ou *zona* à coups de hache, non contre le malade heureusement, mais contre la porte, avant de frictionner la partie avec du vinaigre? Toutes ces pratiques importées d'Europe et de la côte occidentale d'Afrique, témoignent une profonde ignorance, jointe à la tradition de quelques moyens thérapeutiques pris aux gens de l'art.

C'est en copiant certaines formules dans les hôpitaux, en les amalgamant avec des composés bizarres et se targuant d'être infaillibles, que les guérisseurs exotiques ont pris terrain dans l'opinion publique, et qu'ils ont assuré leur triomphe en raison de la crédulité générale. A toutes les époques ces guérisseurs ont joui d'un grand crédit. Du temps de don Paulo Fernandès, intendant-général de la police à Rio-de-Janeiro, un nègre guérisseur obtint du médecin en chef du district d'exercer sa profession dans la capitale. Luiz da Costa Mineiro a fait, à cette même époque, sa réputation en guérissant un dépôt de lait avec le *feiajoo mindo* en cataplasmes, disant publiquement que c'était un cancer ulcéré. Le même guérisseur traitait les phthisiques avec des apozèmes de plantes pectorales, et recommandait pour aliment la viande de singe. Ses formules contre les vers, les maladies de matrice, et pour combattre les dartres, sont encore aujourd'hui transmises avec vénération dans plusieurs familles. Qui n'a pas entendu parler de la négresse Isabelle, qui donnait la faculté d'engendrer avec des bouillons de poule noire?..... Mais tous ces guérisseurs ont vu leur étoile pâlir devant l'astre radieux de la baie de *Boa viageur*. Le commandant de la forteresse, le lieutenant-colonel Carvalhas, avait une réputation colossale, de tous les points de la province de Rio-de-Janeiro on est venu pendant vingt ans le consulter, et l'on cite des cas heureux. Carvalhas connaissait les plantes médicinales; il avait acquis par la lecture une certaine connaissance des symptômes des maladies; ses consultations n'avaient rien que d'ordinaire, et ses formules étaient une reproduction mal faite de celles des gens de l'art.

L'enthousiasme envers les guérisseurs est sans bornes, lorsque les mystères de la religion s'associent à ceux de la médecine. Koster rapporte que parcourant les *sertoès* de Fernambouc, il eut l'occasion de remplir conjointement les fonctions du sacerdoce et de la médecine pratique. La sœur Germaine fut proclamée sainte à Samarâ et à Ouro-Preto, après que deux chirurgiens des environs eurent augmenté la vénération publique en déclarant dans un écrit que l'état de la malade était surnaturel. Dès lors les cures miraculeuses s'opérèrent en nombre par le simple contact de la sœur Germaine. Le docteur Gomidès, de l'université d'Edimbourg, mit fin à ces miracles en réfutant, dans un mémoire imprimé en 1814 à Rio-de-Janeiro, la déclaration des deux chirurgiens, et prouvant par une foule d'autorités que les extases de Germaine n'étaient que des accès de catalepsie.

Lorsque Thomas Lindley fut pris en 1802 à Caravellas, pour le motif de la contrebande du bois du Brésil, on crut qu'il était médecin, et force fut à ce navire de droguer les habitants du pays bon gré, mal gré. La petite vérole faisait alors de grands ravages dans la province d'Espiritu-Santo; la saignée et les clystères de lait de femme étaient les grands spécifiques; aussi Lindley s'éleva-t-il avec énergie contre l'abus de la saignée : « Le docteur Sangrado n'a jamais eu, dit-il, des disciples et des avocats plus fidèles qu'au Brésil. Je visitai un pauvre diable qui avait été saigné vingt et une fois dans l'espace de neuf jours pour un mal d'estomac. » On voit que la doctrine des saignées coup sur coup date et vient de loin.....

Depuis que les chambres municipales ont exigé la présentation des diplômes de médecins, chirurgiens et pharmaciens, et que la loi des facultés de médecine promulguée en 1832 est en vigueur, on a mis fin en grande partie à ces guérisseurs exotiques qui exploitent les provinces munis de faux diplômes. Un domestique d'un chirurgien exerçait l'art de guérir à Gayoz avec le diplôme de son maître, mort octogénaire; lui-même avait près de soixante-dix ans. De telle sorte que le diplôme, tout compte fait, portait la date d'un siècle.....

S'il restait à faire un choix entre les guérisseurs indigènes et les guérisseurs exotiques, le choix serait pour les premiers. La confiance dans les plantes a un attrait naturel, tandis que l'audace coupable des autres épouvante; les grands moyens, le fer, le feu, les poisons minéraux sont des armes familières dans des mains que trop souvent guide la plus profonde ignorance. Aux guérisseurs indigènes, la science est redevable de la découverte de plusieurs médicaments végétaux; la nombreuse famille des ipécacuanha a été découverte par les Indiens. Guillaume Pisun et Marcgrave ont rapporté l'usage qu'en faisaient les Brésiliens en 1648. Le tabac a été transmis par les Indiens de Ganabara à Thevet : et à ce propos, il importe ici de déclarer que ce n'est point Nicut qui le premier l'envoya de Lisbonne à Catherine de Médicis, mais bien Thevet qui l'apporta de Rio-de-Janeiro en France, comme il conste du manuscrit de la Bibliothèque royale de Paris.

---

gie sera arrêtée sans difficulté ; tandis que plus tard il sera survenu un changement notable dans l'état des parties, les vaisseaux se sont tuméfiés, épaissis, les parties molles environnantes sont le siége d'une inflammation suppurative plus ou moins vive, de sorte que dans ces circonstances l'hémorrhagie présente beaucoup plus de difficulté à être arrêtée ; on a beaucoup de peine à découvrir le vaisseau qui la fournit ; ce vaisseau est épaissi, friable, et par conséquent difficile à être lié d'une manière solide. Les difficultés, dans ce cas, peuvent être telles qu'on soit obligé d'en venir à lier le tronc principal du vaisseau qui fournit l'hémorrhagie. Enfin, dans les hémorrhagies très tardives, les parties ne sont pas encore revenues entièrement à l'état normal, mais cependant elles s'en approchent déjà, et on a beaucoup moins de peine à isoler le vaisseau et à le lier pour arrêter l'hémorrhagie.

Dans l'impossibilité donc de distinguer toutes les hémorrhagies consécutives relativement à l'époque où elles arrivent (ce qui d'ailleurs serait trop futile) nous croyons devoir les distinguer en trois grandes classes, c'est-à-dire en consécutives, primitives, ou immédiates, en tardives et très tardives, répondant aux trois différents états des parties qui peuvent en être le siége. Cette distinction nous semble d'une grande utilité pratique.

Ces différentes hémorrhagies peuvent avoir leur source dans toute espèce de vaisseaux, depuis les capillaires jusqu'aux vaisseaux les plus considérables qui peuvent être affectés de plaies, soit accidentelles, soit artificielles, par suite d'opérations. Vous êtes peut-être étonnés d'entendre dire que les vaisseaux capillaires puissent aussi être sujets aux hémorrhagies ; car ils ont naturellement une tendance telle à se resserrer et à se contracter, que la plus petite chose semblerait devoir en arrêter le sang ; et pourtant, on voit, dans des opérations, survenir des hémorrhagies qui n'ont absolument d'autre source que les capillaires et les petites artérioles ; c'est que tous les malades ne sont pas dans les mêmes conditions ; chez les uns, les vaisseaux ont une perméabilité telle qu'ils deviennent le siége d'hémorrhagies avec une grande facilité, telle est la disposition des sujets faibles, épuisés, dont le système circulatoire est dans un état d'atonie. Chez ces malades, il ne faut pas oublier de lier les plus petits vaisseaux ouverts, si on ne veut pas s'exposer à des hémorrhagies. Il y en a d'autres qui ont ce qu'on appelle une inévitable prédisposition aux hémorrhagies. Il y a longtemps qu'on a signalé cette prédisposition, soit pour les hémorrhagies capillaires, soit pour celles des gros vaisseaux. Les annales de la science renferment nombre d'observations de sujets ayant eu une disposition hémorrhagique héréditaire ; et, chose étonnante, ces sujets sont presque tous mâles. On a vu des familles entières sujettes à ces hémorrhagies, sous l'influence des causes les plus légères. On voit ces hémorrhagies survenir non-seulement sous l'influence de certaines conditions particulières, mais aussi d'une manière périodique et intermittente. Delpech a vu une hémorrhagie de cette nature à la suite d'une opération de taille ; après plusieurs tentatives inutiles pour l'arrêter, il y réussit à l'aide du sulfate de quinine. On les voit quelquefois chez les femmes survenir à l'époque des écoulements menstruels. J'ai vu quelques cas de ce genre, entre autres chez une femme à laquelle j'ouvris un abcès ; j'ai observé les règles s'écouler deux fois par la plaie de l'abcès aux époques ordinaires. Ne voit-on pas tous les jours des sujets avoir de ces hémorrhagies à la suite de plaies chroniques, siége d'une suppuration abondante qui a jeté les malades dans un état de profond épuisement ? Et lorsque ces hémorrhagies arrivent chez des malades de cette nature, c'est un signe presque certain de prochaine terminaison funeste.

D'autres fois, ce sera une excitation trop vive qui donnera lieu à ces hémorrhagies. Il y a quelque temps j'avais opéré en ville une personne de phimosis ; il s'agissait d'un homme dans la force de l'âge, et pour prévenir toute excitation dans les organes génitaux, j'avais prescrit une pilule camphrée pour la nuit ; malgré cela il y eut une érection assez vive pendant la nuit, qui, ayant déchiré quelques petits vaisseaux, fit naître une hémorrhagie abondante, laquelle, du reste, ne présenta rien de sérieux.

Etant à Turin, j'ai connu particulièrement M. le professeur Riberi, chirurgien, dont je prise beaucoup le talent et l'habileté. Ayant été dans ses salles cliniques, il me fit voir un jeune homme qu'il avait taillé, et qui eut par la suite des hémorrhagies abondantes et répétées. Le malade était tombé dans un grand épuisement. On soupçonna que la cause était la masturbation ; on le prévint que s'il continuait cette triste habitude il s'exposerait à un danger mortel ; malgré cela il continuait, et l'hémorrhagie se produisait aussi. Enfin on en vint à le priver de l'usage de ses bras par la camisole de force, et depuis lors l'hémorrhagie s'arrêta. Il est donc bien prouvé qu'un état de surexcitation peut contribuer à faire naître cet accident consécutif.

A propos de la prédisposition que certains individus ont aux hémorrhagies, quelques observateurs prétendent avoir constaté un vice matériel particulier dans l'organisme de ces individus. Un professeur de grand mérite résidant à Berlin, cite plusieurs faits de cette nature ; il parle surtout d'individus qui ayant succombé après avoir eu pendant la vie cette prédisposition hémorrhagique, présentèrent à l'autopsie des altérations particulières dans le système circulatoire, telles que les parois des artères excessivement minces, de même qu'une grande faiblesse dans les parois des ventricules du cœur. Voilà certes des faits qui peuvent au moins exciter le doute sur une des causes de la prédisposition en question. C'est un point de haute pathologie qui mérite de profondes méditations.

Pour mieux graver dans votre mémoire ce que je vous ai dit sur ce chapitre, je vais vous citer quelques faits de ma pratique. Il y a quelques années fut envoyé dans nos salles un jeune homme qui était tombé sur l'éminence thénar d'une main, d'où était résultée une forte contusion avec tuméfaction et considérable épanchement sanguin dans cette région. Le sang ne paraissait pas contenu dans une véritable poche, ou kyste formé par les vaisseaux déchirés, mais dans un tissu spongieux à aréoles très larges. Déjà en ville on avait fait une petite ponction à cette sorte de tumeur, et il s'en était suivie une hémorrhagie. La petite ouverture fut encore agrandie ici, je ne sais plus si c'est par moi ou par quelqu'un à ma place ; mais j'ai vu tout de suite la nécessité d'en venir à la ligature de l'artère principale, et même des deux artères radiale et cubitale, à cause des anastomoses existant entre elles et qui auraient pu reproduire l'hémorrhagie. Je liai donc ces deux artères ; quelques heures après une nouvelle hémorrhagie se manifesta tellement abondante, qu'on ne put pas l'arrêter, et le malade succomba rapidement.

Un épicier de la rue des Moulins, aidé de ses garçons, poursuivait avec chaleur un homme en fuite qui lui avait passé une pièce de 5 fr. fausse en place d'une légitime ; il arriva à saisir le voleur ; mais celui-ci, armé d'un large couteau, le frappa à l'épaule. L'instrument avait pénétré jusqu'à la fosse sous-épineuse du scapulum, et une hémorrhagie abondante se déclara. Les premiers soins furent donnés à ce malheureux par un de nos pauvres confrères, qui quelque temps après eut la triste idée de se suicider. On avait employé la compression sans résultat. Appelé près du blessé, j'agrandis la plaie, où je procédai à mon tour à un nouveau tamponnement ; l'hémorrhagie continua ; j'eus recours à la cautérisation, mais sans plus de succès, car le sang continua à couler abondamment. C'est un fait du reste bien démontré maintenant que les premières hémorrhagies en appellent d'autres, produisant peu à peu une espèce de changement dans la constitution du sang, qui donne lieu à une véritable prédisposition artificielle aux hémorrhagies. C'est probablement ce qui est arrivé chez cet individu naturellement fort, bien constitué et dans la fleur de l'âge. Je me décidai à la ligature de l'artère axillaire ; mais l'hémorrhagie qui survint malgré cela fut telle, que j'ai dû en venir promptement à la désarticulation de l'épaule ; nonobstant ce terrible moyen, l'hémorrhagie ne s'arrêta pas. Je liai enfin la sous-clavière lorsque le malade était profondément épuisé ; mais il succomba à de nouvelles hémorrhagies. Je pourrais, s'il était nécessaire, multiplier les exemples à cet égard ; je me borne à ces deux.

Voyons maintenant les circonstances particulières qui peuvent concourir à faire naître les hémorrhagies à la suite de nos opérations ; car, quoique, comme nous venons de le voir, dans quelques cas particuliers elles soient le résultat d'une véritable prédisposition naturelle, le plus ordinairement pourtant elles reconnaissent des causes immédiates, et dépendent ou de l'imperfection des moyens hémostatiques employés par l'art, ou de l'impuissance des efforts de la nature à oblitérer les vaisseaux hémorrhagiques. J'ai besoin, à cet égard, d'entrer dans quelques détails. C'est ici que se révèle l'utilité de la distinction que nous avons faite dans une des dernières leçons, en partageant les hémorrhagies consécutives en celles qui arrivent quelques heures seulement après l'opération, et celles qui surviennent tardivement ou très tardivement ; c'est-à-dire, ou lorsque la nature n'a encore rien fait pour travailler à l'oblitération des vaisseaux coupés, ou quand ce travail de la nature est à peu près achevé.

D'abord ces hémorrhagies arrivent peu de temps après l'opération, lorsque la nature a très peu travaillé pour oblitérer les vaisseaux. Nous supposons que le chirurgien met tous les soins, toute l'exactitude possible pour prévenir cet accident ; quelquefois, il faut en convenir, c'est un peu sa faute si cela a lieu, car, il faut bien l'avouer, on est quelquefois un peu négligent dans cette partie importante de l'opération. Toujours est-il que, soit d'une manière, soit de l'autre, on voit des hémorrhagies survenir ; il n'y a pas une opération, pour ainsi dire, qui en soit exempte. Voici les causes principales qui peuvent les produire ; il faut bien les connaître pour pouvoir les prévenir ou y porter remède.

La première cause est la manière de réunir les plaies. La réunion immédiate des plaies est en général une bonne chose, mais il faut bien se garder de l'appliquer à toute espèce de plaies. Supposez qu'on ait à panser une plaie profonde, anfractueuse ; si vous la réunissez par première intention, vous êtes presque sûr de vous exposer à des hémorrhagies, car tous les points de cette vaste plaie ne pouvant pas être mis dans un contact convenable, il y aura très probablement quelque vaisseau qui, n'étant pas comprimé, donnera plus ou moins de sang. Ainsi donc, la réunion immédiate, qui est très utile dans certaines espèces de plaies, ne l'est pas, et peut causer des hémorrhagies, appliquée aux plaies étendues et profondes. Ces sortes de plaies doivent nécessairement suppurer, et être réunies lâchement.

Vice versâ dans certains cas, l'hémorrhagie arrive parce que la plaie n'a pas été réunie assez exactement, et toutes ses parties ne se trouvent pas dans un contact parfait et égal. C'est ce que nous venons de dire ; dans ce cas, certains vaisseaux, même petits, béants à la surface de la plaie, n'étant pas comprimés, doivent nécessairement donner du sang. Vous savez que dans certaines opérations, tout en coupant des vaisseaux d'un certain calibre, nous nous abstenons de ligature, et nous prévenons toute hémorrhagie par la réunion immédiate et bien faite de la solution de continuité. Ainsi, dans le bec-de-lièvre, en rafraîchissant les bords de la lèvre ouverte on coupe nécessairement les artères coronaires de la lèvre qui sont assez volumineuses, et pourtant nous arrêtons assez bien le sang en réunissant les deux bords de la plaie par deux points de suture suffisamment serrés ; mais si, dans cette réunion immédiate, on ne procède pas avec les précautions convenables, on voit survenir des hémorrhagies qui obligent quelquefois d'en venir à une nouvelle réunion plus exacte, et compromettent plus ou moins le succès de l'opération.

La seconde cause est la compression qu'on exerce souvent sur les parties saignantes qu'on réunit, lorsqu'elle est trop forte ou ne l'est pas assez. Pour que l'hémorrhagie soit prévenue dans des parties dont les petits vaisseaux sont ouverts, il faut exercer une certaine compression ; mais si on dépasse certaines limites, cette compression deviendra elle-même cause d'hémorrhagie : c'est ce qui arrive surtout dans les amputations des membres. On a l'habitude d'appliquer autour du moignon un bandage roulé modérément serré, pour le contenir et mettre les parties dans des rapports convenables entre elles ; si dans ce cas on comprime trop fortement, on donne lieu très souvent à des hémorrhagies. Une des parties les plus importantes, à notre avis, de la Clinique chirurgicale de Pelletan, est celle qui comprend les nombreux cas d'hémorrhagie survenue à la suite d'amputations, à cause de la compression trop forte exercée sur le moignon par le bandage circulaire. Ces faits ont tellement frappé ce chirurgien, qu'il en vint à proscrire entièrement les réunions immédiates dans le traitement des plaies.

A cette époque, je fus moi-même frappé de semblables faits ; malgré cela, je crus devoir faire un mémoire qu'on a lu à l'Institut, dans lequel je soutenais les avantages des réunions immédiates en les étayant d'un certain nombre de faits. Ce fut de ma part, alors, une preuve de quelque courage de soutenir une thèse qui semblait avoir contre elle des faits très nombreux ; pourtant j'insistai, dans mon mémoire, sur la nécessité de ne pas exercer de compression tout en pratiquant la réunion immédiate. Je suis revenu un peu sur cette dernière précaution, l'expérience successive m'ayant appris que mes craintes étaient exagérées ; et, aujourd'hui je me trouve très bien de serrer modérément les moignons des membres amputés, comme vous me voyez faire tous les jours. Ainsi, tout en admettant le côté vrai des remarques de Pelletan, vous en comprenez l'exagération et l'erreur.

La manière de lier les vaisseaux est la troisième cause qui influe sur la production des hémorrhagies. C'est ce que nous verrons dans la prochaine leçon.

(La suite à un prochain numéro.)

Note sur le traitement des fractures du col du fémur ;

Par M. HERVEZ DE CHÉGOIN, membre de l'Académie de médecine.

A l'occasion du rapport de M. Gimelle sur le mémoire de M. Robert, la discussion s'est engagée sur le traitement des fractures du col du fémur, et il a été évident que la science n'est pas encore fixée sur ce point ; que pour les uns, non-seulement tout appareil de contention est inutile, mais que la position verticale, en transformant le poids du membre en moyen d'extension, est préférable au repos du lit, en y joignant l'avantage de ne pas laisser des vieillards dans cette immobilité dangereuse ; que pour les autres, cette immobilité du repos, fondée pour les fractures intra-capsulaires, sur l'impossibilité de la réunion, n'est plus admissible depuis que des pièces authentiques démontrent cette consolidation ; que pour d'autres enfin, il n'est pas moins nécessaire pour toutes les fractures du col du fémur que pour celles des autres régions de ces os et pour toutes les fractures en général, de laisser en contact permanent, ou au moins en repos, les fragments qui doivent se réunir immédiatement, ou fournir des moyens irréguliers de consolidation, et qu'on a lieu d'être surpris de voir les chirurgiens espérer un meilleur succès pour les fractures du col du fémur, de l'oubli de toutes les conditions qu'ils appliquent avec tant de soin aux autres fractures. Enfin, on sait que, d'après une statistique établie par un des chirurgiens les plus laborieux, et qui a pris à cœur de soumettre à un nouvel examen les questions qui semblaient résolues, il résulte qu'il y a plus de guérisons de fractures du col du fémur abandonnées à elles-mêmes, sans le secours de soins, que de celles qu'on a traitées selon les règles de l'art.

Peut-être est-il possible de fixer les opinions divergentes en s'arrêtant aux différences que présente chaque espèce de fracture, et dans la disposition primitive et respective des fragments, et dans les changements qu'ils éprouvent pendant le temps nécessaire à la consolidation.

Ainsi dans cette fracture, qui consiste dans l'enfoncement de la base du col du fémur dans la substance spongieuse du grand trochanter, qu'on pourrait appeler aussi le *défoncement* du grand trochanter ; car le col lui-même n'est point fracturé ; il est bien clair que les moyens contentifs sont *inutiles*, et que les moyens extensifs seraient *dangereux*, puisqu'ils tendraient à changer les rapports si favorables que les fragments ont entre eux. Mais le repos ne peut être nuisible à la consolidation ; seulement il est permis, si la santé générale l'exige, d'être moins sévère sur ce point, et il est vrai que les malades guériront sans garder la position horizontale.

Dans les fractures réellement intra-capsulaires, presque toujours chaque fragment, le supérieur surtout, avant d'arriver aux conditions vitales de réunion, perd quelque chose de sa structure et de sa longueur par conséquent, il s'use ou se creuse plus ou moins, de manière que les cols fracturés et réunis sont plus courts que les autres.

On comprend alors tout ce que présentent, non pas d'inutile, mais de dangereux, mais d'empêchement à la guérison des moyens d'*extension* qui ne permettent plus aux fragments de se rapprocher, et quand on croit avoir rempli l'indication essentielle en conservant au membre sa longueur naturelle et *forcée*, on s'est opposé à la guérison en s'opposant à ce mouvement des fragments l'un vers l'autre nécessaire à leur réunion, puisqu'il est nécessaire à leur contact. Je dis le mouvement des fragments *l'un vers l'autre*, car le supérieur s'*abaisse* aussi bien que l'inférieur s'*élève* ; c'est pourquoi la contre-extension, c'est-à-dire la fixité du bassin, n'est pas moins contre-indiquée que celle du membre lui-même.

Dans cette espèce de fracture, si l'extension et la contre

extension sont nuisibles, le repos est de la plus grande utilité, ainsi qu'un appareil qui s'oppose simplement aux mouvements latéraux du membre.

Dans les fractures extra-capsulaires, qui, à bien dire, ne sont pas des fractures du col du fémur, la mobilité des fragments est très grande et le déplacement quelquefois très considérable ; c'est dans ces cas que l'extension et la contre-extension sont vraiment utiles et peuvent être obtenues de plusieurs manières, le plan incliné n'agit pas autrement, et le repos est encore ici d'une grande importance ; je n'ai pas dit nécessité, parce qu'il est encore vrai que des malades guérissent de cette espèce de fracture sans rester au lit ; mais il y en a qui ne guérissent pas, et ceux qui guérissent, c'est avec une longueur de temps en rapport avec le travail en quelque façon excentrique qui doit s'opérer pour jeter à de grandes distances des moyens de consolidation médiats et irréguliers.

De toutes ces considérations, il me paraît résulter que dans toutes les fractures du col du fémur le repos est toujours utile sous le point de vue du travail local de la consolidation ; que celle-ci s'obtient plus souvent qu'on ne l'aurait cru sans cette condition, mais avec des chances moins avantageuses, avec moins de régularité et avec beaucoup plus de temps ; que les moyens extensifs sont dangereux pour quelques-unes de ces fractures, que pour quelques autres les moyens contentifs ne sont pas même nécessaires, que pour quelques autres enfin, une extension et contre-extension bien faites, en y joignant même des moyens de contention sont utiles et presque nécessaires.

Il résulte aussi de faits bien nombreux que la santé générale de beaucoup de vieillards pouvant s'altérer par un séjour trop prolongé au lit et ne plus permettre ainsi le travail vital nécessaire à la consolidation, il est des cas dans lesquels, par cette considération, on ne doit point les tenir dans une position constamment horizontale, et qu'on obtient alors ce qu'on n'aurait point obtenu par l'immobilité, non point qu'on mette ainsi les fragments dans de meilleures conditions physiques, mais par la seule raison que l'état général devient meilleur et l'état local aussi sous le rapport de la vitalité.

Mais est-il des signes certains qui puissent guider la conduite variable du chirurgien dans telle ou telle fracture ? Il faut bien convenir qu'on peut quelquefois rester en doute sur l'espèce de fracture qu'on est appelé à traiter, puisque l'existence même de la fracture est quelquefois un problème. Cependant, voici comment on peut arriver, aussi exactement que possible, à se tracer la marche la plus rationnelle.

Pour toutes les fractures du col du fémur, on laissera toujours les malades au lit pendant deux mois et demi, trois mois, à moins des circonstances générales que nous avons indiquées.

Pendant ce temps et quelquefois sur le champ on aura reconnu un déplacement considérable ; on appliquera alors le plan incliné ou un autre moyen qui me paraît aussi convenable, et même on s'opposera au mouvement du pied en dehors. — Il s'agit d'une fracture extra-capsulaire.

Ou bien le raccourcissement est très léger et les mouvements du grand trochanter par la rotation du membre sont peu ou point modifiés, le pied est à peine incliné en dehors, et après quelques jours le grand trochanter devient plus sensible et plus volumineux. — On peut se dispenser de tout appareil quelconque, on a affaire à une fracture par enfoncement du col.

Enfin le trochanter acquiert plus de mobilité, ses arcs de cercle sont moins étendus, le raccourcissement est médiocre, quelquefois très léger, il *augmente progressivement.* — Gardez-vous bien alors des moyens extensifs, ils éloigneraient les fragments qui doivent se rapprocher : il s'agit d'une fracture intra-capsulaire, avec usure probable du col, et vouloir s'opposer au raccourcissement, ce serait ne pas comprendre le mécanisme de la consolidation.

Après trois mois environ en plus ou en moins de séjour au lit, on peut, selon la santé du malade, le prolonger ou le faire cesser avec des chances de guérison variables, selon l'espèce de fracture, et le raccourcissement, et pour le temps qui doit, quoi qu'on fasse, avoir quelquefois une bien longue durée.

HERVEZ DE CHÉGOIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 13 novembre 1844.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Chassaignac* demande la parole pour compléter la communication qu'il a faite à la Société au sujet d'une femme à laquelle il a extirpé un corps fibreux utérin. A l'exception d'un frisson, suivi de sueur, qui eut lieu le lendemain de l'opération, la malade n'a éprouvé aucun accident. Elle a été gardée à la Charité jusqu'au quinzième jour. L'une des ligatures est tombée le huitième jour, l'autre le dixième, sans rien amener avec elles. Le col de l'utérus s'était régulièrement reconstitué. Après l'ablation de la tumeur, il y a eu un suintement séro-purulent qui a cessé, au bout de quelques jours, sous l'influence d'injections détersives.

— *M. Laugier* fournit de nouveaux détails sur la tumeur volumineuse qu'il a extraite de l'utérus, et dont il a déjà été question. Selon lui, c'était là une récidive ou une repullulation d'un polype qu'il avait précédemment extirpé, et qui était inséré sur un point du col utérin. La dernière tumeur, que M. Laugier croit encore être un polype fibreux, était insérée sur tous les points de la surface interne de la matrice. D'ailleurs, M. Laugier note que la totalité de cette tumeur n'a pas été enlevée d'un seul coup, mais qu'elle a pu être divisée en plusieurs parties, en espèces de lanières.

M. Huguier n'est pas d'accord avec le préopinant sur la nature fibreuse de la tumeur. Entre autres arguments, il fait valoir la possibilité de sa division en lanières, ce qui n'aurait pu être fait si la tumeur avait été réellement fibreuse.

M. Malgaigne, sans nier ce que M. Laugier a avancé sur la nature de la tumeur, est forcé de convenir que le fait est très exceptionnel. L'insertion de la tumeur à toute la matrice, la circonstance de son extirpation partielle par lanières, tout lui fait désirer que la pièce soit présentée à la Société, qui pourra mieux alors porter un jugement sur la nature de cette tumeur.

M. Laugier promet de rechercher la femme opérée, pour lui demander le polype qu'elle a voulu garder ; il le soumettra alors à l'examen de la Société.

— *M. Guersant* désire donner une preuve de la force extraordinaire de contractilité chez les enfants. Pour cela, il cite le fait d'un de ses petits malades qui avait un calcul dans la fosse naviculaire de l'urètre. Selon M. Guersant, les efforts de contraction de la vessie pour chasser complétement ce corps étranger ont amené la rupture de l'urètre et ses conséquences, abcès, infiltration urineuse, etc.

M. Nélaton est porté à croire que la solution de continuité de l'urètre a eu lieu par un procédé qui ne nécessite pas la force invoquée par M. Guersant. Selon M. Nélaton, peut-être la pierre, qui était au méat urinaire, avait-elle d'abord séjourné sur un autre point de l'urètre, où elle avait creusé une ulcération dont les progrès en profondeur auraient donné lieu aux accidents indiqués par son collègue.

M. Guersant fait remarquer la forme extrêmement aiguë de l'accident. C'est, en effet, avec une très grande rapidité que les phénomènes se sont passés. Ainsi la veille de l'accident, l'enfant, loin de se plaindre, se livrait aux jeux de son âge. M. Guersant fait encore observer que le petit calcul avait une forme arrondie, ce qui a pu favoriser sa prompte arrivée de la vessie à la fosse naviculaire. M. Guersant invoque encore ce qui se passe après la lithotritie, les enfants lancent alors les fragments du calcul avec une certaine force hors de l'urètre. Ainsi, selon M. Guersant, le petit calcul de son malade s'est arrêté à l'extrémité de l'urètre, et la colonne de liquide trouvant, sur ce point, un obstacle, a fait céder les parois de l'urètre.

M. Bérard cite, à cette occasion, un fait observé par lui dans la pratique de feu Lallemant. C'était le plombier de la Salpêtrière qui avait un rétrécissement de l'urètre au méat, lequel n'aurait laissé passer qu'une épingle. On a ignoré la marche du rétrécissement ; on ne le connut pas bien; et on ne put constater ses effets qu'à l'autopsie ; car on croyait auparavant que ce plombier était mort d'une fièvre putride (expression alors encore employée par l'ancien chirurgien de la Salpêtrière). Tout ce qui peut être avancé par M. Bérard, c'est que l'accident eut une marche aiguë.

M. Huguier cite le fait d'un homme de trente ans qui, les pieds nus sur le parquet, eut une forte envie d'uriner qu'il ne voulut pas satisfaire immédiatement. Pour empêcher l'urine de s'échapper malgré lui, il comprima l'urètre. Selon M. Huguier, il y eut une solution de continuité quelconque sur un point de ce canal ; car, quand le malade voulut uriner, du sang a été mêlé aux urines, et derrière le point comprimé il y eut une vive douleur.

— *M. Malgaigne* fait part à la Société d'une particularité qu'il a observée après l'amputation d'une cuisse. La veine crurale donnait beaucoup, même après la suppression de la compression au haut de la cuisse ; la persistance de cette hémorrhagie veineuse a dû nécessiter la ligature de la veine crurale. On avait pensé à quelques tumeurs du côté de la racine du membre, mais il n'en existait aucune.

MM. Laugier, Maisonneuve, Michon et Guersant déclarent avoir observé des faits analogues.

M. Bérard fait part de ce que sa pratique lui a appris relativement aux dangers de la ligature des veines après les amputations et les extirpations de tumeurs. Dans les premiers temps, il redoutait la résorption purulente à la suite de cette ligature, et il mettait un soin minutieux à séparer les artères des veines quand il voulait procéder à la ligature des premiers de ces vaisseaux. Depuis quelque temps, il est moins scrupuleux ; il comprend quelquefois, dans le même nœud, tout le faisceau vasculaire (artères et veines), et il n'a pas observé plus de résorptions purulentes. S'il y a une différence dans les résultats des deux pratiques qu'il a suivies, elle serait en faveur de la dernière, c'est-à-dire de la ligature de tout le faisceau vasculaire.

MM. Maisonneuve, Guersant, Deguise fils émettent des opinions et citent des faits confirmatifs de ce que vient d'avancer M. Bérard.

M. Malgaigne est aussi de l'avis de M. Bérard ; il dit que s'il a hésité un instant à lier la veine fémorale, c'est parce qu'il voulait tenter la réunion immédiate. Il fait observer la différence qu'il peut y avoir pour les résultats des ligatures veineuses, entre les veines variqueuses et celles qui sont saines, entre les veines des membres et celles des autres parties du corps, par exemple, celles du cordon spermatique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Prix décernés par la Société de médecine de Bordeaux. — Dans sa séance annuelle du 11 novembre, cette Société a décernée :

1° Une médaille de 200 fr. à MM. Pétrequin, chirurgien en chef, et Locquet, médecin-suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon, auteurs d'un mémoire *Sur les caractères différentiels des maladies du système osseux.*

2° Un prix de 300 fr. à M. le docteur A. Lartigue, rédacteur en chef de l'Encyclographie médicale, pour son mémoire *Sur l'angine de poitrine.*

3° Une médaille de 150 francs à M. Cazanore, pharmacien à Perpignan, et une médaille de 150 francs à M. Cenedelli, médecin à Pise, auteurs de deux mémoires *Sur un procédé pour obtenir la magnésie blanche, légère et pure.*

La Société propose pour sujets de prix, les questions suivantes :

1° Quelle influence l'industrie exerce-t-elle sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers ?

Le prix, consistant en une médaille d'or de 500 francs, sera décerné en 1845.

2° Quelle est la classification des maladies de la peau qui a contribué le plus aux progrès de leur thérapeutique ?

Le prix, qui est une médaille d'or de la valeur de 500 fr., sera décerné en 1846.

Les mémoires devront être envoyés au secrétariat de la Société, le 15 mars 1846.

Outre les prix, une médaille d'encouragement a été accordée à M. le docteur Lalanne, pour sa relation d'une épidémie de variole, varioloïde et varicelle qui a régné à Agen en 1841, et à M. le docteur Philippe, aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux, une mention honorable pour ses expériences et ses considérations sur les sections des muscles de l'œil.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 3 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 141. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Masse encéphaloïde siégeant sur le pied gauche ayant succédé à l'ablation d'un bouton cancéreux.

Le nommé Tremblin (Jules), âgé de vingt-cinq ans, consulta, il y a trois mois environ, pour un bouton qu'il portait au pied gauche à la partie externe et près des orteils. On procéda à l'ablation de ce bouton, après avoir essayé infructueusement l'emploi de plusieurs moyens, mais une tumeur ne tarda pas à se développer dans le même lieu, et aujourd'hui elle se présente sous l'aspect d'un champagnon plus volumineux que le poing, recouvrant une partie de la face dorsale du pied et suppurant abondamment.

C'est malheureusement là une de ces tumeurs tout à fait incurables autrement que par l'amputation, et plus malheureusement encore cette amputation ne peut être pratiquée pour les raisons suivantes. D'abord, la constitution de ce malade paraît profondément altérée; de plus, si l'on examine avec quelque soin le membre tout entier sur lequel siége la maladie, voici ce que l'on constate : vers le mollet on trouve une autre tumeur, les ganglions de l'aine sont un peu engorgés, et à la partie externe de la jambe on sent une masse qui repose sur le péroné et le condyle externe du tibia.

Evidemment cela prouve que cet homme est aujourd'hui en proie à une infection générale, et qu'il ne retirerait à l'heure qu'il est aucun bénéfice de l'opération. On se contentera donc de cautériser la tumeur encéphaloïde du pied, parce que, cette énorme masse détruite, le malade se trouvera débarrassé d'un des phénomènes de sa maladie, c'est-à-dire de la gêne qu'elle lui cause, et surtout de l'atmosphère infecte dans laquelle le plonge ce foyer de suppuration.

On emploiera pour cette cautérisation un caustique particulier, mélange d'acide sulfurique et de safran; caustique noir qui a la propriété de carboniser les tissus avec une très grande rapidité et de les réduire à un tel état de dureté qu'ils ressemblent à du bois, et qui a encore l'avantage de développer peu de réaction autour du lieu où il est appliqué. C'est là, du reste, un malade à suivre et dont nous reparlerons.

Tumeur de nature douteuse dans l'aine, probablement colloïde. Diagnostic différentiel des tumeurs de cette région.

Au n° 36 a été couché, le 4 novembre 1844, le nommé Lange (Pierre); c'est un homme d'une quarantaine d'années; il est entré à l'hôpital pour cette tumeur qu'il porte dans l'aine gauche et dont l'apparition remonterait, selon lui, seulement à deux mois. Ce malade, dont l'intelligence d'ailleurs est peu développée, donne les renseignements suivants : Il aurait d'abord éprouvé une douleur le long de la cuisse, se propageant même dans toute l'étendue de la jambe, puis le membre serait devenu le siége d'un gonflement considérable, et lorsque cette tuméfaction se serait dissipée, il aurait seulement aperçu la tumeur dont il s'agit aujourd'hui. Toujours selon lui, elle n'aurait ni augmenté ni diminué.

Quant à ce qui est de la date qu'il lui assigne, l'on comprend qu'il ne faut l'accepter qu'avec réserve; car il serait fort possible, en effet, qu'il se trompât lui-même, et que la tumeur existât depuis longtemps déjà quand elle a éveillé son attention pour la première fois.

Les résultats de l'observation directe sont ceux-ci : La tumeur occupe le pli de l'aine; elle remonte dans la fosse iliaque interne, en passant sous l'arcade crurale. Son plus grand relief correspond à l'éminence iléo-pectinée; elle va en diminuant par en bas. Sa présence influe évidemment sur les mouvements du membre; la cuisse peut se fléchir et rester fléchie, mais il est facile de s'assurer de la gêne qu'elle apporte à l'extension, à l'adduction et à l'abduction. Ces trois genres de mouvement restent incomplets. Quand on veut produire l'un de ces derniers, le malade ressent une douleur sourde, et quand il essaie lui-même d'étendre le membre, il se sent arrêté. On ne constate aucune enflure à la fesse, ni autour de l'articulation coxo-fémorale, si ce n'est en avant; du reste, il ne semble pas que la tête du fémur et la cavité cotyloïde soient modifiées en rien dans leurs rapports. Cette tumeur a l'air de tenir uniquement aux parties molles. Si l'on place un doigt sur elle, on sent manifestement des battements assez forts, qu'on distingue même à la vue; la presse-t-on en avant, elle donne l'idée d'une fluctuation sourde. Au contraire, en la palpant par les côtés, le sentiment de fluctuation disparaît, mais on trouve alors des bosselures qui se prolongent jusque dans la fosse iliaque.

La pression ne détermine, du reste, aucune douleur; on ne voit à la peau ni rougeur, ni aucun signe annonçant l'inflammation.

En présence d'une semblable maladie, si l'on réfléchit à ces deux signes importants : l'absence de tout phénomène inflammatoire et la dureté de la tumeur, on est naturellement conduit à mettre de côté tout d'abord deux classes d'affections qui s'observent dans la région de l'aine. Savoir, toutes les tumeurs inflammatoires, les abcès aigus de toutes sortes et les hernies; mais l'embarras est encore fort grand, car la région de l'aine peut devenir le siége d'un nombre considérable de tumeurs, même encore en écartant la précédente. Aussi la maladie peut-être une tumeur anévrysmale, ganglionnaire, articulaire, un abcès par congestion, un cancer, une tumeur osseuse.

La pensée d'un anévrisme doit être mise de côté; car bien que des battements se fassent sentir en touchant la tumeur, il est évident que cette dernière est située derrière l'artère; ce qui force celle-ci à décrire une courbe à convexité antérieure, et rend ainsi ses battements plus manifestes. Cela paraît bientôt si positif, qu'il est inutile de s'y arrêter.

Les tumeurs ganglionnaires ont leur siége à peu près dans le même lieu que celle dont il s'agit; mais l'anatomie chirurgicale qu'on doit toujours invoquer dans ces cas difficiles, indique que les ganglions sont tous placés sur les côtés ou en avant de l'artère, et l'on trouve ici la grosseur en arrière du vaisseau; d'ailleurs, une tumeur ganglionnaire présente moins de dureté qu'on en trouve à celle-ci; et puis encore en supposant même que la date indiquée par la malade fût exacte, puisqu'il s'est écoulé plusieurs mois depuis son apparition, elle serait abcédée aujourd'hui.

Dans les abcès par congestion, soit qu'ils trouvent leur source dans une altération de l'os iliaque ou du sacrum ou des vertèbres, il a ordinairement existé une douleur dans l'un de ces points, et la fluctuation se fait sentir; il faut dire la même chose de ceux qui partiraient des reins, de la vessie, de l'intestin; la fluctuation s'y reconnaît également.

Est-ce donc une tumeur articulaire? Ce n'est pas là une maladie très rare. A la suite de la coxalgie des bosselures, des fongosités peuvent survenir; mais ici, autour des deux tiers de l'articulation, aux régions externe postérieure et interne on ne trouve rien, et dans ces tumeurs, suite de coxalgie, il y a suit allongement, soit raccourcissement du membre, on n'observe rien de semblable dans le cas actuel : cela autorise donc à rejeter complétement ce diagnostic.

Serait-ce une maladie de la cavité synoviale? C'est en effet dans cet endroit qu'elle existe, et il ne faudrait pas nier que ce ne pût être le siége véritable de la maladie; cependant les bosselures éloignent un peu de cette idée, et il faut dire aussi qu'en supposant ce diagnostic exact, la tumeur devrait être située un peu plus bas.

Enfin il reste encore à examiner s'il ne s'agirait pas d'une maladie susceptible de se développer dans cette partie, d'une maladie qui attaque les os, les raréfie, les morcelle, de la tumeur colloïde en un mot, et il est possible aussi de s'arrêter à cette opinion. Elle paraîtrait alors avoir débuté par la branche horizontale du pubis, et avoir peu à peu rendu les mou-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Transformation académique. — Les chirurgiens et les médecins. — Atrophie de ceux-ci, hypertrophie de ceux là. — Les confrères industriels. — Un agent matrimonial. — Lettre curieuse d'un médecin de Paris. — Proposition de collaboration. — Nouvelles des futurs pairs de France. — Ce qu'un médecin devrait répondre à ce sujet. — Un dîner fin dans un cabinet particulier. — La myotomie et le feuilleton.

Si les choses vont encore longtemps de ce train, ce n'est plus Académie de médecine qu'il faudra dire, mais Académie de chirurgie. Il n'y en a plus, en effet, que pour la chirurgie et pour les chirurgiens dans le sénat de la rue de Poitiers. Serait-ce que plus que les médecins, les chirurgiens sont affligés d'une intempérance de langue qui les force à parler? Non, mais il faut le reconnaître, les chirurgiens sont beaucoup plus zélés pour les travaux académiques que leurs collègues. Ils assistent aux séances, ils font volontiers des rapports, plus volontiers encore ils les discutent; il se passe peu de séances sans qu'ils n'aient quelque communication ou quelque présentation à faire; tandis que les médecins, on les voit à peine, on ne les entend plus du tout, témoignent d'une indifférence superbe pour les devoirs d'académicien. Ainsi, entrez aux séances, vous y verrez infailliblement et vous y entendrez sans doute M. Roux, M. Velpeau, M. Jobert, M. A. Bérard, M. Blandin, M. Gerdy; mais cherchez ce qu'on pourrait appeler leurs congénères en médecine, M. Chomel, M. Andral, M. Bouillaud, on ne les voit guère que dans les jours d'élections. Quelques autres n'y paraissent plus du tout; demandez à MM. Magendie, Serres et Rostan. Aussi pour une ou deux grandes discussions fournies depuis quelques années par les sections de médecine, on en compte vingt au moins provoquées et soutenues par les sections de chirurgie. Cette inaction des uns et cette activité des autres, sont loin de tourner au profit de la compagnie. De même que dans le corps humain la santé et le bien-être ne résultent que du concours, de l'ensemble et de l'harmonie de toutes les fonctions; de même à l'Académie, toutes les sections doivent fonctionner dans une certaine mesure et proportionnellement pour qu'il en résulte un certain accord, une certaine utilité générale. Comme on le voit, les choses ne se passent pas ainsi; tandis que la médecine végète dans une sorte d'atrophie, la chirurgie, au contraire, voulant faire la besogne de deux, tend visiblement à l'hypertrophie; conséquence toute physiologique de la suractivité de ses fonctions. La chirurgie doit y prendre garde, autant dans l'intérêt de sa santé que dans celui de sa réputation. Car enfin, avouez qu'elle serait mal venue aujourd'hui de vanter sa prééminence comme certitude sur sa sœur la médecine, elle dont les représentants ne peuvent pas ouvrir la bouche sans se prendre de querelle et sans faire exhibition de leurs dissensions les plus profondes. N'est-il pas constant et d'expérience journalière que l'Académie de médecine ne compte pas deux chirurgiens qui soient parfaitement d'accord? Ne suffit-il pas que M. Velpeau, par exemple, dise blanc, pour que tout aussitôt M. Blandin dise noir? M. Lisfranc professe-t-il les mêmes doctrines que M. Roux? Et M. Jobert communie-t-il avec M. Gerdy? La chirurgie, si elle est sage, si elle voit la poutre qui est dans son œil, doit mettre plus de réserve à jeter la pierre à la médecine à l'endroit de l'incertitude et de la divergence de ses opinions; et la médecine, si elle est charitable et bonne, doit alléger tant soit peu la besogne de la chirurgie et reprendre langue à l'Académie.

— Je crois avoir déjà dit que quelques-uns de nos confrères, ne trouvant pas dans l'exercice de la médecine de quoi suffire aux exigences de la position d'un médecin à Paris, se sont échappés par la tangente et ont demandé au commerce ou à l'industrie ce que leur refusait notre métier ingrat. L'un nous éclaire avec ses lampes, l'autre avec ses bougies, faute, sans doute, d'avoir pu nous donner d'autres lumières; celui-ci n'ayant peut-être fait que de l'eau claire en médecine, a eu la bonne idée d'inventer une fontaine filtrante, et depuis ce moment l'eau, dit-on, abonde à son moulin; celui-là, qui paraît avoir eu le temps de beaucoup méditer sur les inconvénients d'un cabinet mal chauffé, nous a dotés de cheminées plus ou moins à la prussienne; un autre a trouvé dans le caoutchouc une matière plus malléable que la matière médicale; un autre, encore, fait de la moutarde; un autre, enfin, *horresco!* dirige une entreprise de..... sentez-vous? Le plus habile de tous est celui qui, quittant le temple d'Esculape (vieux style) pour celui de monsieur son père Apollon, a laissé là le stéthoscope et la lancette pour régner en maître à l'Opéra. Ah! combien de têtes n'a-t-il pas fait tourner, celui-là! Que d'ambitions écloses et bientôt avortées! Que vos cinquante mille francs de rente gagnés avec *Robert le Diable* ont fait d'envieux, monsieur Véron! Et que d'imprudents et maladroits imitateurs vous avez eus!..... Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit; ce que vous ne savez pas, sans doute, c'est qu'au milieu de vous, confrères parisiens, et parmi vous vit un médecin qui cumule les bénéfices de la clientèle avec le petit pécule d'un agent matrimonial. La chose est bien certaine; j'en ai long-temps douté, mais plusieurs confidences reçues à ce sujet et plusieurs lettres dont j'ai eu communication m'ont convaincu que M. de Foy et madame de Saint-Marc ont un concurrent sérieux et redoutable. On m'a même cité deux ou trois mariages récemment accomplis dans la région médicale qui se sont terminés par son intermédiaire. Jeunes confrères qui voulez vous engager sous les lois de l'hymen, je vous préviens qu'un de ces jours vous recevrez un petit billet signé d'un médecin qui, s'excusant sur son âge et ses infirmités, vous invitera à passer chez lui pour *affaire importante*. Les infirmités ne sont qu'un captieux prétexte, et vous rencontrerez — car vous irez sans doute — un petit vieillard fort vert et fort alerte qui sans autre préambule vous proposera des femmes de tout âge, de toute condition et de dots fort diverses. C'est un intérêt tendre qui pour vous pousse le cher homme; il ne veut que votre reconnaissance et un petit cadeau, quelque chose, comme cinq du cent sur la dot, en cas de succès, et comme le succès est certain il vous fera signer, non certes par méfiance, un tout petit papier qui lui donnera la certitude de vos bonnes et persévérantes intentions. — Je le répète, le fait est positif; voilà de longues années qu'il se passe ainsi, et à l'heure qu'il est je connais des papas embarrassés de filles et des garçons ennuyés de coucher seuls, pour lesquels le vieux confrère est en voie de négociations. Que le Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob leur soit à tous propice!

— J'ai été quelquefois assez peu galant pour vous faire lire quelques lettres de mesdames les sages-femmes qui montraient une répugnance profonde pour les lois de l'orthographe et de la syntaxe. Je pourrais tomber en récidive en prenant dans la *Gazette médicale belge* un petit poulet de cette façon signé d'une *cage-femme*, ce qui me paraît le sublime du genre. Mais voici qui est plus grave; fermez vos portes, s'il vous plait, que personne ne nous entende, et que la révélation de faits semblables ne se passe qu'entre nous.

Un médecin, un médecin de Paris a écrit la lettre que voici, au rédacteur en chef d'un journal de médecine que je ne veux pas autrement désigner. Je déclare que ce précieux autographe est entre mes mains, et je prie monsieur l'imprimeur de ne rien changer à ce style, à cette orthographe et à cette ponctuation.

« Monsieur et cher confrère

» Depuis que votre excellent journal a commencé a paraitre je n'ai
» cessé de continuer Mon abonnement et je le trouvais si Bien Rédigé
» et si Bon que je le conserve comme un precieux trésor chaque an-
» née de deux volumes qu'il parait je les fait relier En un seul Maro-
» quin et doré sur tranche qu'il me coute 7 franc —

» Mais par une espèce de fatalite j'ai eu le Malheur d'etre trop
» complaisant et de preter a un scelerat le n° du 30 novembre Ce Mal-
» heureux ou son Complice Mont Enleve 4 pages Jugé quelles devaient
» être les Grimaces que je dû faire lorsqu'en Recevant Mon journal
» et que j'y tenait taut vuulant le feuilletter pour voir si l'on ne l'avait
» pas touché et Mappercevant de ce Brigandage quel Bacannal et quel

vements difficiles.

En définitive, dans ce cas curieux par son obscurité même, il ne paraît permis d'hésiter qu'entre une dégénérescence fongueuse, une infiltration dans la cavité synoviale, ou un ostéosarcome.

Un moyen qui peut-être jettera quelque jour sur le diagnostic de cette tumeur, consistera dans une ponction exploratrice. Elle devra être incessamment pratiquée.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui surviendra chez ce malade.

Hernie congéniale du côté droit. Adhérence avec le testicule.

Le nommé Allain (Pierre), couché au n° 11, est un enfant d'une douzaine d'années, intelligent, et d'une constitution ordinaire. Cet enfant porte dans l'aine droite une tumeur qui sort et rentre alternativement, selon qu'il est debout ou couché. C'est évidemment une hernie inguinale; mais elle présente une particularité qui, bien qu'observée déjà un assez grand nombre de fois, n'en est pas moins curieuse et digne d'attention.

Mais d'abord disons que cette hernie contient certainement, outre une portion d'intestin qui rentre avec facilité, une masse globuleuse, bosselée, mollasse, qu'on ne peut faire rentrer dans l'abdomen sans entraîner avec elle le testicule. Ainsi, lorsqu'on ne retient pas le testicule au dehors, la hernie tout entière peut être réduite; si au contraire on maintient le testicule, une portion seulement de la tumeur peut repasser par l'anneau inguinal. C'est là le point intéressant de la maladie.

De toute évidence, la masse qui subsiste dans la tunique vaginale quand l'intestin est réduit, n'est autre chose qu'une portion de l'épiploon : mais comment se fait-il que le testicule rentre avec lui dans la cavité abdominale? On ne peut le concevoir qu'à l'aide d'une des deux suppositions suivantes : ou bien il s'est établi dans ces parties une inflammation chronique, de manière à confondre la tunique, le sac et le testicule; ou bien il existe un prolongement, une languette d'épiploon qui a contracté des adhérences avec lui. Mais comme jusqu'à présent il ne s'est jamais manifesté de signes qui puissent faire croire à des phénomènes inflammatoires, il est présumable qu'il n'existe pas de confusion des tissus, et que la seconde supposition est la vraie. Du reste, la souplesse et l'absence d'induration des parties viennent encore fortifier la dernière hypothèse.

L'on sait d'ailleurs que dans ces hernies congénitales c'est la tunique vaginale elle-même qui sert de sac, et par conséquent il est facile de comprendre des adhérences entre les viscères et le testicnle qui alors peuvent se toucher. On n'ignore pas non plus que les choses ne se passent pas ainsi chez l'adulte. L'épiploon étant ainsi en contact avec le testicule depuis la naissance, on se rend compte aisément des adhérences qu'il a pu contracter.

Un exemple d'une semblable hernie est devenu célèbre, à cause de l'importance et de la haute position qu'occupait en médecine le personnage chez lequel elle se trouvait. Zimmermann était affecté d'une hernie qui entraînait le testicule; il en éprouvait une gêne considérable, et résolut de se soumettre à une opération. Elle fut pratiquée; mais les suites graves qui survinrent firent repentir de l'avoir tentée.

Ces sortes de hernies ne sont pas, à beaucoup près, dans les conditions ordinaires, et l'on peut se faire une idée de la gêne qu'elles occasionnent, si l'on réfléchit qu'elles sont toujours ou incomplétement réduites, ou réduites avec le testicule. Le bandage est donc constamment insuffisant ou incommode; car si la réduction s'est faite complétement, le testicule étant rentré dans le ventre, tend à sortir pendant chaque effort, en toussant, etc., et alors le malade souffre.

Dans le cas actuel, il nous semble qu'on ne doit pas se décider à pratiquer une opération pour séparer le testicule de l'épiploon. Cet enfant, d'ailleurs, a été envoyé pour qu'on examinât si l'on pourrait tenter la cure radicale de sa hernie. C'est une question qui demande de la réflexion. Mais il faut ajouter que le testicule paraît être le siége d'une maladie particulière; il est dense, tendu, volumineux, comme s'il y avait un kyste. C'est un cas très intéressant sous le point de vue de l'anatomie pathologique et du diagnostic. Nous y reviendrons.

Epanchement sanguin considérable, suite de contusion au deuxième degré. De l'écrasement comme moyen thérapeutique dans ces sortes de cas.

Vanclot (Joseph), charretier, âgé de vingt-deux ans, se présenta le 18 novembre, à la Charité, pour une contusion à la jambe droite. Il fut couché au n° 13. Il offrait, en effet, à la jambe une tuméfaction considérable, résultat d'un frottement violent. Le membre avait augmenté d'un tiers environ.

En explorant la jambe du malade, on reconnut une vaste collection siégeant sur le devant et à la partie interne du tibia; elle occupait au moins un décimètre en longueur. Tout autour on sentait une sorte de bordure plus ferme que le centre. Quand on palpait la tumeur, on avait la sensation de grumeaux et une crépitation particulière. Du reste, pas de douleur, pas de signes d'inflammation. De ces deux circonstances, l'absence de la douleur, de la rougeur, de symptômes inflammatoires, en un mot, on conclut sur-le-champ qu'il ne s'agissait pas d'une collection purulente.

La palpation indiquait qu'il n'y avait point de sérosité, puisqu'alors la fluctuation aurait été très manifeste, tandis qu'on ne trouvait dans cette tuméfaction qu'un sentiment de masses grumeleuses; d'ailleurs, il faut une cavité séreuse pour qu'il y ait accumulation de sérum. Ce ne pouvait donc être du sang.

La maladie dont ce garçon est affecté offre de l'intérêt, car ces dépôts sanguins donnent lieu à des maladies de toutes sortes. C'est dans ces amas de sang qu'on trouve le point de départ de tant de tumeurs, de loupes; la partie séreuse du sang se résorbe, et la portion solide subsiste; quelquefois, au contraire, c'est la partie fluide qui persiste, et la portion épaisse disparaît. Dans tous les cas, ces tumeurs ne grossissent guère : c'est un de leurs principaux caractères.

Ces collections sanguines sont susceptibles, dans le principe, de se comporter de deux façons différentes qu'il faut connaître; ou bien elles se résorbent entièrement, ou bien elles s'enflamment et donnent lieu alors à des abcès sanguins.

Quelle thérapeutique convient-il d'employer contre ces sortes de dépôts?

Dans tous les cas, il faut d'abord chercher à en obtenir la résorption. Il est donc utile de mettre en usage les résolutifs de toute espèce, les compresses imbibées de sel marin, de sel ammoniac, etc. On les guérit par l'emploi de ces moyens, surtout quand le foyer est très disséminé. On peut encore avec avantage se servir de la compression. Mais quand la collection est enkystée, la résolution ne s'en fait pas. C'est alors que la méthode par écrasement peut être appliquée avec grande utilité pour le malade; par ce moyen, on dissémine la collection dans les parties voisines en rompant la poche qui la renferme, et l'absorption s'en fait alors facilement. Si l'on ne peut parvenir à écraser le foyer, on doit encore aller sous la peau déchirer le kyste, et alors il devient aisé d'infiltrer la matière qu'il contenait, matière qui se résorbe alors promptement.

Dans le cas actuel, le foyer a été écrasé, le sang s'est infiltré dans le tissu cellulaire; une compression a été établie ensuite pour empêcher les parois du kyste de se laisser distendre de nouveau.

Aujourd'hui 27 novembre, le malade sort guéri; il ne lui reste plus qu'une petite plaie de fort peu d'importance.

PAJOT.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Résumé du service pendant le deuxième semestre de 1843.

(Suite du n° 139.)

Pneumonie.

Douze malades seulement ont été atteints de pneumonie, dont deux femmes, encore convient-il d'en éloigner un qui était en traitement au moment où j'ai quitté le service.

La remarque générale que j'avais faite dans le précédent travail sur la production de la maladie, trouve ici une nouvelle application; à savoir, qu'elle a toujours reconnu pour cause un refroidissement subit, le passage brusque d'une température élevée à une température beaucoup moindre; aussi les cas de pneumonie ont abondé par intervalles correspondant aux grandes et subites variations atmosphériques.

Une différence très grande signale l'histoire comparée des pneumonies dans les deux semestres. Premièrement, les six mois ont présenté beaucoup moins de cas; en tout douze pneumoniques, juste la moitié du chiffre des six mois précédents. Ceci tient sans doute à la différence même des moments de l'année. On sait, en effet, que les variations soudaines dans l'état atmosphérique sont particulièrement fréquentet au printemps. J'avais aussi noté cette époque comme plus chargée de pneumonies durant le premier semestre. Dès-lors on peut aisément comprendre pourquoi le nombre des pneumoniques a été si remarquablement moindre pour la totalité des six derniers mois.

Seconde remarque. Le siége de la pneumonie, dans tous les cas, était aux lobes inférieurs du poumon. Au contraire, pendant le premier semestre, j'avais noté un nombre beaucoup plus considérable de pneumonies du sommet, circonstance aggravante de la maladie. Et, comme réflexion générale découlant du rapprochement de ces deux faits, je me demande si, dans la spécialité de l'inflammation pulmonaire, cette différence de siége n'a pas été le cachet de la plus mauvaise constitution médicale du commencement de l'année. Ceci est d'une grande valeur et en acquerra davantage à mesure que j'avancerai dans mon travail. Déjà j'ai insisté avec grand soin sur la bénignité très grande des fièvres typhoïdes du dernier semestre, relativement surtout à l'extrême gravité de celles du premier. La même chose revient à propos des pneumonies, et reviendra à propos de toutes les maladies, je le dis par avance; il m'est donc permis de me demander si réellement le siége de l'inflammation au sommet du poumon n'a pas été un fait indépendant de cette influence générale qui aggravait toutes les maladies du premier semestre; et j'y suis autorisé davantage par l'absence totale de pneumonies du sommet dans les cas que je relève aujourd'hui.

Je viens de noter implicitement un troisième caractère différentiel entre les pneumonies des deux semestres. Tandis que précédemment 8 malades avaient succombé sur 24, je n'ai maintenant qu'une seule mort pour 12; et même, sur cette

---

» sabat que je dû faire lun des Brigand n'y etait pas descendit je dans
» un état pitoyable plus Mort qu'envie de colere et je vint chez moi
» chercher un Baton ou je me postai a la porte de ce Monstre je Restai
» la une partie de la journée pour le corriger descidé même a le tuer
» s'il etait sorti le lendemaint jen fit autant sans pouvoir tatteindre
» vu quil me voyez par les croisées; enfin maintenant mon cher Mon-
« sieur pour que mon ouvrage soit complet et pas des apprecié je
» voudrais vous supplier de Mexcuser la Balourdise que j'aie eue en
» pretant mon journal à ce Monstre infâme et je voudrais vous prier
» de m'accorder ces 4 pages ou me les vendre à seule fin que mes vo-
» lumes soient toujours complet...

» En attendant Monsieur etc.

» Signé G......
» Place ..., n. .... à Paris. »

Il y a un *post-scriptum*, et c'est le plus beau diamant de ce joyau.

« P. S. Jai quelque chose a publier dans votre journal ce son les
» Bons effets de la Morphine par la methode endermique dans les Ne-
» vralgie chose que jai encore puisé dans votre excellent journal.

» Jai encore quelque chose de Bon sur le vin de colchique dans les
» maladies gouteuses. Cest au savant ouvrage de MM. Merat et De-
» lens que je doit cecit Matiere medicale Tome 2. »

Vous comprenez avec quel empressement le rédacteur du journal a accepté un collaborateur de cette espèce.

— On assure maintenant qu'il n'a jamais été sérieusement question de la candidature de M. Orfila à la dignité de pair de France. M. le doyen ne se trouverait, dit-on, dans aucune des conditions exigées par la loi, c'est-à-dire qu'il n'a rempli aucune des fonctions qui confèrent ce titre, qu'il ne paye pas un cens suffisant, et qu'enfin il n'est pas membre de l'Institut. Ce n'est donc pas par lui que la médecine peut espérer d'être représentée au Luxembourg; et à vrai dire, si c'était la profession médicale qu'on voulait appeter, le choix pouvait paraître singulier, M. Orfila, en effet, ne voyant pas de malades. On dit que le vent souffle dans ce moment du côté de M. le professeur Andral, que sa qualité de membre de l'Institut place dans les conditions requises. Je ne crois pas néanmoins que les choses soient bien avancées de ce côté. L'introduction d'un médecin dans la Chambre des Pairs a toujours trouvé une vive opposition dans de hautes régions, et cette répugnance n'a eu aucune raison de s'affaiblir. On nous préfère des fabricants, de riches banquiers, de grands industriels, et tout cela est logique. Dans toute promotion de pairs qui aura une signification politique, aucun médecin ne figurera, soyez-en sûrs, car il n'en est aucun qui, sous ce point de vue, puisse apporter à une opinion un bénéfice équivalent à un semblable honneur. Nous devrions être fiers, assurément, de voir un des nôtres arriver à la pairie; mais, je ne sais si vous pensez comme moi, nous devrions désirer peut-être que cet avénement n'eût lieu que dans des circonstances telles qu'on pût le croire pur de toute influence politique, et comme un hommage simplement rendu à l'honorabilité de notre profession. La noble indépendance de notre corporation devrait ici réclamer hautement son privilége, et le candidat à qui le pouvoir voudrait conferer cette dignité en lui demandant Quelles sont vos doctrines politiques, s'élèverait bien haut dans l'estime de ses confrères en répondant : Je suis médecin.

— Dans un village tout près de Fontainebleau vit une respectable et très respectable dame plus que centenaire, car elle compte 106 ans, bien authentiquement. Le nom de cette dame, je ne le dirai pas; mais il n'en est pas qui se soit élevé plus haut, et vous serez de mon avis quand vous saurez qu'à ce nom se rattache l'invention des aérostats. Dans ce même village habite une autre dame, jeune encore comparativement à l'autre, mais qui compte néanmoins 96 printemps. Vous apprendrez avec plaisir, et vous allez d'ailleurs en voir la preuve, que les infirmités ont respecté ces vénérables débris d'un autre âge; ces dames lisent encore sans lunettes, font tous les jours leur promenade sans appui, dînent gaiement, soupent de même, dorment d'un bon somme, et chantent au besoin la chansonnette. Une étroite et touchante amitié s'est établie entre ces deux siècles, et rien ne se fait chez l'autre d'un peu important ou d'un peu gourmand qu'on ne dise : Part à deux. Un jour de l'automne dernier et par un beau soleil de septembre, notre jeune couple sortit dès le matin avec mystère, et se dirigea du côté de Corbeil. A midi, il n'était pas encore rentré; commencement d'inquiétude dans les deux familles. A quatre heures du soir, pas de nouvelles; l'alarme se répand dans le pays. A sept heures, l'émotion est générale dans le village; des émissaires sont envoyés dans toutes les directions, et après une heure encore d'anxiété cruelle, l'omnibus de Corbeil arrive et dépose nos jeunes dames, alertes, pimpantes, toutes guillerettes, et riant à gorge déployée de leur escapade et de l'émotion qu'elle avait suscitée. D'où venaient-elles?..... De Paris, où elles avaient voulu faire, et avaient fait en réalité, un fin petit dîner à la Maison-Dorée dont elles avaient beaucoup entendu parler, et dans un cabinet particulier encore!..... Je m'empresse d'ajouter que, d'après tous les renseignements pris, il paraît certain que ces dames ont dîné seules.

Je signale ce fait aux auteurs de *Dictionnaires*, article *longévité*.

— Après tout, cependant, le feuilleton doit être fier. Ce que n'ont pu faire ni M. Malgaigne, ni les premiers juges, ni la Cour royale, ni les avocats, ni M. Velpeau, ni l'Académie, le feuilleton l'a fait. La myotomie s'est sentie blessée par lui et franchement elle l'a dit. Avoir chanté victoire après chaque échec judiciaire ou académique, et s'irriter d'une pointe de feuilleton, il y a là de quoi me rendre vaniteux. Mais toujours modeste, je dirai que la myotomie, en cette affaire, ressemble un peu à cet Indien qui, sur le point d'être saisi par les griffes d'un tigre féroce, au lieu de fuir à toutes jambes s'arrêtait pour chasser ses moustiques.

Le feuilleton sera charitable; il ne veut rien répondre à la myotomie qui lui conteste son identité, sa personnalité, et qui selon une vieille tactique plusieurs fois dévoilée, déplace et multiplie les responsabilités d'un journal qui n'a pas cependant l'habitude d'en décliner aucune. « Mascarille, dit-elle, se cache sous le manteau de Crispin. » A la bonne heure! Cela veut dire sans doute qu'un autre fait les articles que je signe. La myotomie peut écrire ces choses; mais y croire... J'affirme bien qu'elle y croit aussi peu qu'à ses succès.

Crispin, du reste, veut emprunter en terminant le manteau de Mascarille, et il dit comme lui :

« Quand il a lu dans un article de la *Gazette médicale*, rendant
» compte de cette terrible séance, ces mots de Lamartine :

Faut-il gémir? faut-il chanter?

» il a dit tristement :

Il faut se taire. »

Jean RAIMOND.

— Un concours sera ouvert le 21 mars 1845, à l'hôpital de perfectionnement, à Paris, pour trois emplois de professeurs, vacants dans les hôpitaux ci après :

Hôpital militaire de perfectionnement. — Médecine et chirurgie. — Cours de physiologie médicale et d'anatomie pathologique.

Hôpital militaire d'instruction de Metz. — Médecine. — Cours d'hygiène de guerre et de médecine légale.

Chirurgie. — Cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire. Pourront seuls être admis à concourir, les officiers de santé militaires indiqués ci-après, savoir :

Pour la médecine. — Les médecins ordinaires, les médecins adjoints.

Les chirurgiens aides-majors et pharmaciens aides-majors portés sur la liste d'aptitude aux emplois de médecin-adjoint, et qui auront satisfait aux examens pour ces emplois.

Pour la chirurgie. — Les chirurgiens-majors des hôpitaux militaires, postes sédentaires, armes spéciales et corps de troupe. Les chirurgiens aides-majors des hôpitaux militaires de l'intérieur, postes sédentaires et armes spéciales.

Les candidats pour les emplois de médecin et de chirurgien professeurs, doivent être pourvus du diplôme de docteur en médecine.

mort, je manque de renseignements sans doute explicatifs. Le malade a succombé depuis ma sortie du service, avec gangrène du poumon, et je n'ai pu être informé à son égard. J'avais, pour ma part, considéré sa guérison comme définitive au 31 décembre; le malade allait bien; il était au dix-septième jour de la maladie, qui était en bonne voie de résolution. J'ignore par quelles complications imprévues une terminaison funeste est survenue.

L'amélioration très grande dans le résultat obtenu, la rareté des morts par pneumonie est bien le fait du médecin, ou mieux du traitement par lui ordonné. Sur cette maladie, je proclamerai autant les ressources assurées de la thérapeutique, que j'avais eu peu de confiance en elles touchant la fièvre typhoïde.

Durant le premier semestre, j'avais indiqué que tous les pneumoniques morts étaient entrés à l'hôpital du huitième au douzième jour de la maladie, c'est-à dire à un moment où les désordres morbides, non enrayés par un traitement convenable, avaient fait d'irrémédiables progrès. Cette fois, au contraire, nos malades sont venus dans les salles dès les premiers jours de leur maladie, et nous avons pu sûrement prévenir sa fâcheuse terminaison. Moyennement, la maladie a duré 22 jours, près d'un quart en sus du séjour moyen des malades du premier semestre; cela vaut sans doute mieux encore que de les laisser mourir. J'ajoute ensuite que précédemment les malades entrant après huit ou dix jours de maladie, succombant bientôt après leur entrée, apportaient un faible chiffre pour l'appréciation du séjour moyen. Ici tout le monde guérissant, le médecin gardant complaisamment les guéris quelques jours de plus, la durée moyenne de la maladie s'aggrave d'autant.

Enfin, deux des malades n'ont pas pu quitter l'hôpital avant trente-neuf jours de traitement; l'un était une femme qui eut une très grave pleuro-pneumonie d'abord. Elle allait bien, et semblait devoir être rapidement guérie, lorsque, par une imprudence sans doute, elle eut une rechute qu'il fallut traiter énergiquement et surveiller avec soin. Il y a eu guérison. Le deuxième malade est un homme qui a bien et facilement guéri d'une pneumonie parfaitement caractérisée. Néanmoins, il ne pouvait se remettre, et est sorti, sur sa demande, dans un état qui nous semblait lié à un commencement de tuberculisation pulmonaire.

Les mêmes principes d'après lesquels le traitement avait été institué pendant le premier semestre, ont dirigé encore durant celui-ci. Une saignée dès l'entrée du malade; nouvelle saignée le lendemain très communément. Le surlendemain troisième saignée; mais celle-ci fort rarement. Quelquefois, dès le deuxième jour, ou plus tard, tartre stibié, de 40 à 60 centigrammes. Ensuite, vésicatoire ou sangsues sur la poitrine, révulsifs aux extrémités, diète et boissons convenables.

J'avais remarqué, dans le premier relevé, que la saignée avait été infidèle pour le traitement des pneumonies de la fin du mois de mars, tandis que le tartre stibié était véritablement héroïque pour les mêmes cas. La constance du fait à ce moment déterminé m'avait porté à le considérer comme étant peut-être l'effet d'une constitution médicale entraînant après elle ce que j'avais nommé une constitution thérapeutique. Rien de semblable ne s'est représenté. Les pneumonies ont toujours été très heureusement amendées par les émissions sanguines; celles-ci ont constamment précédé l'administration du tartre stibié, lequel donné plus tard, ou avec des saignées nouvelles, complétait bien la guérison.

— Je mentionne, pour mémoire uniquement, trois cas de gangrène du poumon, dans lesquels est compris le pneumonique dont il vient d'être question. Des trois malades, entrés tous trois dans le service pendant que j'y étais attaché, deux ont succombé depuis que je l'ai quitté. N'ayant pas vu l'autopsie, chose surtout essentielle en ces cas, il me faut livrer ces deux faits à mon successeur. Enfin, pour le troisième, il m'a été absolument impossible de retrouver mes notes à son sujet, et je ne suis pas assez certain de mes souvenirs pour en parler ainsi. C'est une observation que je regrette vivement d'avoir égarée.

Pleurésie.

Je classe sous la dénomination de pleurétiques six malades, tous hommes, lesquels doivent être répartis ensuite en deux sous-divisions. Quatre ont été affectés de pleurésie aiguë, c'est-à-dire d'inflammation de la plèvre avec épanchement, accompagnée du cortége ordinaire des maladies aiguës. Deux autres méritent davantage, pour leur maladie, la dénomination de malades atteints d'épanchement pleurétique, l'affection ayant suivi, chez eux, une marche franchement chronique, sans fièvre ni troubles généraux.

Les uns et les autres ont parfaitement guéri, après un traitement dont la durée moyenne a été de vingt jours. Ce résultat est absolument pareil à celui du premier semestre. Aucune complication sérieuse n'a troublé la marche naturelle de la maladie vers la guérison; je répète qu'une seule fois, au mois de janvier, quelques accidents cérébraux avaient sérieusement inquiété sur la terminaison de la pleurésie, dans un cas manifestement aigu.

Aussi, je n'ai rien de particulier à dire sur ces diverses observations, qui ne rentre dans l'histoire bien connue de la pleurésie et de ses épanchements pleurétiques. Traitement par les émissions sanguines, les vésicatoires sur la poitrine, dans la forme aiguë. Vésicatoires et boissons diurétiques, si la forme était à marche chronique. Voilà, du moins, l'indication générale; elle a été modifiée ou proportionnée diversement, suivant le caractère spécial que revêtait la maladie, caractère qui a d'ailleurs été constamment fort simple.

Bronchite.

Au lieu de 51 malades que j'avais relevés dans ce chapitre durant le semestre précédent, j'en ai seulement 13 aujourd'hui, 11 hommes et 2 femmes. Deux circonstances vont expliquer très bien cette énorme différence. Premièrement, j'ai préféré ne pas parler ici de ces malades, pris d'un rhume très léger, et conduits à l'hôpital, moins par ce rhume insignifiant que par la paresse ou le manque d'ouvrage. Or, j'avais cru précédemment devoir placer ici ces individus, à la considération unique du rhume, trop facile prétexte à leur admission. En second lieu, parmi les bronchites du premier semestre, figurait une épidémie très bénigne, mais très nombreuse, caractérisée par un état catarrhal des voies aériennes et digestives supérieures, le catarrhe bronchique étant le fait le plus persistant. Or rien d'analogue n'a été observé dans le cours des six derniers mois de l'année.

Cette observation explicative de la différence dans la somme totale des bronchites des deux semestres, est la seule que j'aie à présenter touchant cette maladie... Tous les malades ont d'ailleurs guéri, moyennement en quatorze jours. Un ou deux vomitifs, quelques jours de diète, des boissons convenables, ou bien rarement une saignée, voilà quelle a été la base d'un traitement toujours facile et prompt dans ses bons résultats.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 28 octobre 1844. — Présidence de M. THIERRY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — M. Rogier, docteur en médecine, fait hommage à la Société du premier volume d'un ouvrage intitulé : Des lois de la vie organique, ou Raison des phénomènes par lesquels elle se manifeste. — Rapporteur, M. Vinchon.

M. Jules Garnier, chimiste, fait également hommage d'un ouvrage ayant pour titre : Des falsifications des substances alimentaires. — Rapporteur, M. Tessereau.

— *M. Chéreau* fait un rapport favorable sur la thèse et les trois observations envoyées par M. Alexis Favrot à l'appui de sa candidature.

M. Maisonneuve, chargé du rapport sur la moralité, conclut également à l'admission de ce médecin.

— *M. Gaide* lit un rapport sur un opuscule de M. Ratier, intitulé : Lettre sur la Syphilis.

Le rapporteur critique et regarde comme non appuyées de preuves, par l'auteur, les propositions suivantes :

1° Le chancre est le seul symptôme primitif de la syphilis;

2° La syphilis constitutionnelle est une maladie spécifique de la peau et des membranes muqueuses;

3° Le chancre peut guérir de lui-même, et il guérit toujours par des pansements réguliers et bien entendus.

Il n'est d'accord avec l'auteur que pour la quatrième proposition, qu'il regarde comme incontestable.

4° La syphilide pustuleuse exige un traitement mercuriel.

Conclusion : Dépôt dans les archives.

M. Maisonneuve aurait désiré que le rapporteur eût parlé de la syphilis tertiaire, dont M. Ratier n'a pas dit un mot, et qu'il eût mentionné les préparations d'iode comme étant d'une efficacité incontestable.

M. Gaide répond qu'il n'a critiqué que les points principaux de la lettre; attendu qu'il aurait eu trop à faire s'il avait relevé tout ce qui a été oublié par l'auteur.

M. Mercier croit avoir remarqué que dans certains cas la cautérisation, loin d'être un moyen excellent, ainsi que le dit M. Ratier, a favorisé la formation des bubons. Peut-être, ajoute-t-il, les bubons sont-ils plutôt le résultat de l'inflammation des tissus, inflammation qu'on augmente par l'application du caustique, que la conséquence de l'infection syphilitique.

— *M. Mercier* présente un instrument dont il se sert pour introduire des pommades médicamenteuses dans l'urètre, et particulièrement dans sa partie profonde. C'est une sonde à peu près semblable aux sondes de femme, terminée à son extrémité vésicale par une ouverture à bords lisses et arrondis de 2 millimètres de diamètre et à son autre extrémité par un évasement en forme d'entonnoir. Elle présente en outre à cette extrémité deux anneaux assez larges pour admettre les doigts. Un mandrin flexible, terminé par un petit piston, est destiné à pousser la pommade hors de la sonde. On a déjà essayé, dit M. Mercier, de porter des pommades dans l'intérieur de l'urètre, mais sans beaucoup de succès. On en enduisait des bougies ou des mèches, mais alors la substance médicamenteuse s'arrêtait presque en totalité à l'entrée même du canal. A peine quelques atomes pénétraient dans la partie profonde, et d'ailleurs il fallait laisser en place le corps étranger si l'on voulait obtenir une onction prolongée. On a imaginé dans ces derniers temps d'incorporer les médicaments à des bougies susceptibles de se dissoudre dans le canal, mais outre la difficulté de leur préparation *illi quo* elles auraient l'inconvénient d'agir sur les parties du canal antérieures au mal dans le cas même où celles-ci seraient parfaitement saines.

M. Szokalski fait observer que le même inconvénient peut se produire avec les pommades injectées avec l'instrument de M. Mercier, attendu qu'aussitôt qu'elles seraient fondues elles se répandraient dans la totalité du canal urétral.

M. Mercier répond que non, attendu que ces substances ne sont injectées qu'en très petite quantité quand elles sont très actives, et que leur activité s'éteint sur place avant qu'elles ne s'étendent aux parties voisines.

M. Maisonneuve pense que les écoulements chroniques de l'urètre résultent le plus souvent de la présence d'un rétrécissement commençant, et que les succès qu'on attribue aux pommades et aux bougies médicamenteuses sont dus la plupart à ce qu'on a tout simplement dilaté le canal.

M. Mercier répond que ce que vient de dire M. Maisonneuve est vrai dans un certain nombre de circonstances; mais qu'il est des cas nombreux d'urétrite chronique auxquels on a fait peu d'attention jusqu'ici, et que c'est surtout dans ces cas qu'il a fait usage du moyen qu'il propose. Cette inflammation occupe presque toujours la partie profonde du canal, et il l'a observée le plus souvent chez des individus sujets à des affections herpétiques. On l'a dans beaucoup de cas prise pour une névralgie ou un rhumatisme du col de la vessie; les malades qu'elle affecte présentent presque tous les signes rationnels de la pierre; le meilleur moyen de reconnaître la nature et le siége de cette affection, c'est d'introduire dans l'urètre une petite bougie de gomme élastique terminée par un renflement olivaire de 6 à 7 millimètres de diamètre. Ce renflement détermine une sensibilité d'autant plus vive, qu'on se rapproche davantage de la vessie, et lorsqu'on le retire il ramène des mucosités blanchâtres qui annoncent qu'il s'opère un travail de sécrétion dans le point malade, et que s'il n'y a pas d'écoulement, c'est uniquement parce que cette sécrétion est peu abondante. Souvent aussi ce renflement rencontre un obstacle au col vésical. C'est que, suivant M. Mercier, ces inflammations sont dans beaucoup de cas la cause des valvules qu'il a décrites dans ses *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine.* La sécrétion, la sensibilité déterminée par le passage de la bougie olivaire ou par la pression du doigt introduit dans le rectum, prouvent que cette maladie est *véritablement* de nature inflammatoire. D'ailleurs, il n'est pas rare que la maladie s'étende aux organes spermatiques et ne détermine l'engorgement du cordon, de l'épididyme, etc.

M. Szokalski soutient de nouveau que les sondes solubles de M. Reynal, dans lesquelles on peut incorporer diverses substances médicamenteuses, peuvent atteindre avec avantage le but que se propose M. Mercier avec sa pommade. Il a guéri en vingt-deux jours un officier de l'armée d'Afrique, atteint depuis seize mois d'une goutte militaire, par l'application journalière d'une de ces bougies contenant 10 centigrammes de sulfate de zinc. Le même inventeur a composé des pessaires et des suppositoires également très utiles; ainsi, M. Szokalski a guéri une diarrhée chronique par l'introduction réitérée de suppositoires solubles opiacés; il a calmé, par le même moyen, les douleurs occasionnées par un gonflement hémorrhoïdal, et dans un temps très court.

— *M. Szokalski* appelle l'attention de la Société sur la possibilité de faire agir des substances médicamenteuses sur le canal nasal, dans le cas de fistule lacrymale. A cet effet, il a fait confectionner des bougies en cordes à boyaux enduites de la substance soluble. Une pareille bougie, introduite dans le canal nasal. food, met le médicament en contact avec la partie malade, en même temps que la corde gonflée exerce une pression sur les parois du conduit nasal. Dans un cas de blennorrhée du sac lacrymal compliquée d'obstruction du canal nasal, qui résistait depuis dix-huit mois au traitement ordinaire, après avoir rétabli le canal obstrué, il a introduit successivement des bougies contenant diverses substances astringentes, et en six semaines la guérison était complète.

— *M. Blatin* communique l'observation suivante : Une petite fille de cinq ans, affectée d'une rougeole grave, fut, le sixième jour, prise d'une enterite aiguë avec dévoiement, tympanite et sensibilité extrême du ventre, surtout dans la fosse ilaque droite. Le lendemain, au moment où sa mère la nettoyait, après une selle liquide, elle rendit, sous les yeux mêmes de cette dame, une épingle dont la tête était engagée dans une concrétion de matières brunes et dures du volume d'un pois. L'évacuation alvine qui eut lieu à ce moment fut très copieuse, liquide et plus fétide encore que de coutume. Depuis ce moment l'état du ventre s'améliora rapidement. L'enfant s'est bien rétablie.

Cette épingle avait été avalée très probablement depuis un mois. A cette époque, la mère avait retiré du gosier de sa fille une épingle semblable, que celle-ci s'efforçait d'avaler. L'enfant a avoué, après plusieurs dénégations, dues à la crainte d'être punie, qu'elle avait, à deux autres reprises, avalé des épingles, à l'instigation d'une jeune fille de douze ans, pensionnaire de la Maison royale de Saint-Denis, qui elle-même s'amuse souvent à ce jeu qu'elle montre à ses compagnes. J'ai fait prévenir les parents de mademoiselle Louise M..... de surveiller cette enfant.

— *M. Bonnassies* communique l'observation suivante : Un jeune enfant de cinq ans et demi, qui avait eu la scarlatine suivie d'un abcès parotidien, a conservé depuis cette époque un écoulement d'oreille épais, fétide, et présente des accidents nerveux instantanés qui se succèdent très souvent dans une même journée; absence du mouvement et du sentiment; paupières ouvertes et vacillantes; yeux mobiles, hagards. Ces divers accidents le surprennent-ils au milieu du jeu, il s'arrête et reprend aussitôt l'accès fini, etc.; il dort bien, se porte bien du reste. Faut-il attribuer ces phénomènes à une carie siégeant dans les os du rocher, à une maladie de l'oreille interne? doit-on les regarder comme étant ceux d'une nécrose? ou bien sont-ils les effets sympathiques de la présence d'un tænia?

MM. Cerise et Thirial, sur la demande de M. Bonnassies, examineront l'enfant avec lui.

— *M. Richelot* a la parole :

Observation de canitie chlorotique. — Il y a trois ans environ, dit-il, je fus appelé à donner des soins à une jeune demoiselle de seize à dix-sept ans, d'ailleurs bien développée et d'une belle organisation, mais qui présentait les symptômes les mieux caracterisés de la chlorose. Je n'ai pas besoin de décrire ici la maladie, dont le diagnostic ne pouvait être douteux. Je me bornerai à citer un phénomène morbide que je n'ai vu signalé nulle part comme faisant partie des symptômes de la chlorose, et que je n'avais encore jamais observé. Cette demoiselle, qui avait de beaux cheveux châtain-clair, avait remarqué, à son grand chagrin, que depuis qu'elle était malade, une grande quantité de ses cheveux poussaient blancs, et que le nombre des cheveux qui devenaient blancs allait toujours en augmentant. En effet, un grand nombre de ses cheveux étaient entièrement blancs à partir du cuir chevelu jusqu'à 4 ou 5 centimètres de leur naissance, puis présentaient leur coloration normale dans le reste de leur longueur, ce qui donnait à sa chevelure un aspect panaché fort bizarre. Cette demoiselle fut soumise à un traitement ferrugineux qui amena graduellement une guérison solide. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est qu'en même temps que l'affection chlorotique se dissipait sous l'influence des préparations de fer, la canitie se guérissait également. En effet, à partir du moment où l'état de la santé générale s'améliora, et où les couleurs revinrent au visage, les cheveux qui avaient commencé à pousser blancs se remirent à pousser avec leur coloration naturelle, et la canitie ne se manifesta plus dans aucun autre cheveu. De sorte que, quand la jeune personne fut complétement guérie, elle avait un grand nombre de cheveux qui, châtains à leur naissance dans une certaine étendue, étaient blancs ensuite dans une longueur de plusieurs centimètres, et redevenaient châtains dans le reste de leur longueur. La portion blanche était celle qui avait poussé pendant que la jeune personne était chlorotique. Tous ces cheveux furent arrachés quelque temps après le rétablissement complet de la santé, et depuis ce temps cette demoiselle n'a pas eu un seul cheveu blanc. Ainsi, sous l'influence de la chlorose, qui tend à amener la décoloration de tous les tissus, les cheveux étaient privés de leur pigmentum.

— On procède à la nomination de M. le docteur Favrot, qui, après les épreuves, est proclamé membre titulaire de la Société médico-pratique.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, L.-M. VINCHON.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. (Novembre 1844).

Des causes du progrès scientifique; par M. RÉVEILLÉ-PARISE.

Fragment philosophique extrait d'un ouvrage récemment publié par l'auteur sous ce titre, *Etudes de l'homme* dans l'état de la santé et dans l'état de la maladie. Dans cet endroit l'auteur établit que, parmi nos facultés, l'imagination est celle qui contribue le plus peut-être au progrès scientifique.

De l'emploi thérapeutique de la ciguë contre les indurations glandulaires survenant dans certains conditions spéciales de l'organisme; par M. MAX. SIMON.

Ce n'est pas, comme on pourrait le croire, sur des sujets à constitution scrofuleuse que l'auteur a trouvé les intumescences glandulaires les plus volumineuses, auxquelles il a appliqué la médication dont il est question dans cet article, mais bien sur des sujets présentant tous les attributs du tempérament sanguin. L'auteur a administré avec suc-

cès contre ces indurations glandulaires, la cigoë à doses progressivement croissantes. Il a prescrit chaque jour quatre, puis six, puis dix pilules contenant un quinzième de centigramme de poudre de cigoë, pendant trois et même six mois. « Bien que dans tous les cas de ce genre où nous avons eu recours à cette médication, dit-il, nous n'ayons pu obtenir une résolution complète du mal, nous pouvons dire cependant que cette résolution a suivi dans quelques cas si évidemment l'emploi de cette méthode de traitement, qu'il nous est impossible de ne voir là qu'une simple coïncidence fortuite. Nous nous appuyons surtout, pour établir ce fait, sur l'inutilité des moyens longtemps continués, et la plus ou moins rapide disparition des tumeurs glandulaires, lorsqu'à ces moyens nous fîmes succéder le moyen dont il s'agit en ce moment. » L'auteur rapporte trois observations auxquelles il pourrait, dit-il, en joindre beaucoup d'autres où l'efficacité de cette médication serait en effet très marquée.

Considérations pratiques sur le galactocèle mammaire, ou tumeur laiteuse du sein, et de son traitement; par M. Am. Forcet.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de compléter l'historique des tumeurs laiteuses de la mamelle, de celles surtout dans lesquelles le lait se présente à l'état liquide. Il rappelle d'abord les rares observations que la science possède sur ce point de pathologie, et il prouve ainsi que si le galactocèle peut être le résultat d'une ampliation générale de tous les galactophores, il est bien plus commun de le voir constitué par un kyste unique, isolé et circonscrit. La tumeur en question coïncide dans son développement avec l'état de lactation ; c'est même un de ses caractères pathognomoniques. Néanmoins, l'auteur rappelle, d'après un fait qu'il emprunte à la thèse de M. Bérard, que Dupuytren l'a vu survenir une fois pendant la grossesse. Un autre caractère du galactocèle, ajoute M. Forget, c'est la rapidité et l'étendue considérable de son développement en un temps très court. En effet, dans une observation citée d'après Scarpa, le sein avait acquis, en deux mois, un volume tel, qu'il présentait près de 34 pouces de circonférence, et la mamelle, quand la malade était assise, reposait sur la cuisse du même côté.

L'afflux incessant du lait, entretenu par l'allaitement, qui fut continué, peut seul rendre raison de ce fait. Nous trouvons dans le travail de M. Forget un nouvel exemple de galactocèle, le plus complet que nous connaissions, surtout sous le rapport de sa structure anatomique qui n'avait été qu'indiquée jusqu'ici sans preuve démonstrative. Il s'agit d'une jeune femme entrée à l'hôpital Saint-Louis au mois d'août dernier : mère de quatre enfants dans l'espace de six ans, elle est accouchée du dernier il y a six mois. Depuis son premier accouchement la sécrétion laiteuse a continué de se faire, et le sein droit, à la suite de chaque grossesse acquérait plus de volume. Actuellement cette femme porte, à la partie la plus déclive de cet organe, une tumeur arrondie du volume des deux poings, fluctuante, mobile, ayant refoulé en dehors la plus grande partie de la glande mammaire qui envoie à sa surface un prolongement que l'on distingue par le toucher. En comprimant la tumeur on fait sortir par le mamelon une certaine quantité de lait.

Après une ponction exploratrice qui ne laissa aucun doute sur la nature du liquide que ce kyste renfermait, M. Jobert (de Lamballe) en pratiqua l'extirpation ; avec lui il enleva une portion de la glande qui y adhérait intimement. L'examen de la pièce anatomique faite avec le plus grand soin par M. Forget, lui montra, outre le galactocèle volumineux contre lequel l'opération avait été dirigée, deux autres kystes beaucoup plus petits et englobés dans le tissu mammaire ; ils renfermaient tous du lait crémeux. L'intérieur du kyste principal était remarquable par de nombreux orifices de vaisseaux galactophores qui y versaient le lait : ces vaisseaux, dans l'intérieur desquels on pouvait introduire jusqu'à un stylet ordinaire, allaient se rendre dans le tissu glanduleux. L'auteur insiste sur un repli valvulaire dont était garni l'orifice de ces conduits, qui tous étaient remplis de lait.

La même disposition se trouvait dans les deux kystes avec cette différence qu'elle s'y présentait dans des proportions plus restreintes, si bien, dit l'auteur, que cette pièce d'anatomie pathologique m'a permis de suivre le développement du galactocèle aux diverses phases de son évolution : pour ainsi dire à l'état naissant dans la simple dilatation du conduit galactophore, on le voyait arriver, en passant par des degrés intermédiaires, à son summum de développement ; point extrême, où il nous a été montré dans l'observation de Scarpa.

Nous regrettons de ne pouvoir qu'indiquer sommairement ces données anatomiques à l'aide desquelles l'auteur a su éclairer une question de pathogénie qui n'avait été résolue que d'une manière spéculative. Pour plus de détails nous renvoyons au travail original lui-même, qui se recommande encore à l'attention des praticiens par d'excellentes vues pratiques sur le traitement de la maladie dont il traite.

Teinture contre la calvitie, par M. le docteur Landerer, d'Athènes.

Pr. Feuilles de laurier cerise,	60 grammes.
Girofles,	8 grammes.
Alcoolat de lavande,	180 grammes.
Alcoolat d'origan,	180 grammes.

Faire digérer pendant six jours, S. A ; passer avec expression, puis ajouter à la colature préalablement filtrée,

Ether sulfurique,	15 grammes.

M. et renfermer dans un flacon bouché à l'émeril.

On emploie cette teinture en frictions sur le cuir chevelu.

Son effet, suivant l'auteur, est déjà sensible après en avoir répété cinq ou six fois l'application. (*Zeitschrift fuer die ges. Medicin.*)

NOUVELLES.

Sur la présentation du Conseil de santé, M. le docteur Marchal (de Calvi) a été désigné par M. le ministre de la guerre, pour suppléer M. Casimir Broussais au Val-de-Grâce, dans le cours de physiologie et d'anatomie pathologique.

La place de M. Broussais est mise au concours. M. Marchal a été installé mardi dernier, par M. Alquié, médecin en chef, qui l'a présenté au personnel au nom du ministre. Cette présentation s'est faite avec beaucoup de dignité. M. le médecin en chef et MM. les aides-majors de l'Hôpital de perfectionnement étaient en grande tenue, ainsi que M. Marchal. Cela nous a fait faire un triste retour sur ce qui se passe à la Faculté dans des circonstances analogues ; mais c'est un sujet sur lequel il nous faudra revenir.

Les paroles relatives à M. Broussais, que M. Marchal a prononcées, ont été couvertes d'applaudissements qui honorent l'ancien professeur du Val-de-Grâce. M. Marchal a expliqué comment le désir de trouver, pour une santé chère, des conditions hygiéniques meilleures, et celui de compléter, par l'observation personnelle, les matériaux d'un grand travail sur la pathologie de l'Algérie, ont conduit M. Broussais à demander au ministre son envoi en Afrique. Il a terminé sur M. Broussais par ces mots : « Espérons que cet éloignement ne sera que momentané. Il y a près de cet amphithéâtre une tombe illustre qui parlera pour votre ancien maître, et qui semble marquer dans le personnel de cet hôpital la place de l'héritier du glorieux nom de Broussais. »

Ensuite, M. Marchal est entré en matière. Avant d'étudier l'être particulier, il a étudié le grand être, qu'il a examiné dans son *anatomie* (la division des corps), dans sa *physiologie*, c'est-à-dire dans sa nutrition (théorie de M. Dumas sur la mutation perpétuelle de la matière) et dans ses actes ; enfin, dans sa *virtualité*, c'est-à-dire dans l'ensemble de ses forces (physiques, chimiques et vitales).

La classification des fonctions qu'il a présentée est neuve à plusieurs égards ; elle comprend deux grandes divisions : 1° Vie de l'individu ; 2° vie de l'espèce. La vie de l'individu se divise elle-même en *modalité*, *fonctionnalité*, *virtualité*. La *modalité* comprend plusieurs circonstances générales qui constituent la manière d'être de l'individu (tempérament, idiosyncrasie, âge, sexe, constitution, diathèse) ; la *fonctionnalité* comprend les fonctions de la vie organique et de la vie animale ; plus, la suspension de celle-ci (sommeil) ; la cessation des fonctions (mort) ; enfin, la *virtualité* comprend l'étude des forces physiques, chimiques et vitales qui régissent le corps humain. La vie de l'espèce comprend l'étude de la génération de l'hérédité et des races.

— On lit dans le *Moniteur* : « Des procès tristement fameux ont, depuis quelques années, appelé l'attention du public sur la dangereuse facilité avec laquelle l'acide arsénieux et quelques autres préparations arsenicales sont souvent livrés à des mains criminelles ou imprudentes.

L'administration ne pouvait rester indifférente à de tels avertissements : aussi a-t-elle examiné avec le plus grand soin les diverses propositions qui ont été faites pour rendre impossibles ou au moins extrêmement difficiles les erreurs et les méprises que peuvent favoriser les caractères extérieurs de l'acide arsénieux du commerce.

L'Académie royale de médecine, l'Ecole de pharmacie, le Conseil de salubrité, le Comité consultatif des arts et manufactures, ont déjà donné leur avis à ce sujet.

Mais il restait à examiner la question de savoir jusqu'à quel point l'emploi de l'acide arsénieux est indispensable à la médecine et à l'industrie. M. le ministre de l'agriculture et du commerce a cru devoir confier l'examen de cette question à des hommes dont le nom fait autorité dans les sciences, ou qui exercent les principales branches d'industrie dans lesquelles l'acide arsénieux est particulièrement employé ; il a pris, à cet effet, l'arrêté suivant :

Art. 1er. Il est formé une commission spéciale pour examiner la question de savoir si la vente de l'acide arsénieux peut être prohibée, d'une manière absolue, sans inconvénient grave pour la médecine et pour l'industrie.

Art. 2. Sont nommés membres de ladite commission :

MM. Gay-Lussac, pair de France, président ;
Roard, membre du comité consultatif des arts et manufactures ;
Dumas, de l'Académie des sciences ;
Payen, de l'Académie des sciences ;
Orfila, doyen de la Faculté de médecine ;
Yvart, inspecteur général des écoles vétérinaires ;
Bussy, professeur à l'école de pharmacie de Paris ;
Vicomte de Ruolz, fabricant ;
Lemire, fabricant ;
Meilheurat, directeur des affaires criminelles au ministère de la justice ;
Sénac, directeur du commerce intérieur et des établissements sanitaires.

Le chef du bureau sanitaire au ministère de l'agriculture et du commerce remplira les fonctions de secrétaire. »

— M. Piorry a repris ses conférences cliniques à l'hôpital de la Pitié, lundi 2 décembre. Il les continuera tous les lundis, mercredis et vendredis de neuf à dix heures. A dater de lundi 9, il traitera tous les lundis des *maladies médicales des organes génito-urinaires de la femme.* Il s'occupera particulièrement du diagnostic et du traitement de ces maladies.

Erratum. — Dans l'article de M. Hervez de Chégoin, on a imprimé immobilité du repos ; *lisez* inutilité.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 142. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 4 DÉCEMBRE 1844.

DES ASSOCIATIONS MÉDICALES DE PRÉVOYANCE. CE QU'ELLES SONT; CE QU'ELLES POURRAIENT ÊTRE.

Voici des idées, des principes, qui méritent, ce nous semble, une publicité plus large que celle que leur auteur leur a donnée. M. le professeur Ribes vient de publier, dans le *Journal de la Société pratique de Montpellier*, un travail remarquable que nous tenons à reproduire. L'honorable professeur s'étonne, en plusieurs endroits, d'être le premier à émettre des opinions telles que celles qu'il expose; c'est probablement inadvertance de sa part; la *Gazette des Hôpitaux*, en maintes circonstances, a cherché à appeler l'attention des médecins sur des idées semblables, que plusieurs fois elle a développées. Les lecteurs qui ont gardé le souvenir des articles que nous avons publiés à cet égard, ne manqueront pas de remarquer l'évidente conformité des opinions de M. Ribes avec celles que nous avons cherché à faire prévaloir. Du reste, c'est moins pour revendiquer une vaine priorité que nous faisons cette remarque, que pour dire combien il nous est agréable de voir nos idées et nos principes appuyés par un homme aussi distingué M. le professeur Ribes.

« I. Que signifient ces mots (1), et quel genre d'institution annoncent-ils? Pour le savoir, il faut lire les statuts ou règlements, qui sont l'expression de la constitution de ces associations et du but qu'elles se proposent. Je viens de le faire, et je crois m'apercevoir qu'au fond ils signalent plutôt les maux dont la profession médicale est atteinte, que les moyens qu'il faudrait employer pour les détruire. Or, dans l'état où en sont les choses, les palliatifs ne remédieront à rien, et il vaudrait mieux attaquer le mal dans sa racine; c'est-à-dire remonter aux causes qui ont produit et entretiennent les désordres dont nous sommes témoins, afin de les prévenir. — Si l'on cherchait d'abord à savoir de quelle nature sont les rapports que les médecins doivent avoir les uns avec les autres et avec la société, il serait peut-être facile ensuite de déterminer quel est l'ordre le plus favorable à l'exercice de notre belle profession.

» C'est par l'appréciation du but auquel aspirent les associations médicales, que nous réussirons à les juger; car toute institution se résume par l'énoncé du but qu'elle désire atteindre.

» Que veulent donc faire, en se rapprochant, les médecins des diverses villes ou départements que nous venons de nommer? Ils ont l'intention de surveiller attentivement le corps médical, d'empêcher qu'il ne soit déconsidéré par ceux qui se conduisent mal en l'exerçant, ou qui l'exercent sans en avoir le droit. — Dans le langage du jour, cela veut dire qu'on songe à surveiller les intérêts pécuniaires de ceux qui exercent la médecine. On pense y parvenir en sollicitant activement l'expulsion des charlatans, en prononçant sur les différends qui peuvent s'élever entre les médecins et les malades, en pressant le ministère public d'examiner tous les cas d'infraction à la loi et de redresser tous les torts faits aux médecins. Jusque-là, les associations médicales ne se présentent que comme des moyens de venir en aide à la justice ordinaire ou de la tirer de son indifférence. Eh bien! je suis disposé à croire que s'il est déjà triste de voir la justice intervenir dans les affaires des médecins et régler leurs différends avec les malades, il le sera bien plus de voir les médecins faire alliance avec elle, et, surveillants empressés des querelles et des délits médicaux, lui fournir des occasions fréquentes d'intervenir. D'autre part, devenus jusqu'à un certain point juges dans leur propre cause, il me paraît douteux que leur considération ait rien à gagner. Cette conduite, au contraire, met le fait moral en souffrance, et il serait préférable de s'associer pour trouver le moyen de prévenir les désordres de ce genre, en rechercher les causes diverses, afin de les écarter et de diminuer le nombre de cas dans lesquels la justice doit prononcer. —Une des causes qui trouble profondément les relations des médecins entre eux et altère leurs relations avec les malades, qui engendre sûrement le charlatanisme et la déconsidération et conséquemment rabaisse la profession médicale, c'est, sans contredit, la concurrence exagérée que se font les médecins et leur mauvaise répartition parmi les populations. La concurrence est aujourd'hui la guerre; c'est pourquoi je voudrais que les associations servissent, avant tout, à faire comprendre aux médecins et au public, que le meilleur moyen d'empêcher les abus, les mauvais procédés, les désordres relatifs à l'exercice de la médecine, c'est de modifier les dispositions morales de tout le monde, c'est de corriger une éducation qui vicie l'activité des hommes dans la science; de préparer les esprits peu à peu à un état dans lequel la concurrence ne soit que l'émulation; à une organisation qui, mettant chacun à sa place, ainsi que cela a lieu d'une manière régulière dans plusieurs corps de fonctionnaires publics, permette que les véritables rapports des médecins entre eux, et des médecins avec les malades, soient compris et s'établissent pour le bien commun.

» Du reste, les associations médicales font plus que devenir les auxiliaires de la loi; elles en étendent la puissance en s'arrogeant des droits disciplinaires, en instituant un corps de *censeurs* médicaux. Véritablement, un conseil de discipline composé d'hommes tels que ceux qui peuvent le former aujourd'hui, ne saurait être autre chose qu'une institution de censure; car les membres de l'association se considèrent comme égaux; et on aura beau faire, l'élection qui constitue juges de tous un certain nombre d'entre eux, ne leur donne pas une grande autorité, elle ne peut faire que ces hommes cessent d'être les concurrents les uns des autres, c'est-à-dire d'avoir des sentiments et des idées divergentes. Evidemment, des personnes qui se font une concurrence journalière, ne peuvent se juger impartialement les unes les autres. L'intérêt individuel sera leur règle morale; et quant aux principes, aux opinions ou règle intellectuelle, elles n'en auront point. Elles ne s'accorderont pas plus sur ce qui est le bien ou le mal dans leurs rapports entre elles et avec le public, qu'elles ne s'entendront sur le vrai et le faux. En y réfléchissant, on s'apercevra donc que, dans l'état actuel, un conseil de discipline, se constituant spontanément, et lors même qu'il serait constitué par le gouvernement qui est capable de lui donner une vie plus réelle par la portion d'autorité qu'il lui déléguera; qu'un conseil de discipline, dont il serait d'ailleurs très difficile de déterminer les attributions d'une manière précise, rencontrera tant d'embarras pour formuler ses arrêts, tant d'obstacles pour les faire accepter ou les appliquer, qu'il devra sans doute renoncer bientôt à l'exercice de ses fonctions.

» Et si l'association médicale est presque impossible comme *comité de censure*, à plus forte raison comme *tutelle* et *conseil de direction*. Certainement, il serait à désirer qu'il existât une autorité de cette espèce, et qu'un certain nombre d'individus pussent être acceptés comme les plus dignes et les plus capables de servir de tuteurs, de conseillers, de directeurs et de juges, pour tous ceux qui en ont besoin dans l'exercice de la profession de médecin. Mais qui est-ce qui sent et comprend aujourd'hui l'autorité véritable, celle qui, pour être forte, respectée, efficace, doit être capable et morale à la fois; celle qui a la puissance de faire respecter ses arrêts, parce qu'ils sont rendus dans l'intérêt de tous, aussi bien des malades que des médecins; de diriger ces derniers dans les circonstances difficiles, de les ramener à leur devoir lorsqu'ils s'en écartent, et qui enfin sait distribuer efficacement la louange aussi bien que le blâme. Il faut en convenir, on trouvera difficilement des hommes faits pour exercer ce ministère, en conservant l'ordre médical tel qu'il existe à présent. En effet, ce n'est pas médire des médecins que d'avancer que s'ils se distinguent en général par l'instruction, ils ont quelques progrès à faire sous le rapport moral. Et pour que l'autorité dont nous parlons puisse être utilisée et devienne un moyen d'ordre, la société tout entière, les malades comme les médecins, ont besoin de se réformer. Mais est-ce à dire pour cela qu'il faille renoncer à trouver dans le perfectionnement moral des hommes le moyen le plus puissant de réaliser un état meilleur que celui dans lequel nous sommes? Non, sans doute, et nous devons regarder déjà comme un progrès le besoin senti de s'associer, lors même qu'on se méprendrait encore sur le but auquel il faut tendre, et qu'on ne verrait pas où sont les vrais moyens d'améliorer notre condition. Les hommes rapprochés, unis, les trouveront plus facilement par des efforts communs, que les hommes isolés par leurs efforts individuels. Certainement ils ne tarderont pas à reconnaître qu'une bonne organisation serait le garant le plus sûr de la conduite des médecins, et la voie la plus directe pour arriver à la considération et au bien-être; que l'organisation pour être réelle et durable doit reposer sur l'éducation, sur le sentiment de ce qui convient non pas à chacun séparément, mais à chacun et à tous à la fois, et enfin que ce n'est pas simplement à s'assurer la perception de la rétribution matérielle qu'il faut s'appliquer, mais à recueillir à la fois la rétribution matérielle et la considération, qui est une rétribution non moins nécessaire que l'autre à notre bonheur. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) L'article de M. Ribes est intitulé : Société de prévoyance des médecins de Paris. — Association médicale d'Angers. — Projet de retraite pour les médecins du département de la Seine. — Association médicale de l'arrondissement de La Flèche.— Association médicale de la Sarthe. — Association médicale de la Gironde, etc., etc.

FEUILLETON.

ÉCOLE DU MÉDECINE DU CAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Les examens des élèves de l'Ecole de médecine du Caire ont eu lieu les 25, 26, 27 et 28 août 1844. Un jury, composé de 20 membres désignés par le ministre de l'instruction publique, a procédé à ces examens. Les élèves étaient au nombre de 132, y compris 16 sous-aides. D'après l'examen sommaire des notes de chaque élève en particulier, 7 élèves seulement ont été au-dessous de la notation *bien*, et 80 ont mérité les annotations *très bien*, et *extrêmement satisfait*.

Ces résultats, donnés par des examens sévères, montrent que l'Ecole de médecine d'Egypte poursuit la voie progressive dans laquelle elle a été mise dès le commencement. Toute mon attention, tous mes efforts ont pour but d'introduire profondément dans l'esprit des Arabes livrés aux études médicales, les principes rationnels et expérimentaux qui constituent la science du médecin, et, en même temps, de développer les idées de morale, de logique, de positivisme intellectuel qui doivent servir de base aux esprits dans lesquels on se propose d'implanter les sciences. Il faut, ce me semble, comme en culture, préparer, faire de toutes pièces le sol où la science intellectuelle doit germer, produire des fruits, des semences nouvelles capables de réengendrer de nouveaux rejetons riches de sucs, de vie et de fructification. C'est une acclimatation complète qu'il faut obtenir.

Cette pensée a présidé à la fondation de l'Ecole de médecine; elle a été sans cesse l'inspiration des hommes avancés qui ont été chargés des principales fonctions du professorat. Cette même pensée est celle qui me guide depuis que m'a été confiée la direction de l'Ecole. Depuis onze ans que je suis attaché à cette Ecole, toujours j'ai travaillé à mettre entre les mains des Arabes élèves en médecine, les preuves des données scientifiques les plus nettes à saisir, les preuves expérimentales des faits de la physique et de la chimie, et les faits de la chirurgie. C'est à cela que nous avons cru nécessaire de nous appliquer plus fortement d'abord; car il fallait poser en évidence des principes et des résultats palpables; il fallait asseoir fortement la confiance des esprits, et faire voir, sans le dire, que la tendance naturelle arabe aux rêveries, aux merveilles inattingibles par l'intelligence, l'expérience et le raisonnement, avait pour finale d'égarer en consacrant des croyances scientifiques gardées comme héritage imprescriptible dans les livres arabes, croyances qui n'avaient de bases que des explications hasardées, fournies par une époque vieillie, par l'époque où les livres grecs furent transmis aux Arabes par la traduction.

Les résultats que nous espérons se produisent depuis quelque temps et s'étendent chaque jour dans leurs effets. — Les ulémas pensent que *tout* est dans les livres qu'ils ont de leurs devanciers, non pas qu'ils ont faits, car qui fait des livres aujourd'hui en Orient, et qui est capable d'en faire? Ils pensent, dis-je, qu'ils sont dans leurs *manuscrits*, au bout de toute science, au bout de la médecine, de l'astronomie qui pour eux est la science de compter les sept planètes et les stations du zodiaque, de la chimie qui pour eux ne doit être que l'alchimie, de la physique qui pour eux n'est que les paroles sacrées d'Aristote, de la philosophie qui pour eux..... il est inutile de dire à présent ce qu'elle est et ce que sont à leurs yeux les autres sciences sociales, politiques, etc. Ils ne savent pas même que plusieurs de ces sciences existent.

Aujourd'hui nos élèves font la leçon à l'uléma sur les sciences qu'ils ont entendues, vues, raisonnées, comprises dans les écoles. Persuadés par l'expérience, ils prêchent de confiance et de bonne foi les connaissances qu'ils ont reçues. Les écoles d'Egypte ont fait naître dans l'esprit des élèves qui y ont séjourné, des fruits qui ont gardé leur caractère originel, leur nature première, et qui avec quelque temps encore, se perpétueront sans dégénérer. Je veux dire que la science s'acclimate, et que si des mains habiles et sages continuent encore la culture, l'acclimatation se perfectionnera, sera complète et durable.

A l'Ecole de médecine nous avons, comme puissance de conservation et d'accroissement, multiplié de toutes nos forces les livres qui doivent acclimater l'engrais fertilisant. Et il ne sera pas sans gloire pour elle d'avoir jusqu'aujourd'hui imprimé plus de 20,000 volumes, ouvrages choisis, ouvrages de science et de pratique, tous d'origine française; car l'Ecole médicale d'Egypte s'enorgueillit d'être la fille de l'Ecole française et s'efforce par tous ses genres de travaux de devenir digne de sa mère.

Mais, quel que soit le nombre des ouvrages traduits, ils ne peuvent encore suffire, bien entendu, aux compulsations de détails, d'opinions particulières auxquelles est obligé à tout moment un médecin et surtout un professeur, soit sous le rapport de science pure ou rationnelle, soit sous le rapport de science pratique. Pour obvier aux inconvénients de cette lacune temporaire et étendre le champ des recherches pour les élèves mêmes et surtout pour ceux qui sont destinés à entrer par la suite dans le professorat, nous avons introduit dans l'Ecole l'étude de la langue française. Trente élèves aujourd'hui suivent cette étude, et quelques-uns s'exercent à la traduction. Nous satisferons par là à la double intention que nous avons indiquée tout à l'heure : multiplier les traductions, c'est-à-dire les dépôts de connaissances pour le présent et pour l'avenir, faciliter les recherches et l'érudition scientifique et pratique. L'habitude que j'ai acquise de la langue arabe me permet de donner une grande activité à ces travaux, et j'ai cru utile d'encourager les traductions en traduisant moi-même en arabe un volume de physique et trois volumes de chimie et analyse chimique. Ces ouvrages, imprimés aux frais du gouvernement, sont entre les mains des élèves.

D'autre part, nous ne laissons aucun moyen de rendre familières aux élèves les connaissances médicales pratiques. Comme un hôpital militaire est adjoint à l'Ecole, nous avons sous la main toutes les ressources désirables pour former les élèves à l'application directe de la médecine et de la chirurgie. Les cliniques ont pour but principal d'exercer personnellement chacun des élèves au diagnostic, au traitement et au pronostic des maladies. Nous rendons encore cet enseignement aussi profitable que possible en le rendant mutuel; toujours, bien entendu, sous la conduite immédiate des professeurs. Toutes les cliniques, c'est-à-dire clinique interne, clinique externe, clinique ophthalmologique, sont dirigées et faites dans ce but. Et, par suite, les opérations chirurgicales, de quelque nature qu'elles se présentent, sont

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Fouquier.

Discours d'ouverture.

L'enseignement de la clinique est le plus essentiel en médecine, comme celui qui apprend à connaître les maladies sur le malade lui-même, et à appliquer les remèdes aux cas pathologiques qui se présentent d'après des règles établies sur l'expérience. Cette application est le dernier terme des études médicales. De tout temps on en a senti l'importance et on a toujours recommandé de joindre la pratique aux connaissances théoriques. La statue d'Esculape nous le représente entouré d'élèves et près du lit de l'homme malade. Les Romains, chez lesquels il n'existait pas d'enseignement pratique comme aujourd'hui, avaient l'habitude de conduire leurs élèves chez les malades ; cela est indiqué dans une épigramme de Martial, et en France il en fut ainsi jusqu'à la fondation des écoles de santé.

Dans l'enseignement clinique il faut toujours distinguer deux choses, la démonstration et l'application. Ainsi le diagnostic ou l'art de connaître le siége et la nature de la maladie actuelle doit avant tout occuper le médecin comme base de la thérapeutique ou de l'application des moyens curatifs, dont l'utilité dépend en grande partie de l'exactitude et de la précision du diagnostic lui-même.

C'est une opinion assez vulgaire qu'une maladie bien connue est à moitié guérie, et qu'il n'y a pas de traitement rationnel possible sans une connaissance exacte de la maladie dont il s'agit. Ceci est vrai en thèse générale, mais comme il y a des cas pathologiques fort obscurs faute de symptômes nets et précis, et dans lesquels il faut avoir recours aux remèdes exploratifs, il en résulte que la thérapeutique est au moins aussi importante que la séméiotique.

Pour arriver à bien juger les cas morbides particuliers qui se présentent à notre observation dans les hôpitaux, dès que l'on observe un malade qu'il s'agit d'examiner pour la première fois on commence par jeter un coup d'œil sur l'habitude extérieure soit pour découvrir quelques signes, soit pour démêler le genre de maladie. Ainsi il faut observer rapidement la physionomie, le teint, les yeux, et la position que le malade affecte dans son lit. Ensuite on tâche de savoir son âge, surtout s'il s'agit d'une femme ou d'un enfant ; la profession, le genre de vie, de même que l'état de santé habituel, le tempérament l'idiosyncrasie ; il importe de connaître les maladies antérieures, pour savoir si celle qu'on traite actuellement n'est pas une conséquences des anciennes ; et si cela est possible, il faut aussi tâcher d'être initié aux maladies des parents.

Une fois ces premiers jalons jetés pour la recherche des signes diagnostiques on passe à s'enquérir de la maladie actuelle, et comme moyen d'exploration on commence par les antécédents, puis, soit par le malade lui même, soit par les assistants, soit par ses parents, on s'informe des causes probables de la maladie, de l'époque de son invasion, de sa marche, et de l'ordre selon lequel s'enchaînèrent les symptômes, des moyens employés pour les combattre et de leur résultat.

Dans toutes ces questions, le langage du médecin doit être précis, clair, à la portée de toutes les intelligences, approprié au malade, à la gravité et à la nature de la maladie. Ainsi il ne faut pas demander au malade Souffrez-vous ? mais plutôt Qu'éprouvez-vous ? en quoi consiste son malaise actuel, et, au besoin, on le prie d'indiquer avec la main l'endroit de la souffrance, pour éviter toute équivoque. Si d'après leur peu d'intensité les symptômes manifestés par les malades sont difficiles à interpréter, et si entre ceux qui émanent de l'organe malade et ceux qui sont purement sympathiques les différences sont inappréciables, il faut parcourir les fonctions, c'est-à-dire interroger les organes par lesquels les fonctions s'accomplissent, jusqu'à ce qu'on arrive à celui qui donne les raisons suffisantes de tous les symptômes observés. Arrivé ainsi au vrai signe du mal le médecin doit, à l'aide de la palpation, de la percussion, de l'auscultation tâcher d'apprécier la nature et la gravité de la maladie elle-même. Ces moyens n'ont pas toujours été pratiqués ; et ce n'est que depuis leur introduction dans la science, qu'on peut dire en général qu'il n'y a plus de maladies occultes. Je ne veux pas dire pour cela que les médecins antérieurs à ces découvertes ne connussent pas toutes les maladies, guidés par les investigations fonctionnelles ; mais toujours est-il qu'aujourd'hui on procède avec beaucoup de certitude, et on arrive le plus souvent à des résultats bien plus positifs.

Pour bien formuler un diagnostic, il faut que le médecin soit pourvu de connaissances et qu'il possède surtout à fond la pathologie. Boyer voulait qu'on choisît les professeurs de clinique parmi ceux de pathologie, et il avait raison, car le diagnostic est tantôt positif, tantôt négatif, et le tact médical proprement dit, consiste dans un jugement sain qui fait application des connaissances exactes de la pathologie aux cas morbides qui se présentent. Quelquefois le diagnostic est très obscur, et l'on se trouve dans l'embarras. Dans ces cas, pour sortir de cet état d'incertitude, on a cherché à établir des phénomènes caractéristiques et décisifs ; malheureusement ils sont en bien petit nombre.

La chimie pathologique et l'anatomie pathologique, dont la première s'occupe des altérations chimiques des solides et liquides, l'autre examine et constate les observations physiques de l'organisation, ayant été appliquées au diagnostic, ont rendu comme moyen de grands services ; mais il est bien des maladies qui leur échappent encore, et souvent elles ont été cause d'erreur. Broussais, en voyant dans les intestins des altérations particulières dans beaucoup de maladies, les leur attribuait comme à leur point de départ. D'autres fois, à cause de ces altérations, on a pris, par exemple, une affection du cœur quelconque pour un asthme, une encéphalite pour une cause de folie. Néanmoins elles satisfont l'ardeur de savoir, et quoique inutiles dans un grand nombre de cas, quoi qu'elles ne changent en rien la thérapeutique, elles serviront toujours à découvrir dans beaucoup de maladies la lésion matérielle qui rend compte de tout l'ensemble des symptômes.

La percussion et l'auscultation, qui paraissent avoir été pratiquées quelquefois dans la Grèce ancienne, mises en honneur dans ces derniers temps par Laënnec, fournissent à l'art une riche moisson de résultats vraiment neufs et positifs, et par leur moyen le diagnostic des affections pulmonaires surtout est parvenu à un degré de certitude et de précision auparavant inconnu en médecine. Mais il faut dire aussi qu'elles n'ont rien changé à la thérapeutique déjà connue de ces affections, tout en la rendant plus consciencieuse.

Tout ce que je viens de dire n'a pas pour but de déprécier les ouvrages qui tendent à rendre plus clair et plus exact le diagnostic, mais de blâmer les exagérations de ces mêmes ouvrages qui voudraient à cela seul restreindre tout entier l'art de guérir, et qui ne veulent pas avouer qu'en ce qui concerne la thérapeutique les inductions de l'anatomie et de la chimie pathologique le cèdent de beaucoup aux données fournies par l'expérience. Il faut distinguer l'art et la science, la pratique et les livres, qui en général sont peu pratiques.

Dans toutes les maladies, trois états méritent toute l'attention du praticien ; l'état de la peau, du pouls, et de la langue, et dans les maladies intérieures il faut les examiner tous les trois soigneusement. La peau peut accuser au toucher un excès considérable de chaleur ou de froid, et cela ou partout ou localement. On a voulu mesurer cette chaleur par le thermomètre ; mais, si on avait raison d'une part, on faisait de l'autre une chose parfaitement inutile, vu que la chaleur varie souvent ; tantôt elle est mordicante, tantôt sèche, tantôt humide, etc., et ces variétés ne peuvent pas être constatées par le thermomètre. D'ailleurs, il n'est pas nécessaire de la déterminer avec une précision mathématique ; il suffit de l'apprécier convenablement. Elle s'élève quelquefois à cinq, six degrés, comme dans les fièvres, ou elle s'abaisse d'une manière notable comme dans le choléra ; tantôt enfin elle varie, comme dans les fièvres intermittentes. Dans ce dernier cas, de grandes variations dénotent presque toujours la présence ou l'imminence de fièvres pernicieuses. Enfin, la chaleur de la peau diminue par la transpiration, pour revenir à son type normal, comme dans l'état de santé. En touchant la peau, on sent quelquefois des rugosités ; il faut alors examiner d'autres parties du corps pour s'assurer si ces élevures ne sont pas le résultat d'un vice organique de la peau elle-même, ou d'une éruption, ou d'un exanthème de forme primitive ou consécutive.

Il paraît que même à l'époque de l'école de Cos on avait noté les pulsations des artères, comme quelques passages d'Hippocrate nous l'apprennent, mais sans en connaître la cause ou la nature. Galien, qui traite de la pulsation jusqu'à la minutie, n'en connaissait pas non plus la cause, et ce n'est que depuis la découverte de la circulation du sang qu'on a attaché à l'exploration du pouls toute l'importance qu'elle mérite. L'état du pouls dénote l'état du cœur, et la fièvre ; et comme il n'y a pas de maladie inflammatoire proprement dite sans fièvre, on a pu établir dans les maladies différentes catégories.

Le pouls est pour ainsi dire un thermomètre des forces de l'organisme. Selon qu'il est plein et fort, ou petit et faible, il indique une augmentation ou une diminution dans les fonctions organiques. Communément un peu avant la mort, le pouls est petit, filiforme, et excessivement fréquent.

L'étude du pouls est aussi nécessaire, sous trois rapports : 1° de la fièvre ; 2° de la force ; 3° du cœur. Il y a une centaine d'années, nos ancêtres y attachaient une importance capitale. Bordeu, très sagace, comme on peut le juger par ses écrits, dit que le pouls montre les crises plus ou moins critiques, et les caractères des maladies ; et par un travail conséquent à ces principes, il avait fini par établir des pouls supérieurs et inférieurs, et par cela même le pouls des hémorrhagies, le pouls des urines, des sueurs, etc. ; et comme conséquence, les urines critiques, etc. Mais avant lui on avait déjà fait de semblables remarques, et après lui Fouquier (de Montpellier) a voulu établir les pouls organiques. On a fini par rejeter toutes ces inepties, et l'on ne tient plus compte maintenant que de la force et de la faiblesse du pouls, en donnant quelque attention au pouls rebondissant ou dicrote pour le jugement des hémorrhagies.

L'état de la langue est très important à connaître pour apprécier celui de l'estomac, et les maladies graves qui peuvent affecter cet organe ou autres parties. Ainsi dans la fièvre scarlatine, dans la rougeole, la langue devient rouge ; elle est sèche, se crevasse et se fendille ; en se couvrant d'un enduit noirâtre dans la fièvre typhoïde ; dans l'embarras gastrique, elle présente un enduit épais, blanchâtre, ou blanc-jaunâtre ; et selon Broussais, elle offre des indications par sa forme pour déterminer le genre d'inflammation qu'on a à combattre. Mais dans ces derniers cas, la forme de la langue, selon moi, dépend plutôt de certaines habitudes individuelles.

Les actes fonctionnels de la sécrétion et de l'excrétion de certaines humeurs, et la nature de celles-ci, doivent aussi occuper le médecin-praticien. Ainsi on doit examiner non-seulement les sécrétions cutanées, mais toutes les autres, les urines en particulier, et les excréments. Dans les affections des bronches, il faut étudier les crachats, et surtout cette étude est nécessaire dans les maladies du poumon. Dans les diarrhées, c'est aux matières fécales qu'il faut faire attention. Mais plus que toutes les autres excrétions, il faut bien considérer qu'elles présentent un grand intérêt dans certaines maladies.

Tout cela n'est que préliminaire. C'est une langue pour s'expliquer, un moyen pour arriver à la conclusion, qui est le traitement de la maladie. Ce traitement est l'application des moyens propres à quelque degré et de quelque manière que ce soit, à la cure radicale ou palliative des maladies. Il n'est pas applicable à toutes les maladies du même genre, ou pour mieux dire il n'est pas toujours le même dans la même maladie.

L'on a préconisé deux sortes de médecines, l'une qu'on a appelée agissante, et l'autre expectante. Mais, à vrai dire, il n'y en a qu'une, l'agissante ; car quoique par exemple dans certains rhumes légers, dans certaines varioles bénignes on ne fasse rien ou presque rien pour les combattre, pourtant dans le plus grand nombre de cas il faut agir, et il y aurait danger en restant les bras croisés devant les malades.

---

presque toutes exécutées par les élèves. Cette instruction pratique donne, à l'avance, la sécurité nécessaire au médecin lorsqu'il se trouve seul auprès du malade.

Quarante cinq sujets sont sortis cette année de l'Ecole avec le grade de sous-aides, et ont été, par ordre du vice-roi, distribués dans les provinces pour servir aux besoins de la population, pour opérer les vaccinations, soigner les malades, surveiller les apparitions de peste, travailler à établir la propreté et la salubrité des villages, etc., etc. Au Caire, quatre dispensaires ont été fondés cette année, d'après l'instigation et sous la surveillance du conseil-général de santé et du ministre de l'instruction publique. Des médecins européens sont placés à la tête de ces dispensaires, et sont assistés dans leurs fonctions par des médecins sous-aides arabes.

Mais ce n'était pas assez d'instruire à l'Ecole de médecine les élèves confiés à nos soins ; il fallait encore aviser aux moyens de conserver en eux, par nécessité d'intérêt et de position, les connaissances qu'ils avaient acquises sous nos yeux ; il fallait conserver en eux le besoin, le désir d'agrandir ces connaissances, et par là même augmenter les chances d'avancement, au moins assurer les fonctions des médecins arabes comme employés du gouvernement. Nous avons voulu réunir l'intérêt de l'individu et l'intérêt de la science. Pour cela, voici la règle établie : Tous les médecins arabes aides, sous-aides et majors fournis aux différents services du gouvernement, doivent tous les ans subir un examen, soit au Caire, à l'Ecole de médecine, pour ceux que leurs fonctions tiennent assez près du Caire ; soit à Alexandrie, pour ceux qui sont plus près de cette ville ; soit par un jury de plusieurs médecins européens, pour ceux qui sont dans des localités plus éloignées. Et tout médecin arabe qui ne satisferait pas, selon que le comporte son grade, à un examen sévère, serait ou mis à un grade inférieur, ou diminué d'émoluments pour quelques mois, ou appelé en dépôt à l'Ecole ou à l'hôpital de Casr-el-Ayny, jusqu'à ce que par un nouvel examen il soit jugé capable de reprendre ses fonctions. De plus, après trois ans de service dans un grade, il y a lieu à demander à être porté au grade supérieur suivant, mais toujours par l'épreuve d'un examen spécial qui prouve la capacité du postulant.

D'après tout ce que nous venons d'exposer, il est aisé de voir que nous cherchons et appliquons les combinaisons les plus favorables pour obtenir des résultats solides et durables. Et par une conséquence nécessaire, nous voulons répandre dans la population la confiance en la médecine, détruire chaque jour quelque chose des préjugés que l'ignorance nourrit ici contre la science médicale. Pour aider encore à cette dernière œuvre, l'Ecole de médecine a traduit et publié depuis quelques mois un traité de médecine populaire de Clot-Bey, ayant pour but d'offrir à la multitude, comme le font les livres de ce nom, des recettes empiriques, des *remèdes* pour guérir tous les maux, une médecine sans médecin, mais d'éclairer la masse sur la nécessité et l'emploi des soins hygiéniques rationnels, sur la nécessité de recourir aux lumières du médecin dès le début des maladies, sur l'utilité de la vaccine, sur les dangers des pratiques grotesques, hasardeuses et dangereuses des charlatans mâles ou femelles qui exploitent la bonne foi et la simplicité publique, sur les préjugés les plus graves qui aveuglent le vulgaire, etc. Dans ce livre, dont j'ai suivi la traduction et la révision, j'ai eu soin de faire introduire des maximes et paroles du prophète, comme témoignages plus révérés des musulmans, comme appuis aux conseils donnés par la médecine européenne.

En résumé, de l'Ecole de médecine sont sorties et sortiront encore, par les livres et par les hommes, de puissantes sources d'instruction publique. Les médecins, perpétuellement en contact avec le peuple, sont les moyens les plus persistants, les plus actifs, pour jeter des lumières dans les masses. Les moindres observations, les moindres conversations sont des voies pour rectifier les idées du peuple sur une foule de questions, soit de salubrité, soit de conduite, soit de raisonnement, soit même de morale générale et particulière. La médecine pratiquée, et sentie dans toute sa portée, est, je le répète encore, un des plus grands pouvoirs éducateurs.

Médecin européen, nous avons ainsi compris notre mission en Egypte. Professeur, notre pensée n'a pas été limitée aux murs d'enceinte de l'Ecole, aux seuls élèves qui nous écoutent, nous avons voulu que l'instruction et l'éducation que nous donnions à quelques centaines de jeunes Arabes, passassent par eux à la population ; nous avons pensé à coopérer à l'éducation et à l'instruction de tous.

Sans doute ces sortes d'œuvres sont longues, difficiles dans leurs effets ; car, qui ignore combien les peuples tiennent avec raideur à leurs idées reçues dès l'enfance ? Mais, dis-je, nous voyons évidemment aujourd'hui des résultats positifs de nos travaux. Et pour quelque vingt ans seulement que compte l'Ecole de médecine depuis sa naissance, déjà nos espérances se réalisent. Car vingt ans ! qu'est-ce que cet intervalle pour l'éducation et l'instruction d'un peuple ! Qu'est donc même un homme à vingt ans, dans les pays les plus avancés en civilisation, auprès de ce qu'il sera à quarante ans ?

Veuillez, Monsieur, excuser la longueur de cette lettre. Je m'étais proposé de vous donner seulement une indication très courte des résultats de nos examens, et voilà que je me suis étendu bien au delà de mon intention première. Mais acceptez ma lettre telle quelle ; aussi bien, il n'est pas mauvais qu'on sache au juste en Europe et dans le monde médical ce que nous faisons, ce que nous avons voulu et voulons faire.

Agréez, etc.

Perron,
D.-M.-P., directeur de l'Ecole de médecine du Caire, médecin à l'hôpital de Casr-el-Ayny.

— On lit dans le *Courrier Belge* : Nous venons d'admirer dans l'atelier de M. Edouard Sacré un veritable bijou scientifique. C'est une balance pouvant peser six grammes, et accusant d'une manière évidente la quarantième partie d'un milligramme. On appréciera cette sensibilité quand on saura qu'un quarantième de milligramme est la cinquante millième partie d'une pièce de 25 centimes. La balance de M. Sacré va être soumise au jugement de l'Académie des sciences de Bruxelles.

— La fièvre typhoïde règne à Liverpool où elle a déjà fait un grand nombre de victimes. Les premiers symptômes se sont manifestés à Everton, joli faubourg sur une hauteur. De là, le mal s'est répandu sur la ville. Aujourd'hui dans une seule rue d'Everton, il n'y a pas moins de soixante cas de cette affreuse maladie.

La médecine emploie beaucoup de remèdes qui se partagent en trois classes, ou affectent trois dénominations : *médicamenteux, chirurgicaux* et *hygiéniques*. Il y a des maladies qui ne peuvent se traiter efficacement sans un diagnostic sévère; pourtant quelquefois on n'arrive pas à cette rigueur de diagnostic, et néanmoins il faut agir et soulager de quelque manière les malades. Alors on a recours aux moyens dits exploraleurs. Ainsi : un malade montre-t-il des symptômes obscurs d'inflammation, on le saigne; et dans ce cas, ou le malade est soulagé et l'on acquiert par là la certitude que la maladie est inflammatoire, ou il n'éprouve aucun changement et, le doute persistant, on recommence les moyens d'exploration, et l'on tâche de découvrir le siége du mal, soit par des évacuants, pour savoir si c'est une affection aiguë des viscères abdominaux, etc. On a admis des maladies qu'il serait dangereux de guérir, et Raymond, de Marseille, s'est efforcé de démontrer cette thèse. Quant à moi, je pense qu'elles sont toutes susceptibles d'être traitées avec certaines précautions. Ainsi, certaines diarrhées chroniques peuvent donner lieu à des hydropisies si on les guérit; mais on peut obvier à ces graves inconvénients par des exutoires et des dérivatifs convenablement employés.

Le traitement n'a pas toujours été le même pour tous les médecins dans certaines maladies, comme, par exemple, dans le typhus; et dans le choléra, même quelquefois on emploie les moyens les plus opposés. Ainsi, tandis que Pinel, qui combattait la doctrine de Brown, traitait les inflammations par les toniques, Broussais, qui était aussi antibrownien, les traitait par les saignées et les antiphlogistiques en général. Mais ces variétés de traitement dépendaient plutôt des conditions des malades et de la position des médecins qui les traitaient, attendu que les uns traitaient des malades vieux et délabrés, et les autres des malades jeunes et pleins de vigueur, et beaucoup d'entre eux étaient guéris, quoique par des traitements différents. Un traitement n'est pas toujours réellement efficace comme dans certaines affections nerveuses, telles que l'hypochondrie, etc, dans lesquelles il faut employer des médicaments simples et tout à fait innocents, comme des pilules de mie de pain et des boissons désaltérantes, ou autres remèdes simulés.

L'homœopathie, doctrine qui prétend combattre chaque maladie d'après le système de Samuel Hahnemann, et par des médicaments à doses infiniment petites capables, dit-on, de déterminer une affection similaire, l'homœopathie, dis-je, n'agit pas autrement.

Mesmer, qui rassemblait autour de son baquet fameux les malades, n'agissait sur ceux-ci qu'en impressionnant fortement leur imagination. C'est là ce que le médecin allopathe doit faire aussi dans plus d'une circonstance; c'est une thérapeutique, pour ainsi dire, morale qui peut avoir ses bons résultats.

Le traitement a pour but soit de guérir, soit de préserver, soit de pallier les maladies. Dans le premier cas, la thérapeutique est vraiment *active*; dans le second, elle est *hygiénique;* dans le troisième, elle est *palliative*.

Le traitement est *rationnel* ou *empirique*, comme les saignées dans la pléthore, et les vomitifs dans l'embarras gastrique. Il peut être *spécifique*, comme dans les maladies vénériennes le mercure, dans les fièvres intermittentes le quinquina, etc. Les purgatifs, les sudorifiques, etc., n'agissent ordinairement que comme adjuvants.

Le traitement, quoique rationnel, n'est pas toujours efficace; pourtant il agit tout de même comme perturbatif, dont l'action se fait sensiblement connaître dans certaines maladies.

Quelquefois il peut être *substitutif*, comme, par exemple, lorsqu'on traite les ophthalmies par des stimulants, et les érysipèles par les vésicatoires.

Le traitement peut être direct et indirect, ou tous les deux à la fois. Dans la chlorose, par exemple, on agit avec les ferrugineux directement, et indirectement par les boissons ferrugineuses et les aliments qui peuvent en contenir, et par une nourriture saine et substantielle. Aussi les anciens, qui ne connaissaient pas le quinquina comme fébrifuge direct, agissaient ils indirectement par les amers contre les fièvres d'accès.

Deux modes de traitement sont aujourd'hui préconisés; celui qui consiste à soigner les malades par les contraires, et celui qui a pour but de les traiter par les semblables. Dans le premier mode, on traite, par exemple, les névralgies par les opiacés, les stupéfiants, etc; les malades qui ont beaucoup d'altérations, par les désaltérants, etc. Le second mode consiste à traiter, par exemple, les diarrhées par les évacuants, les vomissements par les vomitifs, etc. Néanmoins, dans quelques cas particuliers, il y a quelque chose d'homœopathique dans le traitement, comme, par exemple, dans l'application des vésicatoires pour les cas de phlegmon; et si l'homœopathie est rejetée par les praticiens sensés, c'est parce qu'on a voulu trop la généraliser, et qu'on la rend en même temps ridicule par sa posologie particulière.

Dans tout traitement, il faut considérer la mesure et le temps de son emploi. Ainsi, pour première condition, dans les inflammations il ne faut pas saigner plus que les forces et le tempérament du malade ne le comportent; et pour l'autre condition, c'est de choisir et prendre le moment d'employer les remèdes, comme dans les hémorrhagies, où il y a un temps où il faut avoir recours aux débilitants énergiques, et un autre où on doit appliquer les révulsifs.

Il y a en médecine, comme en toutes choses humaines, des succès et des revers. Les premiers dépendent de l'instruction acquise d'abord, ensuite du jugement, de la prudence et du savoir-faire du praticien; mais, malgré tout cela, il y a des cas essentiellement malheureux qui dependent du genre de la maladie même et de la docilité des malades. Aussi faut-il que le médecin soit très réservé pour formuler un pronostic vis à vis des parents qui lui imputeraient à ignorance même une guérison, lorsqu'il aurait annoncé une terminaison funeste; et dans les premiers temps, il doit prononcer toujours son jugement sur les maladies qu'il traite sous la forme de doute.

La thérapeutique doit ses succès à la manière dont on en use, et aux expériences auxquelles on l'a soumise, quoique des causes fortuites et le hasard même lui soient venus en aide. C'est à cela qu'il faut s'appliquer constamment : connaître la vertu des médicaments et leur application aux cas pathologiques. Je vous exhorte de toutes mes forces à ne jamais vous écarter de ce précepte, qui m'a toujours réussi dans ma pratique.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Fièvres typhoïdes. Considérations pratiques.

La marche de la maladie est importante à observer, même dans les circonstances qui sembleraient, au premier abord, devoir être de peu de valeur. Ainsi, nous vous avons fait voir combien il était utile de noter la céphalalgie dans la première période, de noter son absence dans le second septenaire; le diagnostic en est singulièrement aidé.

La fièvre typhoïde débute souvent par un frisson. C'est, en général, le cas le moins fréquent et le moins grave aussi. On a remarqué que la mortalité est beaucoup plus considérable lorsque l'invasion de la maladie a été précédée de plusieurs jours de malaise, que lorsque les sujets ont été pris soudainement. Nous avons déjà dit aussi que la fièvre typhoïde peut présenter des formes diverses, soit la forme inflammatoire ou bilieuse; un des exemples les plus remarquables de cette dernière, c'est l'épidémie de Lausanne, décrite par Tissot, dans le courant du siècle dernier, épidémie qui n'était autre chose que des fièvres typhoïdes.

On observe aussi généralement une mortalité plus considérable proportionnellement chez les individus qui présentent des symptômes très graves tout à fait au début.

Le diagnostic, considéré relativement aux signes qui servent à l'établir, ne doit être porté qu'après l'examen de toutes les fonctions. En effet, lorsque nous avons abordé l'un des deux sujets dont nous vous avons raconté plus haut l'histoire, l'expression des traits était telle, que le diagnostic était presque écrit sur leur visage. L'immobilité des paupières et du globe oculaire, l'absence du clignottement, et par suite l'aspect un peu terne de la conjonctive, qui n'est plus humectée, sont des signes qui ne se rencontrent presque que dans les cas de ce genre.

L'indifférence que montrent les malades pour les personnes qui les entourent, et qui contraste avec l'attention inquiète avec laquelle, dans d'autres affections, les malades interrogent le visage du médecin, donne encore à la fièvre typhoïde un cachet particulier. Lorsque les sujets sont encore assez forts pour marcher, ils chancellent comme des hommes ivres, vacillent, caractère que l'on n'observe pas dans d'autres affections. Si vous faites asseoir le malade dans son lit, c'est à peine s'il peut se soutenir, et presque toujours les assistants doivent l'aider pour l'empêcher de retomber. Presque toujours la position verticale détermine des éblouissements. Pour nous servir d'une expression familière, le malade manque par la tête et par les jambes, quand il est debout.

Cette réunion de symptômes spéciaux à la fièvre typhoïde, pourrait souvent presque suffire pour établir le diagnostic. L'examen extérieur ne se borne point là. Lorsque l'on découvre le malade, on constate le ballonnement du ventre, puis des éruptions particulières, des taches rosées, des papules, etc. L'éruption des taches dites lenticulaires rosées appartient exclusivement à la fièvre typhoïde. Elles consistent en une coloration limitée, sans élévation de la tache au-dessus du niveau de la peau; il est impossible de les confondre avec les petites vésicules produites par les cataplasmes, ces dernières étant saillantes et contenant un liquide, comme leur nom de vésicoles l'indique suffisamment. La tache lenticulaire disparaît à la pression pour reparaître ensuite, ce qui n'arrive pas pour les piqûres de puce, avec lesquelles une observation trop superficielle pourrait les faire confondre.

Souvent on trouve des sudamina, et cela donne à la fièvre typhoïde quelques rapports avec la fièvre miliaire, si commune autrefois, si rare aujourd'hui. Dans la plupart des cas, nous le croyons, les éruptions miliaires n'étaient autre chose que des sudamina. Or, ces vésicules formées par l'épiderme soulevé par la sueur, on les rencontre partout où il y a sueur. On les trouve dans le plus grand nombre des maladies aiguës, on les rencontre chez les phthisiques. Cependant, ils sont plus communs incontestablement chez les sujets typhoïdes. Ils ne sont pas toujours faciles à constater. On les trouve souvent mieux avec les doigts qu'avec les yeux. Pour les apercevoir, on est presque toujours obligé de regarder la peau obliquement, la lumière étant placée du côté opposé. Ils sont beaucoup plus faciles à voir lorsqu'au bout d'un certain temps la peau devient opaline par suite de la conversion de la sérosité en liquide purulent. Les points du corps où on les rencontre en plus grande abondance sont les aisselles, les aines, la région sus- et sous-claviculaire.

D'autres phénomènes méritent encore une attention assez grande. Du côté du cerveau, le délire, le subdélirium, ou demi-délire, se montrent dans la plupart des affections aiguës; mais ici il est susceptible d'être en partie redressé, tandis que dans les autres affections, on ne peut faire comprendre au malade son erreur. La surdité est un phénomène assez commun, plus commun dans les affections typhoïdes que dans les autres maladies aiguës. Les malades ont l'ouïe dure; et, selon nous, cela ne semble pas tenir seulement à un état particulier du système nerveux. Dans la fièvre typhoïde, toutes les muqueuses sont plus ou moins prises, et souvent la dureté de l'ouïe dépend de ce que la muqueuse du conduit auditif se trouve affectée aussi.

Certaines hémorrhagies, l'hémorrhagie nasale, par exemple, sont très fréquentes dans la fièvre typhoïde. Hippocrate disait qu'au début d'une maladie aiguë, l'épistaxis était toujours une chose grave; la chose est de la plus grande vérité dans cette affection, quel que soit, du reste, l'écoulement, abondant ou non. Une autre hémorrhagie, plus grave et plus importante encore, parce qu'elle est plus significative, bien qu'elle soit plus rare, c'est l'hémorrhagie intestinale, qui, en raison de son point de départ, a des rapports plus intimes avec la maladie. Si, à la fin d'une maladie dont le diagnostic avait offert des difficultés, il survient une hémorrhagie intestinale, ce doit être pour vous un signe très important, qui lèvera une partie des doutes que vous pourriez avoir encore. Survenues dans le cours de la même affection, l'une au début, l'autre à la fin, l'épistaxis et l'hémorrhagie intestinale vous suffiront presque pour reconnaître la fièvre typhoïde en l'absence d'autres symptômes.

Du côté des organes digestifs, tous les phénomènes qui se manifestent ont une valeur plus grande encore qu'aucun de ceux qui précèdent. La diminution de l'humidité de la bouche est un des premiers, et plus fréquent ici que dans toute autre affection; puis la sécheresse de la langue, des dents, des lèvres, qui se recouvrent bientôt d'un enduit jaunâtre, croûteux, dont la coloration devient de plus en plus brune et noirâtre. Ici une observation importante : Il est des sujets chez lesquels la conformation particulière de la bouche s'oppose à ce qu'ils respirent autrement que la bouche entr'ouverte. Ce sont ceux qui ont la voûte palatine très élevée, la lèvre supérieure courte. Les narines, chez ceux-là, sont d'autant plus étroites dans le sens de la hauteur et dans le sens de la largeur, et ils ne peuvent dormir que la bouche entr'ouverte. Mais la sécheresse de la bouche qui résulte de cette disposition n'est pas accompagnée de l'enduit noirâtre caractéristique dont nous venons de signaler l'existence.

La diarrhée a souvent lieu, mais n'est cependant pas constante. Cependant, on l'observe dans la grande majorité des cas, soit dans les prodromes, soit pendant les quatre ou cinq premiers jours de la maladie. Le météorisme de l'abdomen, disposition qui s'accompagne toujours d'une augmentation notable dans la résonnance à la percussion. Pour constater cette résonnance pathologique, il est nécessaire d'être familier avec l'emploi de la percussion, et connaître parfaitement la résonnance de l'abdomen à l'état normal.

Dans la fièvre typhoïde, la quantité des gaz contenus dans l'intestin augmente, le ventre se ballonne; et il survient une véritable tympanite. Le volume de l'abdomen est considérablement augmenté, la sonoréité est exagérée; rarement ce caractère manque complètement. Le météorisme est plus fréquent encore que la diarrhée; car il existe et lorsqu'il y a diarrhée, et lorsqu'il y a constipation.

Le gargouillement est un des signes locaux à l'appréciation duquel le praticien ne doit jamais manquer de se livrer. Il est plus fréquent dans la fosse iliaque droite, dans la région correspondant aux dernières portions de l'intestin grêle et à la valvule iléo-cœcale. Il se montre assez souvent d'une manière momentanée dans le cours de certaines diarrhées; on le constate aussi quelquefois chez les malades auxquels on a fait prendre des lavements. Mais ce n'est que chez les individus affectés de fièvre typhoïde qu'il se manifeste constamment et pendant presque tout le cours de la maladie. C'est un symptôme local qui seul serait loin d'être caractéristique, mais qui, joint à quelques-uns de ceux que nous venons de vous signaler, peut être considéré comme véritablement caractéristique.

Il s'accompagne très souvent d'une sensibilité assez marquée, et même de douleur à la pression, dans les efforts que l'on fait pour déterminer le gargouillement; douleur dont rendent parfaitement compte, du reste, les altérations anatomiques. Nous aimons peu, vous le savez, à donner des explications; cependant, lorsqu'elles sont nécessaires, nous ne nous refusons point à les chercher. Eh bien! ce gargouillement, qu'est-ce qui le produit? Quelle en est la cause déterminante? On le rencontre dans la fosse iliaque, principalement à droite, avons-nous dit, dans les cas où la valvule est altérée dans sa disposition matérielle, dans sa composition et sa structure intime, dans ses rapports avec les organes voisins.

Dans la fièvre typhoïde, il est hors de doute : l'anatomie pathologique le prouve chaque jour; c'est principalement la valvule iléo-cœcale qui est le siége des altérations morbides plutôt qu'aucune des autres parties du tube digestif, et c'est dans la région correspondant à cette portion du canal intestinal que l'on produit le gargouillement. Elle ne peut empêcher les liquides contenus dans l'intestin grêle de se répandre dans le gros intestin. Ce n'est que dans la fièvre typhoïde qu'il y a altération de la valvule iléo-cœcale. Généralement, on observe que la moitié de la valvule qui correspond au cœcum présente des lésions matérielles, des ulcérations plus ou moins profondes, du boursouflement, et quelquefois une teinte violacée, indice d'un commencement de gangrène. La face de cette valvule qui regarde l'intestin grêle est presque toujours, sinon dans l'état parfaitement normal, du moins beaucoup moins profondément altérée que la face cœcale. D'après ce que nous venons de dire on comprendra facilement que le gargouillement, lorsqu'il se produit dans la fosse iliaque droite est un phénomène d'une très haute importance dans la détermination du diagnostic de la maladie typhoïde.

Un phénomène important aussi et sur lequel, à notre avis, on n'a point suffisamment attiré l'attention, c'est l'état de la rate. Cet organe est souvent très volumineux dans la fièvre typhoïde, principalement chez les individus qui succombent dans la première période. Après l'avoir constatée pendant la vie à l'aide de la percussion médiate, méthode qui fait reconnaître une augmentation énorme de la matité, on trouve à l'autopsie l'hypertrophie momentanée, mais bien réelle de la rate. Cette augmentation ne se rencontre pas dans tous les cas; elle est plus rare lorsque les sujets succombent à une époque avancée

de la maladie, à la fin de la seconde ou de la troisième période.

L'examen de la poitrine et de l'appareil respiratoire présente encore des phénomènes d'une nature particulière, et qui méritent une grande attention de la part de l'observateur. Ces phénomènes se rattachent à une circonstance particulière : c'est le râle sibilant, auquel quelques auteurs, vu sa fréquence, nous pourrions dire presque sa constance, ont donné le nom de râle typhoïde, et les crachats. Dans la fièvre typhoïde, la muqueuse des voies aériennes est prise dans le plus grand nombre des cas. Le râle sibilant que nous venons d'indiquer, est le signe auquel on reconnaît cette altération concomitante de l'affection principale.

De plus, il y a des crachats caractéristiques, transparents, étoilés, d'une viscosité et d'une ténacité remarquables. Le plus souvent on observe que ces crachats sont déposés sur le bord du crachoir, soit en raison de leur adhérence dans la bouche, soit à cause de la faiblesse du malade, qui ne lui permet pas de les expulser facilement. Leur viscosité est plus grande que celle des crachats pneumoniques. On peut renverser le vase ou l'infléchir fortement, sans craindre qu'ils ne se répandent au dehors. Ainsi, râle sibilant et sonore d'une part, crachats étoilés de l'autre, voilà deux phénomènes qui servent puissamment au diagnostic, et ici une observation en passant. Il est rare qu'un sujet affecté d'une simple entérite soit atteint d'une bronchite en même temps, et réciproquement. La réunion des phénomènes qui devrait faire supposer l'existence simultanée de ces deux affections doit donc tout d'abord faire penser à l'existence d'une fièvre typhoïde.

Lorsque ces deux séries de phénomènes se rencontrent dans le cours d'une maladie chronique, c'est vers l'existence d'une affection tuberculeuse que le praticien doit tout d'abord fixer son attention. La simultanéité des tubercules pulmonaires et de l'entérite chronique est un fait acquis à la science, et que nous ne devions pas laisser passer sous silence.

Nous terminerons ce qui est relatif à la symptomatologie de la fièvre typhoïde par l'appréciation des quelques phénomènes suivants : Le pouls présente très souvent une sorte d'oscillation caractéristique ; il est redoublé, direct, c'est-à-dire que chaque pulsation semble sous le doigt se décomposer en deux pulsations d'inégal volume ; il est redondant ; dans la dernière période, il est tremblotant, et les pulsations n'en sont plus détachées comme dans la plupart des maladies franchement inflammatoires.

Il y a souvent des évacuations involontaires ; le malade rend sous lui ses urines et ses matières fécales. Nous avons précédemment, à propos d'un des malades dont nous avons rapporté l'observation en détail, fait remarquer que ce phénomène est beaucoup moins grave lorsque le sujet a la conscience de l'accident qui vient de lui arriver, qu'il se sent mouillé et demande à être changé, preuve évidente que l'intelligence est libre encore, et qui rend le pronostic moins fâcheux. Ces évacuations involontaires, qui constituent une disposition spéciale à la fièvre typhoïde, augmentent beaucoup la facilité avec laquelle se développent dans cette affection l'ulcération et la gangrène. La fièvre typhoïde est, en effet, celle de toutes les maladies aiguës dans lesquelles se produisent le plus généralement les ulcérations de toutes les parties du corps. Sur toutes les muqueuses, la moindre écorchure devient l'occasion d'une ulcération plus ou moins profonde, plus ou moins étendue ; la peau se décolle avec la plus grande facilité ; les vésicatoires se couvrent d'une eschare grisâtre, gangréneuse ; les points dans lesquels les malades s'écorchent présentent la même disposition ulcérative ; tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, cette disposition appartient plus à la fièvre typhoïde qu'à toute autre maladie aiguë. Vous savez avec quelle rapidité les petites pustules qui paraissent à la surface de la membrane muqueuse de l'intestin se transforment en eschares gangréneuses. Que dans la gouttière sacro-coccygienne qui sépare les deux fesses, une petite gerçure se produise, une eschare gangréneuse lui succédera bientôt, s'accompagnant du décollement de la peau, et qui constituera un des accidents les plus redoutables de la fièvre typhoïde dans ses dernières périodes.

Vous le voyez, au premier abord, rien ne semblait plus facile que le diagnostic de la maladie typhoïde. En approfondissant le sujet, et prenant l'un après l'autre chacun des phénomènes, nous avons essayé de vous faire voir qu'il n'en était pas toujours ainsi. Nous verrons, sans aucun doute, dans le cours de cette année clinique, des sujets sur lesquels nous appellerons votre attention et chez lesquels nous serons obligé de suspendre notre diagnostic. Il arrivera même des cas, mais ils seront heureusement plus rares encore, où, même après la terminaison de la maladie, nous nous verrons forcé de rester dans le doute sur le véritable siége et sur la véritable nature de l'affection que nous aurons eu à traiter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 décembre. — Présidence de M. Ferrus.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Roux* ajoute quelques détails à la communication sur une tumeur fibreuse dégénérée qu'il fit dans la précédente séance. Il nous est impossible de saisir un mot de ce que dit l'honorable membre.

— *M. le président* annonce que la séance annuelle de l'Académie aura lieu le mardi 17 décembre. M. Pariset prononcera l'éloge d'Esquirol ; et M. Dubois (d'Amiens) lira un discours sur les progrès récents de la médecine, comparés aux progrès de la chirurgie.

A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports des commissions des prix.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 décembre 1844. — Présidence de M. Dupin.

M. Bonnafont adresse une Note sur quelques expériences physiologiques faites sur les décapités.

« Me trouvant à Alger en 1832, je lus dans un journal qu'un médecin anglais ou américain du nom de Wilson, assurait, d'après des expériences qu'il venait de faire, que la tête d'un décapité entendait pendant une minute et demie et même deux minutes !..... Frappé de cette proposition, qui me semblait impossible, je voulus m'assurer quel degré de confiance on pouvait y attache..

» En ma qualité de préparateur du cours d'anatomie qui se faisait à cette époque à Alger, la plupart des têtes des suppliciés étaient mises à ma disposition. Un jour où deux exécutions devaient avoir lieu, je résolus de répéter l'expérience du docteur anglais.

» Assisté de feu le sous-intendant militaire de Falloy, qui fut désireux de prendre part à l'expérience, je fis porter à l'endroit de l'exécution un petit tabouret au-dessus duquel je plaçai un large vase à moitié rempli de plâtre pilé. Immédiatement après la première exécution faite avec une prestesse remarquable, le chaous ou bourreau, selon les ordres que nous lui avions fait donner, prit la tête et la déposa sur le vase en plongeant la partie saignante dans le plâtre. Aussitôt, approchant ma bouche de l'oreille, j'appelai l'Arabe par son nom, pendant que M. de Falloy examinait attentivement les yeux ; mais j'eus beau crier pendant une minute et demie, aucun mouvement des yeux ni de la face ne témoigna que le sens de l'ouïe ne fût entièrement aboli. »

Une seconde expérience analogue produisit le même résultat négatif.

La conclusion à déduire de ces faits est que, si la vie de relation ne s'éteint pas immédiatement après le décollement, il est bien difficile, sinon impossible, d'apprécier le temps qu'elle continue à percevoir quelque sensation. Dans tous les cas, sa durée est si courte qu'elle ne peut dépasser cinq ou six secondes, terme que l'auteur calcule par le temps qui s'est écoulé entre le décollement et l'instant où la tête fut soumise à ses expériences.

— *M. Maisonneuve* adresse un mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe.

Ce mémoire, riche de faits nombreux, est trop étendu pour que nous puissions en présenter l'analyse. Nous nous bornons à en reproduire les conclusions :

1° Les nombreuses variétés d'oblitération de l'intestin grêle ne doivent plus être considérées comme au-dessus des ressources de l'art.

2° L'entérotomie constitue une ressource précieuse contre ces affections.

3° Elle peut être appliquée avec des chances raisonnables de succès dans tous les cas où l'oblitération n'est point encore compliquée de péritonite générale.

4° Cette opération mérite de prendre rang dans la science, à côté de l'opération de la hernie étranglée et de l'entérotomie du gros intestin.

— *M. Martin*, médecin du Wurtemberg, adresse un mémoire intitulé : *De l'influence des sécrétions sur l'économie animale.*

— *M. Guillon*, chirurgien en chef en Afrique, envoie une observation de vice de conformation offert par un Kabyle des montagnes de Delly. Il s'agit d'une conformation particulière du crâne, mais surtout du maxillaire supérieur qui se prolongeait, sous forme de grouin, audevant de l'implantation des dents.

Le même adresse la relation d'un cas d'épispadias observé à Alger sur le cadavre d'un jeune soldat. La verge pouvait avoir un pouce et demi de longueur, depuis sa racine jusqu'à l'extrémité du gland. Celui-ci présentait sur sa face supérieure ou dorsale, depuis l'insertion du prépuce jusqu'au méat urinaire, un sillon longitudinal et profond, qui n'était autre que le canal de l'urètre dépourvu de sa paroi supérieure dans l'étendue d'un demi-pouce ; sa paroi inférieure était constituée par la réunion des corps caverneux, qui étaient inférieurs au lieu d'être supérieurs comme dans l'état normal. De chaque côté du sillon en était un autre moins profond et qui lui était parallèle ; il était recouvert, dans toute sa longueur, par un repli frangé, formé par la muqueuse.

Le prépuce avait peu d'étendue, ne pouvant s'avancer sur le gland. Il formait sur les côtés du sillon deux lèvres qui se réunissaient à sa partie supérieure, à sa jonction avec le canal de l'urètre. Celui-ci était d'une dimension anormale. On y introduisait facilement l'index, et on pouvait, ainsi, pénétrer jusque dans la vessie.

Les testicules n'avaient que le volume d'une fève de marais, avec un épididyme à peine sensible. Ils étaient fortement appliqués sous les pubis par le scrotum, qui n'avait que *juste* l'étendue nécessaire pour les recouvrir.

Le sujet était d'une taille assez élevée, mais avec des formes grêles et délicates. Ses mœurs étaient fort douces.

— Une épidémie de rougeole assez grave a régné pendant le dernier trimestre à Strasbourg. La maladie s'est accompagnée de stomatiles gangréneuses, de laryngites pseudo-membraneuses, de péripneumonies, d'anasarques ; elle s'est présentée avec un cortége de symptômes qui n'appartiennent point ordinairement à cet exanthème. Les victimes ont été assez nombreuses. Aujourd'hui les cas deviennent beaucoup plus rares, mais ils conservent encore la même gravité.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) Nos. 145. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 6 DÉCEMBRE 1844.

La diminution du nombre des élèves à l'Ecole de Paris n'a, jusqu'ici du moins, influé en aucune manière sur la quotité des appointements des professeurs. Les princes de la science n'émargent ni plus ni moins que leur somme fixe de dix mille francs, et les amphithéâtres deviendraient entièrement déserts qu'ils ne s'en apercevraient que par le désagrément de dépenser leur science devant des banquettes vides. Il n'en est pas de même des agrégés ; pour eux tout est éventuel ; moins les examens sont nombreux, plus exigu devient leur traitement, et la décroissance progressive a été telle que, ne touchant plus que 800 francs par an, ils se sont vus forcés de réclamer auprès de leurs seigneurs et maîtres. Une pétition collective a été adressée par messieurs les agrégés, qui demandaient une augmentation de traitement de 1000 francs par an. La pétition a provoqué au sein de l'Ecole une vive émotion ; une commission a été nommée pour examiner cette demande ; cette commission, formée de MM. Orfila, Bouillaud, Gavarret et Piorry, a fait hier son rapport.

Les conclusions ont été : Que la Faculté, prenant en considération les justes réclamations des agrégés, appuierait leur demande auprès du ministre ; que, d'un autre côté, de nouvelles attributions seraient données aux agrégés. Ces attributions consisteraient :

1° A faire subir aux élèves des examens supplémentaires et de passage à la fin de chaque année scolaire ;

2° A faire des répétitions théoriques et pratiques dans chacune des sections de l'enseignement.

Ces conclusions ont été votées et adoptées à la presque unanimité, un seul professeur ayant fait quelques observations.

La carrière de l'agrégation est assez difficile et elle offre assez peu d'avantages dans le présent et dans l'avenir pour que l'on ne soit pas porté à approuver de prime abord et une augmentation de traitement et la proposition de fonctions nouvelles.

Les élèves gagneraient évidemment à ces professorats secondaires, et le budget de l'Université pourrait bien, sans inconvénient se charger d'une somme de 24,000 francs de plus.

Quant aux examens supplémentaires que l'on propose de faire subir aux élèves chaque année, il y aurait aussi dans cette mesure un progrès pour l'enseignement et des garanties plus grandes d'instruction ; mais ou ces examens seront simplement facultatifs et n'auront aucun résultat soit adjuvant, soit prohibitif sur la carrière de l'élève, alors il pourra s'y soustraire sans encourir une peine ; ou ces examens seront obligatoires et entraîneront après eux la délivrance de certificats et une recommandation quelconque auprès des professeurs pour les examens sérieux. Dans ce cas, le premier inconvénient serait d'accorder aux agrégés seuls une influence décisive sur la réception des élèves, et en second lieu il y aurait dans cette mesure une violation, selon nous, évidente de la légalité. Dans aucune loi ce nous semble, ne se trouve l'autorisation d'établir des examens préparatoires, secondaires et nous craindrions que cette seule proposition suffît pour faire écarter par le ministère la demande des agrégés, bien qu'elle fût soutenue par la faculté tout entière. Nous sommes loin de penser que, sous cet empressement apparent, la Faculté ait voulu tendre un piége à une partie d'elle-même ; rien ne la forçait d'accueillir la demande des agrégés, rien par conséquent ne l'autoriserait à se servir d'une fin de non-recevoir aussi détournée ; il n'y aurait dans cette manière d'agir ni loyauté ni convenance ; mais alors que la Faculté y prenne garde, et ne donne pas maladroitement au ministre des armes contre elle-même.

On assure, il est vrai, que l'homme de la légalité, l'honorable M. Adelon, croit pouvoir trouver dans certains passages de certaine loi une autorisation, apparente ou réelle, pour des examens secondaires ; nous attendons que le savant professeur nous ait fait part de sa découverte ; si réellement la légalité ne s'opposait pas à cette nouvelle mesure, nous ne verrions pas quel motif sérieux on pourrait faire valoir contre son adoption. L'événement nous prouvera bientôt jusqu'à quel point on peut compter sur l'influence de l'Ecole auprès du ministère, et quel fondement on pourra faire sur les découvertes législatives de M. Adelon.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Puisque les académies laissent dormir cette grave question de la morve, à laquelle un intérêt sacré se rattache, c'est à la critique médicale de la reprendre. L'intérêt sacré dont nous voulons parler est celui d'une foule de malheureux livrés sans pudeur et sans pitié à une contagion mortelle. Qu'est-ce à dire ! Si une épidémie se déclarait dans un bagne, on se hâterait d'en rechercher les causes et de les faire disparaître, et on laisse un virus homicide exercer librement ses ravages dans la population ! Ceux que le malheur devrait recommander à la protection et à la prévoyance publiques, sont abandonnés, comme si leur vie n'était pas la vie humaine ! Comme si leurs maux ne méritaient pas considération ! L'âme s'indigne et se révolte à la pensée que de braves gens, pour ne pas mourir de faim, sont obligés de tremper leurs mains gercées dans la sanie pestilentielle des chevaux morveux, au risque, chaque jour renouvelé, de contracter une maladie affreuse.

Et ce ne sont point là de vaines paroles. L'an dernier, nous avons vu mourir de cette maladie, dans le service de M. Velpeau, un homme robuste et dans la force de l'âge, qui l'avait contractée dans un établissement de Paris où se trouvaient un grand nombre de chevaux parmi lesquels plusieurs étaient morveux. Tout le monde sait que les chevaux affectés de la morve présentent pendant plus ou moins longtemps les apparences de la santé, et conservent leurs forces jusqu'à une période plus ou moins avancée de la maladie. Comme ces chevaux sont ordinairement lymphatiques, ils offrent un certain embonpoint, et au poli, au luisant de leur poil, on ne les croirait pas mortellement frappés. En général, les maîtres auxquels ils appartiennent, continuent le plus possible à les faire travailler. Seulement ces animaux sont séquestrés, afin de ne pas communiquer la maladie aux autres. Mais, chose horrible à penser, ces mêmes chevaux dont on craint le contact pour les autres bêtes, sont confiés à un homme qui doit en avoir soin. Cet homme est généralement un malheureux qui ignore le danger auquel on l'expose, ou qui, le connaissant, le brave par nécessité ou par indifférence. Parmi les modes connus de l'exploitation de l'homme par l'homme, en est-il un, nous le demandons, qui implique un plus souverain mépris de l'être humain ? Telles sont donc les conditions dans lesquelles le malade dont nous venons de parler avait été infecté. Il est mort asphyxié, par suite de l'ulcération du larynx. On se rappelle peut-être le bruit alarmant qui se répandit sur M. Velpeau, qu'on disait avoir été infecté lui-même à la suite de l'examen attentif qu'il avait fait d'un malade atteint de la morve, et des soins qu'il lui avait donnés. C'est le sujet dont il vient d'être question qui fut l'occasion de ce bruit. Heureusement la maladie du savant professeur était toute locale, et l'on ne tarda pas à être rassuré.

Mais ce qui n'est pas arrivé à M. Velpeau est arrivé à d'autres, et il n'est pas un élève des hôpitaux de Paris qui ne se rappelle la fin déplorable du jeune B., victime d'un zèle aussi admirable qu'il est généralement peu admiré.

Nous voyons journellement dans l'une des cliniques de la Faculté, un interne qui éprouva les accidents les plus inquiétants, après avoir fait avec des gants l'autopsie d'un morveux. Il fut pendant plusieurs jours plongé dans la prostration ; son sommeil était troublé de rêves effrayants, et il eut des abcès de mauvaise nature. Il guérit, grâce à un traitement tonique. Très vraisemblablement il y eut dans ce cas simple infection miasmatique, et non pas *inoculation*. Nous ne voudrions pas affirmer qu'un individu *inoculé* de la morve puisse survivre.

Un élève de M. Auzias-Turenne, professeur particulier d'anatomie à l'Ecole pratique, vide un cadavre ; il ne se pique pas : seulement il respire les miasmes qui se dégagent du sujet, et dans l'espace de trois jours il meurt après avoir présenté les symptômes du typhus le plus violent. Voilà l'infection. Un individu fait l'autopsie d'un morveux, et se pique ou absorbe des liquides cadavériques par un point dénudé de la peau, comme il en existe souvent au pourtour des ongles, surtout en hiver. Voilà l'inoculation.

Un nouveau cas de morve chez l'homme vient de se présenter à l'hôpital Saint-Antoine. Le sujet avait éprouvé depuis une année environ des douleurs dans les genoux et dans différentes parties du corps. Quand il entra à l'hôpital, la lèvre supérieure et les narines étaient le siége d'un gonflement violacé. Il était impossible de lui ouvrir la bouche et de voir l'intérieur des fosses nasales. Il existait sur le nez plusieurs pustules pleines d'un liquide séro-purulent. L'œil droit était fermé par suite de l'extension de la tuméfaction.

Le malade était gêné plutôt qu'il ne souffrait. Il avait sa connaissance entière, et n'était point accablé. Le pouls était faible, à 90-5. On cautérisa les parties engorgées avec le fer rouge, et l'on fit des injections de chlorure de chaux dans les narines. La lèvre fut incisée. Le malade était entré le samedi.

Le lundi, la lèvre et les narines étaient ulcérées. Des abcès se formèrent ; ils étaient fluctuants dès leur apparition. Le délire survint. La mort ne se fit pas attendre. — Les pièces ont été présentées à la *Société anatomique*. Il y avait du pus infiltré dans le cuir chevelu, des ulcérations dans le nez et dans le pharynx (le malade avait eu du *jetage*). La lèvre supérieure était réduite en un putrilage violacé ; au pourtour les tissus étaient indurés, épaissis. Il y avait une collection purulente dans le bras, et quatre abcès enkystés dans les poumons. La trachée offrait une couleur lie-de-vin. Bref, il n'y avait pas à douter que l'affection à laquelle cet homme avait succombé ne fût identique à la morve des chevaux. Et comment ce malheureux l'avait-il gagnée ? En prenant soin de chevaux reconnus morveux, et employés dans une entreprise pour l'enlèvement des boues.

Voilà donc un fait à ajouter à ceux qui prouvent la contagion de la morve. La démonstration est évidente depuis longtemps, grâce aux recherches de l'honorable M. Rayer. Il paraît cependant qu'elle n'est pas évidente pour tout le monde. On cite particulièrement un physiologiste qui se refuse à admettre la suffisance des preuves. Le propre des expérimentateurs est de ne croire qu'aux expériences qu'ils instituent eux-mêmes. La nature bégaie ; il n'y a qu'eux qui sachent la faire parler ; cela est ridicule ; mais quand il s'agit de la santé publique, de la vie humaine à préserver, le ridicule revêt facilement un autre caractère. Il faut donc y prendre garde, et savoir se taire quand on a mal engagé une question. Lorsqu'il ne s'agit que de l'intérêt scientifique, l'entêtement systématique à nier un fait certain est un vice de l'esprit. Lorsqu'il s'agit de l'intérêt humain, ce n'est plus l'esprit qui est en cause.

Nous disons qu'il est triste de voir, pour un motif ou pour l'autre, les académies délaisser une question qui intéresse à un si haut degré la santé publique. Il leur appartient de provoquer l'autorité à des mesures préservatrices de la vie des hommes.

Dernièrement, les journaux ont retenti d'un fait trop extraordinaire pour que l'on puisse l'admettre scientifiquement sans une information complète et rigoureuse. Nous devons à la bienveillance d'un fonctionnaire d'avoir eu communication d'une lettre y ayant rapport. Voici ce qui est dit dans cette lettre, écrite par une personne digne de foi : « M. de Ch.... est mort. Il avait eu, il y a un an, deux chevaux morveux que l'on avait tués, et l'on n'avait pas cru nécessaire de brûler les harnais. Il y a quinze jours, conduisant lui-même, comme il y eut quelque chose de dérangé, il voulut les raccommoder, et se blessa au pouce avec une boucle. Il fut d'abord indisposé, puis des symptômes insolites se manifestèrent, et le médecin du village ne sachant que penser, un médecin de Caen fut appelé. C'était la morve dans toute son horreur. La mort a été cruelle ; la décomposition subite. »

Ce cas, avons-nous dit, a été publié dans les journaux, avec des détails suffisants pour mettre sur la voie d'une information scientifique. Jadis, l'Académie de chirurgie, avertie qu'il s'était présenté dans une localité éloignée un exemple d'un nouveau genre de luxation, envoya un de ses membres examiner le fait. A la vérité, il s'agissait d'éclaircir un point de pathologie chirurgicale. Aujourd'hui il n'est question que de la vie humaine. Evidemment la philantropie est en progrès.

— Il est arrivé quelque chose de bien digne d'attention relativement aux deux opérations de pseudarthrose dont nous avons parlé. Le malade de M. Velpeau, celui dont les deux fragments ont été réséqués, celui qui a été opéré à l'air libre, n'a éprouvé aucun accident local ou général, et ne souffre que du besoin de prendre des aliments. L'autre, celui qui a été opéré sous la peau, a commencé par éprouver, le jour de l'opération et la nuit suivante, une douleur vive dans le bras. Deux ou trois jours après, force a été de lever l'appareil, une rougeur érysipélateuse s'étant étendue jusqu'au haut du bras. La piqûre de la peau était ulcérée, et donnait issue à une assez grande quantité d'un pus sanguinolent. Le foyer a été vidé par des pressions ménagées, et l'on fait un pansement simple sur lequel a été appliqué un bandage à fractures peu serré. Mais le foyer s'était rempli ; on a dû lever de nouveau l'appareil, agrandir la première ouverture et en faire une seconde au côté interne du bras. Voilà comment les incisions sous cutanées ne donnent jamais lieu à aucun accident. On n'alléguera pas, assurément, que l'opération n'a pas été faite avec habileté. Si des accidents se sont développés, c'est que toutes les fois qu'on irrite les tissus vivants, que ce soit sous la peau ou autrement, il y a une grande raison pour que ces tissus réagissent. Seulement quand on évite le contact de l'air, il y a moins de chances d'inflammation ; mais voilà tout.

— M. Blandin a extirpé une clavicule presque en entier. Cet os était nécrosé. Le sujet était un jeune homme de vingt-cinq ans, élève en médecine. Il y a plus d'un an, il ressentit des douleurs dans la région claviculaire ; presque aussitôt la peau s'ulcéra, et il entra à l'hôpital. Il y a neuf mois, on voyait déjà la partie moyenne de la clavicule nécrosée. M.

Blandin y appliqua le cautère actuel à trois reprises. La suppuration était très abondante, et le séquestre paraissait un peu mobile. Dans les premiers jours d'octobre M. Blandin voulut enlever une portion de ce séquestre, afin de pouvoir mieux juger de l'étendue de la mortification, et aussi dans l'espoir de hâter l'élimination de la portion qu'il laisserait. Il enleva donc avec la gouge et le maillet une lame de deux lignes d'épaisseur de la face antérieure de la clavicule à sa partie moyenne. On vit alors que le séquestre se prolongeait fort loin en dedans et en dehors, invaginé dans la clavicule, dont quelques points parurent cariés. La suppuration augmenta encore; mais l'élimination ne fit pas de progrès, et M. Blandin se décida à pratiquer une opération décisive. Il fut arrêté que la clavicule serait divisée par un trait de scie, que la portion interne serait soulevée, et que l'on effectuerait des tractions sur le séquestre renfermé dans son intérieur comme dans un doigt de gant, qu'ensuite on répéterait la manœuvre sur l'autre portion. Si l'opération ne pouvait être exécutée ainsi, l'os tout entier, donc plusieurs points, comme nous l'avons dit, paraissaient cariés, devait être enlevé. La section de la clavicule fut pratiquée avec la scie à molette, puis l'opérateur essaya de tirer sur le séquestre contenu dans la portion interne de l'os; mais il ne put l'amener.

Une incision découvrit la clavicule jusqu'à l'articulation sternale, et l'on vit que la mortification se limitait un peu avant l'insertion du sterno-cléïdo-mastoïdien. La portion nécrosée fut retranchée d'un trait de scie. Une incision en T, dont les lambeaux furent disséqués à droite et à gauche, mit à nu l'articulation clavi-acromiale; les insertions du trapèze et du deltoïde furent divisées. Pour isoler la clavicule inférieurement, ce qui constituait le temps le plus épineux de l'opération, M. Blandin se servit d'une spatule à l'aide de laquelle il sépara l'os de l'aponévrose qui recouvre les vaisseaux axillaires. Cela fait, la portion de clavicule fut basculée et extirpée dans l'article. On voit que l'os a été enlevé en entier sauf une petite portion du côté sternal. L'opérateur avait deux dangers à craindre: la lésion des vaisseaux et nerfs sous-claviers et l'introduction de l'air dans les veines. Il ne s'est pas manifesté d'accidents. L'état général de l'opéré est bon; la suppuration louable. La pièce a été présentée à la Société anatomique par M. Férat, interne de l'Hôtel-Dieu, qui a fait de ce cas un exposé très intéressant.

— La poudre suivante, dont la formule a été publiée dans ce Journal, vient d'être employée avec succès contre une paraplégie, suite de suppression de la transpiration des pieds chez une femme qui avait travaillé pendant quelque temps dans un lieu très froid:

Chlorhydrate d'ammoniaque,	10 gram.
Chaux éteinte, Poudre d'iris de Florence,	de chaq. 20 gram.

Antérieurement à la suppression, la sueur des pieds, chez cette femme, était très abondante. On mit un peu de cette poudre dans les bas de la malade, et la transpiration reparut. La femme était couchée dans la salle Sainte-Anne, à la Charité (service de M. Fouquier). M. le docteur Boudet, chef de clinique, a eu à se louer du même moyen dans un cas analogue.

— Quelques personnes ont pensé que la dénomination de *pansement par occlusion* était nouvelle: il n'en est rien. Cette dénomination est classique, puisqu'on la trouve dans un livre classique, comme le prouve le passage suivant: « Dupuytren, dans certains cas de fractures compliquées d'une petite plaie, s'était très bien trouvé d'un pansement qui avait de l'analogie avec cette méthode, et qu'il appelait pansement par occlusion; il consistait à fermer la plaie avec deux ou trois emplâtres agglutinatifs qu'il appliquait les uns sur les autres, et qu'il laissait en place jusqu'à la guérison; il traitait ensuite la fracture comme si elle eût été simple. » (Vidal de Cassis), *Traité de Path. int. et de Méd. op.*, t. II, p. 56.) Dans son remarquable *Exposé* de la discussion sur la ténotomie à l'Académie de médecine, en 1843, M. Vidal examine les caractères des plaies sous-cutanées, et là encore nous trouvons la dénomination en question. (*V.* le t. VII des *Annales de la Chirurgie*.) X.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Relevé des pneumonies reçues dans le service pendant les mois de février, mars et avril 1844.

CATÉGORIE DES CAS TRÈS GRAVES.

(Suite du sixième et dernier article.)

Il me reste, pour compléter la série des cas les plus graves, à analyser deux observations de pleuro-pneumonie qui m'ont paru d'un haut intérêt, tant sous le rapport du diagnostic et des complications, que des résultats presque inespérés qu'a fournis cette fois encore l'application de la nouvelle méthode des émissions sanguines. Ce sont, on peut le dire, deux grands et beaux succès qu'il faut ajouter à tous ceux que j'ai déjà consignés dans les précédents articles, et sur lesquels je ne saurais trop appeler l'attention du lecteur.

Cinquième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 5. Farge (César), âgé de soixante-neuf ans, malade depuis trois jours; entré le 19 mars 1844, sorti le 15 avril. *Diagnostic*: Pleuropneumonie au deuxième degré, affectant les deux tiers inférieurs postérieurs du poumon droit, compliquée de congestion cérébrale avec paralysie.

Cet homme, d'une constitution assez forte autrefois, mais notablement affaiblie depuis quelques années par les maladies, l'âge et des travaux au-dessus de ses forces, fut pris tout à coup, il y a trois jours, de frissons assez violents, de crampes dans les bras et les jambes, avec vomissements bilieux dans le cours de la journée, et un peu de diarrhée qui durait depuis trois ou quatre jours. Il prétend, du reste, n'avoir éprouvé aucune gêne de la respiration, ni toux, ni douleur de côté. Appelé près du malade, je lui pratiquai une saignée du bras, et l'engageai, le lendemain, à entrer dans le service de M. Bouillaud.

Le 19 au soir, je constatai l'état suivant: Le visage, qui est plutôt pâle qu'animé, est sensiblement tiré du côté gauche. Les yeux, à demi fermés, larmoyants, injectés. Tremblotement des lèvres et des membres supérieurs, dont le gauche surtout offre une certaine rigidité dans ses mouvements; prostration; parole faible, tremblotante. La bouche entr'ouverte. La langue froide, assez humide, libre dans ses mouvements. Température abdominale à 38 1/4. Le ventre souple, sensible à la pression, sans développement bien marqué. Le malade a rendu sous lui, dans la journée d'hier, ses matières fécales et ses urines, circonstance qu'il ne se rappelle nullement aujourd'hui. Le pouls est à 104, très petit, faible, sans irrégularités ni intermittence. Rien de notable au cœur.

Résonnance et respiration bonnes en avant et des deux côtés. En arrière, à droite, matité dans les deux tiers inférieurs du poumon, avec souffle bronchique double vers le bord interne et inférieur de l'omoplate; crépitation fine à la base du poumon; retentissement bronchophonique de la voix. Un peu de toux sans expectoration. La respiration est à 24 par minute. Céphalalgie médiocre. Intelligence bien conservée. Les réponses justes, mais articulées à voix très basse. Léger refroidissement des membres inférieurs avec teinte bleuâtre des ongles. — Sinapismes aux membres inférieurs.

Le 20 mars au matin, le malade est sorti de son assoupissement et répond d'une voix plus ferme. Pouls à 104, assez bien développé, assez fort et résistant; pas de refroidissement des extrémités. Température abdominale assez élevée. Pas d'expectoration; même état de la poitrine. — Saignée, 3 pal. répétée le soir; ventouses à la partie post. infér. du thorax; 3 pots de tisanes pectorales; julep thridace; diète.

Le 21, il se plaint d'être affaibli et toujours assoupi. Le pouls à 80, bien développé, fort, résistant; moins de gêne de la respiration. Un peu de sommeil. Persistance du souffle bronchique, sans crépitation.—Saignée, 3 pal.; vésicat. post. inf. droite du thorax. Le reste, *ut suprà*.

Le 22, il se trouve mieux; moins abattu; yeux moins rouges, moins injectés. Les deux côtés du visage sensiblement égaux. Le tremblement musculaire a disparu. Le pouls à 72, passablement développé, assez résistant. Respiration à 20. Crachats blancs. Le souffle bronchique a complétement disparu. — Mêmes tisanes, mêmes juleps.

Le 23, il continue à se trouver bien. Crachats tout à fait visqueux, blancs. Pouls à 68-72, régulier, fort, presque vibrant. Chaleur modérée de la peau; disparition du souffle; râle crépitant de retour assez abondant. — Mêmes tisanes, même julep; diète.

Le 24, il se trouve tout à fait bien, ne se plaint que de faiblesse et demande à prendre du bouillon. Pouls à 64-68. Convalescence commençante. — Un bouillon.

Le 29, il mange une portion. La respiration est tout à fait normale en arrière à gauche. Le pouls à 60.

Le 12 avril, il mange trois portions; il se promène dans le jardin. Ses forces sont bien revenues. Il sort tout à fait rétabli et beaucoup mieux portant, dit-il, qu'avant sa maladie.

— Il est, je pense, inutile d'insister bien longuement sur le diagnostic de la triple affection qu'a présentée ce malade. J'ai fait connaître les nombreux éléments qui lui servent de base, et le lecteur pourra, par les détails qui précèdent, en vérifier lui-même toute l'exactitude. Toutefois, il ne serait peut-être pas sans quelque intérêt d'examiner dans quel ordre se sont développées ces différentes affections; de rechercher, par exemple, si les phénomènes cérébraux ont précédé l'inflammation du poumon, ou s'ils n'en ont pas été plutôt la conséquence. On comprend très bien que l'engorgement pulmonaire ait pu déterminer un afflux du sang vers les parties supérieures, et par suite une véritable congestion cérébrale, surtout chez un homme déjà prédisposé à ces sortes d'affections, et à peine convalescent depuis cinq à six mois d'une hémiplégie du côté gauche.

Il y avait donc toute probabilité que la pneumonie avait ouvert la marche, et donné lieu immédiatement après aux accidents cérébraux dont il restait à déterminer la nature. On pouvait se demander si les phénomènes de paralysie se rattachaient à une hémorrhagie cérébrale ou à une simple hypérémie. Quelques auteurs, en effet, et M. Bouillaud est du nombre, ont cité des cas d'hémiplégie parfaitement caractérisée, dans lesquels l'autopsie n'avait révélé rien autre chose qu'une injection très prononcée de toute la substance du cerveau. Bien qu'il y ait eu chez notre malade une légère contracture des membres supérieurs, ce qui peut-être eût été pour certaines personnes le signe non douteux d'un ramollissement, M. Bouillaud ne vit là néanmoins qu'une congestion cérébrale, et la disparition rapide des symptômes de paralysie, incomplètement caractérisés d'ailleurs, ne fit que confirmer ce diagnostic... Mais arrivons à une question plus importante, celle du traitement, et voyons quelle fut la conduite tenue par M. Bouillaud dans cette circonstance difficile.

Ce fut vers les trois heures après midi que le malade fut transporté à l'hôpital. Son état, à la visite du soir, me parut tellement grave que je crus devoir m'abstenir de tout traitement actif. La petitesse du pouls et sa faiblesse, le refroidissement des extrémités et l'âge avancé du sujet me parurent autant de contre-indications à l'emploi immédiat des émissions sanguines. Je me bornai donc à prescrire une tisane béchique très chaude et une potion légèrement éthérée; je recommandai, en outre, d'entretenir toute la nuit des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs. Lorsque M. Bouillaud vit le malade le lendemain matin, la scène avait changé. Une chaleur très élevée était uniformément répandue sur toutes les parties du corps; les réponses étaient plus fermes et mieux articulées. Le pouls, toujours à 104, offrait du développement, de la force et de la résistance. Une réaction bien sensible venait donc de s'opérer. Mais le danger n'en était pas moins imminent; car tous les signes de la pneumonie et de la congestion cérébrale étaient encore parfaitement caractérisés. M. Bouillaud comprit de suite que la moindre temporisation pouvait devenir funeste au malade, et qu'il fallait se décider à agir. Profitant alors de la réaction qui s'était développée depuis la veille, il prescrit, pour le même jour, deux saignées du bras et une application de ventouses scarifiées, qui seront pratiquées à trois ou quatre heures d'intervalle.

Que va-t-il se passer sous l'influence de cette formule énergique, et si peu en harmonie avec les idées que l'on professe généralement sur la pneumonie des vieillards? N'avons-nous pas à redouter ici une syncope mortelle peut-être, ou bien l'adynamie et ses funestes conséquences? Vaines terreurs! Le soulagement fut tel immédiatement après les deux premières saignées, que le malade demanda avec instance qu'on lui pratiquât la troisième, qui du reste ne fut suivie d'aucun accident.

Le lendemain la respiration est plus libre, et le pouls, qui de 104 est descendu à 80, est toujours fort et vibrant. L'état général est donc plus satisfaisant. Quant à la pneumonie, elle résiste avec opiniâtreté et semble vouloir se jouer des émissions sanguines. Quel parti prendre alors? Instruit depuis longtemps par des faits analogues, M. Bouillaud n'hésite pas un instant, et fait pratiquer sous ses yeux une quatrième et dernière saignée. Vingt-quatre heures sont à peine écoulées, que déjà tous les signes de l'hépatisation ont complètement disparu, et la crépitation de retour a succédé au souffle bronchique. Le surlendemain le pouls tombe à 64. Le visage exprime la gaîté; et le malade se trouve si bien, qu'il croit, dit-il, *revenir d'un autre monde*. Cinq jours au plus ont suffi pour opérer ce changement, et rappeler pour ainsi dire à la vie un malheureux qui semblait voué à une mort à peu près certaine. J'ai occasion de voir Farge de temps en temps depuis sa sortie de l'hôpital: il fait chaque jour de longues courses à pied, que nécessitent ses nouvelles occupations, et jamais il n'a joui, comme il le déclare lui-même, d'une aussi bonne santé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, séante a l'hôtel-de-ville.

Compte-rendu de la séance du 20 novembre 1844.

M. Huguier présente un enfant atteint d'hydrocéphale congéniale. Cet enfant, né le 15 octobre dernier, est fort, bien portant; les extrémités supérieures et inférieures sont également développées. Au moment de la naissance on remarqua que la tête avait un volume plus grand qu'à l'ordinaire et qu'elle était considérablement allongée.

Quatre ou cinq jours après la naissance, on s'aperçut que cet enfant était atteint d'une hydrocéphale chronique qui fit des progrès rapides.

Le 5 novembre, vingt jours après la naissance, la tête présente les dimensions suivantes:

1° Circonférence horizontale,	0,470
2° Demi-circonférence transversale (d'un conduit auditif à l'autre),	0,305
3° Demi-circonférence antéro-postérieure (de la racine du nez à la protubérance occipitale externe),	0,330
4° Circonference meuto-bregmatique,	0,490

Toutes les fontanelles sont très larges et les bords des os du crâne écartés les uns des autres.

Une fluctuation des plus manifestes et très superficielle se sent non-seulement aux environs des fontanelles, mais des sutures de la voûte du crâne.

Tous les sens sont libres, il semble seulement y avoir un peu de strabisme à gauche. L'intelligence est ce qu'elle doit être à cet âge; l'enfant témoigne de ses besoins par des pleurs; il sourit lorsqu'on s'occupe de lui.

Ses mouvements sont souvent brusques et comme convulsifs.

La mère a eu la variole pendant la grossesse, et des végétations à la vulve pour lesquelles le médecin dans le service duquel elle était placée lui a fait faire un traitement par le proto-iodure de mercure. Elle est accouchée à terme Elle porte encore aujourd'hui (13 nov. 1844) les végétations pour lesquelles elle est entrée à l'hôpital Lourcine.

M. Bérard pense que chez l'enfant présenté par M. Huguier la sérosité est superficielle, car on sent très facilement l'ondulation du liquide au voisinage des fontanelles. La science contenant plusieurs faits de guérison par les ponctions répétées, M. Bérard n'est pas d'avis qu'on doive s'abstenir, puisque d'un côté la vie est impossible avec cette maladie et que d'un autre on possède des observations de succès par les secours de la médecine opératoire. Selon M. Bérard la position du chirurgien, à l'égard de l'enfant hydrocéphale, est comparable à la position du chirurgien en présence du croup. Il est certain que rien n'est plus chanceux que les résultats d'une opération dans ces deux cas; mais comme la maladie est infailliblement mortelle, on doit en entreprendre une, même avec les chances les plus minimes.

M. Malgaigne croit que la comparaison de M. Bérard n'est pas complétement exacte; car, dans le croup, la mort est imminente, tandis que dans l'hydrocéphale chronique les accidents sont loin d'avoir la forme aiguë. On peut donc s'abstenir d'opérer, surtout si on analyse avec soin les résultats obtenus par les praticiens qui ont souvent évacué le liquide contenu dans l'arachnoïde cérébrale. Ce n'est pas que M. Malgaigne redoute beaucoup les dangers de la ponction crânienne; car, sur certains sujets, elle a été faite un nombre considérable de fois sans compromettre les jours du malade. Mais M. Malgaigne est surtout peu satisfait des résultats consécutifs. En effet, la cavité crânienne ne peut pas être comparée aux autres cavités qu'on vide, et qui peuvent revenir suffisamment sur elles-mêmes pour favoriser la cure radicale. La tête de l'hydrocéphale est molle vers le sinciput, mais elle est très résistante et presque entièrement ossifiée à sa base, et même en partie à la voûte du crâne. Après la ponction, les membranes qui séparent les os forment des plicatures profondes et difformes. Pour que tout rentrât dans l'ordre, que la tête prît un volume normal, et que dans un cas opéré par M. Malgaigne, il eût fallut que les membranes revinssent sur elles-mêmes, au point de perdre 10 centimètres dans un seul sens! M. Malgaigne cite les opérations faites par M. Conquest sur dix-neuf sujets, dont dix auraient guéri. Mais les observations qui se rapportent à ces guérisons sont incomplètes, et ne possèdent pas tous les caractères de l'authenticité. M. Malgaigne cite, de plus, le fait de M. Græfe. Un enfant fut opéré par lui; avant l'opé-

ration la tête avait 49 centimètres de circonférence ; après l'opération, elle finit par acquérir 13 millimètres de plus. De sorte que les sujets qu'on donne comme guéris ne sont autres que des sujets chez lesquels la maladie s'est reproduite.

M. Bérard n'a pas voulu dire que les enfants affectés d'hydrocéphale étaient dans l'impossibilité absolue de vivre. Selon lui, c'est la vie intellectuelle qui leur est complétement interdite. Or, en opérant de bonne heure, on pourrait placer les enfants dans des circonstances favorables au développement de leur intelligence, tandis que c'est impossible s'ils restent hydrocéphales. Du reste, quoique la ponction compte plusieurs faits de succès, M. Bérard convient que les remarques de M. Malgaigne sont de nature à faire revoir les observations relatives à ces prétendus succès.

D'ailleurs, au lieu de se contenter d'évacuer le liquide, il vaudrait peut-être mieux favoriser son absorption, comme M. Bérard dit l'avoir fait pour des hydropisies de l'ovaire. Il a piqué les kystes avec des aiguilles à acupuncture, de manière à aller, avec leur pointe, irriter la parol postérieure des kystes. Cette opération ayant réussi à M. Bérard, il est porté à conseiller un procédé analogue pour la cure radicale de l'hydrocéphale.

M. Chassaignac croit que la cure radicale de l'hydrocéphale chronique n'est pas impossible, puisque la nature y parvient par le procédé de l'hypertrophie concentrique des os du crâne ; ce qui a été surtout prouvé par une pièce qui a été présentée par M. Andral neveu.

M. Guersant. Ce que j'ai lu dans les auteurs relativement aux moyens chirurgicaux ne m'a rien appris de bien clair sur la guérison de l'hydrocéphale. J'ai essayé les ponctions, la compression, qui ne m'ont rien offert de bien satisfaisant. J'ai fait des ponctions chez trois individus, sans résultat bien positif. J'ai fait aussi la compression sur deux individus. S'il est vrai de dire que je n'ai pas constaté d'accidents, aussi je n'ai pu obtenir de diminution bien notable du crâne. Je suis porté à croire que chez le jeune malade présenté par M. Huguier on emploierait sans succès les ponctions et la compression. Pour moi, ces moyens me paraissent bien peu puissants ; ils peuvent avancer la mort des individus affectés d'hydrocéphale chronique, qui souvent vivent assez longtemps quand on s'abstient de toute opération.

— *M. Auzias-Turenne* montre à la Société un singe-macaque chez lequel il a déterminé la production de plusieurs chancres par le moyen de l'inoculation. Ces chancres siégent tous à la tête, au-dessus et en arrière de la bouche de l'animal.

Deux conditions, dit M. Auzias, concourent à la production d'un chancre : 1° le dépôt et le maintien du virus sur le derme excorié ; 2° une certaine dose d'irritation dans la partie où on a déposé ce virus.

Chez l'homme, à cause de l'irritabilité dont il est doué, la présence du virus provoque elle-même une irritation suffisante ; chez les animaux, au contraire, il faut presque toujours la produire et l'entretenir artificiellement. C'est pour cette raison que M. Auzias fait des piqûres plus profondes que chez l'homme, ou bien qu'il fait éprouver au derme de légères déperditions de substance au moyen de petits ciseaux courbes, et qu'il irrite la plaie, soit directement, soit indirectement, par l'ablation des croûtes qui se forment. Néanmoins, on peut se passer de cette irritation artificielle chez le jeune singe.

L'irritation seule sans dépôt préalable de virus, quelle que soit d'ailleurs l'étendue des plaies et des pertes de substance, est complétement impuissante à engendrer rien de semblable aux ulcérations que M. Auzias vient de montrer. La suppuration simple est elle-même très difficile à produire chez les animaux. M. Auzias a enlevé, dans l'aisselle d'un singe, une tumeur entraînant avec elle une plaque de téguments de la largeur d'une pièce de cinq francs : l'écoulement de sang a été abondant. L'indocilité de l'animal n'a pas permis à M. Auzias de faire ni réunion, ni pansement. Le lendemain, l'occlusion de la plaie a été presque complète.

M. Auzias tient beaucoup à ce que les animaux ne puissent pas lécher l'endroit de l'inoculation. Le singe qu'il vient de montrer a, entre autres, deux chancres de même date et produits du même pus. L'un de ces chancres occupe le sourcil ; l'autre occupe le lobule du nez, et se trouve par conséquent un peu accessible à la langue du macaque. Le chancre nasal a été beaucoup irrité, le chancre sourcilier l'a été fort peu ; et pourtant la vigueur et l'activité de ce dernier contrastent avec la lenteur des phénomènes qui se passent dans le second. M. Auzias cite encore le fait d'un singe paraplégique qui, constamment accroupi sur les tubérosités sciatiques, pouvait lécher la partie supérieure, mais non la partie inférieure de son scrotum. Eh bien ! M. Auzias ne pouvait faire naître de chancres que sur cette partie inférieure.

M. Auzias pense que les expérimentateurs qui l'ont précédé ont presque toujours expérimenté dans des endroits où les animaux pouvaient se lécher ; d'abord, parce que la maladie syphilitique étant une maladie des organes génitaux, ils ont surtout déposé le pus virulent sur ces organes, et ensuite parce que la face est voisine des dents qu'on évite en pareil cas. Il croit aussi qu'ils n'ont pas toujours bien surveillé les parties sur lesquelles ils avaient pratiqué ces inoculations. Il lui est arrivé à lui-même, dans ses premières expériences, de constater tardivement des chancres d'abord méconnus par lui, dans des endroits où il avait fait des piqûres contaminées.

Un jour, M. Auzias a reçu du pus chancreux sur le globe oculaire, et a été vivement alarmé. Il n'en est advenu rien de fâcheux. Depuis, il s'est convaincu par une foule d'essais que le pus chancreux emprunté à l'homme ou aux animaux, et déposé sur la conjonctive de ces derniers, n'y produit aucun phénomène morbide.

M. Auzias a inoculé le pus blennorrhagique dans différents endroits du corps des animaux, mais sans résultat. Il l'a déposé entre le prépuce et le gland excorié d'un singe, la verge étant en érection. Il l'y a maintenu longtemps et l'a versé ensuite dans le canal de l'urètre. Il l'y a même versé une fois après avoir irrité et écorché l'intérieur du canal à l'aide d'un instrument spécial. Il n'a jamais pu déterminer l'apparition d'une maladie, même locale.

M. Cullerier ne trouve pas, dans les ulcérations du singe, tous les caractères du vrai chancre. Il cite des expériences qu'il a faites sur le prépuce des malades du service de son cousin, et qui prouveraient que des fragments de nitrate d'argent déposés sur cette partie de la verge, peuvent donner lieu à des solutions de continuité qui ressemblent à des chancres. Des ulcérations simples de la verge qui sont souvent irritées, peuvent aussi prendre l'aspect du chancre.

M. Robert regarde comme parfaitement établie la nature syphilitique des ulcérations obtenues par M. Auzias-Turenne. Il se fonde :

1° Sur la propriété contagieuse du pus recueilli sur ces ulcérations, ce pus ayant, en effet, reproduit par l'inoculation des ulcérations semblables à celles desquelles il provenait ;

2° Sur la marche de ces ulcérations, qui ont persisté et fait des progrès en l'absence de toute cause irritante.

Contrairement à M. Cullerier, il pense que l'irritation ou l'orgasme des tissus sur lesquels s'opère le dépôt du virus, exerce une influence incontestable sur la facilité de la propagation de celui-ci. Il déclare, à ce sujet, que les inoculations artificielles opérées avec la lancette sur le corps de l'homme, sont loin de représenter les conditions dans lesquelles se trouve l'organisme lorsqu'il contracte la syphilis. Il a vu, à l'hôpital de Lourcine, avec son collègue, M. Michon, des ulcérations qui, n'étant pas inoculables par la lancette, avaient cependant déterminé l'infection par d'autres voies. Il approuve donc l'idée qui a porté M. Auzias-Turenne à irriter, par des percussions ou des froissements, la peau des animaux avant d'y pratiquer l'inoculation du virus syphilitique.

M. Vidal dit que l'on ne peut agir avec trop de précaution quand il s'agit d'un fait qui d'abord n'a pu être produit par d'excellents expérimentateurs, et qui l'est ensuite par d'autres. Mais ici le raisonnement est très secondaire. C'est le moment d'expérimenter et non de discourir. Pour lui, il a entrepris des expériences qu'il fera connaître plus tard.

MM. Maisonneuve, Huguier, Chassaignac, Robert prennent la parole sur la présentation faite par M. Auzias. Ces messieurs conviennent tous des difficultés du diagnostic de l'ulcération vénérienne, et M. Maisonneuve reconnaît que souvent la certitude de l'existence du chancre n'est complète que quand l'accident consécutif est survenu.

M. Vidal fait observer que les questions soulevées par ses honorables collègues sont trop importantes pour être traitées à la fin d'une séance.

M. Vidal demande donc la clôture, qui est prononcée, et la séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 2 octobre 1844. — Présidence de M. Mojon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance contient une lettre de M. Larrey, présentant comme membre correspondant M. le docteur Philippe, chirurgien de l'hôpital militaire de Bordeaux, avec un mémoire sur l'emploi de l'extrait de belladone dans le traitement des ganglionites et adénites, et une brochure sur un nouveau procédé pour l'opération du strabisme. (Commissaires : MM. Blatin, Faivre et Caffe rapporteur.)

— *M. Barth* lit un rapport sur deux mémoires envoyés à la Société par M. le docteur Godemer, médecin de l'hôpital d'Ambrières (Mayenne).

Le premier de ces mémoires a pour titre : Du cathétérisme curatif du rétrécissement de l'œsophage. — Après avoir exposé l'opinion de plusieurs praticiens célèbres tels que Boyer, Dupuytren, Van Swieten, Capo di Vacca qui considèrent le cathétérisme de l'œsophage comme devant servir seulement à déterminer le siége et le degré du rétrécissement, ou qui rejettent formellement les moyens dilatateurs de ce canal ; après avoir rappelé que la conséquence de cette opinion serait d'admettre l'incurabilité de la lésion, l'auteur pense que l'on aurait tort de renoncer à toute tentative de traitement chirurgical.

Il est d'avis qu'il faut distinguer les espèces de rétrécissements, et que si le cathétérisme doit être rejeté pour les coarctations dues à une altération cancéreuse de l'œsophage, à la compression de ce canal par un anévrisme, à la dégénérence cartilagineuse de ses parois, il est d'autres lésions où le cathétérisme est un moyen curatif à mettre en usage. C'est cette proposition qu'il essaie de prouver par des observations.

Avant de les exposer, il mentionne brièvement deux faits dans lesquels le cathétérisme n'a pas été mis en usage, et qui sont, le premier, relatif à un cancer de l'œsophage, l'autre à une induration cartilagineuse des parois de ce canal. Les observations de cathétérisme sont au nombre de cinq.

La première et la troisième sont des cas d'abcès survenus consécutivement à une angine tonsillaire, et qui se sont ouverts dans les voies aérifères. Dans la seconde observation, la nature de l'obstacle est indéterminée ; dans la quatrième et la cinquième, il ne s'agissait probablement que d'une dysphagie spasmodique.

Dans toutes, le cathétérisme fut pratiqué avec une baleine dont l'extrémité était garnie d'une éponge, et l'instrument était introduit matin et soir deux ou trois fois par jour pendant vingt-six à vingt-huit jours chez quatre malades, et pendant cinquante jours chez le cinquième.

En étudiant avec soin ce travail sous les différents points de vue les plus importants, on peut dire que pour le fond du mémoire les observations laissent beaucoup à désirer sous le rapport de la précision des détails. On n'y trouve point de notions exactes sur le siége et le degré de rétrécissement. Il est difficile de juger jusqu'à quel point le cathétérisme était indispensable ou utile ; on peut se demander même s'il était toujours opportun. Dans les deux cas, par exemple, d'abcès qui paraissent s'être ouverts à la fois dans l'œsophage et dans les voies aériennes, il y a lieu de se demander si l'introduction d'une baleine garnie d'une éponge n'exposait pas à froisser l'ouverture du foyer purulent, à déchirer les bords, et à lacérer l'œsophage.

Dans deux autres cas où la dysphagie paraît avoir été purement spasmodique, les mêmes inconvénients n'étaient pas à craindre ; mais on peut encore se demander de quel avantage était le cathétérisme pratiqué trois fois dans les vingt-quatre heures, et prolongé pendant vingt-six à vingt-sept jours. Toutefois, il faut ajouter que dans les cinq cas la maladie se termina par la guérison, et que le travail fait oublier ses quelques fautes par des faits intéressants et des considérations réellement utiles.

Dans son second mémoire, l'auteur, après quelques mots sur la fréquence de l'éclampsie qu'il a observée vingt-six fois sur un nombre de deux mille quatre cents accouchements, donne une courte description de cette maladie. Le rapporteur glisse sur ces considérations, qui ne seraient remarquables que par quelques propositions très contestables pour résumer ce qui est la propriété de M. Godemer. Il rapporte huit de ces observations ; sept sont relatives à des primipares ; la huitième est celle d'une femme accouchant pour la sixième fois. Dans quatre cas l'éclampsie eut lieu pendant la grossesse, à cinq mois et demi et à six mois, et dans deux autres au terme de la gestation ; chez deux femmes elle se développa pendant le travail, et chez deux autres elle survint après l'accouchement. Tous les cas se terminèrent par la guérison ; celle-ci eut lieu dans les quatre derniers cas sous l'influence des saignées, des applications de sangsues, de l'opium, des sinapismes et des vésicatoires.

Chez les deux femmes qui étaient arrivées au terme de la grossesse, le travail ayant commencé pendant les convulsions, et l'accouchement tardant à se faire, le seigle ergoté hâta la délivrance et la cessation des accidents ; enfin, chez les deux premières qui étaient arrivées à cinq mois et demi et six mois, tous les autres moyens étant restés inefficaces, l'auteur eut recours, d'abord à la rupture des membranes à l'aide de la sonde à dard, et ensuite à l'incision du col de l'utérus.

A ces observations, l'auteur fait succéder un court chapitre théorique sur le traitement, et il préconise les saignées, les émissions sanguines locales, les révulsifs par les sinapismes, les vésicatoires, l'emploi de la glace sur la tête, le calomel comme purgatif, les lavements laxatifs, l'opium, les bains dans l'intervalle des accès, et le seigle ergoté si ces moyens échouent ; il faut, dit-il, rompre les membranes, appliquer le forceps ou faire la version, quand le travail reste stationnaire. Que si la dilatation du col ne se fait pas spontanément, plutôt que d'abandonner la femme à une mort imminente, l'auteur veut que l'on détermine cette dilatation par l'emploi de l'extrait de belladone, par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts, et si la dureté du col rend ces moyens insuffisants, il veut que l'accoucheur se décide à pratiquer l'hystérotomie vaginale.

En résumé, les deux mémoires de M. Godemer renferment des observations intéressantes ; et si les conséquences qu'il en tire ne sont pas toujours très rigoureuses, si les moyens thérapeutiques qu'il propose ne sont pas toujours parfaitement indiqués, s'il faut relever dans son travail un défaut de méthode, de clarté et une regrettable négligence de style, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître de l'originalité, une certaine hardiesse d'idées et de procédés thérapeutiques, et, sous ce rapport, son travail n'est pas dépourvu de mérite. Le rapporteur propose, en conséquence, d'accueillir favorablement la demande de M. Godemer, et de lui accorder le titre de membre correspondant de la Société.

— *M. Forget* fait un rapport sur la candidature de M. le docteur Gayral, chirurgien militaire. — Ce médecin a adressé à la Société plusieurs brochures : l'une écrite en 1840, et traitant du strabisme, ne contient rien que ce qui depuis cette époque est connu de tout le monde ; deux autres ont pour titre : Des amputations partielles de la main dans les articulations carpo-métacarpiennes. L'auteur rappelle d'abord que M. Maingault communiqua à l'Académie de médecine, en 1812, un mémoire intitulé : Nouvelle méthode pour amputer partiellement la main en conservant le pouce, et qu'en 1816 Troccon en lut un à l'Académie des sciences sur le même sujet. On se souvient que l'opération fut rejetée.

M. Gayral ne considéra point ce jugement comme devant être sans appel, et il tenta l'opération en cherchant à conserver le plus possible le métacarpien. Il cite deux exemples de conservation de deux métacarpiens. De plus, M. Gayral traça avec une exactitude parfaite, et au moyen de lignes, la méthode opératoire ; et en cela, il fit une chose véritablement bonne.

Une dernière brochure est intitulée : Recherches sur la surdité considérée sous le rapport de ses causes et de son traitement, et nouvelle méthode pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Imaginé par Guyot, maître de poste à Versailles, qui, en 1724, présenta à l'Académie royale de médecine l'appareil dont il se servait pour se sonder lui-même en introduisant l'instrument par la bouche, le cathétérisme fut répété de la même manière en 1731 par Cleland, chirurgien anglais, qui très modestement s'en déclara l'inventeur. A la même époque, Douglas, son compatriote, fit beaucoup d'essais avec des sondes de son invention ; c'est lui qui, au dire de Sabatier, aurait le premier porté des injections dans l'oreille moyenne en suivant la voie des fosses nasales. Mais cette assertion, d'après M. Gayral, ne reposerait sur aucun fait bien authentique ; tandis qu'il est incontestable que Wathen, le premier, proposa une sonde courbe en argent qu'il introduisait en passant par le nez. Tel était l'état de la chose en question, lorsque Louis et Sabatier, après de nombreux et vains essais, déclarèrent que l'opération était impraticable par la bouche. Portal alla plus loin, et dans son Précis de chirurgie il dit formellement : « Qu'il n'est pas possible d'injecter la trompe d'Eustache soit par la bouche, soit par le nez. » Mais l'autorité de Portal n'avait pas prononcé un jugement sans appel, et bientôt nous voyons le célèbre Desault remettre en circulation le procédé inventé par le chirurgien anglais Wathen, et sonder avec beaucoup de succès la trompe d'Eustache par la fosse nasale correspondante. Plus tard, en 1763, Leschevin fit paraître un mémoire sur les maladies de l'oreille, où l'on trouve le passage suivant : « J'ai répété plusieurs fois l'opération sur les cadavres, et après quelques essais, je n'ai pas trouvé plus de difficultés qu'à sonder, par le nez, le canal des larmes. »

Leschevin se servait dans ses essais, qu'il semble avoir bornés aux cadavres, d'un soufflet anatomique. La question, d'après l'exposé qui précède, était donc en progrès ; toutefois toutes les difficulté de l'opération étaient loin d'être aplanies, puisque Bell surtout vient déclarer, malgré la facilité avec laquelle elle a été pratiquée par ceux qui avaient une exacte connaissance de la structure anatomique de ces parties, qu'il n'y a guère lieu d'espérer que l'on en tirera aucun avantage dans la pratique, par la raison que l'irritation déterminée par le contact des instruments est trop vive pour permettre de pénétrer dans l'ouverture du conduit même dans l'état de santé, et *à fortiori* s'il est obstrué par un état pathologique quelconque.

Cette divergence d'opinions de la part d'hommes également recommandables par leurs connaissances anatomiques et leur habileté chirurgicale, s'explique par l'imperfection des instruments dont ils faisaient usage, et aussi, il faut bien l'avouer, par les difficultés de l'opération quand on n'en a pas l'habitude.

Aussi dans les travaux de Boyer, d'Itard et de M. Deleau, le problème opératoire serait peut-être encore loin d'être résolu. Le procédé particulier à chacun de ces auteurs est fidèlement reproduit par M. Gayral, qui en fait très judicieusement ressortir les avantages et les inconvénients.

Convaincu de la supériorité de sa méthode, il s'est senti assez fort pour ne pas refuser à chacun de ses devanciers la part qu'ils sont en droit d'y revendiquer ; car, il faut bien le dire, ce sont d'heureuses modifications apportées à des procédés déjà mis en usage, plutôt qu'un procédé nouveau, que M. Gayral a introduites dans la pratique. Il s'est appliqué à trouver les raisons, soit anatomiques, soit instrumentales, qui font du cathétérisme de la trompe d'Eustache une opération difficile ou impuissante à atteindre le but qu'on se propose et, ces raisons une fois reconnues, il a cherché à les combattre, et pour bien comprendre ces raisons il est indispensable d'évoquer certains détails d'anatomie topographique avec lesquels en général on est peu familier.

Le conduit de la trompe d'Eustache forme, derrière l'apophyse ptérygoïde, un angle presque droit. D'autre part, en suivant le cathéter dans son trajet sur le plancher des fosses nasales, on voit qu'au moment où il arrive en dedans de la même apophyse, il fait aussi avec elle un angle presque droit. Il résulte de là que cette apophyse est verticalement interposée entre l'ouverture de la trompe et le cathéter, si bien que pour que ce dernier puisse y pénétrer il doit circonscrire l'obstacle formé par l'éminence ptérigoyde, et pour cela présenter une courbure suffisante. Le siphon dont se servait Boyer et les sondes de MM. Itard et Deleau offraient une courbure de 136 degrés environ. Cette disposition suffit sans doute pour qu'arrivés à la hauteur de l'apophyse ptérygoïde ces instruments la contournent assez pour présenter leur bec à l'orifice du conduit guttural, avec lequel ils peuvent se mettre en contact.

Jusque-là, dit l'auteur, l'indication est parfaitement remplie ; et si quelques mucosités obstruent l'orifice, une injection pourra facilement les détacher, pénétrer en partie dans le calibre de ce canal et même quelquefois arriver jusqu'à la caisse. Mais si la concrétion existe vers la terminaison de la portion cartilagineuse de la trompe ou vers sa portion osseuse, M. Gayral fait remarquer qu'alors la colonne de liquide ne saurait détruire cette concrétion pour peu qu'elle soit consistante ; car en raison de la direction oblique du canal, le liquide ne pourra arriver sur l'obstacle qu'après s'être brisé contre ses parois.

On sait en effet que la trompe suit le trajet d'une ligne obliquement dirigée de bas en haut, d'avant en arrière et de dedans en dehors ; le liquide refluerait donc en partie par le pharynx. Pour obvier à cet inconvénient, il faudrait enfoncer la sonde un peu avant dans la trompe ; mais sa courbure n'ayant que six lignes d'étendue, comme a soin de le faire remarquer M. Gayral, se trouve nécessairement épuisée sur l'épaisseur du cornet inférieur et de l'apophyse ptérygoïdale. Essaiera-t-on alors de porter la sonde plus en arrière ; mais comment, avec une tige droite, contourner une autre tige, c'est-à-dire l'apophyse en question qui lui est perpendiculaire ? Aussi, plus on cherche à engager la sonde, plus elle se trouve déjetée vers le pharynx. C'est pour obvier à ce grave inconvénient, qu'il a très judicieusement signalé, que M. Gayral a donné à la sonde une longueur de six pouces et une courbure de cent-quarante-cinq degrés dans une étendue de deux pouces.

Outre cette modification, qui permet de faire pénétrer l'instrument plus avant dans le conduit d'Eustache, l'auteur a imaginé un moyen fort ingénieux pour juger mathématiquement de l'étendue à laquelle il est nécessaire d'enfoncer la sonde dans les fosses nasales. On avait bien indiqué comme règle à suivre, la situation de l'orifice de la trompe qui se trouve à deux pouces et quelques lignes de l'orifice antérieur de la narine ; mais cette donnée trop générale exposait l'opérateur à des tâtonnements longs et douloureux de quelque instrument d'ailleurs qu'il se servît. Pour atteindre le but avec précision, M. Gayral a imaginé

un petit instrument auquel il a donné le nom de ler palatomètre; c'est une lame d'argent fixée à un petit manche, et servant à mesurer l'intervalle qui sépare le voile du palais des dents incisives supérieures et antérieures. Une échelle numérotée est placée sur un de ses bords, et est exactement en rapport avec celle qu'il a eu soin de faire placer sur la convexité de la sonde; ce qui fait que quand on aura obtenu tel ou tel numéro, en mesurant la voûte palatine, on devra introduire dans les fosses nasales la sonde jusqu'au numéro correspondant. Alors on sera parvenu à leur orifice postérieur. On sait que la sonde parcourt le plancher des fosses nasales, sa convexité tournée en haut : une fois ce temps de l'opération achevé, il s'agit de présenter son bec à l'ouverture de la trompe; pour cela, on recommande de faire décrire au cathéter un quart de cercle par un mouvement de rotation en dehors.

L'indication opératoire, ainsi formulée, est sans doute fort juste; mais elle exige, pour être convenablement remplie, une précision que l'habitude seule peut donner. Pour suppléer à ce manque d'habitude, M. Gayral a placé sur le pavillon de la sonde des numéros qui ne permettent pas au chirurgien de s'égarer. Ainsi, l'étendue du mouvement de rotation en dehors est limitée par l'apparition du n° 1 du pavillon de la sonde; sitôt que ce numéro se présente en haut, le n° 2 commençant alors à se faire apercevoir, il faut cesser de tourner la sonde en dehors. Ce temps de l'opération est très important; de lui dépend le succès du cathétérisme.

Parvenu en face de l'orifice de la trompe, pour pénétrer dans ce canal, le chirurgien enfonce avec précaution la sonde, en même temps qu'il continue la rotation, jusqu'à ce que le n° 2 puisse être vu entièrement, et s'il n'y a point d'obstacle, il pourra alors le parcourir jusqu'à la portion pierreuse. En résumé, M. Gayral s'est proposé, comme il le dit lui-même en terminant son mémoire : 1° de mesurer avec le palatomètre l'étendue de la voûte palatine; 2° d'enfoncer dans les fosses nasales la sonde jusqu'à un numéro donné qui indique son arrivée à l'orifice postérieur de ces fosses; 3° d'exécuter le mouvement de rotation qui met le bec en contact avec l'ouverture de la trompe, en suivant de l'œil un indicateur exact; 4° et enfin, de pouvoir faire pénétrer le cathéter jusqu'à la portion osseuse du conduit. Les moyens qu'il a mis en usage sont on ne peut plus rationnels, et son travail le rend tout à fait digne du titre de membre correspondant qu'il sollicite.

M. Caffe demande si M. Gayral a parlé du cathétérisme avec la sonde en gomme élastique. C'est le plus fréquemment employé; il n'expose pas à de fausses routes et il n'est pas douloureux.

M. Forget répond qu'il le trouve moins exact que le sien, et qu'il objecte surtout au procédé de M. Deleau la recherche de l'ouverture à l'aide de tâtonnements. Le rapporteur partage le sentiment de l'auteur.

Communication — M. Mojon présente un cornet acoustique en bois éminemment supérieur à ceux qui sont journellement employés. Il a été conduit à le faire exécuter par cette pensée, que tous les instruments de musique et le stéthoscope sont ainsi faits.

Nominations. MM. Godemer et Gayral sont élus membres correspondants.

Docteur J. CHEREST, *secrétaire particulier*.

REVUE GÉNÉRALE.

Sous ce titre, nous comprendrons à l'avenir l'analyse et le résumé de tous les journaux, de toutes les publications relatives à la science et à la pratique. Ces articles n'auront plus ainsi le caractères de ces froides et classiques Revues de Journaux dont tous les Recueils de médecine sont encombrés; il en résultera évidemment plus de variété, un choix meilleur, des rapprochements plus instructifs, et par conséquent plus d'intérêt.

Traitement et guérison par l'émétique à haute dose d'un cas de tétanos traumatique. — Le fait suivant, exposé dans le *Journal de Chirurgie* par M. Allut, médecin à Alais, intéressera certainement les praticiens si souvent désarmés dans cette terrible affection, et nous intéresse à nous particulièrement, à cause que l'idée de la médication employée a été puisée dans une de nos publications.

Un homme de vingt-neuf ans eut, le 22 février, le bras gauche pressé entre le sol et une poulie d'un mètre de diamètre; on arrêta immédiatement la roue, on le retira de là, et l'on découvrit trois plaies, l'une à la partie externe et inférieure de l'humérus, les deux autres à la partie supérieure et interne du cubitus. On fit venir un médecin, qui lui donna ses soins pendant quelques jours : les plaies marchaient déjà vers la cicatrisation, lorsque le 15 mars il survint des douleurs sourdes dans l'avant-bras. Le lendemain, le trismus se déclare, accompagné de la rigidité du cou et du tronc; les membres se roidissent, deviennent immobiles, l'insomnie s'empare du malade, et s'il vient à s'assoupir un moment, il éprouve des soubresauts tellement violents, qu'il se reveille en sursaut et pousse des cris perçants. Dès ce moment, M. Serres d'Uzès fut appelé; il fit appliquer vingt sangsues à la partie antérieure du cou, un large vésicatoire à la nuque; il employa l'opium à haute dose, l'huile de ricin fut administré en même temps, sans faire éprouver au malade le moindre soulagement. A cette époque, M. Serres, obligé de s'absenter, confia ce malade à M. Allut, qui alla le visiter avec lui le 20 mars.

Les 21, 22, 23, il continua le traitement par l'opium (5 centigrammes toutes les heures); il fit une saignée de quatre palettes, qui parurent soulager momentanément; mais le lendemain le trismus avait augmenté d'intensité et le malade accusait des douleurs insupporables dans toute la colonne vertébrale (15 sangsues au cou, liniment térébenthiné et laudanisé le long du rachis; opium à l'intérieur, lavement matin et soir avec 75 centigrammes de camphre et 50 centigrammes de musc).

Le 23, même traitement.

Le 26, suspension des lavements avec le musc, et usage de 30 gouttes de teinture de nicotiane dans 240 grammes de décoction de manne pour un lavement; le malade en prend trois dans la journée, et les symptômes ne font que s'aggraver.

Se rappelant alors avoir lu dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine* du docteur Fabre, qu'il était surprenant qu'aucun praticien n'eût employé l'émétique à haute dose dans le tetanos, il se décida, en désespoir de cause, à en faire promptement usage.

Le 27, il prescrivit 40 centigrammes d'émétique dans 110 grammes d'infusion de fleurs d'arnica, avec addition de 30 grammes de sirop diacode à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures. Voulant surveiller l'emploi de ce moyen énergique, M. Allut revint chez son malade quatre heures après, et il fut fort surpris de le trouver dans un état beaucoup plus satisfaisant; le trismus commençait à diminuer d'intensité, la rigidité du cou et des muscles du bas-ventre était moins grande; mais ce qui donna le plus grand espoir de le sauver de cette maladie presque toujours mortelle, ce fut le retour des urines, qui étaient pour ainsi dire supprimées.

Le même traitement fut continué jusqu'au 4 avril, et ne fut arrêté que lorsque le malade fut évidemment hors de danger. Le malade a pris, dans l'espace de huit jours, 3 grammes 50 centigrammes d'émétique sans éprouver de vomissements, et n'a été qu'une fois par jour à la garderobe.

Nouveau mode d'exploration de la rate. — Ce moyen proposé par M. Gouraud, et applicable en quelques circonstances, consiste à faire faire au malade un effort avec les muscles abdominaux, à lui ordonner de *pousser*; il arrive alors que, par la contraction du diaphragme, tous les organes sous-diaphragmatiques sont poussés en bas, la rate en particulier. Par ce moyen bien simple la rate descend de plus d'un pouce, et devient très sensible sous la main.

M. Piorry a fait remarquer que souvent une rate très notablement hypertrophiée ne dépasse pas les côtes, parce qu'il y a des individus qui ont la poitrine très longue. En employant le moyen indiqué par M. Gouraud, on peut rendre très sensible une rate qui l'était pas.

Emploi thérapeutique des feuilles et tiges de la pomme de terre; par M. F.-S. PLUSKAL, de Lomnitz.

M. Pluskal annonce qu'une expérience de plusieurs années lui a démontré l'utilité des tiges et des feuilles de la pomme de terre, soit à l'etat frais, soit à l'état sec, pour la préparation des cataplasmes émollients.

C'est particulièrement dans ses excursions au milieu des campagnes, où il était loin de pouvoir se procurer les médicaments nécessaires pour remplir tes indications diverses qui se présentaient chez les malades, que ce chirurgien a eu l'idée de recourir à l'emploi de ce moyen, et qu'il a pu se convaincre, dit-il, de son efficacité dans les cas de tumeurs, d'angines, d'hémorrhoïdes très douloureuses, de spasmes de la vessie, dans les accouchements secs et laborieux, dans les diarrhées et dans les dysenteries.

Pour préparer les cataplasmes, il fait réduire les tiges et les feuilles à l'état de pulpe, avec ou sans coction, suivant les circonstances présentes. (*Œsterr. medicin. Wochenschrift.*)

LA GYMNASTIQUE DE M. CLIAS.

Nous avons assisté mercredi dernier à une des leçons de gymnastique que donne M. Clias dans plusieurs écoles communales de Paris, et nous croyons être utile et agreable à nos confrères en leur faisant connaître ce dont nous avons été témoin, et ce qu'ils peuvent vérfier par eux-mêmes, rue de l'Arcade, rue du Bac, ou rue de Charonne.

Utile à tous, surtout à la classe nombreuse qui doit demander à son travail manuel le pain de chaque jour, utile au soldat comme au matelot, la gymnastique, bien que d'antique origine, et toujours recommandée par les médecins, a longtemps été négligée en France. Malgré les écrits que Tissot, Gutsmuths, et d'autres publièrent à la fin du siècle dernier, malgré l'autorité de Lakanal, qui dans son remarquable rapport à la Convention sur les livres élémentaires, préconisait l'utilité des exercices corporels dans l'education publique, ce n'est que depuis un petit nombre d'années que nous avons vu la gymnastique se répandre chez nous.

Malheureusement, on peut dire que la somascétique a été, à Paris, plutôt exploitée qu'enseignée, et des sommes considérables ont été employées pour discréditer une excellente chose.

Mais il est une gymnastique réellement utile, simple, inoffensive; c'est celle-là qu'enseigne M. Clias depuis tantôt quarante ans, celle que ses élèves ont portée aux Etats Unis, à New-York, Philaldelphie, Boston; celle que l'Autriche, la Suède, la Suisse, le Piémont, l'Angleterre, la Grèce ont adoptée en suivant les principes de cet habile maître, et un voyage récent que nous avons fait en Suisse nous a mis à même de voir en détail et d'apprécier l'école fondée à Berne par M. Clias, école d'où sont sortis des moniteurs qui ont porté la méthode dans les principales villes de la Confédération, Genève, Lausanne, Zurich, Soleure, Thun, Arau, Bienne, Bruck, etc.

Le résultat immédiat de la méthode simple, progressive de M. Clias, est de donner aux mouvements plus d'étendue et de grâce, et surtout de les subordonner complétement à la volonté; c'est de donner au corps plus de souplesse et d'agilité, et d'établir un parfait équilibre entre ses deux côtés; c'est enfin de faire faire avec une extrême facilité des exercices qui, au premier coup d'œil, paraissent fort difficiles, sans les secousses qui ôteraient aux mouvements de leur précision, sans les efforts violents qui entraîneraient promptement la fatigue.

Les effets consécutifs de ces exercises sont un développement rapide des forces et un retentissement favorable sur les organes de la vie animale : et ce résultat, que le raisonnement indique à l'avance, nous l'avons constaté sur des jeunes filles dont nous avons suivi les exercices pendant plusieurs mois.

La méthode de M. Clias se prête d'ailleurs merveilleusement à toutes les exigences individuelles; elle s'accommode à l'âge et au sexe. Appliquée d'abord seulement aux hommes, pour lesquels on peut la modifier suivant la carrière à laquelle ils se destinent (1), M. Clias l'a depuis quelques années, combinée pour les jeunes filles (2). Enfin, la médecine pratique peut en retirer un grand secours, modifiée suivant les différents cas, soit dans les difformites du corps humain, soit contre les paralysies, l'atrophie des membres, les ankyloses incomplètes, etc.; et nous connaissons plusieurs observations de succès de ce genre qui sont fort remarquables.

Ce que M. Clias a fait depuis longtemps en Suisse, ce qu'il a commencé à Paris en 1817 pour nos sapeurs-pompiers, ce qu'il a fait plus récemment en Angleterre à la demande du gouvernement, il l'a fait il y a deux ans à Besançon, à l'Ecole normale, dans l'Ecole d'application, aux Sourds-Muets, dans le 4e bataillon des chasseurs d'Orléans, dans le 75e de ligne, dans plusieurs couvents et établissements particuliers de la même ville; il voudrait aujourd'hui le faire pour la France.

Déjà il a été chargé d'enseigner la gymnastique dans trois des Ecoles primaires qu'entretient la ville de Paris, et il a reçu du ministre de l'instruction publique mission d'en faire autant à l'Ecole normale de Versailles. Nous espérons qu'en présence des résultats avantageux constatés par un grand nombre de rapports, le Conseil municipal dont plusieurs membres ont, avec M. le préfet de la Seine, assisté aux exercices de M. Clias, sentira l'utilité qu'il y aurait à étendre à toutes les Ecoles primaires le bienfait des exercices gymnastiques.

Si cette mesure devait être prise, nul ne serait plus capable de mener ce projet à bonne fin que M. Clias qui, habile dans tous les exercices corporels, l'escrime, le tir, la natation, l'équitation, donne à ses élèves l'exemple en même temps que le précepte; qui par ses ouvrages, ses succès, son expérience, a fourni à la science et à l'administration tant de garanties, et dont sa méthode offre à la fois sécurité, efficacité et économie.

Dr J.-F. PAYEN.

(1) Gymnastique élémentaire. Paris, 1819. in-8. — Somascétique naturelle, etc. Education physique de la première enfance, suivie d'une Esquisse de somascétique militaire, ou éducation physique du soldat. Besançon, 1842. In-8.

(2) Callisthénie, ou Somascétique naturelle appropriée à l'éducation physique des jeunes filles. Besançon, 1843. In-8.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 10 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 144. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne

Sommaire.

PARIS, 9 DÉCEMBRE 1844.

Dans les bourdonnements de salons, on ne nous fait pas faute, depuis quelque temps, d'espérances et de promesses; il ne se fomente pas une fournée de pairs qu'on n'y jette à l'aventure quelque nom de médecin. Jusqu'ici ces nominations ont toujours avorté; la bonne volonté s'est brisée contre de singulières exigences, et l'on dirait, en vérité, qu'il ne s'est agi que d'offrir un appât trompeur à la crédulité du public médical, ou de renouveler, pour quelques ambitions, le supplice suranné de Tantale.

Nous n'avons pas oublié les bruits que l'on faisait courir sur la nomination de Double, peu d'années avant sa mort et à plusieurs reprises. Notre honorable confrère fut loué avec raison d'avoir répondu par un noble refus à l'impérieuse condition de renoncer à l'exercice de la médecine. Réellement nous avons peine à comprendre ces prétentions. Croit-on que Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu ou auprès d'un Rotschild souffrant; que Boyer ou Corvisart, auprès d'un premier consul ou d'un empereur, dérogeaient en donnant des conseils salutaires; croit-on qu'ils dérogeaient en recevant un honorable salaire de leurs clients, quelque élevés qu'ils fussent ; un avocat déroge-t-il en touchant ses honoraires; un membre de la Cour de cassation, de la Cour des comptes, un maréchal de France, quand il va, tous les mois, émarger ses appointements; et un banquier quand il suppute le taux de ses intérêts? Pense-t-on qu'un médecin qui se respecte ne soit pas disposé à renoncer mille fois à une juste rétribution, plutôt que de l'obtenir par des moyens qui pourraient blesser sa susceptibilité !

D'où vient d'ailleurs cette prohibition spéciale? la Chambre des députés, dans la vérification des pouvoirs, a-t-elle jamais posé cette question comme un motif d'exclusion, et les électeurs les plus scrupuleux ont-ils jamais eu la pensée d'exercer une pareille contrainte? Eh bien ! quand les électeurs et les députés se taisent ; lorsqu'ils acceptent sans sourciller comme collègues les plus modestes praticiens, d'où vient que d'autres sentiments règnent ailleurs? L'hermine ne déparerait pas plus cependant notre simple frac noir qu'elle ne dépare la toge du conseiller ou les galons de l'officier-général.

Mais peut être est-il quelques autres raisons secrètes à ces exclusions? Les médecins, il faut le dire à leur éloge, répugnent, en général, à revêtir ce qu'on appelle un manteau politique. Habitués à toutes les souffrances, à toutes les confessions ; passant d'intimité en intimité, du lit le plus aristocrate à la plus plébéienne demeure, ils prennent en pitié les haines et les passions politiques ; quoique patriotes sincères, ils ne sont point appelés à être acteurs dans des guerres civiles, des combats de rues ou de nations ; ils ne sont là, le plus souvent, que pour panser indistinctement les blessés, et si une balle vient les atteindre, leur mort n'est pas une représaille, un châtiment, c'est un accident que les deux partis déplorent, que regrettent les deux camps ennemis, et que des sauvages mêmes ne provoquent pas volontairement.

De cette habitude de calme et d'impartialité, de ce devoir humanitaire qui les maîtrise, il suit nécessairement que les médecins ne sont pas des instruments de parti; que le pouvoir ne doit pas compter sur eux pour une obéissance servile, et que leur esprit, dominé par de graves et sérieuses études, est peu disposé aux luttes oratoires creuses, se contente mal de mots, veut des faits, des choses. Ce rôle est modeste et simple ; il ne saurait inspirer de la jalousie et de l'ombrage ; mais aussi il inspire peu d'intérêt, il faut bien le dire. Quand un parti au pouvoir suppute le nombre de ses adhérents et de ses adversaires, il cherche des adhérents certains et des consciences peu scrupuleuses, ou mieux habituées à la soumission passive. Mais si un ministre, mieux assis, ou plus éclairé, ou plus philanthrope, arrivait au pouvoir, son premier soin devrait être d'appeler partout nos confrères; non point pour servir d'obscures ambitions, mais pour être utile aux intérêts de l'humanité. Dans quelle réunion la présence d'un médecin n'est-elle pas d'un avantage incontestable? Les conseils généraux et municipaux n'ont-ils par journellement à traiter des questions d'hygiène publique? Voyez, à ce sujet, la lettre que nous publions aujourd'hui de l'un de nos confrères, membre du conseil général de la Seine, et qui a fait adopter une mesure importante relative à la morve. Les Chambre, n'ont-elles pas à traiter tous les jours de majeures questions sur la peste, les quarantaines, les influences de la culture, du défrichement, sur la santé publique, questions qui touchent aux intérêts matériels de la France. Tous les arts ne sont ils pas tributaires de nos observations hygiéniques? Les prisons, les bagnes, les hôpitaux, les fabriques, tous ces centres de la population laborieuse ou coupable, n'ont-ils pas besoin de nos conseils et de nos leçons? Rappelez-vous les éloquentes paroles de notre confrère, M. Bouillaud, à la Chambre, à propos de l'emprisonnement cellulaire. Rappelez-vous la lutte opiniâtre et sublime de Chervin contre les intérêts quarantenaires, de Chervin, mort à propos insolvable pour épargner à ses adversaires le dépit de lui voir voter par nos Chambres une récompense nationale. Il n'est pas de réunion publique, pas de salon, pas de foyer intime, où la présence d'un médecin ne soit utile et ne doive être recherchée, non que nous réclamions pour eux une influence numérative, une prépondérance de votes; nous ne demandons qu'une voix partout, à la Chambre des pairs, au ministère, sûrs que cette voix se fera écouter, et que par la seule influence de la raison et du savoir elle provoquera des mesures utiles, des améliorations progressives et importantes d'intérêt public, et qu'en définitive on n'aura pas à se reprocher de l'avoir entendue. Cette voix, si on ne veut pas lui trouver une place nouvelle, s'il faut qu'elle arrive au détriment de celles accordées jusqu'ici avec tant de libéralité à d'autres professions, qu'on la prenne dans les rangs les plus nombreux, les plus serrés; le barreau ne sera point jaloux, nous l'espérons du moins, de ces faveurs isolées, et aucun public ne verra de mauvais œil que dans une réunion quelconque, il se trouve, pour son intérêt bien entendu, un *médecin de plus*, un *avocat de moins*.

Ce but sera tôt ou tard atteint ; nous y parviendrons d'autant plus sûrement et avec d'autant plus de hâte, que nous persisterons à nous tenir à l'écart des voies dites politiques. Soyons dignes, savants et probes, et le pays nous appellera à coup sûr; il nous écoutera d'autant mieux que nous serons plus impartiaux et plus calmes. Pour nous, c'est déjà une bien grande satisfaction que celle de voir nos confrères les plus aptes par leur position et leurs talents, à une distinction élevée, les Andral, les Chomel, les Fouquier, etc., dépouillés de toute couleur de ce genre ; M. Orfila lui-même dit à qui veut l'entendre qu'il n'est pas et ne veut pas être un homme politique. Nous l'en félicitons, et nous souhaitons sincèrement qu'il persiste dans cette détermination. Les travaux scientifiques peuvent suffire aux plus nobles ambitions, aux carrières les mieux fournies, aux imaginations les plus actives, aux intelligences les plus distinguées. Un doyen peut alors devenir le père et l'ami des élèves; un pair de France, un député, peut être le conseil et l'espoir des travailleurs et des masses prolétaires ou titrées; un conseiller d'université peut servir les intérêts et la liberté de l'enseignement ; aux hôpitaux, aux conseils des villes ou des départements, les paroles sont d'autant mieux écoutées qu'elles sont prononcées par des fonctionnaires que l'on peut croire exempts de passions et de haines, exempts de préventions basées sur des intérêts de caste ou de parti.

Et voilà précisément ce qui fait l'avantage de notre profession ; c'est surtout sur ces circonstances heureuses que nous comptons pour nous promettre un avenir de juste et salutaire influence dans les conseils de la nation et dans les déterminations qui auront pour but les intérêts les plus généraux. — Ce succès sera lent, peut-être ; mais il nous paraît indubitablement assuré.

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Quoi de nouveau?— Programme de la cérémonie du 17.— Le progrès. — Cuvier et M. Dubois (d'Amiens). — M. Pariset et Esquirol. — Vers inédits. — Ce que vaut un agrégé. — Les petits moyens pour réussir. — Les pavés et les clients. — Boîte aux lettres.

Rien de nouveau sous la cape de notre ciel médical. C'est fort triste et surtout fort ennuyeux. On m'a quelquefois reproché de commencer ainsi mes *Causeries*. C'est fort mal comprendre mon rôle et la manière dont je dois le jouer. Comment s'aborde-t-on dans la vie commune, après les questions d'usage sur la santé? — Quoi de nouveau? — N'est-ce pas là la demande obligée entre deux interlocuteurs? Eh bien! entre les lecteurs de ce journal et moi, c'est la première chose que nous ayons à nous demander et à nous dire. Tous les mardis vous me rencontrez sur votre chemin, et d'aussi loin que vous m'apercevez, vous criez : Quoi de nouveau? Quand ma gibecière est bien remplie, quelquefois j'ai l'air de faire le pauvre, d'autres fois je tourne à la coquetterie, je me fais attendre, je prépare mon entrée, afin qu'arrivé au bout de mes cinq ou six colonnes, vous vous écriiez stupéfaits : Mais où diable va-t-il chercher tout ce qu'il nous raconte? Dans d'autres circonstances, et c'est là le plus ordinaire, je n'y mets pas tant de malice, et dès le premier mot j'avoue mon indigence et ma stérilité. C'est ce que de trop bonne foi je fais aujourd'hui même.

Rien à l'Institut, qui, en travail d'enfantement pour remplacer l'illustre Geoffroy-Saint-Hilaire, aura mis au jour, à l'heure où vous lirez ceci, le successeur au fauteuil de ce savant célèbre. Rien à l'Académie de médecine, qui prépare sa solennité annuelle et qui passe ses séances en comité secret pour entendre les rapports sur les prix qu'elle va décerner. C'est mardi, 17, qu'aura lieu cette fête. Le programme en est fixé.

Nous entendrons d'abord un discours de M. Dubois (d'Amiens) sur les progrès *récents* de la médecine comparés à ceux de la chirurgie. Je me garderai bien de dire une seule des mille réflexions qui me sont venues à l'esprit en entendant cette partie du programme. Pourrait-on en effet choisir un assemblage de mots qui prêtât à des interpellations plus nombreuses et plus diverses? *Progrès!* Qu'est-ce que le progrès dans les sciences médicales? Est-ce la science, est-ce l'art? En d'autres termes, considère-t-on seulement comme progrès ces minutieuses et délicates recherches d'analyse chimique et de microscopie qui entraînent aujourd'hui les plus humbles comme les plus hautes intelligences vers une idée unique, vers la molécule, l'atome, le globule, pivot sur lequel la science médicale tout entière tient à se mouvoir? En d'autres termes encore, en médecine, le progrès consiste-t-il seulement en ceci : L'art de connaître? Ou bien, fidèle à ses antiques principes, à ses vieilles doctrines, et, je dirai même à ce sens intime qui nous gouverne tous plus ou moins, le progrès, médicalement parlant, est-ce une amélioration, un succès en thérapeutique, une satisfaction morale pour les médecins, un mieux être matériel pour le malade? Différemment exprimé, cette pensée de progrès en médecine se réduit-elle à ceci : L'art de soulager ou de guérir?...

Très certainement, M. Dubois (d'Amiens) nous dira ses croyances, ses idees, ses sentiments, ses espérances à cet égard. Ayant choisi à peu près le même thème que M. Bouillaud, il saura, sans doute, différentier les auditoires; il nous dira d'abord ce que c'est pour lui que le *progrès*, et quand il l'aura défini, il nous le montrera, non pas sous forme de table analytique, mais apprécié, jugé, critiqué. Si je ne craignais de me montrer trop exigeant, si je ne craignais surtout de blesser la modestie bien connue du secrétaire annuel de l'Académie de médecine, je dirais qu'un homme célèbre entre tous a laissé d'admirables modèles de ces sortes de discours académiques, je veux dire Cuvier et ses rapports sur les progrès des sciences naturelles. Il est vrai que Cuvier n'était pas de première force sur le microscope, qu'il ne voyait pas la raison de toutes choses au fond d'un verre à réactifs, ce qui, pour le dire en passant, l'a placé en fort médiocre estime auprès des chevaliers du porte-objet, et des hauts barons de l'éprouvette. Cuvier, s'il vivait, serait probablement aujourd'hui au rang des radoteurs, ce qu'en sa qualité de naturaliste il traduirait par la classe des tardigrades. Il n'en est pas moins vrai que pour classer, définir, décrire les espèces du monde ancien comme du monde nouveau, Cuvier ne s'entourait pas de tout cet attirail moderne, ou plutôt renouvelé, et que ce qu'il aimait par-dessus tout, c'était cette notion claire et précise du fait se traduisant sous des apparences tangibles et visibles. Aujourd'hui nous avons changé tout cela, en médecine surtout. M. Dubois nous dira, sans doute, que, pour quelques esprits, le fait pathologique ce n'est pas ce malheureux en proie à une affection typhique ou pneumonique, qu'il s'agit moins de savoir si c'est le purgatif, la saignée ou l'émétique qui conviennent, mais bien si le microscope accuse tant pour cent de globules, si le réactif dénonce telle ou telle proportion de fibrine. Il y a quinze et vingt ans, le progrès, c'était l'anatomie pathologique du tissu ; le progrès aujourd'hui, c'est l'inspection de l'atome liquide. A quand donc le progrès de la thérapeutique? M. Dubois nous le dira-t-il?

Après M. le secrétaire annuel, nous entendrons M. le secrétaire perpétuel, c'est-à-dire M. Pariset, qui a promis de prendre sa revanche de sa dernière oraison sur Bourdois de La Mothe. A lui revient le droit de canoniser définitivement les défunts académiciens, et sa tâche avouons-le, bien souvent est ingrate et difficile. Cette fois heureusement et pour lui et pour nous, le sujet est au niveau de son mérite, et le héros est digne du panégyriste. Il s'agit, en effet, de l'éloge d'Esquirol, cet homme simple et bon, ce médecin philosophe qui a tant fait pour l'étude des maladies mentales, et qui défraie encore la génération actuelle de ses idées, de ses principes et de sa pratique intelligente et humaine. M. Pariset, qu'un long exercice a dès longtemps familiarisé avec les questions les plus ardues de cette partie de la science médicale, ne peut manquer de doter notre littérature d'un excellent chapitre à ce sujet. L'éloge d'Esquirol sera pour lui un thème brillant sur lequel il répandra toutes les ressources de sa vaste érudition, toutes les belles qualités de son style, toutes les grâces de son imagination. M. Pariset est un de nos trop rares confrères qui prouvent quel immense bénéfice on peut trouver dans l'éducation littéraire. Peu de gens savent, je crois, qu'avant d'être médecin distingué, M. Pariset a été poète. C'est, qu'en effet, les fruits de sa jeune muse sont devenus fort rares. Par modestie excessive, M. Pariset a mis à cacher ses vers le même soin que d'autres mettent à les produire, et quelques amis seuls ont pu de temps à autre faire jaillir quelques jets harmonieux de sa poétique veine. Admirez ma bonne fortune! je puis aujourd'hui, et grâce à un ami qui a bien voulu me les dire, vous donner quatre vers de l'illustre secrétaire perpétuel. C'est peu sans doute, mais vu leur rareté dans la circulation littéraire, ils ne vous en paraîtront que plus précieux.

Un poète de Nantes, M. de Kerivalant, compatriote de M. Pariset, lui adressa le madrigal suivant, lorsque ce médecin eut manifesté l'intention formelle de quitter le culte des muses pour celui d'Esculape :

> Emule de Sophocle et chéri d'Apollon,
> Il pouvait des héros éterniser le nom;
> Mais il sut préférer la gloire moins brillante
> D'arracher à la mort l'humanité souffrante.

Ces vers, en vérité, comme pensée et comme forme poétique, ne peuvent pas passer pour excellents. Mais le compliment exigeait une réponse, et voici celle de M. Pariset :

> Oui, je quitte en effet ces bords délicieux
> Où le dieu des beaux vers tient sa cour immortelle.
> Vous, dont elle applaudit les chants mélodieux,
> Elle n'a rien perdu, vous lui restez fidèle.

Ceci est plus fin, plus délicat? le sentiment poétique y est plus marqué, et le second vers est réellement beau. Que de candidats à l'Aca -

HOSPICE CIVIL DE DUNKERQUE.

M. LEBLEU, chirurgien en chef.

Opération césarienne. Guérison. Réflexions pratiques sur le procédé opératoire et sur l'opportunité de l'opération césarienne en général.

Ce n'est qu'aujourd'hui, 29 octobre, dix-neuvième jour après l'opération, jour où je laisse le sujet sortir de l'hôpital parfaitement guéri, que je crois pouvoir livrer à la publicité l'observation de la femme C..., soumise à l'instrument césarien le 10 de ce mois, toute observation chirurgicale perdant, selon moi, toute valeur lorsque le lecteur n'a pas la garantie que l'individu dont on lui trace l'histoire est complétement à l'abri de ces accidents subséquents qui, peu de jours après la publication prématurée des plus beaux succès opératoires, viennent si souvent, aux yeux de ceux-là seuls qui sont à la source, frapper de mort ces prétendues guérisons, et faire ainsi, le lendemain, tomber tout l'orgueil des observations décrites la veille avec tant de pompe. Aujourd'hui donc que je n'ai plus à craindre un semblable retour, je crois bon de ne pas la laisser passer sous silence, parce qu'elle me paraît de nature à faire naître quelques idées d'utilité pratique, ainsi que je le développerai plus bas. Et n'est-ce pas, en effet, un devoir pour le médecin d'enregistrer dans les annales de l'art de guérir les faits rares qui se présentent à lui, lorsque ces faits peuvent jeter quelque lumière sur les points difficiles ou obscurs de la science? Et ces observations, lorsqu'elles sont consciencieusement décrites, judicieusement commentées et rapprochées d'autres analogues, n'ont-elles pas toujours été, et ne sont-elles pas toujours la source la plus féconde à laquelle l'homme de l'art a puisé et puisera les préceptes qui guident ou son jugement au lit des malades, ou sa main armée d'un instrument chirurgical?

Je vais donc tracer le plus succinctement possible l'observation de la femme C., puis je me livrerai à plusieurs réflexions et conseils pratiques qui résulteront et ressortiront successivement des divers passages de ce récit.

Cette femme, âgée de dix-sept ans, réglée à seize, ayant été très souvent sujette, dit-elle, à des fièvres lentes; pâle, grêle et éminemment rachitique, commença à marcher, à l'âge de trois ans, à l'aide de béquilles, jusqu'à dix, puis chemina lentement et irrégulièrement, soutenue sur des membres abdominaux très courts, noués, à tibias fortement courbés en avant et à fémurs non moins courbés en dehors; membres rendus mobiles par des muscles flasques et minces. Le tronc est assez bien construit, et d'une longueur presque normale. Voici, du reste, ses dimensions exactes:

Longueur totale du corps,	1,12 centim.
— du sommet de la tête à la symphyse pubienne,	0,64
— de la symphyse pubienne à la plante des pieds,	0,48 seulem.

Le bassin est assez bien évasé du haut; mais au toucher, que je pratiquai aussitôt après son entrée à l'hospice, le 10 octobre, à sept heures du soir, mon doigt, qui arriva facilement à la saillie mince et tranchante que forme l'angle sacro vertébral, constata que le diamètre sacro-pubien n'a que 4 cent. 50 millim. (1 pouce 1/2) d'étendue. Je sentis en même temps le col de la matrice dilaté dans une étendue de 8 cent. environ, et la poche des eaux déjà bien dessinée. (Les douleurs avaient commencé à trois heures du matin.) Je lui déclarai immédiatement qu'il était de nécessité qu'elle se soumît à l'opération césarienne, et que, pour qu'elle pût être pratiquée avec plus de chances de succès, cette opération devait être pratiquée à l'instant même. Elle se soumit facilement à cette triste nécessité, plusieurs accoucheurs qu'elle avait consultés dès qu'elle s'était connue enceinte; lui ayant tous trouvé cette vicieuse conformation du bassin, et l'ayant avertie que telle aurait dû être l'issue de cette grossesse malheureuse.

Une demi-heure à peine après son entrée à l'hospice, la femme C., couché sur un lit étroit et peu élevé, et me trouvant entouré de mes collègues Lequoy, Darras, Lemaire, Raoul et Memboo, qui la maintenaient fortement, et dont le concours me fut bien précieux dans cette circonstance, j'incisai la peau de la ligne blanche d'un seul trait de bistouri convexe, depuis 1 centimètre au-dessous du nombril, jusqu'à 3 centimètres au-dessus du pubis. Un deuxième trait de l'instrument, qui divisa les tissus aponévrotiques, me fit facilement distinguer le péritoine, auquel je fis une ouverture suffisante pour passer l'indicateur de la main gauche, qui me servit de conducteur pour inciser longitudinalement en haut, puis en bas, cette membrane dans une étendue égale et parallèle à l'incision de la peau. Je répétai, pour la matrice, exactement ce que je venais de faire pour le péritoine, ayant soin de prolonger le plus possible l'incision en haut, afin de ménager ce viscère dans sa partie inférieure voisine du col. L'eau de l'amnios jaillit en abondance, et je vis le dos et l'épaule droite de l'enfant se présentant au niveau de l'ouverture de la matrice. Passant aussitôt mes deux mains sous l'abdomen de l'enfant, j'exerçai des tractions d'abord douces, mais qui durent ensuite être un peu plus fortes, pour faire sortir le bassin et les membres inférieurs; j'amenai ensuite la tête sans difficulté aucune. C'est une fille pleine de vie, fortement et très régulièrement constituée; sa tête offre des diamètres plutôt au-dessus de la moyenne qu'au-dessous (11 centimètres d'une bosse pariétale à l'autre). Le cordon incisé, j'allai de suite détacher le placenta, qui n'adhérait que faiblement à gauche et en arrière, et je le fis sortir en très peu d'instants par l'ouverture artificielle, en ayant soin, par des mouvements de torsion, de réunir et d'entraîner la totalité des membranes.

Aucune hémorrhagie n'eut lieu; la vessie et les intestins grêles, qui se présentaient en masse au niveau de l'ouverture, furent refoulés avec douceur et contenus par trois points de suture; puis j'entourai, en rapprochant fortement, les 4/5 antérieurs du ventre, de larges bandelettes agglutinatives. Une compresse fenêtrée enduite de cérat et recouverte de plumasseaux de charpie; plusieurs linges carrés et un bandage de corps assez serré, complétèrent l'appareil.

Le lendemain 11, la fièvre et les douleurs ne sont que très peu marquées; 90 pulsations; elle a dormi quelques heures; peu de lochies, très peu d'écoulement par la plaie. A midi, même état; elle a vomi deux fois. A cinq heures du soir, douleurs très vives dans tout le ventre; anxiété extrême; 130 pulsations. — Je prescris aussitôt, et en même temps: saignée de 700 grammes et 40 sangsues sur le ventre, que je fis suivre immédiatement de 15 autres; limonade tartrique.

Le 12 au matin, douleurs presque nulles; 110 pulsations; elle a vomi trois fois pendant la nuit, mais a dormi plusieurs heures; lochies plus abondantes; ventre plus affaissé. Je renouvelle les bandelettes de diachylum (les sutures ne servant évidemment plus à rien, et deux anses d'intestin venant faire saillie à travers la plaie), en ayant soin d'en entourer tout le corps de la malade, moins la région lombaire, de les poser larges, à très courts intervalles entre elles, et de favoriser encore leur action par un bandage de corps unissant.

Le 13, toujours environ 100 pulsations, mais nuit parfaite; absence complète de douleurs; plus de vomissement, deux selles; lochies abondantes; plaie du ventre presque sèche; gaieté, appétit..... — Diète néanmoins; eau d'orge.

Le 14, cet état se soutient. — Deux cuillerées de bouillon toutes les trois heures.

Les 15, 16 et 17, état toujours satisfaisant; alimentation graduellement plus forte, quoique le pouls soit toujours à 90 pulsations le matin et à 100 le soir. Elle urine par elle-même, et non plus par le secours de la sonde que j'avais dû faire introduire tous les jours, matin et soir, depuis le jour de l'opération. Aucune sécrétion laiteuse n'a eu lieu; l'enfant, qui continue de se très bien porter, prend, chez la mère de la malade, le sein d'une nourrice.

Je renouvelle avec les mêmes soins, tous les trois jours, l'appareil de bandelettes bien agglutinatives; les points de suture flottant, inutiles, entre les lèvres de la plaie, je les enlève avec les ciseaux. La plaie marche rapidement vers la guérison; il y a déjà réunion parfaite de son tiers inférieur, et un peu aussi vers l'ombilic.

Les jours suivants n'offrent rien de remarquable; santé de plus en plus parfaite; aliments de plus en plus abondants.

Le 23, très fatiguée dans son lit, elle commence à passer avec plaisir quelques heures dans un fauteuil. La plaie se réunit de jour en jour. Cette réunion a lieu, non pas de dehors en dedans, mais bien à partir du fond de la plaie, le péritoine et les aponévroses ayant contracté des adhérences entre eux, et aussi sans doute avec quelques anses intestinales; le derme ne se rapproche qu'en dernier lieu et successivement par l'interposition de bourgeons charnus. Les choses se passent, en un mot, comme pour la guérison de la plaie qui résulte d'une opération de hernie.

Enfin, la cicatrisation étant pour ainsi dire complète, et la santé de la malade ne laissant vraiment plus rien à désirer, je permets bien volontiers aujourd'hui 29 (dix-neuvième jour après l'opération) sa sortie de l'hospice, touché moi-même de l'ennui qu'elle y éprouve par suite de l'ardent désir qu'elle a d'être près de son enfant, si douce et si légitime récompense des douleurs qu'elle a éprouvées et du danger qu'elle a couru.

Réflexions. — Discutons maintenant les points saillants de ce récit; et d'abord:

1° L'empressement que j'ai mis à l'opérer presque au moment de son entrée à l'hospice était, je crois, bien fondé. S'il est utile, en effet, d'attendre que le travail soit assez avancé et le col utérin assez dilaté pour que les lochies s'écoulent facilement après l'opération, il me semble aussi qu'on doit poser comme règle, pour toute opération césarienne, de ne pas attendre que la femme soit épuisée par les douleurs, et, autant que possible aussi, d'agir avant que la poche des eaux soit rompue, la matrice se rapetissant nécessairement plus ou moins après cette rupture, d'où la nécessité de l'inciser dans une plus grande étendue, et s'appliquant ensuite intimement sur l'enfant, qui ne sera plus alors extrait qu'en froissant et fatiguant cet organe.

2° J'incisai sur la ligne blanche..... Malgré la divergence des auteurs dont la plus grande partie préfère, soit l'ancien procédé à incision latérale, soit le procédé de Lauverjat à incision transversale sous la troisième fausse côte, je trouve que par la ligne blanche on arrive plus directement à la matrice, sans crainte aucune de léser les artères latérales de ce viscère; sans crainte, à moins de grande maladresse, de blesser la vessie; sans crainte, plus que par aucun autre procédé, d'épanchement des lochies dans l'abdomen; et j'estime que la cicatrisation de la plaie doit s'y obtenir aussi facilement, pourvu qu'on se comporte comme je le dirai plus bas.

---

démie française, plus heureux que M. Pariset, qui n'ont pu s'élever jusqu'au quatrain!

— Messieurs les agrégés élèvent des réclamations d'une incontestable justice; et quoiqu'il soit pénible de voir mêler des questions d'argent à des questions d'enseignement, la presse, qui doit surtout être l'avocat des faibles et des opprimés, est fidèle à sa mission en découvrant le bout de l'oreille de ces riches et puissants seigneurs du professorat faisant semblant de s'associer à des réclamations dont ils rendront le redressement impossible. Veulent-ils savoir en quelle haute estime ils sont auprès d'un de ces *princes* de la science? Un de messieurs les agrégés qui voulait se marier, avait naturellement fait valoir auprès des grands parents le titre qui le rattachait à la Faculté. Le beau-père futur, homme fort positif, prit des renseignements, et voici la réponse textuelle qui lui fut adressée par un professeur: « Un agrégé! *ça* vaut 800 fr. pendant six ans. » N'est-elle pas bien digne, cette réponse, de cette époque et de ces hommes voués au culte exclusif des intérêts matériels? Juger la valeur d'un homme d'après la feuille d'émargement, c'est bien cela.

— Je m'étonne tous les jours qu'au milieu de ce débordement de livres qui nous inonde, on ne voie pas surgir un ouvrage qui manque complétement à notre éducation médicale; et cet ouvrage, je le voudrais intitulé: *Des petits moyens pour réussir*. Il y a là de quoi tenter une ambition généreuse. Voyez un peu dans quelle position perplexe se trouve placé le jeune médecin qui vient s'installer à Paris, par exemple. Je le suppose honnête, digne de son titre et méprisant tous ces moyens vulgaires, la sonnette, la plaque, etc., à l'usage des vulgaires intelligences. Cependant, le voilà dans un quartier où il est profondément inconnu, et plusieurs années s'écouleront peut-être avant que son nom ait franchi la loge du concierge. Quels moyens employer pour que le voisinage soit instruit de son existence et de sa profession?... En voici un qui a parfaitement réussi à un jeune confrère qui, sans parents, sans amis, sans prôneurs dans le quartier qu'il habite, a su dès le principe s'y faire connaître, s'y faire aimer, et, qui mieux est, s'y faire appeler. Depuis trois mois il s'était casé dans un appartement convenable, et depuis trois mois il n'avait pas vu l'ombre d'un client. Ce métier-là ne pouvait pas durer longtemps sans de grands préjudices, et il s'ingénia à trouver un moyen par lequel il put dire au public de son quartier: Je suis là. Il lui fallait quelque chose d'un intérêt général, et il avise que sa rue était pavée d'après l'ancien système, c'est-à-dire qu'un ruisseau infect passait dans le milieu, et que l'hygiène de son quartier était gravement compromise. Il rédige aussitôt une pétition aux autorités compétentes, et une petite circulaire adressée à tous les gens établis de son quartier, les invitait à venir la signer de telle à telle heure, chez M. X..., docteur en médecine, accoucheur, n° ... La ruse réussit à merveille; tous les habitants vinrent signer, tous, à l'exception d'un seul: c'était un confrère. Mais qu'arriva-t-il? On était précisément à l'approche des élections; l'autorité, voulant se ménager les suffrages des électeurs de ce quartier, s'empressa de faire faire une chaussée bombée dont notre adroit confrère eut tout l'honneur, et les habitants, irrités contre l'autre médecin qui avait refusé sa signature, tournèrent toute leur sympathie vers celui qui avait pris l'initiative d'une mesure aussi utile. — Je rencontrai l'autre soir ce confrère dans sa rue; nous devisions de chose et d'autre, quand il me dit: Vous voyez bien ces pavés? Il n'y en a pas un seul qui ne m'ait donné un client. Alors il me conta la chose qu'avec sa permission je viens de vous raconter moi-même. JEAN RAIMOND.

Boîte aux lettres de Jean Raimond.

L'honorable correspondant qui m'a adressé la lettre suivante, ne sera pas étonné des retranchements que je lui ai fait subir. Je le remercie sérieusement de ce qu'il m'écrit de beaucoup trop bienveillant, et que je peux accepter. Je laisse le fait qui sert de texte à sa demande bien légitime, en effet, et dont la réalisation serait fort utile.

Monsieur,

Je viens vous prier de prêcher en faveur des postes médicaux. Voici un fait, Monsieur, qui démontre la nécessité de multiplier ces sortes d'établissements, car il étaie avec évidence ma très humble supplique.

Le 21 novembre, Eugène Perdu, âgé de dix huit ans, hissait une chaudière de bithume, rue de l'Université. Au milieu de cette opération la barre de fer à laquelle était accrochée la poulie s'est cassée, et, dans sa chute, le jeune ouvrier a été renversé. Ses camarades pensèrent qu'il avait été tué, car il n'y avait plus le moindre signe d'existence. Néanmoins le maître bithumier s'empressa d'aller chercher un secours éclairé; il frappa successivement, mais sans succès, à douze ou quinze portes médicales. Il était indigné, et dans sa juste animation il s'écriait: « Le premier médecin que j'attrape, je le saisis au » collet et, mille dieux, il faudra bien qu'il marche! »

Vous voyez, Monsieur, que pour nous *empoigner* point n'est besoin d'un mandat d'amener...: le premier venu se reconnaît le droit de se transformer en gendarme, de violer notre domicile, de nous arracher de notre lit, lors même que nous n'aurions pas dormi depuis quinze jours ou que nous y serions cloués par un lumbago, une migraine épouvantable, etc., etc.

Maintenant je reviens au pauvre Perdu, en faveur duquel on a fini avoir, non pas un, mais deux médecins qui sont venus, comme dit la formule, poser le premier appareil. Cela fait, le blessé a été mis dans une voiture et conduit au domicile de ses parents, à Grenelle, où j'ai été mandé pour lui donner mes soins.

J'ajoute, Monsieur, qu'il faudrait que le nombre des postes médicaux fut en rapport avec les besoins de l'immense population de Paris, afin que l'humanité souffrante reçut à l'instant même les secours auxquels elle a droit dans une société constituée. Ma demande est dans l'intérêt de tous.

Agréez, etc. Dr DAMONT (De Monteux).

2 décembre.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre Journal un article qui me paraît très bien motivé. Si les académies laissent dormir la question si grave de la contagion de la morve, le Conseil-Général de la Seine a pris une délibération où il engagé M. le préfet de police à vouloir bien prendre des mesures nécessaires pour faire abattre les chevaux morveux.

Le nombre des préposés n'est pas suffisant. Quant on songe qu'un moment j'ai eu la crainte, l'année dernière, de voir M. Velpeau affecté d'une maladie presque toujours mortelle, quand on songe dans quelles conditions se développe la morve chez l'homme, et que dans beaucoup d'établissements on rencontre encore des chevaux morveux, on ne comprend pas pourquoi ce service, l'inspection des chevaux, n'est pas organisé d'une manière complète.

M. le préfet de police ne demande pas mieux que de faire inspecter toutes les écuries.

Le Conseil-Général appuie M. le préfet de police par un vœu.

M. le ministre de l'intérieur sollicite les académies vainement.

Les académies doutent; en attendant, les hommes meurent.

Je dois ici remercier M. Arago d'avoir bien voulu, auprès de mes collègues au Conseil-Général de la Seine, me prêter son concours, et je leur exprime à tous ma publique reconnaissance d'avoir bien voulu prendre la délibération qui est insérée au *Moniteur*, et que je regarde comme un véritable service rendu à l'humanité.

Agréez, etc. A. THIERRY, D.-M.

Membre du Conseil-Général de la Seine.

NOUVELLES.

M. Foullioy est nommé, en remplacement de M. Kéraudren, inspecteur-général du service de santé de la marine.

— M. Auzias exposera publiquement les principes de l'inoculation de la syphilis aux animaux, le samedi 14 décembre à une heure, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

J'ai suivi bien volontiers le conseil de Baudelocque de couper la matrice le plus haut possible, dans la vue de prévenir l'écoulement des lochies dans le ventre ; mais je n'ai pas dû, comme il le conseille, prolonger l'incision jusqu'à l'ombilic et même au-dessus, quoique l'enfant fût d'un volume au-dessus de la moyenne.

3° L'extraction de l'enfant étant faite, j'enlevai le placenta par la plaie, et ne fus nullement tenté d'employer le procédé de Planchon qui, dans l'espoir de frayer aux écoulements une route plus facile, attire par le vagin le cordon ombilical en le liant à une sonde de gomme élastique qu'il fait passer à travers la plaie, le col de la matrice et le vagin.

Je n'ai pas non plus, ainsi que je le vois prescrit dans plusieurs auteurs, été plonger à travers la plaie mes mains dans la matrice pour en extraire des caillots, et il s'en trouvait cependant en abondance.

Je n'ai pas non plus enfoncé dans le vagin une tente, ni une baudelette, ni un tampon pour appeler les liquides en bas ; je n'enfonçai pas davantage une bandelette de linge effilée à la partie inférieure de la plaie, pour servir de siphon et appeler les liquides en haut.

Je n'ai pas non plus, ainsi qu'on le recommande encore, fait des injections tièdes et émollientes pour nettoyer et désobstruer la cavité utérine, et bien moins encore des lotions et injections d'eau froide ou d'oxycrat pour ranimer l'organe et le forcer de se contracter....... Non, je regarde l'usage de tous ces corps étrangers, sans en excepter un seul, comme non-seulement inutile et faisant perdre un temps précieux, mais encore comme dangereux ; étant évidemment de nature à éveiller l'inflammation, que le grand art et le point capital de la question est ici d'écarter et de prévenir, et que tout à l'heure il sera si important d'abattre, lorsqu'elle apparaîtra avec un cortége plus ou moins effrayant de symptômes.

4° Je fis à la peau quelques points de suture, malgré la répugnance que j'avais pour ce moyen, me trouvant embarrassé, aussitôt après l'extraction de l'enfant, par la masse intestinale, qu'il me semblait difficile de contenir. Mais si j'avais à recommencer, je ne fais pas difficulté d'avouer que je m'abstiendrais de ce moyen, m'écartant encore en ceci de ce qui est généralement recommandé et prescrit ; parce que cette suture me semble n'être pas indispensable, lorsqu'on se sert bien des agglutinatifs et du bandage unissant, et parce qu'elle est d'une application longue et douloureuse ; je crois même, et la malade, dont l'opinion ici a de la valeur, me l'affirma aussi, que c'est ce qu'il y a de plus douloureux dans toute l'opération (M. Memboo me dit le lendemain que, dans le moment que j'incisai la matrice dans une étendue de 16 à 17 centimètres, il n'avait pas senti la moindre contraction dans le bras qu'il lui tenait, tandis que ce membre s'était violemment contracté à chacune des autres incisions.) Je dis donc que cette vive douleur de la suture, et l'irritation continue que doivent laisser dans les tissus ces fils qui stimulent à la manière des corps étrangers, doivent contribuer pour une bonne part à faire naître les accidents inflammatoires, et que cette suppression que je conseille est encore une immense simplification à ajouter à toutes celles que je viens d'indiquer.

5° J'ai assez minutieusement tracé, dans le cours de l'observation, le mode d'application des bandelettes agglutinatives et le mécanisme de la cicatrisation, pour que je ne croie pas devoir entrer dans de plus longs détails à cet égard. Je regarde ce moyen, employé avec toutes les précautions que j'ai indiquées ci-dessus et secondé d'un large bandage de corps rendu unissant par des extrémités digitées qui s'entre-croisent au-dessus de la plaie, comme une barrière douce et suffisante contre l'effort, quel qu'il soit, des viscères abdominaux.

6° Vingt-deux heures après l'opération, une forte fièvre et de très vives douleurs apparaissent..... Ici se présentent plusieurs réflexions d'une haute importance. Était-ce une métrite, une péritonite, à laquelle j'avais affaire ? Ou bien n'était-ce qu'une simple fièvre traumatique ? Je n'en sais vraiment rien ; mais ce qui est bien certain, c'est qu'il y avait danger, et danger imminent.

Or, au lieu de perdre son temps à faire une étiologie bien exacte et bien scientifique de la chose, et à voir le mal se dessiner clairement et visiblement par le développement entier de ses symptômes, je dis qu'il faut ici, comme en général à la suite de toutes les grandes opérations, entourer son malade de très fréquentes visites, guetter en quelque sorte l'inflammation à sa première apparition, et l'abattre à tout prix par les moyens les plus prompts et les plus énergiques ; non pas seulement en vue des symptômes actuels et visibles, mais en vue surtout de ceux bien plus graves que le raisonnement fait entrevoir. C'est en partant de ce principe qu'à la suite d'une opération de cataracte, je ne quitte jamais mon malade sans l'avoir saigné, avant même que de le faire mettre au lit ; qu'à la suite d'une amputation rapprochée du tronc, d'une opération de hernie, je crois bon aussi de commencer par saigner le malade, avant même qu'aucun phénomène inflammatoire se soit présenté.

A cette femme si chétive, si scrofuleuse, si avariée de toute manière, j'appliquai d'un seul coup une saignée de 700 grammes et 55 sangsues. Cette circonstance me rappelle à l'esprit ce mot énergique (haute vérité pratique, selon moi) que Broussais lança avec toute sa verve un jour que j'étais assis à côté de lui, comme chef de clinique au Val-de-Grâce, en 1829 : « Lorsqu'une inflammation violente, disait-il, menace un individu, si scrofuleux, si rabougri qu'il soit, les antiphlogistiques sont encore les seuls moyens ; n'ayez aucun égard au tempérament, et saignez-le comme s'il était un Hercule. »

6° Enfin je ne crois pas devoir terminer ces réflexions sans dire quelques mots sur l'opportunité de l'opération césarienne en général. Dans le cas qui nous a occupé, en comparant, ainsi que je l'ai fait encore quinze jours après l'opération, le diamètre sacro-pubien qui avait moins de 5 centimètres avec les dimensions de la tête de l'enfant, qui présentait 11 centimètres d'une bosse pariétale à l'autre ; il est de toute évidence qu'il serait oiseux d'insister longtemps sur la nécessité de l'opération qui a été faite ; et sur le bonheur qu'on doit éprouver de voir aujourd'hui pleins de vie deux individus qui devaient presque nécessairement périr l'un et l'autre, quelque autre conduite qu'on eût tenue à leur égard. Il ne pouvait s'agir en effet ou que de tenter vers sept mois et demi un accouchement prématuré, ou que d'attendre le moment de l'accouchement naturel, et alors à la vue de la femme épuisée d'une lutte vaine pour une expulsion mathématiquement impossible, de briser la tête de l'enfant (mort ou vivant, on n'en saura rien), de le démembrer même, en n'offensant la mère que le moins qu'il eût été possible.

Mais l'accouchement prématuré, qu'on avait essayé dans le temps et que maintenant quelques accoucheurs en France et surtout à l'étranger voudraient tenter de remettre en vigueur dans les cas de rétrécissement excessif du bassin, me semble absolument contraire aux règles d'une bonne médecine, et n'être pas destiné, quoi qu'on fasse, à entrer jamais dans le domaine de la science ; car, en admettant même que les lois civiles soient muettes à ce sujet, on ne saura jamais, en commençant ces manœuvres artificielles vers sept mois et demi, si cette tête d'enfant, qu'on ne peut mesurer dans la matrice de sa mère, pourra franchir, même alors, l'étroitesse connue du bassin, quand déjà par des tampons, ou éponges préparées, ou autres agents mécaniques toujours irritants, on aura violenté la matrice de la femme, laquelle en définitive, après n'avoir mis au jour qu'un individu d'une existence bien chanceuse, courra, par suite d'un tel travail, brusque, forcé et contre nature, plus de dangers que par l'opération césarienne elle-même.

Quant au second moyen, qui consistera à opérer la céphalotomie, ou ouverture du crâne, laquelle devra souvent être suivie de l'embryotomie, ou extraction de l'enfant par lambeaux, qui pourrait le mettre en parallèle pour les résultats avec l'opération césarienne ? Outre que la femme est en aussi grand péril par suite de ces manœuvres, ne doit-on compter pour rien la vie de cet enfant qui, dans le sein de sa mère, ne peut réclamer autrement que par quelques mouvements convulsifs contre la main barbare, pour ne pas dire criminelle, qui le torture et le démembre ?

Et ce n'est pas seulement dans les cas d'étroitesse extrême du bassin que, de nos jours, se pratiquent souvent ces véritables infanticides par l'homme qui a reçu la mission de donner la vie ; non, j'entends souvent parler de céphalotomie, d'embryotomie sur des enfants que tout devait faire supposer vivants, et dans des cas où l'insuffisance de la main, du forceps ou autres instruments mousses, n'avait pas été bien constatée. — Il y a peu de jours encore, je lisais dans un de nos meilleurs journaux de médecine de Paris, une observation assurément bien curieuse par la naïveté de l'auteur qui, après avoir décrit la céphalotomie qu'il vient d'opérer dans un accouchement laborieux pour lequel il n'était nullement prouvé et établi que cette céphalotomie fût indispensable, ajoute que l'enfant céphalotomisé a vécu encore une heure hors des organes de la mère, quoiqu'avec un hémisphère cérébral de moins, et finit par se livrer, avec un calme et une froideur vraiment admirables, à des réflexions sur ce lambeau de vie, purement physiologiques et médico-légales.... Mais de pareils faits, lorsqu'on a le malheur d'en être l'auteur ou le témoin, au lieu de les publier ainsi au grand jour, ne devraient-ils pas au contraire être cachés soigneusement dans l'ombre la plus épaisse, dans la crainte qu'ils ne servent d'autorité et de justification aux yeux de cette populace médicale qui n'a déjà que trop de propension à se tirer, par ces coupables mutilations, des accouchements lents et difficiles qui les gênent ou les embarrassent ?

Mais, tandis qu'en France, chaque année, des milliers d'enfants, j'en ai la conviction d'après ce que je vois et j'entends, sont immolés par la céphalotomie, les professeurs éclairés des cliniques parisiennes ne devraient-ils pas, dans leurs ouvrages et leurs leçons, réclamer avec calme contre une si coupable impéritie, et dire et répéter souvent que la science et les lois défendent à l'accoucheur instruit et honnête homme de diriger des instruments de mort, céphalotomes et embryotomes sur des enfants vivants dans le sein de leur mère ?

Je termine donc cette discussion en disant que toutes les fois que le bassin, soit naturellement, soit par une tumeur anormale quelconque, a une étroitesse de son diamètre sacro-pubien dont il est très délicat de bien fixer la limite, mais qu'on doit en général fixer, ainsi qu'on l'a fait, à 7 centimètres 50 millimètres (2 pouces 1/2) ; il faut prédire, si l'on est consulté d'avance, et pratiquer le plus tôt possible, si l'on est appelé dans les derniers moments, l'opération césarienne et s'abstenir de toute autre manœuvre ; et que, dans bien d'autres cas d'accouchements graves par suite de rétrécissements moins grands, qu'on ne peut pas toujours exactement déterminer et que le tact seul de l'accoucheur instruit peut fixer, cas où la possibilité de la terminaison de l'accouchement échappe à tous les moyens ordinaires, au lieu d'attendre que la femme soit épuisée par les douleurs, et d'exercer sur un enfant, probablement vivant, des instuments nécessairement mortels, on doit encore (ce qui est à la vérité indiqué dans plusieurs bons traités d'accouchement, mais ce qui n'est presque jamais mis à exécution dans la pratique), on doit recourir à la même opération césarienne, opération qui, après tout, simplifiée et entourée de précautions, comme nous l'avons décrit, est loin d'être aussi terrible qu'on le pense généralement dans le monde et même dans le monde médical ; opération qui, si elle est grave, fait éclater aussi plus qu'aucune autre toute la puissance du médecin, puisqu'à la place d'un cadavre toujours et très souvent de deux, il est sûr de présenter toujours un individu vivant et très souvent il pourra en présenter deux.

N. B. Ayant éprouvé du retard à envoyer cette observation, il n'est pas inutile que j'ajoute que le 5 novembre, vingt-cinquème jour après l'opération, la femme C..... avait le ventre solidement cicatrisé, soignait elle-même son enfant, disant que depuis longtemps elle ne s'était aussi bien portée ; et qu'aujourd'hui 30 novembre, la rencontrant en ville, elle me dit qu'elle avait fait sans inconvénient plusieurs assez longues courses, malgré la mauvaise saison.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 décembre 1844. — Présidence de M. DUPIN.

L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section de zoologie, en remplacement de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

La section avait présenté la liste suivante des candidats :

1° M. Duvernoy ; 2° M. Valenciennes ; 3° Dujardin ; 4° A. d'Orbigny ; 5° M. Bebion ; 6° (*ex æquo*) MM. Gervais et Guérin de Meneville.

Le scrutin donne le résultat suivant ; le nombre des votants est de 53 :

M. Valenciennes obtient,	33 suffrages.
M. Duvernoy,	17
M. Dujardin.	3

— *M. Natalis Guillot* adresse une note sur le charbon qui se produit dans les poumons de l'homme pendant l'âge mûr et la vieillesse.

Il se produit et s'accumule continuellement dans les organes respiratoires de l'espèce humaine pendant la durée de l'âge mûr, et principalement dans la vieillesse, du charbon en nature dans un état excessif de division. Ce fait est général sur tous les hommes quelle qu'ait été leur profession.

Ce charbon, déposé dans l'épaisseur même des tissus, ne provient pas de l'extérieur.

Partout où cette matière existe en quantité suffisante pour former des amas d'un millimètre de côté au moins, les canaux aériens, les conduits sanguins artériels et veineux sont oblitérés en vertu de sa présence et les tissus pulmonaires sont alors transformés en une substance colorée en noir qui peut occuper jusque plus de la moitié des organes.

La respiration ne s'opère plus dans ces parties qui servent de gangre au charbon ; les phénomènes de la circulation ne s'y produisent plus, et dans l'état pathologique les phénomènes inflammatoires ne s'y développent point.

L'accumulation successive de ce charbon au-delà d'un certain terme cause la mort des vieillards. L'excès de ce charbon produit la mort en rendant le poumon imperméable.

La présence constante de ce produit chez tous les vieillards, rend souvent fatale la terminaison des inflammations et des congestions sanguines de l'organe respiratoire. L'oblitération par des molécules charboneuses des canaux aériens et sanguins, explique la fréquence de l'asphyxie rapide dans les maladies de poitrine pendant la dernière époque de la vie.

Ces molécules de charbon paraissent avoir une grande influence sur les phénomènes qui se succèdent dans l'épaisseur et autour des masses tuberculeuses. Lorsque des tubercules se produisent dans les poumons et que le charbon se dépose abondamment autour d'eux, ils ne subissent point les changements successifs propres à la phthisie, lorsque cette maladie suit régulièrement son cours.

Ces tubercules deviennent calcaires, sont privés de graisse, et ne s'accroissent point. Aucun vaisseau de formation nouvelle ne se développe autour d'eux, ou bien lorsque ces vaisseaux ont déjà pris de l'accroissement, avant le dépôt des mollécules de charbon, ils s'oblitèrent par suite de ce dépôt, et les progrès de la phthisie s'arrêtèrent.

La production du charbon dans les poumons humains, indépendante de la profession et ne résultant que de l'âge et très probablement de la nourriture des individus, est un fait qui doit être étudié sous le point de vue physiologique et qui mérite également d'être considéré au point de vue de la pathologie, puisque s'il peut en résulter l'aggravation des affections les plus communes chez les vieillards dont les poumons ne peuvent plus fonctionner complètement, il paraît aussi que l'apparition de cette matière dans les tissus pulmonaires en enveloppant les tubercules, en les isolant du reste de l'organe arrête complètement la marche de la phthisie tuberculeuse.

Dans un travail annexé à cette note, M. Melsens rend compte des analyses exactes qu'il a faites, et qui prouvent en effet la réalité de la présence du charbon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 3 *septembre* 1844. — Présidence de M. BELHOMME.

M. Favre offre à la Société sa thèse de concours pour l'agrégation (section des sciences accessoires). — Remerciments.

— *M. Chailly* fait également hommage d'un mémoire ayant pour titre : De la conversion de la présentation de la face en présentation du sommet, et de l'application du forceps dans les positions mento-postérieures de la présentation de la face. — Remerciments.

— *M. Desrivières* communique une observation d'entropion de la paupière inférieure, et présente un petit appareil à l'aide duquel il espère remédier à cette infirmité. Il ajoute qu'il fera part à la Société du résultat qu'il aura obtenu, et que sa communication a surtout pour but aujourd'hui de prendre acte de priorité au sujet de l'appareil dont il s'agit.

— *M. Bonnafont.* Lors de la discussion qui a eu lieu dernièrement sur l'ablation des amygdales, j'ai blâmé l'emploi de l'instrument de Fahnestock. Depuis, j'ai vu fonctionner plusieurs fois cet instrument entre les mains de M. Paul Guersant. Moi-même je me suis exercé à son application, et j'ai reconnu que lorsqu'on a l'habitude de le faire agir, il excise avec une netteté et une promptitude remarquables les glandes tonsillaires.

— *M. Géry.* Dans un rapport que j'ai fait il y a quelque temps, j'ai avancé que, dans le spina-bifida, il ne fallait pas pratiquer la ligature de la tumeur, à cause des filets nerveux qui s'y trouvaient répandus. Cette opinion a été combattue par M. Baraduc, qui affirma que ces prétendus filets nerveux n'étaient autre chose que deux ramifications vasculaires. Mais depuis, des faits confirmant ma manière de voir ont été présentés à la Société anatomique par MM. Cruveilhier et Voillemier.

— *M. Félix Legros* présente à la Société trois jeunes nègres arrivés récemment en France, et qui offrent une particularité remarquable. A la racine du nez, entre les sourcils ; vers les régions temporales, au niveau de l'angle externe de l'œil, se trouvent plusieurs petites lignes longitudinales d'un centimètre environ de hauteur, et séparées les unes des autres dans chaque groupe par un intervalle d'un à deux millimètres. Chacune d'elles, au dire de ces jeunes gens, a été pratiquée avec un couteau pour combattre un mal de tête, sous l'influence duquel ils devaient infailliblement mourir, ajoutent-ils, si cette opération n'avait été faite.

Après avoir examiné ces jeunes gens, plusieurs membres sont portés à croire qu'il ne s'agit pas seulement ici de simples cicatrices résul-

taut d'une opération faite dans un but chirurgical. Ils font remarquer que ces lignes sont plus foncées, plus noires que le reste de la peau ; ce qui est le contraire des cicatrices ordinaires ; elles sont aussi plus saillantes, et il semble que quelque substance colorante ait été introduite sous l'épiderme. C'est pourquoi ils pensent qu'il y a eu là une sorte de tatouage. Au reste, les avis demeurent partagés à cet égard.

— *M. Félix Legros* lit la note suivante : « Déjà j'ai fait sous vos yeux l'inventaire des objets plus ou moins bizarres que la chirurgie a dû extraire des voies détournées où les avait laissé fourvoyer l'érotomanie de la femme. Je viens vous communiquer un cas qui, cette fois, appartient à l'homme et constitue, pour ainsi dire, le sale revers d'une triste médaille (suit l'observation, déjà insérée dans ce journal, du malade auquel M. Velpeau retira à l'Hôtel-Dieu, un verre à bière du rectum, et qui succomba aux suites de cette extraction). Les annales de l'art, continue M. Félix Legros, renferment plusieurs observations du même genre.

» Un habitant de la campagne, après d'autres infâmes manœuvres, s'introduit dans l'anus une tabatière qu'on retire à grand'peine, et qu'il remplace plus tard par un gobelet de bois qui devient la cause d'accidents mortels. (*Grand Dictionn.*, Corps étrangers). M. Tuffet, qui rapporte ce fait, a également retiré du rectum un verre de cabaret en morceaux, et quelque temps après, du même individu, les fragments d'une carafe, que le malheureux ne pouvant extraire, avait brisée avec le manche d'une pelle à feu !

» Desault débarrassa un homme d'un pot de confitures ; Morand, d'un gros *affiquet* de bois ; Scarpa, Saucerotte et Dupuytren retirèrent de semblables lieux divers instruments de bois. — La *Gazette médicale de Londres* rapportait, il n'y a pas longtemps, l'histoire d'un homme de soixante-treize ans qui, reçu dans un état de délire à l'infirmerie de Sainte-Mary-le-Bone, se plaignait d'avoir un bâton dans le rectum. M. Phillips ne trouvant rien, pense avoir affaire à un maniaque, donne un purgatif avec l'ordre à l'infirmier de faire trouver un bâton dans les matériaux rendus, afin de tranquilliser l'imagination de son malade. Celui-ci succomba, et à l'autopsie fut trouvé, à une hauteur de 18 centimètres, un bâton de 12 centimètres couvert de son écorce et soigneusement arrondi à ses extrémités. Il avait été la cause déterminante d'une péritonite mortelle. Dernièrement, notre collègue M. Bonnassies nous a exhibé un bâton très analogue, ayant semblable source. — Nous avons encore l'histoire d'un tisserand dont la navette devint un suppositoire ; d'un religieux qui perdit là une fiole d'eau de la reine de Hongrie, etc.

» Notre art intervient quelquefois aussi pour extraire du rectum des corps étrangers introduits à d'autres fins que celles d'une horrible dépravation. Sans rappeler la fameuse queue de cochon de Marchetti, dont, par parenthèse, on a trop vanté le moyen d'extraction, car du temps de Paul d'Egine les flèches barbelées étaient déjà dégagées à l'aide d'une canule, je dirai que les médecins attachés aux prisons se trouvent parfois dans la nécessité de fouiller leurs clients à cet endroit, et que tout à l'heure encore le célèbre voleur des médailles de la Bibliothèque royale a été purgé d'un précieux étui en argent garni d'instruments qui étaient l'espoir de sa future délivrance. »

— *M. Bonnassies*. J'ai entretenu jadis la Société d'une dame qui, à l'occasion d'un premier accouchement, présenta des accidents d'éclampsie suivis de troubles de l'intelligence. Cette dame est accouchée de nouveau récemment et n'a rien éprouvé cette fois de semblable.

M. Chailly. Il est arrivé là ce qui se passe ordinairement. Presque jamais, en effet, les accidents d'éclampsie ne se manifestent dans deux accouchements successifs, de sorte qu'une première attaque de cette affection peut, en général, être considérée comme une garantie contre une seconde.

M. Bréon. Cela établirait une différence entre l'éclampsie et l'épilepsie.

M. Belhomme. Ce qui différencie surtout ces deux affections, c'est l'ordre dans lequel se présentent leurs phénomènes. Ceux de l'épilepsie, en effet, se succèdent dans un ordre régulier et constant ; tandis que ceux de l'éclampsie, qui sont cependant les mêmes, offrent dans leur succession une sorte de perturbation tumultueuse.

M. Chailly. La ressemblance est telle entre les deux cas, que si l'on n'était témoin que d'un seul accès, on resterait dans le doute : il y a dans l'un et l'autre cas, de l'écume à la bouche. Mais ce qui les distingue, c'est, dans l'éclampsie, la succession rapide des accès composant une même attaque, lesquels sont suivis d'un état comateux ; tandis que l'accès d'épilepsie est unique et non suivi de coma.

M. Géry. Quand on a vu les deux affections, on ne peut guère les confondre. La principale différence consiste, ainsi que l'a dit M. Chailly, dans la répétition brusque des accès éclamptiques. En outre, dans l'épilepsie on se mord rarement la langue ; le contraire a lieu dans l'éclampsie, qui s'accompagne d'une sorte de projection de la langue hors des arcades dentaires. Enfin, l'état de l'intelligence diffère aussi après les accès. L'éclampsie est souvent suivie de perte de la mémoire. J'ai vu une dame qui, à la suite d'une attaque d'éclampsie, a éprouvé une perte prolongée de la mémoire ; elle avait totalement oublié qu'elle était acouchée.

— *M. Bénet*. Depuis quelque temps, les journaux de médecine annoncent comme nouveau le traitement des fièvres intermittentes par l'arsenic. Cependant ce traitement est en usage depuis un temps très reculé dans l'Inde, principalement contre les fièvres tierces. Les médecins anglais ne traitent pas autrement ces affections, et moi-même j'ai employé un très grand nombre de fois l'arsenic en pareil cas, et toujours avec succès. En France on hésite, et l'on se demande s'il est convenable de faire usage de l'arsenic comme médicament. Il y aurait pourtant un grand avantage à se servir d'un remède dont l'efficacité est bien constatée, et qui est beaucoup moins cher que le sulfate de quinine.

M. Amédée Latour. C'est très récemment, en effet, qu'on a de nouveau appelé l'attention sur l'emploi de l'arsenic dans les fièvres intermittentes. C'est M. Boudin qui a préconisé chez nous ce médicament. Mais ce que vient de dire M. Bénet, M. Boudin l'a dit aussi. Il n'a pas prétendu avoir découvert ce mode de traitement, mais seulement l'avoir fait connaître en France plus qu'il ne l'était, malgré les travaux de Fodéré et de quelques autres.

M. Szokalski. J'ai donné dernièrement des soins à une malade affectée de fièvre intermittente, et après l'avoir traitée en vain par le sulfate de quinine, je l'ai guérie au moyen de l'arsenic que je lui donnai à la dose d'un dixième de grain mélangé avec du poivre. Au bout de dix jours, la maladie récidiva ; je la combattis par le même moyen et j'obtins le même succès. J'avais déjà eu occasion en Pologne de constater l'action efficace de ce traitement. Renfermé dans une forteresse et manquant de médicaments, j'eus souvent recours à l'arsenic, et je lui dus un grand nombre de guérisons.

M. Bourrières. Un fait analogue vient d'avoir lieu dans le faubourg du Temple. Une dame traitée sans succès par le sulfate de quinine, fut guérie par l'arsenic à la dose de 5 centigrammes dissous dans 500 grammes d'eau. Elle prenait une cuillerée de cette solution matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée. Avant la douzième cuillerée, la fièvre avait disparu.

M. Bonnafont. Lorsque le sulfate de quinine échoue, cela tient sans doute à ce qu'on n'en élève pas suffisamment la dose. Il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à 2 grammes. Alors on réussit toujours.

M. Amédée Latour. Il s'agit moins de savoir si l'arsenic guérit, cela paraît incontestable, que de savoir s'il n'est pas dangereux de populariser ce moyen.

M. Bénet. Quel danger y a-t-il à prescrire vingt-quatre pilules contenant ensemble 5 centigrammes d'arsenic, et dont il doit être pris seulement deux par jour. Quand même le malade aurait la fantaisie de doubler ou de tripler la dose, quel grave inconvénient pourrait-il en résulter ? D'ailleurs n'emploie-t-on pas tous les jours des médicaments tout aussi dangereux ?

M. Géry. Quand on possède un moyen aussi puissant que le sulfate de quinine, à quoi bon en chercher un qui peut devenir nuisible ? D'ailleurs, là où le sulfate de quinine avait échoué, on réussit quelquefois avec l'extrait de quinquina, ou le quinquina lui-même en nature. Ainsi donc, sans sortir des préparations de quinquina, on peut satisfaire à tous les besoins de la thérapeutique.

M. Félix Legros applaudit à la philanthropie qui a dicté les craintes relatives à l'emploi de l'arsenic. Mais il fait observer que la matière médicale est en possession de ce remède depuis longtemps pour d'autres maladies que les fièvres intermittentes. A Saint-Louis, on en fait un fréquent usage dans certaines affections cutanées. Il pense que ce médicament doit rester dans la thérapeutique.

M. Forget. L'emploi de l'arsenic est imprudent ; car on ne peut jamais déterminer à l'avance les limites précises de l'action d'un médicament, quand on ne connaît pas la constitution des malades. D'ailleurs, pour justifier l'usage des moyens dont il s'agit, il faudrait des faits et non des assertions. Le cas qui a été cité tout à l'heure d'une guérison obtenue par l'arsenic après quinze jours de l'emploi inutile du sulfate de quinine, pourrait à la rigueur rentrer dans les cas ordinaires. En effet, ce n'est pas toujours immédiatement qu'un médicament agit ; il faut qu'il ait été assimilé, qu'il se soit identifié, pour ainsi dire, avec l'organisme, molécule à molécule ; or il faut un certain temps pour que cette sorte de saturation s'accomplisse. Si, fatigué d'attendre ce résultat, on vient à donner un autre médicament, et qu'en même temps la guérison se manifeste, on sera porté à attribuer au dernier remède employé ce qui ne sera réellement qu'un effet tardif du premier.

M. Szokalski. Dans le cas que j'ai cité, on pourrait à la rigueur supposer que j'ai attribué à tort à l'arsenic la première guérison obtenue, lorsque le sulfate de quinine avait été précédemment employé. Mais quand la récidive eut lieu, l'arsenic fut donné de prime abord ; la malade n'était certainement pas alors saturé de sel quinique, et cependant le résultat a été aussi satisfaisant et aussi prompt que la première fois.

M. Foy a lu dans le *Dictionnaire de matière médicale*, que l'usage prolongé des préparations arsenicales donnait lieu à des hypertrophies du cœur, du foie, etc.

M. Bénet. M. Forget a demandé qu'on citât des faits positifs constatant l'efficacité de l'arsenic. En voici : c'est que je l'ai prescrit moi-même pendant cinq ans, et que je l'ai toujours vu réussir. Je déclare en outre que je n'ai observé à la suite de son usage aucune affection de l'appareil circulatoire, ni du foie, ni d'aucun autre organe. Ainsi l'objection rappelée par M. Foy, n'est qu'une hypothèse.

M. Géry. Au point de vue médico-légal, et en présence des crimes nombreux qui se commettent, de nouvelles et légitimes considérations s'opposent à l'emploi de l'arsenic comme médicament. En cas de mort, on trouvera dans les organes des traces de cette substance qui pourront ou faire croire à tort à un empoisonnement, ou le dissimuler s'il a eu lieu réellement.

M. Gaide. Je suis encore à trouver un cas tout à fait rebelle au sulfate de quinine. Sa prééminence sur l'arsenic est donc pour moi un fait bien démontré, et je n'y insisterai pas. Mais on a dit que l'emploi de l'arsenic était surtout avantageux dans les villages ; or, à mon avis, c'est là surtout qu'il serait dangereux. Le médecin de campagne ne visitant souvent son malade qu'à plusieurs jours d'intervalle, est obligé de lui laisser une provision de médicaments suffisante pour attendre son retour. On sait en outre comment les paysans en usent avec les remèdes qui leur sont prescrits : ils croient souvent bien faire en prenant en une seule fois ce qu'on leur a dit de prendre en plusieurs jours. On ne saurait donc, sans danger, mettre une certaine dose d'arsenic entre leurs mains.

M. Bonnafont. Dans les villages où les fièvres intermittentes sont endémiques, tous les paysans ont chez eux du sulfate de quinine en paquets ou en pilules, et se l'administrent sans l'ordonnance du médecin. Quant à l'arsenic, son usage a certainement des dangers. Comment se fait-il, d'ailleurs, qu'un médicament éprouvé, dit-on, par tant d'années de succès, n'ait pas encore pu s'impatroniser chez nous ?

M. Bénet. Par suite de l'esprit de routine. Comment se fait-il aussi que la morelle soit signalée comme dangereuse, tandis que sous aucun climat, développée au soleil ou à l'ombre, elle n'a de qualités nuisibles, qu'elle est très bonne à manger en salade, que j'en ai mangé moi-même et fait manger à un de nos collègues ?

— *M. Chailly*. J'ai été appelé ce matin par un jeune confrère pour un accouchement double qui a présenté des difficultés particulières. Le toucher faisait sentir une tête en position occipito-iliaque gauche postérieure ; mais cette tête restait depuis douze heures sur le plancher du bassin sans avancer : on ne s'expliquait pas pourquoi elle ne franchissait point le détroit supérieur. J'introduisis la main, et je crus sentir, à côté de la tête, une autre partie. Néanmoins le diagnostic était obscur. Je pratiquai l'auscultation et j'entendis, dans des points différents, deux bruits de cœur parfaitement distincts et non isochrones entre eux. J'annonçai alors l'existence d'une grossesse double. Jugeant qu'il fallait intervenir pour terminer l'accouchement, j'appliquai le forceps et amenai le premier enfant ; le second vint ensuite sans difficulté. En cherchant à me rendre compte de l'obstacle qui s'opposait à la progression de la tête du premier enfant, j'ai pensé que celle du second s'interposait entre elle et le bord du bassin, et faisait ainsi, mais en sens inverse, l'office de la corde à nœuds qu'on emploie quelquefois pour retirer un bouchon du goulot d'une bouteille. J'ai trouvé une nouvelle démonstration de ce fait en le rapprochant d'un cas analogue où j'avais pu bien apprécier la cause des difficultés.

M. Géry rappelle un fait semblable que M. Capuron racontait dans ses cours.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 12 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 145. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 11 DÉCEMBRE 1844.

DES ASSOCIATIONS MÉDICALES DE PRÉVOYANCE ; CE QU'ELLES SONT ; CE QU'ELLES POURRAIENT ÊTRE.

(Deuxième article.)

Revenons, en quelques mots, sur les opinions déjà exposées par M. le professeur Ribes, et à la défense desquelles nous avons déjà nous-même consacré plusieurs articles. — Réunissez-vous, associez-vous, avons-nous dit souvent à nos confrères; c'est le seul moyen de donner force, puissance et valeur à des récriminations qui resteront stériles tant qu'elles seront isolées. On voit que, loin d'être hostile au principe de l'association, nous le croyons le seul propre à produire des résultats utiles. Seulement, à l'association, nous voulons un but, et celui que se sont proposé jusqu'ici les diverses associations médicales connues, ne nous paraît, comme à l'honorable professeur de Montpellier, qu'un palliatif insignifiant sous le point de vue matériel, qu'une sorte d'usurpation peu digne sous le point de vue moral. Avec M. Ribes, nous disons: Tâchez de rendre les sociétés de secours inutiles, et pour cela profitez de vos réunions pour préparer les esprits à un ordre de choses différent de celui qui existe. Au lieu de vous rendre les auxiliaires de la police et du parquet, rôle indigne de la haute et sainte mission du médecin ; au lieu de consumer vos efforts à la recherche et à la poursuite des méfaits et des illégalités dont vous avez à souffrir et à vous plaindre; faites que ces choses ne puissent plus exister, et tournez toutes vos armes contre le fléau dévorant et immoral qui détruit l'honorabilité de notre profession, contre la concurrence sans limites. Voilà, en effet, la plaie vive qui nous ronge; là est la cause, la source, l'origine de toutes nos souffrances. La concurrence, ce n'est pas la liberté, c'est l'anarchie, c'est l'inégalité de travail devant l'égalité d'activité; c'est la disproportion énorme des honoraires, en dehors souvent de toute disproportion de mérite; c'est, d'un côté, l'opulence orgueilleuse et insolente; de l'autre, la misère imméritée et ses angoisses; c'est surtout un encouragement forcé à tous ces actes déshonorants de charlatanisme de haut ou de bas étage qui se montrent de plus en plus dans tous les degrés de notre hiérarchie médicale.

Les associations médicales, selon M. Ribes et selon nous-même, n'ont pas cherché, dans leur institution, à remonter à la cause du mal; elles n'ont pas tenté la cure radicale, mais simplement palliative ; et en face d'une maladie, complexe il est vrai, c'est à la médecine des symptômes qu'elles ont demandé leurs indications thérapeutiques. D'ailleurs, leurs moyens n'ont pas toujours été puisés dans les principes d'une équité parfaite. Ainsi, M. Ribes voudrait, et nous trouvons ce vœu fort légitime, que dans les associations de secours, les charges fussent proportionnelles aux positions diverses des médecins. N'est-il pas inique, par exemple, que le médecin qui suffit à peine à l'entretien de sa maison et de sa famille, soit imposé par la caisse de bienfaisance au même taux que les confrères à qui l'exercice de la même profession donne 40, 50 et même 100 mille francs par an?

Nous ne résistons pas au plaisir de citer encore le passage suivant du travail de M. Ribes, dont les idées nobles et élevées seront certainement sympathiques à nos lecteurs.

« Les associations médicales, disent les programmes que nous avons sous les yeux, auront pour effet d'établir entre les médecins des rapports de bienveillance, de resserrer les liens de confraternité, d'augmenter l'estime que leur doit la Société, de leur donner peut-être les vertus publiques qui leur manquent, enfin, de rendre encore une fois l'exercice de l'art de guérir une espèce de sacerdoce. — Voilà des mots sonores qui n'expriment rien de bien positif pour les hommes mêmes qui les prononcent. Dans l'état actuel, et tant que les associations ne sont que des coalitions, l'union n'est qu'apparente ou passagère ; elle cesse, dès que les intérêts purement matériels qui l'ont établie sont froissés, ou tant que l'on n'envisage la médecine que comme une industrie. Nous avons sur l'indépendance et la liberté des idées trop absolues; la liberté de l'un nuit maintenant à la liberté de l'autre; nos intérêts sont exclusifs; l'ambition n'est qu'individuelle, on s'isole et l'on court au lucre en renversant tout ce qui fait obstacle, ou sans tenir compte des besoins et des droits d'autrui. Chacun ne veut relever que de soi-même; aussi tout jugement porté par une association médicale, pour être bon, devra froisser des intérêts particuliers. Dès lors les jugements deviendront des sources de haine irréconciliable. — Il n'y a d'amélioration possible, je le répète, qu'en remontant à l'éducation morale; elle est la source d'où doivent découler des principes moins exclusifs, et une vie moins empreinte d'hostilité. Quand nous comprendrons que nos libertés doivent être mises d'accord les unes avec les autres, que nos intérêts doivent s'allier aux intérêts de tous, que notre fonction ne saurait être indépendante de la fonction d'autrui, que nous devons ne nous considérer que comme les éléments d'un système général, le corps médical sera bien près d'être reconstitué et de fonctionner avec harmonie. »

Il n'est que trop vrai que, tout en parlant beaucoup de l'association et de la fécondité de son principe, nos mœurs actuelles ou plutôt nos institutions en rendent l'application fort difficile, si ce n'est impossible. Qui dit association, ne dit pas seulement apport égal ou proportionnel soit d'argent, soit de zèle et de capacité, mais encore aussi abnégation proportionnelle d'un intérêt individuel en faveur de l'intérêt de tous. Où trouver aujourd'hui dans l'état d'individualisme profond et radical où vit le corps médical, où trouver cette abnégation d'un intérêt quelconque soit de l'ordre matériel, soit de l'ordre scientifique? Les hommes de cœur et de dévouement font les premiers pas, mais bientôt découragés par l'indifférence ou par l'égoïsme du plus grand nombre, ils rentrent dans l'impuissance de leur individualité.

Ce que devraient faire les associations médicales, ce à quoi les convie M. Ribes, c'est de se bien pénétrer du sens que ce mot association renferme. « Toute vie normale, dit-il, ne se traduit pas seulement par des faits de l'ordre matériel. Une organisation quelconque, pour mériter ce nom, doit remonter plus haut. La détermination des rapports affectifs des médecins entre eux et des médecins avec les malades ou la société, voilà quel doit être son point de départ. Que les associations médicales enseignent de quelle nature sont ces rapports, et quelle est la destination ou le but fonctionnel complet de celui qui prend le titre de médecin, alors tous les médecins comprendront ce que doit être un corps médical, et désireront de faire corps, comme les gens d'église, comme les magistrats, comme les agents d'une bonne administration. »

Abordant enfin la partie pratique de son travail, M. Ribes formule en ces termes le programme dont il voudrait que s'occupassent les associations médicales et à la réalisation duquel elles devraient, selon lui, consacrer toute leur influence et leurs moyens d'action :

« L'on se demandera si, par exemple, pour l'organisation de l'éducation et de la pratique médicale, on ne pourrait pas puiser des renseignements utiles dans les principes qui servent de fondement à celle de l'Ecole polytechnique et des écoles d'application qui en sont l'extension? Ces institutions ne produisent qu'un nombre de fonctionnaires proportionné aux besoins des services auxquels on les destine. Chacun de ces fonctionnaires a droit à une place rétribuée par l'Etat, et il la prend. Ce n'est pas tout, il est appelé successivement dans la spécialité dont il fait partie à occuper un rang de plus en plus élevé, par ses travaux et son mérite. — Et après le travail, le repos et la pension de retraite. — Je conclus que pour donner aux médecins l'autorité et la considération qu'ils doivent avoir, pour assurer leur bien-être, tout le secret consiste à en faire des fonctionnaires publics. »

Ce n'est pas la première fois, on le sait, que des vœux semblables ont été exprimés. Ils présentent de prime-abord à l'esprit quelque chose de simple, de net et de précis qui plaît et qui attire. Mais en y regardant de plus près et plus attentivement, que d'obstacles, que de difficultés, que de périls dans une réforme aussi radicale ! nous n'avons pas ici toute la li-

FEUILLETON.

DE LA PESTE;

PAR M. HAMONT. (Deuxième partie.)

(Suite et fin du n° 139.)

En l'an 1000, la peste existe dans quelques départements de la France, reparaît en 1127, puis en 1137.

Plus tard, en 1348, nouvelle irruption; la peste franchit les Alpes, se répand dans toute la France, et va ravager l'Allemagne.

Le peuple l'attribue à des vapeurs de feu, à des insectes venimeux, invisibles, à des serpentaux dont l'air est infesté.

Dans quelques localités, le peuple s'en prend aux hommes; il accuse les Juifs du mal qui les afflige, et dans la plus complète ignorance des choses, il les massacre impitoyablement.

Dans un espace de 1000 ans à peu près, depui 686 jusqu'en 1665, l'Angleterre est envahie vingt fois par la peste.

La peste reparaît en France en 1623, 1624, 1626 et 1666, puis en 1720.

L'Italie, l'Espagne, le Portugal, ont vu leurs populations se décimer.

La Russie, malgré la rigueur de son climat, n'a pas été plus épargnée que la France, l'Angleterre ou l'Allemagne.

En 1770, la peste est à Moscou; elle avait ravagé la Valachie et la Moldavie en 1769.

La Pologne, en 1771, fut également envahie, et perdit des milliers d'hommes.

L'épidémie du quatorzième siècle a été l'une des plus meurtrières qui aient paru sur le globe; elle désola toute l'Europe.

Ces calamités, qui un moment ont semblé menacer l'espèce humaine d'une destruction totale, sont-elles venues d'Orient, où se sont-elles formées dans les localités qu'elles ont affligées?

L'une et l'autre de ces circonstances ont pu exister; car il n'a pas toujours été possible d'expliquer l'importation du mal.

Ceci m'amène, comme vous le voyez, à traiter la question de transmissibilité de la peste, à examiner quels peuvent être les préservatifs, en attendant que la civilisation ait donnée à l'homme les moyens de conservation, qu'il ne rencontre pas en dehors de cette condition.

Je procède le flambeau de l'expérience à la main.

Je me place au Caire; une épidémie de peste y règne. J'examine ce qui s'y passe; voici ce que je trouve :

Quand une épidémie n'est encore qu'à son début, beaucoup d'indigènes levantins, Grecs et Arméniens, s'arment d'une longue baguette, et tout en vaquant à leurs affaires, ils se préservent de tout contact avec les hommes et les choses. Mais quand le nombre des morts augmente, qu'il annonce dans l'épidémie une marche ascendante, tous ces hommes et leurs familles s'isolent complétement du reste de la population en se renfermant dans leurs maisons, où ils font quarantaine rigoureuse pendant tout le temps que durera la peste.

Les aliments, les étoffes, les papiers, tout ce dont on peut avoir besoin passe au parfum où à l'eau, rien n'arrive sans avoir subi les exigences d'une coutume très anciennement établie en Egypte.

Dans cet isolement, les habitants passent la majeure partie du temps sur les terrasses de leurs maisons dans la plus grande sécurité. Quel que soit le chiffre des morts, ils ne conçoivent aucun doute sur l'efficacité des moyens qu'ils ont adoptés.

Les Européens ont accepté cet usage, et s'en trouvent bien.

Nier les avantages de l'isolement, de la quarantaine, dans le lieu même où s'est montrée la peste, ce serait récuser un fait qui a pour lui la sanction du temps, ce serait absurde.

Mais tous les médecins n'expliquent pas ce fait de la même manière; il en est qui disent : les familles qui se mettent en quarantaine, sont des familles riches, elles habitent des maisons spacieuses, *très aérées*; leurs aliments sont de bonne nature, c'est à cela qu'elles doivent de se préserver du fléau régnant.

A cela je réponds : Si un grand volume d'air est nécessaire, si des appartements bien ventilés sont des conditions de succès, j'infère de là que le siége de la peste n'est pas dans l'air atmosphérique et qu'il faut accorder aux miasmes provenant des hommes, une influence qu'on leur refuse.

J'ajoute : En Egypte les élèves du gouvernement sont aussi mis en quarantaine dès l'annonce d'une affection pestilentielle, et toujours l'emploi de cette mesure a été généralement suivi de succès. Or, ces élèves, d'origine égyptienne pour la plupart, n'ont pas l'aisance, les divertissements, une nourriture aussi copieuse, aussi recherchée que celle des familles dont j'ai parlé.

Toutefois, il est avéré que des cas de peste se sont manifestés dans des maisons en quarantaine ; mais les exemples qu'on rapporte sont en très petit nombre, ce sont de très rares exceptions dont on pourrait peut-être expliquer la cause.

Je vais tâcher de me frayer un chemin à travers les sentiers tortueux où nous ont engagés des discussions récentes sur la contagion ou la non contagion de la peste.

Sans embrasser aucune opinion, je consulte l'expérience. Voyons ce qu'elle répond :

Si l'on met des pestiférés dans une chambre, si on les accumule dans les divisions d'un hôpital, ceux qui les soignent peuvent contracter la peste.

Si au, contraire, on emporte les pestiférés au loin, si on les dissémine sous des tentes ouvertes, dans le désert, les hommes qui les traitent, qui les soignent, paraissent être à l'abri de toute atteinte.

Cette dernière expérience, nous l'avons faite, en 1835, à Abouzabel. Les médecins de cet hôpital et moi nous avons traité les pestiférés qu'au préalable on avait placés sous des tentes dans le désert. Sur une table, en plein vent, nous avons ouvert les cadavres ; aucun de nous n'a pris la peste, tandis que dans les hôpitaux du Caire, des infirmiers, des pharmaciens et des médecins en sont morts.

Quelle indication tirer de là ?

Que la peste n'est pas contagieuse? Mais si elle peut se communiquer dans des chambres, que conclure ?

Que c'est là de l'infection et non pas de la contagion.

Recherchons où, en définitive, nous conduira cette distinction, mais pour nous éclairer, attachons-nous strictement à l'observation des faits.

Je n'ai pas cru nécessaire de reproduire ici ce qui a été dit pour ou contre la contagion, de rappeler les expériences qui ont été pratiquées en Egypte, à Smyrne, à Constantinople et ailleurs, pour démontrer le caractère virulent du mal pestilentiel.

Je crois qu'en général, on donne à ces essais trop d'importance.

S'ils avaient été faits loin des villes où régnait la peste, ils seraient d'un très grand poids dans la balance ; mais on ne peut raisonnablement tirer de conclusions d'une expérience faite précisément dans un foyer épidémique : car ce que vous attribuez à l'inoculation, je pourrai fort bien, et avec autant de raison, l'attribuer à l'infection, à la cause générale qui pèse sur la localité.

Partisans de la contagion ou partisans de l'infection, personne ne peut contester que la peste n'ait passé d'Orient en Occident. Celle de 1720 nous est venue par un navire marchand qui communiqua la maladie à des gens du lazaret de Marseille.

Permettez-moi, à propos de ce bâtiment, de vous rapporter une anecdote que peu de personnes, je crois, connaissent.

Le capitaine Châtaud, commandant du navire en question, était parti de Seyda en Syrie, le 31 janvier 1720, avec *patente nette;* il arriva à la vue du château d'If après avoir perdu six hommes dans sa traversée.

On raconte que vers ce temps-là, le vice-roi de Sardaigne fit un rêve pénible où il lui sembla que la peste s'était introduite dans son pays et y faisait d'affreux ravages.

Précisément à son réveil, on lui annonça qu'un bâtiment de commerce sollicitait l'entrée du port; il refusa sans hésiter.

berté nécessaire pour traiter un sujet qui touche nécessairement à des questions de principes philosophiques et politiques qu'il nous est défendu d'aborder. M. Ribes, habitué à envisager de haut, et sous le point de vue le plus philosophique, tous les sujets qu'il traite, a bien compris sans doute que toutes les questions de réforme se lient étroitement les unes aux autres, et probablement a-t-il sous-entendu que la réforme médicale qu'il demande devrait être précédée ou accompagnée d'autres réformes aussi urgentes dans les nombreux rouages de l'économie sociale. Dans un autre ordre de choses et selon nous meilleur, les désirs de M. Ribes seraient peut-être légitimes; dans l'état actuel de la société, le médecin fonctionnaire public ne serait qu'un aliment de plus jeté aux passions, aux intrigues et aux corruptions qui s'agitent sur une autre scène et envers d'autres hommes.

Nous n'en reconnaissons pas moins que le travail de M. Ribes n'est pas l'œuvre d'un esprit vulgaire; les idées en sont élevées, le but honorable, les moyens honnêtes. S'il nous était permis de supposer, ce que rien ne nous autorise à faire, que ce n'est pas là une pensée isolée, mais une sorte de transpiration des idées et des vœux de l'école célèbre à laquelle appartient M. Ribes, ce travail aurait une grande signification, et il nous serait permis de comparer cet état de choses de Montpellier, à l'état de langueur, d'indifférence et d'abandon dont l'école de Paris témoigne à l'égard de toute réforme médicale.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Pleuropneumonie. — Considérations pratiques.

Deux malades sont entrés tout dernièrement dans les salles de la clinique affectés de pneumonie, l'un couché au n° 15 de la salle Sainte-Agnès, l'autre au n° 14. Nous allons succinctement présenter les détails de ces deux cas, puis nous nous livrerons à quelques considérations générales, en nous efforçant de les ramener toujours au point de vue de la pratique.

— Le premier malade que nous avons vu hier pour la première fois, est un homme de quarante ans, autrefois raffineur, et habitant la province. Depuis quelque temps manquant d'ouvrage, il est venu à Paris, où il s'est mis à servir les maçons. Il y a quelques jours, il a été obligé de travailler dans une fosse d'aisance. Cependant il affirme qu'il n'a pas eu froid. Mais vous remarquerez qu'il passait d'une température habituellement très élevée et à laquelle il était accoutumé, à un lieu froid et humide. Il était donc dans des conditions très défavorables, et cette circonstance peut n'être pas sans influence à nos yeux sur la production de la maladie actuelle. Depuis son arrivée à Paris il n'a pas été bien portant, et a toujours été sujet à une diarrhée considérable. Le 11 novembre dernier il éprouva de la toux, un peu de malaise, qui augmenta dans la soirée et le lendemain. Le 13, il fut obligé de renoncer à son travail; il fut pris de frissons avec chaleur et sueur. Il n'éprouva point ce froid intense qui marque souvent le début de la maladie, et qui constitue un phénomène tranché. Nous ferons observer ici que le froid dont nous parlons, et que l'on a désigné sous le nom de froid initial, se manifeste presque toujours dès le début de la maladie, tandis que le point de côté ne se montre que plus tard, et même assez souvent manque complétement. La diarrhée continuait toujours.

Le même jour il éprouva de la céphalalgie, et une douleur qui se fit sentir au niveau de la dernière fausse-côte droite, lieu d'élection de la douleur pneumonique. Quelquefois elle se fait sentir plus bas encore, au-dessous du rebord des côtes; si bien que souvent on serait disposé à croire à l'existence d'une maladie de l'abdomen. On pourrait presque dire que dans les cas de ce genre la douleur s'est trompée de place. Elle n'indique donc pas toujours le siége exact de la maladie. La pneumonie n'est pas la seule affection qui soit dans ce cas. Dans les affections calculeuses de la vessie, ce n'est pas dans la vessie même, c'est au bout du gland que les malades ressentent la douleur. L'enfant qui a une angine intense accuse pour siége de la douleur un point du cou inférieur au niveau des amygdales. Ainsi, nous le répétons, la douleur n'indique pas dans les affections de poitrine le siége du mal lui-même; elle n'indique que le côté malade. Ainsi donc, le 13, douleur dans la poitrine, frisson, respiration gênée, toux violente.

Le 16, il entre à l'hôpital, et voici ce que constate M. Guéneau de Mussy, chef de clinique :

Toux assez forte, crachats transparents, abondants, légèrement jaunâtres, non caractéristiques. L'examen de la poitrine ne fit reconnaître aucun signe qui indiquât le lieu où existait la maladie. Ce fut le 18 novembre pour la première fois que nous pûmes constater les caractères propres à la pneumonie.

Le 18, en effet, quelques crachats jaunâtres, dont la teinte peu marquée à la lumière artificielle n'était franchement appréciable qu'à la lumière du jour. La couleur jaune et la couleur verte sont aussi significatives dans le diagnostic de la pneumonie que la couleur rouge. Des expériences récentes faites en Allemagne ont prouvé de la façon la plus évidente que des quantités diverses de sang mélangées au mucus, donnent aux crachats une coloration jaune, verte ou rouge. C'est le mélange intime des éléments du sang avec le mucus qui constitue le caractère des crachats pneumoniques. Ce n'est pas la même chose que les stries ou taches de sang mélangé, mais non combiné, que l'on rencontre dans certains crachats. Nous avons dit qu'il y avait de la douleur. Il fallait par un examen attentif à l'aide de l'auscultation et de la percussion, déterminer le siége de la maladie, si elle se trahissait par des caractères appréciables.

C'est toujours par le côté sain, disons le en passant, que l'on doit commencer l'examen de la poitrine, et voici pour quelles raisons. D'abord le côté sain est celui qui doit servir de type, et c'est là un des premiers motifs qui doivent conduire à explorer le premier côté que l'on suppose n'être le siége d'aucune altération; d'après la résonnance et la respiration normales, vous pourrez mieux apprécier les lésions que vous rencontrerez dans le côté opposé. Une autre raison encore, et qui n'est pas moins importante, c'est que souvent dans ce côté que l'on présume sain, il arrivera que vous rencontrerez les signes d'une phlegmasie péripneumonique; tandis que si vous commencez votre examen par le côté malade, une fois découverts les signes de la maladie dans le point où ils sont le plus marqués, il pourra arriver que vous négligiez d'examiner le côté opposé, et alors vous ignorerez l'existence d'une pneumonie double, plus faible d'un côté que de l'autre, mais qui n'en constituera pas moins une indication extrêmement importante pour le traitement, et une circonstance grave pour le pronostic. Lorsque vous commencez au contraire votre examen par le côté sain ou supposé sain, vous n'oublierez jamais, quel que soit l'état de cette partie du poumon, d'examiner celui que vous savez ou que vous présumez être le plus gravement affecté. En règle générale, on doit donc commencer l'exploration par le côté qui n'est pas le siége de la douleur.

Nous avons donc commencé par explorer la moitié gauche de la poitrine. Le malade était placé de telle sorte qu'aucune circonstance extérieure n'apportait autant que possible de modification dans le murmure vésiculaire. Nous avons fait asseoir le malade hors de ce creux produit au milieu du lit par le décubitus prolongé. Nous avons agi ainsi, parce que le sujet, lorsqu'on ne lui fait pas prendre une position franche, contracte ses muscles, ce qui gêne pour l'exploration. Les deux bras doivent être étendus en avant parallèlement et dans une attitude exactement semblable. Il faut que la chemise ne soit pas tendue sur le corps du malade, comme le font certaines personnes pour éviter les plis. Lorsque la toile de la chemise est ainsi tendue, pendant l'opération, il se produit un bruit de frottement qui peut en imposer pour un frottement pleurétique. Nous avons trouvé partout à gauche en avant et en arrière le murmure vésiculaire normal. Le côté droit n'a rien présenté non plus d'abord; ce n'est qu'au niveau de la fosse sus-épineuse et dans la région axillaire droite que nous sommes parvenu à constater l'existence du souffle bronchique. Le lendemain, la fosse sus-épineuse était seule le siége du souffle, qui ne s'étendait plus, comme pendant le premier examen, jusque dans le creux de l'aisselle. Au sommet de la poitrine, respiration sèche, quelques bulles de râle crépitant, retentissement de la voix.

Quelles sont les altérations auxquelles on pourrait rattacher ces phénomènes? Ils pourraient, il est vrai, dépendre d'un épanchement pleurétique; mais un épanchement de sérosité n'irait pas se faire dans le lieu que nous venons d'indiquer. Il était naturel de penser qu'il y avait là une altération du poumon. L'épanchement pleurétique ne pouvait se présenter à l'esprit. Il n'y avait pas de maladie chronique. Lorsqu'il y a des tubercules, ils ne forment pas des masses assez compactes pour donner lieu à un souffle bronchique, surtout quand il n'y a pas de craquements bronchiques. Leur présence affaiblirait le murmure respiratoire, mais la respiration ne serait pas sèche et rude comme elle l'est dans le cas actuel. De plus, l'acuité de la maladie doit nous faire rejeter toute idée d'une affection tuberculeuse. Nous ne voulons pas prétendre qu'il n'y en ait pas quelques-uns disséminés dans le parenchyme du poumon, mais nous ne pouvons croire qu'ils constituent toute l'affection. Tels sont les phénomènes locaux que présente notre malade.

Les phénomènes généraux ont été et sont encore assez intenses. Le 18, au matin, le pouls était à 124. Le 19, le lendemain, il était déjà tombé à 103. La gêne de la respiration était assez grande. La diarrhée continuait abondante. Nous avons fait faire quatre saignées. L'âge du malade, 40 ans, une assez forte constitution, nous ont fait concevoir l'espérance que quatre émissions sanguines n'affaibliraient pas trop notre malade, et l'événement a justifié notre prévision. La troisième avait produit une amélioration bien notable, mais n'avait pas tout terminé. La quatrième a fait justice des derniers phénomènes qui persistaient encore. La pneumonie, en général, réclame la saignée, qui constitue sa principale médication, et ceci pour deux raisons : d'abord parce que c'est une inflammation; ensuite parce que la saignée est le seul moyen qui soit en notre pouvoir de faire reposer le poumon en diminuant la quantité de sang qui doit le traverser dans un temps donné, et par conséquent en diminuant d'autant le travail de l'organe malade.

Nous avons dû d'autant plus agir de cette manière, que nous ne pouvions, vu la diarrhée continuelle qu'il présentait, diriger aucun révulsif sur le tube digestif. La diarrhée à laquelle le sujet est en proie depuis quinze jours est une complication fâcheuse que nous devons chercher à calmer. Aussi avons-nous prescrit une assez forte dose d'opium, dans le but

---

On revint à la charge, en demandant que le navire fût au moins reçu dans le lazaret.

Le vice-roi, encore ému des angoisses de la nuit, s'y opposa avec véhémence, et menaça de faire tirer sur le navire s'il ne s'éloignait à l'instant.

Toute la ville de Cagliari taxa ce procédé de caprice, de folie; mais l'etonnement fut très grand quand on apprit que le bâtiment repoussé était celui du capitaine Châtaud, qui avait ensuite porté la peste à Marseille.

La singularité de ce fait et les pressentiments du vice-roi parurent assez remarquables pour qu'on les consignât dans les registres de la ville, où chacun peut en lire le récit.

J'aborde les points capitaux du procès.

En 1741, un bâtiment vient d'Alger à Marseille; il a la peste, et la donne à un garde de santé, qui en meurt. — Premier fait.

En 1784, un bâtiment passe de Maroc à Marseille; il a la peste à bord, et la communique à quatre gardes de santé qui en meurent. — Deuxième fait.

Eu 1817, un bâtiment arrive de Tunis à Marseille; il a la peste, et la donne à un garde de santé qui en meurt. — Troisième fait.

En 1818, un navire marchand se rend de Durazzo à Venise; il porte avec lui la peste, et la communique à trois gardes de santé qui en meurent. — Quatrième fait.

En 1826, un bâtiment va de Retimo à Gênes; il a la peste. Décès d'un garde de santé. — Cinquième fait.

En 1821, un navire parti d'Alexandrie débarque à Malte; il donne la peste à un garde de santé, qui en meurt. — Sixième fait.

Ces citations suffisent; je n'en ferai pas d'autres.

Voilà l'importation bien établie. Prenons part aux débats qu'elle a suscités.

Un médecin consciencieux dont j'estime fort le savoir, M. Aubert-Roche, déclare que des bâtiments peuvent, en effet, transporter la peste, mais par des foyers d'infection dont les bâtiments sont le siége ou les porteurs.

Que des recherches faites sur une période de cent vingt-quatre ans, lui ont prouvé que tout bâtiment arrivé sain au lazareth était resté sain.

Que si des attaques avaient eu lieu à leur arrivage, c'est que d'autres attaques s'étaient manifestées chemin faisant.

Dans cette période de cent vingt-quatre ans, soixante-quatre cas de peste se seraient déclarés en route, et sur ces soixante-quatre faits, vingt-six se seraient continués après l'arrivée.

En lisant ce résumé, une réflexion se présente tout d'abord.

Un bâtiment est infecté, d'accord; mais d'où vient l'infection? M. Auber-Roche répond : De l'air dont le bâtiment s'est rempli au lieu du départ; des effets, des marchandises qu'il contient. Que M. Aubert-Roche me permette de lui adresser cette question : Le bâtiment dont vous parlez stationne, par exemple, dans les eaux d'Alexandrie, à quelque distance de la ville; pouvez-vous, en conscience, admettre que l'air ventilé, renouvelé cinquante fois par jour, puisse vraiment constituer un foyer d'infection?

Et en route, cet air n'a-t-il pas été chassé par un air meilleur, celui de la mer?

S'il n'en est pas ainsi, je vous oppose vos propres observations, et je dis : Puisque même dans un port l'air peut être pestiféré, il est évident que là où règne la peste les gens riches devraient se trouver fort mal à l'aise dans des appartements *très aérés*, et pourtant vous avez reconnu que le contraire avait lieu.

De ses recherches, M. Aubert-Roche a déduit des corollaires qui servent de base à ses plans de réformes.

Je prie M. Aubert-Roche de me dire, si au milieu du vague, du désordre qui existent dans le service des établissements sanitaires, il est possible d'obtenir des données positives sur des questions aussi graves?

Dans les lazarets, et M. Aubert-Roche ne nous contredira pas sur ce point, tout se fait sur l'inspiration du moment, au caprice des administrateurs, dans les intérêts de la localité.

Veut-on augmenter la durée des quarantaines, on épouvante les populations, et les registres reçoivent tout ce qu'il plaît aux administrateurs d'y consigner.

On pourra bien constater qu'un employé est mort dans un lazaret, mais on ne peut raisonnablement soutenir que la peste ne s'y est jamais introduite que parce que des employés seraient montés à bord des navires lors de leur arrivée et parce que des cas de peste auraient éclaté à bord.

Mais M. Aubert-Roche nous fournit lui-même des faits à l'appui de cette opinion.

« On ne peut pas, écrit-il, s'en rapporter au dire du capitaine sur » la question de savoir s'il y a eu ou non des décès en route.

» Des patentes signalent un nombre donné de morts; il y en a plus, » il y en a moins. Je connais, ajoute-t-il les usages des comités d'A» lexandrie; si par hasard l'intendant de la santé ne signe pas, le se» crétaire signe pour lui. »

Si les choses se passent ainsi de nos jours, n'ont-elles pu se passer de même dans la période de cent vingt-quatre ans dont s'étaie M. Aubert?

Il est permis de le croire.

Un navire vient à Malte; un batelier de la ville se met en communication ou avec les hommes ou avec les choses de ce bâtiment; il est atteint de la peste et en meurt. Jugez de ce qui arrive. Le gouvernement français demande des renseignements précis sur ce fait. On les lui donne.

M. Aubert-Roche conteste l'exactitude de ces renseignements, écrit de son côté et obtient une version différente.

Le batelier pourtant n'en est pas moins mort de peste. — Est-ce le gouvernement qui a été trompé, est-ce M. Aubert?

Puisque de pareilles variantes s'offrent de notre temps, il n'est pas douteux qu'elles ont existé avant nous.

Puisque des navires transportent avec eux la peste, que faut-il faire? Conserver nos lazarets. — A quelles conditions? Un résumé de nos discussions l'indiquera.

La peste peut demeurer huit jours pleins à l'état d'incubation, voilà qui est bien constaté.

Des faits annonceraient une période plus longue, de 10, de 12, de 13 et de 16 jours.

Le *Lycurgue*, bateau à vapeur français, arrive à Malte le 14 juillet 1742. Le 27, un passager est indisposé; le 30, il meurt. — La maladie est déclarée suspecte. — Voilà un cas douteux.

Le mabruk *Giorgino* vient à Malte le 8 juillet. Seize jours après son arrivée, un matelot meurt de peste. On a dit à cela que *peut-être* il y avait eu des cas de peste à bord pendant la traversée.

Peu importe. — A côté d'un fait précis et de faits douteux, que convient-il de faire? — Agir avec prudence.

Comme l'incubation peut durer huit jours, si un bâtiment arrive sain à Malte, à Naples, à Livourne après quatre, cinq et six jours de traversée, faudra-t il, ainsi que le demande M. Aubert-Roche, l'admettre en libre pratique après vingt-quatre heures d'observation? M. Aubert-Roche lui-même répond que non. Car, fait-il observer, « je ne » dis pas qu'un individu *débarqué* n'aura pas la peste puisqu'elle » peut exister chez lui à l'état d'incubation. » Nous n'en demandons pas davantage.

Si donc nous n'abandonnons qu'après vingt-quatre heures d'observation passagers et marchandises; si ces passagers et ces marchandises entrent et restent dans de petites chambres, basses, humides des quartiers sales de Naples, de Livourne, de Malte ou de Marseille, au moment où l'incubation finira, la peste éclatera et se répandra de nouveau dans le monde.

Il convient donc que les hommes et les choses d'un bâtiment soient déposés dans un lieu spécial, que vous appellerez comme vous voudrez, mais que vous ferez spacieux, très aéré, bien ventilé, pour que les émanations dangereuses soient emportées et ne puissent former de foyer d'infection.

Toute quarantaine à bord me semble nuisible, puisque les hommes et les marchandises s'y trouvent amoncelés, et peut-être dans un milieu déjà empoisonné.

de ralentir et de diminuer les évacuations alvines. Il y a des cas, et ils sont nombreux, où nous cherchons à provoquer un peu d'irritation du côté du tube digestif. L'afflux qui en est la suite sur cet appareil occasionne une diversion utile et favorable au poumon. Ici, et pour les raisons que nous avons dites, nous avons dû faire l'inverse de ce que nous faisons d'habitude. Plus que personne, nous employons ordinairement les révulsifs sur le tube digestif, dans le traitement de la pneumonie. Cette diversion n'est pas douloureuse, et n'augmente pas le mouvement fébrile, tandis que les vésicatoires d'une grande dimension, lorsqu'ils sont appliqués trop tôt, augmentent la fièvre ; ces topiques ont encore le désavantage de produire une douleur très-vive. Nous avons donc fait administrer à notre malade une potion contenant cinq centigrammes d'extrait gommeux d'opium pour modérer, et tâcher d'arrêter la diarrhée. L'opium a un autre avantage : la douleur de côté n'avait pas encore cédé quand nous l'avons mis en usage. Sa persistance mérite toujours d'être prise en considération. « *Ubi dolor, ibi fluxus* » est une vérité sur laquelle on ne saurait trop insister. Une fois que la douleur prédomine sur les autres symptômes, a dit un auteur célèbre, elle indique une congestion. L'opium, nous l'espérions, devait calmer la douleur. Une fois le premier mouvement inflammatoire et la plus grande période d'acuité de la maladie passés, nous avons fait appliquer un vésicatoire sur le point malade. Lorsque les symptômes inflammatoires ne sont pas très forts, la réaction n'est pas très considérable à la suite du vésicatoire.

Nous vous disions à l'instant que la douleur que l'on observe chez les pneumoniques n'indique pas toujours le point précis occupé par l'inflammation ; nous vous avons cité des cas où le contraire même avait lieu : lorsque tout l'organe est envahi par l'inflammation, il y a dans ce fait quelque chose de moins extraordinaire. Tout l'organe étant malade, la douleur ne peut exister partout ; on a cherché à expliquer de différentes manières pourquoi la douleur est toujours plus vive dans un point que dans un autre. On a cru que c'était le frottement de certaines parties de la plèvre. Mais alors, la douleur devrait être plus forte dans un point et diminuer ensuite en rayonnant à mesure que l'on s'éloigne de ce point où elle est plus intense. Or, c'est ce qui ne se remarque pas. La douleur est bornée à un point déterminé. Les parties voisines en sont tout à fait exemptes. Ce qui serait plus difficile à expliquer, c'est comment il se fait que, chez notre malade, la pneumonie occupant un des points les plus élevés de la partie postérieure du poumon, tandis que la douleur était bornée à un point inférieur de la base, en avant. La valeur de la douleur pleurétique ou pleuro pneumonique est toujours chose importante. Mais pour l'explication, nous devons y renoncer. Il en est malheureusement ainsi de beaucoup d'explications en médecine.

Relativement à la percussion, nous n'avons pas trouvé une grande différence entre les deux côtés du thorax. Lorsque l'on percute dans un point où une couche considérable de liquide est épanchée entre les parois thoraciques et le parenchyme pulmonaire, la matité est toujours très marquée. Mais lorsqu'il y a une grande épaisseur de tissus entre la cavité pleurale et le doigt qui percute, même lorsque la lésion est très marquée, il arrive souvent que les différences de résonnance ne peuvent point être sensiblement appréciées. Autant les phénomènes sont évidents là où les parties molles sont minces, autant ils sont obscurs et insignifiants là où il y a des couches épaisses musculeuses ou graisseuses.

Ainsi, pneumonie caractérisée par les crachats les plus pathognomoniques et les plus significatifs, au septième jour de l'invasion ; respiration bronchique, et bronchophonie parfaitement constatée dans un point où il ne peut y avoir d'épanchement pleurétique, voilà des symptômes de la plus grande certitude et qui ne pouvaient laisser aucun doute à l'esprit. La pneumonie était limitée, circonscrite, et semblait être insuffisante pour rendre compte de l'état fébrile et de la fréquence du pouls.

Le 19 novembre, jour où nous avons noté une amélioration sensible, et où nous prescrivîmes la quatrième saignée, si nous nous en étions rapporté au malade jugeant d'après ses sensations, nous aurions pu croire qu'il était dans un état pire, tandis qu'au contraire le pouls était descendu de 124 pulsations à 108. La sensation de malaise ne pouvait raisonnablement être attribuée à autre chose qu'à un plus grand degré d'affaiblissement du sujet. D'ailleurs, l'inflammation du parenchyme pulmonaire n'était point exactement limitée au point où nous pouvions constater l'existence du souffle. Tout ce qui ne constitue pas la surface du poumon nous échappe ; il est possible que la phlegmasie se propage dans la profondeur du parenchyme pulmonaire ; les phénomènes d'auscultation peuvent bien être produits et ne pas se faire entendre, dans les cas où l'auscultation et la percussion n'indiquent rien pour le diagnostic. Si les phénomènes n'apparaissent que dans un point limité, ils peuvent exister dans la profondeur de l'organe à un beaucoup plus haut degré qu'à la surface.

Dans le cas qui nous occupe, nul doute que la pneumonie n'ait été profonde, centrale, latente pendant les premiers jours ; en effet, notre chef de clinique n'avait pu constater aucun phénomène local au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, et lorsqu'ils ont apparu, ces phénomènes locaux n'étaient pas assez étendus pour rendre compte de l'intensité des symptômes généraux. Ainsi, malgré la circonscription des phénomènes, il est probable que l'affection s'étendait plus profondément. Au moment où nous vous avons fait examiner le sujet, la pneumonie était plus près du second que du premier degré ; mais nous pensons aussi, vu l'amélioration de l'état du pouls, que l'affection n'était point arrivée à ce point que les auteurs ont décrit sous le nom d'hépatisation grise.

Relativement au pronostic, nous serons bref, nous réservant d'y revenir plus amplement en traitant de la pneumonie en général. Notre malade n'est pas dans un âge où tous les malades guérissent presque infailliblement. La considération de l'âge est un fait de la plus haute importance. Cela est si vrai que nous avons eu près de soixante sujets au-dessous de vingt ans à traiter, et que nous n'en avons perdu que deux ; et encore avaient-ils tous deux une pneumonie double ; c'est pendant une convalescence d'autant plus pénible que leur constitution était faible et détériorée, qu'ils éprouvèrent une rechute à laquelle ils succombèrent. Hors ces conditions tout à fait exceptionnelles, nous n'avons pas vu périr de malades entre quinze et vingt ans. Notre malade a quarante ans ; il ne forme donc pas exception à la règle générale sous ce rapport. Si à une certaine époque de la vie, la guérison est presque toujours sûre, c'est-à-dire dans la période de l'adolescence, à une époque avancée de la vie, au delà de soixante-dix ans, par exemple, la mort est la règle, et la guérison l'exception excessivement rare. Presque jamais au-dessus de cet âge, nous n'avons vu survivre plus d'un quart des malades affectés de pneumonie.

Pour nous résumer, de quinze à vingt ans, guérison presque infaillible, mort excessivement rare ; à une époque très avancée de la vie, mort très fréquente, guérison rare. Dans l'âge moyen, entre ces deux extrêmes, les chances de guérison sont, d'après nos relevés et notre observation journalière, dix en faveur de la guérison contre une pour la mort. Il est bien entendu qu'il est des circonstances individuelles qui rendent le pronostic plus ou moins grave. On devra toujours tenir compte, et avec grand soin, des renseignements relatifs aux antécédents, si la maladie est primitive ou secondaire. Une pneumonie qui atteint un sujet qui a déjà été plusieurs fois affecté de maladies semblables est généralement moins grave et plus facile à guérir que celle qui atteint l'individu pour la première fois. Il semble que la pneumonie se développe plus facilement chez un malade qui en a déjà eu plusieurs, et qu'aussi elle soit moins grave. D'après ce que nous venons de dire, nous avons été conduit à regarder, pour le malade dont nous parlons, le pronostic comme grave, mais non comme désespéré, et nous avons pensé que les chances favorables étaient les plus nombreuses.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

FAITS PRATIQUES DE DIAGNOSTIC.

Diminution rapide de la rate sous l'influence de l'ingestion du sulfate de quinine.

Examinant plusieurs malades des salles St-Raphaël et Ste-Geneviève, M. Piorry commence par les interroger sous le point de vue des signes physiologiques et fonctionnels, et s'attache ensuite à faire voir que cette investigation, quelque minutieuse et quelque attentive qu'elle soit, laisse presque toujours dans l'esprit de l'observateur des doutes extrêmes sur le caractère de la maladie et sur les indications thérapeutiques.

Dans un cas qui vient d'être observé (salle Sainte-Geneviève), la malade tousse depuis deux mois. Les signes fonctionnels ne déterminent en rien, s'il s'agit d'une bronchite et d'une pneumonie, d'une pleurite ou de tubercules pulmonaires.

Or, tout d'abord que la stéthoscopie ou que la plessimétrie sont pratiquées, il devient évident qu'il s'agit de l'obstruction des bronches par des crachats, et d'une dilatation des vésicules pulmonaires derrière ce rétrécissement.

Ailleurs, une femme souffre de l'utérus ; c'est tout ce que les symptômes fonctionnels apprennent, et le toucher démontre l'existence d'une rétroversion qui cause les accidents.

— Dans la salle St-Raphaël, un homme est atteint de variole. Sans l'inspection des pustules, les symptômes auraient-ils appris à quelle affection l'on avait affaire ?

Plus loin, la malade éprouve à peine quelques frissons sans sueurs et un violent mal de tête ; on aurait pu croire à une encéphalie ; mais voici qu'on examine la rate : on lui trouve 12 centimètres de haut en bas ; elle est donc hypertrophiée ! On interroge mieux ; on apprend que les frissons reviennent périodiquement le soir de chaque jour ; donc il s'agit ici d'une fièvre intermittente, et on donne le sulfate de quinine qui guérira.

C'est ainsi que dans la plupart des maladies, l'examen physique des organes convenablement pratiqué devient la source d'un diagnostic exact, et partant des indications.

C'est ce diagnostic anatomique qui constitue la véritable science du médecin. Ce diagnostic est la base de toute bonne pathogénie et de toute certitude en thérapeutique ; c'est lui qui, de nos jours, assure à la médecine française le raug honorable où elle s'est posée en Europe.

On ne saurait trop y insister ; et tout en ne négligeant pas les symptômes déduits des fonctions, M. Piorry veut s'attacher, dans sa clinique, à l'étude des moyens d'investigation

---

Une chose frappe l'esprit des voyageurs. Pourquoi, lorsqu'un bâtiment arrive avec patente nette d'un pays où il n'y a point d'épidémie de peste, le contraindre à faire quarantaine ? Cette réflexion, si elle paraît fondée au premier abord, cesse de l'être aux yeux de quiconque a vécu en Orient.

En Egypte il y a toujours de la peste ; à Alexandrie, fort souvent, est-il prudent, alors, de ne pas mettre en observation un bâtiment dont peut-être les passagers auraient communiqué avec des pestiférés, quoique ce bâtiment exhibe patente nette ?

Celui que conduisait en 1720 le capitaine Châlaud portait patente nette aussi, et cependant vous savez le mal qu'il a occasionné. Souvent une ville perd déjà beaucoup de monde de la peste, qu'on n'on continue pas moins de délivrer des patentes nettes, parce que les autorités consulaires sont trompées par les autorités locales.

De ces divers documents que nous a fournis la science, le gouvernement peut tirer des conclusions. S'il m'était permis d'émettre mon opinion, je dirais comme j'ai déjà dit : Tout bâtiment portant patente nette ou brute arrivé sain, sera soumis à une quantaine de quinze jours, voyage compris.

Les marchandises subiront toujours quatre jours de quarantaine et plus.

Tout bâtiment qui aura eu des attaques en mer, sera soumis à une quarantaine dont la durée sera fixée par l'intendance sanitaire.

Cette mesure rendrait peut-être à notre commerce l'avantage que lui enlève l'Angleterre, circonstance fâcheuse dont M. Aubert-Roche a si bien et si énergiquement signalé la haute portée.

Cette tâche remplie, Messieurs, votre mission vous impose encore d'autres devoirs.

Quel qu'ait été, quel que soit l'état sanitaire de l'Europe, il est constant que la peste n'y paraît pas aujourd'hui spontanément sous forme épidémique.

L'Egypte est certainement le foyer principal, l'unique foyer, peut-être, de la peste. Constantinople a cessé de la voir depuis 1839. La Syrie est trop salubre par elle-même pour qu'elle y prenne naissance. Et parce qu'une province de l'Egypte est devenue le réceptacle de tout ce qu'il y a d'insalubre, faudra-t-il donc que toujours nous soyons menacés de la peste, et condamnés à conserver ces prisons nommées lazarets ? C'est là un tribut honteux que la civilisation paye à la barbarie. S'il vous est donné, Messieurs, d'agrandir la sphère de nos connaissances médicales, il vous est réservé aussi d'éclairer les peuples sur les maux qui les affligent, et surtout de leur en signaler les causes. Pénétré de cette grande vérité, un pays voisin du nôtre, l'Angleterre, vient de créer une commission composée de hautes capacités médicales, pour rechercher sur une grande échelle les causes des maladies et les moyens de les prévenir.

Chaque siècle a sa question ; celle du nôtre, c'est la question d'Orient.

Le moment est opportun, Messieurs, l'Europe demande, dans l'intérêt de tous, le percement de l'isthme de Suez ; mais cette entreprise gigantesque par les résultats, qui peut assurer de la voir conduite à bonne fin sans l'assainissement du Delta ? L'Europe ne doit-elle pas craindre que ces groupes d'ouvriers, ces milliers d'hommes qu'elle emploiera ne soient enlevés par la peste, comme la peste a enlevé trente mille fellahs dans ce canal qui va du Nil à Alexandrie ? Demandez, vous aussi, dans l'intérêt du monde, l'assainissement du Delta ? Ce rôle vous appartient, Messieurs, nul autre ne peut le revendiquer ; il vous appartient, et comme médecins et comme hommes civilisés. Appelez sur ce fait très grave l'attention des gouvernants de l'Europe, les peuples vous béniront.

Et s'il arrivait que votre voix ne fût point écoutée, vous trouverez une consolation dans l'application de cette maxime bien connue :

Fais ce que dois, advienne que pourra.

Hamont.

NOUVELLES.

La pétition des agrégés dont nous avons parlé dans notre avant-dernier numéro, a été soumise au Conseil royal de l'instruction publique, avec les modifications proposées par la commission, et appuyées par la Faculté tout entière. M. Orfila, dit-on, espère pouvoir en obtenir l'adoption ; c'est dans les arrêtés relatifs à l'établissement des Ecoles de santé que l'on croit trouver une latitude suffisante pour établir les examens supplémentaires des élèves sans avoir recours à une nouvelle loi.

Constantinople. — M. le docteur Rigler, professeur de médecine théorique au Lycée de Salzbourg, et l'un des collaborateurs des *Annales d'Oculistique*, a reçu de S. M. l'Empereur d'Autriche l'autorisation de rester encore pendant une année au service de la Turquie. Le sultan vient de l'élever au grade de médecin en chef de sa garde, et lui a décerné en même temps la décoration du Nischam Iftigar.

Free town (Colonie de Sierra-Leone). — Les cas d'ophthalmie deviennent de plus en plus nombreux dans la malheureuse colonie de Sierra-Leone ; les nègres qui arrivent sont pour la plupart atteints d'ophthalmie contagieuse, et si l'on ne porte remède au mal, déjà bien grand, on aura ici d'immenses calamités à déplorer. Rien n'est affreux comme certains débarquements de nègres, tous en proie à des ophthalmies qu'ils importent d'Afrique, et que l'entassement à bord des navires augmente et rend au plus haut point contagieuses. Ces ophthalmies ont absolument les mêmes caractères, les mêmes symptômes que celles qui règnent en Egypte et ont été importées en Europe par les troupes françaises et anglaises. — Sierra-Leone manque malheureusement de médecins qui soient en état de traiter convenablement ces affections ; la thérapeutique employée est le plus souvent inefficace.

— On écrit de Rudolstadt, dans la principauté de Schwazburg (5 août) : « Il vient d'être publié dans notre journal officiel un tarif pour les visites des médecins, chirurgiens, etc. Les honoraires sont calculés d'après la fortune des patients, élevés pour les riches, modérés pour les citoyens peu aisés. Une particularité que présente cette ordonnance, c'est qu'il est stipulé, *comme devoir*, que les médecins, etc., devront traiter gratuitement les pauvres reconnus tels, et tous ceux qui ne peuvent se procurer des moyens d'existence. (*Med. Centr.-Zeit.*)

Statistique de la folie en Angleterre. — Parmi les documents mis sous les yeux du parlement, durant le cours de la dernière session, il en est un qui fut présenté par le lord chancelier, et qui renferme, sur la statistique de l'aliénation chez nos voisins d'outre-Manche, quelques détails dignes d'être relevés.

L'Angleterre et le pays de Galles renferment 166 établissements destinés à recevoir les aliénés ; 136 d'entre eux sont établis, entretenus par des particuliers ; Londres et ses faubourgs en possèdent 37. Le nombre des malheureux privés de raison et habitant ces tristes asiles vient, pour la première fois, d'être constaté officiellement ; il est de :

4,072 pensionnaires,	(2,161 hommes,	1,911 femmes.)
16,820 indigents dans les hospices,	(7,701 »	9,120 »
20,802 aliénés.	(9,862 »	11,031 »

La population de l'Angleterre et du pays de Galles s'élève, d'après le dernier recensement, à 16,480,082 habitants, 8,053,644 hommes, 8,426,438 femmes.

Il en résulte sur la population totale, un aliéné sur 824 habitants.

Et quant au sexe : 122 aliénés sur 100,000 hommes.
131 aliénées sur 100,000 femmes.

En France, d'après les publications officielles, il existait dans les hospices et établissements particuliers, 11,786 aliénés à la fin de 1835, et 14,173, à la fin de 1841.

Ce chiffre équivaut à 43 aliénés sur 100,000 habitants, en 1835, et 38 en 1841.

Les tableaux de l'administration française ne classent point les aliénés selon les sexes.

Dans les deux pays, il est en outre des aliénés qui restent dans leur famille ; il n'y a aucun moyen de déterminer le nombre de ces insensés, mais il ne saurait être bien considérable.

qui font apprécier matériellemeut l'état des solides et des liquides.

Mais, ajoute M. Piorry, celte étude est longue et pénible; l'art de palper de perculer, d'ausculter, est difficile; il ne s'improvise pas.

Ce n'est pas en suivant pendant peu de jours une clinique qu'on l'apprend; et si l'on croyait obtenir des résullats certains par les moyens modernes d'investigation, sans avoir assez appris à s'y livrer, on s'abuserait étrangement; on courrait même un bien autre risque, ce serait d'embrouiller des questions scientifiques résolues, et de mettre partout le doute à la place de l'évidence.

Ceci nous conduit à parler de quelques expériences qui viennent d'être faites bier, 2 décembre, sur l'état de la rate dans diverses circonstances.

Un médecin distingué, M. Gouraud, a publié dans le dernier numéro du Journal des Connaissances médico-chirurgicales, une lettre adressée à M. Piorry (1), et dans laquelle l'auteur ayant reconnu un changement dans la sonorité de la région splénique à la suite de l'emploi du sulfate de quinine, a obtenu le même fait après l'administration de l'acide sulfurique en dissolution ou de tout autre liquide. D'ailleurs, ce médecin admet comme un fait incontestable le décroissement de la rate par suite de l'action du sulfate de quinine. Seulement il émet des doutes sur la promptitude de cette diminution.

Le 2 novembre 1844, deux malades atteints l'un et l'autre d'hyperthophie splénique, furent couchés sur le côté droit du corps.

On constata autant qne possible le caractère et le degré de la matité splénique, puis on circonscrivit minutieusement les dimensions de la rate, ce qui heureusement était très facile sur ces deux personnes.

MM. Bidault, Bigourdan, Labourdette, Saunois, Baudouin, Soudan, prirent part à l'expérience et vérifièrent les limites snr lesquelles tous les assistants tombèrent d'accord. Après quelques minutes, on trouva que la matité splénique était moins prononcée. Ce fait était facile à concevoir, puisque les gaz contenus dans le tube digestif situé derrière la rate, se portent nécessairement vers les parties les plus élevées, tandis que les liquides tombent vers les parties déclives (2); mais la limitation, la circonscription qu'on venait de faire de la rate, ne changèrent pas le moins du monde; seulement cet organe, faisant, par rapport aux viscères situés derrière lui, l'office d'un plessimètre, était un peu plus sonore dans l'étendue de l'espace auquel il correspondait.

On fit prendre alors les mêmes proportions d'acide sulfurique étendu d'eau, que l'on ajoute d'ordinaire au sulfate de quinine pour le rendre soluble, et on ausculta l'estomac.

On entendit le glou-glou de la descente du liquide (3); mais on n'entendit rien qui ressemblât au bouillonnement produit par le dégagement du gaz dans un liquide; l'eau simple produisit le même bruit. On mesura alors la rate après une minute, et de cinquante secondes en cinquantes secondes, cette mesure fut renouvelée, et cela jusqu'à la vingtième minute. Or, la limitation et la circonscription de l'organe splénique ne varièrent en aucune façon.

Les huit personnes présentes furent entièrement d'accord sur ce sujet. Un quart d'heure après, la mesure était exactement la même.

On administra alors au premier malade un gramme de sulfate acide de quinine; et dans un temps très court (en moins de quarante secondes), la diminution de la rate commença à se manifester. Vers la deuxième minute, le décroissement était porté à deux centimètres, et dans les cinq minutes suivantes, il devint encore beaucoup plus considérable. Dès le lendemain, une nouvelle dose de sulfate de quinine étant administrée, la rate avait repris ses dimensions normales, et les frissons, ainsi que les accidents fébriles, cessèrent entièrement depuis cette époque.

Chez le second malade, les choses se passèrent exactement de la même façon que chez le premier; mais avec cette différence, que le 2 novembre l'on s'était borné à prescrire le sulfate de quinine, et cela après avoir bien constaté que la circonscription de la rate, un quart d'heure après avoir administré des boissons acides ou autres, n'avait pas varié.

Or, le 5 novembre on revit ce malade, et M. Piorry reconnut à l'organe splénique la même dimension qu'avant la prescription. Il en conclut que le sulfate de quinine n'avait pas été pris. Bientôt le fait fut constaté, et le médicament n'avait pas été donné. Alors il fut ingéré à la dose d'un gramme, et la diminution de la figure dessinée autour de la rate fut aussi prompte que dans le cas précédent.

De tels faits n'auraient pas besoin de commentaires; toutefois, ce point scientifique étant de la plus haute importance, nous y reviendrons dans un second article, qui sera extrait, comme celui-ci, de la même clinique.

(1) Nous publierons l'analyse de cette lettre dans le prochain numéro.

(2) C'est sur ce fait, connu depuis longtemps par M. Piorry, qu'it se foude pour donner des caractères fixes à la présence, sois des liquides, soit des gaz dans le péritoine, ou dans telle ou telle partie de l'intestin.

(3) M. Piorry a proposé depuis trois ans ce moyen pour juger de l'abord des liquides dans l'œsophage, et par conséquent dans l'estomac. (La publication du cinquième volume du Traité de médecine, qui vient de paraître, en donne la preuve. *Voyez* aussi la thèse de M. Chrestien dans le dernier concours de chirurgie, dans laquelle M. Vergne a publié un fait relstif à l'auscultation du tube digestif.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sésnce du 10 décembre. — Présidence de M. FERRUS.

MM. Manec et *Longet* écrivent pour annoncer leur candidature à la place vacante.

M. le président annonce que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain à une heure.

Sur la réclamation de plusieurs membres, il est décidé que la séance n'aura lieu qu'à deux heures.

L'Académie se forme aussitôt en comité secret.

Traitement du rachitis par l'huile de foie de morue. — Depuis le commencement de l'année, il est entré dans le service de M. Trousseau un certain nombre d'enfants atteints de rachitis. Chez quelques-uns, la mollesse des os était si grande, que l'on pouvait aisément faire ployer les fémurs et les avant-bras. Le plus grand nombre des enfants atteints de rachitis ont présenté, outre la mollesse des os, une ampliation notable de la tête, avec persistance anormale du développement extraordinaire des fontanelles. En même temps on remarquait que l'évolution dentaire était singulièrement retardée. Plusieurs avaient les dents branlantes ou gâtées prématurément.

Pour M. Trousseau, qui a consigné ces résultats dans le Journal de médecine, l'huile de foie de morue peut presque tenir lieu de tout traitement; et ses effets sont quelquefois tellement rapides, que dans quelques cas on ne peut y croire. Il a vu dans son service un jeune enfant de vingt mois, dans le dernier degré du rachitis, toujours couché ou assis sur une chaise à traverse antérieure, ne pouvant faire un mouvement sans témoigner une vive douleur. Après dix jours de traitement il avait cessé de souffrir; son échine s'était redressée; il essayait de marcher. Cinq jours plus tard il marchait en se tenant aux chaises, et il avait presque recouvré sa gaieté. Chez le plus grand nombre des enfants, il y a de l'amendement au bout de huit ou dix jours de traitement, si toutefois l'huile est prise en suffisante quantité et tolérée par l'estomac. Il est rare qu'après deux semaines de traitement on ne puisse constater un grand progrès. Enfin, chez presque tous, les os sont consolidés, et quelquefois même redressés, après un mois et tout au plus six semaines de traitement.

L'huile de foie de morue se donne ordinairement incorporée à du sirop ou à des confitures, pour les enfauts de un à deux ans; et le rachitis s'observe rarement plus tôt que cela; la dose est de 1 à 10 grammes par jour; jamais M. Trousseau ne dépasse cette dose; il l'augmente s'il a à traiter des enfants plus avancés dans la vie.

L'alimentation occupe un rang très important dans le traitement du rachitis. M. Trousseau partage à cet égard les opinions de M. Guérin, qui prescrit rigoureusement la diète lactée et l'abstinence de viande. Dans son hôpital, et dans sa clientèle, M. Trousseau a complétement adopté cette pratique, dont il retire de grands avantages.

Du reste, jamais ou presque jamais M. Trousseau n'emploie les moyens orthopédiques. Le plus souvent les incurvations des membres diminuent naturellement, en même temps que les forces se rétablissent. Dans quelques cas rares, et pendsnt quelques jours seulement, M. Trousseau fait porter aux enfants un bandage capable de maintenir une articulation dans de meilleurs rapports; mais dès que les forces sont suffisantes, il s'en remet à la nature du soin de réparer des déviations qui, le plus ordinairement, s'atténuent au point de ne pas causer de gêne. Il lui a semblé que les appareils orthopédiques, par leur poids, par la pression qu'ils exercent sur les muscles et sur les os, étaient un obstacle à la restitution des forces et à la réparation des parties.

Correspondance.

Quelques réflexions sur le cas d'hydrencéphalocèle présenté à l'Académie de médecine.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la première discussion à laquelle a donné lieu la présentation d'un enfant porteur d'une difformité congénitale à la région de l'occiput, M. Velpeau a dit que ce cas était peut-être analogue à ceux que j'ai signalés et traités dans un mémoire sur la cure du *spina-bifida*, inséré dans la Gazette Medicale le 31 juillet 1841. Je suis assurément très flatté qu'un aussi éminent collègue ait bien voulu appeler l'attention sur mon travail, qui est loin encore d'avoir porté les fruits que j'ose en attendre, dans l'intérêt de l'art et de l'humanité; mais je ne puis accepter l'analogie entre les faits, et encore moins le procédé opératoire qui a été mis en usage. C'est donc afin qu'on ne rende pas la méthode curative que j'ai proposée responsable de l'insuccès qui vient de retentir d'une manière si fâcheuse, que je vous prie de m'accorder une petite place dans votre Journal, afin de bien établir, tant que la question est encore palpitante, les principes auxquels je crois essentiel de se conformer à ce sujet.

Les principales conclusions du travail que je viens de rappeler, et auquel a fait allusion le professeur Velpeau, portent: « *Qu'il y a des cas* de spina-bifida susceptibles d'une guérison radicale. — Que, quoique les limites de l'incurabilité ne soient pas encore bien déterminées, on peut, dès à présent, avancer qu'un enfant né avec un spina-bifida dont l'ouverture de communication avec le rachis ne dépasse pss un pouce de diamètre, doit être soumis à une opération qui aura pour but d'intercepter le cours du liquide au debors du canal, et de favoriser le rapprochement et l'ossification des apophyses épineuses. — Que de tous les moyens déjà tentés avec des succès divers et en définitive à peu près nuls, la *suture entortillée*, après avoir pratiqué l'*ablation* de la tumeur, est le plus sûr, pourvu qu'on opère avec les précautions indiquées à l'occasion des faits cités dans le mémoire, etc... »

Mais le cas pathologique présenté à l'Académie ne pouvait entrer dans la catégorie de ceux qui sont précisés ci-dessus, puisqu'on n'a pu apprécier ni sa nature, ni l'étendue de la lésion. Cependant je ne suis pas de ceux qui condamnent d'une manière absolue toute entreprise opératoire dans des circonstances analogues: seulement, et c'est là principalement que je voulais en venir, je crois que la ligature préalable ne peut être que funeste et propre à enlever le peu de chances de réussite qu'il est permis d'espérer en pareille occurrence. N'est-il pas, en effet, plus que probable, du moment où l'on suppose une portion de substance cérébrale dans la tumeur, qu'en étreignant la base de cette tumeur par un lien circulaire, on l'imprimera, on broiera cette substance médullaire? Et n'y aurait-il dans la composition du pédicule que des membranes et des filets nerveux, la constriction est horriblement douloureuse; et s'il importe en chirurgie de pratiquer lestement une opération, c'est à coup sûr chez les enfants qui offrent peu de résistance à la douleur.

Or, c'est précisément pour démontrer les inconvénients de la ligature et motiver la proscription de ce moyen que j'ai cité le premier fait de ce mémoire. La ligature, en effet, n'est qu'une précaution puérile, quand elle n'est pas dangereuse; elle complique toujours les manœuvres qu'il est extrêmement important de simplifier et de hâter. L'ablation hardie et rapide de la tumeur, puis la suture entortillée légèrement modifiée, ont été suffisantes pour obtenir les deux succès que j'ai rapportés; à plus forte raison, un pareil résultat est réservé à des mains plus habiles qui suivront le même procédé.

Agréez, etc.

DUBOURG, D.-M.-P.,
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

Marmande (Lot-et-Garonne), le 18 novembre 1844.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 146. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 13 DÉCEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Il se fait dans ce moment un cours destiné à ajouter au lustre de l'enseignement de l'Ecole de Paris. Nous voulons parler des leçons de Pathologie générale de M. Andral. Il est impossible de voir ensemble plus d'abondance et plus d'ordre, plus d'aperçus nouveaux et plus de réserve.

Il faut juger M. Andral sur lui-même et non sur certaines personnes qui, prétendant à l'honneur de marcher sur ses traces, faute de portée, transforment en doute absolu le doute philosophique du maître. Pour ces arides cerveaux la preuve n'existe qu'à la condition de la mesure et de la balance. Hostiles à tout effort producteur, ce qui est le propre de l'impuissance, ils affectent un dédain superbe pour toutes les conceptions de l'esprit. Ils ne savent pas qu'il y a deux sortes de faits; les faits antérieurs, ceux qui servent de base à la théorie, et les faits ultérieurs, ceux qui en naissent. Tristes adeptes, ils marchent la tête baissée derrière les faits et ne les devancent, ne les provoquent jamais. A leurs yeux, Newton, se fondant sur la force réfringente du diamant pour affirmer qu'il doit contenir un principe combustible, Newton manquerait de rigueur scientifique et serait un rêveur.

M. Andral ne dédaigne pas les conjectures, les *idées;* il s'y abandonne volontiers au contraire; seulement il met un soin particulier à distinguer l'hypothèse de la réalité. Il a des vues dont il se sert pour ouvrir à l'observation des routes nouvelles. Mais jamais, quelles que soient les séductions de l'*à priori*, il ne se laisse aller par une pente facile jusqu'à lui attribuer la valeur d'une démonstration.

Voici, maintenant, en quoi le cours de M. Andral se rattache à notre *Revue clinique.* Dans sa leçon sur les *hydropisies*, le professeur a rapporté ces collections à quatre ordre de causes: 1° obstacles au retour du sang veineux au cœur; 2° altérations de la composition du sang; 3° suppression des exhalations cutanée et pulmonaire; 4° certains arrêts de développement, tels que celui d'où résulte l'hydrocéphale. Il n'admet pas que l'hydropisie, c'est-à-dire une *collection de la simple sérosité du sang*, puisse résulter d'un travail inflammatoire. S'il y a eu inflammation, le liquide n'est plus de la sérosité pure et contient de la fibrine. Par cela même, M. Andral n'admet pas que l'ascite puisse se rattacher directement à une inflammation de l'intestin. Or, la prétention de l'école physiologique a été d'expliquer un certain nombre ou même un grand nombre d'ascites par l'irritation propagée de la muqueuse à la séreuse intestinale. C'est aux médecins qui exercent en Afrique, où l'on voit souvent l'ascite coïncider avec la dysenterie chronique, que nous en appelons pour la solution de cette question intéressante. Seulement ils devront être très attentifs à l'état du foie, dont les affections se lient, dans les pays chauds, à celles de la partie inférieure du tube digestif, tandis que, dans les climats tempérés, c'est la partie supérieure de ce tube qui provoque plutôt la sympathie hépatique. Si le foie était malade en même temps qu'il existerait des ulcères dans le gros intestin, l'ascite supposée devrait être rapportée à l'état de la glande biliaire.

Pour ce qui touche les hydropysies dues au trouble de l'exhalation cutanée, un fait nouveau et de la plus haute importance est apparu à M. Andral, la présence de l'albumine dans les urines d'un individu qui était devenu ascitique à la suite d'un refroidissement subit. Il a trouvé aussi de l'albumine dans les urines de personnes qui avaient été affectées d'anasarque pendant la convalescence de la scarlatine. On voit à quelle conclusion on serait conduit par ces faits. L'hydropisie ne serait pas le résultat d'une répercussion de la matière de l'exhalation cutanée; elle aurait son principe dans une altération du sang manifestée par celle des urines.

Il faudrait rechercher quel est l'état des urines dans l'œdème des nouveau-nés. Peut-être aussi serait-on amené à quelque découverte en analysant l'urine sécrétée durant la période algide des accès de fièvre intermittente.

M. Andral, en s'occupant du chiffre des globules du sang, a été conduit à se demander si la chaleur des climats équatoriaux influe sur leur proportion. Nous avons, dans les îles et en Afrique, des médecins qui pourraient nous éclairer sur ce point, et qui, en même temps, pourraient nous fournir des indications sur la composition du sang chez les hommes de couleur.

La presse a un double rôle; elle doit constater le progrès et le provoquer. D'ailleurs, nous avons éprouvé quelque satisfaction à rendre hommage, avec le désintéressement et l'autorité qui appartiennent à l'écrivain indépendant, à un savant chez qui le zèle et l'amour du devoir répondent à l'élévation de l'esprit et à l'étendue des connaissances. M. Andral prolonge d'une demi-heure chacune de ses leçons, et prouve ainsi qu'il n'y a pas pour lui de temps plus utilement employé que celui qui est consacré à l'avancement de la science et à l'instruction de la jeunesse.

— On vient de voir, dans le service de M. Velpeau, une série assez curieuse d'orchites.

C'est d'abord un vieillard de soixante-quinze ans, décrépit, qui porte une orchite du côté gauche offrant tous les caractères de l'orchite blennorrhagique. L'épididyme est tuméfié, dur, bosselé; il entoure le testicule, lui-même augmenté de volume. Il y a un écoulement de muco-pus par l'urètre. Jusque-là il serait difficile de se prononcer, malgré l'âge du malade qui semble devoir éloigner l'idée d'une gonorrhée. Voici ce qui fixe le diagnostic. Ce vieillard a été affecté d'un rétrécissement de l'urètre, pour lequel il a pris l'habitude de s'introduire des sondes. Son canal est libre; mais l'inflammation chronique dans le point rétréci persiste. C'est elle qui entretient l'écoulement, et c'est à elle qu'il faut attribuer l'inflammation testiculaire. D'ailleurs, il y a cinq ans, cet homme entra à l'hôpital pour le même accident.

Un autre cas assez singulier est celui d'un garçon d'une quinzaine d'années qui a été affecté d'une orchite bénigne à la suite de masturbation. Il n'y a rien de surprenant à ce que l'action d'un organe étant poussée à l'excès, cet organe arrive à l'inflammation.

Dans un troisième cas, l'orchite s'est développée dans les premiers temps de la convalescence d'une fièvre typhoïde, et l'on a pu y voir un effort critique analogue à celui qui se spécifie par le phlegmon parotidien.

Le testicule et l'épididyme du côté gauche avaient ensemble le volume d'un œuf de dinde; il est à noter que le testicule avait plus de part au gonflement que l'épididyme. Il n'y avait ni transparence, ni fluctuation. La douleur était vive à la moindre pression. On appliqua des cataplasmes. Les douleurs s'exaspérèrent et se propagèrent jusqu'au flanc. Le malade se plaignait amèrement. Bientôt la douleur se localisa à la partie supérieure du scrotum (du côté gauche, bien entendu), au dessous de la racine de la verge. Elle était pongitive, et devint pulsative. Un abcès se forma dans ce point, et on l'ouvrit. Il en sortit du pus louable, mêlé de stries de sang. Notons qu'il ne paraît pas s'être fait d'exhalation séreuse dans la vaginale. La maladie était une orchite, et non pas une hydrorchite.

Le quatrième cas dont nous avons à parler, est celui d'un jeune homme de vingt-neuf ans qui a été affecté d'une orchite du côté gauche à la suite d'une chute. Nous avons déjà expliqué, dans ce journal, comment à l'occasion d'un effort quelconque, y compris celui du vomissement, une inflammation peut s'emparer du testicule. C'est du cordon, serré par l'anneau externe au moment de l'effort, que la phlogose procède. Nous savons aussi que l'inflammation peut s'étendre dans la fosse iliaque.

Une ponction avec la lancette donna issue à une petite quantité de sérosité, et deux autres ponctions amenèrent du sang pur.

Si de pareils cas se répétaient avec ce caractère, il serait acquis que l'exhalation abondante de sérosité serait le propre de l'orchite blennorrhagique.

Mais c'est surtout au point de vue de l'étiologie de l'orchite que nous avons rapporté ces faits.

— Une femme du service de M. Velpeau, affectée d'abcès phlegmoneux de la fosse iliaque, suite de couche, a accusé, comme circonstance étiologique (la seule à laquelle on puisse remonter), un craquement très douloureux qu'elle ressentit dans la hanche au moment où elle passa du lit de misère dans son lit, après l'accouchement. On peut supposer soit la rupture de quelques fibres du psoas, soit, et c'est l'opinion vers laquelle incline M. Velpeau, la déchirure de quelques fibres ligamenteuses de l'articulation sacro-iliaque. On sait que les articulations subissent, dans les derniers temps de la grossesse, et par le fait de l'accouchement, des altérations qui les rapprochent singulièrement de l'état morbide. La sacro-coxalgie puerpérale est aujourd'hui parfaitement connue.

— Nous avons vu, il y a quelque temps, dans le même service, un exemple d'hydropisie du sinus maxillaire, coïncidant avec une déviation des dents. La tumeur avait déjà été opérée, et s'était reproduite. M. Velpeau a enlevé une assez grande étendue de la paroi antérieure du sinus, et le malade est sorti, l'affaissement des parois de la cavité ne pouvant s'opérer que lentement. Il restera là une fistule par laquelle l'humeur muqueuse s'écoulera.

— On peut voir encore dans le service de M. Velpeau un exemple de luxation ancienne du coude en avant, avec fracture de l'olécrane. On distingue très bien l'extrémité supérieure de cette apophyse, ainsi que la surface postérieure de l'extrémité humérale. Le malade n'est pas très empêché de son membre.

— Nous avons présenté, dans ce Journal, une nomenclature des tumeurs confondues jusqu'à ce jour sous le nom générique de *loupes*, et nous avons eu la satisfaction de voir plusieurs chirurgiens l'adopter. Il serait nécessaire de faire un travail semblable sur les tumeurs cutanées. En attendant, voici un exemple nouveau d'une tumeur érectile dégénérée. Elle siégait à la partie antérieure gauche de la poitrine, chez un jeune homme. Elle avait le volume d'une petite noix; des croûtes sales la recouvraient. Plusieurs fois elle s'était excoriée; une sanie ichoreuse s'en était écoulée. Elle gênait sans être douloureuse. Un pédicule sain la supportait. M. Velpeau l'a extirpée au moyen de deux incisions elliptiques. On a dû lier une artère. Le propre des tumeurs de ce genre est de développer alentour le réseau artériel. J.-L. Petit avait parfaitement vu cette circonstance. La tendance de ces tumeurs érectiles à dégénérer, et, si l'on peut parler ainsi, leur affinité avec le cancer est remarquable. Celle-ci, que nous avons eue entre les mains, offrait tous les caractères de l'encéphaloïde ramolli. Cette variété de cancer diffère du cancer primitif en ce qu'elle ne repullule pas, à moins qu'on n'ait trop attendu pour l'extirper.

— Nous avons vu, il y a quelque temps, dans un service spécial de l'hôpital Necker un rétrécissement de l'urètre déterminé par une tumeur indurée des corps caverneux qui avait été jusqu'à offrir le volume d'une noix. Au moment où nous avons examiné le malade, elle avait diminué de moitié sous l'influence de simples bougies maintenues dans l'urètre. Avant le traitement, la miction s'effectuait par gouttes. Le sujet avait eu plusieurs blennorrhagies.

— Quelques chirurgiens se servent de simples rondelles de diachylon au lieu de suture pour maintenir le lambeau dans la blépharoplastie: M. Bérard (Auguste) est de ce nombre. Il a opéré, il y a quelque temps, un individu affecté d'ectropion, suite de brûlure. Les cils de la paupière supérieure étaient confondus avec le sourcil. En d'autres termes, il n'y avait plus de paupière supérieure. Dans l'espace de huit jours la sensibilité s'était rétablie dans le lambeau. Il avait fallu lier les deux bouts de la temporale. M. Bérard insiste sur la nécessité de ménager un creux suffisant pour recevoir le lambeau, en taillant perpendiculairement le sourcil. On doit laisser le bandage longtemps en place.

— Nous avons vu plusieurs *zona* dans le service de M. Blache. Un surtout était très douloureux, chez une jeune fille bien constituée et sanguine. Parmi les moyens essayés dans ces derniers temps contre cette affection, se trouve l'emplâtre de *Vigo cum mercurio.* Dans les cas que nous avons observés, ce topique n'a pas sensiblement diminué les douleurs, seulement les vésicules ont blanchi et *mûri* plutôt que cela n'a lieu d'ordinaire. Une forte cautérisation avec la dissolution de nitrate d'argent serait, selon nous, préférable. Mais nous pensons que le zona se rattachant soit à un état gastro-hépatique, soit à une diathèse de stimulus, il y a lieu de seconder l'effort critique de la nature, en agissant modérément sur la constitution. M. Blache nous a fait part d'un cas de zona qui fut suivi d'une névralgie horriblement douloureuse dans le siége de l'éruption, névralgie qui résista à une foule de moyens et céda enfin à l'administration de douches de vapeur chaude.

— M. le professeur Piorry a obtenu dernièrement un résultat avantageux de l'hydrothérapie dans deux cas d'intoxication saturnine générale (nous avons promis de revenir avec détails sur cette affection, et nous nous mettons en mesure de tenir notre promesse). Les deux malades, dont l'un était un vieillard, ont été enveloppés de couvertures, et on leur a fait prendre une grande quantité d'eau. La sueur s'est déclarée, est devenue très abondante, et on doit supposer que les particules saturnines ont été éliminées par ce couloir. Des bains de vapeur ne produiraient ils pas le même effet? Constatons toujours une application rationnelle et heureuse de la méthode précitée.

— Nous sommes porté à penser que les expériences instituées dans ce moment par le même professeur pour démontrer les effets du sulfate de quinine sur la rate hypérémiée, confirmeront les résultats annoncés déjà. C'est certainement, abstraction faite de l'intérêt pathologique, un phénomène extrêmement curieux au point de vue de la physiologie, que cette diminution soudaine de la rate, si soudaine effectivement qu'elle est appréciable moins d'une minute après l'administration du médicament. Ce fait donne la mesure de la rapidité de l'absorption par les veines de l'estomac. Mais comment le sulfate de quinine exprime-t-il son action sur la rate si instantanément, lorsqu'il est avéré que si on attend jusqu'aux approches de l'accès d'une fièvre intermittente pour administrer le sulfate de quinine, celui-ci n'agit pas, de manière que l'accès revient? La difficulté ne nous paraît pas insurmontable. Nous concevons, en effet, que la pénétration du système nerveux central par le sulfate de quinine mêlé au sang soit plus lente, en raison de la distribution des vaisseaux dans la

masse nerveuse médullaire. La rate, au contraire, est largement ouverte au sang et à tous les agents auxquels il sert de véhicule.

— M. Lisfranc ne croit pas facilement au cancer. Avec cette incrédulité salutaire, il opère moins vite, et surtout il opère moins que d'autres chirurgiens. Il a cité, dans une de ses dernières leçons, le fait d'un de ses malades, entré à l'hôpital avec une induration et un rétrécissement du rectum. L'anus était ulcéré. Une matière ichoreuse s'écoulait de l'intestin. Des douleurs lancinantes se faisaient sentir. L'affection avait tous les caractères du cancer. L'iodure de potassium administré à l'intérieur, une mèche de plus en plus volumineuse introduite dans le rectum, les soins de propreté, ont amené un amendement notable. Le doigt porté dans l'intestin, n'en sort plus taché de sang. Il n'est pas dit que l'opération ne sera pas nécessaire; mais M. Lisfranc a bien raison de faire remarquer qu'en tout état de cause il l'aura rendue beaucoup plus facile. La pratique de ce chirurgien se distingue par cette circonscription du champ des opérations au moyen d'un traitement préliminaire propre à rétrécir la lésion, si l'on peut ainsi parler, quand il est impossible de la faire disparaître.

Croyez-vous, disait-il avec raison à ce sujet, que Desault ait guéri par la compression tous ces cancers du rectum dont il a cité les cas? Mais pourquoi donc ne guérirait-on pas de la même manière les cancers de la mamelle, par exemple? Desault a guéri des maladies du rectum qui offraient tous les caractères du cancer, mais qui n'étaient pas des cancers.

Dans l'hiver de 1829, entre dans mon service (nous laissons parler M. Lisfranc) un homme porteur d'un cancer du rectum; tout ce qu'il y a de plus confirmé en fait de cancer. L'hiver, on s'en souvient, était des plus rigoureux. Les verres restaient attachés à la table de nuit. L'opération me paraissait indispensable, et je ne la mettais même pas en question. Mais comment opérer au milieu de pareilles conditions météorologiques? Je diffère. J'emploie les moyens ordinaires, et le malade guérit. Ce cancer n'était donc pas un cancer!

Nous avons vu à la salle Saint-Louis (c'est toujours M. Lisfranc qui parle) un homme qui avait le rectum dans un état effroyable. Ceci n'est pas trop dire. L'intestin était comme en détritus. Le périnée, les fesses étaient indurées. Des fistules stercorales s'ouvraient jusqu'au dehors des ischions. Cancer! se serait-on écrié. On se serait trompé. Un traitement anti-syphilitique fit raison de cette altération, dont il y avait lieu de désespérer au premier coup d'œil.

— M. Lisfranc a dit de très bonnes choses sur l'amaurose. Il croit à l'efficacité de la pommade ammoniacale, et il a réhabilité M. Gondret devant ses élèves. Comme il n'y a rien à couper dans l'amaurose, les chirurgiens des hôpitaux la négligent, et il faut savoir gré à M. Lisfranc de faire exception à la règle. Il a cité le cas de plusieurs malades qui avaient dû être conduits à l'hôpital, leur vue étant très affaiblie ou même éteinte, et qui par l'effet du traitement révulsif sont sortis guéris. Un de ses malades actuels s'est bien trouvé aussi de cette méthode.

Nous renvoyons au prochain article quelques remarques très intéressantes de M. Lisfranc sur les polypes utérins.

— On a présenté à la Société anatomique des pièces ayant rapport à un fait assez remarquable, mais non sans exemple : la perforation de l'appendice cœcale par un noyau de matières fécales dures du volume et de la forme d'une olive. Il est assez singulier que le petit malade ait d'abord présenté de la diarrhée. L'appendice, dans le point en contact, a été détruit par gangrène. Une péritonite violente et promptement mortelle a suivi la perforation. Le petit noyau stercoral a été retrouvé dans l'abdomen; il s'adaptait parfaitement à l'appendice, dont le bout était intact.

—Nous venons de voir, à l'une des consultations chirurgicales des hôpitaux, un exemple de cette affection, que M. Velpeau décrit sous le nom d'*aï*, ou de crépitation douloureuse des tendons. Elle est spécifiée par un gonflement qui règne sur le côté radial de l'avant-bras inférieurement, le long des tendons des muscles du pouce, et qui s'accompagne d'une crépitation analogue à celle que donne la pression de la neige verglacée. La dénomination d'aï, sous laquelle elle est désignée dans certains pays, vient, selon toute vraisemblance, de l'exclamation arrachée au sujet par la violence qui produit la lésion, et qui consiste dans une distorsion du poignet. On a été embarrassé par la crépitation, qui est le signe caractéristique de cette affection, et il y a lieu de s'en étonner. En effet, la synoviale tendineuse n'est-elle pas analogue à une séreuse, et le propre de l'inflammation d'une séreuse n'est-il pas, d'une part, de diminuer ou même d'arrêter l'exhalation dans les premiers moments, et, d'autre part, de faire perdre à la membrane son poli! Etant données ces deux circonstances, la perte de poli et la sécheresse, rien de plus facile à comprendre que la crépitation. Le frottement pleural, le frottement péricardique, le frottement péritonéal, la crépitation propre à la poche synoviale pré-rotulienne enflammée, et celle qui nous occupe, sont un seul et même phénomène, à part le siège.

La *ténosynovit* (1) a quelque analogie avec l'arthrite. On voit, si la maladie se propage, la synoviale tendineuse subir une sorte de dégénérescence fongueuse qui se rapproche de celle des articulations. L'auteur de cet article en a observé un exemple qui le frappa extrêmement. Il s'agissait d'un tambour qui s'était tordu le poignet en arrachant une balle fichée dans le talus élevé derrière une cible. On lui appliqua des cataplasmes; la peau rougit, puis, mais très à la longue, s'ulcéra, et on vit que les parties avaient subi une espèce de dégénérescence fongueuse. On aurait dit la pulpe blanchâtre et dense que représente le bourbillon d'un furoncle non encore parvenu à sa maturité complète.

Cette inflammation requiert l'emploi des astringents et la compression. Nous n'avons pas vu de ténosynovites résister à ces moyens simples.

(1) Autre dénomination proposée, et avantageuse, ce nous semble.

— Il paraît y avoir encore des chirurgiens qui croient aux trois images de Sanson, ou plutôt de Purkinje, pour lequel M. Furnari a revendiqué cette invention. Nous avons fait des recherches sur ce point, et voici à quels résultats nous sommes parvenu. Si, dans une chambre obscure, on se met devant une glace, tenant d'une main une bougie que l'on place vis à vis l'un des yeux, on voit successivement se peindre sur la cornée une, deux, trois et même quatre flammes, par conséquent plus que le nécessaire. Si, maintenant, on fait l'expérience sur une autre personne, on voit d'abord, très distinctement une flamme, puis, avec quelque attention, une seconde plus petite et beaucoup moins nette; quant à la troisième, si nous en jugeons par ce qui nous est arrivé, nous doutons qu'on l'aperçoive jamais. De quelque rectitude d'esprit qu'un homme soit doué, il est sujet à erreur, et nous pouvons sans irrévérence accuser Sanson de s'être trompé. Il ne restera pas moins pour nous et pour les autres, un des chirurgiens les plus judicieux de ce temps-ci. Nous ne sommes pas le seul, d'ailleurs, à avoir reconnu que la triple image est proprement une illusion d'optique. Un chirurgien d'hôpital veut s'assurer de l'existence des trois images; on ferme les volets et on tire les rideaux. La bougie est allumée. Il ne manque que la troisième image, qui se refuse opiniâtrément au vœu de l'expérimentateur. On s'en prend au jour, que l'on n'a pu, dit-on, empêcher complètement d'entrer dans la salle, et on descend chercher la troisième image à la cour. On se met en position, et on examine. La voilà! s'écrie tout à coup l'expérimentateur. Il y avait effectivement quelque chose qui ressemblait à l'image demandée; mais l'un des assistants couvre la main du chirurgien. Aussitôt la troisième image disparaît, et il demeure prouvé qu'elle était le résultat de la réflexion d'une partie éclairée de la main. Nous pourrions citer le chirurgien et l'assistant, qui était un interne de service. Nous le demandons : quel praticien voudrait porter un diagnostic sur un pareil signe? Tout cela justifie bien un peu ce mot d'un chirurgien : Servons-nous de la pointe d'une aiguille pour opérer la cataracte; mais gardons-nous d'établir un diagnostic là-dessus.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Suite du discours d'ouverture. (Cinquième leçon.)

Des accidents consécutifs des opérations chirurgicales.

La troisième cause qui exerce une certaine influence sur la manifestation des hémorrhagies consécutives, est la manière de lier les vaisseaux qui ont été ouverts. On ne met jamais trop d'exactitude dans cette opération; on voit souvent des chirurgiens, d'ailleurs très habiles, y procéder avec une certaine indifférence et précipitation, qui effraie les véritables praticiens; ils omettent très souvent de porter des ligatures sur de petits vaisseaux, les croyant inutiles, et plus d'une fois ils ont le malheur d'avoir des hémorrhagies consécutives. Il est bien connu que certains petits vaisseaux, soit par vertu d'une contractilité propre, soit par une certaine astriction que le contact de l'air y produit, se resserrent au moment où ils sont coupés, mais le resserrement n'est qu'instantané bien souvent; et le sang, peu après reprenant pour ainsi dire son cours primitif, tend à sortir des vaisseaux mêmes, et des hémorrhagies plus ou moins abondantes surviennent. Ainsi il ne faut pas se hâter dans l'application des ligatures et les multiplier autant qu'il est nécessaire, si on veut sous ce rapport se garantir contre les hémorrhagies.

A cet égard, je vous dirai qu'à mon arrivée à l'Hôtel-Dieu comme successeur de Dupuytren, j'ai trouvé, entre autres, une habitude introduite par cet habile chirurgien, que je ne pus pas approuver. Certes, je suis bien loin de critiquer avec esprit de malveillance ce qu'a fait ce grand professeur. Outre que ce n'est pas dans mon caractère d'avoir de semblables sentiments, personne plus que moi ne reconnaît le brillant talent, les ingénieuses vues pratiques, et surtout le zèle infatigable de cet illustre clinicien; mais comme il est aussi dans mon caractère de ne jamais flatter, je n'hésiterai pas à condamner dans cet homme de grand mérite ce qui me paraît condamnable sous le rapport de notre art.

Dupuytren était seul chargé d'un immense service; voulant tout faire ou tout diriger, il avait imaginé une foule de moyens qui lui simplifiaient beaucoup le travail, et le mettaient à même de suffire à son immense besogne. Ces moyens pourtant n'étaient pas exempts d'inconvénients. Ainsi il avait adopté l'habitude de traiter les fractures des membres inférieurs par la simple demi-flexion des membres sans appareil contentif. Ce traitement était très simple, produisait d'assez bon résultats quelquefois; mais souvent aussi il donnait lieu à des consolidations vicieuses et difformes, comme on avait l'occasion de le reconnaître trop tard. De même dans le traitement des fistules lacrymales il avait adopté la canule, qu'il introduisait dans le canal lacrymal, et renvoyait après les malades; ce qui ne faisait qu'un traitement palliatif; car le plus souvent on les voyait revenir dans les hôpitaux quelques années plus tard avec la même affection.

Enfin, pour en revenir au point qui entre dans notre sujet, il avait pris le système, dans les cas d'amputation, de ne pas lier tout de suite les vaisseaux, de faire emporter les malades dans leur lit, et de faire procéder à la ligature des vaisseaux une ou deux heures plus tard par ses internes. Indépendamment de l'inconvénient de faire lier les vaisseaux par des jeunes gens qui, quoique très habiles, pouvaient ne pas y mettre toutes les précautions convenables, il y avait le grand inconvénient de laisser ces vaisseaux ouverts pendant un certain temps, et consécutivement exposés à d'inévitables hémorrhagies.

Depuis vingt-cinq ou trente ans nos moyens de ligature se sont beaucoup perfectionnés; la chirurgie a gagné énormément sous ce rapport, et vous ne pouvez pas vous figurer combien les procédés de nos devanciers étaient défectueux. Vous pouvez, du reste, en juger. Que faisait-on alors? On employait ordinairement des fils très gros et très épais, même pour lier des vaisseaux petits. Vous voyez tout de suite combien il devait être difficile de bien serrer un vaisseau de petit calibre avec une grosse ligature. Ensuite, lorsqu'on voulait saisir le vaisseau à lier, on introduisait dans son orifice une des branches d'une pince, et on saisissait un côté de sa circonférence. Cette manœuvre devait nécessairement tirailler d'une manière irrégulière les parois vasculaires, les amincir d'un côté plus que de l'autre, et quand on passait la ligature celle-ci devait embrasser inégalement la circonférence du vaisseau même. Enfin comme on tenait scrupuleusement aux ligatures immédiates, on dénudait avec grand soin les vaisseaux de leur tissu cellulaire; il en résultait souvent que les ligatures au moment où les vaisseaux se gonflaient étaient chassées, et une hémorrhagie se manifestait plus ou moins inquiétante. Ainsi les ligatures de nos pères péchaient et pour le trop d'épaisseur du fil, et pour la manière de saisir les vaisseaux à lier, et pour les serrer. Aujourd'hui, au contraire, nous employons des ligatures très petites, nous saisissons les vaisseaux avec les pinces dans toute leur circonférence, et enfin nous ne sommes pas si scrupuleux à dénuder les vaisseaux de leur tissu cellulaire, persuadé que la présence en petite quantité de ce tissu concourt à rendre plus solides et plus sûres les ligatures elles-mêmes. Voilà les préceptes qu'il faut suivre dans l'application des ligatures. Si on les oublie ou qu'on les observe à moitié, on s'expose à voir survenir l'accident dont je vous parle.

Il y a une cause qui agit particulièrement sur les hémorrhagies de la taille. Pour bien étudier les hémorrhagies, et embrasser ce sujet dans tous ses détails, il faudrait considérer chaque opération en particulier, et on verrait pour chacune des hémorrhagies reconnaissant des causes toutes particulières. Si l'hémorrhagie consécutive est si commune dans la taille, il paraît certain que cela tient au caractère particulier de la plaie qu'on produit dans cette opération. On peut dire qu'il n'y a pas de plaie d'une si grande épaisseur et qui comprenne un si grand nombre de tissus et de vaisseaux sur lesquels on porte le couteau à une si grande profondeur. D'ailleurs cette plaie si profonde est parcourue pendant plusieurs jours par un liquide irritant, tel que l'urine, qui non seulement empêche sa réunion, mais doit agir d'une manière défavorable sur les nombreuses artérioles ouvertes, et les dispose à l'hémorrhagie.

Une dernière cause enfin des hémorrhagies qui arrivent peu de temps après nos opérations est la récurrence, le retour du sang qui a lieu à l'aide des anastomoses existantes entre les vaisseaux. Ordinairement, il est bien connu, le sang n'est fourni que par le cœur, centre du système circulatoire; il est par conséquent chose ordinaire, que nous agissions de ce côté pour arrêter le sang, en appliquant les ligatures à l'extrémité des vaisseaux qui est du côté du cœur; pourtant quelquefois il arrive que quelque temps après l'application de la ligature le sang reflue dans le vaisseau par le bout des capillaires; cela a lieu dans certaines artères qui semblent prédisposées à un semblable phénomène, ce qui exige alors la ligature aux deux bouts de ces artères. Ainsi les artères de l'avant-bras, l'artère tibiale antérieure, etc., sont de ce nombre, et quand on vient à les couper il est de précepte, si on veut être prudent, de les lier aux deux bouts pour prévenir cette récurrence de sang qui donnerait lieu inévitablement à une hémorrhagie. On a vu que le sang de ces artères est fourni presque exclusivement par le bout capillaire, très peu par l'extrémité du cœur. Voici quelques faits que je recommande à votre mémoire :

Un homme entre dans notre service affecté d'une tumeur anévrysmale au pli du bras, suite d'une saignée malheureuse; il avait en même temps un anévrysme au cœur. On pratique d'abord la compression sur la tumeur elle-même. Quoiqu'elle ne fût pas trop forte, une eschare se développa à la peau, qui fut suivie d'une hémorrhagie. Voilà l'état dans lequel on me confia ce malade. Je ne reconnus d'autre moyen efficace pour arrêter l'hémorrhagie et pour guérir l'affection principale, que la ligature de la brachiale; après la ligature posée, on vit l'hémorrhagie se reproduire avec une nouvelle violence par l'eschare; je compris que le sang était fourni par le bout inférieur du vaisseau; j'ouvris alors la tumeur et j'allai lier l'artère dans cette extrémité. J'enlevai ensuite la ligature appliquée sur la brachiale comme inutile, et l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée, et l'anévrisme guéri. Je vous dirai, en passant, que la ligature placée sur l'artère brachiale produisit une oblitération, quoique je l'eusse enlevée peu de temps après.

Le second fait que je vais vous citer, je l'ai déjà fait connaître dans d'autres circonstances sous d'autres rapports. Il est aussi d'un grand intérêt sous le point de vue qui nous occupe maintenant. C'était en 1814, lorsque les opinions des chirurgiens n'étaient pas encore bien d'accord entre elles sur la manière d'appliquer les ligatures sur les artères, principalement en fait d'anévrysme. Un homme, chef de cuisine dans un restaurant, à la suite d'une discussion qu'il eut avec un de ses aides, reçut de celui-ci un coup de couteau à la cuisse, qui blessa l'artère crurale au niveau de son passage par l'anneau aponévrotique du troisième adducteur. Une hémorrhagie abondante s'ensuivit. Appelé pour lui donner des soins, je lui pratiquai immédiatement la ligature de la fémorale dans l'espace inguinal. A cette époque, on avait l'habitude de mettre des ligatures d'attente sur les vaisseaux; me conformant à cet usage, j'en appliquai aussi sur mon blessé. Une hémorrhagie eut lieu le onzième jour par la plaie de la ligature. Je me hâtai de serrer la ligature d'attente, croyant naturelle-

ment que le sang provenait du bout supérieur de l'artère; mais l'hémorrhagie continuait au même point; j'appliquai de nouvelles ligatures sans en obtenir aucun succès. Enfin, par une espèce de hasard, je m'aperçus que le sang était fourni par la partie inférieure de l'artère; alors j'agrandis la plaie de l'aine, je fendis la peau jusqu'au niveau de la plaie accidentelle faite par le couteau; le sang, dans ce point, sortait à flot. Je liai le vaisseau lésé au-dessus et au-dessous de la blessure, et l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée. Le malade, malgré cette plaie énorme, étendue depuis le ligament de Fallope jusqu'au bas de la cuisse, guérit parfaitement.

Nous avons vu les hémorrhagies de la première époque, c'est-à-dire survenant peu de temps après les opérations; voyons maintenant celles de la deuxième époque, ou les tardives.

A partir du moment où la nature a travaillé à l'oblitération des vaisseaux, si l'hémorragie arrive, elle doit nécessairement résulter ou de l'imperfection du travail même de la nature ou de celle des moyens hémostatiques que nous avons employés pour prévenir ces accidents. Si je le pouvais, je devrais exposer ici le mécanisme de l'oblitération des vaisseaux; mais cela m'entraînerait dans des détails trop longs sur les plaies des vaisseaux, la manière dont elles se cicatrisent et les vaisseaux s'oblitèrent, cette oblitération variant selon la différence des moyens hémostatiques qu'on emploie pour mettre une digue quelconque à l'effusion du sang. C'est un fait bien démontré par l'expérience, que la nature procède différemment selon la différente nature de ces moyens.

Dans l'impossibilité où je suis d'aborder un sujet si vaste, je me borne à faire une distinction qui entre tout à fait dans la matière que nous étudions, entre les plaies qui sont la source des hémorrhagies. Ces plaies, ou sont d'abord abandonnées à elles-mêmes, sans que l'art ait pu rien faire pour mettre un obstacle à toute hémorrhagie consécutive; ou il s'agit de plaies dans lesquelles il y a eu application des moyens hémostatiques connus.

Dans la première, c'est la nature seule qui, avec ses forces, a pu arrêter l'hémorrhagie; telles sont les plaies résultant de brûlures, de la cautérisation actuelle, et surtout celles produites par les armes à feu. Ces plaies fournissent très peu de sang, en général, au moment où elles sont faites (tout en admettant pourtant qu'elles peuvent en fournir beaucoup quelquefois, et même compromettre la vie des blessés; mais c'est par exception); la raison en est que ce sont des plaies éminemment contuses, et dans des tissus profondément mortifiés. Pour cela, le sang ne peut pas sortir librement des vaisseaux ouverts; car les eschares qui résultent de cette mortification y opposent un obstacle plus ou moins puissant jusqu'à ce qu'elles soient tombées.

Depuis longtemps les chirurgiens militaires ont noté, dans les plaies d'armes à feu, le peu de sang qu'elles fournissent d'abord pendant que les parties contuses et mortifiées bouchent pour ainsi dire l'orifice des vaisseaux, et les hémorrhagies qui surviennent consécutivement à la chute des eschares. Néanmoins, l'histoire de ces hémorrhagies affectées aux plaies par armes à feu, n'est pas encore complètement faite.

A l'époque malheureuse de nos désastres, en 1814 et 1815, puis à celle de la révolution de 1830 et des autres luttes sanglantes dont la capitale fut successivement le théâtre, nous fûmes dans une circonstance favorable pour bien étudier ces sortes de plaies dans toutes leurs phases, depuis leur naissance, pour ainsi dire, jusqu'à leur terminaison quelconque. Ce fut pour nous un sujet d'étude d'un haut intérêt, et nous avons ensuite publié un petit mémoire où nous consignâmes plusieurs remarques pratiques qui nous parurent neuves et inconnues dans les livres anciens.

Sur le champ de bataille, il est difficile que le chirurgien puisse faire cette étude suivie du commencement jusqu'à la fin. Les blessés sont transportés çà et là dans les ambulances, passant souvent des mains d'un chirurgien dans celles d'un autre, de sorte que le même chirurgien a rarement l'occasion, je le répète, d'étudier ces plaies dans toute leurs évolutions, et principalement sous le rapport des hémorrhagies consécutives. C'est pour cela que dans les livres de chirurgie militaire, il y a encore quelque chose à désirer à cet égard.

En 1830, étant à l'hôpital de la Charité, nous reçûmes dans un seul jour cent-soixante-dix blessés, dont un certain nombre présenta des hémorrhagies consécutives, et quelques-unes avec des particularités. A ce propos, j'ai remarqué que les hémorrhagies survenant au milieu de parties molles contuses et mortifiées, où les eschares se sont détachées avant l'époque, avaient lieu au huitième ou dixième jour, pas plus tard, tandis que celles qui se manifestaient dans les cas de fractures comminutives au milieu de parties dont les vaisseaux n'avaient pas été lésés, parce qu'il n'y avait pas eu d'hémorrhagie au début, paraissaient beaucoup plus tard, c'est-à-dire entre le dix-septième et le vingtième jour. J'ai pensé alors, et je pense encore, que cette différence dépend de ce que, dans ce dernier cas, les fragments d'os ou aspérités se trouvant en contact avec des parties ramollies par la contusion, et rendues friables par l'inflammation consécutive, peuvent lacérer les vaisseaux et donner lieu tardivement à des hémorrhagies. C'est ce que j'ai dit dans mon mémoire, où je rapproche entre autres cinq beaux cas d'hémorrhagie consécutive de la première espèce. Je vous citerai seulement le fait suivant.

Une personne demeurant dans la rue Saint-Louis au moment où l'on se battait dans le voisinage, se mit à la croisée, soit par curiosité, soit pour fermer les persiennes; un coup de feu l'atteint à la bouche, et la balle traverse de gauche à droite cette cavité et sort par le côté droit, au-dessous de la mâchoire. Le septième jour de l'accident, une hémorrhagie a lieu, qu'on reconnaît être fournie par une des artères canines. Le chirurgien du quartier, qui fut appelé à lui donner des soins, opposa des moyens simples pour arrêter le sang, mais l'hémorrhagie se renouvela. Nous fûmes appelé à notre tour, et le onzième jour il y eut un écoulement de sang si abondant, que nous crûmes indispensable de recourir à la ligature de la carotide primitive du même côté; l'hémorrhagie s'arrêta définitivement, et le malade se rétablit très bien.

J'ai cité aussi plusieurs cas d'hémorrhagie de la seconde espèce, ou survenant tardivement, dans des cas de fractures comminutives. Je me rappelle toujours, entre autres, des cas d'une fracture du bras droit produite par un coup d'arme à feu. Le malade fut pris quelque temps après d'hémorrhagie, laquelle se répéta plusieurs fois, et enfin amena une terminaison fatale sans qu'on pût y porter remède; car ce malheureux ayant eu (malgré tous les moyens hémostatiques mis en usage) une hémorrhagie très abondante pendant la nuit, sans que ni les malades voisins, ni les garde malades s'en fussent aperçu; nous le trouvâmes exsangue le matin; nous le rappelâmes un instant à la vie; mais au moment où on se disposait à lui pratiquer la ligature de l'axillaire, il expira. Ce malade nous présenta un phénomène important, et qui, plus tard, fut remarqué et utilisé par les accoucheurs dans la pratique des accouchements. L'ayant trouvé exsangue, l'idée nous vint de comprimer l'aorte abdominale pour faire refouler le sang vers les parties supérieures du tronc; quel fut notre étonnement et notre satisfaction de voir tout à coup cet infortuné se remuer, ouvrir les yeux, se relever et reconnaître tous les assistants! Déjà nous nous abandonnions à l'espérance, mais il retomba bientôt dans la syncope et succomba.

Il est bien reconnu par les chirurgiens militaires que les hémorrhagies consécutives sont très fréquentes dans les plaies de la cuisse compliquées de fracture comminutive, parce qu'ici il n'est très difficile, à cause du volume considérable des parties molles, d'exercer une compression suffisante pour prévenir l'hémorrhagie, on ne peut pas bien contenir ces parties; on ne fait pas toujours d'ailleurs les scarifications nécessaires pour mettre à nu les vaisseaux qui peuvent fournir l'hémorrhagie elle-même.

Ces remarques tendent à fixer vos idées sur la prédisposition qu'ont certaines plaies à fournir des hémorrhagies, parce que nos moyens hémostatiques ne peuvent pas y être appliqués convenablement; telles sont les plaies par armes à feu. Du reste, les mêmes remarques peuvent être appliquées à certaines plaies suites de brûlures, où les eschares tombent avant que les vaisseaux soient oblitérés, et donnent lieu à des hémorrhagies.

D'autres fois les moyens hémostatiques connus ont été employés, et pourtant l'hémorrhagie a lieu; il faut croire nécessairement, dans ces cas, qu'il y a eu une cause particulière sous l'influence de laquelle le sang s'est écoulé, comme ce serait, par exemple, un état de faiblesse particulier du malade, et l'insuffisance des forces de la nature à empêcher cet accident. Quant aux moyens hémostatiques, nous avons gagné beaucoup depuis une trentaine d'années. On voit aujourd'hui bien plus rarement qu'on ne voyait, de ces hémorrhagies consécutives. Il y a un véritable progrès, non-seulement dans la nature des moyens hémostatiques, mais dans la manière de les appliquer. Déjà, dans la dernière leçon, je vous disais comment nous différons maintenant de ce qu'on pratiquait au commencement de ce siècle dans la ligature des vaisseaux après les opérations; il en est de même pour les ligatures à placer sur le trajet des artères, par suite de tumeurs anévrysmales. Nous avons, en effet, substitué presque généralement la ligature des vaisseaux à la compression plus ou moins immédiate, à la cautérisation, etc., tous moyens le plus souvent infidèles, et qui rarement amènent une guérison radicale de la maladie.

Les chirurgiens sont bien encore incertains, dissidents sur la manière ou le mécanisme des ligatures, à adopter pour prévenir définitivement les hémorrhagies consécutives à la chute des ligatures elles-mêmes. C'est toujours, et avec raison, la crainte de ces hémorrhagies qui les effraie; et quand vous m'entendrez plaider en faveur d'un procédé que j'ai adopté depuis longtemps pour la ligature des gros vaisseaux artériels, je vous dirai que je me tiens en cela plutôt à l'expérience que j'ai acquise qu'au raisonnement, car la théorie pourrait bien peut-être conduire à le faire reconnaître moins parfait que les autres, quoique à cet égard on pourrait encore discuter, et en raisonnant d'après ses idées physiologiques, soutenir la bonté même théorique du procédé. Je crois donc, dans cette matière, plus sûr de suivre les faits, et, d'après ceux-ci, je me crois en droit de rester fidèle au procédé de Scarpa, qui m'a parfaitement réussi dans ma longue pratique. Quand sur 73 ligatures de gros vaisseaux par ce procédé je n'ai eu que cinq hémorrhagies consécutives, sur l'origine desquelles j'aurais encore quelque chose à dire, il me semble qu'on ne peut ne pas chercher à changer, et à lui substituer des procédés peut-être plus simples, plus faciles, répondant mieux à certains raisonnements théoriques, mais qui, je le pense, n'ont pas donné de résultats plus favorables; et c'est là l'essentiel. Dans ces circonstances le raisonnement est bon, mais l'expérience est meilleure.

Nous avons aussi, sur nos devanciers, adopté la précaution de ne pas faire de ligatures ni trop immédiates, ni trop médiates; car les premières exposent à couper trop vite le vaisseau avant que l'oblitération ait lieu; les secondes, embrassant trop de tissu cellulaire avec le vaisseau, peuvent devenir trop lâches, et le vaisseau, n'étant pas assez serré, reproduire l'hémorrhagie. Nous avons de même supprimé les ligatures d'attente qui étaient encore en usage il y a vingt-cinq ans, au point qu'on n'aurait certes pas pu les omettre dans les ligatures des gros vaisseaux sans s'exposer au blâme des maîtres. Je l'ai fait moi-même quelquefois; entre autres dans le cas que je vous citais dernièrement, de ligature de la crurale par suite d'anévrysme poplité. Il est reconnu maintenant que ces ligatures d'attente, bien loin de garantir contre les hémorrhagies consécutives, y prédisposent considérablement en irritant et enflammant le vaisseau dans une étendue beaucoup plus considérable qu'il ne serait nécessaire pour produire l'oblitération.

Nous ne manquons pas non plus d'employer un soin tout particulier pour nous éloigner, autant qu'il est possible, des grosses artères collatérales en appliquant les ligatures. C'est une précaution dont il faut faire un mérite aux chirurgiens anglais. Ils ont observé les premiers, que quand on place la ligature sur un gros vaisseau trop près de la branche collatérale principale (et malheureusement quelquefois cela est inévitable), c'est une circonstance fâcheuse, car on est exposé à des hémorrhagies consécutives; et vous en comprenez facilement la raison. Pour qu'un vaisseau s'oblitère à la suite de la ligature, il faut qu'un caillot sanguin s'organise près de l'orifice du vaisseau même, du côté du cœur, et il faut qu'il soit suffisamment long pour résister à l'impression de l'organe central de la circulation; or, supposez que la ligature soit posée tout près de la grosse artère collatérale, le sang sera poussé avec violence jusqu'à cette artère où il s'engage, empêchera la formation d'un caillot suffisamment volumineux, et quand la ligature viendra à tomber, le sang pourra chasser facilement devant soi un caillot trop faiblement organisé. C'est un fait maintenant si bien reconnu, que tout chirurgien prudent n'oublie pas d'éviter cette circonstance fâcheuse dans l'application des ligatures sur les gros vaisseaux. Nos anciens pourtant, nos maîtres mêmes l'ignoraient.

Il est donc bien établi aujourd'hui que les hémorrhagies tardives sont infiniment plus rares qu'anciennement, à cause des moyens hémostatiques plus parfaits que nous avons et de la meilleure manière dont nous y procédons. Il résulte aussi que ces hémorrhagies sont dues ordinairement à l'expulsion du caillot sanguin de l'orifice du vaisseau lié, occasionnée trop souvent par une secousse plus ou moins forte éprouvée par le malade, soit à la suite des efforts de toux, soit par toute autre cause. Ainsi, notre maître à tous, l'immortel Ambroise Paré, avait observé que le bruit du canon agissait d'une manière telle sur l'organisation des blessés, qu'il favorisait beaucoup les hémorrhagies consécutives. Cela pourrait facilement s'expliquer par la commotion que ce bruit doit produire sur les malades.

Il nous reste, pour finir, à vous tracer quelques règles de conduite à l'aide desquelles vous pourrez remédier à ces accidents; c'est ce que nous ferons dans la leçon prochaine.

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 27 novembre 1844.

M. Malgaigne demande la parole à l'occasion de la communication faite par M. Auzias.

Ce médecin a parlé d'une opération pratiquée par lui sur un singe, auquel il avait fait éprouver une perte de substance qui fut cicatrisée le lendemain. Il ne faut pas, dit M. Malgaigne, que la Société de chirurgie, par son silence, laisse penser qu'elle croit à une cicatrisation si prompte, surtout survenue après une perte de substance.

— *M. A. Forget* écrit une lettre relative au travail de M. Chassaignac sur les *résections des os*. M. Forget a assisté à une amputation du maxillaire inférieur, dans laquelle l'apophyse coronoïde de cet os s'élevait à plus de trois lignes au-dessus du niveau du condyle, si bien que cette apophyse se cachait profondément sous l'arcade zygomatique. On fut obligé, dans ce cas, de couper les moyens d'union de l'articulation, en avant et en dehors; ce qui permit de faire descendre un peu l'apophyse coronoïde et de diviser le tendon du crotaphyte sans trop de difficultés.

M. le docteur Forget annonce, en outre, qu'ayant coopéré à trois désarticulations de maxillaire inférieur, il n'a point constaté dans ces cas que la contraction du crotaphyte constituât une difficulté pour la désarticulation, ainsi que l'a avancé M. Chassaignac. M. Forget renvoie à sa thèse, publiée antérieurement au travail de M. Chassaignac.

M. Chassaignac fait remarquer que l'observation clinique très intéressante de M. Forget est une confirmation nouvelle de l'utilité qu'il y a à sectionner l'apophyse coronoïde à sa base avant de désarticuler. En effet, si dans l'opération dont parle M. Forget il a suffi que l'apophyse coronoïde dépassât le condyle de quelques lignes pour rendre très difficile la section du tendon du crotaphyte, combien les difficultés n'eussent-elles pas été plus grandes si l'apophyse coronoïde eût débordé le condyle de plus d'un centimètre, comme cela a lieu sur les pièces présentées à la Société de chirurgie!

— *M. Huguier* revient sur les questions agitées à l'occasion de l'enfant hydrocéphale qu'il a présenté à la Société. M. Huguier, à ce sujet, passe en revue les diverses espèces d'hydrocéphalies admises par les auteurs. On trouverait la sérosité 1° entre les os et la dure-mère; 2° dans les feuillets de l'arachnoïde qui est entre l'encéphale et les os; 3° sous l'arachnoïde encéphalique; 4° enfin dans les ventricules. M. Huguier agite ensuite la question de savoir s'il y a ou non altération profonde de l'encéphale, et destruction d'une partie de la masse. M. Huguier penche pour la négative, en faisant surtout remarquer l'absence de symptômes cérébraux graves, et la viabilité apparente du petit malade. Ainsi, selon M. Huguier, la sérosité serait très superficielle, ce qui est indiqué par la facilité qu'on éprouve à percevoir la fluctuation. Par conséquent, il ne serait pas éloigné de pratiquer une opération pour tenter la cure de cette hydrocéphalie.

M. Malgaigne et *M. Maisonneuve* prétendent que les quatre espèces d'hydrocéphalie admises par M. Huguier ne sont pas établies par les faits, surtout l'espèce qui consisterait en une accumulation de sérosité entre la dure-mère et les os du crâne. M. Malgaigne en particulier fait remarquer que les cas d'hydrocéphalie constatés anatomiquement par lui étaient des épanchements séreux dans les ventricules. Ce siége de l'épanchement n'est pas incompatible avec la fluctuation, car la sérosité en augmentant de quantité, dilate les ventricules en déplissant le cerveau, qui, alors, n'enveloppe le liquide que par une mince couche de sa substance.

M. Huguier répond que c'est par les observations, et surtout par celles de M. Breschet, qu'il a admis les espèces d'hydrocéphalie dont il vient de faire mention, excepté cependant la première.

M. Michon présente à la Société un nouveau-né chez lequel il y avait absence du rectum et cependant l'anus existait, c'est-à-dire la partie terminale du rectum, celle qui est surtout sous l'empire de la vie animale. M. Michon fait la promesse à la Société d'une note sur cet enfant, sur son vice de conformation et sur l'opération qui a été pratiquée.

— *M. Huguier* communique quelques détails sur la blessure de l'ouvrier qui a été frappé d'un coup de couteau dans la rue Laffitte. Ayant fait l'autopsie de ce blessé, M. Huguier présente les pièces à l'appui

du diagnostic qu'il avait d'abord porté. La plaie était à la partie antérieure et inférieure de la poitrine, un peu à gauche; elle était à 4 centimètres de l'épigastre, à 25 millimètres environ du sommet de l'appendice xyphoïde, à 2 centimètres du sommet et du côté gauche du sternum. Cette plaie était longue de trois centimètres, large d'un centimètre, presque transversalement dirigée du sternum vers les cartilages costaux, elle comprenait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'extrémité supérieure du muscle droit de l'abdomen du côté correspondant. Le doigt porté dans cette plaie, je constatai, dit M. Huguier, qu'elle pénétrait plus profondément, que le cartilage de la septième côte avait été divisé, ainsi que le ligament costo-xyphoïdien et une petite portion du côté gauche de l'appendice xyphoïde; peut-être même le cartilage de la sixième côte a-t-il été légèrement atteint. Je constatai, par le même moyen, que la plaie avait la même étendue dans ce point qu'à la peau. L'extrémité du doigt auriculaire, portée dans l'angle interne de la plaie vers l'intervalle costo-xyphoïden, sent un défaut de résistance qui fait penser que la plaie a dépassé l'épaisseur des parois pectorales. Une sonde cannelée portée dans ce point, pénètre dans l'intérieur de la poitrine à une profondeur de 11 centimètres 2 millimètres, en se dirigeant obliquement d'avant en arrière et de bas en haut. La sonde ne se porte dans aucune autre direction.

L'instrument qui a produit cette plaie, en dépassant l'épaisseur des cartilages costaux, a dû diviser les insertions antérieures du muscle transverse de l'abdomen, du diaphragme et l'une des digitations du triangulaire du sternum, la branche interne et inférieure de l'artère mammaire interne, a pénétré dans le médiastin antérieur, a ouvert le péricarde et pénétré dans les cavités du cœur.

Ce qui avait été prévu par M. Huguier a été trouvé exact par l'autopsie. Le cœur de cet ouvrier, examiné par les membres de la Société, avait le ventricule droit et l'oreillette de ce côté ouverts. La plaie de cet organe avait une bien plus grande étendue que celle des parties qui le séparaient de la peau, et que la peau elle-même, ce qui est dû à la direction du couteau qui a été enfoncé obliquement de bas en haut, et est venu atteindre le cœur dans une direction oblique à son grand diamètre, et en allant de la pointe à la base en longeant le bord droit de l'organe.

M. Huguier ayant dit qu'*à priori* il avait pu indiquer avec la plus grande précision les lésions existantes, MM. Monod et Robert lui font remarquer qu'il ne faudrait pas, dans tous les cas, annoncer d'avance cette extrême certitude dans l'indication des lésions existantes; car, quoique l'anatomie soit un des meilleurs guides dans de pareilles circonstances, des modifications physiologiques, un accident quelconque, pourraient bien mettre en défaut le diagnostic quand il vise à cette extrême précision. Ainsi, ces deux collègues font remarquer à M. Huguier qu'il lui était impossible, par le seul examen extérieur, de dire la forme et l'étendue de la plaie du cœur.

M. Huguier répond que ce n'est pas l'inspection seule qui l'a porté à avancer un pareil diagnostic. Il a sondé la plaie, il l'a explorée avec le doigt; il a pris connaissance de l'instrument et a pu parvenir à connaître ainsi la direction, la profondeur, l'étendue de la blessure.

—*M. Bartholy*, interne de l'hôpital du Midi, présente un chien sur le cou duquel il a pratiqué des plaies sans inoculation et une plaie avec inoculation syphilitique. Les plaies sans inoculation ont un aspect qui a de l'analogie avec l'aspect des chancres.

M. Cullerier fait remarquer qu'il était convenu de ne traiter la question concernant l'inoculation des animaux qu'après des expériences faites par plusieurs médecins de la Société. Selon lui, cette présentation serait inopportune.

M. Vidal répond, qu'il est très logique de ne traiter une pareille question qu'après les expériences dont parle son collègue; mais en attendant on doit accepter avec reconnaissance les faits qu'on veut bien présenter à la Société, ne serait-ce qu'à titre de renseignement.

MM. Malgaigne, Robert et Nélaton font remarquer que les solutions de continuité faites au cou du chien présenté par M. Bartholy, sont trop voisines. Celles qui sont inoculées pourraient donc inoculer les plaies simples. De plus, autour du chancre, il y a une plaie d'infection qui pourrait bien donner l'aspect chancreux à une plaie qui n'aurait pas été inoculée par l'expérimentateur.

M. le président prie M. Bartholy de profiter des remarques qui viennent d'être faites, afin de régulariser ses expériences, et le remercie, au nom de la Société, de la communication qu'il a bien voulu faire.

— *M. Monod* communique le fait suivant :

J'ai été appelé il y a cinq mois auprès de madame P. Je reconnus chez elle un épanchement pleurétique dans le côté droit de la poitrine. D'après les renseignements donnés par la malade, cet épanchement était tout à fait récent, et n'avait pas été précédé de symptômes aigus; il s'agissait d'une pleurésie latente. Lors de ma visite, la malade avait peu de fièvre et ne se plaignait guère que de la suffocation déterminée par l'épanchement qui remplissait les trois quarts inférieurs du côté droit. M. Récamier, appelé en consultation, fut d'avis de pratiquer immédiatement l'opération de l'empyème, tout en reconnaissant que la gêne de la respiration n'était pas assez forte pour nécessiter par elle-même l'opération; il se fondait sur ce qu'en vidant la poitrine au moyen du trocart, on débarrasserait beaucoup plus rapidement la malade sans l'exposer à des dangers réels. Je crus devoir me ranger à son avis, et pratiquai l'opération telle que M. Récamier la recommande.

Un long trocart courbe fut plongé dans la poitrine au niveau du bord supérieur de la septième côte, au-dessous de l'angle de l'omoplate. Après avoir retiré le poinçon, l'extrémité libre de la canule fut plongée dans une petite tasse placée dans le milieu d'une cuvette; la sérosité s'écoulait ainsi de la tasse dans la cuvette et l'extrémité de la canule étant toujours plongée dans le liquide, l'introduction de l'air dans la poitrine était impossible. Nous retirâmes environ deux litres de sérosité citrine homogène sans flocons qui, un quart d'heure après avoir été extraite, s'était en partie coagulée.

La malade supporta parfaitement l'opération; la poitrine, explorée, présenta de la sonorité dans presque toute son étendue. Le lendemain, la matité qui existait à la base s'était un peu étendue, mais il fut facile de s'assurer que l'air pénétrait librement dans la plus grande partie du poumon. L'état général était fort bon. L'épanchement n'augmenta pas les jours suivants, cependant le quatrième jour M. Récamier crut devoir faire appliquer un vésicatoire volant pour hâter la résorption de ce reste de liquide.

Le huitième jour la malade se levait, et rien n'est venu troubler la rapidité de cette guérison.

M. Bérard fait d'abord remarquer que l'idée de submerger la canule du trocart dans une tasse pleine d'un liquide appartient à M. Trousseau, qui a publié des faits de guérison par ce procédé avant l'époque de l'opération pratiquée par M. Monod.

M. Bérard dit ensuite que, par ce procédé, il est impossible de vider immédiatement tout l'épanchement; car la poitrine ne peut jamais se vider entièrement tant qu'elle est en rapport avec un gaz ou avec un liquide, soit l'air, soit l'eau de la tasse. Dans ce dernier cas, il y a pendant longtemps un échange entre le liquide de la poitrine et celui de la tasse, il y a un va et vient qui empêche l'évacuation complète. C'est différent par le procédé de M. Reybard, qui ajoute à l'extrémité de la canule un conduit en baudruche, lequel permet la sortie du liquide de la poitrine, et s'oppose à l'introduction de toute espèce de corps, quel que soit son état. Par ce procédé, M. Bérard a obtenu une évacuation complète d'un empyème de sang.

M. Denonvilliers répond à M. Bérard qu'il a vu employer le procédé de la tasse par M. Récamier bien avant la publication de M. Trousseau, puisqu'il y a déjà plus d'un an.

M. Bérard réplique que M. Récamier n'ayant rien publié sur ce procédé, il l'a attribué à celui qui le premier l'avait rendu public.

Dans les objections faites à M. Monod par M. Bérard, ce professeur ayant soulevé de hautes questions sur le mécanisme de l'évacuation des liquides contenus dans la poitrine, MM. Denonvilliers, Chassaignac, Malgaigne, Robert, suivent M. Bérard sur le terrain physiologique, et la discussion est close par M. Monod, qui ne prétend pas avoir vidé la poitrine de la malade jusqu'à la dernière goutte de sérosité. Ce qu'il peut assurer, c'est que le côté droit de la poitrine était d'une matité remarquable, et qu'après l'opération ce côté résonnait parfaitement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE.

Action du sulfate de quinine sur la rate. — On sait que M. le professeur Piorry, dans un mémoire présenté il y a deux ans à l'Académie des sciences, a avancé que le sulfate de quinine dissous dans quelques gouttes d'acide sulfurique et pris à des doses modérées, telles que 1 gramme ou 50 centigrammes, exerce sur la rate une action si rapide, qu'il suffit de *quarante secondes* pour obtenir une diminution considérable du volume de cet organe. On sait encore que c'est par la percussion que M. Piorry a cru constater le fait. Ainsi la région splénique qui tout à l'heure rendait un son mat dans une étendue plus ou moins considérable, après trente-cinq ou quarante secondes de l'administration du sulfate de quinine, donnait un son clair dans cette même étendue. M. Gouraud, frappé de ces résultats extraordinaires dont il avait été d'ailleurs témoin à la clinique de M. Piorry, a voulu les vérifier lui-même dans le service dont il a été temporairement chargé à l'Hôtel-Dieu. D'accord avec M. Piorry sur le fait, il diffère complètement avec ce professeur sur son interprétation.

Ainsi il a bien reconnu que si on administre le sulfate de quinine dissous à un malade dont l'hypochondre gauche est occupé par une rate volumineuse et rend un son mat, il suffit, en effet, de quarante secondes et même de moins de temps, pour que cette région acquière une sonorité très marquée. Mais ce n'est pas d'après M. Gouraud, et comme on serait porté à le croire, à la disparition de la rate qu'est dû le phénomène, mais bien au gonflement subit de la portion splénique de l'estomac par un développement gazeux. M. Gouraud fit mettre dans la même quantité d'eau distillée quelques gouttes d'acide sulfurique *sans sulfate de quinine*, le résultat fut le même qu'avec le sulfate de quinine : disparition de la matité splénique. Il répéta l'expérience avec l'eau distillée seule, avec la limonade, avec l'eau vineuse, avec la tisane commune; toujours même résultat qu'avec le sulfate de quinine dissous; disparition de la matité splénique. D'où il est clair pour M. Gouraud qu'il suffit de l'ingestion d'une très petite quantité de liquide pour produire dans l'estomac un développement gazeux assez considérable, et pour donner presque immédiatement, et en quarante secondes et moins, au moyen de la percussion, dans la région splénique, une sonorité marquée et presque tympanique. En appliquant l'oreille sur la matité gastro-splénique au moment où le malade boit une gorgée d'eau, on est frappé du bruit considérable, du *glou-glou* sonore produit par cette gorgée d'eau tombant dans un estomac vide.

M. Gouraud pense que la matité considérable et étendue qu'on observe souvent dans la région splénique, n'est pas toujours due à un développement anormal de la rate; qu'on ne l'observe que lorsque les malades n'ont pas bu depuis quelque temps, et qu'elle est le résultat de la vacuité de l'estomac et du colon transverse dont les parois, appliquées l'une contre l'autre, peuvent ne donner aucune sonorité. La sonorité qui succède avec rapidité à cette matité, est le résultat d'un développement gazeux produit par l'ingestion de quelque liquide dans l'estomac.

Sans nier absolument que le sulfate de quinine ait une influence aussi rapide que l'a dit M. Piorry sur l'hypertrophie de la rate, M. Gouraud conclut de ces faits que cette action en quarante secondes n'est pas constante, qu'elle n'est pas ordinaire, qu'elle est même rare si elle existe; que dans les expériences présentées par M. Piorry, il n'a pas tenu compte d'un phénomène qui complique la question. Les faits de M. Piorry sont vrais : la matité disparaît. L'explication en est fausse; la disparition de la matité ne tient pas à la diminution du volume de la rate.

Ces faits ont été consignés par M. Gouraud dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, novembre 1844.

Fistule à l'anus guérie par les injections de teinture d'iode. — M. le docteur Clay rapporte, dans le *Medico chirurgical Review*, un cas de fistule à l'anus dans lequel il a eu recours avec succès à l'injection de la teinture iodique. L'injection fut suivie d'une douleur très vive pendant quelques minutes, puis d'un prurit qui persista pendant deux ou trois heures. L'injection fut répétée sept jours de suite; au bout de ce temps, le trajet de la fistule était parfaitement oblitéré et son orifice externe entièrement fermée. Pour arriver à ce résultat, il importe que le liquide injecté s'étende dans tout le trajet fistuleux, et se trouve en contact avec tous les points de sa surface. Pour s'assurer qu'il en est ainsi, on introduit dans le reclum une tente de charpie, qu'on fait parvenir jusqu'à l'orifice interne la fistule; on reconnaît que le liquide a pénétré comme il convient, lorsque cette tente est colorée par l'iode. M. Clay recommande, pour le traitement des fistules, de se servir de teinture d'iode à l'état de pureté. Dans son observation, l'orifice rectal de la fistule était déjà oblitéré dès le treizième jour.

NOUVELLES.

Manie des moulins à vent. — Un jeune Anglais, riche, de bonne famille, était affecté d'une monomanie sans exemple peut-être. Il n'était heureux, il ne vivait à l'aise qu'en présence d'un moulin à vent. La distance, les mauvais chemins, rien ne le rebutait lorsqu'il s'agissait de contempler ce sujet chéri. Il savait l'âge, il savait le nom de tous les moulins à vent à soixante milles à la ronde; il les touchait, il les carressait, il leur parlait, il passait des journées entières, dans l'hiver comme dans l'été, à les dévorer du regard; il oubliait alors de boire et de manger; le soir, il se couchait, il rêvait moulin à vent; son sommeil était paisible.

Les parents de ce maniaque le firent renfermer dans une maison d'où il n'y avait moyen d'apercevoir aucun moulin à vent. Il se procura un vieux couteau, il essaya de couper la gorge à l'un de ses camarades de détention, il le blessa grièvement; on lui demanda quel motif l'avait porté à cette action blâmable; il répondit froidement : « J'espérais être transféré dans quelque autre endroit, et trouver ainsi moyen de voir un moulin. » On le retint prisonnier; il comprit que, pour toujours, il était séparé de ce qu'il adorait; il se pendit.

— Une maladie règne en ce moment sur les bestiaux d'une partie de l'Allemagne. Cette maladie, connue sous le nom de *typhus contagieux*, est originaire des steppes de la Russie, où elle règne endémiquement; les pays voisins, pour l'empêcher de se propager, ont organisé des quarantaines permanentes sur les frontières; mais il paraît que les précautions ont été inutiles, et que la maladie a franchi toutes les barrières qu'on a essayé de lui opposer. Tout fait prévoir que la contagion ne s'arrêtera pas de sitôt et qu'elle pourrait bien sauter par dessus les quarantaines, comme elle a dépassé celles de la Prusse et de l'Autriche. Cette terrible maladie a sévi plusieurs fois en Belgique. Dans un siècle, on l'y a observée trois ou quatre fois; en 1754, elle fut tellement meurtrière que le gouvernement, pour repeupler les étables de nos cultivateurs, crut devoir interdire l'abattage de tout le gros bétail qui pouvait servir à propager l'espèce.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 17 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 147. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Chute sur le genou. Epanchement sanguin dans la bourse muqueuse. Diagnostic différentiel de ces sortes de tumeurs. Thérapeutique.

Bouteillon (Jean), maçon, âgé de vingt-trois ans, assez bien constitué, est entré le 2 décembre à la Charité, pour un gonflement placé au-devant de la rotule du côté gauche. Trois jours auparavant, cet homme avait fait une chute en voulant monter un escalier, et le poids du corps avait porté en partie sur le genou ; une douleur assez vive se manifesta immédiatement ; cependant il put continuer son travail. Le lendemain le devant du genou était le siége d'une tuméfaction très manifeste.

Aujourd'hui, 2 décembre, le devant de la rotule proémine d'un centimètre ou deux ; toute la région est soulevée ; la peau présente une coloration d'un rouge érythémateux qui tient le milieu entre la couleur naturelle des téguments et la rougeur érysipélateuse. En palpant le genou malade, on n'y trouve point d'empâtement phlegmasique ; il n'existe aucun signe de fracture ni de luxation. Le gonflement paraît être tout à fait en dehors de l'articulation. Ce n'est donc point une maladie qui affecte la rotule ni les ligaments. Cette tuméfaction, assez nettement circonscrite, indique de toute évidence un épanchement dans la bourse muqueuse de la région antérotulienne. Mais ici se présente un embarras. Il peut se faire là trois espèces d'épanchements, et il est important, pour le pronostic et aussi pour la thérapeutique, d'arriver à la connaissance précise du genre de liquide qui constitue calui-ci.

On peut, en effet, rencontrer dans ces bourses muqueuses, soit du sérum, soit du pus, soit du sang. Il est important, comme nous venons de le dire, de ne pas se méprendre sur la nature du liquide, non-seulement à cause des raisons graves que nous venons d'exposer, mais encore parce que ces bourses étant très nombreuses dans l'économie, nous parlions dernièrement encore de celle du pubis, il en résulte que leurs maladies forment en réalité une classe excessivement nombreuse.

Il est vrai de dire que l'étude des affections diverses dont elles peuvent devenir le siége, se trouve singulièrement facilitée par la connaissance des maladies des membranes séreuses des grandes cavités splanchniques, puisque les toiles membraneuses qui tapissent les viscères sont de même nature que les bourses muqueuses des articulations, dont l'analogie est complète avec la plèvre, le péricarde, etc.

Toutes les maladies qui affectent ces grandes membranes, on peut les constater aussi dans les bourses muqueuses, l'inflammation, l'épanchement du sérum, l'épanchement albumineux purulent, se concentrent, et dans les unes et dans les autres, seulement les bourses muqueuses sont plus sujettes que les séreuses des cavités aux collections de toutes sortes. Si l'on cherche la raison de cette dernière proportion. on la trouve facilement dans l'influence qu'ont sur les séreuses articulaires et les causes générales agissant principalement sur celles des grandes cavités, et encore les violences extérieures auxquelles elles sont plus exposées par le lieu même qu'elles occupent; et de plus, par le jeu même des organes qu'elles avoisinent, organes dont les fonctions sont surtout le mouvement, cause naturelle d'irritation et d'épanchement par suite. Aussi personne ne peut nier, par exemple, que les mouvements du membre inférieur ne soient propres à favoriser les collections dans la bourse de la rotule, et personne ne se refusera à admettre non plus que la position de la plupart de ces sacs ne les expose souvent aux chocs et aux violences du dehors.

Il faut même encore ajouter à ces causes certaines d'irritation et d'épanchements, l'extension des maladies si fréquentes des articulations, maladies pouvant affecter les os, les cartilages et les tendons voisins.

Comme les maladies qui s'emparent des autres organes, on peut diviser celles des bourses muqueuses en deux grandes classes ; les maladies aiguës et chroniques.

Evidemment le malade qui nous occupe ne faisant remonter son accident qu'à trois jours de date, il ne s'agit ici que d'une espèce appartenant à la première classe, qui renferme, comme on sait, l'inflammation, l'abcès, l'hygroma, l'hématocèle.

L'inflammation s'accompagne de rougeur, de douleur intense, d'empâtement, d'œdème inflammatoire; d'ailleurs, il faut du temps avant que l'épanchement purulent ait pu se former. Ce n'est pas du tout le cas de notre malade.

S'il n'y a pas de phénomène inflammatoire, nous sommes conduit à repousser l'idée d'un abcès ; il est vrai qu'il y a de la rougeur ; mais, nous l'avons dit, c'est une rougeur érysipélateuse et non celle qui accompagne l'inflammation. Sans doute, sous l'influence d'un état général déplorable, d'une constitution spéciale, ou à la suite d'une infection purulente, on voit du pus survenir très promptement ; mais le malade est d'une bonne constitution et n'a jamais éprouvé aucun accident qui ressemble à la résorption. S'il était question d'un homme dans les conditions du n° 32, la première de ces suppositions pourrait être fondée ; c'est, en effet, un malade d'une constitution détestable, chez lequel le pus se crée avec une facilité extrême. Ici rien de semblable. L'idée d'une collection purulente doit donc être aussi abandonnée.

Il ne reste donc plus à examiner que deux sortes d'épanchements : l'hygroma et l'hématocèle.

L'hygroma est une affection dont on s'est occupé beaucoup, et qui a été parfaitement décrite ; mais, de ce qu'on a fixé l'attention des chirurgiens sur ce point, il en est résulté qu'on en est venu à ne plus voir que cela au-devant du genou, tandis qu'en réalité c'est une maladie qu'on ne rencontre pas très fréquemment, du moins à la suite des accidents qui ne datent que de quelques jours seulement. Mais s'il n'est pas très commun d'observer l'hygroma primitivement, il est infiniment plus fréquent de le voir survenir soudainement. En effet, après les chocs, les chutes, les violences extérieures de quelque nature qu'elles puissent être, il se fait primitivement un épanchement de sérosité sanguinolente; mais bientôt le sang disparaît, et il ne reste plus qu'une collection de sérum.

On peut donc, en général, être autorisé à penser, quand un malade se présente avec une tumeur du caractère de celle que nous décrivons, datant de peu de jours, survenue par suite de violences, n'offrant pas de symptôme franchement inflammatoire, pas d'empâtement phlegmasique, on est tautorisé à penser, disons-nous, qu'il s'agit d'un épanchement sanguin et non d'une collection de sérosité.

Chez notre malade, tous les antécédents et tous les caractères de la tumeur sont favorables à cette supposition. La maladie est survenue à la suite d'une chute dans laquelle le genou gauche a principalement porté le poids du corps ; le lendemain le malade a constaté le gonflement ; il ne s'en est aperçu qu'en regardant le genou, ce qui prouve l'absence de douleurs violentes, et ce qui fait supposer la formation de la tumeur presque immédiate, mais inaperçue du malade. Ce gonflement est d'ailleurs modéré. Depuis cette époque, aucun phénomène n'est survenu, qui puisse détruire l'opinion que nous émettons ici ; car personne n'ignore que le sang et le sérum sont des liquides supportés par les tissus sans qu'ils donnent des signes d'inflammation. Il semble que nos tissus acceptent le sang et le sérum sans se fâcher, qu'on nous passe l'expression. Comparez ce qui arrive ici avec les phénomènes qui surgissent dans le point de nos organes où se manifeste une collection purulente ; les molécules vivantes se révoltent, pour ainsi dire contre ce fluide.

Du reste, ce n'est pas, comme on pourrait le croire, l'absence de réaction inflammatoire qui pourrait décider maintenant la question de savoir si la collection est séreuse ou sanguine, puisque ni l'un, ni l'autre de ces liquides ne provo-

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

L'usage est bien, l'abus est dangereux. — Une parenthèse. — La statistique médicale, son but, ses moyens, ses limites. — Ce qui est arrivé à un partisan trop exclusif de la méthode numérique. — Moralité. — Un âne peut-il entrer à l'Académie? — Candidatures nouvelles. — Un nouveau professeur. — M. de Blainville et son suppléant. — Economie médicale. — Boîte aux lettres.

Les meilleures choses ont leurs inconvénients ; leur usage est utile et bon, et leur abus peut être intolérable, vieille vérité que je n'ai pas la prétention de rajeunir, même par un exemple. Cependant j'en citerai un nouveau. Il est relatif à l'emploi de la statistique médicale, dite méthode numérique, dans la pratique *ordinaire* de la médecine. Remarquez, je vous prie, le mot ordinaire que je souligne à dessein. Il me permet, en effet, de faire en quelques mots ma profession de foi nette et franche sur ce sujet vivement controversé, qui a soulevé et qui soulève encore des discussions très animées. — Ici j'ouvre une parenthèse. — Il faut bien, mon cher lecteur, que vous me donniez de temps à autre, et quand l'occasion s'en présente, la liberté de dire sincèrement mes idées sur les sujets à l'ordre du jour. M'emprisonner strictement dans le cercle anecdotique, ce serait me réduire souvent à l'impuissance. Le monde médical est, après tout, fort limité ; il ne présente ni assez de mouvement, ni assez d'éclat, ni assez de passions, ni, le dirai-je ? assez de ridicules pour que le chroniqueur puisse espérer hebdomadairement une récolte suffisante. Je sens le désir et le besoin d'élargir mon cadre. D'ailleurs la *causerie* est de sa nature variée, mobile, inconstante ; on *parle* sur un sujet, on *cause* sur tous. Je ne sais pourquoi je me priverais gratuitement d'une infinité de sujets qui pris sous un certain point de vue et présentés sous certaines formes peuvent intéresser et distraire le lecteur. Hommes et choses, dogme et pratique, idées et application, institutions et réformes, critique littéraire et philosophie médicale, tout cela sur des proportions dont il est maître, revient de droit au feuilleton. Seulement il faut que le lecteur ait assez d'indulgence et l'auteur assez de sens pour se rappeler sans cesse que causer n'est pas discourir. Quelquefois peut-être sous une forme en apparence légère, pourrai-je trouver quelque enseignement sérieux, et j'avoue que c'est un peu là mon ambition. — J'arrive à la statistique médicale.

L'introduction de ce moyen d'études et de recherches a été vivement soutenue d'un côté, combattue avec opiniâtreté de l'autre. Elle ne méritait, à mon sens,

Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

Qu'est-ce, en général, que la statistique ? En voici une définition énergique et profondément vraie de Napoléon : *C'est le budget des choses*. Dans les sciences médicales, la statistique serait donc le budget de nos connaissances. Ceux qui prétendent quelle ne peut pas s'appliquer aux faits pathologiques, à cause de leurs variétés et de leurs différences, ignorent sans doute qu'elle a été appliquée avec le plus grand succès à un ordre de faits bien autrement inconstants et mobiles, aux faits intellectuels et moraux. A l'aide de la statistique, le publiciste a pu fonder tout un système d'économie politique, le législateur ses codes, le criminaliste ses bagnes et ses prisons. A l'aide de la statistique, le législateur qui cherche un remède aux maux qui rongent notre société et qui a besoin de s'enquérir du nombre d'individus qui portent atteinte à la propriété ou à leurs semblables, le philosophe sait et peut dire combien dans une année le fer de la justice tranchera de têtes, combien d'hommes seront voleurs, combien faussaires, combien meurtriers. Et cependant quoi de plus variable que les passions humaines et leurs causes d'excitation ! Mais ce que la statistique ne peut pas faire et ne fera jamais, c'est de dire : Tel homme sera voleur, tel autre faussaire, tel autre meurtrier. Aussi la statistique criminelle n'a jamais affecté de pareilles prétentions ; elle s'est bornée à exposer des résultats généraux sans vouloir jamais en faire une application individuelle et actuelle. Car, qu'on veuille y réfléchir, au bout de tout cela on trouve avec effroi le fatalisme du crime que la morale, l'ordre et l'instinct de conservation propre aux sociétés comme aux individus doivent éloigner de toute discussion.

En thèse générale et comme moyen propre à arriver à la détermination du budget de nos connaissances, la statistique ne paraît pas réfractaire aux sciences médicales. L'individualité, la variété, la mobilité des phénomènes pathologiques, ne semblent pas des obstacles insurmontables, tant que l'on veut rester dans la limite des faits généraux. La détermination des causes des faits généraux, leur nature et leur nombre, voilà le véritable et seul domaine de la statistique en médecine comme en toutes choses. Au delà elle empiète, elle usurpe, elle se noie. De même que la statistique criminelle qui s'applique aux masses, ne prive pas la société des garanties des tribunaux qui n'exercent leur action que sur l'individu, de même la statistique médicale quelque rigoureuse, quelque exacte qu'elle soit, n'empêchera pas le médecin-praticien de tenir compte des indications individuelles et actuelles, car le fatalisme médical est aussi dangereux que le fatalisme du crime.

C'est là peut-être ce que n'ont pas suffisamment compris les adversaires et les partisans de la statistique. Les premiers, voyant son impuissance et sa stérilité dans la pratique ordinaire, en ont conclu son inutilité radicale et absolue en exagérant même ses dangers ; les seconds, enthousiasmés de quelques résultats fort intéressants, sans doute, mais bornés, ont placé tout l'avenir de la science et de l'art sur ce moyen d'études, en jetant un inexprimable dédain sur tout ce qui ne sortait pas de cette école. C'est ici qu'avec raison on peut dire : *Periculosum est credere et non credere*. Il faut savoir accepter les services réels que peut rendre la statistique renfermée dans ses justes limites ; elle peut, et elle seule, élucider un très grand nombre de questions obscures ; mais espérer qu'elle puisse jamais lever une seule difficulté de la pratique, serait, je crois, une complète déception. Le statisticien, en médecine, ne peut et ne doit l'être que dans son cabinet; au lit du malade le problème est à peu près toujours nouveau, et tous les chiffres du monde ne vous donneront pas une lumière.

C'est à quoi n'a pas pensé un de nos confrères de province qui, quoique jeune, s'était trouvé, par un concours de circonstances fort heureuses, lancé dès son début, dans une clientèle brillante et nombreuse. Adepte enthousiaste, mais de bonne foi, de la méthode numérique, il ne jurait que par elle, ne voyait qu'elle et ne voulait se laisser guider que par ses indications. Mais il n'avait pas vu que presque tous les résultats statistiques ne sont pas des acquisitions de vérités nouvelles, mais bien plutôt le renversement de quelque erreur accréditée ; la statistique n'est pas de sa nature positive, mais bien plutôt négative ; ses conclusions n'aboutissent pas à faire telle ou telle chose, mais bien à s'abstenir parce qu'elle ne trouve presque jamais des motifs suffisants d'action. Aussi, notre jeune confrère était-il appelé auprès d'un malade, il avait besoin de s'enquérir d'abord de ce qu'avait dit la méthode numérique sur la maladie en question. Mais la méthode n'a pas encore tout dit, et quand il tombait sur des cas non encore explorés par la numération, son anxiété était extrême. Profondément dédaigneux des classiques, il ne leur trouvait ni autorité suffisante, ni observation satisfaisante, ni rigueur nécessaire ; et par conscience, il se bornait à la thérapeutique d'infusion. Avait-il affaire à une maladie analysée, comptée et chiffrée par la méthode, il n'en était guère plus avancé, car il rencontrait presque toujours au bout la négation de telle ou telle médication qui plongeait son esprit dans un doute pénible. Encore ici sa conscience le forçait à s'abstenir, et ses prescriptions se bornaient aux quatre-fleurs. Mais, chers confrères, vous le savez bien, ce n'est pas ainsi qu'on mène sa barque dans cet océan plein d'écueils et de rescifs de la pratique. Règle générale : le malade s'accommode mal de l'eau miellée ; et les parents, et les amis, et les commères, et notre intime ennemi le pharmacien !..... Ce fut bientôt un chorus général dans la petite mais riche ville de ...., contre le médecin à l'eau de gomme qui se trouvait toujours désarmé en face de toute maladie. Autant le début de notre jeune confrère avait été brillant, autant sa chute fut rapide et douloureuse. Les habitants revinrent à deux

quent cette réaction; mais c'est qu'il existe dans la tumeur elle-même certains signes que l'habitude et l'attention ne peuvent manquer de faire reconnaître. La tumeur que porte cet homme n'est pas assez tendue pour une collection séreuse, elle semble, quand on la palpe dans tous les sens, être formée par des parois très épaisses; mais c'est là une illusion à laquelle il ne faut pas se laisser prendre. En réalité, on reconnaît bientôt que cette sensation illusoire d'épaisseur tient tout simplement à la densité, à l'épaisseur de la matière contenue, c'est-à-dire à la présence de sang coagulé dans la bourse muqueuse réuni à du sang fluide et du sérum coloré en rouge probablement.

Le diagnostic ainsi discuté, reste à savoir maintenant quels devront être le pronostic et le traitement applicables à ces sortes de tumeurs.

Les suites d'une pareille maladie sont très variées; elle peut se terminer par résolution; mais c'est une des terminaisons rares, surtout quand il y a des caillots volumineux. La résorption du liquide épanché peut aussi amener deux espèces de terminaisons. Ou bien à l'épanchement primitif succède un hygroma, le sang disparaît et le sérum reste; ou bien c'est une tumeur solide; la loupe du genou qui persiste après la disparition de la partie séreuse. Il se peut cependant aussi que les deux liquides se combinent de manière à former une sorte de bouillie noirâtre, ressemblant à du chocolat; et enfin on voit encore le morcellement des caillots sanguins produire ces grumeaux qui ont l'apparence de grains de riz.

Une dernière terminaison de l'épanchement sanguin dans la bourse muqueuse du genou, consiste dans l'inflammation et la formation d'un abcès sanguin.

Les moyens à employer contre cette affection doivent avoir pour but d'abord d'amener la résolution de la tumeur: les résolutifs, la compression, l'écrasement, seront mis en usage. Le caustique, l'extirpation, l'incision cruciale, nous paraissent devoir être rejetés. Les meilleures méthodes à employer, si les précédentes ont échoué, consisteront à déchirer ce kyste sous la peau et à l'écraser, ou bien à le vider et à le faire suppurer ensuite, ou encore, après l'avoir vidé, à établir une compression suffisante.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. JADELOT.

Ascite. Hypertrophie de la rate et du foie.

Au n° 26 de la salle Sainte-Catherine a été couchée une fille de dix ans, malade depuis quatre mois.

D'une constitution lymphatique, d'une bonne santé habituelle, vaccinée, non variolée, cette enfant a été prise, il y a quatre mois environ, d'une maladie qui paraît avoir été accompagnée de fièvre, au dire des parents, et dont un des principaux symptômes fut une coloration jaune de la peau de la face et du tronc. Il y eut aussi des vomissements, et une douleur assez vive au creux de l'estomac; phénomènes qui cédèrent à l'emploi de quelques sangsues et de quelques purgatifs. Quinze jours environ après la cessation de la maladie aiguë, c'est-à-dire il y a maintenant trois mois, le ventre commença à devenir volumineux, non pas tout d'un coup, mais graduellement et d'une manière insensible. Il n'était le siége d'aucune douleur. Peu après le commencement de cette augmentation de volume, la malade remarqua que ses jambes et principalement les chevilles et les coudepieds étaient le siége d'un gonflement œdémateux, augmentant pendant la marche et la station debout, sans changement de couleur à la peau; gonflement sur lequel la pression des doigts déterminait un léger enfoncement qui persistait pendant un certain temps. En même temps, difficulté, gêne de la respiration, surtout quand elle monte ou marche vite. Quelques palpitations. Tous ces symptômes ayant augmenté, la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Voici l'état qu'elle présente lors du premier examen:

Visage pâle, un peu bouffi, sans aucune trace de la teinte ictérique, dont nous avons parlé plus haut. Inappétence; soif modérée; langue à peu près normale. Ni nausées, ni vomissements. L'abdomen est assez fortement distendue, sans gonflement très considérable cependant des veines qui serpentent dans l'épaisseur des parois abdominales. La percussion périphérique fait constater la présence d'un liquide et la sensation de flot. Matité de l'abdomen, à l'exception de la partie supérieure et moyenne où la percussion détermine la résonnance tympanique. L'exploration du foie, au moyen de la pression, fait reconnaître une augmentation considérable du volume de cet organe qui dépasse de plusieurs travers de doigt le rebord des fausses côtes, et la percussion thoracique démontre manifestement le refoulement de cet organe en haut. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière dans toute l'étendue du thorax. On n'entend aucun râle sibilant ou sonore grave. Bruits du cœur normaux. Pouls à 72. Un peu d'œdème des extrémités inférieurs. — Deux bouillons. Décoction de chiendent avec nitrate de potasse. Oxymel scillitique.

Le 13 juillet, l'état de la malade ne présente pas d'amélioration sensible. Même volume du ventre. L'œdème des membres inférieurs a un peu diminué; ce qui tient peut-être autant à la position horizontale que conserve la malade, qu'à l'emploi des médicaments mis en usage. — Frictions sur le ventre avec l'huile de camomille. Même traitement.

Le 25, on examine l'urine de la malade avec l'acide nitrique, qui y détermine un précipité floconneux assez abondant, formé par l'albumine. Le volume du ventre paraît avoir un peu diminué, et l'abdomen est moins tendu. En faisant coucher la malade sur le côté droit, et en explorant par la percussion la région de l'hypochondre gauche, on constate une matité qui paraît être produite par une augmentation de volume de la rate. — Même traitement.

Dans les premiers jours du mois d'août, on pratiqua la paracentèse, qui donna issue à une assez grande quantité de liquide séro-albumineux parfaitement transparent. L'examen, fait avec le plus grand soin des régions que nous avons indiquées, fait reconnaître de la manière la plus évidente une hypertrophie de la rate et du foie.

Quelques jours après l'évacuation du liquide, un léger purgatif est administré; les membres inférieurs sont presque entièrement dégonflés. La gêne de la respiration est diminuée. Le pouls est à 68-72 par minute. On continue l'emploi des boissons diurétiques, auxquelles on joint l'infusion légère de feuilles de digitale, les frictions d'huile de camomille camphrée sur le ventre, et une compression modérée sur les parois abdominales. Vers la fin du mois d'août, la malade, non guérie, mais dans un état beaucoup plus satisfaisant qu'au moment de son entrée, demande à retourner chez ses parents.

— L'ascite n'est pas extrêmement fréquente chez les enfants; cependant on la rencontre quelquefois après la scarlatine, la rougeole; mais alors elle n'est le plus souvent qu'un phénomène passager, et qui disparaît assez rapidement, sans que l'on ait même souvent besoin de mettre en usage les médicaments diurétiques qui constituent d'ordinaire la base du traitement. Lorsqu'elle est symptomatique d'une péritonite chronique, d'une affection profonde et chronique du foie, de la cyrrhose, par exemple; d'une péritonite tuberculeuse et d'une tuberculisation des ganglions mésentériques, la cause en étant plus grave, plus profonde et, pour la plupart des cas, inguérissable, il est facile de concevoir que sa guérison complète est presque impossible, et que l'on peut plus souvent obtenir une amélioration passagère qu'un succès complet. Quelle était, dans le cas qui nous occupe, la nature et la cause de l'ascite dont était affectée cette jeune fille? Examinons rapidement les symptômes qu'elle a présentés, et les maladies antérieures auxquelles on pourrait rattacher la production de l'ascite.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés par les parents de la malade, il paraît certain que quatre mois avant son entrée à l'hôpital, elle aurait été affectée, soit d'un ictère simplement, soit plutôt d'une gastro-duodénite accompagnée d'ictère. Les symptômes qui ont été observés du côté du tube digestif, les vomissements, les douleurs épigastriques, viennent à l'appui de cette opinion. Peut-être, bien que cette maladie soit assez rare dans nos contrées, et beaucoup plus rare que dans les climats chauds, peut être y a-t-il eu également hépatite; ce qui semblerait peut-être confirmer cette idée, c'est l'hypertrophie énorme du foie qui a été à plusieurs reprises constatée par la percussion et par l'exploration à l'aide de la palpation.

Dans le cas actuel, nous ne pensons pas que l'ascite ait été le résultat d'une péritonite chronique, l'enfant n'ayant jamais présenté, au dire des parents, aucun symptôme qui pût faire croire à l'existence de cette maladie. Nous ne croyons pas devoir non plus en chercher la cause déterminante dans l'existence d'une péritonite tuberculeuse, non plus que d'une tuberculisation du mésentère. D'abord, en supposant l'existence d'une affection de ce genre, une fois l'abdomen vidé du liquide qu'il contenait, on eût pu, sans aucun doute, par la dépression profonde des parois abdominales, constater l'existence des tumeurs tuberculeuses siégeant dans les ganglions mésentériques, et c'est une altération que l'examen le plus scrupuleux n'a pu faire découvrir. Puis, et l'existence de cette loi générale a été démontrée de la manière la plus certaine par M. Louis, il est extrêmement rare, si tant est même qu'il y ait des cas exceptionnels, que des tubercules existent dans un point quelconque de l'économie sans qu'il y en ait en même temps dans les poumons, et les méthodes d'auscultation et de percussion, si perfectionnées maintenant, n'ont pu faire découvrir dans l'appareil pulmonaire la moindre trace de productions tuberculeuses.

Il n'est pas probable non plus que l'on pût en rapporter la cause à la néphrite albumineuse, à la maladie de Bright, bien que la présence de l'albumine dans les urines ait été démontrée par l'examen chimique. Nous reviendrons plus bas sur cette albuminurie et sur la valeur que l'on peut y attacher dans le diagnostic. La cause de l'ascite paraît donc être, dans le cas actuel, un obstacle à la circulation veineuse, déterminé par l'altération profonde et l'hypertrophie du foie, lésions chroniques organiques contre lesquelles la thérapeutique est malheureusement impuissante, et qui ne permettent guère qu'une guérison passagère, une cure palliative, et dont la persistance ramènera, sans aucun doute, dans un espace de temps plus ou moins éloigné, la production des mêmes phénomènes.

Si nous passons à l'examen des symptômes en eux-mêmes, voici les points qui nous ont paru les plus dignes de fixer un moment l'attention. Et d'abord, la dyspnée à laquelle la malade était en proie lorsqu'elle a été amenée à l'hôpital. La résonnance et la respiration, avons-nous dit, étaient parfaites dans toute l'étendue de la poitrine. Ainsi, l'on ne peut supposer qu'elle fût le résultat d'une affection de l'organe pulmonaire en lui-même. Mais la grande quantité du liquide con-

---

anciens praticiens du pays, dont l'étoile avait pâli devant l'élève de quelques célébrités parisiennes, et dans ce moment, plein d'ardeur et de foi néanmoins encore pour la méthode numérique, il peut compter non pas les clients qu'il possède, mais ceux qu'il a perdus.

A tout il faut une moralité. Celle que l'on peut tirer du malheur de ce jeune confrère, c'est que la statistique ne conduisant scientifiquement qu'à la connaissance des faits généraux, ce qui ne donne jamais aucun secours pour un cas particulier, il faut oublier la statistique en face d'un malade, et baser ses indications ailleurs que sur des moyennes variables selon le nombre des cas et la patience des observateurs.

— On parle, à l'Académie de médecine, d'une singulière demande faite par un membre de la section de médecine vétérinaire. Voulant se poser sur un pied d'égalité parfaite avec les autres sections, il sollicite le droit de conduire, comme le font les médecins et chirurgiens, quelques malades de sa clinique à l'Académie, et de les soumettre à l'examen de ses collègues. Il possède dans sa clientèle, précisément à l'heure qu'il est, un sujet présentant un cas rare et singulier qui mériterait, dit-il, toute l'attention de l'Académie; mais ce sujet est un âne. La chose a paru fort inconvenante au conseil. It aurait peut-être accordé le cheval; mais un âne!.. La demande a semblé fort incongrue, et n'a pas trouvé le plus petit appui. Le vétérinaire insiste, et veut, dit-il, porter l'affaire devant l'Académie tout entière. Il sera fort curieux assurément d'entendre ce corps savant délibérer et discuter sur une proposition semblable: Un âne peut-il entrer à l'Académie? A la rigueur, la chose ne paraît pas impossible; et même on assure que ce ne serait pas le... Mais avec ces diables de solipèdes, on craint toujours de faire quelque allusion désobligeante, et il est aussi difficile de parler d'un âne que de le conduire quand il ne veut pas marcher.

— Ce que l'Académie veut faire entrer, c'est un nouveau membre dans la section d'anatomie et de physiologie, place pour laquelle la candidature est ouverte. Cette candidature, qui a surgi après des débats émouvants, et dans les préparatifs d'une séance solennelle, ne s'est pas encore suffisamment dessinée pour qu'il y ait mot à dire. Je prends exactement note des candidats, et au moment opportun le feuilleton dira son opinion avec la même liberté, la même indépendance et le même sentiment de devoir et de justice dont il est fier d'avoir témoigné jusqu'ici. Je sais bien que ces idées, un peu chevaleresques par l'époque qui court, m'ont valu, d'un côté, de petites ou de grandes colères; de l'autre, le sourire tant soit peu impertinent des sceptiques et des indifférents. Mais le feuilleton n'a d'autre désir que celui de s'adresser aux hommes de cœur et de conscience, de conviction et de bonne foi; et il croit, il affirme qu'il s'adresse ainsi à la majorité de ses lecteurs.

— Voici une bonne nouvelle, que je suis heureux de vous apprendre le premier dans la presse médicale. Qui de vous ne connaît M. de Blainville par ses recherches, ses ouvrages, ses travaux, et surtout par ses cours si savants, si animés, si pittoresques? Après plus de vingt ans de cette vie si laborieuse et si utile, M. de Blainville a demandé un peu de repos et un suppléant à sa chaire du Muséum d'histoire naturelle. Le repos était facile à accorder; mais le suppléant, où le trouver? M. de Blainville l'a désigné lui-même; il l'avait rencontré, il l'avait deviné dans un tout jeune homme inconnu, modeste, mais plein de talent et de savoir qu'il s'était associé comme aide dans ses travaux d'anatomie. Avec cette générosité propre aux hommes supérieurs, avec ces allures d'indépendance et de fermeté que nous lui connaissons tous, M. de Blainville a surmonté les obstacles qui s'opposaient à la nomination de son recommandé; obstacles sur lesquels je veux bien me taire, par respect pour des savants illustres qui, hélas! ont bien aussi leurs petites passions et leur faiblesses. M. Gratiolet — c'est le nom du suppléant de M. de Bainville, — a donc pu monter dans cette chaire qui rappelait des souvenirs si dangereux et si brillants, et y monter à un âge où d'ordinaire on écoute les leçons qui en descendent. Un vif intérêt s'attachait à ce début, intérêt d'affection d'un homme illustre pour son élève, intérêt pour la jeunesse du nouveau professeur, intérêt de sympathie instinctive pour tout ce qui s'élève par la seule force du mérite et du talent. Dès sa première leçon, M. Gratiolet a plus que légitimé ces intérêts divers. Je vous annonce une des plus rares et des plus merveilleuses aptitudes professorales qu'il vous ait été donné d'entendre et d'apprécier. Elocution brillante, facile, littéraire, s'exerçant sur un fond solide, sur une instruction profonde et variée, sur des aperçus élevés, sur des considérations ingénieuses, sur une observation rigoureuse et exercée, telles sont les facultés éminentes qui ont été universellement reconnues et applaudies par un auditoire nombreux et d'élite. Un homme devant le goût et l'appréciation duquel nous devons tous nous incliner, M. Pariset, après cette leçon, a voulu presser dans ses bras ce jeune homme de tant d'avenir, et lui a adressé, les larmes aux yeux, un de ces mots heureux que lui seul sait trouver et dire. Hommage touchant et rare qui honore autant celui qui l'accorde que celui qui le reçoit.

Pour mon compte, moi qui n'ai l'honneur de connaître en aucune façon M. Gratiolet, je suis vivement heureux de lui donner le premier l'accolade de la presse médicale et d'annoncer son succès qui rejaillit un peu sur nous, car M. Gratiolet, interne des hôpitaux de Paris, est un de nos jeunes confrères.

— N'avez-vous jamais regretté qu'il n'existât aucun enseignement ni oral ni écrit qui pût apprendre au médecin une infinité de choses qui ne sont ni la pathologie ni la thérapeutique, et qui sont cependant tout aussi nécessaires au praticien? Et n'est-il pas étrange qu'à une époque où l'on s'est tant occupé d'économie politique, d'économie sociale, d'économie professionnelle et domestique, nous n'ayons absolument rien sur l'économie médicale? Il paraît que ce regret et cet étonnement ont été partagés par M. le docteur Munaret, si honorablement connu par son beau livre du *Médecin de campagne*, et qu'il a conçu l'espoir et le projet de combler cette lacune. J'ai vu annoncé un *Annuaire d'économie médicale* dont le but et le plan me paraissent fort utiles. J'ai la plus grande confiance en M. Munaret, dont la première publication a été non-seulement un bon livre, mais encore une belle et noble action. J'attends donc son *Annuaire* avec une certaine impatience, et je me figure qu'il soutiendra l'honorable réputation que s'est acquise son auteur.

Jean RAIMOND.

Boîte aux lettres de J. Raimond.

J'ai reçu une longue lettre anonyme et aigre-douce, dans laquelle on me reproche ce qu'on appelle mon opposition aux recherches microscopiques et chimiques en pathologie. Je n'ai aujourd'hui ni le temps, ni l'espace nécessaires pour prouver à mon correspondant qu'il s'est étrangement mépris sur mon intention; c'est ce que j'aurai probablement bientôt l'occasion de dire et de démontrer.

— Je prie le lecteur de se souvenir que la dernière lettre du feuilleton devait être signée *Dumont*, et non Damont. Les quelques lignes de préambule qui la précédaient ont été aussi étrangement défigurées à la composition. Je compte sur la sagacité du lecteur pour qu'il en ait compris le sens.

Une victime de la science.

George Cuthbert fut trouvé ivre dans les rues de Liverpool, à une heure indue; interrogé par un *policeman* sur son nom et son domicile: — Je suis une victime de la science, répondit-il à l'officier de police, avec force hoquets, mais je l'ai trouvé enfin. — Trouvé quoi? répliqua le policeman. — Silence, je vais vous le dire. Savez-vous, et si vous ne le savez pas il faut que vous le sachiez, que pendant des années j'ai cherché à constater la force comparée des fluides alcooliques, et que je viens de faire à l'instant même cette découverte dans whisky; voici comment: Je prends trois verres d'eau-de-vie, pas d'effet; trois de gin, pas davantage; trois de whisky, l'effet est produit de suite. Ma grand'mère me disait souvent que je serais victime de ma soif de science. — Très bien, dit le constable, venez avec moi, et vous achèverez vos études dans le Watch-house (corps-de-garde).

(*Gazette médicale belge.*)

tenu dans l'abdomen, le refoulement des viscères abdominaux par ce liquide contre le diaphragme, refoulement rendu plus grave par l'hypertrophie considérable de la rate et du foie, expliquent d'une manière satisfaisante la difficulté de la respiration. La compression mécanique exercée par la réunion de toutes ces causes, et la diminution par conséquent du volume des poumons, rend suffisamment compte de la dyspnée. Le poumon, se trouvant réduit à un plus petit volume, est forcé, par cela même, de suppléer par un plus grand nombre de mouvements dans un temps donné à l'ampleur normale des inspirations; et sans aucune altération de l'appareil respiratoire en lui-même, on se rend parfaitement compte de la fréquence plus grande des mouvements respiratoires.

Le pouls n'a pas été sensiblement altéré dans sa fréquence et dans son rhythme; il n'a jamais dépassé, pendant le séjour de la malade à l'hôpital, 72 ou 76 pulsations. De temps en temps, l'on a pu constater quelques palpitations; mais elles étaient probablement dues à l'état anémique du sujet.

Nous avons dit que les veines des parois abdominales n'avaient pas paru sensiblement dilatées, comme elles le sont généralement chez les individus atteints d'hydropisie ascite. La raison en est, ce nous semble, que l'affection n'était pas encore assez ancienne pour déterminer cette augmentation de calibre. Nous ne rappellerons qu'en passant l'œdème des membres inférieurs, qui par lui-même n'a pas une grande valeur séméiotique, et qui n'était dû qu'à un symptôme dépendant de l'embarras de la circulation. On observe en général cet œdème dans toutes les maladies aiguës ou chroniques dans lesquelles le cours du sang est gêné, et ici, outre l'obstacle probable de la circulation veineuse abdominale déterminée par l'hypertrophie du foie, la compression du liquide péritonéal sur les gros troncs veineux des membres inférieurs suffisait pour en rendre compte. Peut-être aussi l'état anémique du sujet n'y était-il pas étranger, car on sait que, chez les femmes chlorotiques, on observe assez souvent cette infiltration des membres inférieurs, dus alors à la pauvreté du fluide sanguin, et à l'altération profonde qu'il présente dans sa composition interne.

Nous avons dit que nous dirions quelques mots de la présence de l'albumine dans l'urine. L'albuminurie n'est pas toujours un signe de l'existence de la maladie de Bright, comme l'ont cru certains auteurs. Dans le cas actuel, aucun phénomène ne pouvait faire supposer qu'il y eût néphrite ou dégénérescence du tissu de l'organe sécréteur de l'urine. Mais il est d'observation que, dans la grande majorité des affections qui s'accompagnent d'un épanchement de sérosité dans une des grandes cavités séreuses, les urines contiennent de l'albumine. Dans l'ascite, quelle qu'en soit la cause, dans la pleurésie avec épanchement, dans l'anasarque, on constate fréquemment ce phénomène. Il nous est souvent arrivé de l'observer chez des sujets qui, à la suite d'un exanthème cutané, de la rougeole ou de la scarlatine, étaient pris d'anasarque sans aucune trace de maladie des reins. Dans les cas de ce genre, l'albuminurie dans l'urine n'est que passagère, et cesse dès que le liquide séreux épanché ou infiltré a été résorbé.

Le diagnostic de l'ascite est le plus souvent très facile. Cependant il faudrait se garder de croire que, dans l'enfance, il n'offrît jamais de difficultés. Les très jeunes enfants ont souvent l'abdomen gros et développé. On pourrait croire, à première vue, qu'il contient de la sérosité, et l'erreur devient plus probable s'il y a un peu d'œdème aux jambes et surtout aux parois abdominales. Dans ce dernier cas, en effet, on perçoit une fausse fluctuation. On s'assurera de l'état de la maladie, disent MM. Rilliet et Barthez, 1° par l'impression digitale que laisse le doigt; 2° par l'interposition de la main appuyée légèrement sur l'abdomen, entre les deux points où posent les doigts chargés de rechercher la fluctuation. La sonoréité générale et l'absence de fluctuation feront distinguer avec facilité la tension gazeuse de l'abdomen.

Les auteurs ont distingué dans l'enfance, deux sortes d'ascites, l'ascite primitive, l'ascite secondaire. La première de ces deux formes est rare, bien que le contraire ait été soutenu par un médecin allemand qui en a fait le sujet d'un mémoire spécial. Selon M. Wolf, cette maladie serait assez commune chez les enfants de cinq à sept ans; elle serait caractérisée au début par la pâleur de la face, les douleurs de ventre, l'inégalité de l'appétit, et des évacuations alvines. Elle serait accompagnée de fièvre; les symptômes de maladie aiguë disparaîtraient lorsque l'exsudation séreuse se serait faite dans la cavité péritonéale. L'auteur n'ayant eu l'occasion de faire aucune autopsie, par conséquent aucun moyen d'arriver directement à la connaissance de la cause de la maladie, peut-être n'y a-t-il pas trop de témérité à supposer que quelques erreurs de diagnostic ont été commises, et qu'en effet chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'ascite primitive aiguë est une maladie peu fréquente.

L'ascite secondaire peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle se rapproche de certains cas de péritonite par la présence, au milieu du liquide épanché, de quelques flocons albumineux et inflammatoires, et aussi par l'analogie des symptômes et de la marche. On observe, en effet, l'état grippé et anxié de la face, la tension et la douleur de l'abdomen, le peu d'abondance du liquide. L'ascite secondaire ou cachectique chronique, l'enfant est pâle, la peau est froide, le pouls lent et peu développé; il n'y a point de réaction fébrile. Généralement le sujet est amaigri, et cela d'autant plus que la maladie est plus ancienne. Il y a un contraste frappant entre la minceur et la gracilité des membres, et le développement de l'abdomen. Le ventre est tendu, luisant, fluctuant, assez régulièrement arrondi, sonore aux parties supérieures, peu douloureux, quelquefois même insensible. La fièvre hectique, la diarrhée, l'anorexie, l'augmentation progressive de la cachexie viennent constituer un cortége de phénomènes toujours redoutables, et la maladie se termine le plus ordinairement par la mort.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de comprendre que le pronostic de l'ascite est toujours grave lorsqu'elle dépend d'une affection chronique organique. Elle paraît être plus commune chez les garçons que chez les filles, et après l'âge de six ans que pendant les premières années de la vie. Dans le cas que nous avons rapporté au commencement de cet article, le pronostic nous paraît devoir être grave en raison des affections organiques qui ont été constatées dans divers appareils importants de l'économie. La guérison qui a été obtenue ne sera très probablement que passagère, et l'ascite se reproduira, sans aucun doute, dans un espace de temps plus ou moins éloigné.

Le traitement de l'ascite doit être modifié suivant la nature de la maladie et suivant les causes auxquelles on doit en rapporter la production. Les antiphlogistiques, les émissions sanguines, seront réservés pour les cas où la maladie affecte une marche suraiguë, s'accompagne de fièvre et simule la péritonite. Nous avons dit que ces cas sont les plus rares. On pourra mettre en usage les révulsifs sur le canal digestif lorsque cet appareil sera sain; on préférera, en général, les purgatifs salins, puis le calomel et la racine de jalap, la manne, lorsque l'on éprouve trop de difficultés à faire prendre aux enfants des médicaments amers ou désagréables au goût. Dans les cas d'ascite chronique, chez les sujets cachectiques, détériorés par des maladies antérieures longues, on pourra quelquefois retirer de bons effets de l'emploi des toniques et des excitants. Une des médications les plus généralement employées est celle qui consiste dans l'emploi des diurétiques. Le nitrate de potasse à petites doses dans des boissons délayantes, la digitale, l'oxymel scillitique à l'intérieur; à l'extérieur, on se trouve souvent bien de frictions sur l'abdomen avec la teinture de scille et de digitale. Les frictions avec l'huile de camomille camphrée n'ont pas toujours été inutiles. Ce n'est que dans les cas où la distension du ventre est très grande et très pénible, cas assez rare chez les enfants, que l'on sera obligé de recourir à la paracentèse.

SOCIETE MEDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 6 novembre 1844. — Présidence de M. Brierre de Boismont.

1° Lecture du dernier procès-verbal, qui est adopté.

2° *Correspondance.* — M. Gairal, médecin à Verdun, envoie l'observation d'un lipome occupant la partie supérieure et antérieure du cou, qui a été enlevé par lui avec succès, et pour l'ablation duquel il a été obligé de pratiquer la double ligature de la veine jugulaire externe gauche. — Remercîments à l'auteur.

M. Forget demande l'insertion de l'observation au procès-verbal.

3° Lettre de M. le docteur Blick, membre correspondant de la Société en Norvége, avec envoi de trois volumes du Journal hebdomadaire norvégien de médecine et de pharmacie. — Remercîments à notre confrère, sur l'envoi duquel un rapport sera fait par M. Caffe.

4° M. le docteur Depaul, ancien chef de la clinique de M. Dubois, écrit pour demander le titre de membre résidant, et envoie 1° sa thèse de concours sur le torticolis; 2° un travail sur l'auscultation obstétricale; 3° un autre sur l'emphysème qui succède brusquement à la rupture de quelque point des voies aériennes. — Commissaires: MM. Larrey, Chailly et Laborie, rapporteur.

5° Lettre de M. le docteur Bertrand (de Strasbourg), qui demande le titre de membre correspondant, et envoie 1° un travail sur le rétrécissement du gros intestin par une bride péritonéale; 2° un essai sur l'observation médicale en général. — Commissaires: MM. Larrey, Forget, et Giraldès, rapporteur.

6° M. le docteur Lavacherie (de Liége) envoie, en demandant le titre de membre correspondant, 1° Mémoires et observations sur quelques maladies des os maxillaires; 2° de la gangrène de la bouche avec nécrose des os maxillaires. — Commissaires: MM. Caffe, Cherest, et Forget, rapporteur.

7° Une lettre de M. le docteur Beugnot, médecin à la Nouvelle-Orléans, qui demande le titre de membre correspondant, et envoie un travail très étendu sur le traitement de la fièvre jaune. — Commissaires: MM. Caffe, Cherest, et Faivre, rapporteur.

8° M. le docteur Hairlon (de Louvain), écrit pour demander le titre de membre correspondant, et envoie 1° Des considérations pratiques, et recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge; 2° un Rapport sur l'institut ophthalmologique de l'hôpital militaire de Louvain. — Commissaires: MM. Belhomme, Piédagnel, et Caffe, rapporteur.

9° M. Leblanc envoie le numéro de novembre de la Clinique vétérinaire.

10° MM. Barth et Roger font présent à la Société de la deuxième édition de leur remarquable Traité pratique d'auscultation et de percussion. — Des remercîments sont votés à notre collègue, M. Barth.

— *M. Larrey*, qui a présenté M. Guairal, ci-dessus nommé, fait passer sous les yeux de la Société un ingénieux dilatateur de l'urètre qu'a inventé ce médecin.

— *M. Piédagnel* annonce un cas fort curieux de petite vérole congénitale, pour l'observation duquel M. Belhomme est désigné, et dont les boutons seront apportés à la prochaine séance. La mère ne présente pas de traces de vaccin, et le père est couturé de petite vérole. C'est le second cas bien authentique dans la science.

— *M. Giraldès* lit son rapport sur les travaux de M. le docteur Gagetano Garviso, de Montevideo, que la Société admet à l'unanimité comme membre correspondant, après avoir écouté avec un grand intérêt les savantes considérations dont le rapporteur a enrichi l'analyse des écrits divers qu'il avait à examiner.

— *M. Caffe* présente un instrument qui, quoique très simple, n'en est ni moins ingénieux, ni moins utile pour tous ceux qui savent combien il est difficile de faire avaler des aliments ou des médicaments à certains malades ou à certains enfants. C'est un modèle de cuiller allongée, plate et assez étroite, adaptée à un manche creux en tuyau dans toute sa longueur, et dont la cavité aboutit dans celle de la cuiller; celle-ci est elle-même fermée dans la plus grande étendue de sa face supérieure par une plaque à charnière, qui s'ouvre suffisamment pour introduire les médicaments ou substances alimentaires, et qui se referme hermétiquement. A l'extrémité de la cuiller et sur la même face, est une autre ouverture permanente qui suffit à laisser couler les liquides quand l'extrémité libre du manche creux est ouverte. Les liquides, au contraire, ne tombent pas quand le doigt obture le manche; car on produit alors le mécanisme connu du *goûte-vin*.

— *M. Laborie* donne communication de deux cas d'accouchements suivis de la mort de la femme, dont l'un, qui s'est passé dans la clientèle civile il y a peu de temps, a été accompagné de circonstances très remarquables. Cette communication donne lieu à quelques observations de M. Forget, de M. Bélard, aussi membre de la Société et l'un des témoins de ce cas, dans lequel la détroncation fut pratiquée sans qu'on pût ensuite extraire la tête. Nous n'en donnons pas ici l'observation, qui sera publiée en entier quand elle aura subi une discussion contradictoire.

M. Caffe rappelle le fait d'un chirurgien anglais reconnu de tous pour un excellent accoucheur, et qui fut traduit en justice pour avoir, en voulant détronquer, perforé la matrice jusqu'au sacrum. Il dit, pour toute excuse, qu'il avait perdu la tête, et il fut acquitté après de simples admonestations.

— *M. Laborie* rapporte un fait d'amputation et de cautérisation profondes du col utérin, pratiquées sans douleur par M. Nélaton, et qui prouvent l'insensibilité de cet organe.

M. Larrey cite un nouveau fait d'insensibilité au cautère actuel, tandis que la femme souffrait par les autres caustiques.

M. Faivre cite le fait d'une dame L..., à la vérité très fantasque, très nerveuse et très journalière, qui n'avait pas souffert de ses cautérisations au nitrate acide, et qui accusa d'atroces douleurs, non dans le moment, mais plusieurs jours après une cautérisation pratiquée par M. Jobert, à qui elle ne permit pas de recommencer.

La séance est levée à dix heures.

Dr Faivre, *secrétaire particulier.*

De l'opération de la cataracte par élévation.

La tendance du cristallin à revenir à sa place naturelle, quand on l'a porté en bas et en dehors par la méthode de l'abaissement, est une des circonstances qui diminuent le plus les chances de succès dans cette manière d'opérer.

L'idée d'élever le cristallin, au lieu de l'abaisser, paraîtra singulière, puisqu'il trouvera dans les cellules supérieures du corps vitré intactes et rompues la même élasticité pour le repousser, et le même défaut de résistance pour lui livrer passage, et que son poids semble ajouter aux chances désavantageuses qui se présenteront dans cette position opposée à celle qu'on a choisie pour le déplacement.

Sans entrer ici dans aucune explication, je dirai seulement qu'un succès facile et complet a couronné quatre fois déjà, dans quatre opérations, cette nouvelle manière d'opérer. La première a été pratiquée par moi, en ville, sur une femme de soixante-dix-neuf ans; les trois autres à l'hôpital Saint-Louis, par M. Jobert, à qui j'avais communiqué mon premier essai.

Sans doute on a vu une série plus nombreuse de succès suivre la méthode de l'abaissement, et on ne peut encore rien affirmer sur la préférence à accorder au procédé par élévation. Jusqu'ici seulement il n'y a pas de raison pour ne pas poursuivre de nouveaux essais.

Sans vouloir, comme on y est disposé dans tout ce qu'on propose, trouver des avantages évidents sur tous les points, je dirai que le mouvement de pronation du poignet par lequel on élève la main et le cristallin en même temps, est plus facile que le même mouvement combiné avec celui d'abaissement.

Quant à la nouveauté du procédé, qui affirme rien non plus, je dirai seulement encore que je ne l'ai point trouvé dans les auteurs que j'ai consultés. Mais avant d'y attacher de l'importance, il faut laisser au temps le soin de décider s'il la mérite. Hervez de Chégoin.

REVUE GÉNÉRALE.

Emploi de l'huile de foie de morue dans les affections osseuses. — Voici deux observations que le lecteur rapprochera avec intérêt des réflexions de M. le professeur Trousseau sur le rachitis insérées dans un de nos précédents numéros. Ces observations sont publiées par M. le docteur Thémont, d'Ath, dans le Journal de médecine de Bruxelles.

Un ouvrier bottier, d'un tempérament lymphatique, âgé de vingt-quatre ans, a ressenti au mois de décembre 1840, à la suite d'un saut, une douleur au gros orteil du pied droit. Cette douleur, quoique continue, ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations jusqu'au jour où elle s'accrut vivement après avoir marché avec des bottes très étroites. Il se confia aux soins d'un officier de santé. Après six mois d'un traitement antiphlogistique infructueux composé de sangsues, de cataplasmes, de bains émollients et de repos absolu, pendant lequel on ouvrit deux abcès, le malade alla réclamer les soins de deux chirurgiens militaires alors en garnison dans cette ville. Ces messieurs, à l'aide d'un stylet introduit par deux trajets fistuleux, constatèrent la carie des os, l'ouverture de l'articulation; ils soumirent ce malade à un régime fortifiant; à des bains locaux avec la potasse et la cendre de bois pris chaque jour, et à des frictions faites avec des graisses fondantes. Ce traitement dura depuis août jusqu'en janvier de l'année suivante, époque à laquelle ces messieurs déclarèrent au malade qu'il fallait qu'il se soumît à l'amputation de cette partie.

Avant de se résoudre à cette dernière ressource, le malade fit prier M. Themont d'aller le voir. L'examen auquel il se livra lui fit connaître que les cinq ulcérations qui recouvraient à la face dorsale l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, communiquaient toutes entre elles et permettaient d'arriver dans l'espace inter-articulaire, de le traverser après avoir glissé entre les surfaces articulaires rugueuses et corrodées, et de faire saillir les chairs du côté opposé, de manière à sentir à cette partie l'extrémité du stylet. Ce stylet donnait lieu à de la crépitation quand on l'enfonçait dans l'une ou l'autre extrémité des deux os qui concourent à former cette articulation. A cette époque, il existait à la face dorsale de l'extrémité antérieure du premier os du métatarse, un peu au-dessus de l'article, une tumeur assez volumineuse contenant une grande quantité de sanie, des flocons albumineux et un peu de sang, qui s'écoulèrent complétement par l'ouverture qui fut pratiquée; par cette ouverture, le stylet, avec un peu d'effort, pénétrait dans le premier os du métatarse au-dessus de l'article, et quoi que fît M. Themont, il lui fut impossible d'arriver à l'espace articulaire; ces manœuvres faisaient seules souffrir le malade et donnaient chaque fois lieu à un écoulement de sang. M. Thémont joignit au traitement indiqué par ces messieurs, l'huile de foie de morue. Le malade en but huit pots dans l'espace de six mois, après lesquels les plaies furent cicatrisées, et l'articulation a repris tous les mouvements qu'elle exécute dans l'état physiologique. Cette guérison date de septembre 1840.

L'observation suivante offre encore plus d'intérêt. — Un agent de police de la ville d'Ath, âgé de quarante-neuf ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a éprouvé, en 1823, une affection de l'articulation huméro-cubitale qui, après une durée de trois ans, nécessita l'amputation de la moitié inférieure de l'humérus droit. Au mois de septembre 1839, il présenta à la face supérieure et postérieure du calcanéum de la jambe gauche une petite tumeur circonscrite, immobile, adhérente, plus douloureuse à la pression et par la marche, un peu élevée, molle vers le centre, où se manifestait de la fluctuation; la peau était rouge, douloureuse, légèrement amincie; cette tumeur, apparue depuis quinze jours, avait fait des progrès à peine sensibles; elle avait été précédée d'une douleur obscure, continue, plus vive sous la pression et par la marche. Un chirurgien habile, consulté par ce malade, avait annoncé que cette affection étant de la même nature que celle qu'il avait eue, en 1823, au coude droit, nécessiterait l'amputation du pied, si on ne parvenait point à la combattre. Ce pronostic grave émis par un chirurgien connaissant la marche d'une première affection osseuse que n'avait pu arrêter un traitement intelligent et fort long, jeta dans la désolation ce malheureux, père de sept enfants, n'ayant d'autres

ressources que la place à laquelle il eût dû renoncer s'il avait dû faire le sacrifice de ce pied.

C'est alors que, sur sa demande, M. Thémont se rendit chez lui, où il observa les symptômes décrits ci-dessus. Le malade lui affirma qu'il n'avait jamais eu aucune affection vénérienne, que jusqu'en 1823 il avait joui d'une parfaite santé. Il lui proposa d'ouvrir cette tumeur avec une lancette ; à peine l'ouverture fut-elle opérée, qu'il s'écoula une sanie grisâtre, ténue, mêlée de flocons albumineux, de caillots sanguins, sans odeur bien prononcée; le stylet, introduit dans cette ouverture, a heurté contre une surface dure, rugueuse, âpre, sur laquelle il n'a glissé qu'avec peine; lorsqu'on l'eut enfoncé plus profondément et fait pénétrer dans l'os, on ressentit alors une crépitation particulière, laquelle résulte, comme on sait, de la collision et de la rupture d'une foule de lamelles et de filaments friables que l'instrument rencontre. Cette recherche a été peu douloureuse, et accompagnée d'un écoulement assez abondant de sang veineux. Repos absolu, position horizontale, cataplasmes émollients, narcotiques, bains locaux, alimentation douce, et huile de foie de morue.

Ce traitement continué pendant un mois, dissipa la douleur et la rougeur dont cette partie avait été le siége. Trois mois plus tard, le malade se considérant comme guéri, fit quelques sorties, pendant lesquelles il reçut un coup de pied à la surface postérieure et supérieure du calcanéum, qui détermina une tumeur plus volumineuse que la précédente, qu'il fallut ouvrir avec la lancette, et qui nécessita un nouveau traitement. Sous son influence la guérison semblait prochaine, lorsque le malade fit un faux pas et heurta le talon contre un corps dur ; toute la série des symptômes déjà éprouvées se développèrent ; une nouvelle tumeur se forma; l'ouverture en fut faite; les mêmes moyens furent employés avec les mêmes résultats, et les plaies furent complétement cicatrisées après huit mois de traitement. L'huile de foie de morue fut continuée un mois encore; la constitution du malade s'était améliorée, ses forces sont revenues, et il a repris ses fonctions d'agent de police qu'il n'a plus interrompues depuis quatre ans, époque de sa guérison.

— *Emploi thérapeutique du valérianate de quinine.* — M. le Dr Devay, qui a déjà expérimenté sur une certaine échelle le valérianate de zinc, appelle aujourd'hui l'attention des praticiens sur une nouvelle combinaison de l'acide valérianique avec un alcali végétal, sur le valérianate de quinine découvert par le prince Bonaparte, et dont les médecins italiens ont beaucoup préconisé les succès. D'après M. Devay, le valérianate de quinine à petites doses est un antipériodique très efficace, supérieur au sulfate, par ses propriétés névro-sthéniques. Dans le nouveau produit, la quinine est mitigée par son association intime avec un acide végétal qui joint aussi son action doucement perturbatrice sur le système nerveux, à celle éminemment spécifique du produit de l'écorce du Pérou. Mais une condition essentielle, c'est que le médicament soit bien préparé, et, à cet égard, M. Devay donne de nombreux détails dans lesquels nous ne pouvons entrer.

M. Devay publie quatorze observations dans le mémoire qu'il a fait insérer dans la *Gazette médicale de Paris*. Elles ne sont pas toutes intéressantes au même degré. Elles sont relatives à des fièvres intermittentes simples ou graves, et à des névralgies périodiques. Dans tous ces cas, une faible dose de valérianate de quinine, 10, 15, 20 centigrammes, a suffi pour enrayer les accidents. Nous citerons comme spécimen un cas de fièvre intermittente pernicieuse, délirante, où le succès du médicament paraît éclatant.

Un homme de quarante-six ans entre, le 1er septembre, à l'hôpital de Lyon. Il dit éprouver depuis dix jours, tous les matins, des frissons suivis de chaleur et de sueurs; le reste de la journée le pouls demeure fréquent. Lors de l'examen d'entrée, on constate de l'incertitude dans les réponses; il accuse de plus une douleur assez vive dans les muscles de la région postérieure du cou; faiblesse musculaire générale.

Le 2, vers la fin de la nuit, le malade est saisi d'un violent frisson; le facies se décompose; délire furieux qui exige la camisole de force; une grande agitation persiste jusqu'à la visite du lendemain.

Le 3, le malade est très abattu, mais il a repris toute sa connaissance; sa peau est sudorale; le pouls est concentré, et s'élève à 96 environ. (Prescription : 40 centigrammes de valérianate de quinine, à prendre dans la journée dans un julep gommeux; deux vésicatoires aux cuisses.

Le 4, la nuit a été assez bonne; le malade a ressenti un léger frisson, qui a bientôt avorté; le sommeil seulement a été interrompu. Le facies est toujours un peu décomposé, la faiblesse persiste. (Continuation du valérianate.)

Le 7, convalescence; sortie le 12.

Le même médicament, à la même dose, a très bien réussi dans une fièvre intermittente soporeuse, dans une variole confluente avec symptômes ataxiques, dans une fièvre ataxo-adynamique. M. Devay en a aussi retiré de bons avantages dans deux cas de névralgie intermittente qui avaient résisté aux antinévralgiques ordinaires. Cependant, et malgré ces quatorze succès, c'est avec une certaine réserve que nous reproduisons les conclusions de ce travail ainsi formulées par M. Devay; savoir: que le valérianate de quinine est un antipériodique *supérieur* au sulfate de quinine par ses propriétés névro-sthéniques, et parce qu'il agit à plus petites doses; que son administration pure et simple *équivaut* à celle du quinquina et à des nervins combinés; qu'il est appelé à rendre, dans les fièvres de mauvais caractère, les services les plus éminents par ses propriétés spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur l'opération du strabisme ; deux mémoires par M. le docteur L. Boyer, 1842-1844. — In-8° avec planches. (Germer-Baillière et au Bureau de la *Gazette des Hôpitaux.*)

Le premier des deux mémoires qui composent ce livre, et qui a été en 1844 l'objet d'une mention de l'Institut, a été, il y a deux ans bientôt, analysé dans ce journal. Laissant passer la première période d'enthousiasme, suivie de quelle réaction, on le sait, dont l'opération du strabisme a été l'objet, M. L. Boyer a continué ses recherches sur ce sujet trop vanté d'abord, et peut-être trop abandonné maintenant, et le nouveau travail qu'il publie complète l'histoire de la strabotomie.

Un premier chapitre est consacré par l'auteur à une étude approfondie de l'anatomie et de la physiologie des muscles et des aponévroses de l'œil. N'eût-elle eu que cet avantage, l'opération du strabisme n'a pas été inutile en ce sens qu'elle a dirigé les recherches des anatomistes sur un point trop négligé jusqu'ici, nous voulons dire l'anatomie chirurgicale des parties qui entourent le globe oculaire. M. L. Boyer a apporté un contingent de travaux sérieux à cette portion de l'anatomie chirurgicale. Puis, examinant rapidement la valeur des divers procédés qui ont été proposés, il les compare à celui qu'il a déjà décrit dans son premier mémoire et dont il s'efforce d'établir la prééminence. Ce procédé, dans le détail duquel nous n'entrerons pas, consiste dans une incision horizontale, d'un centimètre de long à peu près, située à la partie interne de l'œil, sous l'extrémité interne de la paupière supérieure et s'étendant parallèlement au bord supérieur du muscle. Les lèvres de cette plaie, légèrement écartées, permettent de saisir avec une pince la couche aponévrotique sous-conjonctivale, et à lui faire une ouverture par laquelle le crochet mousse à écartement est introduit. Une fois le muscle coupé, les lèvres de l'incision conjonctivale se rapprochent et l'opération est terminée, en ne laissant le plus souvent qu'une incision horizontale cachée sous la paupière supérieure.

Les chapitres suivants consacrés aux accidents qui peuvent suivre l'opération, accidents plus rares que ne le ferait croire la délicatesse de l'organe autour duquel on opère; aux modifications que doit subir l'opération appliquée aux diverses variétés du strabisme, enfin aux résultats de l'opération, seront lus avec intérêt par les chirurgiens qui consentiront à se mettre en dehors de la polémique irritante soulevée il y a trois ans dans la presse médicale. Le livre de M. Boyer est terminé par un résumé portant sur 57 nouveaux opérés, dont 46 ont été complétement guéris, et 11 ont conservé un reste de déviation. Le nouveau mémoire dont nous venons de présenter un compte-rendu succinct, se recommande au lecteur, indépendamment de ses autres mérites, par la conscience avec laquelle l'auteur a traité son sujet, et dont on lui saura gré.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation et emploi thérapeutiques des mouches de Milan ; par M. Louradour.

Pr. Résine élémi,	125	grammes;
Styrax liquide,	125	id.;
Cire jaune,	150	id.;
Camphre,	30	id.;
Cantharides en poudre fine,	250	id.

On fait liquéfier ensemble, à une douce chaleur, la résine et la cire; après quoi on ajoute le styrax d'abord, puis les cantharides, et on maintient le tout sur un feu très doux pendant une demi-heure. Au bout de ce temps on retire du feu, on agite la masse emplastique avec une spatule, jusqu'à ce qu'elle soit à peu près refroidie, et alors, enfin, on y incorpore le camphre préalablement réduit en poudre très ténue par les moyens appropriés.

Cet emplâtre, qui est d'une bonne consistance, produit promptement et sûrement la vésication. La dimension des petits écussons, pour son application, peut varier de vingt-cinq millimètres à quatre centimètres. C'est le plus souvent sur du laffetas noir que l'on étend l'emplâtre pour préparer les petits écussons qui sont plus spécialement désignés par la dénomination de *mouches de Milan*.

Cette composition emplastique est employée comme dérivatif dans les cas de fluxions, de douleurs de tête, de maux d'yeux, de rhumatismes.

On place, sur le point désigné, un ou plusieurs petits écussons que l'on recouvre ensuite avec une compresse.

On n'enlève ces mouches que lorsqu'elles cessent de donner lieu à une sécrétion de sérosité, et qu'elles se détachent d'elles-mêmes. On doit, d'ailleurs, les renouveler au besoin.

(*Journal de chimie médicale.*)

Note sur les injections caustiques d'azotate d'argent dans le traitement abortif de la blennorrhagie ; par le docteur A. Berton.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 octobre dernier, les recherches pratiques de M. le docteur Venot sur le traitement abortif de la blennorrhagie par les injections caustiques d'azotate d'argent. Plusieurs médecins ont successivement proposé cette sorte de médication substitutive qui consisterait à remplacer, au moyen de l'injection d'une forte solution de nitrate d'argent, l'inflammation blennorrhagique par une inflammation *simple*, selon eux, qui diminue promptement et laisse l'urètre à l'état sain.

La *Gazette médicale* du 29 mai 1833 cite à ce propos le docteur anglais Carmichael, et plus particulièrement M. Burnett Lucas, dont les observations et les réflexions sont assez longuement exposées dans ce journal. L'année dernière, M. le docteur Debenney a publié un mémoire sur le même sujet ; et enfin, M. Venot vient d'essayer de nouveau ce mode de traitement.

Il s'en faut que les résultats recueillis par ce dernier médecin aient présenté les mêmes avantages que ceux annoncés par M. Debenney. Selon M. Venot, en effet :.....

1° Les injections caustiques avec l'azotate d'argent n'ont pas les conditions d'innocuité exigées par l'emploi de tout médicament héroïque, clause fondamentale de son administration.

2° Au lieu d'éteindre l'inflammation, ce traitement, éminemment perturbateur, l'exaspère localement d'abord jusqu'à l'hémorrhagie, pour la déplacer constamment ensuite, sans bénéfice réel pour l'affection primitive.

3° L'urétrorrhagie est en général le moindre inconvénient de cette méthode. L'orchite, les abcès urétraux, l'ophthalmie blennorrhagique, les transports rhumatismaux en sont les conséquences presque inévitables; n'omettons pas les phénomènes immédiats de la cautérisation, tels que les douleurs atroces du cordon, le priapisme, la fièvre, la dysurie, etc...

4° Au prix de ces accidents, l'avortement blennorrhagique n'arrive que dans de très rares circonstances; car, presque toujours, l'écoulement urétral reparaît après la cessation de la métastase.

J'ai été particulièrement témoin d'insuccès tout aussi grands que ceux relatés par M. Venot ; l'analogie était complète... et ce qui leur prête un caractère spécial de gravité, c'est qu'ils sembleraient rien moins qu'inévitables ; ce qui le prouve, c'est qu'ils ont été subis par une personne qui jusque là avait pu prendre le plus grand soin pour les éviter, puisqu'elle n'en parle pas ; par M. Debenny lui-même, qui, et je dois à la vérité de le dire, n'aurait pas été aussi heureux qu'ailleurs, pendant les quelques jours où, accidentellement, il a expérimenté la méthode en question dans l'infirmerie où j'étais chef de service

NOUVELLES.

MM. Volage, chirurgien aide-major de 1re classe au 3e du génie; Stephanopoli, *idem* de 2e classe aux spahis, et Durand, chirurgien sous-aide en Algérie, sont cités avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur-général, en date du 28 octobre 1844.

— Sont décédés : MM. Aucher, chirurgien-major de 1re classe au 1er chasseurs d'Afrique ; Cacbelièvre, *idem* de 2e classe au 5e dragons; Martin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 148. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Relevé des pneumonies reçues dans le service pendant les mois de février, mars et avril 1844.

CATÉGORIE DES CAS TRÈS GRAVES.

(Suite et fin du sixième et dernier article.)

Sixième observation. — Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 5. Chassé (Jacques), âgé de quarante-quatre ans, malade depuis sept jours. Entré le 12 avril; sorti le 13 mai.

Diagnostic. Pleuropneumonie affectant dans sa totalité le poumon droit, du deuxième au troisième degré au sommet, moins avancée dans sa moitié inférieure.

Ce malade, dont la constitution est vigoureuse et le tempérament sanguin, dit n'avoir jamais fait de maladies bien graves, si ce n'est il y a vingt-sept ans environ, époque à laquelle il fut saigné deux fois pour une douleur de côté avec toux et gêne de la respiration.

Il y a sept jours, il fut pris tout à coup de frissons, puis en même temps d'une douleur très vive dans le côté droit de la poitrine, de gêne de la respiration, avec toux et expectoration de crachats ensanglantés; il a gardé le lit pendant quatre jours seulement, et a continué ses occupations les jours précédents.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital. Le visage est très animé, et la dyspnée est très considérable. On compte 44 inspirations par minute. Le pouls à 116, médiocrement développé pour le sujet, régulier. Toux assez fréquente; crachats visqueux, fortement rouillés, tirant sur la couleur jus de pruneaux. Matité dans la région antérieure de la poitrine du côté droit. Souffle bronchique double un peu au dessus du sein, avec légère résonnance métallique. On constate dans la même région un peu de râle crépitant, dont les bulles sont beaucoup plus grosses et plus humides que d'habitude. Bronchophonie éclatante dans les points où existe la matité. Au-dessous du sein le souffle diminue, et la crépitation y devient plus abondante. Rien de notable pour le côté gauche, où la respiration est puérile. En arrière à droite, matité dans toute la région de l'omoplate, et diminution de la résonnance dans le reste du poumon. Souffle bronchique dans les points correspondant à la matité. Crépitation au dessus et au dessous. La résonnance et la respiration bonnes à gauche. Les lèvres sèches, la langue recouverte de croûtes brunâtres, rouge vers la pointe et sur les bords. Soif vive, ventre indolent, sans gargouillement. Température abdominale à 38 1/2. Une selle liquide ce matin. Légère céphalalgie. — Saignée de 4 palettes.

Le 13, il se trouve à peu près dans le même état. Le visage exprime toujours une prostration assez considérable. Le pouls est à 108, médiocrement développé. Les signes fournis par l'auscultation sont exactement les mêmes que la veille. Respiration à 40. Crachats visqueux fortement rouillés; l'haleine fétide; langue sèche, recouverte d'une croûte d'un noir de charbon. Tendance à l'assoupissement avec céphalalgie. La faiblesse est telle, que le malade ne peut se tenir que quelques secondes à son séant. — Saignée de 4 palettes répétée le soir. Ventouses scarifiées sur l'omoplate droite; 4 palettes; tisanes pectorales; julep; sirop de thridace. Diète.

Le 14, la teinte rouillée des crachats est moins prononcée. Peau chaude, moite. Pouls à 88-92. Respiration à 32-36. Le souffle de la région de l'omoplate un peu moins fort et mêlé de bulles de crépitation. Celui de la région sous-claviculaire et du sein évidemment bien diminué. Une crépitation bien distincte s'y fait entendre. — Saignée de 4 palettes. Le reste *ut suprà.*

Le 15, le malade se trouve mieux. Chaleur sensiblement normale de la peau. Pouls à 88, médiocrement développé, assez résistant. Crachats tout à fait blancs. Le souffle bronchique de la partie postérieure supérieure du côté droit est tout à fait nul; bulles de crépitation assez grosses dans la région de l'omoplate. Dans la moitié supérieure, en avant à droite, la résonnance commence à revenir. Le souffle et le retentissement de la voix très peu marqués. — Saignée de 4 palettes. Mêmes tisanes, même julep. Diète.

Le 16, le malade se trouve encore mieux que la veille. La respiration est évidemment moins gênée. Etat sudoral général. Pouls à 76-80, plutôt développé que diminué de volume. Un peu d'agitation dans la journée d'hier et de la nuit; mais sans délire. Respiration à 28-32. La résonnance bien meilleure dans tout le côté droit de la poitrine en avant, où l'on entend une crépitation très fine, mais sans souffle. Langue encore sèche sans fuliginosités. Calme complet le matin. — Tisanes pectorales; julep thridace. Diète.

Le 17, le visage meilleur. Toutefois, l'agitation a été assez grande pendant la nuit. — Même prescription.

Le 18, le pouls est à 80, la respiration à 28. La résonnance revient de plus en plus à la partie antérieure et inférieure du côté droit. La respiration beaucoup plus distincte, mélangée seulement de quelques bulles de crépitation; plus de traces de souffle dans aucun point de la poitrine. La résolution est des plus évidentes. Langue un peu sèche et un peu brune au milieu. — Un bouillon coupé.

A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux; il continue toutefois à être agité pendant plusieurs nuits de suite. Le pouls reste à 76. Chaque matin on le trouve endormi. Il répond toujours d'un air maussade aux questions qu'on lui adresse. On apprend de l'infirmier que dans le jour le malade parle seul, qu'il se croit chez le marchand de vin et demande de l'eau-de-vie et du vin. Il paraît, en effet, d'après des renseignements pris auprès des parents, qu'il fréquente habituellement les cabarets et s'enivre assez fréquemment.

Le 20, il prend deux bouillons, un potage, et en outre un pot d'eau vineuse.

Le 24, l'agitation a complètement cessé. La résonnance et la respiration sont bonnes dans toute la poitrine. Le pouls est tombé à 56-60. — 2 bouillons, 2 potages, 2 portions de vin.

Le 29, il mange une portion, et continue à très bien aller. La langue est très humide.

Le 30, il est en pleine guérison. On lui accorde 3 portions. Il sort parfaitement rétabli le 13 mai.

— Parmi les nombreux cas de pneumonie dont j'ai recueilli les observations pendant mes deux années de clinicat, je ne me rappelle pas en avoir jamais rencontré d'aussi grave que celle dont je viens de donner l'analyse. Comme les exemples de guérison de pneumonie au troisième degré sont excessivement rares, et qu'il n'est pas toujours facile d'en établir le diagnostic, quelques personnes déjà prévenues contre la méthode de M. Bouillaud, nieront peut-être qu'on ait eu affaire ici à ce degré de la pneumonie désignée par M. Andral sous le nom de ramollissement gris. Je me vois donc forcé, pour dissiper les doutes à cet égard, de discuter un instant les principaux phénomènes déjà détaillés dans le cours de cette observation.

Le diagnostic différentiel de la pneumonie du deuxième et troisième degré, présente quelquefois de très grandes difficultés, surtout lorsque l'infiltration purulente n'est pas tout à fait à son début, et que le pus, comme le dit Laënnec, est encore à l'état concret. Dans ce cas, en effet, le souffle bronchique et la matité étant communs à l'hépatisation rouge et à l'hépatisation grise, deviennent des signes insignifiants, et d'après lesquels il est impossible de dire si la maladie a franchi le second degré. Ce serait donc s'exposer à de grandes erreurs de diagnostic, si, en pareille circonstance, on ne voulait tenir compte que des résultats fournis par l'auscultation et la percussion. C'est principalement l'état général et quelques phénomènes particuliers qui s'y rattachent, qui doivent fixer l'attention. Ces phénomènes, qui déjà nous annoncent le mélange de quelques principes septiques avec le sang, étaient suffisamment caractérisés chez notre malade. La prostration était, en effet, considérable; la langue, sèche et fendillée, présentait à sa surface un enduit brunâtre; les lèvres et les dents étaient fuligineuses, et l'haleine exhalait une fétidité qui rappelait celle des fièvres typhoïdes.

C'est d'après cet ensemble de symptômes auxquels il faut ajouter, comme signe d'une assez grande valeur, les crachats jus de pruneaux indiqués par M. Andral, qu'il fut permis de déterminer le véritable degré de la maladie. Enfin, le râle crépitant à grosses bulles, et la résonnance métallique, réunis vers le même point où existait le souffle bronchique, n'ont pas peu contribué à éclairer le diagnostic. Celui-ci une fois bien précisé, il s'agissait de poser les bases du traitement, ce qui ne laissait pas, convenons-en, d'offrir quelque embarras. Il est assurément plus d'un praticien célèbre qui, en pareil cas, eût blâmé les saignées, et leur eût substitué les toniques ou le tartre stibié à haute dose. Quant à M. Bouillaud: considérant que le troisième degré de la pneumonie n'occupait qu'un espace très circonscrit, et que d'ailleurs les phénomènes de la résorption purulente n'étaient point encore parvenus à leur degré le plus élevé; ce professeur, qui, dans des circonstances inverses, eût sévèrement proscrit les émissions sanguines, pensa qu'elles pouvaient être encore très utiles au malade, et que, malgré les difficultés du cas, la nouvelle formule trouvait ici son application.

Je ne reviendrai pas sur la manière habile dont ce traitement fut dirigé. J'observerai seulement qu'en raison de la constitution vigoureuse du sujet, les saignées, dont le nombre fut exactement le même que chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente, ont été portées à 520 grammes chaque (4 palettes), au lieu de 375 grammes (3 palettes). Ce sont là des nuances assez importantes qu'il est toujours bon de faire ressortir quand il s'agit de la modification de la formule suivant les différents cas.

Maintenant, est-il nécessaire de faire remarquer que cette fois encore, comme toujours, ces phénomènes adynamiques qui pour tant de médecins sont une sorte d'épouvantail, se sont dissipés assez rapidement à mesure qu'on pratiquait de nouvelles émissions sanguines. Le délire, il est vrai, et c'est une objection qu'on ne manquera pas de faire, s'est déclaré immédiatement après la sixième saignée; mais ce délire purement nerveux, et dont les habitudes d'ivrognerie du malade rendaient parfaitement compte, ne pouvait inspirer de craintes bien sérieuses. Il a suffi, en effet, pour le combattre, de rendre au cerveau son excitant habituel en prescrivant d'abord quelques pots d'eau vineuse qui furent remplacés plus tard par quelques verres de vin pur. Cet accident de peu d'importance, n'a paru du reste influer en aucune manière sur l'état général; et dans le moment même où l'excitation cérébrale était portée à son plus haut degré; le pouls était à 72-76, la température de la peau à 36 1/2 sur l'abdomen et le malade prenait alors des bouillons et des potages. Quant à l'affection de poitrine, il n'en restait plus de traces.

Il est à noter que le pouls, qui dans le cours de la convalescence était descendu à 56, donnait 88 le jour où fut pratiquée la dernière émission sanguine, c'est-à-dire 30 pulsations de plus que n'en avait le sujet à l'état normal. L'indication de la sixième saignée était ce jour-là d'autant plus pressante qu'outre l'intensité du mouvement fébrile on constatait encore un peu de souffle bronchique accompagné d'un retentissement éclatant de la voix, phénomènes qui cédèrent complétement dans l'espace de trente-six heures au plus. Et dès le huitième jour le malade entrait en convalescence.

Cette observation et celle qui précède sont, on peut dire, le triomphe de la nouvelle formule. Assurément quand la médecine est arrivée à de pareils résultats, elle est bien près d'être une science exacte.

— Ici se termine l'analyse des vingt cas de pleuro-pneumonie qui ont été classés d'après leur degré de gravité dans quatre catégories principales. Après avoir indiqué la formule des émissions sanguines pour chacun de ces cas en particulier, je vais maintenant présenter un relevé statistique qui permettra au lecteur d'embrasser d'un coup d'œil les résultats généraux et de bien apprécier toute la valeur de la nouvelle méthode thérapeutique. Je suivrai dans ce travail la marche qui nous est tracée par M. Bouillaud dans sa clinique médicale. Parlons d'abord des émissions sanguines.

Le nombre total des saignées du bras s'élève à 63. La *moyenne* des saignées du bras est donc de 3.

Le nombre total des applications de ventouses est de 18. La *moyenne* par conséquent est à peu près d'une application.

La quantité de sang retirée par les saignées du bras est de 24,250 grammes (43 livres 1/2).

La quantité de sang retirée par les ventouses est de 6,500 grammes (13 livres).

La *somme totale* de sang enlevée par les saignées et les ventouses est donc de 30,750 grammes (61 liv. 12).

Il en résulte que la quantité de sang dépensée par chacun de nos péripneumoniques est terme moyen de 1,537 grammes (3 liv. 2 onces 1 gros 1/2 environ).

Le *minimum* des émissions sanguines a été de 2 saignées du bras de 2 palettes chaque (500 grammes ou 1 livre).

Le *maximum* des émissions sanguines a été de 4 saignées du bras de 4 palettes chaque et d'une application de ventouses de 4 palettes; en tout 2,500 grammes ou 5 livres.

On voit d'après ce dernier chiffre et d'après la moyenne qui précède, que la dose de sang nécessaire au traitement d'une péripneumonie n'est pas aussi effrayante qu'on a bien voulu le dire, et que les reproches adressés à ce sujet à M. le professeur Bouillaud sont on ne peut plus mal fondés.

Quant à l'espace de temps pendant lequel les évacuations sanguines ont été pratiquées à chaque malade en particulier, on peut l'évaluer, règle générale, à 3 ou 4 jours au plus. Il faut noter aussi que 3 ou 4 saignées, tant générales que locales, ont presque toujours été faites dans les premières 24 heures. C'est bien plutôt, en effet, à cette manière toute nouvelle d'espacer les saignées qu'à la grande quantité de sang qu'on a pu soustraire à l'économie qu'il faut attribuer les nombreux succès qu'obtient chaque jour la formule des saignées suffisantes.

La question de la durée de la maladie est une des plus importantes. Voici les résultats obtenus sous l'influence de la nouvelle formule.

La durée de la pneumonie doit être calculée 1° à partir du jour de l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'au moment de la

convalescence ; 2° à partir du début de la maladie jusqu'au moment de la convalescence.

La *moyenne* de la durée à dater de l'entrée a été de 5 jours 7/20. Il y a entre cette moyenne et celle indiquée dans l'ouvrage de M. Bouillaud une différence d'un jour environ : la moyenne générale de M. Bouillaud étant de 6 jours 3/23.

C'est chose assurément peu commune de voir des pneumonies se terminer dans l'espace de 5 à 6 jours, et l'on chercherait vainement de semblables résultats dans les relevés statistiques des autres cliniques médicales.

Le *minimum* de la durée à dater de l'entrée a été de deux jours, et le *maximum* de huit jours.

Il ne faut pas oublier que l'individu chez lequel la pneumonie a présenté ce *maximum* de durée, était déjà porteur d'anciennes affections, que sa constitution était des plus chétives et complétement détériorée, ce qui fut un obstacle à l'emploi rigoureux de la formule.

La *moyenne* de la durée à dater du début a été de 9 jours 4/20. M. Bouillaud est arrivé exactement au même résultat, à part sa fraction qui est de 5/25 ; tandis que dans les relevés publiés par MM. Chomel et Louis, la moyenne de la durée de la pneumonie a été de 19 jours : d'où il résulte que les malades traités par la méthode de M. Bouillaud guérissent moitié plus vite que ceux de M. Chomel.

Il me reste à déterminer le chiffre de la mortalité. Ma tâche ici sera facile, et c'est avec une satisfaction bien vive, je l'avoue, que je livre au public de pareils résultats.

Parmi les 20 péripneumonies traitées par M. Bouillaud pendant les mois de février, mars et avril 1844, nous ne comptons pas un seul mort ; et cependant, de ces 20 cas, 2 seulement étaient légers, 6 très graves, 8 graves et 6 assez graves. Ainsi, grâce à l'efficacité de la nouvelle méthode, vingt individus atteints d'une affection qui, traitée par la formule classique des émissions sanguines, se fût terminée dans plus de la moitié de ces cas d'une manière funeste, ont été tous vingt, dans l'espace de six jours au plus, radicalement guéris. Ce chiffre est assez éloquent, et répond victorieusement aux diverses objections qui ont été dirigées contre la méthode de M. Bouillaud.

Dira-t-on, maintenant, en parlant de cette méthode, que *quand on est au lit du malade on s'aperçoit que les calculs faits à tête reposée dans le cabinet sont souvent loin de la vérité.....* Qu'une semblable assertion ait pu produire au sein d'un amphithéâtre de clinique une impression plus ou moins vive sur l'esprit de jeunes élèves déjà trop disposés à jurer sur la parole du maître, cela sans doute n'a rien qui surprenne ; mais qu'à propos d'une question aussi grave, d'une question éminemment pratique et qui intéresse à un si haut degré la vie des malades, on se permette de formuler son opinion sur les travaux des autres sans daigner même examiner les faits qui s'y rattachent, sans les soumettre à l'épreuve d'une discussion tout à la fois impartiale et sévère, voilà ce qui paraît plus difficile à comprendre. Eh quoi ! un homme qui déjà par ses découvertes a rendu d'éminents services à la science, un homme qui toujours a fait preuve d'une loyauté et d'une indépendance de caractère qui l'honorent, vient vous livrer le résultat de ses longues et pénibles recherches, il vous propose une méthode de traitement dont les effets sont plus prompts et plus sûrs, et non seulement vous refusez de vérifier ses observations, mais encore vous semblez élever des doutes sur leur exactitude !... Ces faits cliniques si multipliés dont les détails ont été recueillis chaque année, jour par jour et en présence de nombreux témoins, avec un zèle et une persévérance qui assurément témoignent d'un bien vif amour pour la science, ne seraient donc, à votre dire, qu'une spéculation de l'esprit, le résultat d'une vaine théorie, des *calculs de cabinet* enfin, pour parler votre langage ? En vérité, de telles objections ne sauraient comporter de discussion sérieuse, et le lecteur me saura gré de ne pas m'en occuper plus longtemps.

La nouvelle formule des émissions sanguines, il faut le reconnaître, sst une des réformes les plus importantes qu'on ait fait subir au traitement des phlegmasies aiguës. Appliquée dès leur début, elle enraye rapidement leur marche, et ne leur permet jamais de se prolonger au delà de quelques jours ; c'est dire assez qu'elle prévient le développement de ces longues et douloureuses affections chroniques, le fléau de l'espèce humaine et le désespoir du médecin. Elle a donc, sur l'ancienne formule, l'avantage immense d'abréger la durée des maladies et de diminuer la mortalité. C'est là, disons-le en terminant, un de ces grands et utiles progrès dont s'enrichit chaque jour la médecine française.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance annuelle et Distribution des Prix (17 décembre 1844).

(Présidence de M. Caventou, vice-président, en l'absence de M. Ferrus empêché pour cause d'indisposition.)

Un auditoire nombreux occupe les tribunes publiques. Les membres de l'Académie ne témoignent pas d'abord du même empressement, et plusieurs banquettes sont vides à l'ouverture de la séance ; mais peu à peu elles se garnissent, et l'assemblée se trouve bientôt au grand complet.

M. Dubois (d'Amiens) lit un discours sur les progrès récents de la médecine comparés à ceux de la chirurgie.

Après ce discours, *M. le président* lit le programme suivant.

PRIX DÉCERNÉS.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1844 les questions suivantes :

Prix de l'Académie. — Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différents rapports. Ce prix est de 1,500 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, avait été remise au concours.

L'Académie a décerné un encouragement de 600 fr. à MM. H. de Castelnau et F.-M. Ducrest, auteurs du mémoire n° 6, et une médaille de 300 fr. à M. le docteur Alquié, agrégé à la Faculté de Montpellier, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. Ce prix est de 1,200 fr. Cette question, déjà proposée pour 1842, a été remise au concours.

L'Académie n'a pas donné ce prix.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et *la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie avait proposé pour sujet de prix :

Des hallucinations, des causes qui les Produisent et des maladies qu'elles caractérisent. Ce prix est de 2,000 fr.

L'Académie a décerné un prix de 1,500 fr. à M. Baillarger, médecin de la Salpêtrière, auteur du mémoire n° 9, et un encouragement de 500 fr. à M. Michéa, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 8.

Le mémoire n° 2, mentionné honorablement, est de M. Verga Andrea, médecin à Milan.

Prix d'Argenteuil. — Le nombre des concurrents n'a pas permis de juger ce prix pour cette séance publique ; il sera décerné dans le courant de 1845. Il s'élève à la somme de 10,430 fr. 50 c.

Prix Itard de 1843. — Le nombre des concurrents s'étant opposé à ce que ce prix pût être donné à la séance publique de 1843, il l'a été le 2 juillet 1844 à M. le docteur Grisolle.

Prix pour la propagation de la vaccine — M. Bousquet, rapporteur du comité de vaccine, proclamera les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1846.

Prix de l'Académie. — « Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique ; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible, et les moyens chimiques de les reconnaître ; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie ; les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des altérations du système lymphatique dans le cancer. »

Les concurrents auront à rechercher, par tous les moyens d'investigation connus, le rôle que joue le système lymphatique dans le cancer.

Ils étudieront l'état des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, à toutes les périodes des diverses espèces de cancer : dans les tumeurs cancéreuses ; dans le voisinage et au loin de ces tumeurs ; autour des ulcères cancéreux, etc. Ils s'attacheront à éclairer le diagnostic des altérations cancéreuses du système lymphatique, et à signaler les causes qui favorisent le développement ou les progrès de ces altérations. Enfin, ils déduiront de ces nouvelles études toutes les applications pratiques qu'elles pourront fournir.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : « Du suicide. »

Ce prix sera de 1,200 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1846.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée* ; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1843, sera décerné en 1846.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Extrait du testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'Etat, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850 ; sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie, du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1845 :

Prix de l'Académie. « Faire l'histoire de l'emphysème du poumon, établir les analogies et les différences entre cette affection et l'asthme. » — Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix Portal. « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. » — Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix Civrieux. Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement *et la guérison* des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : De l'hystérie. — Ce prix sera de 1,200 fr.

— *M. Pariset* est appelé à la tribune pour prononcer l'éloge d'Esquirol.

Nous nous estimons heureux de pouvoir donner quelques fragments de ce discours, écouté avec une religieuse attention, et qui a été suivi d'applaudissements unanimes. Le célèbre secrétaire perpétuel a commencé en ces termes :

« C'est d'un maître, c'est d'un ami, c'est de mon cher Esquirol, que j'aurai aujourd'hui le douloureux honneur de vous entretenir ; et si, dès le début de ce discours, je laisse éclater ma tendre vénération pour sa mémoire, c'est qu'une secrète voix me répond que j'ai des intelligences dans vos cœurs, et que mes paroles ne sont que l'expression de vos propres sentiments. Qui de vous, en effet, a pu connaître Esquirol sans l'aimer ? Qui de vous n'a cent fois admiré la finesse et la solidité de son esprit ? L'élévation et la loyauté de son caractère ? Les soins paternels qu'il prenait de ses élèves ? L'art qu'il mettait à développer leurs talents ? La pitié qui l'animait pour la souffrance et le malheur ? Et si vous avez été dans les secrets de sa bienfaisance, dites-nous si dans les actes d'une vertu si touchante il mettait une ombre d'ostentation, et s'il se prescrivait des limites ? Sa générosité donnait sans réserve. Homme excellent, dont les actions et les ouvrages ont honoré la France, et qui, pour nous rendre le sentiment de sa perte, dirai-je plus doux, dirai-je plus amer, nous a laissé dans son souvenir comme une leçon perpétuelle de droiture, de modération, de désintéressement et de bonté.

» Jean-Etienne-Dominique Esquirol naquit à Toulouse, le 3 février 1772..... Le jeune Esquirol se destinait à l'église. Ses premières études achevées au collége de l'Esquille, ses parents le firent recevoir au séminaire de Saint-Sulpice, à Issy, pour qu'il y fît ce qu'on appelait sa philosophie. Une irruption révolutionnaire le chassa de ce saint asile et le fit retourner à Toulouse, où il s'occupa de médecine...... Là, Gardeil et Alexis Larrey étaient à la tête de la médecine et de la chirurgie ; Gardeil, à qui la traduction d'Hippocrate et les récits de Diderot ont fait une si étrange renommée ; Larrey, oncle de Jean-Dominique Larrey que nous venons de perdre, et qui devait un jour faire tant d'honneur à la France. A l'hôpital, Jean-Dominique était aide-major ; et dans une école fondée par son oncle, il était professeur. C'est sous de tels maîtres, c'est avec de tels condisciples qu'Esquirol étudiait l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne et externe et la médecine opératoire.

« ...... Muni d'une commission d'officier de santé pour l'armée des Pyrénées orientales, Esquirol se rendit à Narbonne. Il y passa deux années. Barthez y faisait la grande pratique ; il vit Esquirol et le voulut pour secrétaire. Mais le fougueux Barthez avait souvent contre ses secrétaires les mêmes emportements que le prince de Conti contre les siens. Ce que fit Molière avec le prince, Esquirol le fit avec Barthez : il n'accepta point, il eut peur ; mais il eut une autre sorte de courage. Vous savez quel était l'esprit de ces temps malheureux. La férocité des réformateurs couvrait la France de tribunaux qui ne respiraient que le sang.. Narbonne avait le sien, et ce tribunal était en permanence. Un avocat, le seul à peu près qu'on y voulût souffrir, plaidait en mauvais vers pour les prévenus, et les prévenus étaient condamnés. Révolté de cet odieux mélange de ridicule et de barbarie, Esquirol s'écria d'une voix émue : « Je saurais mieux défendre l'innocence ! » Des femmes l'entendirent. Le mari de l'une d'elles allait être mis en cause. Elle conjure en pleurs Esquirol de parler pour ce malheureux. Esquirol consent. Le voilà devant le tribunal. Inspiré par la justice et la pitié, Esquirol fait entendre cette fois un langage si incisif, si touchant et si nouveau pour les juges surpris et charmés, que le prétendu coupable est absous. Triomphe d'Orphée qui fléchit des tigres. C'est que les premiers avocats du monde sont le sentiment et la raison.....

» Revenu parmi les siens, et affranchi de la réquisition, Esquirol se livrait à la littérature, aux mathématiques, à l'histoire naturelle, à la médecine. En l'an III il se rendit, comme élève du Gouvernement, à Montpellier. En l'an VI, il eut deux seconds prix en histoire naturelle. Cependant la fortune de sa famille diminuait d'un jour à l'autre, et il n'était pas l'aîné. L'exiguïté de son héritage le mettait dans la nécessité de songer à l'avenir et de s'attacher à celle de ses études qui devait le lui assurer. Il se décida sérieusement pour la médecine. On était en l'an VII ; il vint à Paris. Il était à son arrivée presque aussi pauvre que l'étaient à la leur, et Portal, et Vauquelin, et Pinel, et Dupuytren et tant d'autres pour qui le travail a été le chemin de la gloire et de l'opulence. Une étourderie mit le comble à sa détresse. Dans les replis d'un court vêtement, il tenait cachée une petite somme en or que lui avait ménagée la tendre prévoyance de son père. Ce vêtement n'était plus de service. Il le jeta par la fenêtre sans en retirer la somme : il l'avait oubliée. Il en écrivit à Toulouse, et demandait un supplément. On ne le crut pas, et le supplément n'arriva que plus tard. Toutefois, il ne perdit pas courage. Il se ressouvint d'un ami qu'il s'était fait au séminaire, M. de Puysieulx, lequel était l'instituteur d'un enfant que nous avons vu depuis à la tête des affaires, M. Molé. M. Molé demeurait avec sa mère à Vaugirard. Esquirol va trouver son ami. M. de Puysieulx le présente à madame Molé, qui l'accueille avec bienveillance et lui donne une chambre dans sa maison. Le vivre et le couvert, voilà pour le présent. L'étude va faire le reste. Chaque jour, pendant deux années, Esquirol venait de Vaugirard à la Clinique de la Salpêtrière, aux cours du Jardin-des-Plantes, aux leçons de l'Ecole de médecine ; rudes courses pendant les hivers ; mais dans les autres saisons, un peu de pain et quelques fruits les rendaient charmantes ; et par-dessus tout, des causeries avec Bichat, avec Schwilgué, avec Roux, avec Landré-Beauvais, hommes de lumières et de cœur, qui avaient de l'amitié pour Esquirol, et qu'à son tour Esquirol n'a cessé d'aimer et d'honorer toute sa vie ; temps heureux de pauvreté, de travail et d'espérance, dont les souvenirs charmaient encore les dernières années d'Esquirol.

» A cette époque florissaient à Paris deux cliniques qui se partageaient les élèves : la clinique de la Salpêtrière et celle de la Charité. Le chef de la première était Pinel ; le chef de la seconde était Corvisart ; deux hommes très différents de caractère et d'esprit, mais qui s'accordaient sur un point capital, celui de faire respecter, tout ensemble, et leurs personnes et leur profession, par des témoignages éclatants et publics d'une estime réciproque. Ce qui les élevait au-dessus de leur amour-propre, c'était la fermeté de leur raison, aussi bien que leur générosité naturelle, et peut-être encore le secret sentiment que chacun d'eux manquait de ce que possédait l'autre. Chose étrange ! en effet. On eût dit que Pinel, formé à Montpellier (1), l'avait été à Paris ; et que formé à Paris, Corvisart l'avait été à Montpellier : tous deux également supérieurs ; mais le premier devant plus au travail et à l'art ; le second devant plus à la nature. A cette nature, à cet instinct, qui sait sans avoir appris, selon la parole d'Hippocrate ; ou qui par la justesse et la rapidité de ses conceptions, semble se ressouvenir, selon la parole de Platon. Quoi qu'il en soit, Esquirol, engagé dans l'école de Pinel, devint bientôt l'élève favori du maître. Ce fut lui qui rédigea le traité de *Médecine clinique*, dont la seconde édition parut en 1804... J'ajoute que Pinel enseignait ce que ne pouvait enseigner Corvisart. La Salpêtrière, comme l'hospice de Bicêtre, était affectée au traitement d'un genre de maladies qu'on ne voyait que transitoirement, ou plutôt qu'on ne voyait jamais à la Charité. Je veux parler des maladies mentales ; et c'est à l'étude de ces étonnantes maladies qu'Esquirol s'attacha de préférence. Un tel choix serait, j'ose le dire, une leçon pour les philosophes qui se proposent de pénétrer profondément dans la nature de l'homme. Sous les tranquilles apparences de la raison, dans le paisible cours des actes qui la caractérisent, l'observateur saisirait mal les secrets ressorts dont le jeu régulier la prépare, la forme, l'affermit, l'entretient. C'est quand ces ressorts se brisent, c'est quand ce jeu se déconcerte, en un mot, c'est dans les ruines de l'esprit que se découvrent sensiblement l'origine, l'enchaînement, la dépendance étroite et mutuelle de nos sentiments, de nos perceptions, de nos idées, de nos souvenirs, de nos jugements, de nos raisonnements, de nos volontés, de nos actions, c'est-à-dire, de cette suite merveilleuse d'inventions et d'arts, que met au jour l'inépuisable industrie de notre entendement. C'est là, c'est dans ces débris que sont cachés les éléments essentiels de la science de l'homme ; et, par une conséquence nécessaire, les vrais principes de l'éducation, ceux des lois civiles et criminelles, et je n'hésite point à le dire, ceux mêmes du gouvernement. Triste condition de l'homme ! Il ne connaît son excellence que par ses infirmités ! Et pour apprendre quel est le prix de ses plus nobles attributs, intelligence et liberté, il faut qu'il en perde l'usage ! Il faut que le maître de la terre ne soit plus le maître de lui-même ! »

(1) N'y a-t-il pas ici une légère erreur de l'honorable secrétaire perpétuel ? Et Pinel n'était-il pas élève et docteur de l'ancienne Faculté de médecine de Toulouse ? (*Note du rédacteur des séances.*)

M. Pariset entre ensuite dans l'examen des ouvrages d'Esquirol disséminés dans plusieurs écrits périodiques et dictionnaires, et qu'en 1838 il réunit dans le grand traité qu'il fit paraître sous ce titre : Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. L'orateur, par les considérations les plus élevées et les plus éloquentes, suit Espuirol dans l'histoire philosophique et pathologique de l'aliénation mentale, ses symptômes, ses causes, son anatomie pathologique, son traitement. Le manuscrit de M. Pariset sous les yeux, nous ne pouvons nous décider, borné que nous sommes par l'espace, à rien retrancher de ces pages brillantes dont toute solution de continuité romprait le lien et l'harmonie, et pouvant choisir, nous ne savons en vérité sur quelle partie faire tomber le choix parmi tous ces morceaux également beaux de pensée, de style, d'élévation et de force.

Après cette brillante analyse, M. Pariset revient à l'histoire biographique d'Esquirol, qu'il suit dans cette vie active, laborieuse, bienfaisante, entièrement occupée par l'étude de cette cruelle maladie, et par la recherche de tout ce qui peut améliorer le sort du pauvre aliéné. D'une voix émue, M. Pariset termine ainsi :

« Nous voici, Messieurs, sur la pente qui entraîne tout. Le travail, les années, les maladies minaient insensiblement la constitution naturellement faible et délicate d'Esquirol. Il était sujet à des fluxions catarrhales qui, de plus en plus rapprochées, rendaient la respiration de plus en plus courte, embarrassée, douloureuse. Dans les premiers jours du mois de décembre 1840, il eut un dernier accès. Un amour exagéré de ses devoirs le conduisit au Conseil de salubrité. Il en revint avec un surcroît de souffrance. Une fièvre survint. Chaque jour le mal prenait un caractère plus grave. Maître de toutes ses idées, Esquirol en mesurait les degrés ; il en pressentait la prochaine issue. Mais plein de tendresse pour les siens, il les rassurait sur son état ; il les consolait de ses propres maux. Entouré de ses parents, de ses élèves, de ses amis, Louis, Leuret, Moreau, Calmeil, avec Mitivié et Baillarger, aujourd'hui ses successeurs à la Salpêtrière, il leur tendait ses mains défaillantes, et leur murmurait ses derniers adieux. « Je vous quitte, leur disait-il ; souvenez-vous de moi ; prospérez ; mais surtout ne bannissez jamais d'entre vous la paix, cette paix qui est le gage assuré de tous les bonheurs. » Pour sentir le charme et la force de ces divines paroles, Que la paix soit avec nous, il faut avoir sous les yeux ces anéantissements où tout s'évanouit par degrés, excepté la vue claire des vrais biens de ce monde. Enfin, l'heure fatale arriva, et le 12 décembre 1840, Esquirol s'endormit du sommeil du juste, dans les bras d'une religion sainte et consolatrice qui lui a ouvert les portes d'une éternité bienheureuse. »

Ce discours est suivi de témoignages bruyants de satisfaction, et M. Pariset quitte la tribune au milieu des félicitations de l'assemblée.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 décembre 1844. — Présidence de M. Dupin.

— *M. Flourens* présente à l'Académie le deuxième volume de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*. Cet ouvrage, dit l'honorable secrétaire perpétuel, se compose d'une suite de monographies ; il est publié sous la direction savante du docteur Fabre, et n'est pas seulement une exposition très fidèle et très précise de l'état actuel de la science ; sur divers points il contient des aperçus nouveaux qui le rendent aussi original qu'instructif.

Recherches sur les blessures des vaisseaux sanguins (2e partie). — D'après les faits établis dans ce mémoire, M. Amussat croit pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Lorsque les deux artères carotides sont coupées en même temps dans une grande plaie transversale du cou, la mort n'est pas instantanée comme on le pense généralement ; l'hémorrhagie dure plusieurs minutes, pendant lesquelles l'animal conserve toutes ses facultés.

2° Les artères carotides ne restent pas béantes après leur division, ainsi qu'on pourrait le croire ; et malgré le volume de ces vaisseaux, il se forme des caillots obturateurs comme après la division d'une seule carotide.

En examinant les planches qui représentent des artères de chiens, et surtout des artères carotides de bœufs sacrifiés d'après la méthode juive, on voit que l'organisation du caillot est la même que celle indiquée dans mon premier mémoire.

3° La section simultanée ou à court intervalle des nerfs de la huitième paire et des deux artères carotides, faite au milieu du cou, n'exerce aucune influence immédiate sur la coloration du jet du sang, ni sur la formation des caillots spontanés, ou bouchons obturateurs des artères carotides coupées complétement en travers.

4° Le caillot spontané formé aux extrémités des artères divisées se compose de deux caillots, l'un extérieur, déjà décrit dans mon premier mémoire ; l'autre intérieur, qui n'est autre chose qu'un coagulum organisé absolument comme celui qui se forme après tous les moyens artificiels d'obturation, compression, cautérisation, ligature ou torsion.

5° La rétraction des membranes interne et moyenne, qui est le produit des trois propriétés artérielles si bien décrites par M. Flourens, permet d'expliquer la formation du caillot et la difficulté de le retrouver au milieu des tissus dans lesquels il a été entraîné.

6° Le caillot spontané obturateur est souvent fort difficile à reconnaître. Pour le retrouver, il faut se se rappeler la disposition anatomique de l'artère divisée, et observer les pulsations à l'extrémité du vaisseau. En outre, on peut reconnaître, par le toucher, la petite masse sanguine qui constitue le caillot.

7° Enfin, je crois avoir suffisamment démontré que c'est bien toujours par un caillot, ou bouchon obturateur, que les hémorrhagies s'arrêtent spontanément, soit que l'animal meure ou qu'il résiste à l'hémorrhagie.

Ainsi, la doctrine du *caillot spontané* extérieur et intérieur, comme obstacle à la sortie du sang des artères complétement divisées, est la seule véritable ; et, contrairement à l'opinion de Jones et de Béclard, l'artère seule peut suffire à elle-même.

Sans doute le fait établi dans mon mémoire n'est qu'une bien petite addition à la théorie de J.-L. Petit, considérée au point de vue physiologique ; mais au point de vue de la chirurgie pratique, il est d'une grande importance, comme le prouvent toutes les hémorrhagies graves, et même funestes, qui ont eu lieu, parce qu'on n'a pas pu trouver l'artère défigurée et masquée par un caillot.

— *M. Baudrimont* donne lecture de recherches qu'il a faites avec M. Martin Saint-Ange sur l'évolution embryonnaire des animaux. Déjà ces messieurs ont publié un mémoire dans lequel ils démontrent que pendant l'évolution organique les œufs absorbent de l'oxygène et émettent de l'acide carbonique. Les expériences qui font l'objet du mémoire actuel, ont eu lieu sur des œufs de poule, de dinde, de couleuvre, de lézard et de diverses espèces de batraciens. Par chacune de ces expériences, la respiration des œufs, pendant l'évolution embryonnaire, a été mise hors de doute. — L'oxygène est absolument indispensable à l'évolution embryonnaire des animaux.

Pendant cette évolution, la respiration des œufs est caractérisée par une exhalation d'acide carbonique, d'azote, de vapeur d'eau, et par une absorption d'oxygène.

— *M. le docteur Pouchet*, professeur d'histoire naturelle au Muséum, présente un tableau indiquant, heure par heure, la marche et l'état du fluide spermatique dans l'appareil génital des mammifères femelles. Les expériences de cet observateur ont été faites sur des lapins dans les 25 premières heures après l'accouplement ; en voici les résultats :

De la 6e heure à la 25e on trouve constamment des zoospermes vivants dans le vagin et les cornes utérines. Jusqu'à la 21e ou 23e heure ces animalcules sont fort agiles ; mais, bientôt après, ils deviennent moins vifs, puis ils meurent. Vers la 25e heure, on ne découvre plus que des zoospermes dilacérés. La queue s'est séparée de l'extrémité renflée. Parfois, M. Pouchet a rencontré quelques zoospermes vivants ou morts, à une profondeur de 0 à 10 millimètres, dans l'extrémité utérine des trompes de Fallope ; il en a observé aussi, mais bien plus rarement et en bien moindre quantité, de 10 à 20 millimètres. Au delà, il n'en parvient jamais, suivant lui. D'après ce naturaliste, c'est dans l'utérus et peut-être aussi dans la région des trompes qui avoisine ces organe que peut seulement s'opérer la fécondation. M. Pouchet regarde comme erronées les observations de MM. Bischoff et Wagner qui ont cru découvrir du sperme sur les ovaires.

— *M. Bonjour*, pharmacien à Chambéry, rend compte de deux cas d'ergotisme gangréneux développés chez deux jeunes garçons. L'un d'eux, âgé de dix ans, a été amputé des deux jambes ; chez l'autre, enfant de vingt-huit mois, il y a eu chute spontanée de la jambe droite ; les deux malades ont été guéris. Les autres personnes de la famille qui avaient mangé du même seigle en ont été quittes pour une indisposition.

— *M. le docteur Mérat* envoie un écrit intitulé : *Essai sur les névroses des nerfs ganglionnaires*. Après diverses considérations physiologiques et pathologiques, l'auteur convient que le traitement de ces maladies est fort peu avancé. C'est dans les antispasmodiques actifs et chauds, tels que l'éther et les teintures alcooliques, qu'on trouve les remèdes les plus efficaces. La poudre de racine de valériane, celle d'armoise et de *sedum acre* à hautes doses sont recommandés à ce titre par M. Mérat.

— M. Fée, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, communique les résultats d'un examen microscopique de l'urine à l'état normal. Il a trouvé dans une gouttelette de ce liquide un acare qui n'est pas celui de la gale. Déjà un autre observateur a rencontré dans l'urine un animalcule tout semblable à celui que M. Fée décrit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT.

Séance du 2 novembre 1844. — Présidence de M. Michon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Emmanuel Rousseau présente un instrument qu'il a inventé pour arrêter les hémorrhagies causées par les morsures de sangsues. (*Voir* la description de cet instrument, page 351.)

M. Ménière pense que dans ces cas pour faire cesser l'écoulement de sang il suffit parfois de bien essuyer les morsures des sangsues, de pincer entre les doigts la portion de peau sur laquelle elles sont placées, et à exercer la compression pendant quelques instants. Une des causes qui contribue le plus à prolonger l'hémorrhagie, c'est la négligence qu'on met en général à bien enlever les caillots avant d'appliquer l'agaric ou les autres moyens hémostatiques.

M. Bethomme rapporte avoir été consulté il y a quelques années par un jeune homme affecté d'une bronchite intense. Il prescrivit douze sangsues à la région épigastrique et des cataplasmes émollients. Dans la nuit il survint une abondante hémorrhagie et ce jeune homme succomba dans l'espace de huit heures.

MM. Pinel-Granchamp et *Brierre de Boismont* rapportent avoir vu périr plusieurs personnes d'hémorrhagie après l'application des sangsues.

— *M. Pinel-Grandchamp* présente un testicule cancéreux qu'il a récemment amputé. Le cordon et les organes voisins étant parfaitement sains, l'opération a été faite sans difficulté et la plaie a été réunie par première intention. M. Pinel présente ensuite quelques considérations générales sur la fréquence des affections cancéreuses et de leur récidive. Il fait observer que chez la femme le cancer des mamelles est de tous le plus fréquent ; tandis que chez l'homme c'est celui du testicule. Il pense que dans ces deux cas la récidive est aussi bien plus fréquente que dans le cancer des autres parties. Si la maladie siége dans les os, la récidive est moins à craindre que lorsqu'elle attaque les mamelles ou les organes génitaux, et le cancer de la peau lui paraît récidiver plus rarement que celui des autres parties. Dans trois amputations du testicule qu'il a faites pour un cancer de cet organe, le mal s'est toujours renouvelé et il craint que cette dernière ne soit suivie des mêmes résultats malgré les conditions favorables dans lesquelles se trouvait le malade. Il rapporte que la femme à laquelle il a pratiqué récemment l'amputation de la cuisse n'est pas encore entièrement guérie ; la suppuration est de bonne nature et la plaie est réduite à une petite étendue ; mais le dénûment extrême de la malade lui fait craindre que sa santé s'épuise peu à peu, et il exprime des regrets de ce que dans les bureaux de bienfaisance les médecins ne peuvent trouver ni linge, ni charpie, ni les aliments nécessaires aux malades qu'on opère chez eux.

M. Michon partage les opinions de M. Pinel-Grandchamp sur la fréquence de récidive du cancer du testicule. Toutefois la facilité avec laquelle le mal se renouvelle lui paraît moins dépendre de son siége que de sa nature. Ainsi pour les cancers solides la récidive est moins fréquente, tandis qu'elle a presque toujours lieu pour ceux qui sont mous et fongueux ou de nature encéphaloïde. Dans un cas où le cancer du testicule avait commencé par la peau du scrotum, l'amputation fut pratiquée et la plaie se cicatrisa très bien ; un an après le testicule du côté opposé fut envahi, on l'opéra également et la cicatrisation se fit rapidement ; mais au bout de deux ans cet homme succomba à une affection cancéreuse de l'estomac. M. Michon rapporte également avoir pratiqué il y a dix ans l'amputation d'une mamelle à une femme pour une tumeur cancéreuse de cet organe compliquée de mélanose. La plaie se cicatrisa régulièrement. Quatre ans après il survint sous l'aisselle du même côté une petite tumeur dont il fit l'extirpation. Enfin, il y a peu de temps, il s'est développé dans le voisinage de cette dernière cicatrice une nouvelle glande qui a été enlevée par M. Monod. Aussi M. Michon pressent-il que la récidive du cancer dépend plutôt de sa nature que de son siége. Quant à la statistique des affections cancéreuses que M. Pinel-Grandchamp voudrait voir établir, M. Michon la considère comme à peu près impossible, les malades ne revenant presque jamais à l'hôpital où ils ont été déjà opérés et s'adressant presque toujours à de nouveaux chirurgiens.

— *M. Pinel-Grandchamp* rapporte avoir été appelé récemment auprès d'une femme âgée de soixante-quatorze ans, qui avait depuis trois jours une hernie crurale étranglée. Un médecin dont on avait déjà réclamé les soins était parvenu à réduire la tumeur ; mais les symptômes d'étranglement persistaient toujours, et la malade avait eu plusieurs vomissements de nature bilieuse et stercorale. Avant de pratiquer l'opération, M. Pinel fit administrer un lavement avec la décoction de 15 grammes de tabac. Il survint plusieurs évacuations alvines abondantes, les symptômes de l'étranglement se dissipèrent, et la malade guérit. Quelques membres font observer que le tabac préparé, ou de la régie, étant plus actif que le tabac ordinaire et desséché, la dose doit en être moins forte.

— *M. Pinel-Grandchamp* rapporte avoir donné des soins, il y a peu de jours, à une dame anglaise qui depuis cinquante-sept heures était en travail d'enfantement. Cette dame, âgée de quarante ans, avait eu déjà dix enfants, et chaque fois l'accouchement avait été facile et naturel. A son arrivée auprès d'elle, M. Pinel la trouva dans une agitation très grande ; elle faisait de grands efforts et paraissait éprouver de vives douleurs ; mais le travail n'avançait pas. On avait donné des potions calmantes, prescrit le seigle ergoté, mis la malade dans un bain ; mais ces moyens avaient été sans résultat. Le toucher lui ayant fait reconnaître que la tête était maintenue en deuxième position au dessus du détroit supérieur, il appliqua un petit forceps. Les branches ayant glissé sur la tête de l'enfant sans lui faire changer de position, il en appliqua un autre plus volumineux. Bien que cette opération eût été facile et peu douloureuse, la tête ne s'engagea que très difficilement dans l'excavation pelvienne. Au milieu des efforts nécessités par cette opération, la malade devint si agitée, que M. Pinel fut plusieurs fois tenté d'abandonner le travail à la nature. La mort lui paraissant inévitable s'il suivait ce dernier parti, il se détermina à terminer l'accouchement ; mais la malade succomba immédiatement après. D'après le rapport de M. Coindet, qui avait plusieurs fois donné des soins à cette dame dans ses accouchements précédents, son dernier enfant était d'un tiers plus volumineux que les autres. Est-ce à cette circonstance qu'il faut attribuer la lenteur et la difficulté du travail ? Il est impossible de résoudre cette question. Après la sortie de l'enfant, M. Pinel introduisit la main dans l'utérus ; il s'assura que les parois étaient intactes, et que sa cavité ne contenait point de sang ; mais tous les efforts qu'il fit pour rappeler cette femme à la vie furent inutiles. M. Pinel attribue la mort, dans ces cas, à l'excès de la douleur et à l'épuisement du système nerveux. D'après des renseignements qu'il a reçus de plusieurs amis de cette dame, il paraît que pendant sa grossesse elle avait eu plusieurs fois des accès nerveux très violents, et qu'elle était fort sujette à des spasmes. Pour prouver que la mort dans ce cas doit être attribuée à l'épuisement de l'innervation et à l'excès de la douleur, M. Pinel fait remarquer que dans les ruptures de l'utérus les malades éprouvent, au moment où elles se forment, des douleurs extrêmement vives et un sentiment de déchirure si violent, qu'elles poussent des cris aigus. Bientôt le hoquet et des vomissements se déclarent, la figure devient pâle ; il survient des syncopes, et les malades succombent. Or chez la malade dont il est ici question, il n'est survenu rien de semblable.

M. Danyau fait observer que pour émettre une opinion sur le sujet, il eût été nécessaire de pratiquer l'ouverture du corps. Il ne pense pas que la rupture de l'utérus soit toujours accompagnée du cri aigu, des douleurs brusques et de ce sentiment de déchirure signalés par quelques auteurs. Aussi, d'après lui, doit-on rester dans le doute sur la véritable cause de la mort.

Dumas, *secrétaire de la Société.*

REVUE GÉNÉRALE.

Syphilis secondaire chez un enfant de huit ans. — Dans la séance de la Société médicale de Westminster, tenue le 20 avril dernier, M. le docteur Acton a rapporté l'observation suivante, ainsi exposée dans les Annales des maladies de la peau et de la syphilis. — Une petite fille âgée de huit ans fut amenée le 11 avril par sa mère, au Dispensaire d'Islington. L'examen fit voir une masse de tumeurs condylomateuses, entourant complétement les bords de l'anus, et offrant à leur surface cette coloration d'un jaune particulier ou d'un blanc-chamois si caractéristique des condyles ; elles répandaient l'odeur forte et désagréable qui appartient à cette maladie. Il fut impossible de trouver aucune trace de symptômes primitifs. L'entrée du vagin et de l'hymen était intacte, et on ne remarquait aucun écoulement. Trois ou quatre plaques de psoriasis furent seulement observées sur la cuisse, elles étaient très rosées, non cuivrées, et semblaient avoir existé seulement pendant peu de jours. Rien d'insolite à la langue, aux lèvres ou à la gorge. Les parents affirment n'avoir jamais eu la syphilis. Ils disent que l'enfant avait toujours été très bien portante jusqu'à l'âge de sept ans et demi, époque à laquelle elle avait été atteinte, disent-ils, d'un érysipèle. Ce prétendu érysipèle consistait en une éruption semblable à celle qui existe encore, et en taches rougeâtres et bleuâtres sur le corps et la tête, taches qui furent cautérisées plusieurs fois par un médecin, qui déclara que l'enfant était affecté de syphilis. La guérison avait eu lieu ; mais le mal s'étant renouvelé, la mère s'était décidée à amener sa fille au Dispensaire. Les parents ajoutent qu'un des frères de celle-ci, âgé de douze ans, avait présenté une éruption semblable sur le corps, et les condylomes à l'anus environ un mois auparavant. Quant à la petite fille, il est impossible d'en obtenir aucun renseignement ; mais la mère affirme qu'elle ne la quitte jamais ; seulement ses quatre enfants, de différents âges, couchent dans le même lit. Elle ne peut attribuer la maladie de sa fille à aucune tentative criminelle, et elle prend constamment des soins de propreté pour sa fille. On conseilla de faire laver les parties malades avec une solution de chlorure de soude, de saupoudrer les condylomes avec du calomel, et de donner deux grains et demi de mercure et de craie deux fois par jour. En peu de jours on vit les condylomes s'affaisser et disparaître ; les traces de psoriasis s'effacèrent.

Comme des faits semblables se rencontrent quelquefois, comme ils peuvent avoir de graves conséquences et que les auteurs se taisent à leur sujet, M. Acton fait suivre la relation de celui-ci par les observations suivantes :

La première question qu'on peut se faire est celle-ci : Les condylomes sont-ils syphilitiques ? Tous les chirurgiens familiarisés avec l'affection syphilitique s'accordent à répondre par l'affirmative ; en effet, tandis que l'on voit les végétations accompagner les écoulements, les condylomes suivent la syphilis si fréquemment, et sont accompagnés si souvent des autres symptômes secondaires, que l'on est obligé même lorsqu'ils apparaissent seuls, de les considérer comme une conséquence de la syphilis, bien qu'on ne puisse en trouver d'autre trace, comme dans l'observation présente. En admettant que les condylomes soient en général syphilitiques, et qu'ils aient eu probablement cette origine ici, ne pourraient-ils, dans certaines circonstances, être produits par d'autres causes ? Les faits et l'observation sont opposés à cette opinion hypothétique ; nous avons vu des enfants atteints de toute espèce de maladies de la peau, mais rarement de condylomes, et dans tous les cas où ils se présentaient l'affection syphilitique était ou avait été très distincte. Si un écoulement irritant des organes génitaux pouvait seul produire des condylomes, pourquoi les voyons-nous si rarement se montrer ensemble, quoique la négligence des parents à entretenir leurs enfants dans la propreté semble devoir y donner si souvent lieu. Quant à l'enfant qui fait le sujet de cette observation, on doit se rappeler que chez elle il n'y avait pas d'écoulement, et que ses parents prenaient pour elle des mesures de propreté, que la maladie avait reparu et s'était accrue malgré les moyens employés précédemment, et que le traitement mercuriel fit disparaître en une seule semaine presque tous les symptômes de l'affection. L'auteur examine ensuite si les condylomes étaient une forme héréditaire de l'affection syphilitique : tout le porte à croire que cela n'avait pas lieu, et qu'ils n'avaient pas été transmis par la mère sous forme secondaire non précédée d'une affection primitive, ce qui aurait été une exception à tous les cas rapportés.

Le fait présent est-il un cas de syphilis qui ait pu prendre naissance avec une affection sporadique, sous l'influence et la réunion de certaines circonstances ? Personne ne connaît, dans la science, de fait qui puisse donner lieu à cette supposition.

Le condylomes avaient-ils été contractés d'une autre personne ? Si l'on avait vu des cas qui puissent faire penser que les condylomes, comme la gale, sont contagieux, on serait en droit de croire qu'il en était ainsi chez cette petite fille. Non-seulement ce n'était pas le cas, mais tous les moyens artificiels employés par M. Acton, tels que l'inoculation avec la lancette, l'application sur des surfaces dénudées de

charpie trempée dans la sécrétion des condylomes, pour produire cette contagion, ont été inutiles; de telle sorte que l'impossibilité d'une semblable transmission est hors de doute. Il est probable que l'enfant a présenté des symptômes primitifs, et que la source de l'infection a été les draps du lit dans lesquels elle couchait avec les quatre autres enfants plus âgés. M. Rayer a rapporte deux cas de syphilis secondaire chez des enfants transmise par voie d'hérédité.

Quant aux condylomes, il faut dire que le docteur Chance ne pense pas qu'ils soient invariablement le résultat d'une syphilis primitive.

De la nature et du traitement de l'encéphalocèle. — L'auteur anonyme de ce travail publié dans le *Journal de Chirurgie*, commence par exposer le fait présenté par M. Moreau à l'Académie de médecine, où il souleva une discussion qui aurait pu être plus importante et plus fructueuse. Il examine ensuite les questions suivantes :

1° Quelles sont les régions par lesquelles peut se faire la hernie? Après avoir rapporté les classifications modernes et rappelé les faits consignés dans les annales de la science, l'auteur admet que l'encéphalocèle peut se faire en haut, en bas, en avant, en arrière et sur les côtés. De ces quatre espèces, la plus fréquente est la postérieure ; c'est celle aussi qui compte les plus nombreuses variétés. Des recherches sur le siége de l'encéphalocèle, résultent deux conséquences. La première, c'est que dans tous les cas vérifiés par l'opération ou par l'autopsie, l'orifice herniaire siégeait sur une suture ou sur l'intervalle qui sépare dans l'origine les points d'ossification d'un même os ; mais jamais par le milieu de l'os même ou de l'un de ses points d'ossification. La seconde, est que la hernie se fait de préférence à travers les sutures provisoires, comme celles du frontal et de l'occipital, et conséquemment que l'origine de la hernie dans ces cas doit remonter à une époque où ces sutures ne sont pas encore ossifiées.

2° Quelles sont les parties constituantes de la tumeur ? En général, le sac est formé par la dure-mère, doublée en dehors par les téguments du crâne. Quant aux portions de l'encéphale herniées, manifestement c'est toujours le cerveau qui s'échappe en bas, en avant, en haut, et dans toutes les hernies postérieures qui se font au-dessus du niveau de la bosse occipitale. Au-dessous de cette bosse, c'est toujours le cervelet; mais la question est moins facile pour les hernies qui occupent la place de cette bosse même. Or, l'auteur croit pouvoir établir en fait que, lorsque le crâne garde sa forme et son volume, toute hernie encéphalique par le centre de l'os occipital se fait aux dépens du cerveau. Il est rare que le sac herniaire ne contienne pas une quantité plus ou moins considérable de liquide. En définitive, quant à ses parties constituantes, la tumeur encéphalique peut renfermer : 1° une portion du cerveau ou du cervelet sans sérosité; 2° de la sérosité seulement ; 3° une portion du cerveau ou du cervelet avec de la sérosité; 4° enfin quelquefois de la sérosité dans le sac, puis une portion du cerveau contenant de la sérosité dans les ventricules.

3° Quelle est la cause de l'encéphalocèle ? Pour l'auteur, l'hydropisie arachnoïdienne produit l'encéphalocèle, de même que l'ascite détermine aussi des hernies ombilicales. Le mécanisme peut être double, ou bien le sac étant formé d'abord par la pression du liquide, l'absorption de celui-ci fait revenir le crâne encore mou sur le cerveau, qui en remplit tous les vides ; c'est de cette façon que l'exomphale succède à l'ascite guérie. L'encéphalocèle est alors l'indice et le produit de la guérison ; il est *sec*, si l'on peut ainsi dire ; il ne saurait être réduit dans une cavité déjà remplie ; il est absolument défendu d'y toucher. Ou bien l'accumulation de liquide est si forte, qu'après avoir repoussé la dure-mère au dehors, elle y repousse l'encéphale à son tour, et c'est ainsi que l'on a vu même l'encéphale tout entier jeté hors du crâne.

4° Du pronostic de l'encéphalocèle. L'encéphalocèle n'est point mortel par lui-même, à moins que le déplacement soit tellement considérable, que le cerveau ne puisse remplir ses fonctions ; et le danger vient uniquement de l'hydropisie arachnoïdienne dont il est le produit et l'un des principaux phénomènes. Lorsque l'hydropisie est stationnaire il y a peu de péril ; lorsqu'elle tend à s'accroître, le danger est imminent.

5° Traitement de l'encéphalocèle. Après avoir énuméré et apprécié les divers moyens proposés ou mis en usage, l'auteur donne les préceptes suivants: S'il n'y a que de la matière cérébrale, s'abstenir. Si à l'encéphalocèle se joint une hydropisie, ou même si le sac ne contient que du liquide, deux cas se présentent. Ou bien l'hydropisie est stationnaire, et le plus sage est encore de ne rien tenter ; ou bien elle augmente, détermine des phénomènes graves, menace en un mot la vie du sujet ; et alors, sans prétendre dissimuler le danger de cette ressource extrême, il pense que l'on est autorisé à tenter, selon les circonstances, la ponction ou l'incision.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'hygiène ; par le docteur Foy, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. In-12 de 650 pages. Chez Germer-Baillière.

Il est difficile, en hygiène, de faire du neuf au point où en est arrivée la science. Mais il est possible de donner à un livre consacré à ce sujet de l'intéret et de l'utilité, en résumant en un volume les découvertes récentes, les documents utiles répandus dans la science touchant la santé générale et la santé privée. C'est ce que s'est efforcé de faire dans l'ouvrage dont nous rendons compte, M. le docteur Foy, connu déjà de longue date dans le public médical par des ouvrages de longue haleine sur la thérapeutique et l'art de formuler. Médecin et pharmacien, l'auteur a le double avantage d'avoir fait les études sérieuses par lesquelles nous avons tous dû passer, par la lecture des ouvrages théoriques, et par la pratique et la théorie au lit du malade, et en outre de posséder des connaissances thérapeutiques et pharmaceutiques trop peu répandues parmi les médecins de nos jours. Nous disons trop peu répandues, et cela n'est point étonnant lorsque l'on réfléchit qu'à la Faculté de médecine il n'existe pas même une chaire de pharmacie proprement dite; la pharmacie, n'étant à nos yeux qu'une des branches de la médecine, devrait être enseignée théoriquement et pratiquement dans les écoles de médecine, d'une manière abrégée, il est vrai, mais cependant sérieuse.

L'auteur a commencé par un historique succinct, mais cependant complet de l'hygiène. Puis entrant en matière, il a divisé son livre en deux parties principales : matières de l'hygiène, sujets de l'hygiène. La première partie comprend les *choses célestes*, c'est-à-dire l'influence de l'air, des astres, des météores ; sur l'économie, et les choses terrestres, subdivisées elles-mêmes en celles qui sont dues à la nature seulement, et en celles qui sont dues à la nature et à l'industrie des hommes. Cette section comprend l'étude des localités. des climats, des habitations, des vêtements, des aliments. etc.

Dans la seconde partie, l'auteur s'est livré à l'étude de l'homme et de la femme, pris à leur naissance et examinés jusqu'à leur mort, dans toutes les conditions materielles et morales qu'ils doivent ou qu'ils peuvent parcourir. Dans cette dernière partie, dit l'auteur dans son avant-propos, peut-être avons-nous rêvé, peut-être avons fait de l'utopie ? Mais voir le bien en désir, jouir du bonheur par l'espérance, n'est-ce pas oublier le mal, n'est-ce pas annihiler les influences fâcheuses de celui-ci, et n'est-ce pas, en définitive, protéger la santé et faire de l'hygiène ?

L'auteur a donc voulu faire marcher de front l'hygiène publique et l'hygiène privée. Ses lecteurs se convaincront qu'il a rempli avec bonheur la tâche qu'il s'était imposée. Nous adresserons seulement à son éditeur un reproche, bien léger il est vrai, et dont il pourra facilement profiter, non pas seulement dans une seconde édition, mais même dans cette première, par l'addition d'un carton. C'est de n'avoir pas fait accompagner le Manuel de M. Foy d'une table analytique des matières, la forme alphabétique ne permettant pas d'embrasser d'un seul coup d'œil l'ensemble du livre pour ceux des élèves auxquels l'ouvrage est destiné, et qui veulent en quelques heures repasser rapidement les matières d'un examen, et se fortifier sur les points qui leur sont moins familiers que d'autres. A part ce petit reproche, que ni l'auteur, ni l'éditeur ne prendront en mauvaise part, nous ne pouvons que les féliciter d'avoir ajouté un bon livre à la bibliothèque de l'étudiant en médecine.

Association de Vétérinaires anglais.

Les principaux vétérinaires de l'Angleterre, en réponse à une requête présentée par eux à la reine, ont obtenu l'autorisation de se constituer en société sous le titre de *Collége royal des vétérinaires*, ce qui leur donne le caractère d'une corporation régulière, et leur assigne un rang bien déterminé. Des séances auront lieu à des époques fixes. Il y aura un président, et une commission qui devra être composée de vingt-quatre membres au moins et de trente et un au plus ; cette commission élira dans son sein un président, six vice-présidents et un secrétaire. Le président actuel est M. Thomas Turner.

Les frais divers de timbre, taxe, etc., se sont élevés à près de sept cents livres sterling. — 17,500 fr.

La première séance de cette société a eu lieu le 12 avril. On y nomma un *Comité d'examen*, devant lequel seront examinés les élèves sortis des écoles vétérinaires de Londres et d'Edimbourg. Ce comité est composé de douze membres, dont sept appartenant à la médecine vétérinaire, et cinq à la médecine humaine.

Pour subvenir aux frais d'établissement de la société, il a été ouvert parmi les membres une souscription dont le chiffre, joint à quelques dons gratuits, s'élevait dernièrement à 518 livres sterling.

(*La Réaction.*)

NOUVELLES.

M. Vallée, chirurgien-major en retraite, est nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— D'après un rapport du ministre de l'instruction publique, la Russie possède six universités. Saint-Pétersbourg, 66 professeurs et employés, 557 étudiants; Moscou, 87 professeurs et employés, 836 étudiants; Charkow, 75 professeurs et employés, 410 étudiants ; Kasan, 98 professeurs et employés, 459 étudiants ; Dorpat, 66 professeurs et employés, 484 étudiants ; Kieff (Université de Saint-Wladimir), 63 professeurs et employés, 320 étudiants. Le nombre des étudiants est donc de 2,966. La grande principauté de Finlande n'est pas comprise dans cette statistique. L'empire compte 83 gymnases fréquentés par 21,100 élèves, y compris les 10 de la Pologne qui ont 4,001 élèves.

— Un arrêté royal du 20 novembre dernier, accorde un prix supplémentaire de 500 francs à l'auteur du mémoire qui sera couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique, en réponse à la question mise au concours de 1846 ; sur l'hygiène des maisons pénitentiaires soumises au régime de la séparation complète. — De sorte que ce prix sera de 800 francs, au lieu de 300.

— D'après la *Gazette d'Augsbourg*, le nombre des personnes mortes de la peste en Egypte, depuis l'année 1834 jusqu'en 1843, se répartit comme suit : 1834, 237 ; — 1835, 8,333 ; — 1836, 224 ; — 1837, 127 ; — 1838, 229 ; — 1839, 48 ; — 1840, 1293 ; — 1841, 1570 ; — 1842, 254 ; — 1843, 67 ; ce qui fait pour ces dix années un total de 12,382 décès.

— Une épizootie sévit cruellement en Silésie, en Moravie, en Bohême et dans la vieille Autriche ; elle fait partout des progrès extrêmement rapides ; beaucoup de têtes de bétail ont été emportées par cette terrible maladie. On assure qu'elle a pénétré jusqu'à Vienne même.

— A l'université de Munich, le nombre des élèves en médecine fut, pendant le semestre d'hiver 1842-1843, de 139, et, pendant le semestre d'été, de 107.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 149. TOME VI. — 2e SERIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 20 DÉCEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Brown, dans les premières pages du livre où il expose sa doctrine, laisse apercevoir une idée qui est grande. Cette idée est celle d'une vaste synthèse embrassant les phénomènes pathologiques du règne organique tout entier. « La médecine, dit-il en commençant, est une science qui a pour but de conserver la santé des êtres vivants, de prévenir ses dérangements, et d'y remédier quand ils ont lieu. Appliquée aux végétaux, cette science doit être appelée agriculture. » Plus loin, après avoir défini l'excitabilité, il dit: « Cette faculté s'étend à tous les êtres vivants, et par conséquent aux plantes. » Il ne poursuit pas cette idée; mais ce qui précède suffit pour prouver que l'illustre réformateur n'excluait pas le règne végétal de ses méditations sur la pathologie. Inspiré de cette idée, l'auteur de cet article a écrit ailleurs les lignes que voici: « La médecine devient chaque jour plus compréhensive, comme la physiologie, et déjà l'on peut entrevoir une pathologie universelle comprenant tous les faits morbides des deux sous-règnes vivants, dans une coordination rationnelle. M. Rayer, le célèbre fondateur des *Archives de médecine comparée*, figurera comme l'un des promoteurs les plus influents de ce progrès. Les grandes lois de la pathologie surgiront de cet ensemble, dans lequel seront reliés tous les faits pathologiques de l'échelle zoo-végétales. » MM. les professeurs Andral et Gavarret ont montré, une fois de plus, le parti que l'on peut tirer pour la pathologie humaine des recherches d'anatomie pathologique faites sur les animaux.

Il va être question d'une maladie dont il appartient surtout à la pathologie comparée d'élucider l'histoire.

Cette maladie est la *ladrerie*.

Il y a quelques jours, M. Demarquay, aide d'anatomie de la Faculté, observa sur un cadavre servant aux dissections des élèves de son pavillon, à l'Ecole pratique, des cysticerques nombreux dans l'épaisseur des muscles (1). Il en informa M. Pigné, conservateur du Musée-Dupuytren, très capable d'apprécier l'importance du fait. M. Pigné recueillit une partie des entozoaires, les étudia attentivement, examina tous les viscères, explora le corps entier, et fit de ce cas curieux le sujet d'une communication à la Société anatomique.

Le cadavre était celui d'une femme de trente-six ans environ, dont les antécédents sont inconnus, le corps ayant été porté à l'Ecole pratique sans nulle indication, selon l'usage. On nous permettra, à ce sujet, une remarque. Il est souvent très regrettable que l'on ne puisse remonter à l'état antérieur des individus dont les cadavres sont portés à l'Ecole pratique. Nous ne pensons pas qu'il soit difficile de trouver un moyen de reconnaissance. L'administration des hospices pourrait prendre une décision à cet égard, et rendre à peu de frais service à la science.

Les membres inférieurs étaient infiltrés; l'abdomen, le thorax et les membres supérieurs ne l'étaient pas; ils étaient très gras et fermes. Les muscles des extrémités abdominales étaient très pâles; ceux des appendices thoraciques rouges. Il existait une phlébite spontanée des deux crurales. Celle du côté gauche renfermait un caillot en partie cruorique, rouge, et en partie fibrineux, blanc, par conséquent de quelque ancienneté. La veine crurale droite, au niveau du repli falciforme, était détruite par un abcès. Celui-ci affectait une marche extraordinaire, surprenante; il pénétrait en dedans du col du fémur droit, passait sous les fessiers, et remontait le long de la gouttière sacro-vertébrale correspondante jusqu'à l'occipital. Dans toute l'étendue de cette gouttière, la masse musculaire était détruite. Dans quelques points, les vertèbres étaient à nu. La fosse iliaque externe était dénudée dans toute son étendue.

On trouva, aux membres inférieurs, dans tous les muscles de la jambe et de la cuisse, surtout dans les vastes internes, une énorme quantité de vésicules, presque toutes de même longueur (15 à 18 millimètres), du volume d'une forte plume d'oie, cylindriques, terminées cependant par des extrémités arrondies, un peu moins volumineuses que le corps, qui offrait des bosselures sur toutes. Leur direction était invariablement parallèle aux fibres des muscles; il n'en était pas une qui fût placée tranversalement. Elles étaient plus adhérentes par une extrémité (la supérieure) que par l'autre, moyennant une bride du tissu cellulaire. En aucun point une de ces vésicules n'en touchait une autre. Il est à remarquer que, dans les muscles, gastro-cnémiens et soléaire, M. Pigné en a rencontré quelques-unes qui n'avaient pas plus de 8 à 10 millimètres de longueur, et qui étaient ovoïdes avec une extrémité très renflée et une pointue, et toujours mamelonnées ou bosselées comme les précédentes.

Les vésicules adhéraient aux muscles, dont elles écartaient les fibres, par un tissu cellulaire lâche. Ainsi qu'il a été dit, une de leurs extrémités était plus adhérente que l'autre.

Elles étaient constituées par une membrane d'aspect fibreux, transparente, devenant opaque à l'air ou par le séjour dans l'eau. Il semblait que l'eau créosotée leur donnât plus de fermeté. Au sortir de la fiole où elles étaient immergées dans ce liquide, elles rebondissaient sur le plan solide sur lequel on les faisait tomber. A travers cette membrane transparente on apercevait distinctement un corps de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un blanc mat, un peu jaune au centre, occupant le milieu du grand axe de la vésicule, mais plus rapproché d'une de ses parois.

Dans la vésicule, outre le corps en question, était contenu un liquide parfaitement limpide, nullement visqueux, pouvant être évalué à la moitié de la tumeur totale. Dans ce liquide baignait le corps précité enveloppé d'une membrane dont l'aspect rappelait celui de la rétine, mais beaucoup plus mince. C'était le ver. Il adhérait à l'enveloppe mince. Il était arrondi, de la grosseur d'un grain de chènevis, plus gros par conséquent qu'il ne paraissait d'abord, et d'un blanc de nacre. Quand on le pressait entre les doigts ou entre les deux lames d'un verre, on en voyait saillir un petit tubercule présentant une tache bleu-foncé. Des crochets étaient implantés au sommet de ce tubercule, et sa partie la plus évasée offrait quatre suçoirs. Le corps était en spirale et terminé par une vésicule caudale qui, à cause de sa forme en bissac, en avait imposé pour deux vésicules.

Dans le caillot de la veine crurale droite, étaient renfermés trois ou quatre cysticerques, beaucoup plus petits que les précédents, puisqu'ils n'excédaient pas le volume d'une lentille.

On examina l'abcès avec le soin le plus minutieux, et on n'y trouva pas de vésicules.

Les muscles des pieds n'en contenaient pas non plus.

Arrivons aux membres supérieurs, dont nous avons vu que les muscles étaient rouges, tandis que ceux du membre pelvien étaient si décolorés. Les vésicules y étaient très clair-semées. Ainsi, il n'en existait que trois dans l'un des biceps. Les muscles thoraciques n'en présentaient également qu'un très petit nombre. On n'en rencontrait que deux, par exemple, dans l'un des grands pectoraux.

Le seul cysticerque que l'on ait trouvé dans le tissu cellulaire libre, était situé au niveau de l'impression deltoïdienne droite.

M. Pigné ayant scié un grand nombre d'os, a acquis la preuve que ceux-ci ne renfermaient pas de vésicules.

Il n'en existait pas non plus dans les viscères. Le cerveau, le cœur, les poumons, les intestins, la vessie, examinés soigneusement, n'en offraient pas de trace. Ces divers organes étaient d'ailleurs exempts de lésions. Le seul viscère présentant un état pathologique était le foie, qui constituait un type de la transformation ou dégénérescence graisseuse. Il remplissait les deux hypochondres, et on a évalué son poids à sept kilogrammes.

Notons que l'appareil veineux abdominal était libre, tant pour ce qui touche la veine-porte que pour ce qui concerne la veine cave et ses dépendances jusqu'aux crurales.

(1) Ce fait a été signalé, à ce qu'il paraît, à M. Demarquay, par M. le docteur Gerlach, dont nous publions plus loin les observations.

FEUILLETON.

L'article suivant est extrait de l'ouvrage que va publier M. Munaret, sous ce titre: *Annuaire de l'économie médicale*. On verra par cet extrait que l'auteur a eu en vue surtout le praticien de campagne, à qui il cherche à donner toutes les indications, tous les conseils qui peuvent l'intéresser sous le double rapport de l'art et de la science, de la profession et de la pratique. Nous reviendrons, après sa publication, sur cet ouvrage qui nous paraît devoir satisfaire à un véritable besoin de nos confrères et que nul ne pouvait entreprendre avec plus de chances de succès que l'auteur bien connu du *Médecin de campagne*.

CONSEILS AUX MÉDECINS QUI EXERCENT A CHEVAL.

« Qu'un cheval pacifique, à longue et haute eschine
Porte à pas concertés ta pesante machine;
Pour l'humble et basse mule, il faudrait moins de foin;
Mais tu ne pourrais pas être vu de si loin.
Un vieux médecin à son fils. 1684. »

La moitié des médecins, c'est-à-dire ceux qui exercent à la campagne, dans les bourgs, les petites villes et les environs, sont obligés d'avoir un cheval pour franchir plus promptement et avec moins de fatigue les distances plus ou moins longues qui les séparent de chacun de leurs malades. C'est une dépense excédante et un danger de tous les jours, presque sans compensation. L'équitation n'est un plaisir entier, véritable, que pour le cavalier qui peut choisir son temps et son chemin, et faire halte lorsqu'il y est invité pour son bien-être ou par sa seule fantaisie; or, dans nos campagnes, la modicité des honoraires est telle, que le praticien qui veut gagner le foin et l'avoine de l'intéressant animal qui partage ses peines physiques, est obligé de chevaucher comme un postillon, et plus qu'un postillon quelquefois.

Peut-on diminuer la dépense que nécessitent l'achat et l'entretien de son cheval? Peut-on aussi prévenir la plupart des accidents auxquels un médecin s'expose sur une monture qu'il ne connaît pas et dont il n'est pas connu, sans principe ni habitude de l'équitation? Deux questions que je me fis, la première, après avoir acheté pour le prix de 300 fr. une vieille *bringue* dont je ne pus revendre que la peau; la seconde, dans mon lit, à la suite d'une chute grave, et qui ne fut imputable qu'à mon ignorance des précautions les plus élémentaires à prendre par un cavalier.

J'espère, en y répondant aujourd'hui, pouvoir guider mes jeunes confrères dans le choix et l'achat de leur monture, ce qui n'est pas le moindre des embarras qui complique un début, et leur indiquer, d'après l'expérience d'autrui et la mienne, quels sont les moyens les plus prompts, les plus sûrs et les plus faciles pour manier un cheval toujours avec aplomb et avec grâce, autant qu'il sera possible à chacun; enfin pour l'entretenir et le conserver.

La nature du service auquel est destiné un cheval, doit indiquer les qualités naturelles ou acquises qui le recommandent à la préférence de celui qui l'achète. Or, pour le service d'un médecin, le choix d'un cheval est des plus difficiles, parce que ses qualités sont nombreuses. Tâchez seulement de discerner les plus essentielles, et sachez vous en contenter, parce qu'il n'y a point de chevaux parfaits.

En plaine, un médecin peut faire ses visites en voiture; il lui faut un cheval de trait et de selle, capable, au besoin, de rendre quelque service à une exploitation rurale. Les Ardennes, le Poitou, l'Angoumois, le Perche et la Touraine, produisent, à cet usage, de bons et agiles doubles bidets.

Les auvergnats et surtout les lorrains, conviennent au parcours des montagnes; ils sont robustes, d'un pied sûr et preste, sobres, durs au travail, et d'un prix à la portée du médecin de campagne.

Un cheval, pour notre service, ne doit pas avoir moins de cinq ans et plus de douze. Plus jeune, en effet, il peut être trop timide ou impatient, rétif, ombrageux, faute d'avoir été suffisamment dressé; il est plus exposé aux yeux lunatiques, aux fluxions de poitrine et à la *fourbure* qui en est la suite; il n'a pas, ou imparfaitement, jeté sa gourme. Plus vieux, un cheval, s'il n'a pas été bien gouverné, conservera ses défauts de caractère; il sera exposé aux *courbes*, aux rhumatismes; il ne pourra plus s'habituer à cette brusquerie dans le régime et l'exercice, qu'il doit endurer avec son maître. Par exemple, il ne pourra pas, à la nouvelle d'un accident, quitter son ratelier et sa litière, fournir une course longue et rapide, au moment où il aurait le plus besoin de manger ou de dormir. Les membres sont moins souples, les organes des sens plus obtus, l'estomac moins capable. Si vous avez l'avantage d'exercer dans un pays plat et sillonné par de belles routes, la taille de votre monture est à votre choix. Mais au milieu de montagnes scabreuses à la montée et à la descente, dans une contrée seulement accidentée, avec des chemins caillouteux, mal entretenus, étroits, bordés d'arbres ou de buissons qui ne sont jamais élagués, il vous faut absolument un petit cheval.

Le cheval est plus disposé aux hernies, aux rétentions d'urine que la jument, et moins sobre qu'elle. Celle-ci offre des allures plus douces; elle est peut-être plus robuste, mais chatouilleuse quand on la panse; elle a les moments de chaleur, et partant les caprices, les emportements dangereux. Autre inconvénient, dans une écurie où vous l'abritez, un poulain, un mauvais cheval *entier*, peut la saillir à votre insu. — A présent, mes confrères, choisissez.

Voici les qualités extérieures que vous devez rechercher de préférence dans votre cheval, parce qu'elles contribuent le plus à sa bonne et solide conformation.

Petite tête, sèche et bien attachée; des yeux grands, expressifs et irréprochablement sains; la ganache sèche et aussi large que possible; bouche moyenne, goûtant le mors et le couvrant d'écume; naseaux larges, ouverts, vermeils; les *barres* trop charnues résistent à l'action du mors; trop sèches, elles disposent le cheval à *battre à la main*, je veux dire à donner des coups de tête, comme pour secouer la bride. Encolure assouplie, *rouée*; garrot sec et saillant; épaules modérément charnues, écartées et se mouvant avec une entière liberté; poitrail large, pas trop avancé; jambes de fer, proportionnées à la taille; pieds moyens, se posant à plat, avec sole effacée et talons hauts. Dos large, uni, convenablement arqué. Le ventre moyen, arrondi; flancs toujours tranquilles, ni trop pleins ni trop affaissés; croupe *avalée*; les cuisses et les fesses bien cousues, ouvertes en dedans, musculeuses; anus petit et saillant; la queue placée à la naissance des fesses; jarrets grands, larges, secs et nerveux, pas trop rapprochés l'un contre l'autre ou tournés trop en dehors. Un joli embonpoint. Vous pourrez, avec des soins et un régime, engraisser un cheval maigre, bien fait et vous convenant sous tout autre rapport; mais ne l'achetez pas chez un maquignon, car, s'il n'a pu l'engraisser, il faut qu'il existe une cause à laquelle vous seriez obligé de céder.

Votre cheval doit être, autant que possible, *achevé*; il est plus facile de dresser un cheval entièrement ignorant que de ramener un cheval mal appris.

Je vous le conseille d'un âge mûr, si vous n'êtes pas cavalier; doué d'un caractère plutôt indolent que trop vif, habitué aux bruits les plus ordinaires, tels que ceux d'une voiture, du fouet, d'une arme à feu, du tonnerre, etc., sachant s'arrêter et attendre sur le chemin, pendant que vous parlez à un client, et reprendre son pas; toujours docile à votre main, sage, sûr et solide sur ses jambes. Ce n'est pas tout, ses allures doivent être douces, longues, franches et régulières; il sera facile au *montoir* et aux *aides*. A ce sujet, je dois vous faire observer que le défaut contraire doit être souvent imputé à la dureté d'une main peu exercée, qui saccade les rênes; au chatouillement et aux éraflures de l'éperon qui touche la croupe, à l'à-coup d'une lourde arrivée en selle et aux coups de talon qui s'ensuivent.

Si, plus tard, au lieu de résister aux aides par sa simple immobilité, votre cheval recule, rue, se cabre, trépigne, bondit, s'emporte ou cherche à se dérober par une *pointe*, par des sauts de mouton, par des écarts, je vous engage à vous en débarrasser et vous le pourrez sans grande perte, parce que cette résistance tient au caprice, quelquefois à la mauvaise humeur d'un cheval mal mené, dont le corrigera un maître plus expérimenté que vous: un mauvais cavalier, voyez-vous, finit par dérouter le cheval le mieux dressé.

Tel est le cas curieux dans lequel il est impossible de ne pas reconnaître un exemple de *ladrerie* chez l'homme.

L'entozoaire dont il vient d'être parlé se rapporte au genre *cysticercus cellulosæ* de Rudolphi, décrit sommairement dans le passage suivant : « Cyst. capite tetragono, collo brevissimo antrorsum increscente, corpore cylindrico longiore, vesica caudali elliptica transversa. Hab. in *hominis* cerebro, corde rarius; in ejusdem musculis quotannis aliquoties reperio..... In *suis domestici* cerebro et omnibus partibus musculosis vulgatissimus occurrit, neque fero deest. » (Rudolphi, Entozoorum synopsis, p. 180.)

Plus loin, le célèbre helminthologiste entre dans des détails qui nous importent. Il dit que, depuis neuf ans, son collègue Knape, directeur des travaux anatomiques de Berlin, où l'on dissèque annuellement 250 cadavres humains, n'a point passé d'année sans rencontrer quatre ou cinq de ces corps avec des cysticerques. Le plus souvent, ajoute-t-il, ces cadavres étaient ceux d'individus affectés d'ascite ou d'anasarque. Il paraît d'après cela que la *ladrerie*, dans l'espèce humaine, est beaucoup plus commune à Berlin qu'à Paris. La latitude et le climat expliqueraient peut-être cette différence. Le siége le plus fréquent des cysticerques, d'après l'auteur cité, est le tissu musculaire; mais il peut s'en trouver ailleurs. Il dit avoir disséqué le cadavre d'une jeune femme abondamment pourvue de graisse molle, présentant des cysticerques dans les muscles de la vie de relation, et chez laquelle il existait trois de ces entozoaires dans le cœur et plusieurs dans le cerveau. Il n'a jamais trouvé le cysticerque humain vivant, mais il fait observer que, lorsque le ver n'est pas encore tout à fait contracté, on peut, au moyen d'une légère pression entre les doigts, faire sortir sa tête de l'intérieur de son corps. Rudolphi ne doute pas que le cysticerque celluleux ne se présente chez un grand nombre d'animaux.

On le voit, la *ladrerie* est une maladie commune aux animaux et à l'homme. C'est quelque chose que de le savoir; mais la nature de l'affection n'est point connue pour cela. Le cysticerque n'est qu'un accident, et de cet accident il faudrait pouvoir remonter à la cause.

Or, si nous jetons les yeux, d'une part, sur les conditions au milieu desquelles se développe la *ladrerie* chez les animaux, et, de l'autre, sur quelques symptômes que présentent ces animaux, nous serons fortement porté à supposer une altération primitive du sang.

Ainsi, par rapport aux conditions étiologiques, la *ladrerie*, chez les cochons, était beaucoup plus commune alors que ces animaux étaient laissés nuit et jour dans les forêts de la Couronne, livrés à toutes les intempéries. La fréquence de l'affection avait même fait créer, à cette époque (sous le règne de Louis XIV) des *conseillers du Roi jurés-languéyeurs de porcs*, destinés à examiner ces animaux. Plus tard, comme on le voit dans une Note de Chaussier, insérée dans le tome III des Mémoires de M. Ribes, plusieurs communes réclamèrent contre le droit de *languéyage*. La loi de 1838, défectueuse en cela, a sanctionné l'esprit de ces réclamations en excluant la *ladrerie* du nombre des vices rédbibitoires. Quoi qu'il en soit, le séjour dans les lieux bas et marécageux, et le mauvais régime, sont mis par tous les auteurs spéciaux au nombre des causes de la *ladrerie*.

Quant aux symptômes qui nous semblent propres à faire supposer une altération primitive du sang, nous voulons parler surtout de ces taches rouges ou violettes que présente quelquefois la membrane muqueuse buccale des animaux ladres, lesquelles ont fait comparer la *ladrerie* au scorbut.

L'opinion que nous émettons sur la pathogénie de la *ladrerie* ne nous est point particulière, et nous pouvons l'étayer de l'autorité de Chaussier, qui s'exprime de la manière suivante dans la note précitée :

« Il est bien évident que la ladrerie, dès les premiers temps, produit dans les fluides et dans les solides de l'animal une altération qui augmente peu à peu, et qu'ainsi les principes constitutifs propres à servir d'aliment ne sont plus les mêmes que dans un animal sain. » Chaussier fait remarquer que la chair du porc ladre surnage d'abord l'eau dans laquelle on la fait cuire, et ne se porte au fond du vase qu'après avoir fourni un mucus écumeux qui donne un bouillon trouble et lactescent. Il a été remarqué de tout temps que cette chair prend mal le sel, fournit au saloir une grande quantité de sérosité, qu'elle perd par la dessiccation beaucoup de son poids et de son volume; qu'enfin, très difficile à conserver, elle a une grande tendance à s'altérer par la chaleur et l'humidité. Il est presque inutile de faire remarquer que ces diverses circonstances viennent toutes fortement à l'appui de l'idée théorique d'une altération primitive du sang. Mais cette idée, quelque vraisemblance qui l'entoure, ne sera justifiée que par une analyse comparative et suffisamment répétée du sang du porc sain et de celui du porc ladre. Nous aurons alors à nous féliciter d'avoir appelé l'attention des observateurs sur ce point de pathologie.

— Nous avons dit, dans notre dernier article, que M. Lisfranc a présenté sur les polypes utérins quelques considérations intéressantes. Ce sont ces considérations qui vont nous occuper.

Il arrive que l'on a reconnu la présence d'un polype, et qu'ensuite on ne le trouve plus. Ainsi M. Lisfranc est appelé par M. Nauche auprès d'une dame. Il explore, reconnaît un petit polype et l'excise. A la vue d'un corps cellulo-vasculaire extrêmement ténu, M. Nauche exprime un profond étonnement. L'opérée est examinée de nouveau. Le col utérin est parfaitement libre. A quelques jours de là M. Lisfranc, mandé derechef par M. Nauche, trouve chez cette dame un polype du volume d'une petite poire d'Angleterre. C'était celui qui avait d'abord été senti par M. Nauche. L'opération est fixée au lendemain. Le lendemain, plus de polype. Les explorations ont été faites et répétées chaque fois par MM. Nauche et Lisfranc, et, autant que possible, on peut être certain que lorsqu'on ne sentait pas le polype, c'est que positivement il ne se trouvait plus là où on l'avait constaté.

La femme dont il vient d'être parlé s'est rétablie complétement. Qu'est devenu son polype? Il y a lieu de supposer qu'il a été éliminé spontanément, sans qu'elle en ait eu connaissance, ce qui est arrivé chez plusieurs. Mais la première fois, nécessairement, il était rentré dans l'utérus.

Le même phénomène, assurément très-singulier, et fort utile à connaître, s'est présenté chez une femme qui se trouve encore dans les salles de M. Lisfranc. Le polype était sorti de la matrice dans l'étendue de quatre centimètres environ. Plus tard les règles étant survenues, on ne l'a plus senti au dehors. Ici encore qu'est-il arrivé? Le polype devenu turgescent comme la matrice, a-t-il été comprimé par le col utérin, et sa portion excédante a-t-elle été éliminée ainsi? Cela est possible. Mais il peut être rentré.

Dans un travail inséré dans les *Annales de la chirurgie* (1), travail qui renferme vingt-six observations d'élimination spontanée de polypes ou de prétendus polypes utérins, on a ramené à six les modes suivant lesquels peut s'opérer cette élimination : 1° Destruction par gangrène sur place; 2° accouchement du polype ou expulsion; 3° atrophie, ulcération ou gangrène du pédicule; 4° élongation, amincissement et rupture du pédicule; 5° par le travail de l'accouchement; 6° par éradication soudaine. Ce dernier mode est fondé sur un cas communiqué à l'Académie de médecine par M. Marchal (de Calvi), et dans lequel l'expulsion du polype, véritable éradication, comme il est dit, avait été opérée par l'effet d'un effort violent au moment où la malade soulevait un lourd cylindre dont elle se servait pour chauffer un bain.

(1) Tom. VIII.

Par rapport au cinquième mode d'élimination, qui n'était pas connu avant le travail précité, voici ce qui peut avoir lieu. Ou le polype est situé au col, sur le passage de l'enfant, comme dans un fait communiqué à l'auteur par M. le professeur P. Dubois; ou il est renfermé dans la cavité de l'utérus. Dans le premier cas, l'enfant entraîne le polype; dans le second, celui-ci, ébranlé, séparé par le travail de l'accouchement, puis par l'effet du travail éliminatif général qui s'empare de la matrice, est expulsé plus ou moins longtemps après l'accouchement, comme cela paraît avoir eu lieu dans une observation d'Hippocrate. (*Opera*, vol. III, p. 290. Foes. — Pierer.)

Les polypes cellulo-vasculaires à petite tête portée sur l'extrémité d'un long pédicule, sont ceux qui, en raison de leur mobilité, échappent le plus facilement au doigt du chirurgien. On les sent, puis ils fuient. M. Lisfranc a montré un cas de genre à ses élèves.

La femme dont il a été question en dernier lieu, et chez laquelle, à l'occasion des règles, on cessa de sentir le polype dans le vagin, était presque exsangue à la suite de pertes réitérées, et sa vie était sérieusement menacée, lorsque, dans l'impossibilité de pratiquer une opération décisive, M. Lisfranc eut l'idée de cautériser avec le nitrate acide de mercure la portion du polype saillante dans le vagin. Les hémorrhagies furent ainsi prévenues, et aujourd'hui la malade est dans un état satisfaisant.

Le même moyen réussit à prolonger la vie des femmes atteintes de cancers *inopérables* quand ils se compliquent de pertes répétées. Une malade du service de M. Lisfranc continue de vivre à la faveur de ce secours palliatif.

— Un jeune homme est tombé d'une échelle sur le comptoir d'un marchand de vin; c'est le nez qui a porté au-dessous des os propres. Il a saigné; puis la partie s'est tuméfiée. L'air ne pouvait plus passer par les fosses nasales, et le sujet parlait en nasonnant. Au bout de quelques jours un peu de pus s'écoula par les narines, puis l'écoulement se tarit. Ce fut alors que ce jeune homme entra à la Charité (service de M. Gerdy). Le nez était très mou au-dessous des os propres, par suite de l'écrasement du cartilage de la cloison. De chaque côté la muqueuse faisait saillie dans la fosse nasale, qui en était obstruée. On eût dit de prime-abord deux polypes muqueux. Mais les tumeurs étaient fluctuantes, et le flot du liquide passait de l'une à l'autre à travers une perforation de la cloison. La collection fut ouverte; du pus mêlé de sang s'en écoula; une mèche de charpie fut passée à travers la cloison et nouée inférieurement. Le malade va bien, et ne tardera pas à sortir. Il est probable que son nez restera mou en raison de l'écrasement de la cloison; mais il n'existe pas de déformation bien sensible, et le nez est à peine déprimé.

Les abcès de la cloison, avec tous les caractères que celui-ci a présentés, sont bien connus; quoiqu'ils ne soient pas communs. Dans un cas, M. le professeur P. Bérard, pour obvier à la stagnation du pus, passa un séton à travers la cloison, comme vient de le faire M. Gerdy.

On consultera utilement sur ce sujet l'article *Nez et Fosses nasales* du *Dict. de méd.* On y verra que les collections de pus sur les côtés de la cloison ont été indiquées par Monteggia, mais que M. J. Cloquet les a, le premier, décrites en

---

Avis très important. — Soumettez à toutes les épreuves connues le cheval que vous voulez acheter, pour savoir s'il est ombrageux; insistez même sur ces épreuves, et s'il soulève la moindre inquiétude à cet égard, il faut y renoncer. Je ne connais pas, dans un cheval de médecin, défaut plus dangereux. Un ruisseau à passer à gué l'arrête; un chien qui aboie, une souris qui traverse le chemin, un chiffon que l'air agite, c'en est assez pour qu'il vous échappe, se cabre, tourne brusquement, vous désarçonne et vous tue.....

Si seulement le cheval porte les oreilles couchées en arrière, ou l'une en avant et l'autre en arrière, c'est l'indice d'un mauvais caractère, méchanceté ou poltronnerie; il ne vous convient pas encore, parce qu'il exigerait trop de surveillance de la part d'un médecin qui, par la nature de ses perpétuelles et graves préoccupations, est obligé de se confier à sa monture, sans pourtant s'y abandonner.

Un cheval trop lâche ou paresseux ne peut guère plus faire votre service; être obligé de l'animer, du matin au soir, de la voix, de la main et des jambes, est une corvée plus fatigante qu'une marche à pied; elle deviendra insupportable, s'il faut la répéter tous les jours.

Connaissance faite avec le physique et le moral du cheval, s'il vous convient, il reste à l'acheter, *hoc opus, hic labor est*. Essayons cependant.

Je commence à vous prévenir que j'ai conçu une telle défiance à l'égard des maquignons, que je m'arrange aujourd'hui, pour acheter, d'un homme connu et qui n'est pas du métier.

Quel que soit le vendeur, engagez votre vétérinaire à vous aider dans le marché. Un artiste est toujours sensible à la gloriole, et même à un déjeuner; j'ose donc vous garantir son exactitude au rendez-vous.

L'examen du cheval commence à l'écurie; il doit porter sur l'ensemble de ses formes, sur sa taille et sa tournure : tant qu'il durera, ouvrez les yeux et fermez les oreilles.

Ensuite, faites le détacher du râtelier et avancer de front vers la porte de l'écurie. La pupille, dilatée dans l'obscurité, doit se contracter au fur et à mesure qu'on l'expose au grand jour. Il est utile de faire devant les yeux quelques gestes de la main, en la portant en avant, sans toucher les cils, parce qu'il y a des amauroses dans lesquelles la pupille exécute les mêmes mouvements que dans l'état sain.

Avant de mettre le cheval en mouvement, et *surtout* après, voyez bien, d'après sa pose, s'il ne soulage pas l'une ou l'autre de ses extrémités, et si le mouvement des flancs est régulier depuis le commencement des épreuves jusqu'à leur fin.

La première allure à vérifier est le pas; c'est la plus importante pour nous. Les mouvements doivent être égaux, le poser parfait, le pas soutenu et long.

Pour vous convaincre de la vivacité du cheval (si vous le désirez vif), faites le partir de pied ferme au trot, en lui assénant un coup de cravache, et en empêchant qu'on le tienne en main de trop près. A cette allure, non moins importante pour votre service, puisqu'elle doit alterner le plus souvent avec celle du pas, le cheval doit porter la tête haute, la croupe ferme, sans *bercer*, les extrémités postérieures sur la même ligne que les antérieures; les battues doivent être uniformes, égales, sèches et non traînantes.

La claudication est assez visible; mais il faut tâter et comparer attentivement les jarrets, afin de vous assurer qu'ils ne recèlent pas un engorgement ou des tumeurs osseuses.

Le cheval ayant été mis en action, en avant, en arrière, à droite et à gauche, au pas, au trot et au galop, sur un terrain uni comme sur un chemin inégal et caillouteux, les rênes tenues par le bout, vous le faites monter par un homme de confiance, ou vous le montez vous-même si vous êtes cavalier, pour vous assurer de la bonté de toutes ses allures, et surtout s'il a du nerf.

Le cheval doit-il aller au cabriolet ou à la charrette, il est bien entendu que vous le soumettrez à toutes les épreuves de chacun de ces services : en plaine, à la montée comme à la descente, avec et sans sabot.

Regardez-le manger, boire, pisser, fienter; menez-le à la forge, faites-lui lever les quatre pieds, on frappe sur chacun d'eux avec un marteau, on lui fait même ôter et remettre un fer. Enfin, faites-le panser avec l'étrille, la brosse et la main; n'oubliez pas surtout de le seller et brider, comme de lui enlever selle et bride; cette dernière besogne vous regarde.

Le plus sûr moyen de vous préserver des ruses du maquignonnage, consiste à prendre le cheval à l'épreuve du service auquel vous le destinez, pendant huit ou quinze jours. Si le cheval est irréprochable, ou s'il y a connaissance entre le vendeur et vous, votre proposition peut être agréée.

L'action en garantie pour les cas rédhibitoires, doit être intenté dans un délai fixé par la loi du 20 mai 1838.

En fait de marché chevaux, il y a plus de cas rédhibitoires que de cas de conscience.

Le prix d'un cheval apte à notre service, bien conformé et d'un bon âge, doit varier entre trois et six cents francs.

Le cheval est acheté; il s'agit de le harnacher. Les marchands sont généralement disposés à profiter de notre inexpérience en nous vendant le plus qu'ils peuvent et tant qu'ils peuvent. Voici, pour votre gouverne, les objets les plus indispensables à acheter : Une bride à l'anglaise avec son filet, une selle, un surfait avec fontes ou sacoches; un caparaçon en fil écru, un licou, une couverture avec son surfait, brosse, peigne, éponge, cravache, et éperons.

Le mors ordinaire à branches droites, à gorge de pigeon, mérite votre préférence, après l'avoir essayé à la bouche de votre cheval.

La selle *anglaise*, le simple *panneau*, sont assez préférés par les jeunes médecins, à cause de leur élégante simplicité. Je vous engage, pour débuter sur un cheval, à acheter une selle *française* ou *à la hussarde*; vous serez assis plus commodément et plus solidement.

En pays de montagnes, il est nécessaire d'ajouter à votre selle un *culeron* doux et bien arrondi, des sangles de recul et un poitrail.

Je chevauche, la nuit comme le jour, depuis quinze ans, dans les moins belles montagnes de notre beau pays de France, mes fontes veuves de pistolets. — Vous êtes bien courageux, me direz-vous. — Pas plus qu'un autre, mes confrères; mais comme l'a dit un personnage de la comédie italienne : « Je n'en porte pas, parce que j'ai peur qu'on me les vole. » En leur absence, je loge dans mes sacoches, les médicaments à distribuer, ma trousse, mon scarificateur, etc.

Pour la voiture, le harnais le plus simple est le meilleur, et cette simplicité même, qui n'exclut pas la solidité, en constitue la véritable élégance et la comodité.

A propos de voiture, si vous pouvez vous en permettre les douceurs, achetez-la neuve, simple, commode et solide. L'expérience a démontré qu'une voiture d'occasion est toujours trop chère, quel que soit son bon marché, à cause des réparations qu'elle occasionnera tôt ou tard. Le cabriolet va bien en plaine; le char-à-banc, avec capote mobile, résiste plus long-temps aux épreuves du chemin vicinal.

Les harnais noirs, pour la selle comme pour la voiture, sont les moins coûteux et les plus susceptibles d'entretien et de propreté.

Notre costume, pour voyager à cheval, doit être aisé et commode, quoi qu'en pensera la mode. — Redingote qu'on peut croiser et boutonner jusqu'au col; pantalon fort et large, avec sous-pieds métalliques pour le fixer à la botte; chapeau en carton verni, à larges bords; manteau *bournous*, toujours en selle et dans son fourreau. Les extrémités du cavalier sont les plus exposées au froid et à l'humide. Pour ce qui regarde les pieds et les jambes, je vous recommande des bottes-guêtres qui s'ajustent sur le pantalon, comme un souverain préservatif de la pluie, de la boue et surtout du choc des corps extérieurs.

Les bornes d'un premier article ne me permettent pas de vous apprendre comment vous devez *amener* votre cheval sur le terrain, le monter, le *rassembler*, employer les *aides* en tout sens et à toutes les allures, le faire reculer, l'arrêter et en descendre; vous pourrez vous initier à tous ces détails de maniement avec un bon manuel d'équitation, et mieux encore, en prenant quelques leçons dans un manége, si vous le pouvez. Les conseils que je vais vous donner au sujet de la conduite de votre cheval, seront choisis entre les plus importants, mis à votre portée et à votre usage.

(*La suite à un prochain numéro.*)

1830 (*Journ. heb.*) ; qu'ensuite M. Fleming en fit le sujet d'un travail assez étendu inséré dans le *Dublin journ.* (1833); qu'enfin, M. P. Bérard en rapporte deux cas dans les *Archiv. génér. de méd.* (1835). Une nouvelle observation (de M. Maisonneuve) a été consignée dans la *Gazette des Hôpitaux*. M. le professeur Sédillot parle de ces abcès dans sa *Médecine opératoire*.

Un abcès de la cloison, résultant d'une contusion, ce qui est de beaucoup le cas le plus commun, ne peut être pris pour un polype, à moins d'un examen tout à fait superficiel et d'une appréciation très légère des circonstances qui ont produit la lésion. L'erreur a été cependant commise plusieurs fois.

X...

HOSPICE DES ORPHELINS DE VERVIERS (Belgique).

De l'emploi du nitrate de potasse et de l'acide benzoïque dans l'incontinence nocturne d'urine ;

par le docteur J. Delcour.

L'incontinence nocturne d'urine est une maladie assez commune chez les enfants, surtout dans la classe pauvre, où le tempérament lymphatique domine, et où l'éducation première manque de tout soin ; cette opinion ne sera peut-être pas partagée par beaucoup de médecins qui diront n'avoir que rarement rencontré cette infirmité dans une pratique assez étendue, mais cela tient à la négligence que les parents mettent en général à consulter pour cette disposition vicieuse, persuadés qu'ils sont que la médecine est impuissante contre elle. Il est vrai que malgré le grand nombre de moyens que l'on a vantés pour la combattre, on ne parvient pas toujours à la guérir.

Suivant la plupart des auteurs, cette maladie se dissipe ordinairement après la seconde dentition, mais les faits que nous avons recueillis sont contraires à cette manière de voir, et sur treize sujets (sept filles et six garçons), six avaient dépassé cette époque.

Quelle est la cause de cette singulière affection ? L'opinion la plus généralement admise et qui nous paraît la plus vraisemblable, est celle qui l'attribue à un excès de ton de la vessie. « Dans l'enfance, dit M. Barrier (1), le système musculaire de la vie organique jouit d'une contractilité plus prononcée, tous les réservoirs qui en sont pourvus, se vident plus souvent ; de simples contractions physiologiques prennent parfois le caractère spasmodique, comme on le voit dans certains cas de vomissement. Or, la vessie a une tunique charnue, dont la contraction est au moins en partie sous l'influence du système nerveux ganglionnaire, et dès lors soustraite à l'empire de la volonté. Pendant l'état de veille, les effets de cette contraction sont empêchés soit par la simple force tonique des muscles constricteurs de l'orifice vésical de l'urètre, soit par leur contraction volontaire ; mais le sommeil qui abolit toute contractilité volontaire, n'a aucun effet de ce genre sur la contractilité organique sensible.... Remarquons d'ailleurs que le sommeil abolit plus complétement les fonctions des sens et de l'intellect que celles de l'instinct, que, par conséquent, plusieurs de ces dernières s'accomplissent pendant le sommeil ; que, chez l'enfant, elles sont plus actives et comportent beaucoup d'actes qui, chez l'adulte, sont complétement volontaires et délibérés ; que dès lors, l'expulsion des urines qui, à un certain âge est réglée, avancée ou retardée, suivant le caprice individuel, pour ainsi dire, est presque entièrement instinctive dans le premier âge, et par conséquent bien plus étroitement enchaînée à la sensation qui la précède, lors même que celle-ci serait rendue plus sourde et plus obscure par un sommeil plus profond. »

Une circonstance qui contribue ensuite à entretenir cette maladie, c'est l'habitude que contracte bientôt la vessie de se vider vers certaines heures et sous l'influence des mêmes causes, telles que la chaleur du lit, le coucher en supination, etc. La répétition fréquente du même acte dispose à son renouvellement par les causes les plus légères ; toutes nos fonctions organiques, comme la digestion, les excrétions, ne se soumettent-elles pas d'ailleurs aux lois de l'habitude ? Cette dernière cause explique en partie la ténacité de l'énurésie nocturne qui, suivant l'aveu de Burns et de plusieurs écrivains, se prolonge souvent jusque même dans l'âge adulte, malgré tout ce qu'on fait pour l'arrêter. Parmi le grand nombre de remèdes qui sont énumérés dans les auteurs, il en est quelques-uns dont l'efficacité a été souvent reconnue ; tels sont les bains froids généralement conseillés, les bains aromatiques alcoolisés vantés par Lallemand, de Montpellier ; les immersions courtes, mais répétées dans l'eau froide, préconisées par Dupuytren, et qui ont fréquemment réussi à M. le docteur Rutten père, de Verviers ; les préparations de cantharides, de noix vomique et de seigle ergoté à l'intérieur, prônées par beaucoup de médecins ; ce n'est pas de ces moyens connus de tous les praticiens que nous voulons nous occuper, mais de deux autres, dont l'un n'a pris rang que depuis peu dans la thérapeutique de l'énurésie nocturne, et dont l'autre n'a été, à notre connaissance, indiqué nulle part ; nous voulons parler du nitre et de l'acide benzoïque.

C'est au docteur Young, de Chester, qui y fut conduit par le hasard, que l'on doit l'emploi du nitre dans ce cas. Appelé auprès d'une dame qui souffrait depuis longtemps d'une incontinence d'urine opiniâtre, il prescrivit sans succès les cantharides à l'intérieur ; il survint même pendant cette médication, des symptômes inflammatoires qui le forcèrent à en suspendre l'emploi et à prescrire des moyens plus doux, tirés de la classe des antiphlogistiques. Au bout de deux jours, les accidents diminuèrent ; mais l'affection vésicale persistait au même degré. C'est alors que le docteur Young, dans le but de combattre un restant de fièvre, prescrivit des poudres de 10 grains de nitre, à prendre de trois heures en trois heures. Quelle ne fut pas sa surprise lorsque, au bout de sept jours, il apprit que l'incontinence d'urine avait complétement disparu ! Encouragé par ce succès qui fut durable, il eut de nouveau recours au nitre lorsque l'occasion s'en présenta, et ce fut toujours avec le même avantage. D'heureuses circonstances nous ayant permis d'essayer cette médication sur une large échelle, nous ne fûmes pas moins heureux que le médecin anglais.

Quant à l'acide benzoïque, ses propriétés balsamiques et son action bien connue sur la vitalité des muqueuses, nous ont conduit à l'ordonner dans deux cas qui avaient résisté au nitre et à la strychnine, et le succès a couronné nos tentatives.

Nous allons maintenant rapporter d'une manière succincte, les faits que nous avons observés et qui, ayant été recueillis dans les maisons d'orphelins et d'orphelines de Verviers, offrent toutes les garanties d'authenticité désirable.

Première observation. — Elise Mosbeux, âgée de onze ans, tempérament lymphatique, bonne santé habituelle, est entrée aux orphelines vers l'âge de cinq ans, époque où elle était déjà atteinte d'incontinence nocturne d'urine. Il m'a été impossible de savoir si cette maladie était congénitale, ou depuis quand elle existait ; dans le commencement elle pissait au lit toutes les nuits, puis peu à peu elle l'a fait moins souvent et actuellement cela ne lui arrive plus que trois ou quatre fois par mois. A partir du 9 novembre 1843, elle prend 30 grains de nitre par jour, en trois doses, et dès lors son infirmité a cessé.

Deuxième observation. — Jeannette Jambeau, âgée de sept ans, lymphatique, santé délicate, habite l'hospice depuis l'âge de trois ans et demi ; à son arrivée, elle urinait au lit tous les jours, mais comme dans le cas précédent, cette affection a diminué graduellement au point qu'elle ne revient plus que quatre ou cinq fois par mois ; pendant le jour elle éprouve de fréquents besoins d'uriner, quoique cette fonction s'exécute facilement.

Le 8 novembre 1843, même traitement que la précédente.

On continue jusqu'au 1er décembre, où on peut la considérer comme guérie. Dans cet espace de temps, elle n'a mouillé qu'une fois son lit (le 17 novembre). Les besoins d'uriner ont aussi disparu.

Troisième observation. — Célestine Bonvoisin, âgée de six ans, scrofuleuse, a été atteinte dans son enfance de rachitisme qui lui a laissé une poitrine étroite, aplatie sur les côtés, et une déviation latérale de la colonne vertébrale ; la respiration est habituellement courte et gênée ; elle habite l'hospice depuis un an ; l'incontinence nocturne d'urine n'existe que depuis trois mois et revient quatre ou cinq fois par semaine.

Le 8 novembre, même traitement que dans les observations précédentes.

Le 13, pas de changement.

Le 21, elle n'a pas sali son lit depuis le 13.

Le 1er décembre, la guérison persiste ; on cesse la médication.

Quatrième obervation. — Philomène Pirard, âgée de cinq ans, lymphatique, bien portante, entrée à l'hospice depuis sept mois, pisse au lit presque toutes les nuits ; elle éprouve de fréquents besoins d'uriner accompagnés de douleurs vives qui se calment aussitôt que l'expulsion des urines, qui est facile, a eu lieu ; nous ignorons l'époque du début de la maladie qui existait à son arrivée.

Le 8 novembre 1843, 30 grains de nitre par jour.

Le 13, même état.

Jusqu'au 21, l'accident survient encore quatre fois, et depuis lors, jusqu'au 1er décembre, seulement deux fois. Dès ce moment, il a complétement cessé. On continue le traitement jusqu'au 28 du mois.

Cinquième observation. — Trinette Lejeune, âgée de cinq ans, tempérament sanguin, était déjà atteinte d'incontinence nocturne d'urine, lorsqu'elle est entrée, il y a sept mois, à l'hospice ; cet accident survint presque toutes les nuits.

Le 8 novembre, même traitement que dans les cas précédents.

Le 13, pas d'améliaration.

Le 21, elle n'a pas pissé au lit depuis le 13. On continue le nitre jusqu'au 1er décembre, époque où on la considère comme guérie.

Le 9 décembre, récidive qui se renouvelle encore deux fois jusqu'au 22. On prolonge le traitement jusqu'au 15 février, quoique son infirmité ait complétement cessé depuis six semaines.

Sixième observation. — Philomène Grosfils, âgée de cinq ans, lymphatique, à l'hospice depuis un an, n'urine au lit que depuis trois mois et chaque jour.

Le 8 novembre 1843, même traitement.

Le 13, même état.

Le 1er décembre, elle n'a mouillé son lit que deux fois depuis le 13. On continue le traitement jusqu'au 12 décembre, sans que l'accident se soit renouvelé.

Septième observation. — Alexandrine Koiseleux, âgée de quatre ans, scrofuleuse, habite l'hospice depuis sept mois ; sa maladie, comme chez Ph. Grosfils, n'a débuté que depuis trois mois, quatre à cinq fois par semaine.

Le 8 novembre, même médication.

Le 13, son lit a été trouvé percé tous les jours, et il en est encore de même le 14, 16, 18 et le 19.

Le 5 et le 8 décembre, elle salit de nouveau sa couchette, et il en est encore ainsi trois fois jusqu'au 31 décembre, époque où cette mauvaise disposition est tout à fait dissipée. On continue par précaution le traitement jusqu'au 15 février.

Huitième observation.—Jean-Baptiste Masson, âgé de douze ans et demi, lymphatique, était atteint d'énurésie nocturne depuis un temps qu'il n'a pu préciser, avant son entrée à l'hospice des Orphelins, dans le mois de septembre 1839. Il y a quelques mois que, par la promesse d'une récompense, cet incident avait cessé pendant deux à trois semaines ; mais ce mieux ne fut que momentané, et actuellement il survient toutes les nuits.

Le 30 décembre 1843, je lui prescris 30 grains de nitre par jour, à prendre en deux fois, dans une tasse d'infusion de graines de chanvre.

Sous l'influence de ce traitement, la maladie diminue graduellement : ainsi, il urine au lit le 31 décembre, les 1er, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 21 janvier et le 1er février ; de ce jour il est complétement guéri.

Neuvième observation. — Georges Passau, âgé de onze ans, lymphatique, entré à l'hospice le 6 mai 1839, était déjà, comme le précédent, atteint d'incontinence nocturne d'urine qui se montre seulement de temps en temps. Il commence à prendre le nitre le 30 décembre 1843, et dès lors la maladie a complétement cessé.

Dixième observation. — Pierre Demoulin, âgé de six ans et demi, lyphatique, habite la maison des Orphelins depuis le 28 décembre 1843 ; il a uriné au lit le 4 mars 1844 pour la première fois, et cela lui est encore arrivé le 5, le 7 et le 12 du même mois.

Le 13, il commence l'usage du sel de potasse, et dès ce moment il ne mouille plus son lit.

Onzième observation. — Emmanuel Fairon, âgé de onze ans, lymphatique, urinait déjà au lit le 2, lorsqu'il est entré à l'hospice le 1er mars 1842 ; cet accident lui arrive trois à quatre fois par semaine, mais il est déjà resté jusqu'à dix jours sans qu'il survînt.

Le 30 décembre 1843, 30 grains de nitre chaque jour.

Son lit est trouvé humide le 31 ; les 7, 8, 15, 16, 17, 24, 28 et 30 janvier ; les 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 17 février. Vu l'insuffisance de cette médication, je lui prescris les pilules suivantes: Pr. strychnine gr. ij ; extract. tritic. repent. drach. S ; m. ut f. pil. n° XXX (2 par jour).

Le 21, l'accident n'est plus revenu (4 pilules par jour).

Récidive le 28 février, le 2 et le 11 mars ; ce dernier jour Fairon recommence le nitre à la dose de 45 grains par jour. Les 16, 20 et 26 mars, on trouve encore sa couche mouillée; mais dès lors la guérison se prononce.

Dans cette observation, le nitre n'eut d'abord aucune influence ; ce ne fut qu'après l'emploi de la strychnine, qui avait déjà diminué la maladie, qu'il réussit.

Douzième observation. — Eugène Alexandre, âgé de dix ans et demi, bonne constitution, un peu lymphatique, est venu à l'hospice le 1er mars 1842. Il urine au lit toutes les nuits, et avec une telle abondance, que non-seulement sa couchette est complétement traversée, mais qu'il existe sous elle une véritable mare d'urine. Autant que sa mémoire peut le lui rappeler, cette infirmité lui est survenue vers l'âge de sept ans.

Le 30 décembre 1843, 30 grains de nitre.

Le 6 janvier, pas d'amélioration.

On continue jusqu'au 3 février, sans le moindre changement ; ce jour, on remplace le nitre par des pilules de strychnine (2 par jour).

Le 21, il a mouillé son lit toutes les nuits, excepté le 16 et le 21 (4 pilules).

Le 12 mars, pas de changement ; je lui ordonne les pilules suivantes, à prendre deux par jour : Pr. acid. benzoïc. drach. ij ; man. ping. q. s. ut. f. pilul. n° XL.

Il a encore sali son lit les 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 26 et 29 ; depuis lors, cet accident ne lui est plus arrivé qu'une seule fois vers le milieu d'avril.

Treizième observation. — Henri-Joseph Leclerc, âgé de neuf ans et demi, d'une intelligence peu développée, pissait déjà au lit lorsqu'il a été admis à l'hospice le 27 septembre 1839 ; l'incontinence d'urine revient toutes les nuits, avec un peu moins d'abondance que dans le cas précédent. On a essayé, de même qu'aux autres, d'interrompre son sommeil pour lui faire évacuer la vessie, mais ses draps ont été seulement un peu moins humectés.

Le 30 décembre, demi-gros de nitre en deux fois.

Le 6 janvier, pas de mieux.

Le 17, même état.

Le 2 février, pas de changement (2 pilules de strychnine).

Le 21, il s'est abstenu le 6, le 16, le 19 et le 21 (4 pilules).

Le 12 mars, pas d'amélioration (2 pilules d'acide benzoïque.

Diminution graduelle jusqu'au 28, époque à laquelle la maladie a cessé complétement ; il a pris en tout 40 pilules d'acide benzoïque.

Ainsi, sur 13 cas où nous avons employé le nitrate de potasse, la guérison a suivi assez promptement dans 11 ; ces faits, réunis à ceux du docteur Young, placent ce médicament au premier rang dans le traitement de l'énurésie nocturne des enfants. Tous les praticiens seront-ils aussi heureux ? C'est à l'expérience à répondre. Il s'agit en tout cas d'un remède dont l'emploi est aussi simple que facile, et qui n'est susceptible d'aucune contre-indication ; il sera toujours temps de recourir à des moyens plus actifs s'il ne réussit pas.

Le médecin de Chester a supposé que le sel de potasse communiquait à l'urine des propriétés excitantes, dont l'effet est une stimulation efficace de la vessie ou de son sphincter ; mais cette explication est en contradiction évidente avec l'action hyposthénisante du nitre, et il est plus raisonnable d'admettre qu'il diminue l'excès de ton que nous avons reconnu dans les organes urinaires des enfants.

Les résultats avantageux que l'acide benzoïque semble avoir produits dans nos deux dernières observations viennent à l'appui des succès que M. Chabrely, de Bordeaux, a obtenus dans l'incontinence d'urine, à l'aide des balsamiques tant à l'intérieur qu'à l'extérieur (1).

(1) *Traité pratique des maladies de l'enfance ;* in-8° ; Paris, 1842 ; tom. II, pag. 307.

(1) Journal de méd. de Bruxelles.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Résumé du service pendant le deuxième semestre de 1843.

(Suite du n° 141.)

Tubercules pulmonaires.

Le chiffre des phthisiques admis dans le service depuis le dernier semestre, a été un peu plus considérable qu'il ne l'avait été pendant le premier. Néanmoins, en tenant compte des réparations faites à la salle des hommes, et qui ont nécessité la fermeture de cette salle environ trois semaines, à la fin de juin, il faudra établir à peu près la compensation. Quoi qu'il en soit, je trouve un total de 74 tuberculeux : 17 femmes et 57 hommes.

La même réflexion que j'avais présentée touchant l'étiologie de la phthisie pulmonaire, se représente à propos de ces nouveaux faits : à savoir, la fréquence singulière des deux causes, hérédité et misère, pour la production de cette cruelle maladie. Cette fréquence a dû, en effet, me frapper davantage, et c'est aussi pour cela que j'y insiste particulièrement. J'ajoute, parce que ce point a, cette fois, fixé mon attention, qu'un certain nombre de ces phthisiques étaient déjà assez avancés en âge, et parveuus de 40 à 60 ans. Ceux-ci surtout, ont dû me reporter sur l'influence si grande des conditions de misère, pour déterminer la tuberculisation pulmonaire. En effet, l'influence héréditaire permet rarement d'arriver à une époque aussi avancée de la vie.

Comme faits relatifs à l'histoire symptomatologique de la maladie, j'ai seulement à noter un plus grand nombre de malades venus au début, quelques-uns dès les premiers signes, par eux appréciés du moins, de l'affection. Trois ont particulièrement fixé mon attention par l'abondance et la ténacité d'une première hémoptysie. Elle a persisté plusieurs jours, incessante, avec exacerbations fréquentes, et résistant à tous les moyens employés pour l'arrêter. Saignée du bras, potion avec 4 grammes d'extrait de ratanhia, ligature des membres, etc., ont paru arrêter l'exacerbation du moment et ramener l'hémoptysie hémorrhagique à un simple crachement de sang. Toutefois, ce dernier persistait toujours, suivi plus ou moins prochainement d'une exacerbation nouvelle. Dans les trois cas, l'écoulement du sang n'a pu être maîtrisé définitivement que par un très large vésicatoire entre les deux épaules. A ce sujet, M. Bricheteau, en signalant ces faits à notre attention, a énergiquement insisté sur les heureux effets qu'il avait retirés souvent de l'emploi de ce moyen contre des hémoptysies ainsi rebelles. Or, les observations actuelles sont remarquablement confirmatives.

Il fallait se proposer uniquement le but de soulager les malades, voués trop infailliblement à une mort certaine. Le traitement palliatif a été celui qui avait été employé déjà durant la première moitié de l'année. Atténuer les souffrances et procurer du sommeil par l'administration des opiacés; adoucir et faciliter la toux et l'expectoration par les boissons convenables, etc.; cautères, vésicatoires, généralement sur la partie de la poitrine correspondant à la portion du poumon malade; enfin le sirop d'iodure de fer, donné chaque jour en potion à la dose de 15 à 35 grammes.

Je ne donnerai pas grande attention aux boissons adoucissantes; cependant elles agissent avec une efficacité certaine. En outre, il importe beaucoup de les ordonner aux malades; attendu qu'ils sont convaincus de leur très grande utilité. Un malade a besoin d'une tisane; vainement il serait soumis à une médication énergique; sans tisane, celle-ci perdrait à ses yeux une bonne part de son importance. C'est un accessoire dans la pratique médicale; néanmoins, accessoire capital aux yeux du vulgaire. Il serait, après tout, fort nuisible de le négliger, et ici je ne parle pas dans l'intérêt du médecin; je suis exclusivement préoccupé de celui du malade. Il suffit certainement qu'un malade soit convaincu d'avance de l'efficacité d'une médication, pour en ressentir réellement de bons effets, malgré l'innocence, et quelquefois peut-être le danger de cette médication. C'est en ce sens qu'un malade ayant confiance en son médecin, est déjà en bonne voie de guérison. Ceci se rattache immédiatement à ce qu'on pourrait nommer, en thérapeutique, le chapitre de l'imagination; et, chemin faisant, j'ai mentionné plusieurs faits très intéressants, sous ce point de vue, dans le résumé du premier semestre.

L'application locale des cautères et des vésicatoires au niveau des points malades, semble aussi avoir une activité plus grande, ainsi que je l'avais noté déjà. Cette heureuse influence est d'autant plus digne de remarque, qu'il faut souvent violenter les malades pour les déterminer à cette application. Cependant je n'oserais pas toujours insister pour cette pratique devant la résistance de certains malades; car de jeunes filles en de jeunes femmes céderaient bien difficilement, et je ne voudrais point acheter le bénéfice de ce traitement au prix trop coûteux qu'elles en ressentiraient.

Enfin, les essais continués de sirop d'iodure de fer ont confirmé les résultats que j'avais consignés dans mon premier travail. Avec ces faits maintenant plus nombreux, je reste plus convaincu encore de l'efficacité du médicament, bien entendu en restreignant son usage aux premières périodes de la maladie. Les hémoptysiques mentionnés plus haut ont recouvré rapidement, par son usage, les apparences d'une entière guérison. D'autres, plus avancés dans la marche de la phthisie, mais loin encore d'une décomposition prononcée, en ont également retiré de grands avantages. Mais l'administration du sirop d'iodure de fer a été limitée à ces cas, vu l'instruction retirée des faits observés précédemment. Alors que la maladie était plus avancée, il fallait se souvenir que ceux auxquels le sirop d'iodure de fer était donné dans des circonstances semblables, durant le premier semestre, n'avaient pu le supporter. Ils suppliaient qu'un en suspendît l'usage au bout de quelques jours, et semblaient éprouver particulièrement des désordres vers l'appareil digestif.

31 malades ont succombé sur les 74; ce qui réduit à 43, non pas le nombre des guérisons, mais celui des améliorations provisoires. Au commencement de l'année, la moitié environ des phthisiques admis avaient succombé; mais j'ai remarqué que cette fois il y avait davantage de phthisies au début ou dans les premières périodes. De plus, je n'hésite pas à tenir un peu compte de la moindre mortalité générale observée dans le service durant les six derniers mois. Je me propose, du reste, de revenir sur cette considération dans le tableau général comparatif des deux semestres qui terminera mon travail.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Note sur un cas de cysticerque dans les muscles d'un cadavre de vieille femme; par M. Gerlach, de Mayence.

Le 10 décembre 1844, en disséquant le cadavre d'une vieille femme, en compagnie de quelques-uns de mes collègues à l'Ecole pratique, pavillon B, j'ai remarqué que les muscles du bras, de même que les muscles du fémur et presque tous les autres contiennent des bulles blanches diaphanes. J'ai appelé l'attention du chef de pavillon sur cet état pathologique des muscles; à son tour il invita le conservateur du Musée pathologique et plusieurs médecins à examiner ce phénomène.

Curieux de connaître la nature de ces kystes, je me suis proposé d'en faire une analyse anatomo-microscopique, dont je présente ici les résultats principaux.

Le bulles ou kystes, dont la forme est ellyptique, sont transparents au milieu et blancs, opaques au bout des ellypses. Chaque kyste est de 1 à 2 centimètres de long et 6 à 9 millimètres de large. On les trouve placés entre les faisceaux musculaires de chaque muscle volontaire des extrémités, et dans ceux du tronc à distance de 5 à 9 centimètres. Elles sont enveloppées dans une couche mince de tissu cellulaire qui les unit au tissu cellulaire. Leur axe longitudinal correspond à la direction des fibres des musles dans lesquelles elles sont fixées. A l'intérieur de ce tissu cellulaire on rencontre une membrane dense, transparente, qui forme le kyste proprement dit et qui est également composé de fibres microscopiques. La surface de cette membrane externe est intimement unie au tissu cellulaire; mais la surface interne est lisse et contient un peu de liquide aqueux et un corps blanc, allongé, qui nage librement dans l'intérieur du kyste fibreux. Ce corps, examiné attentivement sous le microscope, offre sa véritable organisation animale, dans laquelle j'ai très bien remarqué : 1° une tête carrée munie d'une couronne de crochets et quatre ventouses; 2° le cou garni de plis transversaux; 3° le corps se terminant en un gonflement et dans l'intérieur duquel la tête se trouve cachée par rétraction et invagination.

Le pourtonr des crochets était garni de globules du pigment noir. Le tissu du cou et en partie celui du corps se trouvaient remplis de cellules ovales dans l'intérieur desquelles on distinguait avec facilité une substance différemment groupée, tantôt en forme ovale, en forme ronde on cylindrique. Je pense que ce sont des ovules. La partie caudale est formée par une membrane homogène, transparente, qui n'offre aucune structure particulière.

Le lendemain, j'ai eu le plaisir de voir mes recherches confirmées par M. Gruby, qui détermina ces inthelmintes comme appartenant au genre cysticerque qu'on rencontre quelquefois dans la pie-mère de l'homme, et qu'on a regardés comme des hydatides qu'on observe également très souvent dans le péritoine des lapins, attachés à l'épiploon, à la grande courbure de l'estomac, et même librement placés dans la cavité péritonéale.

Il serait à désirer que le chef des travaux anatomiques, ou M. le conservateur du Musée pathologique, qui ont examiné en mon absence les organes internes du même cadavre, publiassent l'histoire de la maladie, suivie des résultats de leurs recherches anatomiques.

NOUVELLES.

A la suite du concours ouvert entre les élèves de son école pratique, à la fin de la dernière année scolaire, l'Ecole de pharmacie a décerné les prix suivants :

Premier prix, à M. Regnault (Jules), de Paris.

Deux accessits *ex æquo*, l'un à M. Mary (Louis-Charles), de Héry; l'autre à M. Domerc (Pierre-Marie-Athanase), de Tromens.

— L'ouverture de l'Ecole pratique à l'Ecole de pharmacie, aura lieu dans les premiers jours d'avril 1845. Les élèves ayant pris trois inscriptions y seront seuls admis.

— A la suite d'un concours, M. Vogely, vétérinaire militaire, a été présenté par le jury à M. le ministre, pour être nommé à la place de chef de service vacante à l'Ecole vétérinaire de Lyon. Ses concurrents étaient MM. Knoll, Gourdon et Pomet.

— Par ordonnance royale du 23 novembre 1844, ont été nommés dans le cadre des officiers de santé militaires, à un emploi de chirurgien-major de deuxième classe, au choix. — 2e de ligne, en remplacement de M. Maury, admis à la retraite, M. Félix (Lazare), chirurgien aide-major de première classe à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.

A un emploi de chirurgien sous-aide, non-activité, Belfort, — en remplacement de M. Spiral, démissionnaire, M. Regnault (Hippolyte-Joseph), chirurgien sous-aide en non-activité par retrait d'emploi.

— Les candidats dont les noms suivent, sont autorisés à participer au prochain concours pour les emplois de médecin adjoint, savoir : MM. Corniquel du Bodon, chirurgien aide-major au 4e chasseurs; Dussourt, id. au 5e de ligne; Edme, dit Maurice, id. au 19e de ligne; Mouchet, id. au 22e de ligne; Hadou, id. au 46e de ligne; Maignien, id. au 19e léger; Lacroix, id. au 1er dragons; Ganderax, id. au 8e chasseurs; Pouget, id. en Algérie, Ferniot, id. au 47e de ligne; Bachelet, pharmacien aide-major à l'hôpital de Lyon; Millet, id. en Algérie. (*Bulletin des officiers de santé.*)

— On s'occupe en ce moment, en haut lieu, de la canonisation de la sœur Anne de Jésus, carmélite et amie de sainte Thérèse. Les carmélites de Bruxelles possèdent le corps de cette future sainte. On dit qu'avant de prononcer sa béatification, le corps devra être examiné par une commission composée de médecins. Ces messieurs devront prononcer sur l'état de conservation dans lequel se trouve encore aujourd'hui le cadavre de la sœur Anne. Nous sommes curieux de savoir quels seront les médecins à qui l'on confiera cette mission.

(*Gaz. méd. belge.*)

— Le 20 août de l'année dernière, une femme de Wutka Zmyjeroska, dans le cercle de Przenis, est accouchée de quatre garçons, vivants, bien conformés, se ressemblant d'une manière frappante. Tous les quatre sont venus par les pieds; chaque enfant avait son placenta particulier. Cinq jours après l'accouchement, la mère était rétablie; elle avait trente-cinq ans.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 24 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 150. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Les ateliers étant fermés le jour de Noël, le Journal ne paraîtra pas jeudi, 26 décembre.

Sommaire.

PARIS, 23 DÉCEMBRE 1844.

D'après les renseignements qui nous arrivent d'une manière à peu près certaine, la demande des agrégés, relativement à l'augmentation de leurs appointements et aux attributions nouvelles que la Faculté a proposées, a été accueillie avec faveur par M. le ministre de l'instruction publique. Seulement, ainsi que nous l'avions fait entrevoir, l'époque de l'année est trop avancée, les budgets sont trop pleins, trop complets, pour que l'on ait pu penser à y faire entrer ces nouvelles allocations. C'est donc partie remise à l'année prochaine; mais c'est beaucoup déjà qu'un accueil favorable; et il faut bien reconnaître qu'en cette circonstance la Faculté tout entière et M. le doyen, ont fait preuve de bonne volonté, et ont témoigné de tendances libérales. Nous n'avons pas assez souvent à louer ces messieurs, pour qu'on ne nous permette pas de le faire avec franchise et sans arrière-pensée.

Il ne faut pas croire cependant que la proposition, tout appuyée qu'elle est par la Faculté et approuvée par le ministre, soit mûre au point d'être adoptée sans difficulté et de passer à l'état de loi. La Faculté de Paris n'est pas la seule qui doive être consultée sur ce point. Les facultés de Montpellier et de Strasbourg ont droit à un égal privilége, et il n'y a pas de raison pour qu'on leur refuse ce qu'on accorderait à la Faculté de médecine de Paris. Déjà Montpellier se plaint avec raison de n'avoir pas obtenu, comme Strasbourg, une création de chaires; les journaux de la localité, la Gazette Médicale de Montpellier entre autres, réclament à grands cris la fondation d'une chaire de clinique d'accouchements. Ces facultés n'attendront pas sans doute d'être consultées pour émettre, à l'égard de leurs agrégés, un vœu semblable à celui de l'Ecole de Paris. Il s'ensuit que la mesure devra être plus large qu'on ne l'a pensé au premier abord, et que le budget aura à se ressentir plus profondément des charges qu'elle exigera. Mais qu'est-ce, en vérité, qu'une somme de cinquante mille francs quand il s'agit de choses utiles, d'un enseignement de première nécessité. Les lacunes que présente l'enseignement actuel sont fort grandes. En mettant de côté tout reproche personnel sur le zèle ou l'exactitude de MM. les professeurs, combien de branches de la science ne sont pas enseignées, combien d'études spéciales ne faut-il pas aller chercher ailleurs, et dans des services complétement étrangers à l'Ecole? Non certes, que notre intention soit d'agrandir l'influence du monopole aux dépens de l'enseignement particulier et libre; mais dans cette extension même du privilége, nous entrevoyons son affaiblissement; et, sous ce rapport, quoique nos vues soient divergentes des vues de l'Ecole, nous sommes d'accord sur les moyens; seulement l'Ecole y voit sans doute un accroissement d'influence; nous y voyons, nous, un élargissement utile au bien-être de l'enseignement, mais qui aboutira, en définitive, au point où nous voulons arriver.

Quant à la légalité de la mesure, qui, dans l'état actuel, ne repose sur aucun droit, sur aucun texte écrit, on pourra l'établir, dit-on, par la proposition législative elle-même. Ainsi, les allocations financières accordées dans le budget seraient étayées des allocations universitaires nouvelles, telles que cours suppléants et attributions d'examens.

Nous aurons plus d'une fois l'occasion de revenir sur cette question importante; nous ne négligerons aucun renseignement, et tiendrons nos lecteurs au courant des progrès qu'elle pourra faire, et du succès qu'il sera permis d'espérer.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Continuation et fin du discours d'ouverture; des accidents consécutifs des opérations.

Pour finir les généralités que nous nous sommes proposées comme sujet de nos premières leçons du cours classique, il nous reste à dire quelque chose sur la conduite à tenir pour remédier aux hémorrhagies qui se présentent à la suite de nos opérations. Avant pourtant de développer ce sujet, permettez-nous de réparer un oubli commis dans la dernière leçon. Je disais alors, en parlant des hémorrhagies consécutives aux plaies par armes à feu, que, quoique très communes, elles n'avaient pas été encore parfaitement étudiées; que leur histoire n'était pas encore complète dans les livres spéciaux; et en vous citant un petit mémoire que j'ai publié dans le temps sur cette matière, je vous signalais quelques cas remarquables; j'ai omis de vous en citer un du plus grand intérêt, et qui peut être regardé comme type d'hémorrhagies consécutives, telles que nous les avons étudiées.

J'avais pratiqué sur un blessé de la révolution de juillet l'extirpation d'un bras par suite d'un coup de feu reçu à l'épaule. Je vous dirai même, en passant, que dans le même jour j'avais dû pratiquer deux fois la même opération avec un procédé différent, les circonstances étant différentes; l'une par la méthode dite de Lafaye; l'autre par le procédé de Desault; c'est par ce dernier procédé, que du reste je préfère en général, que j'avais fait l'opération dont je vous parle. Les suites avaient été assez heureuses; les ligatures appliquées sur les vaisseaux étaient tombées; la cicatrisation de la plaie était déjà très avancée, lorsqu'une hémorrhagie arrive. L'accident était très grave, car les lambeaux couvrant l'épaule étaient presqu'entièrement réunis, et il était très difficile d'aller chercher les vaisseaux hémorrhagiques au milieu des parties molles. Je voyais qu'on aurait dû probablement en venir à la ligature de l'axillaire; mais avant cela, j'ai voulu essayer tous les moyens ordinaires pour arrêter le sang; ne pouvant pas y réussir, je me suis décidé à lier ladite artère; malgré cette ligature, l'hémorrhagie s'est reproduite; j'ai lié alors la sous-clavière; le sang continua à couler nonobstant ce moyen puissant. Que faire alors? L'homme était très faible, exsangue, et allait mourir inévitablement; son état actuel, indépendamment du courage déployé pendant le combat, et de la rare patience montrée dans les opérations successives, nous intéressait tous d'une manière particulière. En réfléchissant aux moyens qu'on pouvait employer pour le tirer du pas fatal, l'idée nous vint d'essayer la transfusion du sang. Un de nos internes, le pauvre Andral, parent du professeur et confrère de ce nom, voulut bien se soumettre à être saigné, et à fournir son sang pour la terrible expérience. On avait pris toutes les précautions nécessaires soit pour conserver le sang à une température convenable pendant qu'il passait dans le vaisseau du malade, soit pour empêcher l'introduction de l'air. Malgré cela, le malheureux a succombé quelques instants après; de sorte que le moyen employé a pu contribuer un peu à hâter la mort, quoique celle-ci fût en elle-même inévitable? C'est là un cas vraiment remarquable d'hémorrhagie consécutive aux opérations, et contre lesquelles toutes les ressources de l'art ont échoué. C'est encore un fait qui vient à l'appui de ce que nous disions dernièrement sur la prédisposition aux hémorrhagies consécutives produites par les hémorrhagies précédentes; de sorte qu'un individu qui a été sujet à une ou deux hémorrhagies, a une tendance inévitable à en avoir d'autres, contre lesquelles il sera encore plus difficile de lutter.

Venons maintenant à la question du traitement de ces mêmes hémorrhagies. Quand une hémorrhagie se manifeste, il faut d'abord avoir recours aux moyens hémostatiques ordinaires que l'on propose contre les hémorrhagies primitives.

La distinction des hémorrhagies constituées en plusieurs espèces, et basée sur les différentes époques auxquelles elles ont lieu depuis l'opération, se montre encore ici d'une grande utilité. Ainsi celles qui suivent de près les opérations se rapprochent beaucoup des primitives, et par conséquent il n'y a pas grande différence entre les moyens d'agir

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — M. Dubois (d'Amiens). — M. Pariset.

L'événement de la semaine a été la séance annuelle de l'Académie de médecine. Autrefois, dans sa jeunesse, l'Académie se piquait d'une certaine solennité dans cette circonstance. Tantôt, et en vue d'un auditoire nombreux et empressé, la Compagnie fuyait les lieux trop rétrécis de sa naissance, et se transportait en corps, soit à la Sorbonne, soit sous la coupole de l'Institut, soit sous la voûte plus modestement vitrée de la Faculté de médecine; tantôt elle restait chez elle; mais alors quelques tentures sur les murs, quelques fauteuils dorés, donnaient comme un air de fête à cette réunion, dans laquelle on remarquait parfois quelques célébrités politiques et littéraires; j'y ai même vu des dames; mais cette gracieuse apparition ne s'est montrée qu'une fois. Aujourd'hui l'Académie se montre plus austère et tout à fait insoucieuse de l'état extérieur; elle semble compter entièrement sur elle-même et sur ses orateurs pour donner à la séance annuelle tout le lustre nécessaire. Aussi y avait-il absence complète de tout luxe. Trois malheureux habits brodés, trois épées plus qu'innocentes, trois chapeaux bicornes, voilà tout l'extraordinaire du menu académique. Mais aussi avons-nous eu deux discours sur lesquels vous vous attendez bien que j'ai quelques mots à dire.

M. Dubois (d'Amiens) nous a entretenus pendant une heure et demie des progrès récents de la médecine comparés à ceux de la chirurgie. Je me demandais, avant la séance, et pour me préparer à l'indulgence, si quelque disposition législative ou quelque arrêt de la Cour de cassation avait forcé M. Dubois à choisir un thème aussi ingrat. Dès le début, l'orateur m'a appris que c'est pour obéir à l'article 9 du règlement qu'il s'est imposé cette tâche difficile. Dévouement sublime! Abnégation rare, et qui, si j'ai bonne mémoire, n'avait encore enflammé le zèle d'aucun secrétaire annuel! Ce cruel article, qui vivait ignoré dans les oubliettes du règlement, a donc excité l'ardeur de M. Dubois, et même, faut-il dire à sa louange, qu'oublieux à son tour du texte réglementaire, il a donné cinquante alors que le réglement ne lui demandait qu'un. En effet, ce fameux article 9 ne prescrit qu'un discours sur les progrès annuels de la science, et M. Dubois, trouvant sans doute sa besogne trop légère, a remonté le cours des ans, et nous a donné l'histoire médicale et chirurgicale des cinquante dernières années.

L'histoire!..... Il croît dans un petit royaume de l'Inde, dit un fabuliste oriental, un arbre singulier et rare, ses fleurs sont charmantes et ses fruits excellents. Mais il n'est pas permis à tous de jouir du parfum de ses fleurs, de la saveur de ses fruits. Pour que la fleur conserve sa corolle brillante et embaumée, pour que le fruit garde son goût délicieux, il faut que la main qui le cueille soit une main pure, religieuse, reconnaissante envers Dieu qui mûrit ce beau fruit, qui colore cette fleur ravissante. Pour l'indifférent la fleur se dessèche et le fruit devient vulgaire. Pour le méchant et l'incrédule, ils se transforment en poison. — Cet arbre, à mon sens, c'est l'histoire, et surtout l'histoire médicale. Que de rares, que de merveilleuses aptitudes ne faut-il pas à celui qui veut cueillir sur l'arbre de l'histoire les fleurs et les fruits qu'il porte à profusion! Et voyez comme ses fleurs perdent leur parfum, comme ses fruits deviennent vulgaires dans une vulgaire intelligence! Ne savez-vous pas aussi que l'histoire, maniée par un esprit mal fait, ou passionné, ou prévenu, est une officine véritable de poisons intellectuels?

Quel rang assignerai-je à M. Dubois (d'Amiens) dans la nomenclature des historiens? Mon Dieu! je ne voudrais rien dire qui lui fût désobligeant; mais qu'il me permette de lui citer un passage d'un écrivain qui se connaît en histoire, et qui a comme formulé en ces termes les conditions exigibles pour un historien : « Il nous faudrait une his-
» toire où l'*esprit* des doctrines et des systèmes fût parfaitement saisi
» et mis en relief; où l'on parvînt à donner un souffle de vie à cette
» matière morte que l'érudition retire de la poussière du passé; où
» les faits s'enchaîneraient selon leur liaison séculaire et synchroni-
» que; où les écoles et les doctrines se montreraient dans leurs rap-
» ports avec l'état des sciences, de la philosophie, du milieu social
» qui les a vues naître; où l'on fît voir que chaque époque de l'his-
» toire scientifique n'est que la manifestation et la phase d'une *idée*;
» où l'on signalât les vérités reconnues à chaque époque et les vérités
» aperçues, pressenties pour l'époque suivante, où l'intérêt substantiel
» du récit s'animerait par la mâle simplicité du style philosophique;
» enfin, où les progrès perpétués à travers les âges seraient présentés
» avec tant de méthode et d'unité, qu'en lisant cette histoire, l'intel-
» ligence pût se reposer comme dans la force et la plénitude de la vé-
» rité.... On peut même formuler en trois mots les qualités indispen-
» sables pour un si beau travail, *savoir*, *comprendre*, *rendre*, c'est-
» à-dire, l'érudition, la sagacité, le style. »

Hélas, monsieur le secrétaire annuel! celui qui a écrit ces lignes était aussi votre auditeur, car c'est un de vos collègues à l'Académie. Je ne l'ai pas interrogé; mais qu'a-t-il dû penser de cette immense oraison sans mouvement, sans couleur, sans élévation; de cette languissante et monotone table des matières sans idées et sans style; de cette analyse des doctrines sans relief et sans vie; de cette appréciation des hommes et de leur philosophie médicale sans rapports, sans liaison avec les hommes et la philosophie générale de leur milieu social; de cette critique vulgaire et parfaitement erronée de Boerhaave, cette immense intelligence médicale qui domine le dix-huitième siècle; de Bordeu, ce grand esprit dont l'*Analyse médicinale du sang* renferme plus d'idées que n'en a produit dans un demi-siècle l'Ecole de Paris tout entière, et de tant d'autres grands maîtres dont vous avez jugé l'importance et la valeur avec la même justesse d'analyste, avec la même portée de critique et la même sûreté d'appréciation? Qu'a-t-il dû penser en vous entendant comme faire un crime à ces belles intelligences, de n'avoir point produit ce qu'elles auraient pu produire en d'autres temps et d'autres circonstances; d'avoir demandé, cultivateur exigeant et injuste, à des climats froids et brumeux la végétation luxuriante et plantureuse des tropiques; d'avoir exigé du dix-huitième siècle, qui apercevait à peine le crépuscule matinal du soleil scientifique, ce que nous n'osons demander aux lumineux rayons de son midi?

Je le dis avec peine, mais narrateur impartial et véridique, puis-je m'empêcher de dire que ce discours a produit un effet pénible et affligeant pour M. Dubois (d'Amiens)? Et cependant, à part les qualités extérieures et de style dont l'orateur s'est montré fort maladroitement très avare, il faut reconnaître que le sujet était affreusement ingrat, et je ne sais trop qui, à notre époque si complétement indifférente à la critique littéraire et historique, aurait pu mieux remplir cette tâche. Mais, j'en reviens à mon premier dire, puisque M. Dubois n'y était pas condamné par le Code pénal, il aurait mieux fait, pour son ambition et pour sa gloire, de s'abstenir.

Puis est venu M. Pariset, c'est-à-dire une pluie rafraîchissante après la sécheresse, la rosée de la nuit après une lourde et accablante journée, l'oasis et sa fraîcheur après une pénible marche dans le désert aride. Au dire général, jamais les brillantes et belles qualités de l'orateur académique n'avaient été plus brillantes et plus belles. Touchant et sensible dans la partie biographique, digne et élevé dans la partie philosophique, toujours écrivain plein de goût, de charme et d'élégance, tel s'est montré M. Pariset dans cet éloge d'Esquirol, discours auquel n'a manqué, pour que toutes les beautés en fussent appréciées et senties, qu'un organe plus jeune, qu'une voix plus habile et exercée. Mais, heureux celui qui comme M. Pariset, ne sent les ravages du temps que sur les fragiles organes de la voix, et dont l'intelligence toujours jeune et vigoureuse est ainsi respectée par l'âge et les années. Qu'il vive longtemps encore pour l'honneur et la gloire littéraire de l'Académie, cet éloquent successeur des Louis et des Vicq-d'Azyr! Car, en entendant cette voix altérée, en voyant ces cheveux blanchis et rares, l'œil inquiet et attristé cherchait vainement sur les banquettes académiques à qui pourrait revenir le

dans les deux circonstances. Cependant dans un laps de temps de quelques heures ou d'un jour seulement, il peut déjà être survenu dans les parties un changement qui oblige à modifier les moyens hémostatiques; d'ailleurs, indépendamment de l'état matériel des parties, il y a l'état moral, comme je vous l'ai dit ailleurs, qui peut être profondément changé, et qui peut constituer une circonstance fâcheuse. Au moment de l'opération si une hémorrhagie arrive, on voit bien vite les vaisseaux qui la fournissent; il est très facile de les saisir et d'arrêter l'écoulement du sang, tandis que les choses sont bien différentes l'opération étant finie, ne fût-ce que de quelques heures. Dans ce cas les parties se trouvent réunies, les vaisseaux sont enfouis dans les tissus; il faut rouvrir toutes ces parties et aller chercher le siége de l'hémorrhagie. C'est alors une espèce d'hémorrhagie interne fort embarrassante à arrêter et bien plus grave que les primitives.

Pourtant il faut dire, en général, qu'il y a une grande différence pour la gravité de l'accident et la difficulté d'y porter remède, entre les hémorrhagies consécutives qui suivent de près les opérations, et celles qui surviennent plusieurs jours plus tard, et que nous appelons tardives; c'est, du reste, ce que nous avons déjà dit dans une de ces leçons. Ainsi, quand seulement quelques jours se sont écoulés depuis l'opération, les parties ne se trouvent pas encore sensiblement changées, elles ne sont pas tuméfiées ni enflammées, et avec quelque précaution on peut mettre à découvert le vaisseau hémorrhagique, et le lier sans trop exposer l'état des parties mêmes, dans ce cas les moyens hémostatiques employés pourront être à peu près aussi efficaces que dans le cas d'hémorrhagies primitives. Si, au contraire, l'hémorrhagie a lieu tardivement, à une époque plus ou moins éloignée de l'opération, c'est bien différent. Non seulement il est très difficile d'appliquer les moyens hémostatiques connus, à cause du grand changement qu'ont subi les parties; mais ces moyens, pour la même raison, ne sont plus de la même efficacité. Ces parties étant encore dans un état d'inflammation plus ou moins grave, ayant contracté par suite de celle-ci des adhérences entre elles et avec les vaisseaux qui rampent dans leur intérieur, ou de la suppuration plus ou moins abondante les baignant encore, les moyens hémostatiques qu'on y applique seront beaucoup moins efficaces; c'est pour cela que ces hémorrhagies, apparemment arrêtées par ces moyens, ont une grande tendance à se reproduire, et souvent deviennent indomptables, à moins de recourir à des moyens d'un autre ordre beaucoup plus efficaces, mais présentant un certain danger. Ainsi, on commence par la compression tantôt médiate, tantôt immédiate; celle-ci échouant, on peut recourir à l'application des caustiques et surtout du feu, dont l'efficacité est bien connue dans ces circonstances. Il y a bien peu d'hémorrhagies consécutives récentes, ou immédiates, comme nous les avons appelées, qu'on ne puisse pas arrêter ou par une compression méthodique, ou par la ligature des vaisseaux qui les produisent; rarement on est obligé d'employer le cautère actuel, tandis qu'on en a très souvent besoin pour mettre une digue aux hémorrhagies tardives.

Il est difficile d'établir des règles précises et rigoureuses pour le traitement à suivre dans les cas de ces hémorrhagies. Elles sont différentes selon les différents cas particuliers qui se présentent; l'essentiel est de saisir l'indication précise, et il faut, dans ces circonstances, un grand sang-froid de la part du chirurgien. Dans un grand nombre de cas de cette espèce, après avoir épuisé tous les moyens ordinaires connus applicables en lieu même de l'hémorrhagie, on est obligé de recourir à la ligature du tronc artériel principal en se servant de la méthode de Hunter; c'est alors le seul moyen d'arrêter l'écoulement sanguin qu'on ne peut pas arrêter sur place. Il n'y a pas autant d'inconvénient d'appliquer cette méthode au traitement de ces hémorrhagies qu'il y en aurait pour les hémorrhagies immédiates, et lorsque les plaies sont encore récentes. A cette époque, la nature a déjà fait des changements notables dans l'état des vaisseaux sur lesquels on agit, changements qui favorisent les suites de l'opération; le sang dans les vaisseaux de ces parties ne circule plus aussi librement que quand l'opération était récente, et on voit très rarement arriver des accidents consécutifs graves à la suite de ces ligatures secondaires.

Il y a, par exemple, un cas particulier pour lequel j'ai dû faire plusieurs fois la ligature de l'artère crurale afin d'arrêter une hémorrhagie consécutive, cas qui se présente beaucoup plus rarement aujourd'hui. Dans l'espace d'un an, j'ai dû faire six fois cette ligature pour combattre des hémorrhagies consécutives à des amputations de jambe. Je ne sais pas précisément à quoi tenait une si grande fréquence d'un semblable accident. Peut-être à l'imperfection de nos moyens hémostatiques à cette époque, car j'employais encore, à l'instar des maîtres, des ligatures très grosses; peut être, et je ne crains pas de le dire, à quelque faute de ma part, que pourtant j'ai toujours cherché d'éviter autant que possible. Toujours est-il que j'ai vu constamment l'hémorrhagie cesser à l'aide de ce moyen, dont je n'hésiterais pas à faire encore usage dans des circonstances analogues.

Lors donc que vous vous trouverez en face d'hémorrhagies de la nature de celles dont nous parlons, et que vous verrez échouer tous les moyens hémostatiques ordinaires, ne vous amusez pas à persister dans des tentatives évidemment inutiles, ne perdez pas un temps précieux, et passez immédiatement à la ligature de l'artère principale, seul moyen vraiment efficace, et qui, comme je disais, ne présente pas les dangers des ligatures ordinaires. Quand on applique les ligatures sur les vaisseaux pour les cas de tumeurs anévrismales, le membre affecté de cette maladie est dans son intégrité, la circulation se fait dans toute son étendue d'une manière assez régulière, et par la ligature du vaisseau principal on a à craindre un trouble tel dans la circulation qu'il puisse en résulter la gangrène du membre même ou de sa partie inférieure. Ceci ne peut pas arriver quand une partie du membre, par exemple la jambe a été amputée, car les vaisseaux collatéraux seraient plus que suffisants pour maintenir la circulation et la vie dans le moignon après que le tronc principal serait lié, et les suites de l'opération doivent être ordinairement exemptes d'accidents graves tels que la gangrène. La seule chose à craindre dans cette circonstance, ce serait une nouvelle hémorrhagie consécutive dans le lieu même de la nouvelle ligature, ce qui, du reste, est heureusement encore rare. Ainsi donc, encore une fois, ayant affaire à des hémorrhagies rebelles à la suite d'une opération, ayez recours avec confiance au moyen que je vous propose, et vous n'aurez pas à vous en repentir.

Pour en finir, nous dirons, en résumé, que dans le traitement des hémorrhagies consécutives on a recours aux mêmes moyens qu'on emploie ordinairement pour combattre les primitives, avec la différence que dans celles-ci les moyens ordinaires suffisent le plus souvent, tandis que dans les premières on est souvent obligé de recourir à la cautérisation soit actuelle, soit potentielle, et à la ligature des principales artères, moyen efficace par excellence.

J'aurais eu encore beaucoup de choses à vous dire, si j'avais voulu traiter ce vaste sujet avec l'étendue qu'il mérite; mais je crains déjà de m'être laissé aller trop loin, et je m'arrête pour le moment pour entrer dans les leçons suivantes, dans l'étude de sujets purement pratiques, c'est-à-dire des cas pathologiques spéciaux que nous offrent les malades de notre service.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Faits dans lesquels le diagnostic conduit au traitement. Diminution rapide de la rate. Fait très remarquable. Le palper de la rate démontre sa diminution. Ce fait est connu depuis longtemps.

(Deuxième article.)

Une malade de la salle Sainte-Geneviève offre un développement énorme du ventre, qui est arrondi et présente la forme que d'ordinaire il affecte au huitième mois de la grossesse. Plusieurs élèves sont interrogés sur la nature du mal; mais pour établir le diagnostic ils ne doivent pas se servir de la percussion. Alors les dissidences d'opinions sont extrêmes; l'un croit trouver la fluctuation que l'autre ne rencontre pas; celui-ci admet que la matrice est distendue; celui-là croit que la vessie est remplie d'urine; enfin il en est qui inclinent vers l'existence d'une tumeur ovarique: chacun maintient sa manière de voir. Alors un jeune élève qui jamais ne s'était servi de plessimètre percute sur cet instrument, et déclare tout d'abord que de l'air se trouve sous le doigt qui frappe la plaque d'ivoire. Bientôt il devient alors positif qu'il s'agit d'une tympanite intestinale, et les indications thérapeutiques deviennent évidentes.

On administre à la malade des lavements purgatifs; on applique de la glace sur le ventre; on donne des aliments tirés du régime animal, et qui dégagent peu de fluides élastiques. La malade évacue beaucoup de gaz et est soulagée.

— Chez une autre malade atteinte d'hydropisie abdominale, et dont l'urine contient de l'albumine, on ne sait s'il s'agit d'une néphrite, et si le rein est plus ou moins volumineux. Or, s'il y a une néphrite, il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique. La plessimétrie du rein est pratiquée; elle démontre l'absence d'hypertrophie rénale; donc il n'y a pas là de véritable phlegmasie; car on ne peut guère comprendre celle-ci sans qu'il y ait une certaine augmentation de volume; et d'ailleurs, aucune douleur dans la région des reins n'existe. Au lieu d'avoir recours à des saignées ou à des sangsues, on emploie, par conséquent, d'autres moyens; et comme l'urée a réussi pour plusieurs cas analogues dans le service de M. Piorry, sinon à guérir, du moins à soulager, c'est à cette médication que l'on a recours.

Mais voici un autre fait bien autrement important, et qui rentre trop bien dans la discussion des faits relatifs à l'action du sulfate de quinine sur la rate, pour ne pas y insister.

— Un homme de trente ans, revenant d'Afrique (salle St-Raphaël, n° 6), est atteint de fièvre d'accès remontant à une époque reculée; il porte une hypersplénotrophie telle, que la rate s'élève jusqu'à la cinquième côte, et qu'elle descend jusqu'au niveau de la crête iliaque et de l'ombilic. On dessine très exactement par la plessimétrie et par la palpation le rebord splénique, et cela, soit par en haut, soit par en bas, soit en avant; la coloration des téguments est celle de la cachexie splénique. On constate surtout très exactement la hauteur de la rate vers le thorax. Sans cette précaution, la moindre pression faite sur le bord inférieur de cet organe aurait pu le faire remonter, et aurait pu en imposer sur les résultats de l'expérimentation suivante: Les doigts de trois élèves, MM. Muston, Dupré et Rétif, furent portés d'une manière continue sur le rebord splénique abdominal, et de temps en temps, MM. Piorry, Maillot, Bidault et Bigourdon explorèrent ce même rebord. A plusieurs reprises aussi, MM. Piorry et Bidault percutèrent le limbe supérieur de la rate pour s'assurer qu'il ne remontait pas. On administra au malade, et par la bouche, 1 gramme de sulfate de quinine acide dans 30 gram. d'eau. Or, bien avant la fin de la première minute, à partir du moment où le sel de quinquina avait été donné, les trois élèves sentirent distinctement la rate décroître, fuir en quelque sorte sous leurs doigts; et en même temps le plessimètre fit reconnaître que l'organe diminuait. Vers la deuxième minute, cette diminution fut telle que, sensible pour un grand nombre d'élèves, et pour MM. Maillot et Bidault, elle était de près de deux centimètres dans tous les sens. A la cinquième minute, la diminution totale était encore plus considérable.

De tels faits avérés, publiquement recueillis devant de très nombreux auditeurs, prouvent, dit M. Piorry, l'immense utilité des moyens physiques de diagnostic, alors qu'il s'agit d'établir les indications thérapeutiques.

C'est par de tels documents qu'il faut répondre à un compte-rendu de la clinique de l'un des professeurs de la Faculté, qui, ami de la science comme de M. Piorry, a désavoué, dans une note remise à ce praticien, une phrase désobligeante relative à la prétendue exagération dont on accusait un ouvrage de diagnostic dont l'auteur était clairement désigné. Le dernier fait, tout à fait semblable à sept ou huit autres que M. Piorry a recueillis antérieurement, démontre que, contradictoirement aux assertions de M. Gouraud, la palpation constate comme la percussion la diminution rapide de la rate sous l'influence du sulfate de quinine, et ceci, dit M. Piorry, nous ramène à la discussion de la lettre de M. Gouraud.

Ce médecin affirme qu'en tenant la rate en quelque sorte dans la main quand elle fait saillie au dessous du rebord costal, elle ne diminue pas sous l'influence du sulfate de quinine. Or, on se demande, comment M. Gouraud s'y est pris *pour tenir la rate dans sa main*. Ce médecin distingué dit qu'il obtient ce résultat en faisant *pousser* le malade, en faisant faire *un effort*. Il va chercher cet organe dans le flanc gauche au dessous du rebord costal. Or, *dans l'effort*, dans l'action de *pousser*, le diaphragme est à peu près immobile; car les muscles abdominaux sont contractés, le foie et la rate ne s'a-

---

magnifique mais périlleux héritage de M. Pariset. Où est-il, en effet, dans la jeune génération médicale actuelle, celui qui sait donner un corps, une forme, un vêtement convenable à sa pensée; qui manie avec adresse et bonheur cette phrase française si redoutable par la simplicité même de sa construction, qui sait éviter la vulgarité dans la clarté, la recherche dans l'élégance, l'enflure dans l'élévation; qui donne à la période de l'ampleur, du ton, de la couleur et de l'harmonie; en un mot, où est-il celui qui sait écrire avec le charme et la distinction de M. Pariset?..... Qu'il vive donc longtemps encore! et pourquoi n'est-il secrétaire *perpétuel* que dans les règlements académiques?

J'ai regretté cependant, dans ce discours, la rareté dans la critique et l'appréciation. M. Pariset a raconté, j'oserais presque dire: M. Pariset a chanté Esquirol. C'est peut-être la faute du genre, mais c'est certainement un peu aussi l'habitude de M. Pariset. Ses éloges, qui sont toujours des modèles de style, manquent parfois d'ampleur dans la critique. Quand vous lirez ce discours, un des meilleurs qu'ait écrits M. Pariset, vous lui demanderez vainement peut-être qu'il fixe vos idées sur le caractère véritable des travaux d'Esquirol, qu'il vous indique ce qu'était la science des maladies mentales lorsque ce grand maître en entreprit l'étude, et ce qu'elle était à sa mort; en un mot, vous auriez désiré dans ce discours, et nous en avons le droit pour M. Pariset, ce coup d'œil hardi et généralisateur qui montre le trait lumineux laissé dans l'espace scientifique par une intelligence qui vient de s'éteindre.

J'adresserai un autre petit reproche à M. Pariset. Je respecte de tout mon cœur les convictions politiques et religieuses. Dans le commerce de la vie, je vois, je fréquente et j'aime des personnes qui sont les antipodes de mes opinions, et je ne crois pas avoir perdu une seule de mes relations pour quelque motif de dissidence. Mais ma tolérance privée, je m'en dépouille quand j'ai l'honneur de tenir l'arme du critique. Eh bien! je dirai franchement à l'illustre secrétaire perpétuel qu'on l'entend avec peine, lui fils de ses œuvres, lui né prolétaire, lui enfant de la révolution, blâmer, accuser, dénaturer les idées et les actes de notre révolution politique et sociale de 89 qui nous a tous faits ce que nous sommes. Un esprit aussi éminent que le sien ne devrait pas se rendre l'écho de ces banalités mensongères, de ces boursouflures de sacristie qui viennent crever, impuissantes bulles, au soleil de la raison humaine.

Jean RAIMOND.

P. S. J'aurais cependant voulu dire quelques mots des élections académiques qui vont remplir les deux dernières séances de l'année. M. Caventou, le vice-président actuel, arrivera sans opposition probable au fauteuil de la présidence. La majorité semble disposée à voter pour M. Roche comme vice-président, et ce choix ne peut trouver de contradicteurs sérieux que parmi ceux qui voudraient éloigner des honneurs académiques l'honorabilité, l'indépendance et la fermeté.

Les fonctions de trésorier expirent cette année; M. Mérat sera sans doute renommé pour cinq ans encore. M. Mérat est assurément un admirable administrateur de la caisse académique, mais que de longs et de graves reproches ne pourrait on pas lui adresser sur son influence antilibérale dans le conseil!

M. Dubois (d'Amiens) désire d'être conservé comme secrétaire annuel. Puisque cela lui fait plaisir, je fais des vœux pour son succès.

Boîte aux lettres de J. Raimond.

Un anonyme m'a envoyé la copie d'une lettre adressée à M. Dubois (d'Amiens) à l'occasion de son discours. Je n'ai compris ni le sens, ni le but de cette communication.

— M. H. V., étudiant en médecine, se plaint à moi de la lenteur apportée à la publication du *Compendium de chirurgie*. Avis aux auteurs et à l'éditeur.

(Choix.) Renard, chirurgien aide-major de 1re classe au 44e de ligne, nommé à l'hôpital de Phalsbourg, en remplacement de M. Milliot, passé à l'hôpital de Metz. (Déc. du 9 novembre.)

(Anc.) Berthe, chirurgien aide-major de 1re classe au 64e de ligne, nommé à l'hôpital d'Hyères, en remplacement de M. Freite-Damicourt, passé à celui de Metz. (Déc. du 1er décembre.)

(Anc.) Peyrusset, chirurgien aide-major de 1re classe en Algérie, nommé au 3e bataillon de chasseurs d'Orléans, en remplacement de M. Coliez, démissionnaire. (Déc. du 1er décembre.)

Maillot, médecin ordinaire de 1re classe, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, est nommé, dans son grade, 1er professeur à l'hôpital de Lille, en remplacement de M. Dupuy, admis à faire valoir ses droits à la retraite. — Goffres, chirurgien-major de 2e classe, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire à l'hôpital d'instruction de Metz, passe en la même qualité à celui de Strasbourg. — Thinus, chirurgien-major de 2e classe au 2e de ligne, passe au 5e dragons. — MM. Debeney, chirurgien aide-major de 2e classe au 12e de ligne, et Meley, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de l'Ile d'Oléron, sont mis en non-activité.

— L'*Almanach général de médecine* pour 1845 paraîtra samedi prochain, 28 décembre, à la librairie médicale de Fortin-Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 1, et chez l'éditeur, rue Gît-le-Cœur, 4.

baissent pas, les parois abdominales s'y opposent ; le périnée constitue un plancher solide, et les viscères forment un point d'appui comme le poumon lui-même en fait un par suite du resserrement de la glotte (Bourdon). Ceci est de la physiologie élémentaire. Quand la rate s'abaisserait, on ne pourrait reconnaître ce fait par la palpation ; les muscles abdominaux sont trop contractés pour cela, le transverse surtout forme alors une saillie fort dure qu'il est facile de toucher et de saisir. On le prendrait aussi facilement pour la rate que dans le toucher de l'abdomen, antérieurement, on est exposé à confondre avec les tumeurs, les fibres musculaires du sterno-pubien contractées.

Nous ne disons pas que M. Gouraud ait commis cette erreur ; mais, à la rigueur, cela est possible, car les plus habiles sont tombés dans des méprises de ce genre, lorsqu'en palpant l'abdomen ils croyaient trouver des tumeurs épigastriques qui n'étaient autres que les masses musculaires du grand droit abdominal.

On conçoit que le sulfate de quinine ne ferait en rien diminuer le volume de telles tumeurs.

Ce n'est pas chose nouvelle dans notre service, dit M. Piorry, que de faire abaisser les organes pour les mieux palper ; ce procédé est indiqué, pour le foie, dans le *Traité de Diagnostic* (n° 1794) ; il est tout aussi applicable à la rate, et nous l'avons très souvent appliqué à cet organe. Il suffit de faire pratiquer une forte inspiration, un bâillement, un soupir, pour abaisser les organes sous diaphragmatique, et dans ces inspirations les muscles abdominaux relâchés ne s'opposent plus au palper du foie et de la rate ; mais, encore une fois, *ce n'est pas de l'effort* qu'il s'agit ici, mais de l'inspiration, ce qui est fort différent. Ce dernier procédé est encore tout à fait insuffisant, car il ne permet d'étudier l'organe qui fait saillie que par un de ses côtés, et il est évident qu'il ne peut donner le diamètre entier de ce viscère au-dessus du rebord costal, où dans tous les cas observés par M. Piorry, la rate remontait. La plessimétrie est indispensable pour fixer la limite supérieure du viscère dont il s'agit.

Tout ce qui vient d'être dit de l'état normal est entièrement applicable aux cas dans lesquels on donne du sulfate de quinine dans l'intention de faire diminuer une rate dont les dimensions ne sont pas exagérées.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 4 décembre 1844.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. Davat écrit pour demander le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie. (Commissaires : MM. Cullerier, Chassaignac, Nélaton.)

— On reprend la discussion qui est née du fait d'empyème cité par M. Monod. Ce chirurgien avait employé le procédé de M. Récamier, qui se sert d'un trocart courbe dont la courbe est plongée dans une tasse remplie de liquide, pour empêcher l'introduction de l'air dans la poitrine.

M. Bérard soutient de nouveau qu'après l'opération, le poumon a dû se trouver soumis à deux forces opposées et égales ; l'une, représentée par la colonne atmosphérique pénétrant à travers la trachée-artère, et tendant à dilater les cellules pulmonaires ; l'autre, représentée par la colonne de liquide introduite par l'ouverture faite à la paroi thoracique, et pressant sur la surface extérieure du poumon, qui, à raison de sa rétractilité, a dû revenir sur lui-même. On voit tous les jours un résultat analogue quand on ouvre la poitrine d'un cadavre ; le poumon, qui remplissait exactement la plèvre, s'affaisse immédiatement.

M. Malgaigne parle dans le même sens. Il est moins absolu dans ses conclusions relatives à l'opération par le procédé de M. Récamier. Tout en préférant celui de M. Reybard, il pense que, privé de celui-ci, on pourrait utiliser celui de M. Récamier.

M. Bérard regarde l'adoption du procédé de M. Récamier comme un pas très rétrograde, et insiste plus que jamais sur les raisons qu'il a données, lesquelles sont toutes favorables au procédé de M. Reybard.

M. Robert soutient que le résultat annoncé par M. Monod est rigoureusement conforme aux lois de la physique. En effet, à chaque mouvement d'inspiration le vide tend à s'opérer dans le thorax. Or, si l'on suppose l'opération pratiquée à l'aide d'un trocart courbe dont l'extrémité inférieure plonge dans un vase rempli de sérosité (procédé de M. Récamier), deux colonnes opposées de diamètres très inégaux et formées de fluides de densités très diverses, doivent tendre à se précipiter dans le thorax à chaque inspiration. Une de ces colonnes, large, égale en diamètre à la bronche du poumon correspondant, est formée par l'air atmosphérique ; l'autre, très étroite, du diamètre de la canule, est formée par la sérosité de l'épanchement pleurétique. Or, il est évident que ces deux colonnes, bien que soumises à la même pression, la pression atmosphérique, doivent contribuer très inégalement à la réplétion du thorax. L'avantage doit rester tout entier à la colonne aérienne, en raison de sa densité moindre et de son diamètre plus considérable. Par conséquent, le poumon doit se dilater à chaque inspiration jusqu'à ce qu'il ait complétement rempli la cavité du thorax, à moins qu'il n'existe à sa surface de fausses membranes épaisses et capables de s'opposer à son ampliation.

Selon M. Robert, ce raisonnement est déduit de lois physiques incontestables, et les objections que ses collègues lui ont adressées prouvent qu'ils ont confondu l'état statique avec l'état dynamique des deux colonnes.

M. Monod, répondant à M. Bérard, dit que toutes les théories possibles ne peuvent détruire un fait. Or, voici celui qui s'est offert à son observation : Il a vu s'écouler d'un côté de la poitrine deux litres de sérosité, et cependant ce même côté de la poitrine n'offrait pas une grande ampliation. Il a donc fallu, de toute nécessité, que le poumon prît part à l'expulsion de ce liquide par une ampliation quelconque.

M. Monod complétant son observation, déclare que tout le liquide n'a pas d'abord été expulsé. Alors, M. Bérard déclare qu'il peut facilement se mettre d'accord avec son collègue sur l'interprétation du fait en question.

— *M. Malgaigne* présente une fille de seize ans, la treizième enfant d'une famille décimée dans les premières années de la vie, et dont il ne reste que trois enfants ; un homme de trente-cinq ans, bien portant ; une fille de vingt-quatre ans, bien portante, mais abondamment réglée.

La malade, soumise à l'observation de la Société, a 1 mètre 30 centimètres ; elle a assez d'embonpoint et a toujours joui d'une bonne santé, mais elle n'est pas encore réglée. En janvier 1844, ses seins se développèrent au point de la fatiguer par leur poids. Les symptômes de la chlorose se montrèrent. Quatre mois plus tard ses seins prirent un développement subit. En même temps ils devinrent le siége de douleurs vives lancinantes, que la malade compare à des piqûres d'épingle. Ces douleurs cessèrent pour reparaître un mois plus tard accompagnés d'un nouveau développement des seins. Quinze jours après, nouvelle attaque. Depuis ce temps les douleurs reparurent à intervalles inégaux. Un traitement par la teinture d'iode, à la dose de 10 gouttes par jour continué pendant six semaines environ, n'amena aucun changement bien sensible. Les douleurs devinrent plus fréquentes, plus vives, habituellement nocturnes, et le 15 novembre 1844 les seins présentèrent l'état suivant, sans que l'état général soit altéré, et sans qu'aucune trace de règles se soit montrée.

Les deux seins sont pendants en forme de besace. Les mamelons sont presque complétement effacés ; l'aréole est large, rosée. Les veines se dessinent sous la peau, et sont volumineuses comme chez une femme enceinte ; le sein droit a maintenant 43 centimètres de tour à sa base, 24 centimètres de tour de haut en bas, et 32 centimètres de droite à gauche. Le sein gauche a 44 centimètres à sa base, 33 centimètres de haut en bas, et de 40 de droite à gauche.

Le développement paraît dû surtout au développement de la glande elle-même, dont on sent les lobules à travers la peau. Ces lobules, qui s'étaient d'abord développés isolément et inégalement de manière à former une quantité de petites tumeurs sensibles au toucher, mais non à la vue, se sont maintenant confondus en une seule masse uniformément dure.

MM. Robert et *Monod* prennent la parole au sujet de cette communication et conseillent les moyens propres à rappeler les règles. M. Robert y joindrait la compression des seins hypertrophiés.

— *M. Huguier* a opéré l'enfant hydrocéphale qu'il avait présenté dans la précédente séance. Il a pratiqué la ponction, qui a offert quelques difficultés. Elle a été faite avec le trocart explorateur, qui est extrêmement délié. A la première tentative à peine la pointe a-t-elle pu pénétrer, et cependant il est sorti de la sérosité. M. Huguier note que ce fait est favorable à l'opinion qu'il avait émise sur le siége de la sérosité, qui devait être très peu profond. La quantité de ce liquide a été de 405 grammes.

— *M. Auzias* présente la peau du singe sur lequel il a pratiqué des inoculations syphilitiques. Il est mort avec un écoulement nasal et de la diarrhée. Le corps de l'animal ayant servi aux cours de M. de Blainville, M. Auzias n'a pu en faire complétement l'autopsie.

M. le président invite M. Auzias à compléter dans une autre séance sa communication, afin qu'on soit éclairé sur l'ensemble des résultats cadavériques qui doivent être connus du professeur qui a disséqué le singe.

M. Cullerier se fondant sur ce que le singe de M. Auzias est mort ayant présenté un écoulement nasal et du dévoiement, se demande s'il n'y aurait pas là les symptômes de la morve. Il croit se rappeler que les vétérinaires ont avancé que la morve se développe quelquefois chez les animaux sur lesquels des plaies nombreuses ont été faites.

Ayant entendu dire que des élèves voulaient se faire inoculer les ulcères produits sur les animaux pour constater la nature de ces ulcérations, il les engage à y regarder à deux fois pour faire cette expérience.

— *M. Monod* présente un sein et un testicule qu'il a extirpés. Le sein est énorme ; il offre le type des tumeurs mauvaises, malignes et composées. En effet, presque toutes les espèces de causes se trouvent réunies dans cette tumeur, même le cancer colloïde.

A cette occasion *M. Malgaigne* fait remarquer que les loges contenant la matière colloïde ressemblent parfaitement aux géodes dont parle M. Cullerier, et qui se rapporteraient cependant aux tumeurs fibreuses selon l'auteur de l'Atlas d'anatomie pathologique.

Le testicule est rempli de granulations tuberculeuses ; l'épididyme comme le corps de l'organe : l'épididyme en contient peut-être plus que le testicule lui-même.

M. Nélaton rappelle à cette occasion une semblable communication qu'il a faite. La récidive de l'autre côté se fait avec un grande promptitude.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séance du 11 novembre 1844. — Présidence de M. Bataille, vice-président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— La Société apprend avec douleur la mort d'un de ses membres correspondants, M. le docteur Cachelièvre.

— *M. Belhomme* fait un rapport favorable sur un ouvrage de M. de Moulon, intitulé : Des principaux systèmes modernes en médecine. Il conclut à l'admission du candidat comme membre correspondant.

— *M. Blatin* a la parole pour lire l'observation suivante d'asphyxie suivie de mort *chez une femme enceinte*.

Madame Rosalie D. est accouchée, il y a trois ans environ, d'un enfant à terme. Couche très laborieuse où l'enfant a péri, et qui a failli coûter la vie à la mère. Cette dame est affectée d'une déviation considérable de la colonne vertébrale ; elle a 26 ans, est pâle, faible, et chlorotique. Je n'étais pas sans inquiétude sur une seconde grossesse. Aussi, lorsque madame D. est devenue enceinte il y a quelques mois, ai-je mesuré avec soin les diamètres du bassin pour m'assurer qu'elle pourrait accoucher à terme sans chances défavorables. Le 15 du mois dernier (juillet 1844) elle vint chez moi pour me rappeler qu'elle devait être au terme de sa grossesse. Elle avait quelques maux de reins. Je touchai et ne pus atteindre qu'à peine le col utérin placé très haut ; en arrière et à gauche il n'était point dilaté. La santé générale était bonne. Une grave imprudence vint la compromettre quelques heures après. Pour détruire des punaises, on avait fait brûler dans sa petite chambre, pendant toute la journée du 15, une grande quantité de soufre et de tabac mêlés. Elle s'y coucha, dans une alcôve, à dix heures du soir, pour se lever à neuf heures. La nuit elle fut gravement malade, sans pouvoir bien préciser ce qu'elle éprouvait. Son mari, fort et robuste, qui occupait un autre lit près de la fenêtre, et qui séjourna moins qu'elle dans l'appartement, fut incommodé aussi, mais d'une manière passagère. Le lendemain matin je fus appelé ; madame D. avait tous les symptômes d'une asphyxie par inspiration de gaz délétères : face décolorée, lèvres bleuâtres, pouls filiforme, anxiétés, flaccidité des chairs, œdème des poignets et du pied gauche, vertiges, assoupissement, gonflement du cou, bourdonnements continuels dans l'oreille droite, sécheresse de la gorge et nausées. Un traitement rationnel fut institué : stimulants de la respiration et de la circulation, toniques légers, dérivatifs cutanés et intestinaux, frictions, etc. Il est à remarquer que la malade n'a pas eu un seul accès de toux. Les symptômes persistant, je pratiquai une saignée. Le sang était noir et diffluant ; il ne présenta qu'un caillot mou, qui rougit peu au contact de l'air. La coloration bleuâtre des lèvres diminua fort peu ; la respiration devint un peu moins gênée, et le pouls se releva faiblement. Je comptais 40 pulsations molles et intermittentes. Cette légère amélioration ne se soutint pas. Les battements du cœur redevinrent bientôt confus et tremblants. Les mouvements de l'enfant avaient cessé dès le jour même de l'accident ; ils ne se rétablirent plus. La nuit et le jour qui suivirent furent très pénibles. La malade restait assise et assoupie, sans forces, presque sans pouls, et ne distinguant pas les personnes qui l'environnaient. Son état était le même le lendemain. Les bourdonnements d'oreille qui avaient augmenté étaient continuels et produisaient une surdité assez forte. Dans la soirée du cinquième jour, un évanouissement eut lieu et dura plusieurs minutes. De faibles douleurs utérines survinrent à sa suite, et à neuf heures le liquide amniotique s'écoula spontanément. Voici l'état dans lequel je trouvai la malade une demi-heure après : La décoloration est complète ; les lèvres sont d'un violet livide ; les yeux ternes ; le pouls filiforme ; les jambes, le poignet gauche, toute la moitié gauche du cou et de la face est fortement œdématiée. Les extrémités supérieures et inférieures sont froides. La tête tombe tantôt sur une épaule tantôt sur l'autre. Elle n'est point douloureuse. La malade conserve toute son intelligence. De légères coliques utérines, sans contractions sensibles de la matrice, se montrent à huit ou dix minutes d'intervalle. Le toucher fait sentir le col utérin très haut, en arrière et à gauche. Il est souple et mince. A travers la dilatation, qui permet à peine l'introduction des deux doigts, on sent la fontanelle antérieure.

Espérant ranimer cette femme mourante en provoquant des douleurs expulsives et une prompte délivrance, je dilate un peu le col utérin par de légères tractions latérales, en le ramenant au centre du détroit. Je donne à la malade quelques cuillerées de vin de Bordeaux chaud et sucré, j'envoie chercher du cérat belladoné et une potion contenant 5 grammes de poudre récente de seigle ergoté, 10 de teinture de cannelle, 30 de sirop de quinquina et 100 d'eau de tilleul. Pendant qu'on l'apprête, madame D. tombe tout à coup dans un assoupissement profond, dont elle s'éveille à ma voix, puis, presque aussitôt dans une syncope mortelle. Pendant une demi-heure on la couvre de sinapismes, on la frictionne, on lui fait inspirer (car l'inspiration n'est pas entièrement abolie, de l'éther, du vinaigre ; on l'asperge d'eau froide ; on lui donne plusieurs cuillerées de vin généreux éthéré, mais la respiration devient de plus en plus rare ; les extrémités sont plus froides ; le pouls est imperceptible ; la pupille reste très dilatée, sans convulsions ; les sinapismes les plus énergiques ne produisent ni rubéfaction ni sensibilité. A onze heures, la malade expire.

Que devais-je faire, dans un cas pareil, en arrivant auprès de la malade après l'écoulement des eaux de l'amnios ? Provoquer un accouchement rapide ? Mais la femme aurait succombé aux premières tentatives : le col était très haut, souple, mais non dilaté. Pour l'ouvrir et aller chercher les pieds, j'aurais épuisé inutilement le reste des forces de cette femme asphyxiée depuis plusieurs jours par de l'acide sulfureux mêlé à une substance narcotique, et qui déjà se mourait avant mon arrivée. Et l'enfant ? fallait-il pratiquer pour lui, après le décès de la mère, une opération césarienne ? Je l'aurais fait, si je n'avais eu la conviction qu'il avait péri depuis la nuit de l'accident.

Sans blâmer M. Blatin, qui a agi suivant les lumières de sa conscience et avec tout le talent qu'on lui connaît ; M. Maisonneuve est cependant étonné qu'il n'ait pas procédé à l'opération césarienne. Autant, dit-il, on doit reculer devant une semblable opération chez une femme vivante, autant elle est innocente lorsqu'on a la conviction de la mort ; dans ce dernier cas, elle ne peut en rien être nuisible à la mère, et l'on peut avoir la chance favorable d'amener un enfant vivant encore.

M. Blatin rappelle que depuis deux jours cette femme était dans un état très voisin de la mort, que la circulation s'exerçait avec une difficulté extrême, et que l'enfant avait dû en subir l'influence fatale, puisque l'auscultation ne révélait plus ni battements du cœur fœtal, ni souffle placentaire, et que par conséquent il eût agi sur deux cadavres.

— *M. Thirial* est chargé de faire connaître le résultat de l'examen qu'il a fait avec M. Cerise sur l'enfant dont a parlé M. Bonnassies dans la dernière séance. Après avoir reproduit la description qui avait été faite déjà avec lucidité par M. Bonnassies, M. Thirial fait remarquer que l'écoulement de l'oreille a précédé de deux années les accidents nerveux en question, et qu'il est plus que probable que cet écoulement, ou plutôt que sa cause organique, quelle qu'elle soit, n'est pour rien dans la production de ces phénomènes qui appartiennent à la maladie décrite sous le nom de *vertige épileptique*, maladie rare dans l'enfance et qu'il tend à regarder comme *idiopathique* dans ce cas. Cette manière de voir est encore fortifiée par ce fait important, que cet accident a suivi de près une coqueluche de longue durée. Cependant, devant la difficulté d'établir avec précision la cause prochaine de cette affection, on a cru devoir conseiller un séton à la nuque pour combattre l'otorrhée, en même temps qu'on a prescrit le valérianale de zinc à l'intérieur à la dose de 20 centigrammes contre les accidents épileptiformes. Quoi qu'il en soit, il pense que la médication aura peu d'effet, et qu'on ne doit espérer que sur les changements que peuvent opérer les révolutions de l'âge.

M. Belhomme est du même avis que M. Thirial relativement à la nature du mal, et il ajoute : c'est ainsi que débute l'épilepsie, et il est temps de traiter cet enfant. Il désirerait seulement qu'on ajoutât au traitement commencé quelques applications de sangsues derrière les oreilles tous les huit jours environ, afin de contrebalancer les congestions sanguines vers le cerveau, et quelques purgations légères avec le calomel.

M. Bonnassies fait remarquer que cet enfant a déjà pris de l'oxyde de zinc, et qu'il s'en est bien trouvé. Il ajoute que le jour où le séton fut appliqué il y eut une hémorrhagie par l'oreille, et que depuis l'écoulement a diminué. Le valérianate de zinc est d'ailleurs difficilement supporté, et donne quelques nausées.

M. Thirial n'est pas de l'avis de M. Belhomme relativement à l'emploi des émissions sanguines, attendu qu'il n'a rien aperçu qui indiquât la moindre tendance aux congestions vers la tête, et comme cet enfant est d'une complexion délicate, il pense qu'il serait plus rationnel de le soumettre à une médication tonique.

M. Blatin demande si l'enfant est adonnée à la masturbation ; il lui est répondu que non.

M. Gaide raconte qu'étant occupé il y a quelque temps à faire un recensement de la garde nationale, il eut occasion d'observer un cas de vertige assez singulier. Notre confrère ayant examiné un homme, dictait au secrétaire les décisions du conseil, lorsqu'il s'aperçut que ce dernier ne répondait pas et qu'il avait la tête renversée en arrière, appuyée contre la muraille, sa plume entre les dents, les yeux fixes et immobiles. Impatienté, M. Gaide lui répète à plusieurs reprises : Mais écrivez donc, monsieur ! Enfin après quelques secondes d'un silence obstiné, son visage pâlit, et il reprit connaissance, en faisant remarquer que c'était une maladie à laquelle il était accoutumé.

M. Gaide partage l'opinion de M. Belhomme quant à la transformation lente et graduelle du vertige en épilepsie bien confirmée ; il cite à l'appui l'observation d'un homme qui finit par tomber du haut-mal, après avoir été pendant longtemps tourmenté par des vertiges répétés.

Il cite encore un troisième fait chez un individu qui était, sans que rien l'annonçât, tout d'un coup pris d'un étourdissement vertigineux. Cet accident le surprenait en marchant, ne le faisait pas même chanceler, et se dissipait au bout de quelques secondes. Rien n'a pu le guérir, pas même la saignée, qui était cependant dans ce cas indiquée par un état pléthorique remarquable.

M. Lagasquie pense que la diversité des formes du vertige épileptique, exprimée d'après l'observation de chaque membre, est digne d'occuper la Société. Pour moi, dit-il, j'ai été vivement frappé de la faculté que conservait une de ces malades, de commander des mouvements obscurs pendant un vertige qui la privait complétement d'intelligence, de sensibilité et de conscience d'elle-même. J'étais un jour dans un vaste jardin à Enghien, lorsque cette jeune et intéressante dame fut tout à coup prise d'un de ces vertiges. Sa mère s'en aperçut, courut vers elle, la saisit par le bras ; je m'emparai de l'autre ; et cette jeune dame, qui avait complétement perdu connaissance, se promena ainsi pendant environ cinq minutes, comme une mécanique aveugle qu'il suffit de diriger. N'est-ce pas un phénomène extraordinaire, que cette faculté de continuer la promenade en se laissant diriger, tandis que les rapports ont cessé avec le monde extérieur, et qu'il n'y a même plus conscience de soi-même !

Encore une réflexion, ajoute M. Lagasquie, sur le vertige épileptique. Sa gravité est des plus affligeantes, et souvent les familles, que frapperait de terreur un accès violent d'épilepsie, prêtent peu d'attention au simple vertige. C'est au médecin, lorsqu'il reçoit l'éveil d'un pareil accident, à adresser les questions nécessaires et à éclairer les familles sur leur ignorance et leur incurie.

M. Belhomme, reprenant la parole, ajoute que le vertige consiste bien souvent en un simple étourdissement qui passe rapide comme l'éclair, qui surprend les malades à la promenade, à table, et dont les voisins ne s'aperçoivent même pas, tant il est léger.

M. Chereau demande à M. Belhomme qu'il veuille bien indiquer quelles lésions anatomiques il a le plus fréquemment rencontrées chez les épileptiques lorsqu'il était interne à la Salpêtrière.

Suivant *M. Belhomme*, les altérations les plus constantes consistaient, pour le cerveau, dans une sorte d'indurations et dans une injection pointillée assez caractérisée, et pour la moelle dans un ramollissement siégeant à la surface de sa partie postérieure.

M. Dobigny a eu occasion de faire cinq autopsies d'épileptiques, et les lésions ont toujours varié. Dans un cas le cerveau avait acquis une sorte de consistance cornée.

M. Maisonneuve, pendant son internat chez M. Falret, a toujours trouvé une grande variété dans les résultats cadavériques. Tantôt c'étaient des lésions très légères, tantôt au contraire fort graves. Il a observé depuis la congestion jusqu'à l'induration et aux kystes.

— On procède à la nomination de M. de Moulon, qui ayant réuni l'unanimité des suffrages, est proclamé, par M. le président, membre de la Société médico-pratique.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, L.-M. Vinchon.

BIBLIOGRAPHIE.

Art de soigner les malades, ou *Traité des connaissances nécessaires aux personnes qui veulent donner des soins aux malades*; par le docteur Louis Bertrand. In-18. (Fortin, Masson.)

Ce travail n'est point un livre de thérapeutique ou de pathologie, mais renferme seulement l'exposé des connaissances nécessaires à ceux qui entourent les malades, parents, amis ou garde-malades. « J'ai pensé qu'un tel livre, dit l'auteur, serait utile aux médecins et aux malades; aux médecins, en ce qu'il les dispenserait de répéter tous les jours et chez tous leurs malades les mêmes choses concernant la préparation et l'administration des remèdes internes et externes, les soins à donner, les mille précautions à prendre, etc.; aux malades, en ce qu'ils auraient auprès d'eux des personnes intelligentes, instruites et capables sous tous les rapports d'aider les médecins dans le traitement des maladies. »

C'est à remplir ce double but que s'est attaché M. Bertrand. Les gens du monde, auxquels s'adresse principalement cet ouvrage, y trouveront des préceptes utiles, quelques formules innocentes et souvent indispensables à connaître pour les garde-malades, pour les lavements, les boissons, les tisanes, bains, cataplasmes; l'application des sangsues, etc.; la première alimentation des convalescents. Enfin un chapitre spécial est consacré aux soins à prendre près des femmes pendant et après l'accouchement, lorsque par une raison quelconque le médecin n'est pas arrivé à temps près de la malade.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur la mousse persée ou carragaheen; par M. E. Monchon.

M. E. Monchon, pharmacien à Lyon, vient de publier dans le dernier numéro du *Journal de chimie médicale*, plusieurs formules destinées à faciliter l'administration du carragaheen et par conséquent à en étendre l'emploi thérapeutique. Le carragaheen est une substance qui mérite sans contredit toute l'attention des praticiens, en raison de l'abondance de son principe gélatineux, adoucissant et alibile; d'un autre côté, les formules de M. Mouchon nous paraissent trop rationnelles pour que nous ne nous empressions pas de les porter à la connaissance de nos lecteurs.

1° *Gélatine de carragaheen.*

On soumet le carragaheen à trois décoctions successives pour l'épuiser presque complétement de sa matière gélatineuse; puis on fait évaporer les décoctés à la chaleur des bains-maries, dans une casserole émaillée, jusqu'à consistance de sirop très cuit, et on en achève la concentration à l'étuve jusqu'à parfaite siccité, dans des moules de ferblanc, recouverts d'une couche légère de beurre de cacao, et garnis de gélatine, de manière à la constituer en plaques minces, transparentes, et assez faciles à pulvériser, surtout par le mélange de la matière avec le sucre.

Cette gélatine, à la dose de 1 gramme, peut réduire en gelée 180 grammes d'eau, ou constituer avec 90 grammes d'eau et autant de sucre une égale quantité de produit suffisamment consistant.

2° *Saccharure de carragaheen.*

Pour obtenir ce produit, on n'a qu'à ajouter au liquide gélatineux, concentré jusqu'à consistance de sirop très cuit, quatre fois autant de sucre qu'on a employé de carragaheen. L'opération se termine au bain-marie, en ayant soin d'agiter souvent le saccharure jusqu'à ce qu'il soit arrivé au point de se prêter facilement à la pulvérisation de toutes ses parties.

3° *Tablettes de carrhageen.*

Pr. Saccharure de carragaheen,	500 grammes.
Gomme adraganthe,	4 grammes.
Eau commune,	45 grammes.

M. et F. S. A. des tablettes de 2 grammes, qui seront aromatisées à volonté.

4° *Sirop de carragaheen.*

Pr. Carragaheen,	30 grammes.
Eau de fontaine,	2,000 id.

On épuise le carragaheen par ébullition pendant une demi-heure, on passe avec expression, et on ajoute à la colature,

Sirop de sucre à 30 degrés, 4,000 grammes.

On chauffe pour réduire le mélange au poids du sirop employé.

Ce sirop paraît pouvoir remplacer avec un assez grand avantage le sirop de gomme arabique. Il a une certaine analogie avec le sirop hélicié et avec le sirop de gomme adragante, qui peuvent jouir sous certains rapports des mêmes propriétés médicales.

5° *Pâte de carragaheen.*

Pr. Carragaheen,	123 grammes;
Eau commune,	12,000 id.

On fait bouillir pendant une demi-heure avec les deux tiers de l'eau, on passe, et on soumet le résidu à une seconde décoction avec l'eau restante. Après une nouvelle expression, on réunit les deux décoctés, et on leur ajoute

Gomme de Sénégal blanche, 1,000 grammes,

qu'on lève rapidement et qu'on fait dissoudre à chaud. On passe le soluté; on y ajoute

Sucre en pain, 1,000 grammes,

puis on expose le produit à l'action longtemps soutenue d'un bain-marie bouillant; et, lorsqu'on le juge suffisamment concentré, on le dispose par couches minces dans des moules de fer-blanc, à la surface desquels on a étendu du beurre de cacao. La concentration s'achève dans une bonne étuve, qui la complète en quelques jours, au point de permettre à la pâte de se détacher avec assez de facilité.

Cette pâte, très agréable au goût, surtout lorsqu'elle est aromatisée avec l'alcoolé d'oranges ou avec tout autre aromate, peut être comparée à la pâte de lichen, et mérite même de lui être préférée.

6° *Gelée de carragaheen.*

Pr. Caragaheen,	2 grammes.
Eau commune,	250 grammes.

On fait bouillir pendant une demi-heure, on passe avec expression et on ajoute à la colature,

Sucre en morceaux, 40 grammes.

On concentre jusqu'à ce que le soluté soit réduit à 125 grammes de produit, que l'on passe de nouveau et que l'on aromatise avec quelques gouttes d'alcoolé d'oranges ou de citrons.

Cette gelée a l'avantage de se conserver intacte pendant très longtemps. Lorsqu'on le prépare sans sucre, elle contracte, après quelques jours de conservation, un léger goût de poisson; mais cet inconvénient n'a jamais lieu quand on a fait l'addition du sucre.

NOUVELLES.

Concours pour l'internat. — Ce concours a été terminé samedi 21 décembre, et les nominations ont été faites immédiatement et dans l'ordre qui suit:

Internes. MM. Duclos, Vauthier, Laillier, Hanrot, Boussy, Monod, Maquet, Bernard, Robert, Rosée, Gobelet, Boyer, Morvan (Augustin), Pages, Castex, Dagincourt, Debauvais, Lebleu, Faneau, Chapelle, Lanier, Fricault, Hervieux, Legrand, Lamaëstre, Bleu, Faure, Causis, Chapsal, Laffilet, Ponce, Broca, Allamand.

Internes provisoires: MM. Vignes, Moulin, Aubert, Boutin-Deslaurier, Molin, Chalier, Osanam, Gougué, Paléologue, Lamare, Brière, Halgrain, Nouffert, Labat, Morvan (Ch.), Ravel, Beclerc, Faton, Bouteillier, Tourée.

— *Prix des externes.* — MM. Duclos, prix; Vauthier, accessit; Laillier et Hanrot, mention honorable.

— *Prix décerné par la rédaction des Annales d'oculistique.* — La question proposée était celle-ci:

« Faire l'histoire de la cataracte capsulaire secondaire; décrire ses » variétés, ses causes, et les meilleurs moyens pour la détruire. »

Les deux tiers du prix ont été décernés à M. le docteur Hégésippe Duval, à Argentan (Orne), et le dernier tiers à M. Auguste Duesing, médecin russe, de la Livonie.

Aucune réponse n'étant parvenue aux deux questions suivantes, elles sont maintenues au concours:

1° Décrire la photophobie, son siége, ses causes, et le traitement qui lui est le plus convenable.

2° Exposer les services rendus à l'ophthalmologie par les médecins belges, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Les mémoires doivent être adressés *franco* à M. Florent Cunier, avant le 1er octobre 1845.

— M. le docteur Lautard, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de Marseille, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres.

— La Société de Prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, voulant venir en aide à la classe indigente pendant la saison rigoureuse, vient de verser la somme de 1,200 francs, entre les mains de MM. les maires de Paris, pour les Bureaux de bienfaisance.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 151. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

PARIS, 27 DÉCEMBRE 1844.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La pratique est pleine d'embûches, et le diagnostic a des obscurités impénétrables. On est près de se décourager quand on voit si souvent l'impossibilité d'éviter l'erreur. Un homme entre dans le service de M. Nélaton, avec une tumeur dure sur le côté droit du coronal, un peu au-dessus de la bosse frontale. Cette tumeur existe depuis quatre mois environ; elle donne lieu à des douleurs nocturnes, et le chirurgien croit avoir affaire à une exostose syphilitique. Le malade prend de l'iodure de potassium: un instant il est soulagé. Trois mois se passent, et un affaiblissement se manifeste dans le côté gauche du corps. Il est évident que la tumeur comprime le cerveau. L'intelligence est lente, mais lucide. La sensibilité devient obtuse du même côté, puis la contracture se prononce; elle est permanente. Quand on éloigne le bras du corps, il est pris d'un tremblement singulier qui dure longtemps. L'intelligence se maintient, mais en se ralentissant de plus en plus. Les réponses sont justes, mais elles se font attendre. Quelques mouvements convulsifs ont lieu dans le bras droit, qui, de temps à autre, est porté automatiquement sur la tumeur. Il y a de la fièvre. La face est rouge. Le malade tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie, on trouve une tumeur encéphaloïde du volume d'un œuf; sa substance est dure; c'est de l'encéphaloïde crue; un type d'encéphaloïde. Sa surface externe offre une riche arborisation. L'intérieur est d'un rose pâle. La tumeur peut être divisée en deux portions, une portion extra-crânienne, une intra-crânienne. Celle-ci adhère intimement au cerveau, se confond avec lui. L'os est perforé, la dure-mère traverse la tumeur, sur laquelle elle forme une ligne ondulée. Les os sont hypertrophiés notablement à l'entour, et gras (probablement infiltrés de matière cancéreuse). L'arachnoïde ne présente ni pus, ni fausses membranes; elle est un peu opaque, comme épaissie. Au-dessous de la portion intra-crânienne de la tumeur, dans la portion du cerveau qui lui correspond, est un foyer apoplectique du volume d'une noisette, ancien, et paraissant dater de l'époque à laquelle le côté droit commença à s'affaiblir.

Il est important de faire remarquer que la tumeur traversait le crâne obliquement; par conséquent, ses limites externes ne correspondaient pas à ses limites internes, et celles-ci eussent exigé une perte de substance plus considérable que celle à laquelle on aurait cru pouvoir se borner d'abord, si l'on avait eu la malheureuse idée d'appliquer le trépan; idée que les accidents cérébraux étaient cependant de nature à faire naître.

—Une femme âgée de 51 ans est entrée dans le même service pour se faire pratiquer une trente-quatrième paracentèse. A la suite d'une fausse-couche elle eut des pertes abondantes, et ses membres inférieurs s'œdématièrent. Deux ans après, son ventre grossit, et elle se crut enceinte. Elle était hydropique. On fit la ponction. Deux ans se passèrent, et une nouvelle ponction devint nécessaire. Au bout de neuf ans nouvelle hydropisie, troisième paracentèse. Depuis cette époque, l'ascite s'est reproduite avec plus de rapidité, et voici plusieurs années que cette femme vient se faire ponctionner tous les quatre mois. Elle jouit d'ailleurs d'une excellente santé. Ses garde-robes sont bonnes, et rien ne légitime l'idée d'une maladie du foie. Comme la circulation veineuse se fait bien dans les extrémités abnominales, on est porté à supposer une oblitération de la veine-porte.

— Un homme est tombé dans un escalier, et s'est fait une fracture de côtes. Il a craché le sang. La crépitation est très sensible. A la plus légère pression, on déplace les fragments, mais ce n'est pas sans de vives douleurs. Plusieurs applications de ventouses scarifiées ont amené un amendement notable. On avait mis un bandage de corps que l'on a dû enlever, la douleur et la gêne de la respiration en ayant été singulièrement augmentées. Cette circonstance s'est montrée plusieurs fois à M. Nélaton dans le même service, et c'est à cause d'elle que nous nous sommes arrêté à cette observation.

M. Malgaigne, dans son mémoire si remarquable sur les fractures des côtes, a très bien fait remarquer qu'il est de ces fractures dans lesquelles le bandage n'est pas indispensable, ou peut même devenir nuisible. «... Chez d'autres individus, dit-il, la douleur, plus fixe et plus profonde, paraît due à la contusion et à l'inflammation du poumon et de la plèvre; le bandage ne l'apaise en aucune façon, et il a, au contraire, pour effet d'augmenter la dyspnée... En résumé, ajoute-t-il, quand les mouvements respiratoires excitent des douleurs que le bandage modère, il est indispensable; quand ces douleurs n'existent plus, on peut s'en passer sans inconvénient; quand elles persistent malgré son emploi, il est à la fois inutile et nuisible. » (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1838.) Alanson avait déjà remarqué que les bandes de toile étaient trop dures pour certaines fractures de côtes; il recommande alors un bandage de flanelle, comme étaut doux, élastique et susceptible de se prêter aux mouvements respiratoires. (*Man. prat. de l'amp.*, trad. franc.)

—Un vidangeur est entré avec une exophthalmie. L'exorbitisme était très prononcé. Comme il n'était pas douteux que l'œil ne fût absolument perdu, M. Nélaton, pour faire cesser la tension, se décida à pratiquer une incision transversale s'étendant au-delà de la cornée des deux côtés, pour le vider. Il ne sortit pas une seule goutte de liquide. L'œil était plein, parenchymateux, comme hépatisé. Cette compacité est remarquable en ce qu'elle donne la mesure de la *vascularisation* des tissus compris dans la coque oculaire.

—Un malade a subi, il y a quelque temps, l'extirpation d'un testicule tuberculeux. L'épididyme de l'autre côté est devenu tuberculeux à son tour. Cet individu n'a pas moins des rêves érotiques suivis d'éjaculation. On ne niera pas pour cela que le testicule ne soit l'organe sécréteur du sperme, pas plus qu'on ne niera que l'estomac ne soit l'agent de la chymification parce que des individus ont pu digérer pendant longtemps avec des cancers étendus de ce viscère. Certains physiologistes devraient s'inspirer de ces exemples, quand il s'agit de faits analogues ayant leur siége dans le système nerveux central. Doutez, et par la presse ou par la parole, communiquez votre doute; mais ne tranchez pas les questions douteuses, et surtout n'affectez pas le mépris.

— Un homme est entré avec un ulcère intéressant toute l'épaisseur de la cornée dans l'étendue d'un demi-centimètre environ. Pendant longtemps on a vu une goutte d'humeur vitrée au bord de l'ouverture, puis l'ulcère s'est rétréci, et aujourd'hui il est cicatrisé.

— M. Nélaton, à moins de contre-indication, opère la cataracte par extraction. Il nous a montré un vieillard chez lequel l'opération a bien réussi des deux côtés. Dans la cataracte double, il attend, pour faire la seconde opération, que l'autre œil soit revenu à l'état normal. Ce point de pratique est litigieux. Il y a dissidence pareillement sur les précautions à prendre après l'opération. M. Nélaton, à moins d'accidents, laisse les yeux couverts pendant une dizaine de jours, et nous approuvons cette conduite.

Quant à l'opération de la cataracte par extraction, elle aura toujours contre elle sa difficulté et la gravité irrémédiable de certains accidents qui peuvent en être la suite, tels que la fonte de la cornée. D'un autre côté, l'abaissement est bien infidèle, sans être à beaucoup près exempt d'accidents sérieux; témoin cette photophobie indéfiniment prolongée dont il existe plusieurs exemples. Cette question est ardue, et ses difficultés ressortent des vicissitudes qui ont marqué la conduite et les opinions des chirurgiens les plus éminents, de M. Velpeau entre autres, à son égard.

— Il nous reste à parler, pour terminer cette revue du service de M. Nélaton, d'une opération ingénieuse qui a consisté dans l'extirpation d'un kyste, avec des circonstances qui recommandent le fait à l'attention des praticiens.

Ce kyste existait au-dessous de l'œil gauche, chez un gar-

FEUILLETON.

CONSEILS AUX MÉDECINS QUI EXERCENT A CHEVAL,

Par M. le docteur MUNARET.

(Suite du n° 149.)

Dans tous vos rapports avec un cheval, pour l'approcher ou le toucher seulement, en dedans comme hors de l'écurie, en repos comme en mouvement, il faut toujours le prévenir et ne pas le brusquer ou le surprendre. Gardez-vous surtout de l'irriter en quittant l'écurie; monté sur lui, il deviendra votre maître si vous n'êtes pas cavalier, et il peut se venger: j'en connais plusieurs exemples.

Avant de monter un cheval, vous devez, autant que possible, le connaître et vous en faire connaître. Voyez, chaque fois, si la selle et la bride sont bien placées, les étriers à votre taille, les sangles suffisamment serrées et la ferrure en état.

Il y aura danger pour vous, inexpérimenté, à monter un cheval jeune, impatient, et, comme l'on dit au manége, difficile au montoir. Faites-le tenir en main pendant que vous le monterez.

Le cheval le plus doux peut se cabrer si vous saccadez les rênes en le montant ou si vous les tenez trop courtes; faites-y donc attention.

Vous voilà en selle; asseyez-vous bien sur les deux fesses, sans raideur et sans gêne, les épaules jetées en arrière, les coudes tombant naturellement, la main gauche tenant les rênes de la bride, séparées par le petit doigt; le bas des reins flexibles; embrassez fixement votre cheval avec le plat des cuisses et des hanches, c'est-à-dire depuis les hanches jusqu'au genou, qui doivent rester collés à la selle.

Point d'éperons, je vous en prie, avant d'avoir acquis assez d'aplomb et de solidité, sur votre cheval, dans toutes les allures. Que d'accidents arrivés avec eux en s'asseyant trop lourdement, en cherchant son étrier avec la pointe du pied tournée en dehors, ou en employant instinctivement les jambes pour se raccrocher en selle et arrêter un cheval qui s'emporte!

L'éperon ne devrait être qu'un instrument de correction; vous pourrez cependant vous en servir, comme *aide*, avec un cheval mou, usé, ou trop vieux.

C'est du côté gauche du cheval (côté du montoir) qu'il faut monter et descendre habituellement; mais un médecin, plus qu'un autre, doit s'exercer à monter et à descendre des deux côtés, afin de ne pas être embarrassé dans un passage étroit, encombré.

Ne demandez rien à votre cheval avant que les rênes soient bien ajustées, maintenues égales, courtes, mais souples, et sur leur plat; ce n'est qu'après tous ces arrangements qui vous deviendront familiers par l'habitude, qu'on pourra rendre la liberté au cheval tenu en main, pendant que vous le montiez.

J'ai remarqué deux défauts opposés dans la conduite du cheval; les jeunes médecins le pressent trop et le font courir sans mesure ni nécessité; c'est doubler la fatigue et s'exposer à des chutes, à des refroidissements qui ont été mortels; les vieux praticiens se hâtent plus lentement; vous les rencontrez un journal à la main, les rênes flottantes; ce qui est une imprudence, avec le cheval le plus sûr. Il ne faut, en effet, qu'une piqûre de talon, pour une ruade; la moindre surprise pour provoquer un écart; une pierre au milieu du chemin pour faire butter le cheval, et tomber le cavalier qui n'a plus son adresse et sa force premières.

Donnez à votre cheval, dès le commencement, un pas constant, solide et allongé; c'est assez de le faire trotter et galoper, pour les cas pressants; et quelle que soit son allure, vous sentirez toujours sa bouche pour l'exciter modérément, le relever, etc.

Si votre cheval vous emporte, vous l'apaiserez en ayant la main légère, avec du sang-froid; prenez-y garde, confrères novices et peureux, vous l'animeriez davantage en faisant agir le mors avec dureté, comme vous seriez tentés de le faire en pareil cas.

Rassemblez et soutenez votre cheval, un peu plus de la main, dans les descentes; un peu plus des jambes, dans les montées. Si la pente est trop rapide ou mauvaise, et surtout si votre cheval est fatigué, il est prudent de mettre pied à terre (1). Votre cheval a le défaut de bondir d'aise, de cabrioler, tenez les rênes près de la bouche d'une main ferme et tendue; s'il mordille, il faut absolument le corriger avec la cravache.

En longeant un précipice, tenez le côté opposé, et, à l'encontre d'une voiture ou d'un autre cheval, prenez l'avance, pour l'interposer entre vous et le danger.

Un cheval appréhende la neige, s'il n'y est pas habitué; ce que j'attribue au manque de résistance du terrain qu'il foule; il s'en épouvantera assez (notez bien ceci) pour se ruer sur le cavalier qui commettra l'imprudence de mettre pied à terre et de vouloir le conduire à la main pour le soulager.

Quand la neige couvre la terre, comme d'un épais linceul, au point d'intercepter toutes les voies de communication, suivez le bas d'une colline ou d'une montagne, malgré ses plus longs détours, pour éviter une marre d'eau, un sol trop détrempé, des fossés ou quelques pertuis dangereux cachés par la neige et où vous pourriez vous précipiter, ce qui m'est arrivé plusieurs fois.

(1) Le cheval refuse quelquefois de vous suivre, où il ralentit assez le pas pour se faire traîner. Il suffit de passer les rênes entre la gourmette et la ganache; je vous réponds qu'il marchera aussi vite que vous voudrez, sans être obligé de le tirer.

La glace est encore plus dangereuse pour le cavalier; faites cramponner votre cheval et si malgré cette précaution il se montre trop timide ou trop maladroit, mieux vaut faire vos courses à pied avec l'aide d'un bâton ferré.

La méthode la plus sûre pour conduire un cheval sur la glace, est de le tenir rassemblé, soutenu de toute manière, les pieds hors de l'étrier en cas de chute, l'empêchant autant que possible de marcher sur les plans inclinés, pour lesquels il montrera de la préférence.

Votre cheval, comme celui du chasseur, doit connaître le saut des fossés, des haies, des petits murs de clôture. Si vous n'êtes pas assez cavalier pour lui apprendre ou apprendre de lui cet exercice, évitez les chemins de traverse, car votre cheval deviendra timide ou ombrageux si vous le faites reculer devant ces légers obstacles.

Pendant la nuit, tenez le milieu de la route pour éviter les fossés, les buissons et les arbres qui peuvent la border. En soutenant votre cheval et en lui faisant sentir le mors par intervalle, vous cheminerez sans accident et vous cheminerez sûrement à votre destination si le cheval a fait le même trajet une seule fois; ses yeux sont meilleurs que les vôtres, et sa mémoire des lieux est admirable. — Tenez votre droite pour éviter la rencontre d'un autre cavalier ou d'une voiture devant vous; — manœuvre inverse, si le cavalier ou la voiture est à vos trousses. — Le chemin est-il trop étroit, mal aisé? Arrêtez votre cheval et criez pour avertir.

Chaque fois que vous mettez peid à terre et avant de déchausser l'étrier gauche, voyez d'un coup d'œil sur quel terrain votre pied droit va s'appuyer. Faute de cette précaution, qu'on ne connaît pas dans les manéges, j'ai été témoin de plusieurs accidents; il suffit d'une petite pierre mobile sous votre semelle, pour occasionner une chute et même une entorse.

Arrivé chez votre malade, occupez-vous premièrement d'abriter votre cheval; autant que possible vous le préserverez d'un refroidissement trop brusque, de la piqûre des insectes et des intempéries de chaque saison. Attachez-le solidement, faites-le couvrir ou bouchonner, s'il est en grande sueur, relevez vos étriers.

Etez-vous obligé de passer plusieurs heures et quelquefois la nuit, près de votre malade? Donnez des ordres, afin que votre utile compagnon soit nourri, pansé et couché soigneusement; donnez de temps en temps le coup d'œil du maître.

Votre cheval doit toujours avoir son licou; sans cette précaution, vous l'exposez à être étranglé par la première corde qui l'attachera par un nœud coulant. Préservez-le, dans une étable, du voisinage des bêtes à cornes.

Le retour à l'écurie excite l'ardeur des chevaux les plus rosses; prenez-y garde au commencement.

En voyageant en voiture, la fatigue est moindre et les accidents

ou d'une quinzaine d'années. Il avait le volume d'une grosse noix. Il était ulcéré, et fournissait du pus; mais il se vidait difficilement. Le malade n'en souffrait pas; seulement la tumeur par son volume gênait la vision en bas.

L'extirpation offrait des difficultés sérieuses. Le kyste était en rapport d'une part avec l'œil, de l'autre avec le nerf sous-orbitaire, et il était ouvert. C'est alors que M. le docteur Nélaton eut l'idée que voici. Il remplit la tumeur de liquide avec une seringue d'Anel, et tandis que la canule était encore dans le kyste, il passa deux anses de fil en croix autour de l'ouverture, qui fut fermée ainsi. Mais les fils n'eurent pas seulement pour effet cette occlusion; leurs extrémités tenues en main par le chirurgien, servirent à imprimer à la tumeur les mouvements nécessaires. La dissection fut singulièrement favorisée, comme on peut le penser, par la réplétion du kyste et par les tractions exercées avec les deux fils.

— M. Denonvilliers a fait, pendant qu'il remplaçait M. le professeur Roux à l'Hôtel-Dieu, une amputation de cuisse qui a réussi, Ce succès, absolument parlant, est loin d'être extraordinaire; mais, par rapport à la localité, il mérite d'être cité.

M. Denonvilliers avait commencé, comme presque tous les chirurgiens, par rechercher les résultats rapides; il réunissait donc les plaies d'amputation par première intention. Ce judicieux confrère n'a pas tardé à changer de conduite à cet égard, et il s'en est bien trouvé. Il se loue beaucoup aussi de l'habitude qu'il a prise de nourrir ses opérés, et il a rapporté de Londres un mot de M. Brodie qui mérite d'être répété :

« J'aurais sauvé mille opérés que j'ai perdus, disait l'illustre chirurgien anglais, si je leur avais donné des aliments. »

Ces deux questions, celle de la réunion immédiate et celle du régime à prescrire aux opérés, varient suivant le climat et suivant les individus.

Il y a eu, dans le même moment, en Italie, deux grands chirurgiens, Vacca et Scarpa, l'un opérateur habile, l'autre expert aussi dans les opérations, mais doué d'un esprit éminent. Les résultats de la pratique de l'un et de l'autre étaient fort inégaux. Scarpa sauvait beaucoup d'opérés; Vacca était malheureux. Le premier était très attentif à la réaction, et prescrivait la saignée volontiers; l'autre donnait des cordiaux et des bouillons.

Il est probable que le régime de M. Brodie et de M. Denonvilliers ne conviendrait pas en Italie.

Dupuytren faisait donner du vin à des blessés; mais ces blessés étaient de ceux dont Montesquieu a dit « qu'il faut les écorcher pour les faire souffrir : » c'étaient des Russes.

On parle beaucoup, depuis quelque temps, de géographie médicale, et l'on doit applaudir aux efforts des esprits distingués qui ont marché dans cette voie. Les questions auxquelles nous venons de toucher se rattachent à cette branche importante de la science, et demanderaient à être étudiées sur de grandes proportions.

— Un homme vient de mourir dans le service de M. Velpeau, par suite d'une affection peu connue encore, la cachexie tuberculeuse de l'appareil génito-urinaire, formulée dans une thèse du dernier concours pour l'agrégation en chirurgie. Il est dit dans cette thèse : « Ne nous laissons pas assujettir par le fait spécial, restreint, et élevons-nous à la considération spéciale du tubercule dans l'appareil génito-urinaire des deux sexes. Nous voyons dans les conduits du sperme ce que nous avons vu dans ceux de l'ovule, et, dans la prostate, dans le testicule, ce que nous avons vu dans l'ovaire. » L'individu dont nous voulons parler était entré à l'hôpital pour une fracture du péroné. Il se plaignit d'une difficulté dans l'émission des urines. M. Velpeau le sonda et reconnut un rétrécissement qui offrait quelque chose de particulier. Le mal traîna en longueur, et l'un des testicules se prit. Des fistules se formèrent au périnée. Le malade, d'une constitution très robuste, s'affaiblit. Des accidents inflammatoires se manifestèrent dans les fosses iliaques et nécessitèrent des applications de sangsues. Le ventre s'était météorisé. L'orage s'apaisa; mais les fistules ne tarissaient pas. Un travail de tuberculisation s'annonça dans les poumons et marcha rapidement. Attaqué sur tant de points, cette nature énergique résista longtemps. M. Velpeau avait annoncé une altération générale de l'appareil génito-urinaire, et fixé le pronostic. La mort arriva enfin, et, à l'autopsie, on trouva les parois de l'urètre infiltrées de tubercules, celles de la vessie fongueuses, dégénérées, les vésicules séminales détruites par la fonte purulente, les testicules farcis de tubercules, les reins en suppuration; l'état des poumons était tel qu'on pouvait le supposer d'après ce que nous avons dit.

L'affection à laquelle cet individu a succombé, peu connue, comme nous l'avons dit, nous paraît être assez commune. Il est essentiel que les chirurgiens en tiennent compte dans leurs diagnostics, et les anatomo-pathologistes dans leurs recherches.

Certes, quiconque aurait vu, lors de son entrée à l'hôpital, l'homme dont nous venons d'ébaucher l'histoire, n'aurait jamais pu penser que la cachexie tuberculeuse se dissimulât sous cet aspect florissant. Peut-être cet homme, si un accident ne l'avait amené dans un hôpital, où il a trouvé des conditions hygiéniques défavorables, aurait-il échappé pour longtemps à la maladie dont il portait le germe. Nous n'oublierons jamais un cas analogue qui s'est présenté à nous récemment. Un militaire remarqué généralement par la beauté de sa taille, sa forte carrure, et la mâle vigueur de ses traits, demande à être opéré d'une hydrocèle peu volumineuse. On l'envoie à l'hôpital. Placé près d'une fenêtre, il prend une kératite; et son séjour à l'hôpital se prolonge de trois mois. Il sort enfin; mais sa nutrition a souffert; il est pâle, affaibli; il a des ganglions engorgés aux deux côtés du cou; il tousse; il languit quelque temps, et meurt de phthisie pulmonaire!

— Décidément le service de M. Velpeau est le rendez-vous des tumeurs extraordinaires. Ce professeur vient d'en enlever une fort singulière, siégeant au côté du calcanéum chez un homme, et paraissant remonter à un froissement fort anciennement éprouvé.

Cette tumeur était solide, calcaire, ossiforme, sans nul rapport avec l'os voisin, et positivement située dans le tissu cellulaire. Son volume était celui d'une grosse noix. Elle était creusée de petites cavités pleines de pus. Depuis quelque temps le sujet en souffrait. M. Velpeau a supposé qu'il y avait eu là un épauchement de sang réduit insensiblement à l'élément fibrineux, qui, à la longue, a été pénétré de sels calcaires. Le malade, qui était hypochondriaque, a tout à fait changé d'humeur depuis l'opération.

—Un physiologiste distingué, quoique jeune encore, M. le docteur Longet, répétait dernièrement une expérience propre à fixer, conformément aux données acquises, le siége du *nœud vital*, dans le bulbe rachidien (qui serait mieux nommé bulbe *basilaire*). Cette expérience nous a rappelé un cas curieux qui s'est présenté au Val-de-Grâce, et qui, à notre connaissance, n'a pas été publié.

Un militaire éprouvait une douleur profonde dans la région cervicale. La nuque et le pharynx explorés ne firent rien reconnaître qui pût donner la pensée d'une arthropathie. Le malade continua à souffrir; bientôt il lui fut impossible de mouvoir la tête sans le secours de ses mains qu'il tenait appliquées contre ses tempes. Un jour, son attention ayant été distraite par l'entrée dans la salle des hommes chargés de la distribution des aliments, il se tourna avec une certaine rapidité, et tomba raide mort sans proférer un seul cri. A l'examen du corps, on trouva que l'apophyse odontoïde cariée avait glissé sous le ligament transverse, et comprimait la moelle.

M. le docteur Soudan, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a été témoin du fait.

On trouvera, du reste, plusieurs cas analogues dans le livre de M. le docteur Longet, qui est aussi bien un traité de pathologie du système nerveux, riche d'observations laborieusement rassemblées, qu'un traité de physiologie.

—La gangrène du poumon n'est pas absolument inguérissable. Un fait qui vient d'être observé dans le service de M. Fouquier, achèverait de le prouver. La mort a été amenée chez un homme par une gangrène du poumon; mais, chez cet homme, un foyer gangréneux était en voie de guérison dans l'un des poumons lorsque l'autre a été frappé.

Le premier foyer ressemblait à une caverne tuberculeuse; des vaisseaux oblitérés le traversaient; une sorte de membrane en tapissait l'intérieur. Evidemment, de ce côté, il y avait tendance à la cicatrisation.

— Un homme a succombé dans le même service, après cinq jours de maladie. Jusque-là il n'avait offert aucun symptôme; il avait mangé, travaillé et vécu comme à son ordinaire. A l'autopsie, on a trouvé plusieurs ulcères intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse, à la fin de l'intestin grêle.

Voilà donc un nouvel exemple de ces fièvres typhoïdes *larvées* qui, dans quelques cas dont nous avons parlé précédemment, peuvent amener insidieusement, après des symptômes légers, ou sans symptômes antérieurs, une perforation mortelle en quelques heures.

On nous assure qu'un fait semblable à celui dont il vient d'être question s'est présenté, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Antoine, dans les salles d'un médecin qui s'est distingué par des succès culinaires. X.....

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Granulations du col utérin.

Au n° 7 de la salle St-Bernard, est couchée une femme de vingt-sept ans, lingère, d'une assez bonne constitution. Elle a eu deux enfants; ses couches ont été heureuses. Il y a trois ans environ, elle commença à éprouver de la céphalalgie, des maux d'estomac; de plus, quelques troubles dans la vue passagers et rapides, symptômes qui se montrent assez souvent dans la dyspepsie comme accidents symptomatiques. Il y a une telle corrélation entre l'estomac et l'appareil nerveux encéphalique, que dans la moitié des cas la céphalalgie tient à des dérangements dans les fonctions de l'organe principal de la digestion. C'est là un point important et essentiellement pratique, sur lequel nous reviendrons.

La malade dont nous allons nous occuper continuait à être réglée assez bien et assez abondamment. Mais depuis un an, elle est sujette à une leucorrhée abondante continuelle. Elle éprouve dans l'hypogastre un sentiment de pesanteur; la région lombaire est le siége d'une douleur vague mais continuelle, devenant plus forte par instants. Nous avons dû procéder à l'examen attentif du col utérin et de l'organe lui-même, en tant qu'il est accessible à nos moyens d'investigation.

Par le toucher, nous reconnûmes qu'il y avait une légère antéversion de l'utérus, le col et l'orifice étant dirigés du côté du rectum, le corps un peu incliné en avant. Cette disposition

---

plus rares. Vous n'avez pas d'autres *aides* que les rênes qui agissent sur le mors de votre cheval; mais leur longueur donnant plus de puissance, vous en userez avec discrétion et grande douceur, si vous voulez ménager la bouche de votre cheval et vous en faire obéir.

Ne recourez au fouet que pour châtier votre cheval sur le flanc ou sur le ventre, à l'instant où la désobéissance est formelle; vous devez le faire claquer seulement pour le stimuler, le porter en avant ou le faire passer au trot.

Les rênes ni lâches, ni tendues, jamais flottantes, surtout avec un cheval attelé à une voiture à deux roues, parce que le moindre faux-pas peut entraîner sa chute par le poids de la voiture.

Dans les descentes, choisissez le chemin le plus tirant; ce sera le contraire pour les montées. Dans une descente trop rapide, il y a imprudence à ne pas enrayer; si, par accident, votre cheval est lancé à une allure trop vive, au lieu d'essayer à le ralentir, contentez-vous de le diriger, bien soutenu, de prendre les tournants de loin, et d'éviter les chocs assez violents pour renverser votre voiture. Les ruisseaux, *fossés*, doivent être franchis de biais, et jamais en plein travers.

Il est plus facile d'apprendre à conduire une voiture qu'à monter à cheval. Raison de plus, mes confrères, pour ne pas vous exposer dans une voiture si vous ne savez pas diriger votre cheval en tout sens, ralentir, allonger, régler, changer ses allures, et le maîtriser dans les tournants les plus raccourcis.

Occupons-nous maintenant de l'entretien de votre cheval en santé.

Le foin, la paille et l'avoine, sont les aliments les plus ordinaires du cheval. Le foin doit avoir une odeur agréable et une belle couleur; celui qui n'a pas trois mois de récolte est trop nouveau; celui qui a plus de deux ans, est trop vieux.

La paille de froment, non barbue, fourrageuse autant que possible, est la seule qu'on puisse faire manger.

L'avoine doit être pesante, pas trop nouvelle, sèche, luisante, inodore et sans poussière. L'avoine produit sur le cheval l'effet du vin sur l'homme, l'abus est dangereux.

Vous pouvez encore faire manger à votre cheval, l'orge, la pomme de terre cuite et la carotte (1).

L'eau est la boisson naturelle du cheval comme de l'homme. Elle doit être limpide, pure, pas trop fraîche en été; celle de rivière est la meilleure. Dans vos courses, vous pourrez laisser désaltérer votre cheval dans un ruisseau, mais avec modération, et en le remettant en marche avec une allure pas trop rapide. Dans les temps froids surtout, l'eau, dans un estomac vide, peut causer plusieurs maladies. Cette observation est toute récente.

Le soir, en rentrant, s'il est trop échauffé, de l'eau blanchie avec de la farine d'orge ou du son.

Rationnez votre cheval : trois repas par jour. Faites botteler votre foin, c'est une bonne habitude, si vous confiez votre cheval aux soins d'un domestique. Comme je l'ai déjà dit, votre cheval sera exposé à l'irrégularité des repas; il faut y parer autant que possible, en lui faisant donner un peu de foin, d'avoine ou de pain pendant vos haltes; rien ne restaure davantage et plus promptement un cheval fatigué, qu'un peu de pain mouillé de vin rouge.

Le pansage est indispensable au moins une fois par jour, et hors de l'écurie, si le temps le permet. Le pansage à la main est le plus efficace de tous, mais il est plus long. Si vous n'avez pas le temps de panser votre cheval, surveillez le plus souvent possible le domestique que vous en chargerez; il faut qu'il se serve tour à tour, et à propos, de l'étrille, du bouchon, de l'époussette, de la brosse, du peigne, de l'éponge, de la curette et de la main. Couper les crins des jambes et des oreilles, et dégarnir le toupet, la crinière et la queue tous les mois.

La plupart des maladies qui attaquent les extrémités ne sont dues qu'à une mauvaise ferrure; choisissez-donc le moins incapable maréchal de vos environs, et obligez-le, en assistant au ferrage, à faire le fer pour le pied et non le pied pour le fer. Défendez surtout qu'on coupe trop la corne, pour rendre le pied plus mignon, plus élégant; c'est une manie des maréchaux de campagne, exercée sur le cheval de tous les bourgeois. En pays mauvais, le pied demande à être plus garni. Faites ferrer tous les mois, pour échanger ou pour relever les fers.

Ecurie toujours propre, aérée, et modérément éclairée. Litière abondante et sèche. La longe assez longue et glissant dans un anneau de la mangeoire avec un billot au bout, pour que votre cheval puisse se coucher à l'aise.

La mangeoire et l'auge doivent être nettoyées pour chaque repas.

Arroser de temps en temps le foin de la journée avec de l'eau salée pour stimuler l'appétit que peut compromettre trop de fatigue ou trop de chaleur.

Un régime blanc (son mouillé) entretient le ventre libre et prévient les maladies inflammatoires en été. Le vert ne doit s'administrer que d'après la prescription du vétérinaire.

L'usage des couvertures est utile en toute saison; il préserve des mouches en été, du refroidissement en hiver, et de l'humidité de l'écurie. Le poil est aussi plus propre, plus brillant.

Ne pas excéder votre cheval de fatigue; ce qui ne veut pas dire que vous ne devez pas le soumettre à un travail long et pénible, mais seulement que vous devez vous abstenir de le tourmenter, en le stimulant mal à propos du geste, de la voix, et quelquefois du fouet et de la cravache. Mon avis sera profitable surtout dans le temps de la mue, comme à la venue du poil d'hiver.

Un cheval ne peut trotter qu'une demi-heure après son repas; immédiatement après, l'allure au pas est seulement permise. Même conseil au cavalier.

Pendant les plus fortes chaleurs de l'été, faites vos courses matin et soir et laissez reposer votre cheval vers le milieu du jour. Dans ce temps-là quelques bains sont nécessaires, bouchonnez ensuite.

Des notions de médecine vétérinaire vous sont utiles pour attendre les secours réguliers de l'art; voici les plus essentielles : Si le sang fait gonfler les veines de votre cheval et l'appesantit, si les membranes du nez rougissent et s'enflamment, une saignée peut prévenir un coup de sang : vous devez apprendre à ouvrir la veine.

Dans toutes les inflammations, la saignée est encore indispensable, mais peu déplétive; c'est au vétérinaire à juger plus tard si elle a été suffisante. Quelques lavements émollients sont toujours favorables en pareil cas.

Dans toutes les maladies graves, externes ou internes, diète sévère; de la paille et de l'eau chaude.

En cas d'accident aux extrémités, une immersion dans l'eau froide suffisamment prolongée, peut faire avorter l'inflammation à son début.

Si votre cheval boite, la première chose à faire c'est de le déferrer, en attendant le vétérinaire. S'il lui survient une entorse à la suite d'un violent effort, il se rétablira difficilement, et je vous conseille de le vendre.

S'il se couronne, lavez le genou contusionné ou déchiré, à l'eau froide, et graissez la partie dégarnie de poil, avec du cambouis ou un mélange d'huile et de suie.

Les indigestions sont d'autant plus dangereuses, que le cheval n'a pas la faculté de rejeter par la bouche les aliments avalés. Amenez-le insensiblement à un changement de régime si vous y êtes obligé.

Fin de mes conseils. — Un jour je faisais l'éloge de l'équitation dans un manége. — « Nous direz-vous, docteur, me demanda un petit monsieur, l'*Iscariote* de l'auditoire, pourquoi les médecins grecs ne raffolaient pas autant que vous autres du cheval; ils voulaient pourtant guérir tous leurs malades avec la gymnastique ? — Je lui répondis en relevant ses étriers. — Sublime réponse, qui fut comprise par l'écuyer et développée par lui *ex professo*. — En effet, les étriers n'étaient pas connus à cette époque : sans ce précieux point d'appui, il n'y a pas d'allure longtemps supportable pour l'homme en santé, à plus forte raison pour un poitrinaire.

---

(1) Il ne faut pas croire littéralement tous les éloges qu'on a répété, sur la carotte, sans en avoir essayé. Ce tubercule est très sain, très alibile et aimé de la plupart des chevaux; il peut même suppléer à une ration d'avoine; mais ne le donnez qu'au repas du soir et en *barbotage*. Pendant les fatigues du jour, le cheval le digère trop vite et devient *vidard*. Même précaution à l'égard de la pomme de terre.

de l'utérus ne peut pas être considérée comme morbide; chez la plupart des femmes elle existe. Mais quand l'utérus se redresse facilement, que le museau de tanche, cédant au doigt qui le dirige, peut se replacer verticalement, et que le corps de l'organe bascule et redevient perpendiculaire, dans ce cas il faut se garder de considérer cette legère antéversion comme un phénomène pathologique; elle ne constitue qu'une très minime exagération de l'état normal.

Le toucher nous fit encore reconnaître une différence notable et parfaitement appréciable à la pulpe du doigt, entre la portion du col qui forme la grande circonférence, et la moitié la plus centrale, située immédiatement autour de l'orifice utérin. Dans la première de ces deux parties, la surface de la muqueuse qui recouvre le col est lisse, ferme, polie. Auprès de l'orifice, on sentait une mollesse inaccoutumée, quelque chose de tomenteux en quelque sorte. Nous avons comparé cette dernière sensation à celle que l'on éprouve en appuyant et promenant le doigt sur cette étoffe à laquelle on donne le nom de velours d'Utrecht. Ainsi, par le simple toucher, nous avons acquis la certitude qu'il existait un état granuleux au pourtour de l'orifice utérin. Le toucher n'a appris à reconnaître cet état granuleux tout particulier, que depuis l'invention du spéculum, à l'aide duquel on a pu appliquer au diagnostic le sens de la vue. Autrefois, on ne considérait pas cet état granuleux comme un état morbide. Sa véritable nature était resté complétement inconnue jusqu'au moment où le spéculum permit de s'assurer qu'il existait une différence très remarquable entre le pourtour de l'orifice et la portion la plus externe de la circonférence du museau de tanche.

A l'œil, voici l'aspect que présentait le col; la grande circonférence du col offrait une teinte rosée; le pourtour de l'orifice était, au contraire, rouge-violacé, constituant une véritable tache. Il n'est pas très rare de trouver des femmes chez lesquelles on n'observe qu'une tache rouge dans l'orifice utérin lui-même. Lorsque la tache a une certaine étendue, toujours le point central est pris, et de là la coloration rouge s'étend de proche en proche vers les parties voisines. Cette tache rouge n'offre pas constamment la même disposition, relativement aux progrès qu'elle fait; elle s'étend ou sur une des lèvres seulement, ou sur les deux lèvres à la fois. Sa forme est également très variable. Quelquefois, elle est constituée par deux demi-cercles se réunissant pour ne former qu'une tache ronde. Dans d'autres cas, elle semble elliptique, formée qu'elle est par deux taches à peu près rondes, une sur chaque lèvre. Chez la malade dont nous vous entretenons, la tache était beaucoup plus étendue sur la lèvre antérieure que sur la lèvre postérieure. Cette dernière n'offrait guère qu'une coloration disposée en croissant.

Examinée avec la plus grande attention, la portion de la membrane muqueuse ainsi colorée en rouge offre évidemment une surface grenue, inégale. très marquée. Cette disposition, nous devons le dire, ne nous a point étonné; elle existe dans presque tous les cas où il y a de la rougeur sur le col utérin, et elle constitue l'affection dont nous voulons vous entretenir, et au sujet de laquelle nous présenterons plus bas quelques considérations pratiques. Ainsi, rougeur d'une part, surface grenue, inégale d'autre part, appréciable à la vue et au toucher, voilà les deux caractères qui sont pathognomoniques de ce genre d'affection, et nous les rencontrons chez notre malade.

Elle est sujette, avons-nous dit; à une leucorrhée abondante; mais, en outre, il s'écoule par le vagin un mucus épais, demi-transparent, médiocrement abondant, semblable à un blanc d'œuf un peu trouble. Dans un grand nombre de cas analogues à celui-ci, cet écoulement de mucus albumineux est beaucoup plus abondant; la quantité est telle qu'il coule même le long des cuisses des malades, quand elles marchent, en déterminant une sensation de froid. La femme qui fait le sujet de cette observation n'a jamais eu de pertes sanguines. Mais assez fréquemment, ce genre d'affection est accompagné d'hémorrhagie, soit que la perte consiste seulement dans une augmentation anormale et pathologique du flux menstruel, soit qu'elle ait lieu dans l'intervalle qui sépare deux époques menstruelles.

Une fois la maladie bien reconnue, nous avons immédiatement procédé à la cicatrisation des parties grenues de la membrane muqueuse du col utérin. Ces cautérisations ont été répétées à trois ou quatre reprises. Sous l'influence de cette médication, et contrairement à ce qui arrive souvent, les taches ont rapidement diminué de largeur, et leur coloration d'intensité. Lorsque nous vous avons fait examiner avec nous le col utérin de cette femme pour la dernière fois, il y a trois jours, la membrane muqueuse ne présentait plus que quatre ou cinq points fort peu étendus, encore rouges, points entre lesquels la membrane muqueuse avait complétement repris son aspect et sa coloration normales. Nous avons été surpris de cette rapide guérison. Ordinairement, la durée de la maladie est plus longue. Se trouvant dans un état assez satisfaisant pour reprendre ses occupations, la malade a voulu quitter l'hôpital, malgré nos avis. Mais nous lui avons fait promettre de revenir une fois par semaine pour se soumettre à quelques cautérisations encore nécessaires, et nous vous la ferons examiner de nouveau, lorsque la disparition des taches sera complète.

— Cette observation curieuse est un exemple d'une affection des plus intéressantes à étudier. Elle mérite d'autant plus de fixer l'attention des praticiens qu'elle a soulevé des questions graves, et voici sous quel rapport. On a confondu souvent les granulations du col utérin avec les ulcérations, et l'on a même été jusqu'à penser que ces granulations pouvaient être le commencement d'un carcinome de l'utérus. Vous signaler ces opinions et y insister, c'est assez vous dire que nous ne les partageons pas.

Les granulations que l'on observe sur le col de la matrice constituent une affection toute spéciale et propre à cet organe. Il est peu de points de l'économie dans lesquels une disposition tout à fait semblable se présente. Cependant il arrive quelquefois que l'on observe sur la membrane muqueuse du pharynx des granulations absolument semblables et par leur aspect, et par l'opiniâtreté avec laquelle elles résistent aux moyens de traitement, à celles que l'on rencontre le plus souvent sur le museau de tanche. On a cru constater des lésions analogues dans d'autres points; on a trouvé des mamelons assez nombreux sur la face interne de la membrane muqueuse de l'estomac. Mais ces mamelons sont toujours plus gros, et, d'après leur aspect, leur disposition, il y a lieu de croire qu'ils se forment d'une manière aiguë et qu'ils se rattachent à une affection inflammatoire de l'estomac, tandis que sur le col utérin, pour les raisons que nous déduirons plus bas, il est évident qu'elles n'ont pas cette nature inflammatoire. Il survient aussi quelquefois à la surface de la peau de petites élévations qui ont quelque rapport ou qui semblent avoir quelque rapport avec les granulations du pharynx et avec celles du col utérin. Mais cette ressemblance est très imparfaite et n'existe que pour l'aspect extérieur. La texture en est tout à fait différente; ce sont des altérations complétement distinctes.

Causes. — Les causes sous l'influence desquelles se développent les granulations du col de la matrice sont généralement assez obscures, et il est le plus souvent très difficile, sinon impossible, de les déterminer. On a dit que l'abus des plaisirs vénériens, le contact répété du membre viril avec le museau de tanche était une des plus ordinaires. Mais les femmes qui ont abusé du coït ne sont pas plus sujettes à ces granulations que les autres. Celles qui ont eu des enfants les présentent plus fréquemment à la vérité, mais cette fréquence est loin d'être une règle générale et sans exception, car on les constate quelquefois aussi chez celles qui n'ont jamais eu d'enfants. Ainsi tout au plus pourrait-on considérer les grossesses antérieures comme une prédisposition, mais non comme une cause productrice.

Il est une circonstance qui se lie fréquemment à l'existence de ces granulations, c'est l'existence antérieure d'affections chroniques de la peau. Un grand nombre des femmes chez lesquelles on rencontre la maladie qui nous occupe ont été atteintes de ces maladies chroniques de la peau que l'on a confondues sous le nom de *dartres*; aussi ne serait il pas téméraire de penser qu'elles peuvent avoir un lien commun, et que des rapports de cause à effet peuvent exister entre elles. Ce fait a quelque importance; il a été constaté par des médecins qui s'occupent spécialement des affections cutanées. Il résulte de leurs recherches que des affections herpétiques ont souvent précédé dans les deux sexes, chez la femme, le développement des granulations utérines; chez l'homme, celui des granulations du pharynx dont nous avons signalé plus haut l'analogie avec les granulations du col de la matrice. Nous ne reviendrons plus, dans le cours de ces leçons, sur les granulations du pharyx dont nous ferons abstraction. Nous aurons, je le répète, occasion de vous présenter quelques exemples de ces *angines grenues* que nous décrirons plus amplement, et qui nous semble une affection trop négligée par les praticiens modernes.

Symptomatologie.—On constate l'existence des granulations du col utérin de deux manières: par la vue, à l'aide du spéculum, et par le toucher. Puis, il y a des symptômes qui attirent du côté de cet organe l'attention du praticien. Il est évident que l'on n'aurait aucun sujet et aucune idée d'examiner une femme qui ne présenterait de ce côté aucun trouble fonctionnel. C'est à la suite d'un dérangement dans les fonctions de l'organe, à la suite de quelque sensation pénible éprouvée par la malade du côté de l'hypogastre, la région lombaire, le pli de l'aine, etc., c'est à la suite de douleurs plus ou moins vives de ce côté, d'une leucorrhée plus ou moins abondante, d'un dérangement soit en plus, soit en moins dans l'évacuation menstruelle, que le médecin est conduit à explorer les organes génitaux. Le toucher fait reconnaître une consistance un peu plus molle que d'ordinaire des tissus malades, puis, le doigt éprouve une sensation particulière; il constate l'existence d'une surface grenue, comme tomenteuse; mais il ne peut en limiter parfaitement l'étendue, et l'on a besoin, pour s'assurer de ce point, de recourir au spéculum. L'affection ayant commencé par l'orifice utérin lui-même, et ayant gagné de proche en proche, du côté de la circonférence du col, la vue seule peut permettre la délimitation exacte de l'altération pathologique. Le toucher, nous le répétons, instruit tout au plus de l'existence des granulations, mais ne donne aucune idée de l'étendue qu'elles occupent. D'ailleurs, les taches ne sont pas aussi bien circonscrites que les granulations et s'étendent souvent un peu plus loin.

Le spéculum que nous préférons est le spéculum à quatre valves, bien qu'il soit généralement moins employé que celui à deux valves. Celui-ci a l'inconvénient, quand il se développe, de laisser pénétrer entre les deux valves la membrane muqueuse du vagin qui vient en quelque sorte faire hernie et cacher une partie du col. Le spéculum à quatre valves est peut-être moins employé parce qu'il est plus compliqué, qu'il exige plus de soin de propreté, qu'il est plus long à démonter; mais ces inconvénients ne peuvent pas un seul instant être mis en balance avec les avantages qu'il présente, et qui facilitent beaucoup l'exploration.

Une fois le spéculum introduit, il arrive souvent qu'on ne distingue qu'imparfaitement les taches dont nous avons parlé, et cela parce qu'une certaine quantité de mucus recouvre le col et cache les granulations. Il est nécessaire alors de nettoyer le museau de tanche. Quelques médecins emploient dans ce but un bourdonnet de charpie; méthode que nous n'approuvons point. Souvent il reste quelques fils sur le col; et lorsque l'on veut avec une pince enlever ces brins de charpie, on court le risque de pincer la muqueuse et de la faire saigner. Un petit tampon de coton cardé est de beaucoup préférable, en ce sens qu'il ne laisse aucune parcelle de corps étranger sur la surface que l'on veut examiner.

Une recommandation encore que nous croyons devoir faire, c'est de ne pas employer le coton en trop petite quantité, et ceci pour deux raisons; d'abord, on est obligé de le renouveler à chaque instant, et cela prolonge d'autant l'opération, le coton s'imbibant rapidement du sang, du pus ou du mucus que l'on veut enlever; puis, et ceci est plus grave, l'extrémité de la pince n'étant pas suffisamment matelassée, peut toucher et blesser le col de l'utérus, et le faire saigner. Il ne faudrait pas croire qu'il soit toujours facile de débarrasser le col utérin des mucosités qui le recouvrent et qui s'en échappent. Ces mucosités sont visqueuses, filantes, adhérentes, analogues, nous l'avons déjà dit, à du blanc d'œuf, et l'on éprouve quelquefois beaucoup de difficultés à les détacher. On est même, dans certains cas, obligé de le toucher avec le nitrate d'argent pour en opérer la coagulation artificielle, et parvenir à les enlever.

Une fois ces mucosités enlevées, on aperçoit aisément l'étendue de la tache, et le volume des granulations. On obtient des résultats plus positifs en s'aidant de la lumière du jour que lorsque l'on se fait éclairer par une lumière artificielle. La lumière solaire, que l'on peut à volonté faire pénétrer dans le spéculum en plaçant la malade devant une fenêtre, permet de distinguer beaucoup plus facilement la couleur de la tache, et les modifications qu'elle peut présenter.

La grandeur des taches dont nous parlons est très variable. Nous ne les avons jamais vues occuper la totalité du museau de tanche. Le plus ordinairement, elles n'envahissent que la moitié, les trois-quarts tout au plus de cette portion de l'organe. Elles conservent toujours la même disposition, s'étendant du centre, leur point de départ, vers la circonférence. Presque toujours la grande circonférence du museau de tanche présente un anneau fermé, à surface lisse et rosée, sans changement de couleur et de consistance, en dehors des granulations. Quelquefois il arrive que la tache est irrégulièrement circonscrite, arrondie d'un côté, déchiquetée de l'autre, etc.

En même temps que l'on reconnaît par la vue et le toucher cette surface tomenteuse, rouge et grenue, on apprend, en interrogeant les malades, que le plus ordinairement des dérangements sont survenues dans les fonctions menstruelles. Le plus souvent il y a augmentation de la quantité de sang que perdent les malades. Un flux sanguin normal se fait dans l'intervalle qui sépare deux époques. Dans d'autres cas il est tellement abondant qu'il constitue une véritable perte, et qu'il se forme dans le vagin des caillots volumineux. A cela se joignent presque toujours des douleurs plus ou moins sourdes ou violentes dans les parties que nous avons indiquées. Rarement les souffrances sont augmentées par le coït; on le conçoit facilement. La rougeur et les granulations sont rarement accompagnées de douleurs au toucher, il n'y a point non plus augmentation de chaleur; ce qui montre encore plus évidemment jusqu'à quel point les parties malades ont une sensibilité peu exaltée, c'est que presque jamais l'application du caustique n'est douloureuse. Un grand nombre de femmes ne s'aperçoivent pas de la cautérisation, et nous ne croyons pas exagérer en disant que dans les 9|10e des cas il en est ainsi. C'est à peine si quelques-unes éprouvent un sentiment de brûlure, de frisson. Le moment le plus pénible de l'opération, c'est, sans contredit, l'introduction du spéculum.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 décembre. — Présidence de M. Ferrus.

Après la lecture du procès-verbal, *M. Cornac* fait remarquer qu'un oubli a été fait dans le programme des prix. Deux mentions honorables ont été accordées pour le prix de l'Académie, dont une seule a été mentionnee dans le programme.

Cet oubli sera réparé dans le Bulletin.

— *M. Denonvilliers* annonce sa candidature pour la place vacante.

— Un étudiant en médecine, dont nous n'avons pu entendre le nom, écrit à M. le secrétaire annuel qu'ayant eu occasion de disséquer un jeune dauphin échoué sur la plage, il a trouvé des tubercules dans un des poumons de ce cétacé.

— *M. Desportes* demande qu'une commission soit nommée pour s'informer des progrès de l'épizootie qui ravage l'Allemagne et qui, selon quelques renseignements, aurait pénétré en France, à Metz principalement.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer que l'Académie possède des correspondants à Metz, et qu'on pourra leur écrire.

M. Renaud annonce que l'administration a pris toutes les mesures nécessaires, et qu'elle n'a pas encore été informée que l'épizootie ait pénétré en France.

La proposition, mise aux voix, est rejetée.

— *M. le président* tire au sort le nom des membres qui feront partie de la députation chargée d'aller complimenter le roi le 1er janvier. Le sort désigne MM. Amussat, Civiale, Alard, Adelon, Villeneuve, Labarraque, Delens, Gueneau de Mussy, Laugier, Guibourt, Londe, Duméril, Dizé, Martin et Velpeau.

— L'ordre du jour appelle la nomination du président pour l'année 1845.

Le nombre des votants est de 86. Majorité 44.

M. Caventou, vice-président, obtient, 70 suffrages.
M. Roche, 12
M. Bégin, 2
M. Gerdy, 1

En conséquence, M. Caventou est nommé président.

On procède à la nomination du vice-président. Le nombre des votants est le même.

M. Roche obtient 61 voix.
M. Bégin, 15
M. Velpeau, 5
M. Desportes, 2
M. Coltineau, 1

M. Roche est proclamé vice-président.

On passe à la nomination du secrétaire annuel.

Sur 83 votants, M. Dubois (d'Amiens) obtient 67 suffrages, et est proclamé secrétaire annuel.

Puis vient la nomination du trésorier, dont les fonctions quinquennalas expirent cetta année.

Sur 68 votants, M. Mérat, trésorier sortant, obtient 56 voix, et sa trouve réélu.

Enfin, on termine par la nomination de trois membres du conseil d'administration, et MM. Ferrus, Bégin et Cornac, sont successivement élus au scrutin.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 1er *octobre* 1844. — Présidence de M. Belhomme.

A l'occasion du procès-verbal, M. Dubart fait observer que la morelle est sans danger quand ella a subi certaines préparationa avant qu'on ne la mange; mais qu'elle est loin d'être toujours inoffensiva. Il cite l'exemple d'un empoisonnement occasionné par un lavement d'eau de morelle.

M. Deleau n'est pas étonné des doutes émis sur les qualités nuisibles de cette plante. Il rappelle que Bory de St-Vincent regardait si peu les champignons comme vénéneux, qu'il mangeait de tous indistinctement.

M. Félix Legros parle dans le même sens, et rapporte qu'il a vu, en 1814, les Cosaques manger toute espèce de champigoons.

M. Foy. Il n'y a cependant pas d'années où l'on ne cite des empoisonnements causés par les baies de morelle.

— *M. Forget* lit, au nom de M. Vernois, un rapport sur la candidature de M. Morel-Lavallée. Ce rapport se résume ainsi :

Le travail présenté par le candidat, et qui a pour titre : Essai sur les luxations de la clavicule, est une véritable monograpbie de tous les cas connus de luxatiun de cet os, quel que soit le seus dans lequel elles aient été opérées.

A l'exemple de tous ceux qui ont fait faire des progrès aux diverses parties de la médecine ou de la chirurgie, l'auteur s'est attaché à recueillir tous les faits épars relatifs à la luxation de la clavicule. Il en a étudié avec soin les symptômes, les causes, le pronostic et le traitement, et il a certainement rendu service à la science, en apprenant aux chirurgiens à reconnattre des lésions qui, jusqu'ici pouvaient passer inaperçues, ou dont le traitament n'avait pas acquis toute la perfectiun désirable. Ce travail est généralement bien écrit et bien disposé.

Le rapporteur termine en proposant l'admission de M. Morel-Lavallée. Cette admission est mise aux voix et prononcée.

— *M. Toirac* fait un rapport verbal sur deux modèles en plâtre adressés par M. Eugène Picard, dentiste. Ces plâtres représentent la bouche d'une jeune fille chez laquelle la canine supérieure n'avait pas trouvé assez da placa pour se loger sur l'arcade dentaire, et montrent l'état da la mâchoire avant et après le traitement de cette déviation. En effet, M. Picard, au moyen d'appareils connus, a réussi à pousser suffisamment les dents voisines en avant pour que la dent en question vînt se ranger dans le cercle alvéolaire. Mais de cette opération, qui a répondu aux intentions de l'auteur, sous le rapport de l'élargissement, il est résulté une difformité réelle, c'est-à-dire que les dents, poussées démesurément en avant, ont produit une courbe disgracieuse à la vue, M. Toirac pense qu'il serait plus convenable, en pareil cas, de faire le sacrifice d'une petite molaire, et d'employer simplement le plan incliné de Canalan, pour arriver à régulariser la denture d'une manière satisfaisante.

— *M. Toirac* communique ensuite une observation de nécrose d'une grande portion de la branche gauche du maxillaire inférieur, y compris l'apophyse coronoïde, sans qu'il en soit résulté plus tard de difformité du visage. Voici cette observation :

« En décembre 1832, un enfant de six ans, Henri Lancel, de Lille, reçut à la figure, en jouant dans la rue, un coup qui le jeta violemment contre la muraille, et dont il ne parla point à ses parents. Peu de temps après, la joue gauche se fluxionna, ce que le médecin, après un léger examen, crut pouvoir attribuer à quelques dents gâtées. Le mal persistant, des cataplasmes et des sangsues furent appliqués, et la maladie s'amenda sans pourtant disparaître entièrement. Mais bientôt elle prit un caractère plus sérieux : des abcès répétés se montrèrent le long de la mâchoire; le pus qui s'en écoulait était abondant et fétide; les ganglions voisins se tuméfièrent et devinrent douloureux; la santé du petit malade s'altéra visiblement; son appétit avait diminué; les digestions pourtant étaient restées bonnes; sa peau, fraîche auparavant, devint terreuse. Alors la maladie fut jugée de nature scrofuleuse. L'enfant devenant de plus en plus morose, le pèra que ses affaires obligeaient à voyager, l'emmena dans une de ses excursions, afin de lui donner quelque distraction, et de le faire changer d'air, ainsi qu'on le lui avait conseillé. L'odeur qu'exhalait l'enfant était devenue tellement infecte, que la route dut se faire dans une voiture à part. A Metz, il fut présenté à MM. Willaume et Scoutetten, qui proposèrent l'ablation d'une portion du maxillaire. Le père s'y refusa, et ramena son fils à Lille. Plus tard il le conduisit à Paris, et le fit voir à M. J. Cloquet qui me l'adressa le 15 juin 1833, c'est-à-dire six mois après l'accident. Je trouvai le côté gauche de la face énormément tuméfié et dur. La bouche ouverte laissait apercevoir quelques dents de lait branlantes, entourées de chairs fongueuses, nageant dans un pus ichoreux et exhalant l'odeur propra à l'altération dea os. Plusieurs points fistuleux lui donnaient issue. La sonde faisait constater que l'os maxillaire était dénudé depuis la canina jusqu'à l'apophyse coronoïda inclusivement, laquelle forme, comme on sait, un angle très obtus avec le corps de l'os, à l'âge qu'avait alors le sujet.

» Il était facile do reconnaître une nécrose, et il n'y avait plus alors qu'à faciliter la sortie du séquestre. Avant tout, je me hâtai d'enlever les dents vacillantes, et, par plusieurs incisions, je réunis toutes les fistules. Le lendemain déjà, une grande portion de l'os était à découvert. Un collutoire d'eau miellée et chlorurée fut ordonné pour tous soins. A partir de ce moment, le séquestre se découvrit de plus en plus, et ce n'est que lorsqu'il fut bien isolé, qu'à l'aide de tractions ménagées, je me déterminai à l'enlever : il était en deux portions; l'une comprenait toute la branche du maxillaire, depuis la canine jusqu'à l'apophyse coronoïde; ce fut par elle que je commençai. Quelques jours après, j'enlevai l'autre formée par l'apophyse elle même. Tous les accidents ayant bientôt cessé, l'enfant repartit pour Lille. Aujourd'hui, après douze ans, il est devenu un beau jeune homme dont la figure ne porte aucune trace de déformation. La mastication est parfaitement régulière, et les deux côtés de la face n'offrent à l'œil rien de dissemblable.

» C'est ici le lieu de faire remarquer combien il est essentiel, dans des cas analogues, de ne pas recourir légèrement à une opération qui tendrait à séparer par l'instrument tranchant la partie malade, ou même de ne pas tenter trop tôt, par des tractions intempestives et douloureuses, la séparation da l'os mortifié. Mieux est donc de savoir attendre qua le travail éliminatoira de la nature soit arrivé à son degré de maturité; car il ne faut pas oublier que, pendant qu'un os se nécrose, le périoste devient le siége de phénomènes particuliers qui le font passer d'abord à un état d'épaississement comme lardacé, puis fibreux, fibro-cartilagineux, et enfin osseux. D'où il suit que les muscles ne perdent pas leurs attaches. C'est ce qui est arrivé ici, et ce qui explique l'absence de la difformité à laquelle on devait naturellement s'attendre. Au reste, les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser. Il y a des exemples d'individus qui ont perdu tout le maxillaire, et qui exécutent des mouvements de mastication assez complets. »

M. Toirac met sous les yeux de la Société les deux portions d'os perdues par le jeune homme dont il vient de rapporter l'histoire.

— *M. Szokalski* présente des bougies dont il se sert pour les maladies chroniques du canal nasal. Elles sont composées d'une substance médicamenteuse variable au gré du médecin, et qu'enveloppe un mélange gélatineux soluble dans le mucus. Introduites dans le canal nasal, la matière gélatineuse s'y dissout et laisse le médicament en contact immédiat avec les tissus affectés. Depuis trois mois, M. Szokalski a traité deux personnes atteintes de tumeurs lacrymales, à l'aide de bougies à base de tanin et d'opium, et il a obtenu, dans l'espace de trente jours, une guérison qui ne s'est pas encore démentie.

M. Blatin décrit des appareils analogues dont il fait usage pour d'autres organes. Pour faciliter, dit-il, l'introduction dans le vagin, le rectum, l'urètre, etc., de certains corps peu glissants et volumineux, je les recouvre d'une capsule très mince et soluble, composée de gélatine, de gomme et de miel. La forme conique de ces enveloppes, leur surface très polie qu'on rend glissante en les humectant, leurs dimensiona variables au gré du médecin, leur permettent de pénétrer avec la plus grande facilité, même à travers des ouvertures étroites. Avec cet adjuvant, je prescris dans certains cas de leucorrhée, de prolapsus utérin, de cysto ou rectocèle vaginale, l'introduction tantôt d'un tampon de coton cardé, tantôt d'un sachet rempli de poudres de tan, de fleurs de roses ou d'autres astringents soit pulvérisés, soit en consistance de pâta. Cinq à dix minutes suffisent pour la dissolution de la capsule dont on coiffe extemporanément l'extrémité supérieure du sac ou le topique qui se trouvent ensuite en contact avec les surfaces qu'on veut médicamenter. Dans quelques cas spéciaux pour le vagin, le glissement produit par la fonte de la capsule oblige la femma à se garnir de linges pour que le tampon reste en place, si elle ne conserve pas pendant quelques heures la position horizontale. Je donne ce moyen comme le plus simple, le moins dispendieux et le plus commode que je connaisse.

Le Secrétaire-Général, Edouard Louis.

NOUVELLES.

— Quelques omissions ayant été faites dans la liste des internes, publiée dans le dernier numéro, nous la reproduisona aujourd'hui :

Internes. — Duclos, Vauthier, Lailler, Henrot, Boussi, Monnot, Macquet, Bernard, Robert, Rozée, Goblet, Boyer, Morvan (Augustin), Pagès, Casteix, Dagincourt, Debauvais, Lebled, Fano, Chapella, Lunnier, Fricault, Hervieux, Legrand, Lamaëstre, Guérineau, Niobey, Mouchot, Morel, Borand, Bleu, Faure, Causit, Chapsal, Laffiley, Pons, Broca, Allamant.

Internes provisoires. — Vignès, Moulin, Aubert, Boutin, Molni, Escalier, Ozanam, Gogué, Paléologue, Lamarre, Brière, Halgrin, Noutfert, Labat, Morvan (Charles), Ravel, Beclère, Faton, Boutellier, Coutée.

— Voici quelques extraits du discours prononcé par M. de Rambuteau, devant l'assemblée des notables commerçants de la ville de Paris :

« L'administration des hospices a commencé ou terminé cette année diverses améliorations...

» On s'occupe d'améliorer sans cesse le service si digne d'intérêt des malheureux aliénés, et sous ca rapport l'institution de la ferme Ste-Anne, qui permet d'en soumettre environ 400 à un travail modéré, est d'un grand secours. On a disposé, comme pour les vieillards, des réfectoires en commun, et la construction d'un nouveau quartier de sûreté, depuis si longtemps réclamé, est presque terminée.

» Enfin, grâce à la sollicitude éclairée du conseil municipal, le projet d'hôpital dans le quartier Poissonnière, dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir, est au moment d'être réalisé; les plans et les devis sont achevés, et nous avons l'espoir de commencer en 1845 cette belle et utile construction.

» Les dépenses dea hospices de Paris s'élèvent aujourd'hui, par année, à plus de 14 millions, et ces dépenses, comme celles nécessitées par la police et par un grand nombre d'autres services, ne peuvent aller qu'en augmentant. C'est une suite nécessaire du développement de Paris, de l'accroissement de la population, de la facilité avec laquelle les chemins de fer y amèneront de plus en plus les habitants des départements de tous les points de la France. Si les avantages da cette position centrale sont immenses, on peut dire que les charges qui en sont la conséquence ne le sont pas moins. »

— La dernière séance de l'Académie des sciences n'a rien offert de relatif aux sciences médicales.

M. Faraday a été élu membre associé étranger en remplacement de Dalton, décédé.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 31 DÉCEMBRE 1844. (17e ANNÉE.) N°. 152. TOME VI. — 2e SÉRIE

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureaux, rue Dauphine, 22-24.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., id. 10 fr.; id. 20 fr.; id. 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne

Les ateliers étant fermés le 1er janvier, le journal ne paraîtra pas jeudi prochain.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Fistule vésico-vaginale. Abstention de toute opération. Motifs qui doivent faire considérer ces fistules comme incurables.

Une femme couchée au n° 21 de la salle Saint-Paul est entrée dans le service pour se faire traiter d'une fistule vésico-vaginale, pour laquelle elle a déjà subi plusieurs tentatives de traitement sans succès. M. Blandin s'est refusé à tenter une nouvelle opération. Les motifs de son refus ont servi de texte à une leçon clinique qu'il ne sera pas sans quelque intérêt de reproduire.

Cette femme perd constamment ses urines par le vagin. En examinant ce canal, on reconnaît à sa paroi gauche et un peu supérieure l'existence d'une ouverture placée immédiatement au-dessous du col de l'urètre, lequel est un peu descendu dans le vagin. Le diagnostic d'une fistule vésico-vaginale ne saurait être un instant douteux. C'est bien, en effet, une fistule vésico-vaginale et non une fistule urétro-vaginale; car si c'était l'urètre qui communiquât avec le vagin par la solution de continuité en question, l'urine, au lieu de s'échapper continuellement et goutte à goutte, comme cela a lieu ici, ne serait rendue que par les efforts volontaires d'expulsion. Nous devons nous hâter de dire cependant qu'il y a des cas de fistule dans lesquels l'urine s'écoule continuellement, bien que ce ne soient, à vrai dire, ni des fistules vésico-vaginales, ni des fistules urétro-vaginales. Je m'explique; les fistules auxquelles je fais allusion sont celles qui siégent au col de la vessie. Il y a donc, en réalité, trois sortes de fistules vaginales qu'il est utile de distinguer pour le pronostic: les vésico-vaginales, qui sont de toutes les plus graves; les urétro-vaginales, beaucoup moins graves incomparablement que les autres, et les seules que l'on puisse espérer de guérir; enfin, une troisième espèce que nous appellerons fistules vésico-urétro-vaginales, ou fistules du col vésical. Nous reviendrons tout à l'heure sur l'importance pratique de cette distinction, et sur les circonstances qui s'y rattachent.

La fistule dont cette femme est affectée a été le résultat d'un accouchement laborieux. L'enfant avait une tête volumineuse qui a séjourné longtemps au passage; de là une contusion et une eschare, dont la chute a été suivie de la persistance d'une plaie béante faisant communiquer la vessie avec le vagin. C'est là la cause la plus ordinaire et le mécanisme habituel de la formation de ces sortes de fistules. La malade ne s'en est pas aperçue dans le principe. Ce n'a été qu'au bout de cinq à six jours seulement qu'elle a reconnu l'infirmité dont elle était atteinte. Cela se conçoit, et les choses se passent le plus ordinairement ainsi. En effet, de deux choses l'une: ou l'urine s'écoule par la fistule dès le moment de l'accident, mais elle s'écoule alors avec les lochies, de sorte que la malade ne peut s'en apercevoir; ou bien, il se forme une eschare qui ne tombe qu'au bout de plusieurs jours. Dans tous les cas, il se passe toujours un temps plus ou moins long avant que les femmes reconnaissent et accusent leur infirmité.

Le diagnostic et l'étiologie n'offrent, comme on le voit ici, rien d'insolite, rien qui ne soit parfaitement clair et naturel.

Quant au pronostic, c'est, dit M. Blandin, une question qui nous paraît complétement résolue par rapport aux fistules vésico-vaginales proprement dites. Ces fistules sont incurables, et c'est pour cela qu'il importe de maintenir la distinction que nous venons d'établir, et de bien reconnaître, avant de se prononcer sur le pronostic, les fistules en question d'avec les fistules urétro-vaginales ou les vésico-urétro-vaginales, dont la curabilité n'est pas contestée.

Cette femme a, en effet, subi plusieurs traitements sans aucun succès. On a tenté d'abord le rafraîchissement des bords de la plaie par l'excision, puis l'avivement de ces mêmes bords par le nitrate d'argent, par le fer rouge, enfin la sonde érigne de M. Lallemand, le tout sans qu'elle en ait retiré le moindre avantage. La fistule a toujours persisté avec tous les inconvénients qui lui sont inhérents.

Cette femme est entrée dans notre service dans l'intention de réclamer nos soins, toute disposée à subir de nouvelles tentatives, tant est grand chez elle le désir d'être débarrassée de cette infirmité. Nous n'avons pas accédé à sa demande, et nous ne devions pas le faire, dans la conviction où nous sommes que son mal est incurable. Je crois avoir déjà émis dans plusieurs circonstances les preuves de l'incurabilité de ces sortes de fistules. Ces fistules, en effet, siégent sur cette portion triangulaire du bas-fond de la vessie, comprise entre le col et les orifices des uretères, et que l'on appelle, à cause de cette disposition, trigone vésical. Or, qu'arrive-t-il, du moment où une solution de continuité comprenant toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale fait communiquer un des points quelconques de ce trigone avec le vagin? Cela serait facile à prévoir, et l'expérience vient malheureusement trop souvent confirmer une aussi simple théorie.

L'urine trouvant une issue nouvelle dans la portion la plus déclive de la vessie, issue par laquelle elle s'échappe par son propre poids, sans qu'il soit besoin du moindre effort, de la moindre contraction de la vessie; l'urine, disons-nous, s'écoule incessamment goutte à goutte par cette voie, au fur et à mesure qu'elle arrive des orifices des uretères dans la vessie. Il arrive plus tard que la vessie n'étant plus distendue par l'urine qui cesse de s'y accumuler, revient peu à peu sur elle-même; elle s'atrophie en quelque sorte au point, que sa capacité se réduit à presque rien. Dans cet état la fistule se rétrécit elle-même; circonstance dont se sont autorisés quelques chirurgiens pour soutenir la curabilité de ces fistules; mais tout en se rétrécissant, elle n'en reste pas moins toujours béante, et à quelque petite dimension qu'elle se réduise, elle n'en est pas moins réfractaire à tous les moyens qu'on cherche à lui opposer. Enfin l'urine, à raison même de la réduction du diamètre de la vessie, finit par passer directement de l'uretère dans la fistule, sans séjourner même dans ce réservoir.

Qu'arrive-t-il lorsque, dans de pareilles conditions, on tente d'aviver les bords de la fistule, et de les affronter en vue d'en obtenir la cicatrisation? Nous avons vu, par la disposition des parties, que pour peu que la fistule soit étendue, l'un des uretères ou même les deux se trouvent compris dans la déchirure. Or, on conçoit aisément ce qui doit résulter d'une pareille disposition. De deux choses l'une, ou la réunion n'aura pas lieu, elle sera empêchée par le contact incessant de l'urine avec les lèvres avivées de la plaie, ou si la réunion a lieu, elle ne se fera qu'à la condition de l'oblitération de l'un ou des deux orifices des uretères.

Dira-t-on qu'à défaut d'une réunion immédiate on peut espérer une réunion par seconde intention? Pas davantage. La réunion par seconde intention n'est pas possible; et fût-elle possible, d'ailleurs, qu'en résulterait-il? Toujours la même alternative que dans la supposition précédente, ou l'inflammation du tissu de la cicatrice par le contact de l'urine, sa déchirure et le retour de tous les accidents, ou l'oblitération des uretères, c'est-à-dire une maladie infiniment plus grave et plus promptement mortelle que celle à laquelle on se proposait de remédier. L'anatomie pathologique et l'expérience ont démontré qu'il en était effectivement ainsi, et le raisonnement prouve aussi qu'il n'en peut être autrement. Les dispositions du trigone vésical sur lequel siégent ces sortes de fistules rendent inévitable la lésion de l'un des uretères ou de ces deux conduits à la fois, et par suite la guérison impossible. Cependant, nous devons faire quelques restrictions à l'égard d'un procédé qui a réussi, nous voulons parler de la cystoplastie exécutée par M. Jobert (de Lamballe). Ce procédé consiste à tailler un lambeau de peau sur la cuisse ou la fesse, à l'affronter avec les bords avivés de la fistule au moyen de la suture. Ce moyen a eu un succès complet, particulièrement dans un cas où j'ai pu constater moi-même la persistance de la guérison longtemps après l'opération. Pour me convaincre qu'il ne subsistait pas la moindre communication entre la vessie et le

FEUILLETON.

CAUSERIES HEBDOMADAIRES.

Bonne année. — Budget de celle qui finit. — Petite statistique des médecins de Paris. — Mes étrennes. — Le docteur Procope. — Une de ses fables. — Boîte aux lettres.

Une année qui finit, une année qui commence, que de déceptions d'un côté, que d'espérances de l'autre! Et qui de nous, dans notre vie publique ou privée, a vu se réaliser tous les désirs qu'à pareille époque nous formions l'an passé? Triste mais charmante condition de l'homme, d'avoir toujours dans l'esprit un désir, dans le cœur une espérance, l'espérance, fleur discrète qui ne s'épanouit jamais, comme a dit un poète. Que tous vos désirs soient satisfaits, vous dira-t-on demain avec toutes les nuances de la sincérité; je me garderai bien, chers confrères, de faire pour vous un vœu semblable. Vivre sans désirs, c'est être mort. Il nous faut à tous, dans les plus hautes comme dans les plus infimes régions, l'aiguillon incessant du désir, l'hameçon toujours chargé de l'espérance pour nous soutenir dans les amertumes et les mécomptes de la vie. Ce qu'il faut souhaiter à ceux qu'on aime, et ce que par conséquent je vous souhaite de bon cœur, c'est des désirs modérés, une ambition légitime, mais contenue dans certaines limites, car c'est là, croyez-moi, la condition indispensable pour que vous arriviez à la somme de bonheur qui vous est répartie. L'ambition jalouse, inquiète, exagérée est le foyer où viennent s'allumer toutes les mauvaises passions, le creuset où viennent se fondre et se volatiliser tous les penchants nobles et généreux, l'officine où se forment toutes les erreurs de conduite, les déceptions cruelles, les catastrophes imprévues. — Pardonnez-moi ces quelques lignes presque sermonneuses, et n'y voyez que l'intention sincère de coopérer pour ma petite part à ce que vous désirez d'heureux et d'agréable. On a dit avec esprit et délicatesse qu'un livre est une lettre adressée aux amis inconnus qu'on a dans le monde. Pourquoi ne le dirais-je pas aussi du feuilleton? Car j'aime mieux croire, c'est plus doux, que depuis bientôt trois ans que le feuilleton de ce journal fait passer sous nos yeux le monde médical avec ses travers et ses belles qualités, ses erreurs et ses bonnes actions, ses ridicules et ses vertus, il s'est attiré plus de bienveillance et d'affection que d'inimitiés et de rancunes. Illusion peut être, mais, je vous en prie, ne la dissipez pas. A vous donc, amis connus et inconnus, prospérité, succès, gaieté, santé surtout, et ici je pense à toi, mon meilleur ami, à qui une névralgie douloureuse fait sentir tout le prix de ce bien inestimable dont la perte momentanée n'a pu briser ni ta résignation, ni ton courage. Conserve-les quelque temps encore, ces rares et précieuses facultés; car le printemps et ses brises parfumées, un air plus pur, un voyage et une vie moins dévorante, moins névro-sthénique que la vie de Paris, dissiperont à coup sûr tes souffrances.

Après tout, ne soyons pas ingrats envers l'année qui finit, et ne nous hâtons pas de tourner nos hommages vers le soleil levant. L'année 1844 voit mourir l'impôt désobligeant de la patente, contre lequel nos récriminations ont été si vives et si longues. L'interdiction des brevets pour les remèdes secrets est encore un bienfait que nous devons à l'année qui expire. Voyez si, depuis 1830 seulement, chaque année avait apporté un tel contingent d'améliorations, voyez que notre réforme serait bien avancée. Mais pour cette année, je ne vois rien sur le tapis; car ce serait une grande niaiserie de compter encore sur la loi promise; fantastique mirage qui s'éloigne à mesure que nous avançons.

J'ai là sous les yeux un petit volume qui se présente sans prétention aucune, ni scientifique, ni littéraire, et dans lequel on peut néanmoins puiser plus d'un enseignement utile: c'est l'*Almanach général de Médecine pour la ville de Paris*, que vient de publier M. Domange pour l'année 1845. Je suis bien sûr que plus d'un praticien rural envie le sort de son confrère de Paris, qu'il croit en possession d'une clientèle nombreuse et brillante. Détrompez-vous, mon cher campagnard; où que vous soyez placé, vous voyez assurément plus de malades que la moitié de vos confrères de Paris. Il n'en peut être autrement. Il y a superfétation, hypertrophie de médecins dans cette immense ville. En voulez-vous savoir le nombre? Voici celui que donne M. Domange, qui me paraît le mieux renseigné à cet égard:

Docteurs en médecine,	1430
Officiers de santé,	168
Total,	1598

Cela ne fait pas 500 habitants par médecin. Or, en supposant une répartition égale, voyez combien de malades on peut attendre sur 500 habitants, et dites si la profession médicale, à Paris, peut être appelée une profession *libérale*. Mais qui ne sait que cette égale répartition est la plus complète des chimères? Qui ne comprend que pour arriver à connaître 500 personnes dans ce désert peuplé, ou à être connu, apprécié, estimé d'elles, c'est une immense affaire, un travail où s'useront les années, la vie peut être?

Du reste, on dirait que l'attraction des médecins vers la capitale, a un peu perdu de sa puissance. De 1843 à 1845, l'augmentation n'a été que de sept docteurs en médecine, tandis que de 1833 à 1843, c'est-à-dire en dix ans, elle avait été de 333, soit un peu plus de 30 par an. Quoi qu'il en soit, cette augmentation s'est élevée de 1833 à 1845, au chiffre énorme de 340 pour les docteurs seulement. Si dans les trois dernières années il semble y avoir un point d'arrêt, rien ne nous prouve que les années suivantes ne reproduisent la progression ascendante.

Voici de petits détails qui ne sont pas sans intérêt.

On comprend que sur les 1,430 médecins qui habitent la capitale, le plus grand nombre est sorti de la Faculté de Paris; elle y est, en effet, représentée par le chiffre de 1323; la Faculté de Montpellier n'y compte que 50 de ses représentants; celle de Strasbourg que 31, et 26 médecins reçus dans des universités étrangères, exercent à Paris en vertu d'ordonnances royales.

Quinze de nos confrères ont été reçus docteurs en chirurgie, et huit docteurs en médecine et en chirurgie.

Voulez-vous connaître le dénombrement des médecins spécialistes proprement dits, M. Domange vous dira que

10 docteurs-médecins se livrent exclusivement à l'art du dentiste,
14 au traitement des maladies des yeux,
8 aux maladies des voies urinaires,
6 à l'orthopédie,
15 aux maladies mentales.

Vous verrez encore dans son *Almanach* que Paris possède 16 médecins homœopathes et 4 magnétistes.

Etes-vous désireux de savoir combien de nos confrères sont décorés de la Légion d'Honneur, M. Domange vous répondra qu'il y en a 320, dont 4 commandeurs, 50 officiers et 266 légionnaires.

Enfin, voulez-vous connaître le budget annuel de la mort sur le corps médical de Paris; eh bien! l'auteur de l'*Almanach* vous répondra que depuis dix ans, la moyenne annuelle a varié de 18 à 20, ce qui fait 1 et moins d'un 1/2 par cent.

Vous trouverez encore dans ce petit ouvrage une foule d'autres renseignements utiles, dont je pourrai faire usage au besoin.

— Cependant j'aurais voulu, pour clore cette année, vous donner des étrennes mignonnes. J'ai dit au *Phocéen*, dont la muse doit vous paraître depuis bien longtemps silencieuse: Venez un peu en aide au feuilleton, et laissez-moi détacher quelque fragment d'un poème encore inachevé, qui doit présenter votre talent sous une face nouvelle. Le *Phocéen* m'a répondu que j'étais quelque peu indiscret de divulguer ainsi les secrets de sa muse; que l'*Art de guérir* — c'est le nom du poëme — ne verrait pas le jour avant l'année prochaine, et que pourtant il m'en livrerait un morceau à mon choix. On le trouvera dans le prochain numéro.

Me souvenant alors de cet ancien adage: Il n'y a de nouveau que ce qui est oublié; je me suis mis à exhumer les morts, et dans cette besogne, j'ai rencontré un médecin du dernier siècle dont vous con-

vagin, je fis, de concert avec M. Jobert et en présence de plusieurs assistants, des injections par le canal de l'urètre avec un liquide coloré; il n'en suinta pas une seule goutte par le vagin. La guérison était donc bien manifeste et complète dans ce cas; mais nous le croyons jusqu'à présent exceptionnel ou à peu près exceptionnel. Plusieurs chirurgiens ont voulu tenter depuis, ce procédé; ils n'ont pas réussi. Je l'ai essayé moi-même il y a environ deux ans, je n'ai pas été plus heureux. Il y a, je crois, une raison qui peut expliquer le succès dans le cas de M. Jobert, c'est que le lambeau, au lieu de s'appliquer à toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, n'avait adhéré qu'au plancher inférieur de cette paroi. C'est à la circonstance de cette adhésion incomplète que nous attribuons l'heureux résultat de cette opération; car si l'adhésion eût été complète, c'est-à-dire qu'elle eût eu lieu dans toute l'épaisseur de la paroi, nul doute qu'il n'en fût résulté l'oblitération des urétères, et les accidents qui en sont la conséquence inévitable.

Un autre procédé a été proposé et exécuté depuis par M. Vidal (de Cassis). Ce procédé consiste à tenter l'oblitération de l'ouverture vulvaire du vagin, afin de transformer ce conduit en une cavité dans laquelle les urines pussent être conservées, pour être expulsées ensuite par le canal de l'urètre. M. Vidal, en imaginant ce procédé, s'était fondé sur l'espérance de voir la paroi supérieure du vagin représenter le bas-fond de la vessie. A l'époque où ce procédé fut mis à exécution, les objections ne manquèrent pas, comme on le pense bien. Nous ne sachons pas qu'il ait été mis de nouveau en pratique depuis, et nous doutons qu'il ait jamais des chances sérieuses de succès.

En résumé, bien qu'on ait pu réussir dans quelques cas à oblitérer des fistules vésico-vaginales, ce n'a été et ce n'a pu être que dans des circonstances trop exceptionnelles pour qu'on puisse se considérer comme autorisé par ces exemples à répéter ces tentatives et à poser en principe l'utilité de l'opération. Nous croyons, au contraire, qu'un principe tout opposé doit être professé, que les fistules véritablement vésico-vaginales, c'est-à-dire celles qui siégent dans un des points du trigone vésical, sont et doivent être considérées comme incurables, et qu'il vaut mieux s'abstenir dans ce cas, que de courir les chances d'une tentative presque à coup sûr infructueuse.

— Nous nous permettrons d'ajouter un mot à ce qui précède, non pour réfuter les opinions du professeur, nous n'avons pas cette prétention; mais pour soumettre à son appréciation et à celle de nos lecteurs un procédé qui n'a pas pour lui encore la sanction de l'expérience, mais en faveur duquel on peut invoquer l'analogie et les principes de la médecine opératoire des fistules. Voici en quels termes M. Fabre propose ce procédé, dans l'article *Fistules vaginales* de la BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN : « Les praticiens, après avoir » vu échouer à peu près tous les moyens que nous venons de » faire connaître, retourneront sans doute comme nous aux » principes et se demanderont, comme nous, si, en soumettant ces fistules aux règles de médecine opératoire qui nous » dirigent dans les procédés par incision de la fistule anale, » on n'obtiendrait pas enfin des résultats meilleurs que ceux » qui nous sont offerts tous les jours. Ainsi, selon nous, on » pourrait inciser le pont qui existe entre la perforation du » bas-fond de la vessie et le méat urinaire, et diriger la cicatrisation d'arrière en avant, comme l'avait proposé Dupuytren pour réunir les divisions du voile du palais. Ainsi on » ferait ici l'opération comme celle de la fistule à l'anus; et » comme ici on coupe le sphincter anal, dans les cas de fis- » tule vésico-vaginale on couperait le sphincter de la vessie; » seulement le pansement diffère : on comprend de suite que » le procédé que nous proposons serait surtout applicable » dans les cas de fistules longitudinales, c'est-à-dire selon la » direction de l'axe de l'urètre. » (Tome Ier, page 186.)

Or, ne serait-ce pas le cas, chez une femme jeune encore, chez laquelle les méthodes en usage ont échoué, qui a le plus vif désir de guérir et qui s'offre bénévolement à de nouvelles tentatives, d'essayer une méthode que l'analogie indique et dont les chances, après tout, ne seraient pas, suivant toute apparence, plus fâcheuses que celles des autres méthodes? — L'objection la plus sérieuse qu'oppose M. Blandin à tous les procédés mis jusqu'à ce jour en pratique, subsisterait sans doute à l'égard de celle-ci; mais l'accident qu'il paraît le plus redouter, l'oblitération des orifices des uretères, ne s'est pas présenté encore, que nous sachions, dans le petit nombre de guérisons obtenues et confirmées, et dans les cas plus nombreux où il n'y a eu que guérison temporaire.

Tout en reconnaissant qu'en principe il n'est pas moins utile pour les vrais progrès de l'art, de chercher à déterminer d'une manière précise les cas où l'on doit s'abstenir et où il convient de poser des limites aux tentatives hasardeuses de la chirurgie que de travailler à en reculer incessamment les bornes par la recherche d'indications nouvelles et de méthodes propres à les remplir, nous croyons cependant que dans le cas dont il s'agit, on pensera, comme nous, que la proscription à laquelle M. Blandin condamne toute tentative nouvelle d'opération, n'est peut-être pas le dernier mot de la science.

B.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Résumé du service pendant le deuxième semestre de 1843.

(Suite du no 149.)

Maladies du cœur.

Douze malades affectés de maladies organiques du cœur ont traversé le service. Trois seulement ont succombé; les autres allaient mieux au moment de leur sortie, mais leur soulagement était momentané, bien entendu : *hæret latere lethalis arundo.* L'un d'eux est venu jusqu'à trois fois dans la durée du semestre. Sur le total des douze, il y a une femme. Même en tenant compte du plus grand nombre de lits dans la salle des hommes, quarante-neuf et vingt-un, la proportion entre les deux sexes est encore peu conforme aux résultats ordinaires. Cette proportion diffère surtout de celle du précédent semestre, durant lequel, avec un total égal, 12, il y avait eu sept femmes et cinq hommes. Aussi, faut-il voir en ceci une simple exception, incapable d'ailleurs d'infirmer la règle ordinaire de fréquence plus grande des affections cardiaques chez la femme.

La lésion valvulaire la plus fréquente a été, ainsi que dans la première moitié de l'année, la lésion de l'orifice ventriculo-aortique. Je compte également trois cas d'hypertrophie simple, avec intégrité parfaite des divers orifices. Aucun fait spécial ne mérite d'ailleurs aucune mention particulière, si ce n'est un cas de pneumo-thorax qui a existé simultanément avec la lésion organique du cœur, cause immédiate de la mort.

Je serai également fort court sur le traitement, néanmoins palliatif, qui a dû être employé. Saignées, digitale, opiacés, ou ces deux moyens réunis, par exemple, en une potion composée avec les teintures de Rousseau et de digitale; les révulsifs aux extrémités, les révulsifs sur le canal intestinal, les diurétiques. Un mot cependant sur l'emploi de la saignée. C'est, sans contredit, un moyen excellent, et qui, immédiatement soulage beaucoup les malades. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que cette déplétion sanguine, immédiatement utile, a plus tard un résultat opposé. Voilà pourquoi elle a été employée avec une grande réserve alors seulement que l'oppression étant extrême, il était urgent de soulager au plus tôt et coûte que coûte.

Rhumatisme articulaire.

Dans le relevé des malades affectés de rhumatisme, je ne compte pas quelques individus souffrant de névralgie sciatique, d'angine rhumatismale; cependant je parle uniquement de ceux qui ont été atteints de douleurs articulaires, et c'est pourquoi j'ai préféré intituler mon chapitre : Rhumatisme articulaire. Après cette première explication, j'établis encore la distinction des rhumatismes aigus et des rhumatismes anciens ou chroniques. En tout, 16 rhumatismes, 3 femmes et 13 hommes, 8 de moins que précédemment. 11 ont présenté la forme aiguë, 5 la forme chronique.

Je donne une simple mention à la loi de coïncidence signalée par M. Bouillaud, entre les affections articulaires et cardiaques; loi que nos observations ont permis de constater et de vérifier. Ce fait est aujourd'hui trop bien acquis à la science pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Une des observations me semble digne de remarque, et je ne puis résister au désir de l'exposer très sommairement. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, qui a présenté les plus évidents symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu et généralisé. Il a été traité par l'opium, je puis dire exclusivement, et guéri complétement en quatorze jours. Ce traitement devait convenir d'autant mieux dans ce cas particulier, que le malade, à en juger par son apparence chétive, et aussi par les suites de la maladie, eût mal supporté les émissions sanguines. Toutefois, ayant accusé des palpitations fort pénibles, et l'oreille percevant au cœur un bruit de souffle enveloppant les deux temps, vingt sangsues furent appliquées sur la région précordiale. Or, la maladie rhumatismale était entièrement dissipée après quatre jours de ce traitement, dont l'efficacité peut bien être rapportée exclusivement à l'opium. La guérison ne s'est point démentie, ainsi qu'il a été aisé de s'en convaincre, le malade ayant séjourné cinquante et un jours à l'hôpital. Après le quatorzième jour, libre de toute douleur articulaire, il était dans un état inimaginable d'anémie. Le souffle persistait au cœur, et les forces sont revenues fort lentement, par le bénéfice d'une médication énergiquement fortifiante : les toniques et les ferrugineux, quinquina, vin de Bagnols, fer, alimentation substantielle autant que possible, exercice convenable. Il y a eu sans doute lieu à traiter successivement un rhumatisme et une chlorose, et le souffle perçu au cœur pouvait tenir à cette double origine.

Le traitement a consisté principalement, dans la forme aiguë, en émissions sanguines d'abord, suivies ensuite de l'administration des opiacés. La durée de la maladie a été de neuf à trente-cinq jours, avec une moyenne de vingt jours. Il faudrait peut-être s'étonner de ce résultat définitif, si l'on s'en rapportait trop à certaines affirmations, car les malades dont je parle ont été généralement traités avec énergie par les émissions sanguines. Pourquoi donc alors la maladie n'a-t-elle pas été jugulée? Malheureusement nos observations prouvent singulièrement contre la prétendue possibilité de juguler le rhumatisme. Elles rendent, au contraire, très vraisemblable cette pensée, que le rhumatisme a nécessairement, quoi qu'on fasse, une durée qui ne saurait être moindre de quinze à vingt jours, et rarement aussi courte. A s'en tenir au résultat pre-

---

naissez le nom, sans doute, mais bien peu d'entre vous les ouvrages, j'ose l'affirmer.

Il s'appelait Procope, et c'était bien le plus charmant épicurien de son époque, qui en comptait tant d'autres. Quand je dis charmant, entendez-le, s'il vous plaît, de son esprit; car le docteur Procope était bossu, petit et d'une figure peu agréable. Et cependant, ô bizarrerie féminine! ce fut par les femmes et par leur chaude protection que le petit bossu fit son chemin. Il fut marié deux fois, et sa seconde femme fut une belle Anglaise fort riche, dont la fortune lui permit de se livrer à tous ses goûts épicuriens. C'est, du reste, son père, François Procope, noble Palermitain, qui fonda le café qui porte encore son nom et qui, dans le dernier siècle, fut le rendez-vous des beaux esprits. Cependant, ayant perdu sa seconde femme, et avec elle sa fortune, Procope mourut, en 1753, dans un état voisin de la détresse, ce qui n'avait en rien altéré sa gaieté.

Procope a peu écrit en médecine. On ne connaît de lui qu'un petit volume in-12, intitulé : *Analyse du Système de la trituration*, de Hecquet, critique fort vive de la théorie de ce médecin sur la digestion; qu'une *Lettre sur la maladie du roi*, où il traite fort mal le chirurgien Lapeyronie; qu'un autre volume intitulé : l'*Art de faire des garçons*, fort agréablement écrit, mais où le moyen qu'il indique ne peut être pris que comme un badinage, et enfin qu'un discours *sur les moyens d'établir une bonne intelligence entre les médecins et les chirurgiens*, prononcé aux écoles de médecine en 1746. La *Biographie universelle* traite ce discours de facétie. Evidemment l'auteur de cet article ne l'a pas lu. C'est une oraison fort sensée, fort adroite et très spirituelle contre les prétentions chirurgicales de l'époque, dont tous les tribunaux avaient déjà retenti. Ce discours se termine par une affabulation intitulée : *Le tronc et les rameaux*, qui rappelle sans trop de désavantage la fable charmante *Les membres et l'estomac*.

Car Procope était surtout littérateur et poète. Il a composé plusieurs comédies aujourd'hui oubliées, et plusieurs pièces de poésies disséminées dans les recueils du temps. J'ai retrouvé la suivante, que j'ai pensé devoir vous être agréable. Assurément Molière, qui s'est tant moqué des médecins, n'a rien fait de plus piquant que ce morceau, publié par un médecin lui-même.

La Mort et le Médecin.

C'est à la seule Mort que je suis redevable
D'avoir recouvré la santé.
La Mort n'a pas renom d'être si charitable,
J'en conviens; cependant grâces à sa bonté
Vous me voyez ressuscité.
Le monstre poursuivant sa fatale tournée,
S'avisa de passer chez moi.
Elle y trouva la fièvre accompagnée
De tous les maux qu'elle entraîne après soi.
J'étais dans un grand désarroi :
Pâle, défait, la face décharnée;
Enfin, prêt à partir.
Un moine à mon chevet tâchait de me résoudre
A lui donner lieu de m'absoudre
Par un sincère repentir.
Je contentais son zèle, et d'une voix mourante
Je disais *Peccavi!*... lorsque la Mort parut.
En cet état elle me méconnut;
Et me voyant la victime innocente
De la célèbre Faculté,
D'un coup de sa faux menaçante
Elle allait avancer le moment redouté.
— Arrête! m'écriai-je. Arrête, ô Mort cruelle!
Je suis de ton empire un apprenti-soutien,
A me prendre sitôt il y va trop du tien;
Je suis un médecin. — Toi médecin? dit-elle.
— Oui, dis-je, et de Paris. — Le pays n'y fait rien.
Tu t'appelles? — Procope. — Eh! je ne me souviens guères
D'avoir ouï ce nom là-bas.
Pourquoi ne te connais-je pas
Comme je sais tous tes confrères,
A l'envi chaque jour ils peuplent mes Etats;
Mais de toi, rien ne vient! — Le moyen! répliquai-je :
Je n'ai pas encor vingt-cinq ans;
Je n'ai pas encore eu le temps
De jouir de mon privilége.
Jusqu'à présent par moi peu se sont fait soigner;
Et les premiers, j'ai cru les devoir épargner
Pour attirer la confiance.
Mais à présent la pratique commence.
. . . .
Laisse-moi donc la vie, elle doit t'être utile.
Pour ma rançon je vous en offre mille.
— Mille! Soit, dit la Mort; guéris, mais souviens-toi
A quel prix je te laisse vivre.
Pour le plus sûr tu n'as qu'à suivre
Mainte leçon de tes anciens.
Saigne, purge beaucoup; c'est la plus courte voie.
Adieu, le ciel te tienne en joie!
. . . .
Profitez, chers amis, d'un conseil salutaire;
Pour échapper à la commune loi,
Gardez-vous, s'il se peut toujours, du ministère
De mes confrères et de moi.

Vous trouverez peut-être étrange que je vous rappelle cette satire un peu vive contre les médecins. Mais je dois vous dire ceci : Procope, tout bossu qu'il était, riait le premier de sa difformité; il prétendait prévenir ainsi l'hilarité des autres. Apercevait-il un bossu, il s'approchait de lui, lui montrait sa bosse, se mettait à rire, et lui demandait après : Monsieur avoue-t-il?

Eh bien, chers confrères, imitez le docteur Procope; nous avons bien aussi, convenons-en tout bas, nos petits travers et nos petites difformités. Rions-en tous les premiers, et lorsque dans vos réunions de famille et dans vos festins d'amis quelque mauvais plaisant vous jettera la pierre, lâchez-lui vite la fable de Procope, et les rieurs seront pour vous.

Jean-RAIMOND.

Boîte aux lettres de J. Raimond.

— Merci, Monsieur G....t, de votre lettre charmante; je ne méritais pas tant d'esprit, mais je crois mériter tout ce qui part du cœur, et je l'accepte.

— Vos vers, Monsieur G...z, sont trop flatteurs pour que je les reproduise. Croyez bien que je ne suis pas cerbère au point d'avoir besoin de ce gâteau sucré.

— *Caractère original du curé Mérino, prêtre, soldat et médecin.* — Le curé Mérino, qui vient de mourir à Alençon, a été l'un des chefs les plus habiles de l'armée qui, pendant sept ans, a promené la guerre dans toutes les provinces de l'Espagne.

L'une des particularités les plus curieuses dans la vie de cet homme extraordinaire, a été l'usage qu'il a fait de son triple caractère de prêtre, de médecin et de soldat, la manière dont il a mené de front, en toute circonstance, les choses profanes et les choses sacrées. Après avoir conduit ses soldats au feu comme général, il utilisait, à les soigner dans les hôpitaux et sur le champ de bataille, des connaissances réelles qu'il avait en médecine, et à ceux que son art n'avait pu guérir, il administrait, comme prêtre, le secours de la religion.

(*Bien social.*)

mier, incontestablement la première ou les premières saignées soulagent beaucoup les horribles souffrances des malades ; mais cela arrive aussi pour d'autres médications, opium, sulfate de quinine, par exemple. Mais observez l'avantage ; le lendemain ou le surlendemain les douleurs calmées la veille reparaissent, soit aux mêmes articulations, soit plus communément dans les articulations non malades jusque-là.

Il semble que le rhumatisme ait, comme une évolution nécessaire à parcourir, dans laquelle les agents thérapeutiques peuvent modérer, sans pouvoir l'en détourner pourtant d'une manière absolue.

Pour ceux qui connaissent les conclusions de mon résumé du premier semestre, il serait inutile d'expliquer pourquoi l'usage du sulfate de quinine a été abandonné dans le service, malgré le grand bruit qu'avait fait récemment ce remède appliqué au traitement du rhumatisme. C'est qu'en effet, dans aucun cas, le sulfate de quinine ne nous avait semblé produire de résultats bien extraordinaires et supérieurs à ceux des autres médications. En présence de cette remarque, il nous a paru exagéré de vanter beaucoup le sulfate de quinine, dont l'administration entraîne d'ailleurs certains désordres qui, après tout, tourmentent les malades : surdité ; troubles de la vision, céphalalgie, etc. En principe, ne faut-il pas le plus grand degré de certitude pour faire passer dans la pratique une médication dont les essais ont coûté la vie à quelques hommes, alors surtout que nous possédons des remèdes au moins aussi efficaces ? Et enfin, comme raison dernière, qui a bien aussi sa valeur, le sulfate de quinine est d'un prix énorme. Pourquoi, lorsqu'on lui cherche des succédanés moins coûteux dans les cas de son incontestable supériorité, vouloir l'introduire dans le traitement d'une maladie qui guérit aussi bien avec des moyens peu ou pas dispendieux ?

Les rhumatismes anciens ont été traités par l'opium, la teinture de colchique, enfin et surtout les bains de vapeur. Ce dernier moyen est celui pour lequel les malades ont le plus de préventions favorables, et sans doute que cette confiance générale explique beaucoup de ses bons effets. Encore un fait à jeter dans l'histoire de l'imagination, considérée comme agent thérapeutique. Mais un soulagement provisoire a été, d'habitude, tout ce qu'on pouvait obtenir. Les rhumatisants étant dans les salles, survenait-il une variation amosphérique, celle-ci avait aussitôt un douloureux retentissement sur leur état. L'influence atmosphérique est, en effet, chose capitale dans l'étude du rhumatisme ; et cependant je ne trouve guère noté dans les observations de cette maladie, l'état de l'air en même temps que celui des malades. Pour ma part, j'ai toujours remarqué une coïncidence frappante entre ces deux faits. Bien plus, ma réflexion n'est pas seulement vraie pour les rhumatismes anciens, elle conserve sa valeur chez les rhumatisants accidentels, ayant les signes de la maladie dans sa forme manifestement aiguë. Vainement on préserve ces malades de l'air extérieur par la précaution impuissante d'un appartement bien chauffé et bien fermé ; l'air du dehors perce toujours dans la manifestation des douleurs articulaires. Par une journée humide et froide, les remèdes échouent, qui réussissaient la veille, et qui réussiront le lendemain dans les conditions opposées. J'avais mentionné un peu rapidement cette influence atmosphérique dans le résumé du premier semestre ; aujourd'hui j'en reste pénétré davantage par une observation plus attentive et plus prolongée.

Cancer.

Par une coïncidence purement fortuite, déjà notée pour quelques autres maladies, le nombre des cancéreux du deuxième semestre est exactement le même que celui du premier. Dix affections cancéreuses occupaient divers organes : trois siégeaient au foie ; toutes trois suivies de mort et observées chez des hommes. Trois occupaient l'estomac, une également terminée par la mort, les deux autres sorties volontairement du service ; trois femmes. Deux cancers utérins ; un cancer étendu à la totalité du vagin, au col de l'utérus, et sans doute au corps de cet organe ; car on ne pouvait atteindre avec le doigt les limites de la dégénérescence. Enfin, un cancer des ovaires : la malade a succombé.

J'avais pu précédemment rapporter quelques détails intéressants sur plusieurs des cancers observés ; et particulièrement, j'avais observé assez au long l'histoire d'une femme, encore jeune, morte d'un cancer au cervelet, qui n'avait offert d'autre symptôme qu'une céphalalgie occipitale très intense avec conservation entière de toutes les fonctions organiques et de relation jusques au dernier moment. Aujourd'hui je n'ai rien à noter sur les cas que je viens de mentionner, sauf peut être, pour deux malades, le défaut de proportion entre la lésion locale fort grave, et les phénomènes généraux à peu près nuls.

1° La femme affectée de cancer du vagin, propagé au col utérin, et sans doute aussi au corps de l'organe. C'était une artiste dramatique âgée de trente à trente-cinq ans, portant extérieurement toutes les apparences de la santé, et n'ayant pour tout stigmate que l'aspect usé de la face propre aux femmes de théâtre. Rien d'ailleurs ne pouvait même faire soupçonner au dehors une affection aussi avancée et les atroces souffrances qu'elle avait produites. Lorsque pour la première fois j'examinai la malade, le jour de son entrée, lorsqu'elle se plaignit à moi d'hémorrhagies utérines, mon esprit était bien éloigné de la maladie véritable ; et mon étonnement fut bien grand en découvrant les parties malades, d'être en quelque sorte pris à la gorge par la fétidité d'un écoulement manifestement cancéreux. Le toucher apprit ensuite l'immense étendue et la nature du mal.

2° La femme qui a succombé avec un cancer des deux ovaires, avait offert également des symptômes peu prononcés. Il y avait soupçon d'une affection cancéreuse commençante dans l'abdomen, lorsque la malade fut prise des accidents d'une péritonite suraiguë qui se termina rapidement par la mort. Avec la maladie immédiatement mortelle, l'autopsie révéla deux cancers ovariques, mais non la cause appréciable de la péritonite.

Je ne parle pas du traitement, ce serait perdre le temps à répéter quelques lieux communs. Traitement palliatif du cancer, c'est avoir tout dit.

Maladies saturnines.

Ce serait peut-être une intéressante étude d'hygiène publique, que l'étude des rapports qui existent entre le chômage du travail dans les villes industrielles et le nombre des maladies de plomb traitées dans leurs hôpitaux. Trop souvent, en effet, ces malheureux malades ont été poussés à travailler accidentellement au plomb par le défaut d'ouvrage dans leur profession habituelle. Je l'ai remarqué déjà dans mon premier résumé ; et aujourd'hui, des seize hommes venus dans le service pour divers accidents saturnins, un seul est peintre et fait exception à cette règle. A titre d'élément pour la solution du problème que je propose, si quelque auteur trouvait utile de s'en occuper, je note cinq des malades admis du 4 au 14 juillet ; deux les 8 et 9 septembre ; les autres sont plus également répartis dans le courant des mois de novembre et de décembre.

Tous les malades, un seul excepté, étaient atteints pour la première fois et avaient séjourné peu longuement dans le foyer producteur de la maladie, de quinze jours à six semaines. Il a donc été facile d'arriver promptement à la guérison de la maladie, et la durée moyenne du traitement a été de quinze jours seulement. Et même on a été toujours très-accommodant à garder les individus déjà guéris et capables de quitter l'hôpital, par la raison qu'un certain nombre de lits étaient souvent vacants dans les salles. Sans préoccupation exclusive, le traitement a été complexe le plus communément : opium et purgatifs, alors qu'on observait les phénomènes simples de la colique de plomb, avec insistance plus grande sur l'opium, qui a guéri seul quelquefois. Les bains sulfureux ont été associés heureusement dans les cas de douleurs dans les membres venant se joindre aux coliques. Toujours la limonade sulfurique était la boisson ordinaire. Un malade a succombé, qui était pris pour la seconde fois d'accidents saturnins. Guéri une première fois, il avait subi de nouveau la nécessité de prendre du travail au plomb, et cette fois il l'a payé de sa vie. L'histoire de ce malade est intéressante. Jamais il n'a accusé la plus légère amélioration durant le cours de sa maladie, malgré l'emploi combiné chez lui de tous les moyens susindiqués et jusque-là constamment heureux. Trente-sept heures tout au plus avant sa mort, il a présenté des symptômes inquiétants. Auparavant rien ne pouvait faire présager une funeste terminaison, et même on suspectait les souffrances, en apparence exagérées, du malade. La mort est arrivée le 31 décembre ; de telle sorte qu'à mon grand regret, je n'ai pu assister à l'autopsie, sur laquelle je n'ai pu avoir plus tard aucun renseignement (1).

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Ce malade a succombé à des attaques réitérées d'épilepsie saturnine ; aucune lésion organique importante n'a été trouvée à l'ouverture du corps...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, SÉANTE A L'HÔTEL-DE-VILLE.

Compte-rendu de la séance du 4 décembre 1844.

M. Béniqué fait hommage à la Société d'une brochure sur le traitement des rétrécissements de l'urètre. — Rapport verbal, M. Guersant.

— *M. Robert* reproduit les arguments qu'il a fait valoir dans la précédente séance. Quand la poitrine a été ouverte par le trocart pour évacuer un liquide contenu dans la plèvre, il y a des colonnes d'air qui pressent sur le poumon et qui sont très inégales ; celle qui est représentée par la trachée est de beaucoup supérieure, elle doit donc vaincre l'autre et favoriser ainsi l'expulsion complète du liquide contenu dans la plèvre, si des adhérences n'empêchent pas l'expansion pulmonaire.

M. Nélaton combat la théorie soutenu par M. Robert. Il y a, dit ce chirurgien, deux choses dans la poitrine d'un sujet affecté d'empyème, un liquide et de l'air. Or quand les parois de cette cavité reviennent sur elles-mêmes par les mouvements d'expiration, le contenu sort par deux orifices ; celui qui est représenté par l'ouverture anormale et celui qui est représenté par la trachée. Ces deux orifices sont d'inégale grandeur, c'est la trachée qui videra davantage la poitrine, puisque c'est elle, selon M. Robert même, qui admet le plus d'air. Si elle a plus de capacité pour admettre l'air, elle en aura aussi davantage pour le rejeter. Il n'arrivera donc pas un moment où le poumon par son expansion expulsera tout le liquide pour occuper toute la place laissée par celui-ci, et remplir toute la poitrine.

M. Robert demande une commission qui ferait des expériences sur les animaux vivants pour éclairer les questions de physiologie, qui sont nées de la communication de M. Munod sur un cas d'opération d'empyème. La Société décide qu'une commission sera instituée à cet effet.

— *M. Cullerier* fait la lecture d'un *Mémoire sur l'évolution de la syphilis*. Une discussion s'ouvrira à ce sujet dans la prochaine séance.

— *M. Nélaton* présente à la Société un cancer encéphaloïde de l'extrémité inférieure du fémur. La tumeur est très volumineuse ; elle semble naître en arrière entre les deux condyles, elle pénètre dans l'articulation sans envahir cependant les cartilages. Ce sujet avait été syphilitique, et on remarque sur le corps du fémur des taches sanguines dues à une vascularisation attribuée à une ostéite.

— *M. Michon* présente la vessie, la prostate et les organes génitaux d'un calculeux. Le corps étranger était engagé dans la portion prostatique de l'urètre, et là il s'était frayé une voie d'élimination. Mais les veines prostatiques se sont enflammées, et le malade a présenté les symptômes d'une résorption purulente contre laquelle il a vainement lutté six semaines. Après sa mort, l'autopsie a montré des abcès métastatiques dans les membres ; mais aucun dans les viscères, ni dans les poumons, ni dans le foie.

M. Chassaignac ayant remarqué que dans certains cas de résorption purulente à la suite de maladies des voies urinaires les membres inférieurs seuls avaient été le siége des abcès métastatiques, demande à M, Michon si les membres supérieurs en contenaient aussi.

M. Michon répond qu'il y en avait aux membres supérieurs comme aux inférieurs.

M. Malgaigne insiste pour qu'on note cette circonstance remarquable des abcès métastatiques dans certaines parties du corps, ne coïncidant pas avec des abcès analogues dans les poumons et le foie. Ce chirurgien dit avoir aussi observé des faits analogues.

— *M. Robert* présente une pièce d'anatomie pathologique qui montre des désordres nombreux à la suite d'une luxation de la tête de l'humérus. Ce chirurgien lira une note sur ce cas remarquable.

La séance est levée à cinq heures et demie.

REVUE GÉNÉRALE.

Du délire phonétique, ou le Délire considéré comme un effet physique dû aux convulsions des muscles phonétiques. — M. le docteur Blondel, auteur de ce travail inséré dans le *Journal de médecine*, a eu pour but d'établir la vérité des trois propositions suivantes : 1° le délire est souvent l'effet d'une simple contraction musculaire, à laquelle l'intelligence est étrangère ; 2° ces délires, en quelque sorte physiques, coïncident avec une lésion physique dans la substance cérébrale ; 3° les délires de l'intelligence même sont en dehors des lésions organiques du cerveau. Ce sont les propres paroles de l'auteur qu'il ne nous est pas possible de rendre plus claires. Lorsqu'un muscle est convulsé, dit-il, ses contractions s'opèrent sans participation aucune de la volonté, sans ordre apparent. Les muscles de la langue, placés immédiatement sous l'influence cérébrale, se convulsent des premiers dans les affections convulsives. Dans une attaque d'épilepsie, par exemple, il y a d'abord perte subite de connaissance, puis un cri : ce cri initial ne peut pas être un effet de l'action intellectuelle, puisque l'intelligence est suspendue ; c'est un effet purement physique dû à la contraction de deux organes musculaires ; les muscles du larynx convulsés donnent le son, et les muscles de la langue également convulsés, modifient ce son par leurs inflexions diverses, produisent les différents cris épileptiques, hydrencéphaliques, etc., etc. Outre les affections convulsives, il existe des désordres de mouvement nombreux et variés qu'on observe dans les délires, et qui souvent les constituent. Soit une méningite aiguë : le sujet s'agite en tout sens et vocifère. Eh bien ! prolongez le court délire initial de l'épileptique, qui ne consiste que dans un cri plus ou moins varié, et la même explication vous donnera la série des vociférations des méningites, à savoir, un son fourni par la contraction des muscles du larynx, et les muscles de la langue opérant sur ce son, se mariant de mille manières dans leurs mouvements variés, et produisant un langage tantôt bizarre, inimaginable, tantôt des mots, des phrases, familiers au sujet, les muscles linguaux s'abandonnant à leurs inflexions habituelles. « Servez ! on y va ! » criait un garçon limonadier affecté de méningite ; sa langue retombait dans ses inflexions accoutumées, comme les bras de ce sonneur qui simulait l'action de sonner les cloches.

Les délires des maladies de l'encéphale sont donc de simples délires de mouvement ; l'intelligence et la volonté n'y sont pour rien, puisque leur action est suspendue ; ce sont les organes chargés de l'expression matérielle de la pensée, les muscles phonétiques, en un mot, qui produisent tout ce bruit. Ne demandez pas au malade convalescent ce qu'il a dit ou fait durant son délire ; il n'a rien à vous répondre, étranger qu'il était aux mouvements de sa langue, de ses bras ou de ses jambes. L'existence des délires de mouvement ne saurait être contestée. Interrogez cet apoplectique qui traîne, après l'attaque, sa triste existence ; il veut vous rendre votre salut, il a *bonjour* dans la pensée, et il ne trouve que *chapeau* sur les lèvres ; il reconnaît son erreur, recommence, et toujours le mouvement de ses muscles phonétiques aboutit au fatal *chapeau*. Son délire n'est pas intellectuel, car il s'indigne et pleure de ne pouvoir traduire sa pensée qui est saine : c'est un délire dû à un tic que ses muscles phonétiques n'abandonneront que pour un autre. Tel est le délire du mouvement. Que conclure ? Que la pensée peut exister ou non avec lésion de la substance cérébrale, mais que ces délires du mouvement sont l'expression de la lésion cérébrale. Règle générale : quand vous rencontrerez un délire du mouvement, concluez à une lésion organique.

— *Spasme de la glotte.* (Asthme de Koop, asthme thymique.) — Les observations analogues à celle que nous allons reproduire d'après la *Clinique de Marseille*, sont fort rares en France. La maladie qui en fait le sujet y est plus connue par les écrits des Allemands et des Anglais que par l'observation indigène. C'est ce qui nous engage à exposer le fait qui suit, publié par le docteur G. Jeanselme.

Le 17 du mois de mars dernier, à onze heures et demie du matin, ce praticien fut appelé pour voir un enfant qu'on lui dit être sur le point de succomber à un accès de suffocation. Né le 6 octobre 1843, cet enfant avait joui jusqu'à cette heure d'une santé parfaite ; médecin de la famille, M. Jeanselme le voyait très souvent ; il l'avait même vu quelques heures avant d'être appelé, et il ne pouvait guère s'expliquer tout d'abord la gravité du mal qu'on lui indiquait être survenu si promptement que par l'introduction d'un corps étranger dans le conduit aérien. Arrivé auprès du petit malade, il ne fut pas peu surpris de le trouver parfaitement tranquille, riant et s'amusant avec des joujoux qu'on avait disposés sur son berceau. Voici les renseignements qui lui furent donnés :

L'enfant dormait tranquillement depuis environ une heure et demie, lorsque tout à coup un cri aigu se fait entendre ; on s'approche du berceau, et on trouve l'enfant dans un accès de suffocation et d'angoisse qu'on ne peut guère décrire d'une manière satisfaisante. Cet accès avait duré environ deux minutes. L'examen du cou, joint à l'état actuel de l'enfant, éloigna de l'esprit du médecin toute idée d'un corps étranger. Il fut porté à diagnostiquer un phénomène nerveux, un spasme de la glotte ; cependant, n'ayant pas été témoin de l'accès, il crut devoir différer de porter son diagnostic. Il recommanda de surveiller l'enfant avec le plus grand soin, et il prescrivit 10 grammes de sirop de jusquiamme dans un julep à prendre par cuillerées à café toutes les heures. — L'enfant jouit d'une bonne santé jusqu'au 29 avril ; mais ce jour, c'est-à-dire quarante-trois jours après le premier accès, M. Jeanselme fut mandé à la hâte à quatre heures du soir. L'enfant avait eu un accès semblable au précédent, qui avait duré une minute. A son arrivée, l'enfant était assez tranquille, mais quelque chose indiquait sur son visage que l'orage n'était pas encore complétement conjuré. En effet, peu d'instants après un nouvel accès se manifesta, ainsi décrit par l'auteur :

L'enfant pousse un cri aigu, agite ses bras, rejette sa tête en arrière ; sa respiration, excessivement gênée, est caractérisée par une espèce de sifflement laryngo-trachéal offrant une certaine analogie avec celui qu'on observe chez les enfants affectés de coqueluche, ou chez les femmes hystériques, et qui se renouvelle plusieurs fois pendant l'accès. Il y a trois ou quatre inspirations sifflantes pour une expiration à peine appréciable. La face de l'enfant est d'un rouge foncé ; les yeux sont largement ouverts et fixes, les conjonctives injectées, les narines et la bouche ouvertes ; tout son facies, en un mot, exprime l'anxiété. Le pouls est à peine sensible, les membres sont assez fortement contracturés. A l'auscultation, l'air ne paraît pas pénétrer dans les dernières ramifications des bronches, ni dans les vésicules pulmonaires lorsque le sifflement se faisait entendre.

Cet accès dura environ une heure et demie, après quoi l'enfant poussa quelques cris plus distincts, et tout rentra brusquement dans l'ordre. Moins d'un quart d'heure après, il eût été difficile, en le voyant, de penser qu'il venait d'être en proie à un accès de suffocation qui pouvait bien l'emporter.

Le soir, nouvel accès. Jusqu'à la fin de juillet, rien ; mais le 29 et

le 30 de ce mois, quatre accès eurent lieu; les 25 et 26 septembre, cinq nouveaux accès se déclarèrent. Enfin le dernier s'est montré le 1er novembre dernier, et depuis lors l'enfant n'a rien éprouvé.

Le traitement a consisté surtout dans l'emploi de l'extrait hydro-alcoolique de belladone à doses modérées.

Cet enfant est brun, fortement constitué; tout chez lui indique un tempérament sanguin. Sa dentition est fort peu avancée, mais du reste sa santé générale est fort bonne.

Sur la possibilité de guérir les fissures à l'anus sans opération chirurgicale, par M. le docteur ISSARTIER.

M. Issartier pense que c'est sur le siége précis de la fissure que le chirurgien doit avant tout fixer son attention; suivant lui, c'est là le point essentiel, le point vraiment capital de la maladie, parce qu'il fournit les indications les plus importantes. A l'appui de son opinion, ce praticien rapporte les deux faits suivants :

Première observation. — Une jeune femme, entrée à l'Hôtel-Dieu de Paris pour une luxation du pied, en sortit après la guérison de cet accident, sans avoir osé, à cause du grand nombre d'élèves qui suivaient la clinique du chef de service, parler d'une blennorrhagie syphilitique dont elle était atteinte depuis deux ans. Elle se décida alors à aller trouver M. Issartier, interne de la salle où elle avait été placée, et elle lui avoua son mal, en se plaignant de douleurs très vives qu'elle éprouvait dans le côté gauche de l'anus, surtout après les selles, qui étaient toujours accompagnées d'une contraction pénible du sphincter anal; aussi, sans être constipée, retardait-elle toujours, autant que possible, chaque évacuation pour éviter de nouvelles souffrances. Elle ajouta que son écoulement était très abondant et qu'elle souffrait davantage depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu; circonstance qui pourrait s'expliquer par le séjour au lit qu'avait nécessité la luxation du pied, d'où était résultée une plus grande facilité pour le passage incessant du pus blennorrhagique sur la fissure.

M. Issartier, ayant examiné les parties, reconnut sur le point indiqué une fissure qui n'intéressait presque que la peau, et qui n'avait envahi la membrane muqueuse que de quatre à six millimètres tout au plus. Il conseilla des injections légèrement astringentes, des bains de siége, une propreté minutieuse, et des onctions fréquentes à l'anus avec une pommade composée de parties égales d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone. Il prescrivit en outre, à l'intérieur, un traitement mercuriel.

Sous l'influence de cette médication, les douleurs furent calmées en moins de huit jours; à la fin de la troisième semaine, la fissure était cicatrisée et les selles faciles; l'écoulement existait toujours, mais peu abondant. Le traitement interne fut continué pendant un mois encore, au bout duquel la jeune femme était parfaitement guérie. Huit mois plus tard, elle était dans un état excellent, sauf un reste d'écoulement qui ne l'assujettissait d'ailleurs qu'à des soins de propreté.

M. Issartier pense que toutes les fissures étrangères à la membrane muqueuse et dépendantes souvent d'un vice vénérien, comme dans ce cas, peuvent très bien guérir par des moyens analogues, et par conséquent sans opération.

Deuxième observation. — M. B..., de Castelmoron, éprouvait depuis longtemps des douleurs excessives après chaque évacuation alvine, douleurs qui devenaient quelquefois atroces à la suite d'une longue constipation, et que son médecin ordinaire attribuait à des hémorrhoïdes internes.

M. Issartier ayant examiné l'anus, découvrit facilement trois fissures, dont une seule à gauche assez étendue, mais n'intéressant guère que le tissu cutané, et n'empiétant sur la membrane muqueuse que de six à huit millimètres. En conséquence, il conseilla l'emploi d'une pommade faite avec l'extrait de belladone et le cérat de saturne, quelques bains tièdes, et l'usage quotidien de l'eau de Sedlitz à dose laxative, avec la précaution d'éviter tout écart de régime.

Huit jours après le commencement de ce traitement, la malade était déjà à moitié guérie, et l'amélioration marcha si rapidement qu'après trois semaines de l'emploi non interrompu des mêmes moyens, le rétablissement était complet. Depuis deux ans, cette guérison ne s'est pas démentie.

La fissure, dit M. Issartier, peut se trouver au-dessus du sphincter, dans la partie la plus inférieure du rectum; là, elle ne peut être constatée que difficilement par le toucher ou le spéculum : elle résulte ordinairement du déchirement de la membrane muqueuse boursouflée ou d'une tumeur hémorrhoïdale, soit par les fèces endurcies, soit par quelque corps étranger qui a traversé le canal intestinal. Dans ce cas encore, M. Issartier croit, sans cependant pouvoir baser son opinion sur des faits, que la guérison est possible par le régime, les injections, les lavements de ratanhia, et peut être l'ingénieux appareil de M. Casenave.

Mais, lorsque la fissure est placée au niveau du sphincter, profondément cachée dans les plis de la membrane muqueuse qui la revêt; lorsqu'elle est compliquée au plus haut degré de ce spasme désespérant qui, primitif ou consécutif, peu importe, devient l'élément le plus redoutable de la maladie; alors, il est bien à craindre que l'incision du muscle constricteur, comme la pratiquait Boyer, ne soit la ressource, sinon unique, du moins la plus prompte et la plus sûre dans ses résultats. Toutefois, dans les cas de ce genre, il convient de commencer par l'emploi des moyens que M. Casenave a proposés.

Dans tous les cas, comme on le voit, on devra avant tout procéder à l'appréciation bien rigoureuse de la cause de la maladie, et particulièrement de son siége, car cette dernière circonstance surtout devra toujours exercer la plus grande influence sur les résultats du traitement. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS.

— Dans notre dernier numéro (samedi matin, 28 décembre), nous avons rectifié la liste des internes dans laquelle cinq noms avaient été omis, par erreur d'impression, le jeudi 26 décembre; la *Gazette médicale*, qui cette fois n'a paru qu'hier dimanche 29, dans la journée, sans tenir compte de notre rectification, a jugé convenable de relever cette omission. C'est peut-être une application du fameux : *Post hoc, ergò propter hoc*. Observez, en outre, que la *Gazette médicale*, qui prétend rectifier notre article, demeura, *après nous cependant*, fort incomplète; elle ne donne ni les noms des internes provisoires, ni ceux des élèves qui ont eu des prix!!!!!

— On lit dans un journal littéraire :

« Un bourrelier d'Inchy-Beaumont, en Cambresis, vient de mourir de la morve; il s'était fait une blessure au doigt par une piqûre entre l'ongle et la chair. Cette blessure était en suppuration. Un cheval étant mort de la morve dans la commune, le malheureux bourrelier eut l'imprudence de l'écorcher. Très peu de temps après, son bras devint noir jusqu'au coude; et la gangrène gagnant, ne laissa bientôt plus d'espoir. »

Rien ne prouve que cet homme soit mort de la morve, s'il n'a pas éprouvé d'autres symptômes que ceux décrits ci-dessus. Il est bon que les journaux fassent connaître les faits de contagion de cette cruelle maladie; mais il ne faudrait pas que les faits fussent mal interprétés.

— Voici encore une merveille publiée par des journaux politico-littéraires, et dont il faut attendre la confirmation.

« Un propriétaire, domicilié dans le gouvernement de Saratorf, a découvert que le remède le plus sûr contre la morsure des animaux enragés était un insecte appelé *tentonia aurat.* Le docteur Wagner a déjà fait l'essai de ce remède, et il a obtenu les résultats les plus satisfaisants. On recueille ces insectes dans les mois de mai et de juin, à l'état de larve. Quand l'insecte est sorti de la larve, on le tue et on le met dans des vases bien fermés. On le donne ensuite au malade, sous la forme d'une poudre, sur du pain couvert de beurre. La dose dépend de l'âge du malade, du temps qui s'est écoulé depuis la morsure, et de la période de la maladie. »

— *Dislocation traumatique de la lentille.* — Une génisse avait porté à une femme un coup de corne sous l'œil : la blessure saigna abondamment; l'œil et la cornée rougirent; une extravasation sanguine recouvrit l'iris; la conjonctive scléroticale se tuméfia; une élévation se remarquait au bord de la cornée; elle était formée par le cristallin, auquel une ouverture donna passage. La vision se rétablit. Ce fait a été observé par M. Bloch, médecin danois, et extrait par les Annales d'oculistique d'un journal de ce pays.

— A la suite d'un concours pour une place de prosecteur de la Faculté de Paris, M. JARJAVEY, interne des hôpitaux, a été nommé à l'unanimité.

— M. le docteur Küss, chef des travaux anatomiques de la faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé, le 30 novembre dernier, à la suite d'un concours, agrégé près la même faculté, pour la section de chirurgie.

— Le concours ouvert devant la faculté de médecine pour la place de chef des cliniques, s'est terminé, le 25 novembre dernier, par la nomination de M. Joyeux.

— M. le docteur Schaaf, présenté le premier par la commission d'examen pour une place vacante de médecin communal à Strasbourg a été nommé, par l'autorité municipal, médecin communal des canton Sud et Est (*extra muros*).

— Un legs de neuf millions de francs vient d'être fait à l'administration des hospices et hôpitaux de Paris, par M. Turquin.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent que nous avons fait de cet instrument, soit en ville soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats que nous en avons obtenus dans les paralysies, névralgies et généralement toutes les affections nerveuses, nous font un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections toujours très dangereuses, si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum, que l'homme le plus robuste ne peut les supporter; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui, peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil Electro-médical de *MM. Breton frères.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.